



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA

NÍLIA MARIA DE BRITO LIMA PRADO

**ANÁLISE DE IMPLANTAÇÃO DE UMA INTERVENÇÃO INTERSETORIAL
PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE NO ÂMBITO LOCAL**

Salvador

2017

NÍLIA MARIA DE BRITO LIMA PRADO

**ANÁLISE DE IMPLANTAÇÃO DE UMA INTERVENÇÃO INTERSETORIAL
PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE NO ÂMBITO LOCAL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública, área de concentração em Planificação e Gestão em Serviços de Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Maria Guadalupe Medina

Co-orientadora: Prof.^a Dra Rosana Aquino Guimarães Pereira

Salvador

2017

Ficha Catalográfica
Elaboração Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

P896a Prado, Nília Maria de Brito Lima.

Análise de implantação de uma intervenção intersetorial para promoção da saúde no âmbito local / Nília Maria de Brito Lima Prado. -- Salvador: N.M.B. L. Prado, 2017.

370 f.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Guadalupe Medina.

Tese (doutorado) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

1. Promoção da Saúde. 2. Saúde Escolar. 3. Ação Intersetorial. 4. Avaliação em saúde. I. Título.

CDU 614.2



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva – ISC
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

NILIA MARIA DE BRITO LIMA PRADO

Análise de implantação de uma intervenção intersetorial para promoção da saúde no âmbito local.

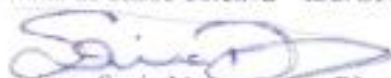
A Comissão Examinadora abaixo assinada aprova a tese, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 11 de maio de 2017.

Banca Examinadora:


Prof.ª Maria Guadalupe Medina

Instituto de Saúde Coletiva - ISC/UFBA


Prof.ª Sonia Maria Pereira Dias

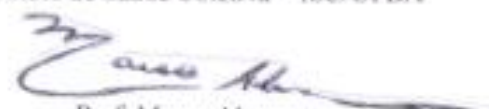
Universidade de Nova de Lisboa – (IHMT/UNL)


Prof.ª Regina Celeste de Azevedo Revellain
FIOCRUZ – Brasília


Prof.ª Sandra Garrido de Barros
Escola de Odontologia – UFBA


Prof.ª Monique Azevedo Esperidião
Instituto de Saúde Coletiva - ISC/UFBA


Prof.ª Rosana Aquino Guimarães Pereira
Instituto de Saúde Coletiva - ISC/UFBA


Prof. Marco Akerman
Universidade de São Paulo - USP

Salvador
2017

Dedico esta conquista aos meus dois amores: ao pequeno João Gabriel, que mesmo com a sua tenra idade soube compreender com muita sabedoria e delicadeza as minhas idas e vindas (aqui e em outro continente) e por tanto tempo; e a Fred, que com todo o seu amor, dedicação e apoio incondicional e irrestrito, tornou a ausência e a saudade (física e emocional), um pouco mais suportável, para nós três.

Agradecimentos

À Guadalupe que, com todo o rigor, e, ao mesmo tempo, muito carinho, compreensão e amizade abriu novos horizontes, e transformou *controvérsias* em ricos momentos de aprendizagem. Espero que tenhamos muitos outros reencontros no decorrer das nossas trajetórias.

À Rosana, por todo o conhecimento compartilhado com tanta energia positiva, por todos os momentos felizes durante todo este período, e que espero, também, continuar convivendo.

Às professoras Sônia Dias e Zulmira Hartz, por me receberem de braços abertos durante o estágio doutoral no IHMT/Lisboa.

Aos docentes e técnicos da Pós-graduação do ISC, em especial, ao professor Jairnilson, pelas oportunidades e pela intensidade em todos os momentos de ensino, e à professora Carmen, pela importante contribuição na qualificação deste trabalho e pelos incomparáveis *insights*.

À prof^a Vitória Solange Coelho pelas valiosas contribuições na qualificação deste estudo.

Aos colegas do grupo operativo do OAPS, pela convivência e trocas inesquecíveis.

Aos meus grandes e inesquecíveis amigos do GRAB, Ana Luiza, Rose, Léo, Poliana, Daiane, Diana, Tiago, Maísa e Elzo, por acolher, apoiar, torcer e me incluir na *grande família GRAB*, em especial, Valéria, Marina e Cristiane, pois a amizade ajudou a minimizar a distância e a saudade de minha casa e a Efigênia pelo apoio em todas as fases da coleta de dados.

À todos os bolsistas e colegas do Prose que contribuíram com a construção deste trabalho.

A todos os agentes que constroem o SUS diariamente e que contribuíram com este estudo.

Aos colegas do doutorado, em especial, à Fátima, pela amizade e apoio em *terras distantes*; aos colegas do IHMT/UNL, especialmente Daniela Alves, e aos amigos *Resenheiros de Plantão*, em especial, à Thadeu e Kleize, pois, sem o apoio e leveza desta amizade, esta caminhada teria sido ainda mais difícil.

A todos os meus amigos do IMS/UFBA que apoiaram e entenderam a necessidade de me afastar e me qualificar, em especial, à Milena, Edi, Elvira, Poliana, pela amizade sincera, torcida e incentivo constantes, e à Larissa, por me substituir com muita competência, dedicação e igual torcida.

Aos amigos de toda uma vida, em especial, à Daniela Matos, cujo *brilho nos olhos* me deu muita força em momentos decisivos, e à Mari e Matheus, por toda amizade e irmandade: amigos para *toda hora* e para sempre!

A minha família: meus primos e tio, por serem a minha segunda família, a minha Tia mãe Nilza, por tornar um sonho possível, e a minha prima irmã Érica, por compartilhar sonhos, angústias, alegrias, e, acima de tudo, por torcer por todas as conquistas (pessoais e profissionais); minha mãe Neide, por todo conforto emocional e amor em tempo integral, e aos meus irmãos, em especial, Lorena e Nleide, pelo amor e torcida, independente das minhas escolhas. À Luzia e Sil, por cuidar de todos nós.

Ao meu amado e admirado pai (*in memoriam*), por incentivar, acreditar e mostrar que a educação era o começo e o fim de tudo. Tenho certeza que está muito feliz com esta conquista e dizendo com um largo sorriso no rosto: “Cala a boca!”.

À Fred, por incentivar, torcer, acreditar, cuidar e amar.

À João, razão de tudo isso.

À todos os seres de luz que iluminaram cada passo desta caminhada.

**“Para ser grande, sê inteiro: nada
Teu exagera ou exclui
Sê Todo em cada coisa. Põe quanto és
No mínimo que fazes.
Assim em cada lago a lua toda
Brilha, porque alta vive.”**

Fernando Pessoa

PRADO, N.M.B.L. Análise de implantação de uma intervenção intersetorial para promoção da saúde no âmbito local. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2017.

RESUMO

Diversos estudos têm evidenciado que apesar da Política Nacional de Promoção da Saúde e o Programa Saúde na Escola (PSE) terem sido institucionalizados, a articulação com a Atenção Primária à Saúde para que a integralidade, intersetorialidade, participação social e a corresponsabilidade sejam concretizadas no âmbito local, não está consolidada. Ante a esta questão, este estudo tomou como objeto a intervenção intersetorial Prose (Promovendo Saúde na Escola) que foi desenvolvida e implementada pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC), com o objetivo de dinamizar tais políticas, por meio do reforço a ações de promoção da saúde relacionadas a padrões alimentares e de atividade física de adolescentes matriculados em escolas de ensino médio, pertencentes a territórios cobertos pela Estratégia Saúde da Família (ESF) e pelo PSE em cinco municípios do Estado da Bahia. Para tanto, foi realizado um estudo de análise de implantação, múltiplos casos com níveis de análise imbricados, desenvolvido no período de 2013 a 2015 e em três etapas: (1) Estudo de avaliabilidade ou pré-avaliação; e (2) Apreciação do grau de implantação da intervenção; (3) Análise de implantação (propriamente dita) da intervenção. As etapas 1 e 2 corresponderam a uma abordagem extensiva, aplicada aos cinco municípios que implementaram a intervenção (e realizada para cada escola e para cada município, considerando-se os dois momentos (6 meses e 18 meses)); e a etapa 3, correspondeu a uma abordagem mais intensiva em dois municípios (que alcançaram resultados avançados) buscando apreender diferenciais que expressaram a influência do contexto no grau de implantação. O objeto de estudo foi analisado à luz da teoria da ação social e disposicional de Pierre Bourdieu por meio da análise do espaço social e dos tipos e volumes de capital. A produção de dados se deu por meio de análise documental, aplicação de questionários e entrevistas semiestruturadas com agentes relevantes para cada etapa. O estudo de avaliabilidade permitiu identificar aspectos prioritários da intervenção que necessitavam ser aprimorados. A estimativa do grau de implantação apontou que apenas o município 1 (M1), obteve resultado avançado na implantação da

intervenção nos dois momentos (75,6 pontos e 76,5, respectivamente, após 6 meses e 18 meses). No M2, nos primeiros 6 meses, a implantação da intervenção também foi considerada avançada (70,2 pontos), mas no segundo momento apresentou um desempenho inferior, alcançando um grau intermediário (52,9 pontos). O M3 obteve resultado intermediário nos dois momentos (47,0 pontos e 46,2, respectivamente em seis e dezoito meses), e os municípios 4 (M4) (15,0 pontos nos primeiros 6 meses e 15,5 em 18 meses) e município 5 (M5) (respectivamente, 4,0 pontos nos dois momentos), avançaram muito pouco na implantação da intervenção. A análise da dinâmica de implantação da intervenção nos dois municípios M1 e M2 permitiu elencar os fatores contextuais e individuais que favoreceram ou restringiram o alcance da intervenção, quais sejam: no M1, a viabilidade política e administrativa, a presença de um agente articulador local, as relações intersetoriais entre os agentes dos subespaços saúde e educação formalizadas em um novo subespaço compartilhado, o suporte constante dos agentes da pesquisa e a concomitante implementação da intervenção Prose e do PSE foram condições favoráveis. Por outro lado, no M2 as relações constituídas entre os agentes e setores mostraram-se mais frágeis e o processo de implementação foi permeado por instabilidades institucionais. Por fim, a incipiente capacidade dos gestores e dos profissionais em assumir novas responsabilidades políticas, técnicas e administrativas e instituir relações interinstitucionais necessárias para o desenvolvimento da intervenção intersetorial evidenciou o *Dilema da autonomia local*. Ademais, verificou-se uma imposição de problemática dos pesquisadores ao instaurar temáticas que não originaram somente de interesses do âmbito local.

Palavras-chaves: Promoção da Saúde, Saúde Escolar, Ação Intersectorial, Avaliação em Saúde.

PRADO, N.M.B.L. **Análise de implantação de uma intervenção intersetorial para promoção da saúde no âmbito local.** Tese (Doutorado em Saúde Pública). Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2017.

ABSTRACT

Several studies have evidenced that despite the National Policy for Health Promotion and the Health in the School Program (HSP) have been institutionalized, the articulation with Primary Health Care for what the integrality, intersectorality, social participation and co-responsibility at the local level is not consolidated. On this issue, the object of this study is the intersectoral intervention PROSE (Promoting Health at School) that was developed and implemented by the Institute of Collective Health, with the aim of stimulating such policies, through the reinforcement of health promotion actions related to food standards and physical activity of adolescents enrolled in secondary schools belonging to territories covered by the Family Health Program and the HSP in five municipalities of Bahia State. For that, the implantation analysis study of multiple cases with imbricated levels of analysis was developed in from 2013 to 2015 in three stages: (1) Evaluability or pre-evaluation study; (2) Assessment of the implantation degree of the intervention; (3) a properly Implementation analysis of the intervention. Stages 1 and 2 corresponded to an extensive approach, applied to the five municipalities that implemented the intervention (performed for each school and for each municipality, considering the two moments (6 months and 18 months)); And stage 3 corresponded to a more intensive approach to capture differences that expressed the influence of the context on the degree of implantation for two municipalities (which achieved advanced results). The object of study was analyzed using Pierre Bourdieu's theory of social and dispositional action through the analysis of social space and the types and volumes of capital. The data production was done through documentary analysis, application of questionnaires and semi-structured interviews with relevant agents for each stage. The evaluability study allowed to identify priority aspects of the intervention that needed to be improved. The assessment of the implantation degree indicated that only one municipality (M1) reached an advanced result in the implantation of the intervention for two moments (75.6 points and 76.5 respectively after 6 and 18 months). In municipality 2 (M2), at the first 6 months, the implantation of the intervention was also considered advanced (70.2 points), but at the second moment presented low performance,

reaching an intermediate degree (52.9 points). M3 obtained an intermediate result at both moments (47.0 points and 46.2 respectively after 6 and 18 months), and municipalities M4 and M5 reached very low degree of intervention implantation (M4 reached 15.0 points in the first 6 months and 15.5 in 18 months and M5 reached 4.0 points in both moments). The analysis of the dynamics of intervention implantation in the two municipalities with more successful results allowed to present the contextual and individual factors that favored or restricted the implementation of the intervention, such as: in M1 the favorable conditions were the political and administrative viability, the presence of a local articulating agent, the intersectoral relations between the agents of the health and education subsystems formalized in a new shared subspace, the constant support of the research agents and the concomitant implementation of the Prose intervention and the PSE. Otherwise, in M2 the relations between agents and sectors were more fragile and the implementation process was permeated by institutional instabilities. Finally, the incipient capacity of managers and professionals to assume new political, technical and administrative responsibilities and to institute relations evidenced the Dilemma of local autonomy. In addition, there was an imposition of problematic of the researchers when instituting subjects that do not originate only of interests of the local scope.

Keywords: Health promotion, School Health, Intersectoral Action, Health Evaluation.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Identificação dos colégios da rede estadual de ensino público de cada município.	69
Quadro 2 – Descrição das atividades realizadas na fase preparatória da intervenção Prose com os agentes dos cinco municípios.	74
Quadro 3 – Sistematização dos critérios para avaliação da qualidade dos artigos incluídos na revisão sistemática 1, adaptado da Consolidated criteria for reporting qualitative studies (COREQ).	80
Quadro 4 – Sistematização dos critérios para avaliação da qualidade dos artigos incluídos na revisão sistemática 2, adaptado da Consolidated criteria for reporting qualitative studies (COREQ).	85
Quadro 5 – Identificação dos entrevistados nos dois momentos (Grau de implantação).	93
Quadro 6 – Matriz de julgamento com critérios, padrões e indicadores para avaliação sistemática da intervenção PROSE.	95
Quadro 7 – Identificação dos agentes do estudo de análise de implantação da intervenção PROSE.	98
Quadro 8 – Matriz analítica do tipo e volume de capitais nos subespaços sociais.	102
Quadro 9 – Descrição dos estudos incluídos na revisão da literatura internacional, segundo ano de publicação, referência, país de localização do primeiro autor, tipo de publicação e conceito de ação intersectorial abordado na publicação.	110
Quadro 10 – Identificação dos termos ou sinonimos para ação intersectorial adotados pelos estudos incluídos na revisão de literatura.	115
Quadro 11 – Síntese de proposições que podem caracterizar a natureza ou características das ações intersectoriais, segundo os artigos selecionados neste estudo.	117
Quadro 12 – Descrição dos estudos internacionais incluídos na revisão da literatura internacional, segundo ano de publicação, referência, país de localização do primeiro autor, tipo de publicação e condições de implementação, mecanismos de gestão, pistas para a sustentabilidade.	125
Quadro 13 – Características gerais dos municípios participantes da intervenção Prosem em 2013.	144
Quadro 14 – Características estruturais e de recursos humanos das escolas dos municípios intervenção participantes do estudo. Prose, 2013.	146

Quadro 15 – Estimativa do grau de implantação da intervenção Prose em dois momentos, 6 meses e 18 meses, nos cinco municípios.	149
Quadro 16 – Estimativa do grau de implantação dos ‘componentes’ da intervenção nos municípios nos dois momentos, em 6 meses e em 18 meses.	152
Quadro 17 – Estimativa do grau de implantação das ‘dimensões’ dos componentes da intervenção nos municípios nos dois momentos, em 6 meses e em 18 meses.	154
Quadro 18 – Volume dos diferentes tipos de capital e posições ocupadas no subespaço da saúde e educação no município 1.	181
Quadro 19 – Síntese da trajetória dos agentes envolvidos na implementação da intervenção PROSE e PSE no município 1.	182
Quadro 20 – Volume dos diferentes tipos de capital e posições ocupadas no subespaço da saúde e educação no município 2.	217
Quadro 21 – Síntese da trajetória dos agentes envolvidos na implementação da intervenção Prose e PSE no município 2.	219

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo teórico para análise da ação intersetorial implementada no âmbito da intervenção Prose.	68
Figura 2 – Modelo lógico definitivo da Intervenção Prose	90
Figura 3 – Mapa com a localização geográfica dos municípios participantes do Projeto Prose, Bahia, 2013 – 2014.	138
Figura 4 – Inter-relação dos agentes participantes da intervenção Prose no município 1.	191
Figura 5 – Inter-relação dos agentes envolvidos na implementação da intervenção Prose no município 2.	229

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Estimativa do grau de implantação da intervenção nos municípios em 6 meses (6m) e 18 meses (18m).	148
Gráfico 2	Estimativa da implantação da intervenção por municípios e escolas, em 6 meses (6m) e em 18 meses (18m)	150
Gráfico 3	Estimativa do grau de implantação da intervenção Prose no município 1, em dois momentos, 6 meses e 18 meses	162
Gráfico 4	Estimativa do grau de implantação da intervenção Prose no município2, em dois momentos, 6 meses e 18 meses	163
Gráfico 5	Estimativa do grau de implantação da intervenção Prose no município 3, em dois momentos, 6 meses e 18 meses	164
Gráfico 6.	Estimativa do grau de implantação da intervenção Prose no município 4, m dois momentos, 6 meses e 18 meses	165
Gráfico 7	Estimativa do grau de implantação da intervenção Prose no município 5, em dois momentos, 6 meses e 18 meses	166

LISTA DE FLUXOGRAMAS

Fluxograma 1 – Estratégia de busca e seleção dos estudos incluídos na revisão 1	81
Fluxograma 2 – Estratégia de busca e seleção dos estudos incluídos na revisão 2	84

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
CIESE	Câmara Intersetorial de Educação em Saúde na Escola
CIT	Comissão Intergestores Tripartite (CIT)
CMDSS	Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde
CNDSS	Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
DST	Doenças sexualmente transmitidas
EPS	Escolas Promotoras de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
GTI	Grupos de Trabalho Intersetorial
IDEB	Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
IREPS	Iniciativas Regionais das Escolas Promotoras de Saúde
MEC	Ministério da Educação
MRSB	Movimento da Reforma Sanitária Brasileira
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Panamericana de Saúde

PAB	Piso da Atenção Básica
PBF	Programa Bolsa Família (PBF)
PCN	Parâmetros Curriculares Nacionais
PENSE	Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política de Atenção Básica
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNSE	Programa Nacional de Saúde do Escolar
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa de Saúde da Família
PROSE	Promovendo Saúde na Escola
SIMEC	Sistema Integrado de Monitoramento Execução e Controle do Ministério da Educação
SPE	Saúde e Prevenção nas Escolas
SUS	Sistema Único de Saúde (SUS)
UNAIDS	United Nations Programme on HIV/AIDS
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a educação, a ciência e a cultura

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	21
PARTE I – O PROBLEMA, A PROBLEMÁTICA E O ESTADO DA ARTE.....	24
1. INTRODUÇÃO.....	24
2. REVISÃO CRÍTICO-ANALÍTICA DO ESTADO DA ARTE.....	37
2.1. A Promoção da Saúde no contexto escolar: transformação, multiplicação ou conservação de antigas práticas?	37
3. PERCURSO METODOLÓGICO	57
3.1. Referencial teórico.....	57
3.1.1. Modelo teórico do estudo	65
3.2. A intervenção Prose.....	70
3.2.1. A fase preparatória da Intervenção Prose	72
3.2.2. A fase de desenvolvimento da Intervenção Prose	78
3.3. Delineamento geral do estudo.....	79
3.3.1. Aspectos metodológicos dos estudos de revisão sistemática	79
3.3.1.1. Revisão sistemática sobre as concepções e natureza das ações intersetoriais.....	79
3.3.1.2. Revisão sistemática sobre gestão e sustentabilidade de ações intersetoriais	85
3.3.2. Aspectos metodológicos do estudo avaliativo	90
3.3.2.1. Estudo de avaliabilidade.....	91
3.3.2.2. Apreciação do grau de implantação	95
3.3.2.3. Análise de implantação (propriamente dita) da intervenção	100
3.3.2.4. Aspectos éticos	107
PARTE II – SISTEMATIZAÇÃO DO CONHECIMENTO PRODUZIDO SOBRE DEFINIÇÕES, NATUREZA E GESTÃO DE AÇÕES INTERSETORIAIS.....	108
4. AÇÕES INTERSETORIAIS: DEFINIÇÕES OU (IN) DEFINIÇÕES?.....	108
4.1. Convergências e dissonâncias entre as concepções de ação intersetorial	110
4.2. Finalidade, propósito ou método da ação intersetorial	112
4.3. A natureza das ações intersetoriais.....	121
5. ESTRATÉGIAS PARA VIABILIDADE E GESTÃO DE AÇÕES INTERSETORIAIS: existem pistas sobre a sustentabilidade?	127

5.1.	Condições favoráveis e/ ou restritivas a implementação de ações intersetoriais	132
5.2.	Estratégias identificadas para a gestão de ações intersetoriais.....	135
5.3.	Algumas possibilidades para o monitoramento e pistas para a sustentabilidade de ações/intervenções intersetoriais.....	137
PARTE III – A CONSTRUÇÃO DO ‘SUBESPAÇO SOCIAL’ DA INTERVENÇÃO PROSE		141
6.	OS CENÁRIOS DE IMPLANTAÇÃO DA INTERVENÇÃO PROSE NOS CINCO MUNICÍPIOS.....	141
7.	A IMPLANTAÇÃO DA INTERVENÇÃO PROSE NOS CINCO MUNICÍPIOS.....	150
7.1.	Mensuração do grau de implantação da intervenção Prose nos cinco municípios	150
7.2.	A percepção dos agentes envolvidos quanto a implementação da intervenção Prose nos cinco municípios	170
8.	A CONFORMAÇÃO DA INTERVENÇÃO NOS SUBESPAÇOS SAÚDE E EDUCAÇÃO NOS DOIS MUNICÍPIOS CONSIDERADOS EXEMPLARES	176
8.1.	A conformação da intervenção nos subespaços saúde e educação do Município 1 (M1)	176
8.1.1.	Os agentes envolvidos na implementação da intervenção Prose no Município 1	176
8.1.2.	A rede de relações: prévias e as novas relações constituídas.....	187
8.1.3.	A implementação da intervenção Prose no contexto do município 1	194
8.1.3.1.	O componente Educação e comunicação	194
8.1.3.2.	A implementação do componente Ensino Formal.....	197
8.1.3.3.	Outras contradições evidenciadas e a sincronização de tempos institucionais.....	206
8.1.3.4.	A percepção dos agentes quanto aos resultados alcançados	213
8.2.	A conformação da intervenção nos subespaços saúde e educação do Município 2 (M2)	216
8.2.1.	Os agentes envolvidos na implementação da intervenção Prose no Município 2	216
8.2.2.	A rede de relações: prévias e as novas relações constituídas.....	225
8.2.3.	A implementação da intervenção Prose no município 2	233
8.2.3.1.	O componente ensino formal.....	233
8.2.3.2.	Componente Educação e comunicação	242

8.2.3.3 A aproximação entre os dois subespaços e a gestão de ações intersetoriais	243
8.2.3.4. A percepção dos agentes quanto aos resultados do Prose no município 2	247
9. O DILEMA DA AUTONOMIA LOCAL	254
10. A IMPOSIÇÃO DE PROBLEMÁTICA	269
11. COMENTÁRIOS FINAIS	276
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	280
APÊNDICES.....	322
APÊNDICE A – Lista de documentos normativos do Programa Saúde na Escola ..	323
APÊNDICE B – Materiais didáticos disponibilizados pela intervenção Prose	324
APÊNDICE C – Roteiros de entrevistas (Etapa 1).....	325
APÊNDICE D – roteiro de observação direta/ Diário de campo (Etapa 1)	328
APÊNDICE E – Preenchimento individual da matriz /Conferência de consenso (Etapa 1)	329
APÊNDICE F – Questionários aplicados aos professores	332
APÊNDICE G – Questionários aplicados aos alunos	335
APÊNDICE H – Roteiro para observação direta GTI-M PSE	337
APÊNDICE I – Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).....	338
APÊNDICE J – Análise descritiva dos questionários aplicados na fase 2	339
APÊNDICE K – Matriz processamento dos dados coleta 1 (Fase 2) (M1/C1).....	339
APÊNDICE L – Roteiros de entrevistas (Fase 3) - Representantes do GTI-M PSE	346
APÊNDICE M – Roteiro para análise documental	351
APÊNDICE N – Excertos de entrevistas com agentes envolvidos no processo de implementação da intervenção PROSE nos municípios.....	352

APRESENTAÇÃO

Este estudo tomou como objeto uma intervenção intersetorial denominada Promovendo Saúde na Escola (Prose). Esta intervenção foi formulada e desenvolvida pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), em 2012, por meio do projeto “Desenvolvimento e avaliação de uma intervenção intersetorial sobre padrões alimentares e de atividade física de adolescentes no âmbito da ESF”, e foi delineada com proposições aninhadas em duas grandes políticas nacionais, o Programa Saúde na Escola (PSE) e a Estratégia de Saúde da Família (ESF), objetivando reforçar e dinamizar o desenvolvimento das ações previstas por estas políticas, que estavam institucionalizadas no âmbito nacional, mas pouco operacionalizadas na prática dos serviços locais.

A tese foi organizada em três partes e detalhada em onze capítulos, que buscaram contemplar as questões suscitadas e os objetivos traçados para compreensão do objeto. Para melhor entendimento do que foi produzido apresentamos, abaixo, uma visão geral do trabalho.

A parte 1, *O Problema, a problemática e o estado da arte*, contemplou três capítulos. **No capítulo introdutório**, estabelecemos a problemática de estudo e a contextualização com o aporte teórico de uma revisão da literatura sobre as dificuldades relacionadas a inserção da Atenção Primária à Saúde (APS) como *locus* potencial para operacionalização das práticas direcionadas a promoção da saúde, destacando a importância da implementação de ações articuladas com outros setores, as discussões sobre a incipiência de ações intersetoriais, os fatores que limitam ou facilitam a implementação e gestão destas ações e a lacuna relacionada a consolidação da articulação do Programa Saúde na Escola com a Estratégia Saúde da Família para viabilizar a implementação do programa, especialmente no âmbito local. **No segundo capítulo**, procedemos com uma revisão crítico-analítica da literatura sobre as políticas e as estratégias de saúde escolar ou saúde na escola, identificando os eventos críticos e experiências de iniciativas de âmbito mundial, as estratégias adotadas no Brasil enfatizando os avanços do PSE em relação às iniciativas anteriores e os limites da implantação do programa nos sistemas locais. **No capítulo três**, buscamos abarcar o percurso metodológico, apresentando o referencial

teórico adotado (teoria da ação social e disposicional de Bourdieu por meio da análise do espaço social e dos tipos e volumes de capital), a descrição da intervenção e os aspectos metodológicos das duas revisões sistemáticas e do estudo avaliativo, que foi realizado em três fases: (1) Estudo de avaliabilidade ou pré-avaliação; (2) Apreciação do grau de implantação da intervenção; (3) Análise da implantação (propriamente dita) da intervenção. Sobre o estudo avaliativo, cabe salientar que, as etapas 1 e 2 (estudo de avaliabilidade ou pré-avaliação e apreciação do grau de implantação da intervenção) corresponderam a uma abordagem extensiva, aplicada aos cinco municípios que implementaram a intervenção, com o objetivo de ampliar a compreensão do fenômeno. A terceira etapa, correspondeu a uma abordagem intensiva, com análise da implantação da intervenção em dois municípios considerados ‘exitosos’ no processo de monitoramento da implementação das ações propostas pela intervenção intersetorial PROSE.

A parte 2, *Sistematização do conhecimento produzido sobre ação e gestão intersetorial*, foi estruturada em dois capítulos e englobou os resultados e discussão das revisões sistemáticas, buscando suporte teórico para análise e compreensão crítica do objeto proposto. Neste sentido, **no quarto capítulo**, procuramos particularizar as questões relacionadas à “Concepção e natureza das ações intersetoriais”, e, **no quinto capítulo**, os “Mecanismos para a gestão e sustentabilidade de ações intersetoriais”.

A parte 3, *A construção do espaço social da intervenção Prose, o dilema da autonomia e a imposição de problemática*, apresentou em quatro capítulos os cenários e os resultados da implantação da intervenção. **No sexto capítulo**, retratamos a conformação inicial dos cinco municípios envolvidos, por meio da descrição das principais características sócio demográficas e contextuais. **No capítulo seguinte** apresentamos os resultados da mensuração do grau de implantação nos cinco locais e a percepção dos agentes envolvidos quanto aos objetivos, ações e atribuições no processo de implementação da intervenção. **No oitavo capítulo**, especificamos a conformação da intervenção Prose nos dois municípios considerados exemplares no processo de implantação, enfatizando as trajetórias sociais e profissionais, as relações prévias e as novas relações instituídas entre os agentes dos subespaços

saúde e educação para viabilizar a implementação das ações, assim como, os fatores contextuais restritivos ou favoráveis que influenciaram os distintos resultados alcançados. **No capítulo nove**, cotejamos os resultados evidenciados pelos capítulos anteriores, para discutir “O Dilema da autonomia e a imposição de problemática”, problematizando o grau relativo da autonomia dos sistemas locais no processo de implementação de políticas públicas. Do mesmo modo, **no capítulo dez**, contextualizamos a questão da *imposição de problemática* como um desafio para a autonomia local, tendo em vista que, a proposição das temáticas que originaram a intervenção Prose não foi construída somente a partir de interesses ou necessidades do contexto, mas, também, por agentes externos vinculados a uma instituição acadêmica. E, **no último capítulo**, tecemos os comentários finais, resgatando os principais resultados alcançados, as contribuições e as limitações teóricas para atender o objeto, e sistematizamos um conjunto de indagações e/ou as recomendações que, mesmo identificadas por este estudo, não puderam ser aprofundadas, mas poderão balizar novos debates e a realização de outras pesquisas avaliativas, especialmente, relacionadas ao processo de implementação de iniciativas para promoção da saúde no âmbito local.

PARTE I – O PROBLEMA, A PROBLEMÁTICA E O ESTADO DA ARTE

1. INTRODUÇÃO

Desde o início do século XX, diferentes concepções de promoção da saúde se desenvolveram no mundo. Tais concepções transitaram desde uma visão em que as ações de promoção da saúde eram reduzidas a atividades voltadas para a mudança de estilos de vida, atribuindo ao comportamento individual a responsabilidade pelo estado da saúde, até uma a visão mais moderna, que adota, como enfoque prioritário, a atuação sobre as iniquidades e os determinantes sociais da saúde (DSS), por meio da implementação de políticas públicas articuladas intersetorialmente e direcionadas ao reforço da capacidade dos indivíduos e à comunidade, abrangendo os aspectos sociais, econômicos, políticos e culturais dos territórios. (TERRIS, 1992; EVANS e STODDART, 1994; ROBERTSON e MINKLER, 1994; BUSSET et al., 1998; NUTEBEAM, 1998; ESCOREL, 1998; LEAVELL e CLARK, 1978; LALONDE, 1974; MACDONALD, 1998; BERKMAN e KAWACHI, 2000; PAIM, 2001; 2006; 2012; KICKBUSH, 2003; OURIQUES, 2006; CNDSS, 2008; LAWN et al., 2008; ASHTON, 2009; 2016; BUSS, 2009; RICE, 2012; TUSSET, 2012; WEISS et al., 2016; GUGGLBERGER et al., 2016).

No Brasil, o movimento sanitário que vem se constituindo em torno da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), do mesmo modo, tem direcionado para a necessidade de mudança do modelo de atenção, com redefinição de prioridades e implementação de intervenções articuladas com os DSS (WESTPHAL, 1998; CZRESNIA, 2003; PAIM, 2006; HEIDMANN et al., 2006; BUSS, 2009; MALTA; 2009; CRUZ, 2010; PELLEGRINI; BUSS e ESPERIDIÃO, 2014; SILVA e BAPTISTA, 2015; PELLEGRINI FILHO; BUSS; ESPERIDIÃO, 2014; ROCHA et al., 2014; GALLO e SETTI, 2014; MALTA, 2014a; BURLANDY et al., 2016; FRANCO DE SÁ et al., 2016).

Neste cenário, a Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido apontada como o *locus* privilegiado para a operacionalização das ações de promoção da saúde, e parece ter criado algumas condições de possibilidade para mudar o foco das práticas sanitárias na direção da saúde e não da doença, *ao estreitar os laços entre a equipe de saúde e a população e ao integrar o setor sanitário a outros setores do governo e*

da sociedade. (WESTPHAL, 2003; SUCUPIRA, 2003; BARATA, 2005; GIOVANELLA et al., 2009). Para tanto, a Estratégia Saúde da Família emergiu na dinâmica do território como um espaço permanente de construção e reconstrução de processos relacionais que revela a pluralidade, diferenças, singularidades, heterogeneidade e, sobretudo, a potência de atores para identificar necessidades e demandas e direcionar ações de promoção e prevenção da saúde (PAIM, ALMEIDA-FILHO, 1998; CARVALHO, 2004; MEDINA, HARTZ, 2009; RABELLO, 2010; CASTRO, 2010, MENDES et al., 2013).

De fato, diversos estudos têm demonstrado o impacto da ESF no manejo de problemas relevantes à saúde da população, como, por exemplo, a redução da mortalidade infantil em menores de 05 anos por diarreia e pneumonia (AQUINO, 2008; MACKINKO et al., 2007; RASELLA et al., 2010), e a redução de hospitalizações por causas sensíveis (DOURADO et al., 2011). Embora não haja dúvidas quanto a contribuição desta estratégia e de outras formas de organização da APS, as ações desenvolvidas neste nível têm apresentado também limites em relação ao enfrentamento do conjunto de determinantes da saúde e ao enfoque sociopolítico da promoção da saúde. (PAIM, 2001; CZERESNIA, 2003; CAMPOS, 2003; HEIDMANN, 2006; PAIM, 2006; CARVALHO et al., 2007; BUSS, 2007; ZIONI e WESTPHAL, 2007; OLIVEIRA e CASANOVA, 2009; PELLEGRINI FILHO et al., 2013; PELLEGRINI FILHO, BUSS e ESPERIDIÃO, 2014; COSTA e VASCONCELOS, 2014; GARBOIS et al., 2014; ROCHA e DAVID, 2015).

No âmbito internacional, alguns estudos têm indicado que as estratégias adotadas para implementar ações direcionadas para a promoção da saúde, não conseguiram influenciar, de modo significativo, a reorganização do setor saúde, especialmente no que se refere as práticas profissionais integradas a APS. (NUTBEAN, 1986, EAKIN, 2000; CARVALHO, 2007; HOGG, 2009; JEPSON, 2010; MCQUEEN e SALAZAR, 2011). Outros, destacaram alguns fatores facilitadores para a implementação de políticas para a promoção da saúde. Nesse contexto, Weiss, Lillefjell e Magnus (2016), a partir dos resultados de uma revisão sistemática, apontaram como favoráveis: (1) a presença de um planejamento local com objetivos, metas, cronograma e um prazo realista; (2) o compartilhamento de ações por meio de uma abordagem dinâmica e uma equipe experiente e capacitada; (3) a presença de

uma liderança eficaz que direcione ações; (4) a disponibilidade de recursos e a tomada de decisão colaborativa. Raeburn et al. (2006), por meio da análise de cinco casos desenvolvidos na África, Brasil, Honduras, Nova Zelândia e Tailândia, indicaram a necessidade de reforço à capacidade comunitária associada a um contexto colaborativo (com viabilidade política e apoio de outros setores e atores) como fator relevante para o desenvolvimento da promoção da saúde.

Por outra via, o debate brasileiro também tem suscitado questões, que revelam: (1) incipiência na realização de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas pelas equipes de atenção primária no Brasil (HORTA et al., 2009; MEDINA et al., 2014); (2) que a maioria das ações de promoção da saúde não tem sido implementada com base em necessidades identificadas nos territórios de atuação dos profissionais, e, sim, por ações pontuais e descontextualizadas, orientadas para atender demandas priorizadas pelos âmbitos federal e estadual, em situações de epidemia, necessidade de cumprimento de metas pactuadas pelo setor saúde relacionadas a normas ou diretrizes de abrangência nacional ou simplesmente para atender aos *calendários comemorativos* instituídos pelos ministérios da saúde e educação (FEURWERKER e COSTA, 2000; JUNQUEIRA, 2004; FERREIRA, 2005; SANTOS, 2005; WESTPHAL e WALLERSTEIN, 2005; CZERESNIA, 2009; OLIVEIRA e CASANOVA, 2009; CAMPOS, 2003; BODSTEIN, 2009; MORETTI, 2010; VILLARDI, 2011; SILVA e BAPTISTA, 2014; AKERMAN et al., 2014; ALBUQUERQUE et al., 2016); (3) reduzida capacidade técnica dos profissionais, ressaltando a necessidade de qualificação dos profissionais envolvidos, especialmente direcionada a promoção da saúde em territórios definidos, contribuindo para uma maior autonomia dos atores na formalização e execução das ações (CARVALHO e GASTALDO, 2008; CAMPOS e WENDHAUSEN, 2007; MARÍN et al., 2005; CZERESNIA, 2009; LOPES et al., 2004; VASCONCELOS, 2014; SILVA e BAPTISTA, 2015).

A multiplicidade e complexidade das necessidades sociais requer intervenções intersetoriais. Para tanto, as abordagens intersetoriais tem sido ressaltada como alternativa para propiciar mudanças de cultura organizacional, viabilizando a ampliação do escopo de ações e reorganização dos sistemas locais de saúde, a convergência de interesses entre os profissionais e a construção de alianças na implementação de ações, com a finalidade de responder de maneira mais eficaz e

eficiente as demandas da população. (CAMPOS, 2003; OLIVEIRA e CASANOVA, 2009; POTVIN, 2012; COHEN et al., 2013; AKERMAN, 2014; FLEURY, 2014). Nesse interim, Teixeira (2006) indicou que a inserção da ação intersectorial às atividades desenvolvidas na APS, tendo como pressuposto a construção de alianças estratégicas entre gestores do SUS interessados, comunidade e profissionais de saúde, pode impulsionar a redefinição de práticas de saúde, a partir da situação concreta de cada sistema local.

A perspectiva intersectorial, no contexto internacional, tem sido discutida na lógica da “Saúde em Todas as Políticas” (*Health in all policies/Hiap*), como uma estratégia política e enquanto um indicador comum de desenvolvimento, objetivando estreitar a relação existente entre a saúde e o contexto econômico e social mais amplo nas sociedades modernas, assim como, oportunizar como questões prioritárias que demandam uma política de resposta integrada e multisetorial, a melhoria das condições de saúde da população e a redução das desigualdades de saúde.

Corroboram esse debate algumas evidências apresentadas por Rantala et al. (2014), Potvin e Lamarre (2009) e King (2006), que apontaram a organização territorial, administrativa e política dos sistemas locais como fatores facilitadores para a ampliação de sinergias na formalização ou institucionalização de políticas de cunho intersectorial.

No Brasil, os estudos têm demonstrado que um número reduzido de equipes de saúde realizam ações intersectoriais, especialmente vinculadas às iniciativas para a promoção da saúde, destacando-se como principais dificuldades a divergência de compreensão acerca do conceito e operacionalização das ações articuladas, uma reduzida capacidade dos atores para desenvolver o *protagonismo social* e constituir alianças e redes sociais organizadas em territórios locais para a execução integrada de ações de promoção da saúde (FERREIRA, 2000; CZERÉSNIA, 2009; SILVA, 2009; FERNANDEZ e WESTPHAL, 2012; CANTHARINO, 2013; VASCONCELOS, 2014; GARCIA et al., 2014; DIAS et al., 2014; SILVA e BAPTISTA, 2015). Giovanella et al. (2009) reforçaram que, apesar de constatado o crescimento da integração da rede de serviços de saúde, a insuficiência de uma adequada formação profissional tem limitado o desenvolvimento de ações intersectoriais pelos profissionais. Para Andrade

(2004), o *dilema da intersectorialidade* se configura pela contradição entre ‘o consenso discursivo e o dissenso prático’, ante a necessidade de integração das práticas e os saberes requeridos pela articulação entre os setores e as práticas setoriais perpetuadas pelos distintos campos disciplinares. Além disso, algumas evidências apontam que o alcance dos arranjos integrados pode ser limitado pela influência do poder local, em que estão em jogo disputas de interesses entre os agentes por acúmulo de recursos de poder (político, técnico e administrativo), que podem induzir ou perpetuar um processo setorial no desenvolvimento das ações e políticas no âmbito local (DOWBOR, 1996; BRUGHA e VARVASOVSKY, 2000; DOWBOR, 2002; MORRISON e SODERBAUM, 2003; CNDSS, 2008; BUSS, 2000, 2009; NOGUEIRA, 2007; REPETTO, 2009; CMDSS, 2011; AZEVEDO, 2012).

Diante do exposto, percebemos que a maioria dos estudos apenas elencam proposições e recomendações, evidenciando a escassez de sistematizações científicas que apontassem para a consolidação da articulação entre os setores. Dentre as propostas, podemos destacar: (1) consolidar um processo sistemático de comunicação que permita a definição de conceitos, objetivos comuns e de resultados das ações que demandam contribuições de outros setores (SILVA, 2010; AKERMAN et al., 2002); (2) formar profissionais que sejam capazes de identificar a complexidade dos problemas e necessidades em saúde dos territórios de atuação, planejar e implementar ações intersectoriais para intervir sobre estes (FERNANDEZ et al., 2007; STOTZ, 2009; AZEVEDO et al., 2012; MENDES et al., 2013; WESTPHAL et al., 2013); (3) utilizar de mecanismos de planejamento, monitoramento e avaliação visando à saúde sustentabilidade das ações e fortalecimento do vínculo entre os agentes dos distintos setores (CAVALCANTI et al., 2015; SILVA e TAVARES, 2016). Contudo, os estudos identificados não discutiram estratégias direcionadas ao estabelecimento de mecanismos de cogestão do processo de trabalho, que pudessem promover mudanças na cultura organizacional, com vistas à adoção de práticas horizontais de gestão, centrando-se na organização do trabalho em equipe. Por esse prisma, conclamam por uma nova lógica de gestão que vise superar a segmentação e a desarticulação das diversas ações públicas (GREER e LILLVIS, 2014; STORM et al., 2016; TROMPETTE et al., 2014).

Ademais, apesar do debate sobre ações intersetoriais estar em pauta, observou-se duas lacunas relacionadas a concepção das ações intersetoriais e as estratégias para a gestão de ações desta natureza. Primeiro, a polissemia conceitual do termo ação intersetorial e ausência de uma definição concreta e de categorias operacionais que pudessem ser utilizadas para analisar características do processo de planejamento, execução e avaliação. (AKERMAN et al., 2014; CANTHARINO, 2013). Da mesma forma, o debate sobre o processo de gestão das ações articuladas, embasadas na definição de prioridades, planejamento e programação têm demonstrado incipiência.

Não obstante de a preocupação com a adoção de estratégias de gestão estratégico-situacional e comunicativo ter sido incluída nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) e os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), buscando impulsionar o enfrentamento dos determinantes sociais em territórios de diferentes escalas (GALLO e SETTI, 2014; GERMANI e AITH, 2013), as experiências decorrentes da implementação e gestão de políticas intersetoriais em contextos diversificados ainda são raras na literatura científica (WIMMER, 2006; MORETTI, 2010; SHANKARDASS et al., 2012; MOLNAR et al., 2016; STORM et al., 2016). No Brasil, dentre as poucas evidências sobre o assunto, cabe destacar o estudo desenvolvido por Westphal e Mendes (2000), no qual distinguiram modelos de gerenciamento de projetos intersetoriais a partir de três tipos de formato: (1) que priorize a descentralização e a intersectorialidade; (2) por meio de mudanças graduais e permanentes no aparato administrativo; (3) pela articulação dos setores em redes de parcerias entre órgãos governamentais, não governamentais e a comunidade para a resolução de problemas da população que vive em determinado território.

Sob a mesma ótica de reforço às ações intersetoriais nos territórios, o contexto escolar tem sido apontado como um espaço privilegiado para o desenvolvimento de práticas promotoras da saúde em todo o mundo (IPPOLITO-SHEPHERD, 2006; STEWART- BROWN, 2006; SILVA e HADDAD, 2006; ST- LEGER, 2007; KESHAVARZ et al., 2010; DÜR, 2013; CASEMIRO et al., 2014; JESSIE-LEE et al., 2015; BENETT et al., 2016). No Brasil, há mais de uma década, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) (BRASIL, 2006; BRASIL, 2010) e o Programa Saúde na Escola (BRASIL, 2007), reconheceram e instituíram eixos e diretrizes que

direcionam o desenvolvimento de ações integradas para a promoção de hábitos alimentares saudáveis e prática de atividades físicas, o que exige uma relação mais próxima entre os profissionais de saúde e da educação.

A Política Nacional de Promoção da Saúde tem como objetivo geral promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes, configurando importante papel da promoção da saúde na redução de iniquidades em saúde, baseada na cooperação e no respeito às singularidades, como o estímulo à intersetorialidade. (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011).

Comungando o propósito de desenvolver ações produzidas em territórios delimitados de acordo com a área de abrangência da Estratégia Saúde da Família, em uma construção intersetorial, de forma a atender às necessidades e demandas locais o Programa Saúde na Escola (PSE) tem sido a aposta governamental mais recente, para “o fortalecimento do desenvolvimento integral de crianças, adolescentes e jovens da rede pública de ensino, possibilitar a construção de conhecimento compartilhado e a formação de atitudes saudáveis”. (BRASIL, 2007).

Para alguns autores, o modelo brasileiro de APS, com ações produzidas em territórios determinados, de acordo com a área de abrangência da ESF, tem o potencial de estimular a criação de vínculos intersetoriais entre os equipamentos públicos da saúde e da educação de forma a originar novas práticas de saúde pautadas na promoção da saúde e favorece o êxito do PSE. (BRASIL, 2006; SILVA e RODRIGUES, 2010; SILVA et al., 2014; CHRISTMANN e PAVÃO, 2015).

Trata-se, por conseguinte, de um grande desafio posto que a integração proposta pressupõe uma relação de interdependência entre agentes e instituições distintas. Diante deste novo cenário, torna-se premente a priorização de problemas, a identificação de metas comuns e o planejamento e desenvolvimento de ações intersetoriais por setores distintos (mesmo que possuam interesses conflitantes). (FERNANDEZ et al., 2012; CZERESNIA, 2003; ANDRADE, 2004; CAMPOS e WENDHAUSEN, 2007; CARVALHO, 2002). Para atingir tal propósito, o setor educacional, dada sua capilaridade, tem sido um aliado importante para a concretização de ações de promoção da saúde voltadas para o fortalecimento das capacidades dos indivíduos, para a tomada de decisões favoráveis à sua saúde e à

comunidade, para a criação de ambientes saudáveis e para a articulação interstetorial (MENDES, 2000; BUSS; CARVALHO, 2009; SILVA, 2014).

Entretanto, com a expansão do PSE e sua abrangência nos diferentes territórios do país, a fragilidade da articulação interstetorial foi evidenciada. Para os autores Westphal e Mendes (2000), as práticas direcionadas à promoção da saúde no contexto escolar têm se localizado ao interior de alguns segmentos do setor saúde, fragmentadas em ações desenvolvidas em parceria com e em outros setores, com abordagens técnicas diversificadas quanto à implementação de ações, pautadas por iniciativas informais e sem um trabalho prévio de planejamento. Para outros autores, as parcerias entre a saúde e outras instituições têm se resumido, na maioria das situações, à utilização de cenários como escolas, igrejas ou instituições dos territórios locais para o desenvolvimento de ações pontuais de educação em saúde (FIGUEIREDO et al., 2010; CARNEIRO et al., 2012; SILVA; BATISTA, 2014, SILVA, 2014; SILVA, 2010), sem considerar o território escolar como espaço de construção de territorialidades e subjetividades, no qual os sujeitos envolvidos possam se identificar, interagir, refletir a respeito de suas vivências e construir projetos de vida mais saudável. (MENDES, 2000; BUSS; CARVALHO, 2009; SILVA, 2014; CAVALCANTI et al., 2015).

Outros estudos apontam que a maioria das ações para a promoção da saúde desenvolvidas no contexto escolar tem sido delineada por profissionais da saúde, sem a interface com a educação e desvinculadas ao projeto político pedagógico da escola, demonstrando que a equipe de saúde frequentemente desempenha um papel autoritário, *ditando* o que os professores devem fazer, e conseqüentemente, inviabilizando a interstetorialidade e a participação do corpo docente no planejamento das ações. (ROCHA et al., 2002; PAULETO, PEREIRA e CYRINO, 2004; CARNEIRO, 2010; GOMES, 2012; CARNEIRO et al., 2012; MONT'ALVERNE e CATRIB, 2013; CAVALCANTI et al., 2015; SANTOS, 2016). Ante ao exposto, o PSE parece vir seguindo os mesmos *moldes* dos modelos tradicionais de programas de saúde escolar anteriores (enfoques considerados por diversos autores, como verticais, médico-terapêuticos, essencialmente assistencialistas, normativos e medicalizantes), e as práticas permanecem deslocando, equivocadamente, da rede de saúde para o espaço da escola, equipamentos e recursos assistenciais. (UIPES,

1998; MENDES, 2000; BUSS; CARVALHO, 2009; TOASSA, 2012; MEIRA, 2012; VIEIRA, 2013; SILVA, 2014; DIAS et al., 2016).

Outro aspecto observado, refere-se à consistência da teoria do PSE, que segundo Magalhães (2016) tende a ser abalada em contextos municipais com baixa cobertura da ESF, demonstrando que há uma forte correlação entre a atuação das equipes e a consolidação do programa no seu desenho original.

Com o intuito de identificar os desdobramentos concretos de ações direcionadas a Promoção da Saúde no contexto escolar, tornou-se necessário o desenvolvimento de estudos que pudessem contribuir para a compreensão dos conhecimentos e práticas de saúde e de promoção da saúde no âmbito municipal, principal cenário para a implementação de políticas, programas para a promoção da saúde. Os resultados de uma pesquisa realizada em Fortaleza mostraram uma progressiva integração entre os setores saúde e educação, promovendo uma cooperação intersetorial que foi resolutiva para a implementação do PSE (SANTIAGO et al., 2012). Em um estudo de caso no município de Mossoró, os autores analisaram o Programa Saúde na Escola por meio da percepção de gestores e profissionais de saúde e constataram que as estruturas, os intercâmbios entre os atores envolvidos (restritos aos contatos entre os secretários municipais de saúde e educação) e os recursos disponíveis eram insuficientes para o desenvolvimento do programa. Concluíram que os resultados alcançados não corresponderam ao esperado, evidenciando a necessidade de revisões das normas e diretrizes do programa (SILVA et al., 2017).

Resultados semelhantes foram apontados por Sousa (2014), que ao realizar um estudo de caso em um município do Estado da Bahia, demonstrou que a articulação intersetorial no processo político-gerencial e no processo de trabalho para a implementação das ações do PSE mostrou-se frágil e limitada, assim como, a intersetorialidade era pouco praticada, indicando justaposição de ações. Outro estudo desenvolvido no município baiano de Sapeaçu indicou a falta de interação entre as equipes escolares e de saúde como um obstáculo à boa condução e continuidade do programa (OLIVEIRA, 2014).

Os desdobramentos apresentados acerca dos processos de desenvolvimento do programa em cenários concretos demonstraram que, apesar de o PSE, como estratégia política, trazer, em seu bojo, um conjunto de princípios e diretrizes que orientam para as práticas pautadas pela integralidade, intersetorialidade, participação social e corresponsabilidade, a articulação com a APS para que estes propósitos sejam concretizados, não está consolidada. Esta problemática aponta que, para além de se atentar para as regras formais que norteiam os processos típicos das políticas públicas intersetoriais, faz-se necessário observar as relações estabelecidas e outros fatores que compõem a rotina organizacional local, que nem sempre é favorável e/ou flexível a inclusão de iniciativas para a promoção da saúde e estratégias intersetoriais.

Dentre os principais desafios para a implantação do PSE no âmbito local, pode-se destacar: os critérios estabelecidos por portarias regulamentadoras, que nem sempre são prioritários para as comunidades envolvidas; ações verticalizadas sem um planejamento conjunto e participação da comunidade escolar; projetos pontuais de baixa resolutividade que não trazem avanços significativos à saúde dos escolares; modelo de gestão que dificulta a articulação intersetorial e reduzida capacidade técnica dos envolvidos na implementação do programa (SILVA et al, 2017; FERREIRA et al., 2014; AZEVEDO et al.,2012).

Portanto, o conjunto de dificuldades identificadas em experiências desenvolvidas para a implementação do PSE no âmbito loco regional reforça a necessidade de outros estudos, que possam analisar o estabelecimento de uma intervenção concreta com ações direcionadas a promoção da saúde no contexto escolar em territórios cobertos pela ESF e que possibilite a agregação de novas explicações contextualizadas no âmbito local. Ademais, é importante salientar que no Brasil, os estudos de intervenção para a promoção da saúde são escassos e incipientes.

Ante a esse cenário, este estudo tomou como objeto a intervenção Prose, que foi implementada em dez escolas de ensino médio, pertencentes a territórios cobertos pela Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa Saúde na Escola (PSE) em cinco municípios de médio porte do Estado da Bahia, Brasil, o que permitiu apreender

diferenciais que expressaram a influência do contexto no grau de implantação do programa e nos resultados alcançados pelos distintos locais.

Tendo como substrato a realização dessa intervenção, as perguntas que balizaram as linhas de proposição deste estudo, foram: Como se deu a implementação da intervenção intersectorial para promoção da saúde no âmbito local? Quais foram os fatores contextuais facilitadores e restritivos à execução da intervenção intersectorial para promoção da saúde? Como se deu o processo de gestão para a implementação de ações intersectoriais para promoção da saúde? Este processo garantiu a sustentabilidade das ações?

1.1. Objetivos do estudo

Objetivo geral:

Analisar a implantação da intervenção intersetorial (Prose) para promoção da saúde relacionada a padrões alimentares e de atividade física de adolescentes matriculados em escolas de ensino médio, pertencentes a territórios cobertos pela Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa Saúde na Escola (PSE) em cinco municípios do Estado da Bahia.

Objetivos específicos:

- Sistematizar o conhecimento produzido sobre as concepções, natureza e estratégias para a gestão e sustentabilidade das ações intersetoriais para a saúde;
- Estimar o grau de implantação das ações intersetoriais para a promoção da saúde nos cinco municípios baianos;
- Identificar e discutir os principais fatores contextuais facilitadores e restritivos à implementação, gestão e sustentabilidade da intervenção intersetorial Prose nos municípios que obtiveram resultados considerados exemplares no processo de implementação;

1.2. Hipótese de estudo

A hipótese que orienta este estudo é a de que o desenvolvimento de uma ação intersetorial para promoção da saúde é uma estratégia complexa, que requer o entendimento das relações que permeiam a sua implementação em diferentes espaços sociais (com estruturas discursivas, interesses e capitais diversificados) no âmbito local. Supõe-se que os limites definidos pelo campo burocrático do Estado, ao reconhecer a existência de um problema global, cria uma política nacional e estabelece condições padrões para a sua execução, sem relativizar os problemas prioritários e a autonomia local.

No caso deste estudo, conjectura-se também, uma *imposição de problemática* da universidade (como representante do Estado, incorpora os *atos do Estado*¹) ao propor a realização de uma intervenção, com o intuito de reforçar ações previstas em políticas formalizadas, mas não originadas apenas a partir de interesses (ou necessidades) dos agentes locais.

Por outro lado, a implementação de estratégias desta natureza, podem suscitar mudanças nas relações internas entre os agentes e os setores, e definir novas motivações que permitam a reconfiguração (ou não) de um novo espaço social. Supõe-se que neste, apesar de envolver o engajamento de agentes de distintos subespaços, com diferentes interesses e capitais, deveriam prevalecer os interesses coletivos.

Julga-se que a dinâmica de cada sistema local pode favorecer *condições de possibilidade* para o desenvolvimento (ou não) de ações estratégicas e conscientes, que permitam explicar o alcance de distintos níveis de resultados das ações nos diferentes cenários.

¹ Os atos do Estado são atos autorizados, dotados de uma autoridade que, gradualmente, por uma série de delegações em cadeia remete a um lugar último. São ações feitas por agentes dotados de uma autoridade simbólica, e seguidas de efeitos (BOURDIEU, 2014 p. 40).

2. REVISÃO CRÍTICO-ANALÍTICA DO ESTADO DA ARTE

2.1. A Promoção da Saúde no contexto escolar: transformação, multiplicação ou conservação² de antigas práticas?

O presente estudo teve como objeto a análise de implantação de uma intervenção intersetorial para a promoção da saúde, desenvolvida no ambiente escolar, no bojo de uma política nacional, o Programa Saúde na Escola (PSE), cuja implementação preconiza o desenvolvimento de ações intersetoriais, especialmente dos setores educação e saúde, no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Nessa perspectiva, buscando suporte teórico para análise e compreensão crítica do objeto proposto, desenvolvemos esta revisão da literatura, buscando identificar os principais eventos críticos decorrentes da realização de diferentes abordagens direcionadas para a saúde escolar no mundo e na América Latina, e enfatizar a evolução dessas políticas no Brasil, demarcando possíveis mudanças com a execução do PSE (se ocorreram e quais foram).

Inicialmente, é importante salientar que as políticas de saúde escolar existem desde larga data e em vários países. Experiências, no que diz respeito a implementação de programas de assistência à saúde do escolar, não são recentes. A ideia foi identificada na Alemanha no século XVIII, quando o médico alemão Johann Peter Frank (1745-1821) elaborou o *System einer Vollständigen Medicinischen Politizei*, conhecido como Sistema Frank, que buscou articular a saúde pública com a saúde do escolar por meio de inspeções das condições de saúde. (ROSEN, 1994; FIGUEIREDO et al, 2010). Na França, em 1905, se implementou um instrumento de normalização: uma escala métrica da inteligência que pretendia disciplinar³ por meio de ações educativas, as crianças de classes populares, cujos comportamentos não se enquadravam aos padrões considerados normais. (BINET e SIMON, 1978; PINELL, 1995; PINELL, 2010). Nos Estados Unidos, em 1989, o Programa de Saúde do Escolar foi divulgado sob a insígnia *Comprehensive School Health*, com a inclusão de conteúdos da educação para a saúde nos currículos escolares e desenvolvimento

² Subtítulo inspirado em trechos do livro - PAIM, J.S. **A reforma sanitária Brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA, 2008.

³ PINELL, P. **Análise sociológica das políticas de saúde**. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2010.

de atividades assistenciais em *centros de saúde escolares*, com atividades direcionadas a detecção precoce de problemas audiovisuais, auditivos e uma maior ênfase nos comportamentos dos escolares. (AMERICAN SCHOOL HEALTH ASSOCIATION, 2008; SANTELLI et al., 1996).

Contudo, diversos estudos têm demonstrado que as iniciativas de saúde descritas anteriormente continham expectativas pouco realistas e/ou não tinham em conta um enfoque global da escola; cumpriam muito mais uma função de disciplinamento das classes populares, de enquadramento das pessoas, do que atingir os objetivos explícitos em termos de melhoria das condições de saúde e qualidade de vida dos escolares. (VYNCKT, 1992; MIRANDA, 2000; VALADÃO, 2004; GONÇALVES et al., 2008; VALADÃO, 2004; VIEIRA, 2013; COUTO et al., 2016).

Experiências promissoras como as Escolas Promotoras de Saúde (EPS) têm sido um importante objetivo de várias agências internacionais, tais como a Organização Mundial da Saúde (OMS), UNESCO, UNICEF, OPAS, dentre outras, desde 1995 (ALLENSWORTH e KOLBE, 1997). Desde então, a proposta das EPS defende a inclusão de conceitos e abordagens consideradas eficazes para promover a saúde nas escolas, com base no conceito ampliado da promoção da saúde estabelecido na carta de Ottawa (Políticas de escolas saudáveis, incluindo ambiente físico e social, reforço de competências individuais de saúde e competências para a ação e participação da comunidade). Assim, em tese, as EPS têm por objetivo possibilitar a criação de condições favoráveis para que as gerações futuras possam ter maior autonomia para cuidar de sua saúde, aplicando o conceito de promoção da saúde nos espaços escolares e no território onde vivem, aliado a um processo de mudança organizacional e sistêmica, por meio da priorização da promoção da saúde e da intersectorialidade em um domínio mais dinâmico e político dos determinantes sociais da saúde. (ALLENSWORTH e KOLBE, 1987; NUTBEAN, 1987; YOUNG, 1993; WHO, 1996; OPAS, 1996; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1997; DESCHESNES et al., 2003; IPPOLITO-SHEPHERD, 2006; GOULART, 2006; ROWLING e JEFFREYS, 2006; BARNEKOW et al., 2006; TANG et al., 2009; SAMDAL E ROWLING, 2011; PELLEGRINI, BUSS e ESPERIDIÃO, 2014).

Paulatinamente, as EPS passaram a ser difundidas para outras redes, a exemplo da *Schools for Health Action in Europe* (SHE, 1995), e agregaram novas abordagens com base em três componentes: (1) currículo, ensino e aprendizagem; (2) organização escolar, *ethos* e meio ambiente; (3) e parcerias e serviços. A implementação desses três componentes tem sido preconizada por meio da inclusão de um programa curricular transversal, holístico e coordenado, com a agregação ao currículo de conhecimentos e habilidades em saúde em um domínio mais dinâmico, com envolvimento de atores, como alunos, professores, pais e comunidade local, na identificação de necessidades, na realização de ações para atender às necessidades locais (*empowerment*), assim como, um maior estímulo para os escolares assumirem um papel ativo e crítico nos processos de tomada de decisão dos assuntos relacionados com a saúde. (TAMBINI, 1985; TANNAHILL, 1985; BREMBERG, 1991; TANNAHILL e YOUNG, 1993; DENMAN, 1994; WHO, 1996; NAVARRO, 1999; LEE et al., 2007; CARVALHO, 2000; STEWART-BROWN 2006; GOULART, 2006; CUSHMAN, 2008; SAMDAL, 2008; DESCHESNES et al., 2003; ROWLING e JEFFREYS, 2006; BARNEKOW et al, 2006; TANG et al., 2009; SAMDAL E ROWLING, 2011).

A implantação da EEPS implica em atividades intersetoriais entre a instituição educativa, o setor saúde e a comunidade, com identificação das necessidades e linhas de enfrentamento pelos próprios envolvidos (CARDOSO; REIS e IEVORLINO, 2008). As atividades em saúde no espaço escolar objetivam favorecer uma ação mais reflexiva e crítica do conceito de saúde, com investigação de demandas e temas pertinentes à comunidade escolar e, particularmente, aos escolares, além de serem incluídas por meio da integração da educação para a saúde no currículo escolar, e implementadas com o auxílio de metodologias que priorizassem a participação e interação dos atores sociais no processo. (MCLEROY et al., 1988; KICKBUSCH, 2003; GREENHALGH et al., 2004; FRAGELLI e GÜNTHER, 2008; DESCHESNES et al., 2010; CARVALHO, 2015). Para Navarro (1999), as EPS propunham, especialmente, as modificações na dimensão curricular, ou seja, nos processos de aprendizagens formais, buscando interligar, cada vez mais e mais facilmente, os conteúdos das disciplinas, com a inclusão de temas de saúde de forma transversal em todos os componentes curriculares.

A fim de identificar os processos de implementação dos componentes propostos pelas EPS, ao longo das últimas décadas e em diversos países, vários estudos têm sido desenvolvidos e destacam fragilidades e desafios para a implementação destas iniciativas, quais sejam: a execução de ações relacionadas apenas a inclusão de ações de saúde no currículo escolar, sem uma interação com as demandas identificadas no território do entorno escolar (LYNAGH et al., 1997); necessidade de alocação adequada de recursos humanos e físicos, a ampliação da capacidade organizacional da comunidade escolar (KESHAVARZ et al. , 2010); fragilidades quanto a capacidade organizacional da EPS, especialmente quanto a reduzida participação do setor da saúde, a ausência de cursos de formação para professores na área de saúde, sobrecarga de trabalho dos professores para se dedicarem à implementação de projetos de Educação para a Saúde, o pouco envolvimento dos pais nas tomadas de decisão da escola (BENNET; CUNNINGHAM; MOLLOY, 2016; MCISAAC et al., 2015; MCLEROY et al, 1988; CARVALHO, 2000; 2001; KICKBUSCH, 2003).

Uma tendência a dicotomização, de maneira simplista, por meio da rotulação das instituições de ensino distinguindo-as como *saudáveis* ou *insalubres* sem a devida análise acerca das inter-relações contextuais que influenciaram diretamente a saúde dos escolares e do contexto comunitário do entorno escolar, do mesmo modo, foi apontada como um fator restritivo a implementação das EPS. (WOLFGANG e AVEYARD, 2003; GREENHALGH et al., 2004; FRAGELLI e GÜNTHER, 2008; DESCHESNES et al., 2010; CARVALHO, 2015; CONWAY et al., 2013; McISAAC et al., 2015).

Uma metanálise de estudos mais recentes relacionados a promoção da saúde de escolares, realizada por Seiffge-Krenke e Krick (2015), com o intuito de avaliar a concepção dos programas, concluí que melhorias na metodologia e conceituação dos programas de intervenção são perceptíveis, mas um trabalho empírico adicional precisa ser conduzido para atualizar os procedimentos e para estabelecer coerência com a complexidade dos distintos contextos. Em contrapartida aos resultados restritivos supracitados, Hung, Chiang e Dawson (2014) realizaram uma revisão sistemática e identificaram importantes fatores que podem auxiliar a implementação das diretrizes das Escolas Promotoras de Saúde, sendo identificados cinco

facilitadores: (1) existência de diretriz para implementar escolas de promoção da saúde; (2) obtenção de apoio e contribuições de atores empenhados da equipe da escola, do conselho escolar, das autoridades governamentais, das agências de saúde e de outras partes interessadas; (3) adoção de uma abordagem multidisciplinar e colaborativa para implementar a EPS; (4) estabelecimento de redes e relações profissionais; (5) formação contínua dos atores para implementar as ações de promoção da saúde no contexto escolar. Os autores ainda destacaram a importância de desenvolver políticas de saúde escolar que atendam às necessidades locais de saúde e características socioculturais específicas. Similarmente, as ações intersetoriais têm sido apontadas como fundamentais para o desenvolvimento de programas para promoção da saúde no contexto escolar, acoplada à valorização de outro elemento, a participação comunitária. (POTVIN, 2008; IPPOLITO-SHEPHERD, 2006).

Os resultados das diversas experiências descritas nos parágrafos anteriores indicam que, na prática, as EPS têm sido limitadas e incapazes de gerar ações integradas; mas, do mesmo modo, apontam a evolução de estratégias e de programas que, embora, ao longo dos últimos vinte anos, tenham assumido denominações diversificadas, a exemplo das Escolas Promotoras de Saúde, Saúde Escolar Global, Escolas Amigas da Criança e a iniciativa *Focussing Ressource on Effective School Health* (FRESH) (STEWART- BROWN, 2006), mantiveram como fio condutor a abordagem global da escola e o reconhecimento de que todos os aspectos da vida da comunidade escolar são potencialmente importantes para a promoção da saúde. Ao mesmo tempo, esses resultados têm permitido evidenciar a necessidade de se fazer mais do que apenas dar aulas de educação para a saúde no âmbito dos programas escolares. (VARELA e ALVAREZ-URÍA, 1992; IPPOLITO-SHEPHERD, 2006; STEWART- BROWN, 2006; SILVA e HADDAD, 2006; ST- LEGER, 2007; KESHAVARZ et al., 2010; DÜR, 2013; CASEMIRO et al., 2014; JESSIE-LEE et al., 2015; BENETT et al., 2016).

Cabe ressaltar que, na América Latina, a partir da década de 1990, também ocorreu a implementação de programas de saúde escolar influenciados pela Iniciativa Regional das Escolas Promotoras de Saúde (IREPS), com a criação da *Rede Latino-Americana de Escolas Promotoras de Saúde* (IPPOLITO-SHEPHERD, 2006). Um

estudo realizado em mais de 20 países buscou analisar a situação dos programas e mostrou que os conteúdos, os enfoques educativos e a metodologia da educação para a saúde nos diversos territórios eram verticais, baseados nos danos à saúde e nas causas de doença e morte. O estudo também revelou a falta de enfoques novos para o desenvolvimento de práticas educativas (OPAS, 1998). A partir destes resultados, em 2002, as ações da IREPS passaram a ser reforçadas pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/OMS), por meio da proposta de um Plano Estratégico para o Fortalecimento da Iniciativa Regional Escolas Promotoras de Saúde a ser implementado durante o período entre 2003 e 2012. Este plano buscou direcionar e estimular a criação de mecanismos estratégicos para permitir maior *advocacy*, articulação e mobilização social, multissetorial e interagencial de recursos para o fortalecimento das capacidades regionais, nacionais e locais nos países da América Latina e do Caribe.

Apesar deste plano estratégico, experiências mais recentes continuam apontando desafios, como a necessidade de ruptura do caráter prescritivo, desarticulado e focalizado das ações pontuais e assistemáticas demonstrando a necessidade de transformação de metodologias e técnicas pedagógicas tradicionais desenvolvidas pelos profissionais envolvidos com a implementação dos programas de saúde escolar. (IPPOLITO-SHEPHERD, 2006; SILVA e HADDAD, 2006; CASEMIRO et al., 2014; BENETT et al., 2016).

Todavia, alguns estudos (CARDOSO et al., 2008; HORTA, 2010; SILVA, 2010; CHRISTMANN e PAVÃO, 2015; GRACIANO et al., 2015; SILVA e BODSTEIN, 2016) apontam que o Brasil não chegou a instituir política de saúde na escola com base, apenas nas diretrizes das EPS, mas também com base em experiências regionais e locais inspiradas pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira e da saúde coletiva⁴ por meio da produção social da saúde que abarca o caráter histórico-social do

⁴ A Saúde Coletiva pode ser definida como um “campo de práticas científicas, teóricas e empíricas, multi e transdisciplinares, e no plano da ação /intervenção, como um campo de práticas multifacetárias (sociais, políticas, econômicas, biotécnicas, educacionais), onde o cuidado é considerado um núcleo estrutural consistente, sendo tais práticas orientadas pela necessidade coletiva sobre os condicionantes e o próprio processo saúde e doença” (AROUCA, 2003 p.54). Define-se também, como “uma área do saber que toma como objeto as necessidades sociais de saúde (e não apenas as doenças, os agravos ou os riscos) entendendo a situação de saúde como um processo social (o processo saúde-doença) relacionado à estrutura da sociedade e concebendo as ações de atenção à saúde como práticas simultaneamente técnicas e sociais”. (SOUZA, 2014, p.11).

processo saúde-doença, propiciando explicitar a relação entre o biológico e o social, e entre o individual e coletivo (ROCHA e DAVID, 2015; BREILH, 2010).

De forma geral, os estudos de tais políticas e ações governamentais direcionadas a inclusão da promoção da saúde no contexto escolar no país vêm se delineando por políticas de saúde, mas de modo assimétrico e em ritmos descompassados, imprimindo permanentes desafios a implementação de ações intersetoriais, tais como ausência de comprometimento igualitário entre os setores, fragmentação das ações, predomínio de abordagens setorializadas e biomédicas (MAGALHÃES e BODSTEIN, 2009; SILVA, 2010; FIGUEIREDO, MONERAT e SOUZA, 2011), a exemplo do Programa Nacional de Saúde do Escolar (PNSE) criado em 1984.

A PNSE, mobilizava os profissionais de saúde, especialmente os médicos, para avaliar, por meio de inspeções médicas periódicas, a condição de saúde dos escolares (ações preventivas e curativas na área da saúde, em geral, e nas áreas de odontologia e oftalmologia, combate à escabiose e à pediculose, de cuidados com a nutrição, primeiros socorros, bochechos com flúor, escovação de dentes, triagem oftalmológica e auditiva, fornecimento de óculos, tratamento dentário através do plano incremental, saneamento básico e encaminhamento à rede básica de saúde), por meio da avaliação do rendimento escolar. Os resultados mostraram-se modestos quanto a melhoria do rendimento escolar, sendo identificada a necessidade de reformulações. (BRASIL, 2004, p. 01; GOMES e HORTA, 2002; BATISTELLA et al., 2008).

Silva (2010) desenvolveu um estudo de revisão da literatura sobre a gênese da promoção da saúde nas escolas a partir da experiência do município do Rio de Janeiro (desde a década de 1920), com o objetivo de identificar os principais modelos de saúde escolar no contexto brasileiro. Os resultados apontaram que, desde o início do século XX, as políticas de saúde do escolar no Rio de Janeiro eram direcionadas a higienização do espaço urbano, como condição fundamental para o combate às epidemias, assim como se propunha a intervenção da saúde nas escolas através de ações de higiene escolar. Da mesma forma, mostraram que os programas se

estruturaram como tentativa de identificar possíveis causas do fracasso escolar. Uma lógica semelhante as ações propostas pela PNSE.

Articulado ao PNSE, entre 1994 e 1999, foi instituído um programa denominado Projeto Escolas (BRASIL, 2006), que determinou que o setor saúde teria responsabilidade exclusiva na implementação das ações (jornadas de vacinação, campanhas de saúde, palestras ou conferências sobre doenças específicas, entre outras). Tais medidas para alguns autores, pareciam reforçar a condição das escolas como simples *receptoras passivas* das intervenções, quase sempre esporádicas, indicando apenas a conservação ou reprodução de práticas ao longo do tempo. (MOLL e RABELO, 2010; CHRISTMANN e PAVÃO, 2015)

Ao mesmo tempo, diversas críticas ao PNSE foram evidenciadas por alguns estudos indicando que a educação para a saúde, baseada no modelo médico tradicional e focalizada no controle e na prevenção de doenças, tem sido pouco efetiva para estabelecer mudanças de atitudes e opções mais saudáveis de vida que minimizem as situações de risco à saúde de crianças, adolescentes e jovens adultos. Importante notar que, historicamente, políticas que envolvem a articulação entre os setores educação e saúde se estruturaram para que o seu funcionamento ocorresse de forma fragmentada, setorialmente, o que contradiz os pressupostos da promoção da saúde, que expõe a necessidade de que o processo de produção do conhecimento e das políticas públicas ocorram por meio de construção e gestão compartilhadas, ou seja, por meio de ações articuladas em que haja diálogo, corresponsabilidade e cogestão entre os setores envolvidos em prol da melhoria da qualidade de vida da população (FERREIRA et al., 2012).

Todas as observações evidenciadas anteriormente, sobretudo a necessidade de implementação de algumas estratégias para criação de espaços e ambientes saudáveis, foram debatidas no Fórum Mundial de Educação (UNESCO, 2000), que definiu entre as suas principais metas e estratégias, a garantia do direito à educação a todos os indivíduos. Este evento parece ter propiciado alguns desdobramentos, como a publicação de uma Portaria Interministerial (Ministério da Saúde e o Ministério da Educação), a Portaria 766/GM, de 17 de maio de 2001, que definiu os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) de Educação para a Saúde, instituindo de temas

transversais à Saúde e Orientação Sexual, considerado um passo importante na realização de uma ação integrada (BRASIL, 2001; SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE/MS, 2002). A elaboração coletiva dos PCNs foi considerada um marco, por reforçar a concretização de que se possa pensar a educação e a saúde sob uma ótica mais integradora.

Em 2003, outra iniciativa interministerial foi lançada, o programa Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE), cujo objetivo era a promoção da saúde sexual e reprodutiva, com enfoque na redução das vulnerabilidades de adolescentes e jovens às doenças sexualmente transmissíveis (DST/HIV/Aids), gravidez não planejada, uso de psicoativos e fomento do protagonismo juvenil na participação da elaboração de políticas públicas (MINISTERIO DA SAÚDE, 2008). É importante salientar que o SPE, mesmo se constituindo como parte integrante de uma tarefa mundial para o combate ao HIV/AIDS (por meio do UNAIDS)⁵, componente do sistema da Organização das Nações Unidas (ONU), foi alvo de críticas e resistências institucionais, segundo Rua (2001), especialmente porque as ações não eram incluídas no Plano Político Pedagógico das Escolas (PPP).

Diante deste cenário, em 2006, foi constituída a Câmara Intersetorial de Educação em Saúde na Escola (CIESE) (Portarias Interministeriais n.º 749/05 e n.º 1.820/06), que objetivava formular diretrizes para a PNSE. Entre os desafios, estava incluir, no processo político-institucional, a constituição de novos arranjos, inclusive, intersetoriais e participativos, que direcionassem a uma ruptura da tradição setorial. No ano seguinte, foi instituída a Portaria Interministerial nº17/2007 que instituiu o Programa Mais Educação e previa a ampliação da jornada escolar, a organização curricular na perspectiva da educação integral com ampliação da carga horária de atividades pedagógicas no turno oposto às aulas, inserção de acompanhamento pedagógico para o desenvolvimento de atividades de educação ambiental, esporte e

⁵ O UNAIDS foi estabelecido em 1994 e mantém representação no Brasil desde 2000, sendo resultado de parceria entre a ONU e o Governo Federal. Este programa tem como objetivos encorajar, mobilizar e apoiar países para alcançar o acesso universal à prevenção, tratamento e cuidados no que concerne ao HIV. Também é relevante destacar que a preocupação com o combate ao HIV/AIDS está presente em alguns documentos internacionais que exerceram e exercem forte influência no Brasil, como por exemplo, o *Marco Estratégico para a UNESCO no Brasil* (2006) e os *Objetivos de Desenvolvimento do Milênio*, mais especificamente no objetivo de número 6: “Combater o HIV/AIDS, a malária e outras doenças”.

lazer, direitos humanos, cultura e artes, cultura digital, promoção da saúde, comunicação e uso de mídias, ciências da natureza e educação econômica.

Congregando com as iniciativas descritas anteriormente, os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs) estabeleceram que cada escola construísse o seu projeto político pedagógico, e os objetivos das Escolas Promotoras de Saúde foram referendados na Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006), em suas ações específicas para o biênio 2006-2007, nas quais foram destacadas a necessidade de articular, com o Ministério de Educação e as secretarias municipais e estaduais, a promoção da saúde no ambiente escolar. A criação da Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) também é considerada por alguns autores como outro marco na luta pela mudança das estratégias anteriores para a promoção da saúde na escola no Brasil. Essa Comissão aqueceu o debate ao propor a reversão de diversos outros fatores na determinação das condições de vida dos sujeitos e das comunidades, fortalecendo a compreensão da necessidade de enfrentar os processos sociais, econômicos, culturais, étnicos, psicológicos e comportamentais como determinantes dos problemas de saúde e da qualidade de vida da comunidade escolar. (CNDSS, 2007; PELLEGRINI, BUSS e ESPERIDIÃO, 2014).

Progressivamente (ainda que o processo tenha sido lento), o ambiente e o entorno escolar têm sido apontados como um cenário fundamental para o desenvolvimento de ações para a Promoção da Saúde. Nessa perspectiva, em 2007, o Programa Saúde na Escola (PSE) (Decreto Presidencial nº 6.286) foi instituído, formalizando uma parceria entre os Ministérios da Saúde e da Educação, com o objetivo de viabilizar a atenção integral (proposição de uma política intersetorial para a prevenção, promoção e atenção). Dessa forma, o PSE constitui uma possibilidade há tempos discutida: o fortalecimento da integração entre os setores educação e saúde, promovendo a intersetorialidade promulgada pelo SUS e a corresponsabilização entre estes setores, habituados a trabalhar isoladamente. (SANTIAGO et al., 2012).

Como tentativa de estabelecer uma resposta às críticas levantadas sobre as iniciativas anteriores, o programa buscou reforçar os princípios da promoção da saúde

(a integralidade, equidade, participação social, empoderamento, a autonomia, sustentabilidade e intersetorialidade), fortalecer o acesso e qualidade das redes de saúde e educação, com a inserção de novos modos de aprendizagem e a ampliação da escola promotora de saúde para territórios cobertos pela ESF, propondo a constituição de redes integradas. (BRASIL, 2007; WESTPHAL, 2006). Para tanto, pressupõe que as ações fossem implementadas considerando a superação da lógica de medicalização do ambiente escolar, por meio do contínuo fortalecimento das redes de saúde e educação e suas responsabilidades, e, viabilizadas por um processo de cogestão para produção de novos dispositivos, além da realização de palestras.

Contudo, a avaliação das ações e a identificação dos processos, resultados e efeitos mais completos em extensão e profundidade, sobretudo a partir dos desdobramentos das modificações de estrutura em diferentes contextos em longo prazo, é praticamente inexistente (pelo menos institucionalmente).

Os resultados relacionados a implementação do PSE têm se apoiado em experiências loco regionais ou estudos de revisão de literatura e indicam fragilidades de cunho estrutural e contextual, que podem estar restringindo as mudanças originalmente idealizadas por esta iniciativa. Dentre as fragilidades, destacam-se: inconsistências relacionadas a concepção de promoção à saúde adotada na formulação do PSE, a saber: (1) incoerência e interpretações reducionistas do conceito de promoção da saúde no aporte técnico e legal do PSE (a exemplo do Decreto nº 6.286 de 5 de dezembro de 2007 que cria o PSE e o Caderno de Atenção Básica Saúde na Escola de 2009); (2) predominância da reprodução de documentos técnicos referentes exclusivamente a adesão e ao repasse de recursos financeiros aos municípios; (3) alguns documentos ainda enfatizam os fatores comportamentais em detrimento dos fatores de ordem contextual (Passo a Passo PSE: Tecendo Caminhos da Intersetorialidade, Caderno de Atenção Básica Saúde na Escola, Manual instrutivo PSE); (4) as ações de promoção têm sido confundidas com as de prevenção, o que aponta que o PSE em seu discurso de empreender uma nova forma de pensar a saúde escolar, acaba por reproduzir uma prática comum no Estado liberal, a de responsabilização dos indivíduos. (CARGNIN, 2014; CAVALCANTI et al., 2015).

Magalhães (2006) destacou outros pontos frágeis do programa, quais sejam: possíveis lacunas e inconsistências no desenho lógico e na teoria do PSE, com fortes mecanismos de indução instituídos pelo Ministério da Saúde, com base em instrumentos pouco flexíveis de avaliação das ações e, por outro lado, que preconizam ações associadas à ênfase na construção coletiva dos projetos político-pedagógicos das escolas envolvendo comunidade, educadores e profissionais dos serviços de saúde em cada contexto local, sem subsidiar de forma adequada as competências profissionais e os processos de implementação. Além disso, apontou a precariedade e fragmentação das informações disponibilizadas pelos sistemas de monitoramento e avaliação, devido ao incipiente registro de atividades, gerando dificuldades para os Ministérios da Saúde e Educação para avaliar, de forma articulada, o desenvolvimento das ações, e, por fim, apontou uma falta de clareza sobre a estratégia prevista para a incorporação das escolas privadas.

Para Lima et al. (2012), apesar de o PSE vir buscando priorizar a integralidade, parece do mesmo modo, estar contribuindo para a reprodução de práticas consideradas ineficazes por experiências anteriores.

Em 2011, o Departamento de Atenção Básica (DAB), condutor do PSE no Ministério da Saúde, identificou sérias dificuldades referentes aos dados do programa, especialmente relacionadas ao cumprimento das metas municipais pactuadas e incluídas no Sistema Integrado de Monitoramento Execução e Controle do Ministério da Educação (SIMEC), as quais apenas tem quantificado o número de escolares contemplados ou de profissionais envolvidos em uma determinada ação, número de atividades realizadas e número de profissionais capacitados, tendo em vista, que os sistemas de informação disponíveis no SUS não possibilitavam a identificação de atendimentos nas escolas. Na ocasião, diante das dificuldades, o Grupo de Trabalho (GT) da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) discutiu a necessidade de uma ampla revisão do programa, porém, desde março de 2011, os municípios estavam sem receber os recursos do PSE aos quais faziam jus, e as instâncias governamentais responsáveis atenderam a solicitação do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) apenas alterando a portaria com a instituição da contratualização para recebimento dos recursos (CONASS, 2011), não sendo empreendidas medidas direcionadas a avaliação da implementação do programa. Em

suma, as ações governamentais estavam mais direcionadas a ampliar a adesão do programa, do que qualificar a implementação das práticas.

Ademais, em que pesem as críticas e limites apresentados, o PSE continuou a ser implementado nos âmbitos loco regionais. Até o ano de 2012, a adesão ao programa era formalizada pelo Ministério da Saúde, segundo alguns critérios que identificavam as escolas com maiores índices de vulnerabilidade social. Eram incluídos na análise preliminar o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB), a cobertura das ESF e a participação no Programa Mais Educação, como critérios prioritários. As ações essenciais estavam vinculadas a Programas prioritários do governo federal (Plano Brasil sem Miséria e sua ação Brasil Carinhoso; Projeto Olhar Brasil, Programa Brasil Sorridente e Programa Crack: é possível vencer).

A expansão do Programa Saúde na Escola foi uma das metas do Plano Nacional de Saúde para os anos 2012 a 2015, que objetivava ampliar a adesão a todos os municípios (5.556 mil), para garantir e qualificar o acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2012). Para propiciar maior aproximação a meta traçada, ocorreu, no ano de 2013, a universalização do programa, tornando todos os municípios brasileiros e o Distrito Federal aptos a assinar o Termo de Compromisso municipal ou do Distrito Federal do PSE, assim como todas as equipes de saúde da Atenção Básica, escolas da rede pública, por nível de ensino, quais sejam creches, pré-escolas, ensino fundamental, ensino médio e modalidade de educação de Jovens e Adultos e escolas, que possuíam entre os educandos pelo menos 50% pertencentes a famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família (PBF) (BRASIL, 2013).

No percurso desse debate, tornou-se crucial identificar aspectos relevantes acerca da estrutura e organização do PSE. Quanto a organização do PSE, as ações e objetivos estão contemplados em três componentes, a saber: (1) Avaliação Clínica e Psicossocial; (2) Promoção e Prevenção à Saúde; (3) Educação Permanente, sendo as obrigações mínimas, contratualizadas por meio do Termo de Compromisso municipal e as ações optativas (não são obrigatórias) pactuadas se houver interesse do município (BRASIL, 2007).

A Gestão do programa foi sistematizada com o intuito de promover a intersectorialidade no planejamento das ações, contudo, respeitando as individualidades e setorialidade nas ações (BRASIL, 2007), idealizada por meio de ações compartilhadas pelos Grupos de Trabalho Intersetoriais (GTI)⁶: Federal – GTIF; Estaduais – GTIEs e Municipais – GTIMs. Os GTIMs devem participar do monitoramento dos dados locais, além de elaborar o projeto do PSE local, com criação de territórios de responsabilidade entre a saúde e a educação e definição de prioridades (BRASIL, 2007). Os dados têm sido monitorados pelos Sistemas de Monitoramento, e-SUS (Ministério da Saúde /Departamento de Atenção Básica) para o componente I e SIMEC (Ministério da Educação) para o componente II. As ações dos componentes I e II, são informadas nos sistemas pela AB e escolas, respectivamente, ambas validadas pelos diretores das escolas.

Quanto ao financiamento das ações, o repasse do incentivo financeiro tem ocorrido de maneira parcelada e condicionado ao alcance das metas pactuadas no Termo de Compromisso pelos municípios, repassado fundo a fundo, via Piso da Atenção Básica variável - (PAB - variável) (BRASIL, 2007; 2013), sendo 70% repassados no momento da assinatura do termo de adesão e 30% quando comprovado o alcance das metas pactuadas. Os recursos devem ser destinados para a aquisição dos materiais necessários à implantação e implementação das ações constantes no plano de ação do município (aprovado pelos Conselhos de Saúde e Educação do município e homologado pela Comissão Intergestores Bipartite – CIB do Estado) (BRASIL, 2007).

Em termo de estratégia de mobilização e comunicação, os Ministérios da Saúde e da Educação adotaram, desde 2012, a Semana de Mobilização Nacional de Saúde na Escola, que desenvolve ações sobre uma temática prioritária de saúde (alterada anualmente) a ser trabalhada transversalmente ao longo do ano letivo nas escolas.

⁶ No âmbito Federal, a coordenação é compartilhada entre o Ministério da Saúde e da Educação, no âmbito do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde e Departamento de Currículos da Secretaria de Educação Básica, dos Ministérios da Saúde e da Educação, respectivamente. O GTI Estadual tem a responsabilidade de realizar o apoio institucional e ser um mobilizador do PSE nos municípios do seu território. Já o GTI Municipal tem como responsabilidade, entre outras garantir os princípios e diretrizes do PSE no planejamento, monitoramento, avaliação e gestão do recurso de maneira integrada entre as equipes das escolas e das Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família. Nos Estados e nos Municípios o arranjo de gestão deve ser o mesmo e gerido conforme necessidades locais (BRASIL, 2007).

Nessa direção o PSE centraliza áreas temáticas, prevendo a articulação de diversas ações que devem ocorrer de forma concomitante. São elas: avaliação clínica e psicossocial, promoção da alimentação saudável, promoção da atividade física, educação para a saúde sexual e reprodutiva, prevenção ao uso do álcool, tabaco e outras drogas, promoção da Cultura de Paz e prevenção da violência e acidentes. (BRASIL, 2007).

Não obstante, independente das fragilidades apontadas anteriormente, constata-se que o PSE se expandiu por todo país, tornando-se a principal estratégia política direcionada a implementar a promoção da saúde no contexto escolar, apresentando, em estudos empíricos recentes, além dos desafios, possibilidades animadoras à sua consolidação. Cabe destacar algumas experiências desenvolvidas no âmbito local, que buscaram apreender fatores diferenciados para o êxito ou insucesso do programa.

Dentre as experiências exitosas implementadas por estados e municípios pôde-se destacar: (1) Rio de Janeiro e Santos, com a criação de rede municipal de Escolas Promotoras de Saúde, cujos grupos de técnicos das áreas de Saúde e Educação há anos investem em atividades de promoção da saúde na escola, como estratégia de reverter práticas autoritárias e verticais de programas tradicionais de saúde escolar e de valorizar a formulação de políticas mais saudáveis; (2) a experiência de formação de rede de Escolas Promotoras de Saúde no Estado do Tocantins, ao conceber a promoção da saúde na ótica da gestão estratégica, indicando um agente/ator interlocutor da escola com os serviços de saúde, lançando mão de outras estratégias e ferramentas do SUS; (3) a construção de ambientes saudáveis, prática registrada em alguns municípios, como os relacionados ao Movimento de Municípios Saudáveis, Vargem Grande Paulista e Itaoca, no Estado de São Paulo, ou em Curitiba, Paraná, que envolveu a participação da área universitária (Universidade de São Paulo e Universidade Católica do Paraná) na articulação com a escola, de modo a favorecer práticas de promoção da saúde em diferentes e interessantes dimensões, que incluíram investimentos em programas de educação continuada. (BUSS e CARVALHO, 2009; BRASIL, 2007b).

Todavia, inúmeras barreiras burocráticas e corporativas têm contribuído para o insucesso de outras experiências, dentre as quais, a insuficiência das práticas para a promoção do protagonismo dos escolares e a persistência de práticas profissionais com características prescritivas. Um estudo desenvolvido por Tusset (2012) avaliou a relevância e a suficiência dos domínios de competências em Promoção da Saúde no processo de implementação do PSE no Distrito Federal (DF) e apontou a ausência de protagonismo juvenil como um fator restritivo para a operacionalização das ações previstas pelo programa. Por outro lado, Biato e Monteiro (2013) afirmam que a educação em saúde desenvolvida pelos profissionais de saúde para a implementação das ações de promoção da saúde, inclusive no âmbito escolar, tem se constituído como uma prática viabilizada por roteiros normatizadores, com tendência a reforçar prescrições e comportamentos.

Vieira (2013) analisou o princípio da intersetorialidade no âmbito do Programa Saúde na Escola por meio do estudo dos Grupos de Trabalho Intersetoriais Municipais (GTIM) e dos Grupos de Trabalho Intersetoriais Estaduais (GTIE) do PSE, e destacou como entraves ao processo de trabalho intersetorial proposto pelo PSE o número insuficiente de profissionais que compõem os grupos municipais, a ausência de carga horária exclusiva desses grupos para a realização das ações do PSE, a falta de autonomia na aplicação dos recursos financeiros e a desarticulação do planejamento municipal nos seus planos de saúde e educação que não contemplam o orçamento intersetorial. O estudo também ressaltou a necessidade de avanços no processo de formação permanente e continuada dos profissionais da saúde e da educação envolvidos na implementação de ações no contexto escolar.

Da Silva Junior (2014), ao pesquisar a execução do Programa Saúde na Escola como política intersetorial, apontou que as ações ainda são incipientes e pautadas por inúmeras limitações, particularmente a burocratização dos serviços, o desperdício de tempo de recursos financeiros e humanos, igualmente, a duplicidade de ações, o que, para ele, tem conduzido ao não atendimento dos objetivos do programa.

Por outro lado, tendo em vista os diferentes âmbitos e as diferenças loco-regionais, outras experiências têm demonstrado dificuldades em relação a implementação de ações em municípios de pequeno porte, especialmente quanto ao

conceito de saúde, limitado ao bem-estar físico e as estratégias prescritivas e verticalizadas para transmissão de informações adotadas pelos profissionais (CARDOSO, REIS e IERVOLINO, 2008). Rocha et al. (2012) apontaram que projetos governamentais paralelos e simultâneos têm sido implementados nas escolas, o que tem gerado a “superposição das ações e intencionalidades díspares”, pois estes programas não se articulam. Do mesmo modo, Silva Junior (2014) e Cavalcanti et al. (2015) alertaram que algumas ações derivadas das proposições normativas do PSE estão se desenvolvendo sobrepondo-se em uma “*mescla de modelos e ações consideradas anacrônicas*”.

Um resultado semelhante foi encontrado por Farias (2014) em um estudo realizado no município de Olinda (PE), nas 20 primeiras escolas que aderiram ao PSE, que apontou o dilema em operacionalizar uma política necessariamente intersetorial explicitada em um ambiente com atores que possuem agendas setoriais previamente estabelecidas, com poucos profissionais disponíveis para a correta execução das políticas, o que leva a dificuldade de conciliar os tempos institucionais dos vários setores e o comprometimento e envolvimento setorial, limitando o alcance das ações. Dessa forma, o autor concluiu que, apesar de algumas mudanças implementadas (no âmbito nacional) pelo programa, observou-se um reduzido investimento em capacitação e educação permanente, além da inexistência de protocolos que norteiem o desenvolvimento de ações intersetoriais.

Gomes (2012) analisou a implementação do PSE em Manguinhos (RJ), a partir de um estudo de caso, por meio de entrevistas semiestruturadas com gestores e profissionais de saúde, educação e assistência social. A pesquisa identificou fatores facilitadores e impeditivos da trajetória do programa no local, relacionados as relações entre os atores, atribuições e concepções sobre ações intersetoriais. Os resultados apontaram que a comunicação e a articulação entre os atores eram os aspectos mais frágeis e descontínuos, e contribuíram para a sobreposição de ações no território e a interrupção do programa no local.

É importante destacar um estudo desenvolvido por Souza (2014), em um município do Estado da Bahia, com características semelhantes aos municípios incluídos nesta tese, que buscou identificar o processo político-gerencial (intersetorial)

e analisar o planejamento de estratégias conjuntas. Os resultados mostraram que, conceitualmente, a intersectorialidade ainda é pouco entendida, como também é pouco praticada, havendo mais justaposição de ações. Na implementação do programa, evidenciou-se uma liderança do setor saúde, tanto no que diz respeito ao processo decisório quanto na alocação e mobilização de recursos: as atividades de saúde nas escolas são preventivas e realizadas quase exclusivamente pela equipe de saúde, a equipe escolar tem uma atuação coadjuvante, por meio de um trabalho burocrático, restrito a ações mais imediatas e pontuais, além disso, o estudo apontou que o GTI tornou-se um espaço esvaziado, com pouco potencial para desenvolver de forma efetiva as ações intersectoriais.

Em síntese, podemos afirmar que a implementação do PSE em contextos locais tem evidenciado como entraves principais algumas dificuldades relacionadas à apropriação do conceito de promoção da saúde, ao protagonismo do setor saúde, à participação dos atores no âmbito da comunidade escolar, ao protagonismo inexpressivo de alunos e familiares, a incapacidade de equanimidade nas decisões, às divergências entre os setores representados nos GTI-M.

Com relação à apropriação do conceito de promoção da saúde, é importante destacar que as divergências de percepções dos atores foram correlacionadas a possibilidade de inviabilizar a pactuação com relação aos objetivos e diretrizes dos projetos, programas ou políticas, de maneira que a gestão e execução tenham se restringido a entendimentos individuais e, portanto, vulneráveis à instabilidade institucional, com possíveis mudanças de cargos dos atores vinculados aos setores da administração pública, envolvidos na implementação das ações do programa.

A intersectorialidade foi evidenciada como um desafio diante das estruturas hierarquizadas da maioria dos municípios. A realização das ações do programa estava sujeita a interesses em jogo e aos processos que privilegiavam determinadas políticas setoriais e pelas lógicas setoriais que permeavam as organizações. A proposição de uma nova lógica, que exige um novo reordenamento das práticas profissionais e maior viabilidade política e administrativa, tem se constituído em um desafio para o âmbito local. Nessa perspectiva, as instâncias deliberativas não têm conseguido se constituir como um espaço central para fundamentar o processo de gestão de objetivos

comuns, planejamento conjunto e orientação do processo de implementação das ações intersetoriais.

A respeito da criação de viabilidade política, alguns autores têm sinalizado elementos importantes de serem observados: (1) a existência de um fundamento político para a atuação integrada. (2) a influência mútua na tomada de decisões dos setores envolvidos de forma a evitar a vinculação da visão transversal a uma única estrutura setorial, tanto do ponto de vista técnico, como gerencial ou político e, assim, proporcionar o balanceamento de possíveis diferenças de poder percebidas pelos atores envolvidos. (GRAU, 2005, SERRA, 2004); (3) a existência de um – agente catalítico com legitimidade e autoridade suficiente para convocar todos os atores pertinentes. (GRAU, 2005); (4) o aporte de recursos financeiros, materiais e técnicos para que de fato a intervenção saia do campo da retórica.

No tocante à incipiente qualificação dos agentes para a condução de ações intersetoriais, o dilema passa a ser operar uma política necessariamente intersetorial explicitada num ambiente com atores que priorizam agendas setoriais previamente montadas. O que indica a escassez de capacitação e educação permanente (como preconizado pelo programa), além da inexistência de protocolos que norteiem o desenvolvimento de ações intersetoriais.

No que diz respeito ao protagonismo do setor saúde, os estudos evidenciaram uma contraposição ao trabalho articulado, com o predomínio do setor saúde em relação à educação no desenvolvimento dessas ações. Apesar da prática intersetorial pressupor decisões suprasetoriais, tem se restringido a alguns setores ou fragmentada na ação de outros setores, evidenciando atividades restritas e condicionadas por conhecimentos específicos, que se constituem em mais um obstáculo ao trabalho articulado.

Em se tratando da participação dos atores no âmbito da comunidade escolar, o protagonismo de alunos e familiares, apesar de apontado como aspecto fundamental para a execução das ações do PSE, tem sido pouco concretizado. Os diversos estudos destacaram que a efetividade das ações do PSE requer a articulação entre diferentes serviços e setores, associados com o protagonismo das famílias, com

o objetivo de potencializar o cuidado às crianças e adolescentes. Além disso, o protagonismo dos escolares por meio da apropriação de conhecimento e capacitação para a multiplicação de saberes entre os seus pares, sobretudo, foi indicado como um ponto frágil nas ações locais, mas reconhecido como um potencial para minimizar a verticalização de informações prescritas pelos profissionais de saúde e educação na lógica do programa.

Em suma, a implementação do PSE no âmbito local depara-se com inúmeros desafios cotidianos. Nesse sentido, analisar a conformação do programa, considerando os contextos políticos, administrativos e técnicos, permitirá compreender e identificar os fatores facilitadores e restritivos e as nuances dos sistemas locais que possibilitaram distintos alcances.

3. PERCURSO METODOLÓGICO

3.1. Referencial teórico

O objeto de estudo foi analisado à luz da teoria da ação social e disposicional de Bourdieu (1992; 1995; 2011; 2012; 2013; 2014), por meio da análise do espaço social e dos tipos e volumes de capital. A noção de espaço social foi adotada, neste estudo, com a perspectiva de identificar como os atores estavam distribuídos em função de sua posição, de acordo com os diferentes tipos de capital e as relações estabelecidas. Ou seja, o espaço social organiza as práticas e representações dos agentes. E é a partir do acúmulo de diferentes capitais que os agentes se posicionam em determinado espaço social. Portanto, tornou-se imprescindível identificar o volume e tipo de capital (simbólico, capital social, capital escolar, capital político, capital militante, capital burocrático) dos diferentes agentes de acordo com as trajetórias sociais e as relações instituídas para viabilizar a implementação da intervenção Prose nos subespaços sociais da saúde e da educação.

Para Bourdieu, a noção de **espaço social** pode ser entendida como um “conjunto de posições distintas e coexistentes, exteriores umas às outras, definidas umas em relação às outras por sua exterioridade mútua e por relações de proximidade, de vizinhança ou de distanciamento e, também, por relações de ordem” (BOURDIEU, 2011 p.18). O que significa, para o autor, entender o espaço de posições sociais traduzido como “um espaço de tomada de posições pela intermediação do espaço de disposições (ou do *habitus*), que definem a posição no espaço social, com base nas práticas⁷ e nos bens que os agentes possuem” (BOURDIEU, 2011, p.21).

No espaço social, podem ser identificados subespaços compostos por redes de relações entre agentes e instituições com leis próprias, autonomia relativa e disposições (*habitus*) comuns, onde existem disputas específicas que interessam aos seus integrantes, denominado por Bourdieu como o **campo** (BOURDIEU, 2011;

⁷ Para Bourdieu, as práticas dos agentes são as “relações de forças entre as posições sociais que garantem aos seus ocupantes um quantum suficiente de força social, ou de capital, de modo que tenham a possibilidade de entrar nas lutas de monopólio de poder, entre as quais que possuem uma dimensão capital” (BOURDIEU, 2012 p.28).

2013). O campo pode ser considerado tanto um *campo de forças*, pois constrange os agentes ali inseridos, quanto *um campo de lutas*, no qual os agentes atuam conforme suas posições, mantendo ou modificando sua estrutura (BOURDIEU, 2013b).

Bourdieu (2002) vê o **espaço social** como uma parte do “campo⁸ de lutas onde os agentes (indivíduos e grupos) elaboram estratégias⁹ que permitem manter ou melhorar sua posição social”. As posições ocupadas pelos agentes neste espaço social correspondem as diferenças nas disposições (*habitus*).

O *habitus* representa as características intrínsecas e relacionais de uma posição em um estilo de vida (escolhas de pessoas, bens e práticas) gerando práticas distintas e distintivas (BOURDIEU, 1996). O *habitus* é ao mesmo tempo “um sistema de esquema de produção de práticas e um sistema de esquemas de percepção e apreciação das práticas” (BOURDIEU, 2002 p.22). Implica dizer que a maior parte das ações humanas tem por base algo diferente da intenção, isto é, disposições adquiridas que fazem com que a ação possa e deva ser interpretada como orientada em direção a tal ou qual fim, sem que possa, entretanto, dizer que ela tenha por princípio a busca consciente desse objetivo (BOURDIEU, 2011). O *habitus* é de certa forma uma tradução dos saberes práticos inculcados sobre os agentes, inclusive relacionado ao aprendizado tácito incorporado ao longo da prática profissional, como membro do *corpus publicus*¹⁰, ao procurar ajustar o seu *esquema de pensamento, percepção e ação* às exigências daquele espaço social (BOURDIEU, 2011; 2013).

Além destes aspectos, cabe sinalizar a concepção que Bourdieu faz do uso do conceito de ‘**agente**’ para denominar os indivíduos, como um ser que age e luta dentro do campo de interesses (BOURDIEU, 1994).

Sendo assim, a prática dos agentes pode ser definida a partir de uma relação entre a sua situação e o seu *habitus*, de modo que as interações entre vários agentes

⁸ O campo para Bourdieu, define-se como “um sistema de desvios de níveis diferentes, e nada, nem nas instituições ou nos agentes, nem nos atos ou nos discursos que eles produzem, tem sentido, se não relacionalmente, por meio do jogo das oposições e das distinções” (BOURDIEU, 2012 p. 179).

⁹ Para Bourdieu, as estratégias são produto de uma “deliberação coletiva em que podem estar refletidas as relações de força entre as partes interessadas e os grupos de confronto” (BOURDIEU, 2004 p.132).

¹⁰ Saberes tácitos que, incorporando, ao mesmo tempo, elementos cognitivos, esquemas e percepções em um grupo de indivíduos.

encerram possibilidades que ultrapassam sempre as intenções objetivas de cada um. (BOURDIEU, 1994).

A **trajetória** descreve uma série de posições sucessivamente ocupadas por um indivíduo em estados sucessivos em um campo ou espaço social, em busca de notoriedade, conforme as disposições de sua origem social, que o orienta a certas possibilidades (BOURDIEU, 2011, p. 71). É o movimento dentro de um *campo de possíveis*, definido estruturalmente, mesmo que as estratégias e os movimentos individuais (estratégias individuais também podem garantir o deslocamento de pessoas no espaço social) sejam ao acaso. Ou seja, o indivíduo constrói seu próprio projeto em função da percepção das possibilidades disponíveis (espaço de possíveis) inscritas em seu *habitus* por certa trajetória e os interesses associados à sua posição no espaço social e no jogo (BOURDIEU, 2011 p.64).

Os agentes ou grupos são distribuídos em função de sua posição nas distribuições estatísticas de acordo com dois princípios de diferenciação, especialmente, o capital econômico e o capital cultural (BOURDIEU, 2011 p.19). Para Bourdieu, o **capital** é uma energia social acumulada, um elemento que permite ao seu portador jogar, disputar, lutar em um dado espaço social. A obtenção de determinado capital pressupõe investimento e disposição pessoal do agente para obtê-lo (BOURDIEU, 2013b). O poder é uma resultante das diversas espécies de capital que se expressa na relação entre os agentes. As práticas dos agentes, por sua vez, são mediadas a partir de suas distintas disposições (estruturas internalizadas), posições e movimentos nos diversos campos constitutivos do espaço social (BOURDIEU, 2000).

Bourdieu define vários tipos de capital. Neste estudo foram priorizados o capital simbólico, o social, o escolar, o político, o militante e o burocrático. Capital, como uma forma de energia, poder e recursos das mais diversas espécies. Capital é trabalho acumulado nas formas materializada, incorporada e institucionalizada que quando apropriado pelos agentes e grupos permitem a apropriação da energia social na forma reificada ou de trabalho vivo. (BOURDIEU, 1986). As diferentes espécies de capital - cuja posse define o pertencimento à classe e cuja distribuição determina a posição

nas relações de força constitutivas do campo do poder e, por conseguinte, das estratégias suscetíveis de serem adotadas nessas lutas - são, ao mesmo tempo, instrumentos de poder e pretextos de luta pelo poder. (BOURDIEU, 1986).

O **capital simbólico** é considerado como “uma propriedade qualquer percebida pelos agentes sociais e cujas categorias esses possam entender e reconhecer atribuindo um valor” (BOURDIEU, 2004); só existe mediante o reconhecimento que o outro dá a ele, pelo valor social que ele tem. Para o autor, corresponde a “um conjunto de rituais de reconhecimento social, compreende o prestígio, a honra, dentre outros. É um capital específico ganho por quem faz parte de um determinado espaço social e pode ser a transformação de qualquer tipo de capital”, um capital social, capital cultural, capital intelectual, burocrático, político, militante (BOURDIEU, 2012 p. 145). Também “um poder de constituição, poder de fazer um novo grupo, através da mobilização, obtido após um longo período de institucionalização, onde é instituído um mandatário (aqui o capital social transmuta-se em capital político), que recebe do grupo o poder de fazer o grupo” (BOURDIEU, 2004 p.166).

Já o **poder simbólico**, conforme definido por Bourdieu (2012, p.8) é um “poder invisível o qual só pode ser exercido com a cumplicidade daqueles que não querem saber que lhe estão sujeitos ou mesmo que o exercem”, um poder conferido por um determinado grupo a partir do reconhecimento em relação a um capital, qualquer que seja a sua espécie, transmutado em capital de reconhecimento (BARROS, 2013). Um poder de construção da realidade, que tende a estabelecer uma ordem *gnoseológica* (o sentido imediato do mundo, em particular, do mundo social (BOURDIEU, 2012 p.9); e, um poder de consagrar ou revelar coisas que já existem (BOURDIEU, 2004 p.167)).

O **capital social** tende a ser uma espécie de multiplicador de poder por um efeito de agregação simbólica (BOURDIEU, 2011). Ele está associado a dois elementos: as redes de relações sociais, que permitem aos indivíduos ter acesso aos recursos dos membros do grupo ou da rede. Corresponde a um conjunto de recursos reais ou potenciais ligados à posse uma rede durável de relações mais ou menos institucionalizada de interconhecimento e inter- reconhecimento (pertencimento a um grupo), como conjunto de agentes que são não apenas dotados de propriedades comuns (suscetíveis de serem percebidas pelo observador, pelos outros e por ele

mesmo), mas são também unidos por ligações permanentes e úteis. (Bourdieu 1980) Que fornece a cada um de seus membros o retorno do capital social coletivo uma credencial ou crédito em vários sentidos da palavra. É um capital que corresponde ao pertencimento de um agente a determinado grupo e aos benefícios decorrentes da sua posição social (BOURDIEU, 2011). Pode ser considerado um capital de relações mudanas que podem, se for o caso fornecer apoios úteis, assim como honorabilidade e respeitabilidade, que muitas vezes é indispensável para assegurar a confiança da sua clientela, além da possibilidade de servir de moeda de troca, por exemplo em uma carreira política.(BOURDIEU, 2013c). Está estreitamente associado a antiguidade na classe por meio da notoriedade do nome, assim como da extensão e da qualidade da rede de relações- que em todos os momentos estabelece a oposição entre as diferentes frações de classe.(BOURDIEU, 2013c).

A existência de uma rede de conexões não é um dado natural e nem mesmo social, constituem de uma vez por todas um ato inicial de constituição representado no caso do grupo familiar pela formação genealógica das relações de parentesco, característica desta formação social. A rede de ligações é o produto de estratégias de investimento pessoal ou coletivo, consciente ou inconsciente orientadas para instituição ou reprodução de relações contingentes (parentes, trabalho, vizinhos) em relações necessárias e eletivas implicando em obrigações duráveis subjetivamente reconhecidas (sentimento de respeito, de amizade, gratidão etc.) ou institucionalmente garantidas (direito). Isto graças a alquimia das trocas (de palavras, de dons, mulheres, etc.). Estas relações só existem em estado prático, através de trocas materiais ou simbólicas que ajudam a mantê-las. Embora o seu estabelecimento e manutenção pressuponha reconhecimento e proximidade são também parcialmente irreduzíveis a relações objetivas de proximidade no espaço físico (geográfico) ou mesmo no espaço econômico e social. (Bourdieu 2008). O **capital social** é constituído por relações, por conexões que devem ser mantidas através de um trabalho específico (mesmo que não seja visto como produtivo: participar de eventos, grupos, festas, jogos, etc.), de trocas (presentes, favores, informações, etc.) sociais, diferentemente do capital cultural (BOURDIEU, 1994). A reprodução do capital social pressupõe um esforço crescente de sociabilidade e uma contínua série de trocas nos quais o reconhecimento é permanentemente afirmado e reafirmado.

O **capital cultural**, para o autor, no estado incorporado, se refere mais as disposições dos agentes, do que vinculado ou reduzido ao conhecimento, ou ao capital científico, pois, na forma objetivada, ele aparece na forma de bens (à qualificação intelectual produzida e transmitida pela família e pelas instituições escolares). Neste estudo, é importante distinguir o capital escolar concebido como um *proxi* do capital cultural, mas ele não pode ser reduzido ao capital do conhecimento e/ou ao capital científico. O capital cultural é conversível em determinadas condições em capital econômico e institucionalizado sob a forma de qualificação educacional (BOURDIEU, 1986). O **capital escolar** corresponde ao grau de investimento na carreira escolar, e está vinculado ao retorno provável que se pode obter com o título escolar, notadamente no mercado de trabalho, que permite ao agente condições de acumulação e de transmissão de privilégios (econômicos, simbólicos) para galgar novas posições ao interior do espaço social e nas relações sociais (BOURDIEU, 2011 p.35).

O **capital político** está relacionado à capacidade de mobilização de um ator. É uma espécie de capital social e simbólico, obtido a título pessoal, resultado de um capital pessoal de notoriedade e popularidade (ser conhecido e reconhecido) ou por delegação de uma organização detentora desse tipo de capital, como partidos ou sindicatos (BOURDIEU, 2012)¹¹. Ao capital político, coube incluir neste estudo, a análise do **capital militante**, como um conjunto de saberes e práticas mobilizados durante as ações coletivas, sendo incorporado sob a forma de técnicas, de disposições de agir, intervir ou simplesmente obedecer (BARROS, 2013; MATONTI e POUPEAU, 2004), e sob a égide da reconversão, manutenção ou transformação da posição do indivíduo na estrutura social (MATONTI e POUPEAU, 2004). Haja vista que um indivíduo dotado deste capital, pode se enviesar em uma trajetória política, decorrente das convicções militantes ou se constituir em um sujeito crítico e com uma potência transformadora propiciando um ambiente de mudança no espaço social.

O **capital burocrático**¹² é considerado um capital delegado pelo Estado e

¹¹ Campo político, para Bourdieu é um “campo de lutas simbólicas, em que os ‘profissionais da representação’, se opõem a respeito do outro no campo de lutas simbólicas” (BOURDIEU, 2012 p. 151).

¹² Apesar de Bourdieu não apresentar uma definição formal de capital burocrático, apresenta diversas referências pontuais que permitem compreender o seu conceito (BARROS, 2013; COSTA, 2013).

constituído por representantes do Estado (BOURDIEU, 2012; BARROS, 2013). Bourdieu define inicialmente o Estado como “o monopólio da violência simbólica legítima” (BOURDIEU, 2012, p. 14), na medida em que este é condição necessária ao exercício da própria violência física.

O **Estado** seria, por excelência, um lugar de concentração e de exercício do poder simbólico e resultado de um processo de convergência de diferentes tipos de capital, uma espécie de *metacapital* com poder sobre os outros tipos de capital e sobre seus detentores e outros espaços (BOURDIEU, 2011; 2013; 2014; BARROS, 2013), e que exerce poder por meio da formalização de categorias de Estado, formalização que significa dar a uma ação ou a um discurso a forma que é reconhecida como legítima, conveniente, que pode ser reproduzida publicamente, diante de todos, uma vontade ou forma prática, que apresentada de outra forma, seria inaceitável (BOURDIEU, 2004). Para Bourdieu (2014 p.37) o que chamamos de Estado, é uma “espécie de princípio da ordem pública”, entendida não em suas formas físicas evidentes, mas também em suas “formas simbólicas inconscientes”, e tudo indica que “profundamente evidentes”. Sendo um dos aspectos do Estado exercer a dominação ao encarnar tanto a *objetividade*, sob a forma de estruturas e de mecanismos específicos, quanto a *subjetividade*, sob a forma de estruturas mentais, de esquemas de percepção e pensamento dos indivíduos, categorias de Estado compartilhadas pelo senso comum (BOURDIEU, 2011; BOURDIEU e PASSERON, 2013).

O entendimento das relações de forças entre as posições sociais por meio da adoção de estratégias dos agentes e das instituições envolvidas nas lutas, a diferença entre o grupo de agentes com alto volume de capital global e o grupo com baixo volume, correspondem a diferença nas disposições (*habitus*), definirá a “posição de oposição” e fundamentará a ‘tomada de posição’ (BOURDIEU, 2011).

A utilização das noções de trajetórias e *habitus* permitiu identificar os pontos de vista¹³ e tomadas de posição dos indivíduos no espaço social, a partir de um ponto e da posição que ele ocupa nesse espaço, isto é, da distribuição de capital simbólico e do espaço de possibilidades herdado de lutas anteriores.

¹³ Os pontos de vista, para Bourdieu, são as visões tomadas a partir de um ponto, isto é, a partir de uma determinada posição no espaço social (BOURDIEU, 2004 p.157).

A adoção da noção de capital enquanto categoria teórica analítica permitiu a análise da trajetória dos agentes e as posições ocupadas por estes em cada subespaço social e os interesses (illusio)¹⁴ em jogo no processo de implementação da intervenção.

O capital burocrático foi objetivado através dos cargos ocupados, visto que quanto mais altos os postos ocupados, maior o poder de delegação e maior volume de recursos sob a gestão do agente; e permitiu, também, identificar a influência do poder burocrático do Estado, por meio do poder de nomeação, de controle da informação e de normalização bem como a definição e imposição de categorias estatais legítimas (BARROS, 2013).

Ao considerarmos que é no âmbito do Estado que se formulam as políticas de saúde, foi imprescindível pensar o Estado e sua conformação para a análise da implementação de uma intervenção aninhada em políticas nacionais e em normas e regras formais. O Estado com a função de articulação de interesses, de grupos antagônicos, para expandir fronteiras de ação. A análise das estratégias de formalização do Estado compreendeu a identificação de estratégias do Estado, como a construção de *categorias oficiais* ou de um pensamento de Estado (categorias de pensamento do senso comum), também expressadas sob a forma de inculcamento de um modo de pensar próprio do meio acadêmico, que se transforma em *nomos* (visão dominante) em uma sociedade. Em outras palavras, coube o entendimento de uma das funções mais gerais do Estado, a produção e canonização da dominação, exercida por um conjunto de atores (a classe dominante) investidos de poderes de coerção, através do qual se exercem a dominação (BOURDIEU, 2011). A análise do espaço social permitiu identificar a *violência simbólica* por meio da codificação, como uma operação de ordenação simbólica, um modo de reprodução de categorias de percepção, que podem impedir ou aprisionar o pensamento (BOURDIEU, 2004; 2013a).

¹⁴O interesse, para Bourdieu, é a condição de funcionamento de um espaço social, na medida que isso é o que estimula as pessoas, é o que as faz concorrer, rivalizar, lutar (BOURDIEU, 2004 p.127).

Como síntese mais geral em relação ao tema suscitado, é possível construir um cenário teórico, por meio de um modelo que sintetiza o plano analítico da análise de implantação da intervenção Prose nos sistemas locais e as interfaces com os demais âmbitos federativos.

3.1.1. Modelo teórico do estudo

O modelo teórico (Figura 1) expressa a lógica dos espaços sociais (nacional e local) e do espaço burocrático do Estado, que, ao reconhecer a existência de um problema, cria uma política nacional e estabelece condições para a sua implementação, a exemplo das estratégias políticas de saúde intersectoriais (PSE e ESF). Paim e Teixeira (2006) entendem a política de saúde como:

a resposta social (ação ou omissão) de uma organização (como o Estado), diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações e seus determinantes, bem como em relação à produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde humana e o ambiente. (PAIM; TEIXEIRA, 2006, p.74).

Nesta perspectiva, pode-se supor que a ação do Estado impõe um *enquadramento das práticas* (no âmbito local), o que pode ser interpretado como a indução de uma *espécie de consenso forçado*, diante da ausência de identificação de prioridades locais, e por, possivelmente, desconsiderar os interesses dos atores e os fatores contextuais do espaço local (políticos, técnicos, ideológicos, organizacionais, setoriais, assim como a capacidade técnica). A verticalização de novas regras no espaço local pode conduzir a aceitação de formas estatais de classificação (categorias, conceitos, processos) impostas, como se fossem *naturais* (BOURDIEU, 2011).

O caráter indutor do Estado pode ter sido reforçado pela Universidade (como *representante* do Estado), ao propor dinamizar a realização das ações previstas pelas estratégias políticas, o PSE e a ESF, por meio de uma intervenção intersectorial, se constitui em uma *imposição de problemática*, tendo em vista que as ações propostas

também não são originadas a partir de interesses ou necessidades dos agentes e sim do caráter arbitrário de tais regras impostas pelas *autoridades dominantes*.

A aceitação das regras impostas por meio da implementação de uma política ou de uma intervenção intersetorial ocorrerá em um subespaço social, constituído por relações fronteiriças, múltiplas e multidirecionais, entre dois subespaços (saúde e educação), e exige o entendimento dos interesses dos agentes e das instituições mediadas pelas disposições constitutivas de seus *habitus*, assim como dos diferentes graus de distribuição dos capitais (simbólico, social, burocrático, político, militante, escolar), que permitem aos agentes se deslocarem no subespaço social, e que impõem certas práticas.

Enquanto as fronteiras relacionais entre os subespaços de origem dos agentes estiverem fortemente marcadas, o processo de interiorização de *habitus* específico daquele meio predomina sob a forma de ações, reações, *sinais distintivos* e discurso encarados como matrizes reais das práticas permanentes (BOURDIEU, 2013). Nos subespaços originais, os agentes se esforçam para manter todas as práticas harmonizadas sistematicamente por meio de um *modus operandi*, um modo de percepção, um conjunto de princípios de visão e de divisão, a única maneira de adquirir é a de o ver operar praticamente ou de observar o modo como este *habitus* (sem se tornar explícito em preceitos formais) reage perante opções práticas (BOURDIEU, 2012 p.22).

As relações entre os agentes dos diferentes subespaços diante de um problema/questionamento ou ação/intervenção vão produzindo processualmente e continuamente algumas interações, que evidenciam novas disputas, mas, ao mesmo tempo, emergem novos interesses entre os agentes de diferentes subespaços. Os novos interesses podem se constituir pela percepção do agente acerca da posição social ocupada, até então, pelo interesse em galgar novas posições ou até por uma relação desencantada com a posição atual, que pode manifestar novas disposições e novas tomadas de posição. Os conflitos e oposições evidenciam antagonismos, mas também podem possibilitar a multiplicação de manifestações e posicionamentos coletivos, levar a constituição de uma problemática comum e permitir uma

coexistência concorrencial de princípios de hierarquização relativamente independentes (BOURDIEU, 2013).

A pluralidade das interações entre os agentes dos subespaços distintos pode viabilizar uma *desacumulação* de princípios de classificação, que pode levar a um enfraquecimento das autonomias relativas, permitindo condições e transferências do capital de poder simbólico, uma transformação das relações de forças simbólicas estabelecidas e uma cisão (ainda que temporária) das divisões setoriais. As tendências para esta cisão encontram-se contrabalanceadas continuamente pelas necessidades de concorrência que levam os agentes a triunfarem em suas lutas internas, a ter que apelar a forças que nem sempre são internas, assumindo outros pontos de vista. As relações entre as *posições* e *tomadas de posição* podem revelar uma tendência em modificar equilíbrios pré-existentes e constituir um *espaço de possíveis*, entre possibilidades que já estão socialmente constituídas, ou até em direção a possibilidades que sejam possíveis *criar do nada* levando à *sincronização de tempos objetivos* entre os dois subespaços (BOURDIEU, 2011; 2013).

A *sincronização dos tempos objetivos* permite minimizar as contradições ou fronteiras e instituir relações que dependem da transformação provisória das disposições dos agentes, a partir de rupturas de interesses e práticas predominantes e decorrentes da orquestração espontânea de seus *habitus* de origem. O *efeito de sincronização* permite explicar a adoção de uma lógica coletiva que assegura uma forma prática de compatibilidade ou coerência relativa dos subespaços e tempos sociais, o que torna a coexistência tolerável, permitindo ampliar as relações em uma instância externa comum ou um novo subespaço. O tempo neste novo subespaço se torna o tempo público, idêntico para todos, mediado a partir das mesmas referências (BOURDIEU, 2013).

Essa coexistência pode possibilitar que os agentes se apropriem de novos sinais distintivos, como estruturas discursivas, que permitam aproximações entre os subespaços, por meio de relações as quais, apesar de manter os interesses dos subespaços de origem, estão justapostos discursos diferentes. Esta nova conformação relacional pode propiciar a ascensão de um discurso socialmente

reconhecido e novas relações entre agentes comprometidos com a consciência social. (BOURDIEU, 2013).

As novas tomadas de posição coletivas se constituem em decorrência de novos interesses, contradições e disposições, alternado rupturas e consensos e a transgressão prática de pressupostos implícitos. Mas, caso as estruturas discursivas e manifestações críticas não consigam romper a relação *dóxica* no novo subespaço ou grupo socialmente mobilizado, os agentes, por vezes, retornam aos interesses primários dos seus espaços de pertencimento, prevalecendo nas relações entre os agentes dos dois subespaços, *habitus* divergentes e uma descontinuidade objetiva. As novas relações também não garantem a aquisição de uma competência específica (necessária para manter as relações coexistentes), nem a disposição para adquiri-la. (BOURDIEU, 2013).

As relações no novo subespaço também são constituídas por relações de poder e relações de forças simbólicas¹⁵, como resultado da lógica de trajetórias individuais e a ocupação de posições no subespaço social de origem, decorrentes da proeminência de um capital ou do acúmulo de vários tipos de capital. O reconhecimento e a extensão deste poder simbólico no subespaço *semi institucionalizado* dependem da posição que cada agente ocupa, das posições hierarquizadas e princípios de classificação dos seus respectivos espaços de origem (condicionadas pelas relações de forças simbólicas) e podem evidenciar diferenças e oposições (BOURDIEU, 2013b).

Os novos arranjos estruturais articulados (gestão intersetorial) podem viabilizar (ou não) a reconfiguração das práticas, tendo em vista que podem coexistir relações intersetoriais e relações que, mesmo articuladas em novos subespaços compartilhados por distintos setores, reafirmem práticas *setoriais*. Desta forma, o alcance e direcionalidade, durabilidade ou sustentabilidade das ações *articuladas* dependerão das circunstâncias concretas (fatores contextuais) e da dinâmica de cada sistema local.

¹⁵ As relações de força simbólica se manifestam em forma de estratégias retóricas e determinam no essencial quem pode cortar a palavra, interrogar, responder fora do que foi perguntado, devolver as questões, falar longamente sem ser interrompido ou passar por cima de interrupções, quem está condenado a estratégias de denegação (interesses, estratégias interessadas, etc.), a recusa de respostas rituais, a formas estereotipadas (BOURDIEU, 2012 p.57).

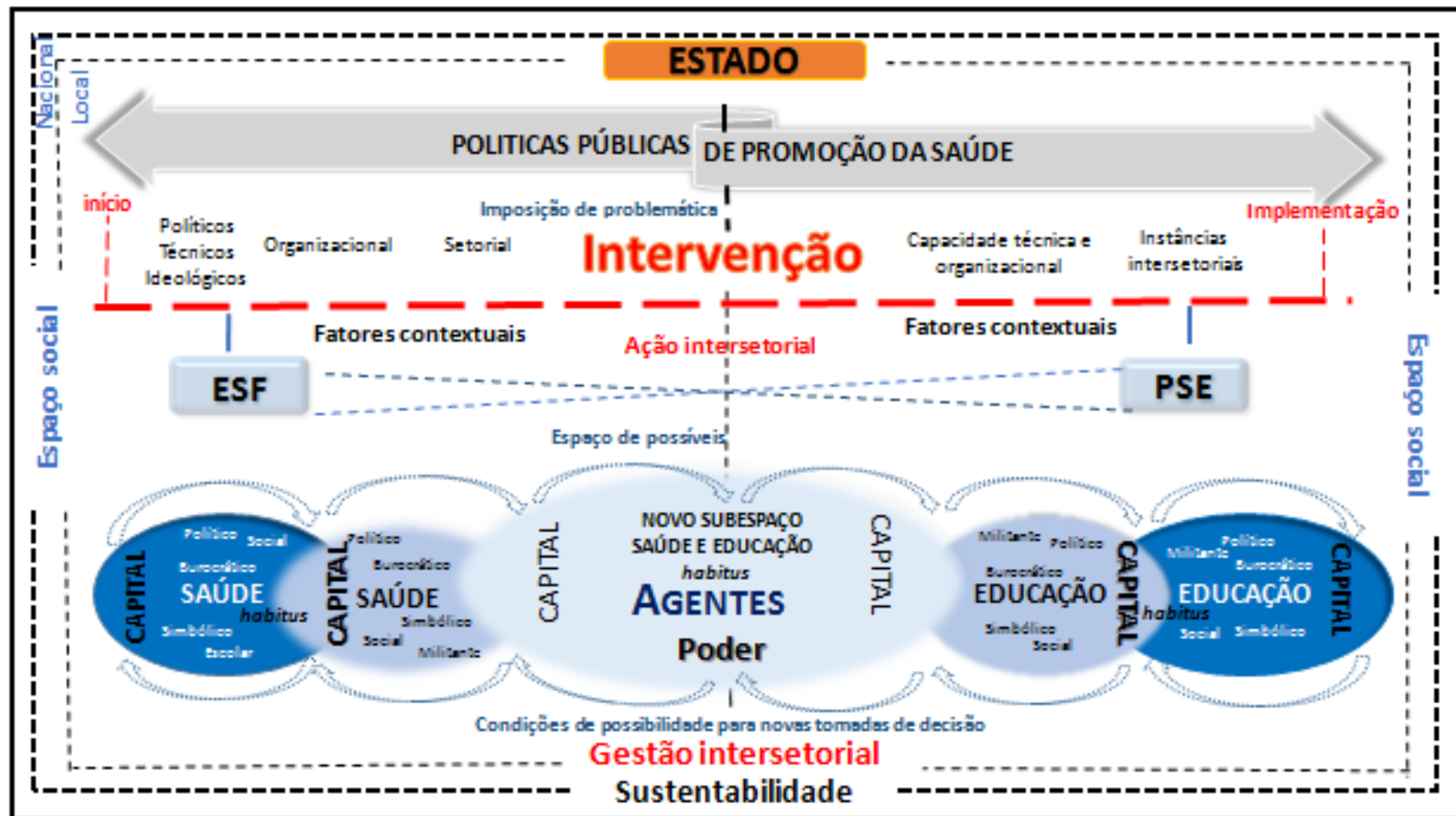


Figura 1¹⁶. Modelo teórico para análise da ação intersectorial implementada no âmbito da intervenção Prose.

¹⁶ Elaborada com base na teoria da ação social de Pierre Bourdieu (2004; 2008; 2009; 2011; 2012; 2013a; 2013b; 2014).

3.2. A intervenção Prose

A intervenção¹⁷ intersetorial para promoção da saúde relacionada aos padrões alimentares e de atividade física de adolescentes matriculados em escolas de ensino médio, pertencentes a territórios cobertos pela ESF e o Programa de Saúde na Escola (intervenção PROSE) foi idealizada e desenvolvida pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA), e objetivou dinamizar as ações previstas pelo PSE e pela ESF em cinco municípios do Estado da Bahia, no período de abril de 2013 a setembro de 2014. Os critérios de seleção dos municípios, foram: (1) população total entre 20.000 e 65.000 habitantes; (2) alta cobertura do Programa de Saúde da Família (PSF); (3) Programa de Saúde Escolar (PSE) implementado em pelo menos uma escola; (4) existência de pelo menos um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com, no mínimo, um nutricionista e um educador físico. Em cada município caso, foram selecionadas duas escolas da rede de ensino público estadual, totalizando dez escolas participantes, como mostra o Quadro 1:

Quadro 1 – Identificação dos colégios da rede estadual de ensino público de cada município.

Municípios	Colégios
M1	C1 e C2
M2	C3 e C4
M3	C5 e C6
M4	C7 e C8
M5	C9 e C10

Fonte: Elaborado pelo autor.

A intervenção teve como objetivos: (1) promover a alimentação saudável na escola; (2) incentivar a atividade física (AF) dentro e fora do âmbito escolar; (3) favorecer o protagonismo dos escolares e o desenvolvimento de ações intersetoriais de promoção da saúde. Para cumprir estes objetivos foram desenhados três

¹⁷ A intervenção aqui é entendida como “um conjunto de meios (físicos, humanos, financeiros e simbólicos) organizados em um contexto específico, em um dado momento, para produzir bens ou serviços com o objetivo de modificar uma situação problemática” (CONTANDRIOPOULOS *et al*, 1997, p. 37).

componentes: (1) o componente Ensino formal, mais voltado para a formação dos alunos e articulado com os próprios objetivos pedagógicos das escolas participantes nos municípios; (2) o componente Educação e Comunicação, voltado para a difusão conhecimentos por meio de estratégias difundidas dentro e fora do contexto escolar (alimentação saudável, prática de atividade física); (3) o componente Gestão de ações intersetoriais, que era um componente de sustentação dos outros componentes e buscou viabilizar o diálogo e a negociação entre os atores envolvidos, além de dinamizar as relações articuladas.(PROSE, 2014).

O componente Ensino Formal consistiu-se de oito sessões temáticas (Promovendo saúde na escola; Alimentação saudável; Atividade física e saúde; Gorduras, sal e açúcar; Avaliação nutricional; Uso de suplementos; Rotulagem de alimentos; Alimentos funcionais), inseridas em atividades curriculares obrigatórias nas escolas, por meio de um programa idealizado pelo projeto. Foram disponibilizados materiais (algumas publicações institucionais do MS e do MEC, e outros confeccionados pela equipe de pesquisadores do projeto), para suporte das ações propostas, e contemplavam materiais didáticos impressos, vídeos didáticos sobre cada temática da intervenção, manual com orientações para o desenvolvimento dos planos de aula. As sessões temáticas poderiam ser ministradas por professores e profissionais de saúde. Este componente objetivou, também, estimular a inserção, na disciplina de Educação Física, de um programa para ampliar a proporção da carga horária dedicada a realização de atividade física (80 minutos semanais), durante as atividades curriculares obrigatórias, especialmente, por meio de práticas desportivas (no turno de aulas e no turno oposto às aulas). (PROSE, 2014).

O componente Educação e Comunicação consistiu-se de uma difusão de informações sobre os benefícios para a saúde da alimentação saudável e da prática regular de atividades físicas em veículos de comunicação (sítios eletrônicos, redes sociais, entrevistas em rádio comunitária ou jornais veiculados por transmissão televisiva), assim como o incentivo à realização de atividades que promovessem o protagonismo dos adolescentes na mudança dos hábitos de alimentação e atividade física, por meio de exposição de fotos ou vídeos. Com o propósito de alcançar a comunidade externa, inclusive a família dos adolescentes e o contexto comunitário (inclusive o entorno escolar), previu-se a realização de oficinas sobre alimentação

saudável e sobre boas práticas de manipulação de alimentos e técnicas dietéticas com familiares dos estudantes, merendeiras e vendedores ambulantes de alimentos no entorno das escolas. (PROSE, 2014).

No componente Gestão de ações intersetoriais constavam estratégias para incentivar o desenvolvimento de habilidades e valores que favorecessem o diálogo, a cooperação, a negociação e a construção de viabilidade das ações intersetoriais, a exemplo do incentivo à construção de plano de ação municipal e a constituição de Grupo de Trabalho (GT), composto por atores de setores diversos e da sociedade civil, para auxiliar o acompanhamento das ações nas escolas, e permitir a avaliação das ações do Grupo de Trabalho Intersectorial (GTI) do PSE em cada local. Além disso, buscou qualificar os atores sociais, por meio de eventos para discutir os pressupostos teóricos e práticos do planejamento em saúde, e de um curso de atualização na modalidade de Ensino a Distância (EAD) sobre Gestão de Ações Intersectoriais no SUS. (PROSE, 2014).

Para viabilizar a implementação dos objetivos de cada componente, foram traçadas algumas ações que tiveram como público alvo os estudantes do ensino médio entre 15 e 18 anos. Desta forma, esperou-se alcançar, como resultados de curto prazo, a mudança de hábitos alimentares (no ambiente escolar e domiciliar) e a inserção contínua da prática de atividade física nas escolas (no turno de aula e no turno oposto e fora desta), e, em médio prazo, a diminuição do perfil lipídico (concentrações séricas de colesterol LDL) e das medidas antropométricas dos escolares, aproximando-as dos escores considerados ideais. (PROSE, 2014).

3.2.1. A fase preparatória da Intervenção PROSE

Os formuladores da pesquisa (agentes da pesquisa) conceberam uma fase preparatória, anterior ao desenvolvimento da Intervenção Prose. Foi elaborado um protocolo de implementação com atividades de fomento à qualificação, apoio e estímulo aos atores envolvidos no seu desenvolvimento em cada um dos cinco municípios: membros do Grupo de Trabalho Intersectorial do Programa Saúde na Escola (GTI-PSE), educadores físicos e nutricionistas dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), profissionais das equipes de saúde da família e professores e

alunos multiplicadores das turmas de primeiro e segundo ano de ensino médio das escolas participantes. (PROSE, 2014).

Foram realizadas as seguintes atividades: (1) Oficinas de trabalho nos municípios intervenção e em Salvador; (2) Treinamento para acesso aos ambientes virtuais do Prose; (3) Curso de extensão em Educação Física realizado em Salvador; (4) Curso de Extensão em Gestão de ações intersetoriais no SUS para profissionais de saúde e educação na modalidade de educação à distância; (5) Reuniões para avaliação da infraestrutura das quadras, cantinas e refeitórios, identificação da frequência e tipos de atividades física realizadas e alimentação escolar fornecida pelas escolas selecionadas para participar da intervenção Prose, conforme vemos no Quadro 2, exposto ao final deste tópico. (PROSE, 2014).

Em março de 2013, foram realizadas, em cada local, duas oficinas de trabalho. A primeira oficina foi dirigida a profissionais de saúde e da educação, e a segunda, a estudantes multiplicadores selecionados em suas respectivas escolas, para incentivar a participação dos demais alunos nas atividades propostas na Intervenção Prose. Pretendia-se, com isso, que os alunos fossem protagonistas de todo o processo. As oficinas objetivavam capacitar os profissionais para a execução de ações educativas relacionadas à alimentação saudável e atividade física, no ambiente escolar, apoiar o desenvolvimento de ações e espaços articulados, principalmente entre os setores saúde e educação (GTI ou comissões intersetoriais), e reforçar as ações nos locais em que os GTIs já estavam constituídos, ou estimular a constituição de novos espaços que integrassem os setores, inclusive com incentivo a pactuação de planos de ação que possibilitassem a inclusão das ações previstas pelos componentes da intervenção Prose nos planos político pedagógicos (PPPs) das escolas. (PROSE, 2014).

Nesta fase, foram realizadas reuniões com os professores de educação física das escolas e com os educadores físicos do NASF, e visitas técnicas para avaliação da estrutura dos espaços e equipamentos disponíveis para a prática de atividade física nas escolas e de lazer no território. A observação foi conduzida por um professor de educação física, integrante da equipe de pesquisa, e incluía características de infraestrutura das quadras tais como: cobertura, estado de conservação e marcação do piso, dimensões, ventilação e iluminação. No mesmo período, foram entrevistados

diretores e professores de educação física, para identificar as práticas realizadas, a participação dos escolares em jogos e campeonatos, bem como a formação dos professores responsáveis pelo componente curricular. Da mesma forma, uma professora da escola de Nutrição (UFBA) avaliou a estrutura física, equipamentos, utilização de matéria prima e recursos humanos dos serviços de alimentação e nutrição das escolas, além da estrutura física das cantinas e refeitórios, tipo e condição dos equipamentos, quantitativo e qualificação dos recursos humanos, presença de comercialização de alimentos no entorno da escola. (PROSE, 2014).

Em junho do mesmo ano, foram realizados pelos pesquisadores do Prose, em Salvador o *I Encontro dos profissionais de saúde e educação do Projeto Prose*, treinamento prático para o acesso aos ambientes virtuais do Prose (*Site do Prose e fóruns temáticos, página do Prose em redes sociais*), além de um curso de extensão em práticas de atividade física e esportivas. No mesmo ano, foi ofertado um Curso na modalidade EAD para Gestão de ações intersetoriais no SUS. (PROSE, 2014).

Todo o material didático-pedagógico utilizado nas capacitações foi desenvolvido pela equipe do projeto e disponibilizado em todos os locais (para apoiar as ações), constando de um conjunto de videoaulas elaboradas pelos pesquisadores, manual com os planos de aula e orientações para apoiar o trabalho dos professores e dos profissionais de saúde junto às populações-alvo, relativo aos componentes da intervenção (Ensino Formal, Educação e Comunicação e Gestão de Ações Intersetoriais). (APÊNDICE A). (PROSE, 2014).

Quadro 2 – Descrição das atividades realizadas na fase preparatória da intervenção Prose com os agentes dos cinco municípios.
(continua)

ATIVIDADE	OBJETIVO	PÚBLICO -ALVO	CARGA HORÁRIA	LOCAL	PERÍODO
I Oficina de Trabalho	Capacitar os profissionais para execução de ações educativas relacionadas à alimentação saudável e atividade física, no ambiente escolar; apoiar o desenvolvimento de ações e espaços articulados, principalmente entre os setores saúde e educação; reforço as ações dos GTIs ou estimular a constituição de espaços de articulação intersetorial.	Coordenadores do PSE, membros do GTI-PSE, coordenador da AB, educadores físicos e nutricionistas do NASF, profissionais de saúde da ESF, diretores e professores das escolas	16h	Municípios intervenção	Maio /2013
II Oficina de Trabalho	Difundir os conhecimentos relacionados à alimentação saudável e atividade física e estimular o protagonismo dos estudantes na condução de ações intersetoriais de saúde e educação nas escolas de ensino médio.	Alunos multiplicadores das turmas de primeiro e segundo ano de ensino médio das escolas participantes da intervenção	16h	Municípios intervenção	Maio/2013
Reuniões com professores e educadores físicos NASF	Conhecer a situação do ensino de educação física nos municípios, incluindo a infraestrutura de cada escola e os programas das disciplinas e discutir possibilidades de ampliar as práticas de atividade física nas atividades curriculares e extracurriculares das escolas.	Professores de educação física das escolas e com os educadores físicos do NASF	2h	Municípios intervenção	Maio/2013
Reuniões com diretores e merendeiras das escolas e nutricionistas do NASF	Conhecer a infraestrutura das cantinas e refeitórios de cada escola e os cardápios da alimentação escolar.	Diretores, merendeiras e nutricionistas do NASF	2h	Municípios intervenção	Maio/2013

Quadro 2 – Descrição das atividades realizadas na fase preparatória da intervenção Prose com os agentes dos cinco municípios.
(continua)

ATIVIDADE	OBJETIVO	PÚBLICO -ALVO	CARGA HORÁRIA	LOCAL	PERÍODO
I Encontro dos profissionais de saúde e educação do Projeto Prose	Qualificar os atores sociais para o desenvolvimento de ações intersetoriais por meio de troca de experiências e planejamento conjunto de ações, atividades e estratégias metodológicas, que pudessem ser aplicadas ao contexto escolar e comunitário. Discutir a situação do PSE no estado da Bahia.	Profissionais de saúde e educação dos cinco municípios intervenção, Superintendentes de Assistência Integral à Saúde e de Vigilância e Proteção à Saúde e, de representante da Diretoria de Atenção Básica da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB).	16h	Salvador	Julho/2013
Treinamento prático nos ambientes virtuais do Projeto de Intervenção Prose	Viabilizar o acesso as informações a interação dos atores nos ambientes virtuais do Projeto de Intervenção Prose: Site do Prose e fóruns temáticos, Página do Prose em redes sociais.	Profissionais de saúde e educação dos cinco municípios intervenção.	4h	Salvador	Julho/2013
Curso de extensão em Educação Física	Elaborar estratégias para a implantação de atividades físicas visando a promoção da saúde dos jovens, através das aulas de Educação Física e da prática esportiva.	Professores de educação física e educadores físicos do NASF dos cinco municípios intervenção.	40h	Salvador	Julho/2013

Quadro 2 – Descrição das atividades realizadas na fase preparatória da intervenção Prose com os agentes dos cinco municípios.
(conclusão)

ATIVIDADE	OBJETIVO	PÚBLICO -ALVO	CARGA HORÁRIA	LOCAL	PERÍODO
Curso de Extensão em Gestão de ações intersetoriais no SUS	Qualificar e favorecer a articulação entre os profissionais de saúde e de educação para implementar ações de promoção da saúde voltadas para adolescentes no contexto escolar e em uma perspectiva intersetorial.	Profissionais de saúde (ESF e NASF), educação, coordenadores do PSE e membros do GTI-PSE dos cinco municípios intervenção.	120h	Plataforma Moodle/ Ensino à Distância (EAD)	Agosto a outubro/ 2014

Fonte: Relatório Prose, 2013

3.2.2. A fase de desenvolvimento da Intervenção PROSE

A intervenção PROSE foi implementada no período de maio de 2013 a outubro de 2014. Como parte do projeto (original) de pesquisa, foi realizada uma linha de base do projeto nos dois primeiros meses de aula do primeiro semestre de 2013 (março e abril de 2013), na qual se investigou questões relacionadas a características demográficas e socioeconômicas das famílias e dos indivíduos, auto percepção de condições de saúde, acessibilidade aos serviços de APS, estilos de vida (hábitos alimentares e atividade física, consumo de bebidas alcoólicas e tabaco), além de aconselhamento e estímulo para hábitos de vida saudáveis, autoestima e imagem corporal. Foi realizada, também, avaliação bioquímica, do estado nutricional e de conhecimento dos escolares sobre temas relacionados à promoção da saúde. Foi efetuado um estudo piloto, no dia 21 de março, em uma escola que não fazia parte dos municípios selecionados, para testar a logística de campo, validar o instrumento e treinar a equipe de coleta de dados. Os entrevistadores e supervisores de campo também participaram de um treinamento prévio.

A implementação das ações foi monitorada pela equipe de pesquisadores, por meio de diversas ações de seguimento e monitoramento durante todo o período. Este monitoramento teve o propósito de subsidiar as equipes dos municípios quanto aos conteúdos e abordagens pedagógicas para implementar a intervenção e viabilizar o desenvolvimento da articulação dos atores, constituição de espaços e ações intersetoriais locais.

O monitoramento de todo o processo de implementação nos cinco municípios se deu por meio de contato telefônico com representantes dos professores de cada escola e um representante de cada equipe de saúde da família e dos NASF, contato por meio eletrônico, disponibilizando informações atuais sobre alimentação saudável e atividade física, e visitas a cada município, para realização de entrevistas e aplicação de questionários direcionados aos agentes, com o intuito de identificar facilidades e dificuldades encontradas na sua execução, fatores objetivos e subjetivos comuns e divergentes que poderiam estar contribuindo ou dificultando a operacionalização das ações.

3.3. Delineamento geral do estudo

O estudo foi sistematizado em duas etapas. A primeira etapa consistiu na realização de dois estudos de revisão sistemática sobre as concepções e a natureza das ações intersetoriais e os mecanismos para a gestão de ações intersteoriais. A segunda etapa contemplou a realização do estudo avaliativo em três fases, o estudo de avaliabiliddae, a estimativa do grau de implantação e análise de implantação propriamente dita da intervenção Prose.

3.3.1. Aspectos metodológicos dos estudos de revisão sistemática

3.3.1.1. Revisão sistemática sobre as concepções e natureza das ações intersetoriais

Foi realizada uma revisão da literatura internacional e nacional sobre definições e natureza das ações intersteoriais direcionadas à promoção da saúde. Com o objetivo de sistematizar as diversas definições presentes na literatura sobre *ação intersetorial em saúde*, precedeu-se a uma revisão sistemática, buscando responder às seguintes questões de investigação: Como a literatura científica tem definido as ações intersetoriais? Como pode ser caracterizada a natureza das ações intersetoriais para a promoção da saúde?

A busca de referências se fez através da exploração de documentos técnicos e artigos nacionais e internacionais nas bases de dados bibliográficas: *Scielo*, *Scientific Electronic Library Online – Lilacs*, *Web of Science* e *Science Direct*, utilizando os unitermos previamente identificados no Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e *Medical Subject Heading* (MeSH), sendo eles: *health promotion*, *Intersectoral action*, *intersectorality*, *health in the policies*, e seus correlatos em português, inglês e espanhol, assim como os termos indicados como sinônimos, constituindo as seguintes estratégias de pesquisa: (*health promotion*) AND (*Intersectoral action* OR *Intersect** OR *intersectorality* OR *intersectoral coordination* OR *intersectoral cooperation*).

Em seguida, procedeu-se a elaboração das sintaxes de busca mais adequadas

à localização dos documentos e capazes de responder à pergunta de investigação, garantindo, ao mesmo tempo, sensibilidade (inclusão do maior número possível dos documentos relacionados aos objetivos do estudo) e especificidade (exclusão dos documentos não relacionados aos objetivos de estudo) ao processo de revisão sistemática, foi realizada mediante o uso de várias estratégias de busca e operadores booleanos, para cada base consultada. Constituindo a seguinte estratégia de pesquisa: (*health promotion*) OR (Ação Intersetorial AND Promoção da Saúde) AND (*Primary Health Care* AND *Intersectoral Action*) AND (*Intersectoral action* OR *Intersect** OR *intersectorality* OR *intersectoral coordination* OR *intersectoral cooperation*) AND (*Interserct** OR *Intersectoral action* OR *Intersectoral*) AND (*intersectoral action* OR *Intersectoral*) AND (*Health* OR Saúde) AND (*Health Primary Care* OR Atenção Básica) AND (Promoção da Saúde AND Coordenação Intersetorial) AND (*Health Promotion* AND *Intersectoral Action*) AND (*Atención Primaria de La Salud*) AND (*Promoción de La Salud*) AND (*Acción Intersectorial*). Os dados foram coletados no período de junho de 2015 a setembro de 2016.

Uma base de dados única, em uma planilha no Excel® reuniu o total de 1029 documentos identificados, compilados e submetidos a um processo de seleção, considerando-se os seguintes critérios de inclusão: (1) pertinência ao tema; (2) textos completos publicados entre 1978 (publicação da Declaração de Alma-Ata/ Conferência Internacional de Cuidados Primários à Saúde) e setembro de 2016; (3) ter seu resumo disponível nas bases de dados incluídas neste estudo; (4) ser estudo empírico e/ou de revisão e/ou conceitual na área de promoção da saúde.

Dos 1029 estudos, 398 foram excluídos por duplicação, restando 631 para leitura de títulos e resumos. Destes, foram excluídos 430 por leitura de títulos e resumos, restando 201 para leitura dos textos na íntegra. Após a leitura na íntegra, foram excluídos 183 que não discutiam os assuntos considerados centrais nesta revisão, finalizando 15 artigos internacionais e 3 nacionais para o desenvolvimento final da revisão, como exposto no Fluxograma 1.

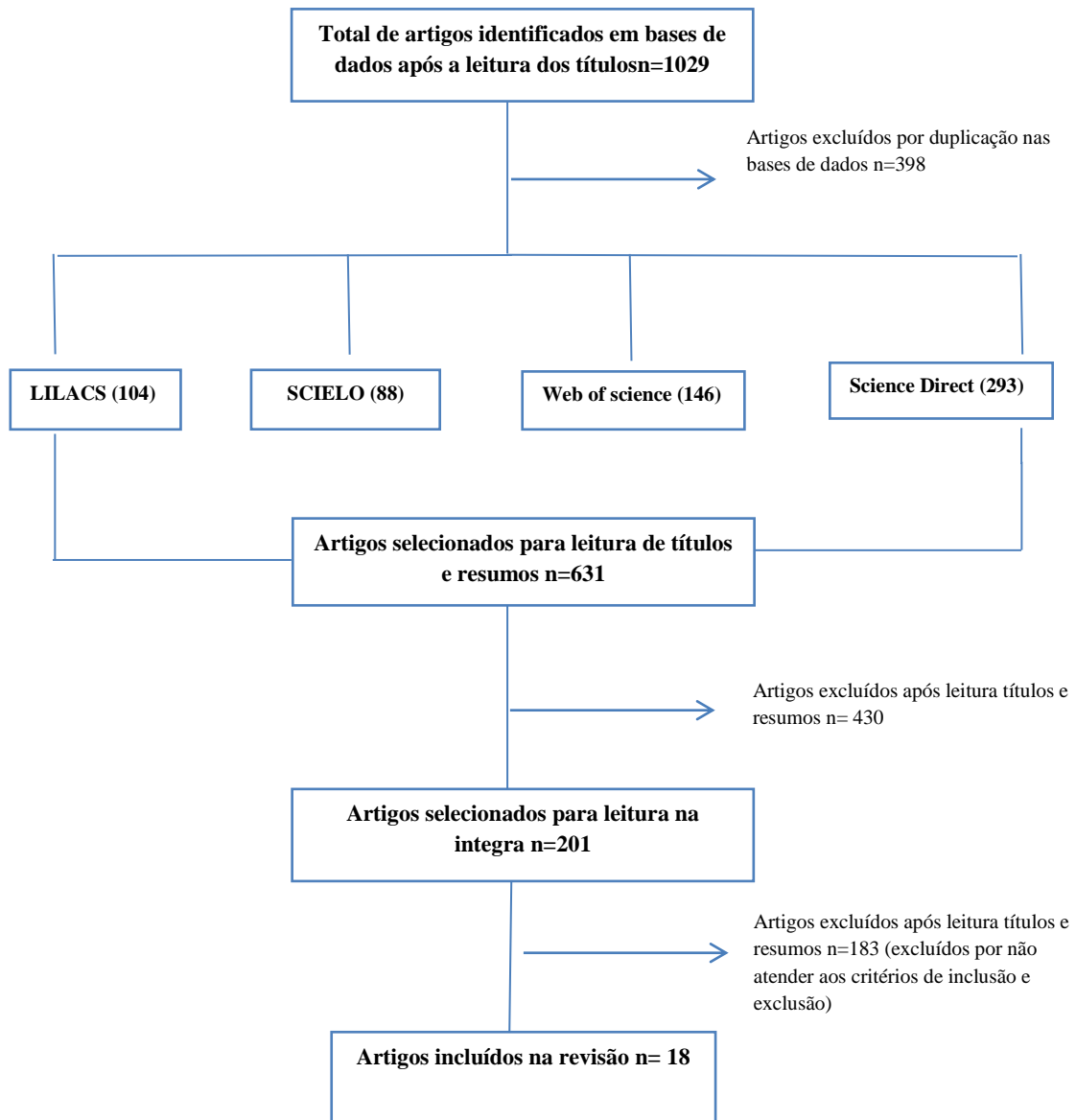
Os artigos selecionados foram categorizados, considerando as características de cada pesquisa: ano e país do estudo, local, tipo de estudo, delineamento da pesquisa, descrição do conceito e características da ação intersetorial para promoção

da saúde.

Um conjunto de critérios para avaliação da qualidade dos artigos qualitativo incluídos na revisão sistemática, foram adaptados da metodologia COREQ (*Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Studies*) (TONG et al., 2007), conforme ilustrado no quadro 3. A diretriz COREQ (Critérios Consolidados para relatos de pesquisa qualitativa) é um checklist composto por 32 itens para avaliar a coleta de dados em pesquisa qualitativa. Neste estudo foram selecionados os seguintes critérios:

1. **Research team and reflexivity** (Interviewer/facilitator Which author/s conducted the interview or focus group? Credentials What were the researcher's credentials? Occupation What was their occupation at the time of the study? Was a relationship established prior to study commencement? Methodological orientation and Theory What methodological orientation was stated to underpin the study? What characteristics were reported about the interviewer/facilitator?)
2. **Study design** (Methodological orientation and Theory What methodological orientation was stated to underpin the study? Where was the data collected? What are the important characteristics of the sample?)
3. **Reporting** (Were participant quotations presented to illustrate the themes / findings? Was each quotation identified? Was there consistency between the data presented and the findings? Were major themes clearly presented in the findings? Clarity of minor themes Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?)

Fluxograma 1 – Estratégia de busca e seleção dos estudos incluídos na revisão sistemática 1.



3.3.1.2. Revisão sistemática sobre gestão e sustentabilidade de ações intersetoriais

Foi realizada uma revisão da literatura sobre mecanismos de gestão de ações intersetoriais direcionadas à promoção da saúde.

A busca de referências se fez através da exploração de documentos técnicos e artigos nacionais e internacionais nas bases de dados da literatura científica: *Scielo*, *Scientific Electronic Library Online – Lilacs*, *Web of Science* e *Science Direct*, utilizando os unitermos previamente identificados no Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e Medical Subject Heading (MeSH), sendo: Health Management, Intersectoral action, Health promotion, Management, em português e seus correlatos em inglês e espanhol.

A elaboração das sintaxes de busca mais adequadas à localização dos documentos e capazes de responder à pergunta de investigação, garantindo, ao mesmo tempo, sensibilidade (inclusão do maior número possível dos documentos relacionados aos objetivos do estudo) e especificidade (exclusão dos documentos não relacionados aos objetivos de estudo) ao processo de revisão sistemática, foi realizada mediante o uso de várias estratégias de busca e operadores booleanos, para cada base consultada: *Health Promotion AND Primary Health Care AND Health Management*, *Intersectoral Action AND Primary Health Care AND Health Management*, *Health Promotion AND Health Management AND Intersectoral action*; *Health Promotion AND Intersectoral Action AND Primary Health Care AND Health Managemen*”. Os dados foram coletados no período de junho de 2015 a setembro de 2016.

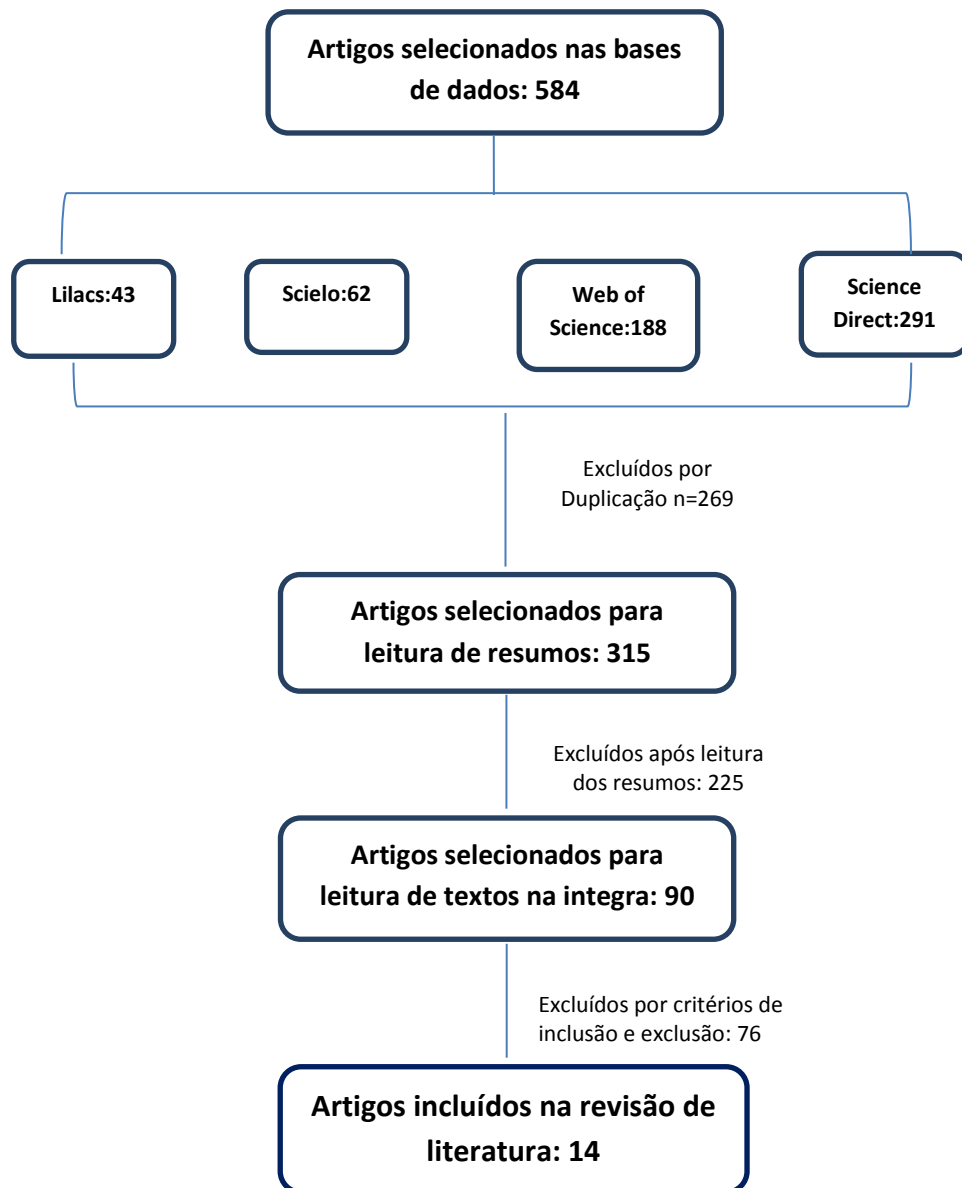
Uma base de dados única foi construída em planilha Excel®, que reuniu o total de 584 documentos identificados compilados e submetidos a processo de seleção, considerando-se os seguintes critérios de inclusão: (1) pertinência ao tema; (2) textos completos publicados entre 1978 (publicação da Declaração de Alma-Ata/ Conferência Internacional de Cuidados Primários à Saúde) e setembro de 2016; (3) ter seu resumo disponível nas bases de dados incluídas neste estudo; (4) ser estudo

empírico e/ou de revisão e/ou conceitual na área de gestão de ações intersetoriais para promoção da saúde. Não foram incluídos editoriais, anais, congressos e estudos que não abordam a temática dentro dos seus objetivos. Não houve exclusão em virtude da língua.

Inicialmente, os 584 artigos foram explorados por meio da leitura sendo excluídos 269 por duplicação, e restando 315 para leitura de títulos e resumos, sendo excluídos 225, restando 90 para leitura na íntegra. Após a leitura dos artigos na íntegra, foram excluídos 76 que não discutiam os assuntos considerados centrais nesta revisão, finalizando 14 artigos para o desenvolvimento final da revisão, como apresentado no Fluxograma 2.

Os artigos selecionados foram lidos na íntegra e examinados por consenso entre dois pesquisadores, recorrendo à categorização de características de cada pesquisa: ano e país do estudo, local, tipo de estudo, delineamento da pesquisa, condições favoráveis e desfavoráveis a implementação de ações intersetoriais, arranjos e/ou instrumentos/mecanismos de gestão implementados e resultados associados à implementação e gestão de ações intersetoriais para promoção da saúde. Um conjunto de critérios para avaliação da qualidade dos artigos incluídos na revisão sistemática, foi adotado uma adaptação da *Consolidated criteria for reporting qualitative studies* (COREQ) (TONG *et al.*, 2007), conforme ilustrado no Quadro 3.

Fluxograma 2 – Estratégia de busca e seleção dos estudos incluídos na revisão sistemática 2.



Quadro 4 – Sistematização dos critérios para avaliação da qualidade dos artigos incluídos na revisão sistemática 2, adaptado da Consolidated criteria for reporting qualitative studies (COREQ).

Domínios	Critério	WEISS D. et al	KOTHARI et al.	ZICKER et al.	MOYSES e FRANCO	TESS e AITH
Research team and reflexivity	Interviewer/facilitator					
	Occupation time of study					
	Methodological orientation					
	Characteristics were reported about the interviewer/facilitator					
Study design	Methodological orientation and Theory					
	Where was the data collected?					
	Characteristics of the sample?					
Reporting	Was there consistency between the data presented and the findings?					
	Were major themes clearly presented in the findings?					
	Clarity of minor themes / description of diverse cases or discussion of minor themes?					

3.3.2. Aspectos metodológicos do estudo avaliativo

Trata-se de um estudo de análise de implantação de uma intervenção intersetorial para a promoção da saúde em cinco municípios baianos, por meio do estudo de múltiplos casos com níveis de análise imbricados (YIN, 2010; CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

Este estudo está aninhado ao Projeto “Desenvolvimento e avaliação de uma intervenção intersetorial sobre padrões alimentares e de atividade física de adolescentes no âmbito da ESF” – PROSE, desenvolvido pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA), através dos Programas Integrados de Pesquisa e Cooperação Técnica em Formação e Avaliação da Atenção Básica (GRAB) e de Vigilância Epidemiológica e Controle de Doenças Transmissíveis e financiado pelo Fundo Nacional de Saúde/ Secretaria de Vigilância em Saúde - Ministério da Saúde (PROSE, 2013).

O estudo foi desenvolvido em três etapas: (1) Estudo de avaliabilidade ou pré-avaliação; (2) Apreciação do grau de implantação da intervenção; (3) Análise de implantação (propriamente dita) da intervenção.

A primeira e a segunda etapa corresponderam a uma abordagem extensiva, aplicada aos cinco municípios que implementaram a intervenção, com o objetivo de ampliar a compreensão do fenômeno. O estudo dos cinco casos foi indicado para aumentar a compreensão de um fenômeno do que para delimitá-lo. Os níveis de análises imbricados favorecem a compreensão do caso, pois aumentam as possibilidades de análise e o grau de confiabilidade nos resultados da pesquisa, uma vez que cada caso é considerado como uma entidade única submetida a uma análise particular (YIN, 2010).

A terceira etapa correspondeu a uma abordagem intensiva, com análise da implantação da intervenção em dois municípios considerados exitosos no processo de monitoramento da implementação das ações propostas pela intervenção intersetorial PROSE. Neste caso, o estudo de caso teve um lugar diferenciado, pois possibilitou explicar os presumidos vínculos causais nas intervenções na realidade

concreta, a descrição da intervenção no contexto real em que foi implementada, e explorar distintos resultados (YIN, 2010 p.41).

A metodologia adotada em cada uma das três etapas será detalhada a seguir.

3.3.2.1. Estudo de avaliabilidade

O estudo de avaliabilidade (*evaluability assessment*) consistiu no exame sistemático e preliminar da intervenção, em sua teoria e em sua prática, a fim de determinar se havia justificativa para uma avaliação extensa e /ou para melhor delimitar os objetivos do programa, bem como identificar áreas críticas a serem priorizadas na avaliação.

Este estudo foi realizado, no período de outubro a novembro de 2013, tendo como questões norteadoras: (1) Os objetivos da intervenção estão bem definidos? (2) Existe entendimento dos objetivos pelos agentes envolvidos? (3) Quais componentes da intervenção devem ser priorizados na avaliação? (4) Existem componentes que precisam ser melhorados?

Os dados foram obtidos a partir de fontes primárias (entrevistas semiestruturadas e observação direta) e secundárias (análise documental).

Inicialmente, foi elaborado o modelo lógico preliminar da intervenção, a partir da análise de documentos produzidos pelo projeto (relatórios de coleta de dados do projeto PROSE, referentes à modelização da intervenção; atas de reuniões semanais do Projeto PROSE, referentes às etapas de pré-campo, coleta de linha de base e implementação da intervenção; vídeos educativos e áudios de eventos produzidos pela pesquisa). Nestes, constavam o objetivo da intervenção, componentes, ações e resultados esperados a curto e longo prazo.

Foram realizadas entrevistas abertas e semiestruturadas com informantes chaves (oito técnicos do projeto –pesquisadores da universidade, 41 professores, dez estudantes *monitores*), e observação não participante com visitas *in loco* para validação do modelo preliminar nos cinco municípios estudados.

Para as entrevistas, foram elaborados roteiros (Apêndice B), conforme categoria dos informantes, realizadas pelo pesquisador principal. Para a observação direta foi elaborado um roteiro (Apêndice C), e utilizado um diário de campo para registro dos dados das percepções e das informações observadas, a partir das quais foram pontuados aspectos relevantes e complementares para a análise e discussão dos dados. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra. Posteriormente, procedeu-se a leitura dos textos e a classificação dos extratos das entrevistas que continham as ideias centrais dos informantes. O material coletado foi organizado de modo que permitiu a identificação de convergências e divergências nos discursos dos entrevistados, sendo realizada a triangulação das evidências mediante a comparação dos excertos extraídos do diário de campo e da análise documental.

Os resultados permitiram a construção do modelo lógico revisado. O modelo lógico revisado foi submetido à apreciação de pesquisadores integrantes do projeto, aplicando-se uma técnica de consenso (*conferência de consenso* – técnica mista com adaptação da técnica de grupo nominal e do método Delfos) (SOUZA et al., 2005), com o objetivo de identificar elementos essenciais para caracterizar ações desenvolvidas no processo de implantação da intervenção nos municípios. Foram, então, constituídas quatro fases: (1) preenchimento individual de uma matriz (Apêndice E); (2) validação individual do modelo lógico definitivo; (3) discussão aberta entre os participantes; (4) uma nova resposta individual às questões postas na matriz, com validação dos indicadores e padrões (Apêndice E).

Todas as informações foram consolidadas em planilhas no programa Microsoft Excel®. A partir dos dados da terceira etapa, calculou-se, para cada indicador e padrão, a média aritmética e o desvio-padrão. A importância de cada critério foi atribuída em função da média: quanto maior a média, maior a importância do critério. O desvio-padrão serviu para estimar o grau de consenso. Para inclusão na matriz de julgamento, adotou-se o seguinte procedimento: (1) todo indicador e padrão com média superior a sete foi considerado importante, abaixo disso, seria considerado pouco importante, não devendo compor a imagem-objetivo; (2) todo indicador e padrão com desvio padrão inferior a três foi considerado consensual; (3) o indicador e padrão com média igual ou superior a sete e desvio padrão igual ou superior a três,

apesar de importantes, não compuseram a imagem-objetivo, pois não foram consensuais. Em seguida, procedeu-se à revisão dos critérios e padrões e à definição de pesos.

Na matriz final, a soma de todos os pontos atribuídos totalizou 100 pontos. Esses pontos foram distribuídos pelos critérios e padrões selecionados de acordo com sua importância relativa. O componente *Ensino Formal* foi o mais valorizado, sendo atribuídos 60 pontos; o componente *Educação e comunicação*, o segundo mais valorizado com 30 pontos; e o componente *Gestão de ações intersectoriais* obteve 10 pontos.

Na terceira etapa, ocorreu a discussão aberta do modelo lógico com os participantes. Nessa etapa, foram discutidas as gradações relativas a cada critério/indicador, de modo a atribuir o grau de implantação das ações (não implantada, parcialmente implantada e implantada).

Na quarta etapa da Técnica de Consenso, a matriz de julgamento contendo os pesos atribuídos foi submetida a nova apreciação pelos pesquisadores. Após esta etapa, atingiu-se a formulação do modelo lógico definitivo da intervenção e da matriz de julgamento com critérios ponderados, indicadores e padrões validados.

Após a aplicação da técnica de consenso, chegou-se à formulação do modelo lógico definitivo da intervenção (Figura 2) e da matriz de critérios, indicadores e padrões.

Este estudo de avaliabilidade permitiu identificar aspectos e componentes prioritários da intervenção que necessitavam ser aprimorados e seus resultados foram apresentados ao grupo de condução do Projeto PROSE, de modo que algumas estratégias foram implementadas no segundo ano de desenvolvimento da intervenção.

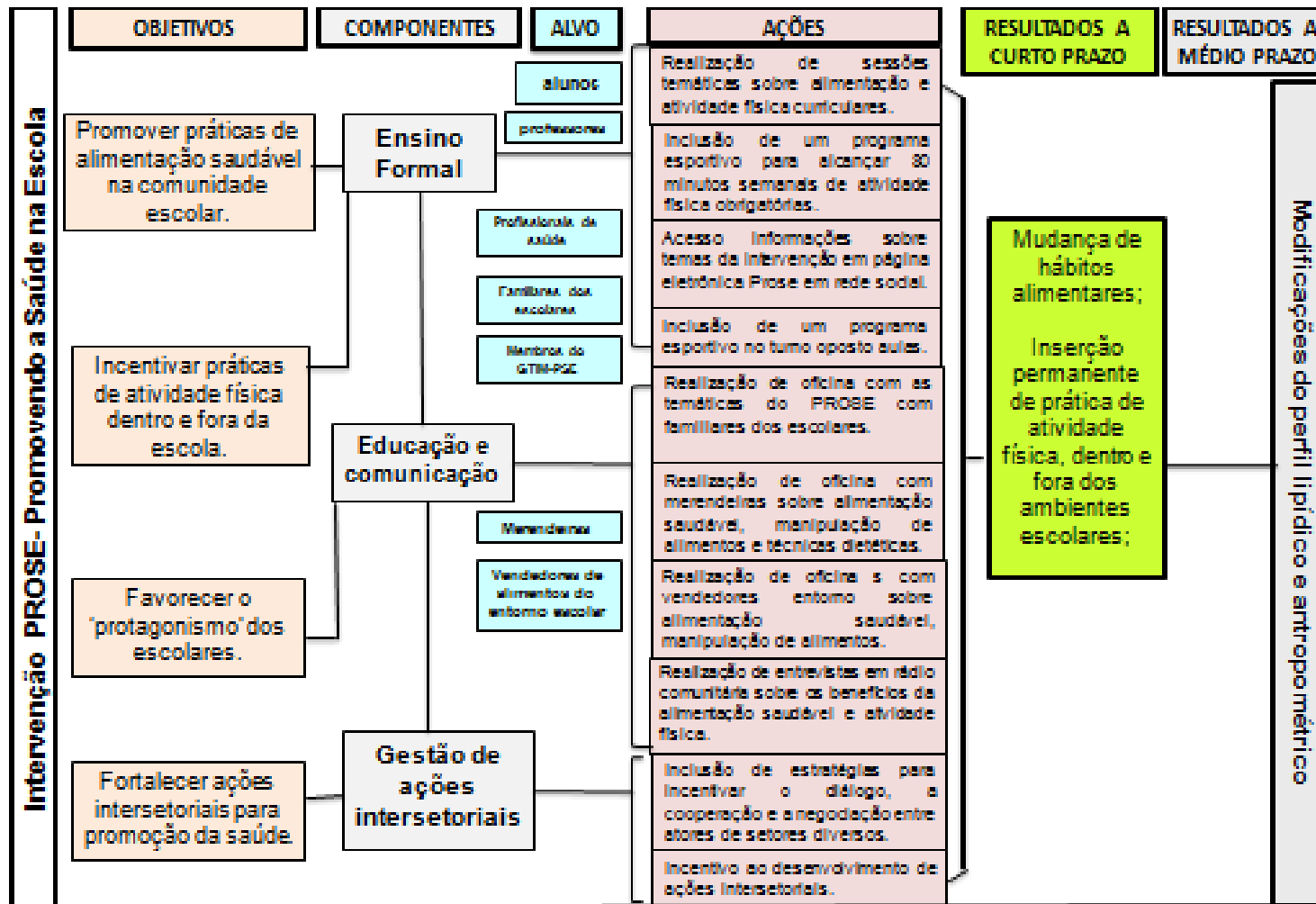


Figura 2 – Modelo lógico definitivo da Intervenção Prose.

3.3.2.2. Apreciação do grau de implantação

Nesta etapa, foi apreciado o grau de implantação das ações previstas pela intervenção PROSE nos cinco municípios participantes. Os dados foram obtidos em dois momentos: outubro de 2013 (momento 1: 6 meses após a implementação da intervenção), e outubro de 2014 (momento 2: após 18 meses após a implementação da intervenção). A análise em dois momentos se deu com o intuito de verificar possíveis mudanças nas diferentes realidades locais após a implementação de estratégias (ainda no primeiro semestre de implementação) para fortalecimento dos componentes considerados frágeis pelo estudo exploratório.

Os sujeitos do estudo, nesta fase, foram os representantes dos alunos monitores, professores, profissionais de saúde (NASF e ESF) e os diretores dos dez colégios nos cinco municípios.

Os dados foram obtidos por meio de aplicação de questionários, entrevistas semiestruturadas, observação direta e análise documental.

Os questionários foram aplicados aos professores (Apêndice F) aos alunos (Apêndice G). No questionário direcionado aos alunos, foi possível avaliar: componente Ensino Formal (avaliação da inclusão de alimentos saudáveis na merenda escolar e em domicílio, sessões temáticas do PROSE incluídas no currículo obrigatório e atividade física curricular obrigatória, inclusive no turno oposto ao horário das aulas e fora da escola); componente Educação e comunicação (acesso as informações veiculadas pelo PROSE em sites e páginas de redes sociais, oficinas temáticas com familiares dos escolares, merendeiras das escolas e vendedores de alimentos do entorno das escolas e entrevistas realizadas em rádios comunitárias em cada local); e componente Gestão de ações intersetoriais (participação em ações intersetoriais realizadas no território das escolas). Ao questionário dos professores, além das questões citadas anteriormente, foram acrescentadas questões relacionadas ao componente Gestão de ações intersetoriais (participação em comissões intersetoriais locais, participação nos Grupos de Trabalho Intersetorial (GTI) do Programa Saúde na escola (frequência de reuniões, pautas discutidas, interação e relação com demais profissionais)). Os instrumentos continham questões relacionadas aos três

componentes da intervenção PROSE, sendo possível aos atores chaves avaliar as ações por meio da atribuição de notas 1 a 2 (insatisfatória), nota 3 (satisfatória) e nota 4 a 5 (muito satisfatória).

Para as entrevistas, realizadas pelo pesquisador principal, foram utilizados roteiros alunos (Apêndice G), conforme categoria dos informantes (professores, profissionais de saúde e diretores das escolas). Para a observação direta foi elaborado um roteiro (Apêndice H), e utilizado um diário de campo para registro dos dados das percepções e das informações observadas, a partir das quais foram pontuados aspectos relevantes e complementares para a análise e discussão dos dados. Todas as entrevistas foram gravadas, utilizando-se de gravador digital, a partir do consentimento dos participantes (Apêndice I).

Na análise documental foram avaliados os seguintes documentos: documentos normativos (PNPS 2006 e 2014), portarias PSE, relatórios e atas de reuniões do Projeto PROSE, referentes às etapas de pré-campo para avaliação dos municípios que atenderam aos critérios, relatórios das fases campo e intervenção e seguimento do desenvolvimento da intervenção, atas de reuniões GTIM do PSE em cada município, portarias municipais referentes a ações de promoção da saúde publicadas no período estudado, planos municipais de saúde e educação.

Os questionários e as entrevistas semiestruturadas foram aplicados em dois momentos: após 6 meses de implementação da intervenção, e após 18 meses, para fins de comparação dos dados. No primeiro momento, foram aplicados a 952 alunos e 57 professores, e, no segundo momento, para 693 alunos e 42 professores. Quanto as entrevistas, no momento 1, foram entrevistados 20 professores, 5 diretores das escolas e 5 profissionais de saúde do NASF e ESF, e, no momento 2, vinte professores, 7 diretores das escolas e 5 profissionais de saúde do NASF e ESF (Quadro 5).

Quadro 5 – Identificação dos entrevistados nos dois momentos (Grau de implantação).

INSTITUIÇÕES DE ENSINO (ESCOLAS)				
Município/ Escola	Momento 1	Código	Momento 2	Código
Município 1 (M1) / Colégio 1 (C1)	Prof. Geografia	E1	Prof. ciências Roberto	E1
	Professor história	E2	Prof. educação física /	E2
	Prof. Matemática	E3	Prof. ed. Física	E3
	Professor de português	E4	Prof. Geografia	E4
	Diretor	E5	Diretor	E5
Município 1 (M1) /Colégio 2 (C1)	Vice diretora	E6	Prof. ed. Física	E6
	Prof. Matemática	E7	Prof. Geografia	E7
	-----		Professora de língua	E8
	-----		Diretora	E9
	Diretora	E8	Prof. Biologia e	E10
	Professor de português	E9	Professora de história	E11
Município 2 (M2) /Colégio 3 (C3)	Professora de Educação Física	E10	Professora de Educação Física	E12
	Diretora/prof. Historia	E11	Diretora	E13
	Professor de português	E12	Professora de	E14
	Prof. Matemática	E13	----	
Município 2 (M2) /Colégio 4 (C4)	Professor de português	E14	Vice diretora	E15
	Professora de Educação Física	E15	Professora de geografia	E16
Município 3 (M3) /Colégio 5 (C5)	Diretora	E16	Prof. Biologia	E17
	Professor de português	E17	-----	
Município 3 (M3)	Prof. Educação Física	E18	Prof. Português	E18
Município 4 (M4) /Colégio 7 (C7)	Professora biologia	E19	Prof de história	E19
	Professora linguagens	E20	Professora de	E20
	-----		Diretora	E21
Município 4 (M4) /Colégio 8 (C8)	Prof. Língua Portuguesa	E21	Prof. matemática	E22
	-----		Vice diretora	E23
Município 5 (M5) /Colégio 9 (C9)	Prof. Biologia e geografia	E22	Prof. língua	
	Prof. Ed. Física	E23	Prof. biologia	E24
	----		Diretora	E25
Município 5 (M5) /Colégio 10 (C10)	Prof. Educação Física	E24	Prof. Educação Física	E26
	Diretora	E25	Prof. sociologia	E27
SUBESPAÇO DA SAÚDE				
Município	Momento 1	Código	Momento 2	Código
M1	Ed. Física NASF	E26	Nutricionista NASF	E28
M2	Nutricionista NASF	E27	Nutricionista do NASF	E29
M3	Ed. Física NASF	E28	Enfermeira ESF	E30
M4	Apoiadora institucional	E29	Enfermeira ESF	E31
M5	Nutricionista NASF	E30	Educador físico NASF	E32

Fonte: Elaborado pelo autor.

Os dados dos questionários foram analisados por meio de análise descritiva no *software* STATA versão 12.0. Os resultados obtidos foram agrupados em tabelas síntese (Apêndice J). As entrevistas foram transcritas e as análises foram realizadas com o auxílio do *software* N VIVO ® versão 11, e permitiu a indexação de trechos desses textos nas categorias analíticas propostas para esta etapa (implantação da intervenção em cada município e escola e implantação de cada componente, dimensão e critérios).

Para a apreciação do grau de implantação da intervenção, foi utilizada a matriz de julgamento contendo os critérios, indicadores e padrões (Quadro 6), validada na Etapa 1, (estudo de avaliabilidade). O componente *Ensino Formal* foi o mais valorizado (60 pontos), seguido do componente *Educação e comunicação* (30 pontos) e *Gestão de ações intersetoriais* (10 pontos), totalizando, os três componentes, 100 pontos. Os pontos atribuídos a cada componente foram distribuídos pelos critérios selecionados, de acordo com sua importância relativa. Os dados das entrevistas, questionários e observação direta foram cotejados por meio de uma matriz de processamento (Apêndice K).

A mensuração do grau de implantação foi realizada para cada escola e para cada município a partir da triangulação das fontes de obtenção dos dados, considerando-se os dois momentos (6 meses e 18 meses) já mencionados. Para a obtenção da estimativa dos municípios, foi calculada a média dos escores das duas escolas, respectivamente, de cada município.

A classificação do grau de implantação foi realizada a partir da pontuação obtida na análise (estimada em termos percentuais) adotando-se os seguintes pontos de corte: (1) implantação incipiente: ≤ 29 pontos; (2) implantação intermediária: 30 a 69 pontos; (3) implantação avançada: ≥ 70 pontos. Baseando-se nos resultados obtidos, foi realizada uma comparação entre os cinco municípios estudados, visando identificar a concordância entre os escores registrados.

Quadro 6 – Matriz de julgamento com critérios, padrões e indicadores para avaliação sistemática da intervenção PROSE.

Componentes	Dimensões	Critérios	Padrão	Indicador	Pontuação			Peso	Pontuação máxima	Pontuação por componente			
					Incipiente (INC)	Intermediário (INT)	Avançado (AVA)						
Ensino Formal	Atividades em classe	Realização de sessões temáticas sobre alimentação saudável em atividades curriculares obrigatórias	8 sessões temáticas com duração de 50 minutos a cada 15 dias.	nº de sessões temáticas conduzidas ou assistidas/ nº total de sessões temáticas	< 5	5 a 9	10	1,4	14,0	60,0			
			Inclusão de um plano de aula para cada sessão temática	nº de planos de aulas incluídos/ total de planos de aulas	< 5	5 a 9	10	0,6	6,0				
	Alimentação saudável	Inclusão do consumo de alimentos saudáveis no ambiente escolar.	Consumo de merenda escolar contendo alimentos saudáveis/	Consumo de alimentos saudáveis na escola /três vezes por semana	0	1 a 9	10	0,5	5,0				
			Consumo de alimentos saudáveis domicílio/três vezes por semana.	Inclusão do consumo de alimentos saudáveis domicílio/ por semana	0	1 a 2	3 a 5	1,0	5,0				
	Atividade Física	Atividade Física curricular no turno das atividades curriculares obrigatórias	≥ 80 minutos semanais	Duração da atividade física curricular/ semana	0	1 a 2	3 a 5	1,0	5,0				
			≥ 5h/Semana	Frequência atividades curriculares de Educação Física/ semana	0	1 a 2	3 a 5	1,0	5,0				
		Implantação de programa esportivo curricular, no turno oposto das aulas.	2 horas semanais no turno oposto das aulas.	Carga horária de atividade física no turno oposto as aulas/semana	0	1 a 2	3 a 5	1,0	5,0				
			Sessão temática sobre atividade física em atividades curriculares obrigatórias.	1 sessão temática com duração de 50 min a cada 15 dias.	Sessão temática conduzida ou assistida	0	1	1 a 2	2,5		5,0		
		Prática de atividade física fora do ambiente escolar.	Relato de prática de atividade física fora do ambiente escolar.	Inclusão de plano de aula para a sessão temática sobre atividade física	Inclusão de plano de aula da sessão temática sobre atividade física	0	1	1 a 2	2,5		5,0		
						0	1 a 2	3 a 5	1,0		5,0		
	Educação e Comunicação	Acesso a informação	Acesso à página eletrônica em rede social para obtenção de informações sobre os temas da intervenção.	Quatro acessos mensais ao site do PROSE na Internet	nº de acessos ao site do PROSE/mês	0	1	2	1,5		3,0	30,0	
				Quatro acessos mensais ao e-mail pessoal	nº de acessos e respostas enviadas pelo email pessoal ao e-mail do PROSE/mês	0	1	2	1,5		3,0		
1 acesso semanal ao Fórum de Discussões do site do PROSE				nº de participações no Fórum de Discussões do site do PROSE /mês	0	1	2	1,0	2,0				
1 acesso semanal a página do PROSE em uma rede social				nº de acessos a página do PROSE em uma rede social /mês	0	1	2	1,0	2,0				
Atividades comunitárias		Realização de oficinas	Realização de 3 oficinas com merendeiras e pais	nº de oficinas realizadas	0	1 a 2	3 a 5	1,0	5,0				
					Participação nas oficinas do Projeto PROSE/ Intervenção	Participação em todas as oficinas preparatórias do Projeto PROSE	nº de participantes por oficina/nº convidados	0	5	10	0,2		2,0
								Realização de oficinas com familiares dos estudantes	3 (três) oficinas, com carga horária de 2 (duas) horas cada	nº de oficinas com familiares dos estudantes	0		1 a 2
					Realização de oficinas com vendedores do entorno da escola;	3 (três) oficinas, com carga horária de 2 (duas) horas cada	nº de oficinas realizadas com as merendeiras				0		1 a 2
								Realização de entrevistas em rádio comunitária	2 (duas) entrevistas realizadas	nº de oficinas com vendedores do entorno da escola	0		5
					Realização de ações intersetoriais	Existência de Grupo de Trabalho Intersetorial (GT) PSE	1 reunião/mes do GTI PSE				nº de reuniões do GTI PSE		0
Realização de ações intersetoriais entre PSE e ESF	Realização de pelo menos duas ações intersetoriais entre PSE e ESF	nº de ações intersetoriais realizadas	0	1				2	2,5	5,0			
			Legenda: Incipiente (INC): ≤ 29 pontos; Intermediário (INT): entre 30 e 69 pontos; Avançado (AVA): ≥ 70 pontos.							Pontuação total	100,0	100,0	

Fonte: Elaborada pelo autor.

3.3.2.3. Análise de implantação (propriamente dita) da intervenção

A análise em profundidade foi realizada em dois municípios (um com grau avançado (M1) e outro com grau intermediário (M2) de implantação da intervenção Prose), com o intuito de ampliar a compreensão das possíveis explicações que determinaram a variabilidade da implantação da intervenção (e de seus componentes).

Os informantes nesta etapa foram: alunos multiplicadores, diretores e professores das escolas participantes; profissionais de saúde do NASF e ESF do território das escolas; membros do GTI-M do PSE e coordenadores do PSE local; secretários de saúde e educação, coordenadores do NASF e coordenadores da Atenção Básica dos municípios intervenção.

A produção dos dados se deu por meio de entrevistas e análise documental. Para as entrevistas, foram utilizados roteiros (Apêndice L), conforme categoria dos informantes e realizadas pelo pesquisador principal. Em todos os roteiros de entrevistas havia um campo inicial com questões relacionadas a análise do trajetória e posição social, profissional e política dos informantes chave, sendo possível identificar as trajetórias sociais e/ou política dos atores. As entrevistas foram gravadas, transcritas e editadas no Microsoft Word®.

Para análise documental, foram identificadas as informações contidas nos seguintes documentos: relatórios do projeto PROSE, referentes a todas as fases de implementação da intervenção; relatórios da fase campo com coleta dos dados de linha de base, fase Intervenção, monitoramento da intervenção; material educativo produzido pelo projeto: vídeos e áudios de eventos realizados pelo projeto; diários de campo; portarias ministeriais, referentes à PNAB, PNPS, PSE e as demais legislações pertinentes a este objeto de estudo; portarias institucionais no âmbito estadual e local, referentes ao processo de implementação das ações do PSE e a ações e gestão de ações de promoção da saúde nos três âmbitos, com ênfase nos diferentes sistemas locais de saúde (Apêndice M).

Foram realizadas 51 entrevistas semiestruturadas (Apêndice N) com os agentes dos dois municípios (31 agentes no município 1 e 20 agentes no município 2) (Quadro 7).

A unidade de análise desse estudo foram os municípios e os territórios onde estavam localizadas as escolas que participaram da intervenção, com cobertura do Programa Saúde da Família (PSF), do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e do Programa Saúde na Escola (PSE). Essa análise permitiu uma generalização analítica que se apoia na comparação feita a partir da observação da intervenção estudada a um quadro teórico particular contrapondo os resultados de um caso para o outro. Esses níveis corresponderam a partes do caso investigado que estavam relacionadas, *imbricadas*, mas que poderiam ser estudadas de forma separada e que se complementariam.

Os excertos dos documentos foram tabulados em planilha do Microsoft Excel® e analisados considerando os critérios de existência dos objetivos do projeto, metas, ações e atividades programadas e realizadas para operacionalizar a intervenção. As análises dos dados das entrevistas codificadas foram realizadas com o auxílio do software N VIVO® versão 11, que permitiu a indexação de trechos desses textos nas categorias analíticas propostas para a investigação. Durante a leitura do documento, foram reconhecidos os trechos que expressavam potenciais informações relevantes para as categorias, sendo ancoradas nessas. Cabe ressaltar que um mesmo trecho poderia representar uma informação importante para mais de uma categoria. Ao final da classificação dos documentos foram gerados relatórios para cada categoria operacional proposta por esta fase do estudo. Nesses relatórios, foi possível identificar os extratos selecionados em correspondência com os documentos analisados.

Quadro 7 – Identificação dos agentes do estudo de análise de implantação da intervenção PROSE.

(continua)

SUBESPAÇO	ÂMBITO /LOCAL	POSIÇÃO OCUPADA NO SUBESPAÇO	CÓDIGO	TOTAL
GESTÃO SETOR EDUCAÇÃO	(M1)	Coordenador Técnica PSE	E5	02
		Secretário de Educação	E6	
	(M2)	Secretário de Educação	E7	03
		Coordenador do PSE	E8	
		Ex- Coordenador do PSE/representante GTI PSE-M educação	E9	
	(M1)	Secretário de Saúde	E16	05
		Coord. Geral da Saúde/ Coord. AB	E17	
		Ex – coordenadora da AB	E18	
		Coordenadora PSE	E19	
	Apoiadora institucional	E20		
	(M2)	Secretário de Saúde	E21	03
		Coordenador da Atenção Básica	E22	
		Coordenador do PSE	E23	
REPRESENTANTES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE MUNICIPAL (Profissionais do NASF e ESF)	(M1)	Enfermeira da ESF	E25	04
		Ed. Física NASF	E26	
		Educadora Física NASF	E27	
		Enfermeira ESF	E28	
	(M2)	Educador Físico NASF	E29	04
		Nutricionista NASF	E30	
		Enfermeiro ESF	E31	
		Nutricionista do NASF	E32	
REPRESENTANTES PROFISSIONAIS DA EDUCAÇÃO E ESCOLAS (professores, merendeiras, diretores, alunos)	(M1/ (C1)	Vice diretora	E38	11
		Prof. Matemática	E39	
		Prof. ed. Física	E40	
		Prof. Geografia	E41	
		Merendeira	E42	
		Merendeira	E43	
		Aluna	E44	
		Aluna	E45	
		Aluno	E46	
		Aluna	E47	
Aluno	E49			

Quadro 7 – Identificação dos agentes do estudo de análise de implantação da intervenção PROSE.

(conclusão)

SUBESPAÇO	AMBITO/LOCAL	POSIÇÃO OCUPADA NO SUBESPAÇO	CÓDIGO	TOTAL
REPRESENTANTES PROFISSIONAIS DA EDUCAÇÃO E ESCOLAS (professores, merendeiras, diretores, alunos)	(M1) / (C2)	Professor de Português	E50	08
		Professor história	E51	
		Prof de ciências naturais	E52	
		Prof educação física	E53	
		Aluna	E54	
		Aluno	E55	
		Aluno	E56	
		Aluno	E57	
	(M2) / (C3)	Aluno	E58	06
		Aluno	E59	
		Diretora	E60	
		Professor de Língua Portuguesa.	E61	
		Prof. Biologia e química	E62	
		Professora de história	E63	
	(M2) / (C4)	Professor Língua Portuguesa, Redação e Língua Inglesa	E64	05
		Professora de Educação Física	E65	
		Vice diretora e professora de Língua Portuguesa.	E66	
		Aluno	E67	
		Aluno	E68	
		Aluno	E74	
		Aluna	E75	
Prof. Educação Física		E76		
Aluno		E77		
Prof. Português, literatura e redação		E78		
Prof. Educação Física		E79		
Merendeira		E80		
Diretor		E81		
				Total :51

As categorias teóricas utilizadas para a análise dos dados foram: (1) Espaço social; (2) Capital; A análise com base nas categorias operacionais permitiu elucidar o entendimento de posicionamentos dos atores nos espaços sociais, os tipos de capitais envolvidos, mobilização dos diferentes atores e as relações estabelecidas para desenvolver as ações, tendo como referência a apreciação da trajetória de formação acadêmica, profissional e política dos entrevistados. Considerou-se, ainda, a natureza heterogênea dos municípios, as dificuldades enfrentadas em cada sistema local e as estratégias utilizadas para desenvolver as ações em um planejamento sistemático e compartilhado no plano local.

As relações, posições e disposições dos agentes foram analisadas a partir dos seguintes elementos: (1) posição no campo das profissões (por meio da trajetória profissional); (2) posição no subespaço social da saúde ou da educação (aferida através da trajetória profissional, ocupação de postos); (3) disposições políticas (filiação ou voto em partido político, participação em movimentos profissionais e sociais, militância e participação em partidos, participação em movimentos sociais da saúde ou educação); (4) disposições burocráticas (ocupação de cargo administrativo).

No tocante à formação e trajetória profissional, analisou-se se o agente tinha formação na área da saúde ou não, e se tinha trajetória profissional na assistência, na gestão, na docência/pesquisa e/ou em movimentos sociais relacionados à saúde ou educação. No âmbito da gestão, analisou-se se as experiências profissionais haviam se dado no âmbito de instituições municipais, estaduais e/ou federais. Também buscou-se mapear as posições ocupadas em cada espaço, na tentativa de elucidar as diversas tomadas de posição de cada agente.

A classificação dos agentes de acordo com a inserção nos campos e espaços sociais foi realizada com base na composição das diferentes espécies de capital e foi elaborada a partir dos estudos desenvolvidos por Vieira-da-Silva e Pinell (2014), Souza (2013), Barros (2013) e Almeida (2016) (Quadro 8), sendo considerados na análise: (1) indicadores de capital escolar: títulos; (2) indicadores de capital simbólico: premiações e reconhecimento (notoriedade) na área; (3) indicadores de capital burocrático: cargos ocupados no campo burocrático e recursos mobilizados; (4) indicadores de capital político: participação em cargos de indicação política e/ou em

partidos políticos; (5) indicadores de capital militante: participação em sindicatos e/ou conselhos profissionais, movimentos sociais – movimento estudantil, movimento sanitário, movimentos pela saúde; (6) indicadores de capital social: pertencimento a um ou mais grupos ao interior do espaço, atribuído a partir de relação prévia entre os agentes e das posições e tomadas de posição semelhantes ou divergentes entre eles. Ainda, foi reconstituído em detalhes o processo de implementação da intervenção nos municípios exitosos utilizando-se, para tanto, o registro dos dados do seguimento, por meio da triangulação de fontes para a produção de dados. Para esta análise também foi considerada a sustentabilidade do arranjo social adotado, de modo a identificar aspectos favoráveis e restritivos nos dois locais, considerando as particularidades dos processos (políticos, institucionais, técnicos e administrativos), o que comportou a análise de relações intrínsecas na dimensão singular de sua concretude.

Quadro 8 – Matriz analítica do tipo e volume de capitais nos subespaços sociais.

TIPO DE CAPITAL	CRITÉRIOS			
	Muito alto (AA)	Alto (A)	Médio (M)	Baixo (B)
Político	Cargo político alto escalão Federal /Estadual)	Cargo político alto escalão (secretário municipal)	Cargo político (coordenação AB, NASF)	Integrante de colegiados de gestão local (GTI-M e GTI-E); cargos técnicos de indicação política;
	Dirigente estadual de partido político	Dirigente municipal de partido político	Filiado a partido político	Militante de partido político, sem filiação
Militante	Participação em movimento sanitário, movimento pela redemocratização, movimentos pela saúde (nacional).	Participação em associações específicas, movimentos sociais (estadual), tais como movimento estudantil.	Participação em associações específicas (profissionais) locais (municipais).	Participação em associações de bairro, de moradores, religiosas, clubes sociais desportivos, sindicatos.
Escolar	Doutorado	Mestrado /Residência	Especialista	Ensino superior completo
Burocrático	Cargos de direção na Secretaria estadual (experiência administrativa)	Cargos de direção intermediários em sec. Municipais	Cargos de direção (coordenação, assessor, consultor)	Cargos técnicos
Simbólico	Reconhecimento nacional prêmios internacionais	Reconhecimento local prêmios nacionais	Prêmios estaduais	Prêmios locais
Social	Pertencimento ao grupo com maior influência sobre a implementação local da política.	Pertencimento ao grupo com influência moderada sobre a implementação local da política.	-	-

Fonte: Adaptado de Vieira-da-Silva e Pinell (2014), Souza (2013), Barros (2013) e Almeida (2016).

3.3.2.4. Aspectos éticos

O projeto de pesquisa original (PROSE) foi aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (CCAIE 09709112.3.0000.5030) (Número do parecer 182.685), em 04 de janeiro de 2013. Os entrevistados assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecidas (TCLE) (Apêndice 12), e foi-lhes assegurado o direito de aceitar/recusar participar do estudo e de retirar-se em qualquer fase da pesquisa, estando livre de penalizações.

PARTE II – SISTEMATIZAÇÃO DO CONHECIMENTO PRODUZIDO SOBRE DEFINIÇÕES, NATUREZA E GESTÃO DE AÇÕES INTERSETORIAIS

4. AÇÕES INTERSETORIAIS: DEFINIÇÕES OU (IN) DEFINIÇÕES?

O interesse pela investigação sobre características e resultados das ações intersetoriais em saúde é relativamente recente. A busca por esclarecer as definições sustentou-se no fato de que não há um consenso e que, portanto, existe diversidade de interpretações e concepções distintas em sua implementação nas políticas de saúde ao redor do mundo. Diante da opacidade na construção de definições, coube situar que existe uma construção sócio histórica dos conceitos, mas as definições provisórias expressam certo *borramento* ou *apagamento* de proposições que se encontram em disputa dentro do campo da saúde, e que podem direcionar os pontos de vista que prevaleceram ou não prevaleceram nas diferentes definições analisadas, advindas dos estudos selecionados por esta revisão.

Alguns estudos apontaram que, tradicionalmente, a discussão sobre a intersectorialidade como estratégia de gestão tem sido mais utilizada em estudos na área da Administração Pública e Ciências Sociais (FORTIN et al, 1994; DELANEY, 1994; MCQUEEN et al., 2012; KRANZLER et al., 2013; OTTERSEN et al., 2014). A ampliação do interesse do setor saúde teve início com as propostas de implementação de medidas, acordos ou políticas integradas, em 1977, durante a 30ª Assembleia Mundial de Saúde, onde foi aprovada a resolução 30.43 que estabeleceu a meta conhecida como *Saúde para Todos* para cumprimento dos governos nas décadas seguintes, com o intuito de alcançar níveis de saúde equitativos, reforçando o ideário de ação intersectorial (FRANCE, 2007), especialmente após a intersectorialidade ser apontada na Declaração de Alma-Ata como estratégia para a atenção primária, por meio da articulação do setor saúde com outros setores da sociedade. Desde então, diversas agências internacionais têm reforçado a inclusão de ações intersectoriais sob a égide de uma solução global de desenvolvimento. A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) definiu intersectorialidade como um “processo em que são considerados os objetivos, estratégias e recursos de cada setor e as repercussões destes para cada setor envolvido e para a ação em si” (OPS/OMS, 1992 p.9). A Organização Mundial da Saúde, por sua vez, definiu como:

a recognised relationship between part or parts of the health sector with part or parts of another sector which has been formed to take action on an issue to achieve health outcomes (or intermediate health outcomes) in a way that is more effective, efficient or sustainable than could be achieved by the health sector acting alone. (OMS, 1997, p.3).

Ademais, diversos estudos internacionais têm identificado o reforço da intersectorialidade como estratégia de gestão na atenção primária, especialmente em sistemas de saúde descentralizados, que favorecem a articulação com outros setores, considerando princípios como território, regionalização e integralidade da atenção. (STEWART et al., 2006; MANNHEIME et al., 2007; COLEMAN E DIONÍSIO, 2009; BUSE, 2013; TUBBING et al., 2015; CHIRCOP et al., 2015; DUBOIS et al., 2015).

Das publicações selecionadas por este estudo de revisão, oito haviam sido publicadas no Canadá (Toronto e Quebec), havendo publicações advindas do Reino Unido (1), EUA (1) Austrália (1), Holanda (1), Suécia (2), Venezuela (1). Quanto à natureza dos estudos, 11 foram originados de pesquisas empíricas, e os demais constituíam estudos teóricos.

Os resultados demonstraram o emprego de sinônimos do termo **ação intersectorial** (STEWART et al, 2006; PERERA 2006; ZUNZUNEGUI e BÉLAND, 2010; FREILER et al., 2013; RANTALA et al., 2013; BUSE et al., 2013; AZEVEDO et al., 2012; ANAF et al., 2014; TUBBING et al., 2015; WEISS, LILLEGIEL e MAGNUS, 2016); **intersectorialidade** (CLAVIER, 2013; WIMMER e FIGUEIREDO,2006; DIAS et al., 2014); **ação intersectorial para a saúde** (MANNHEIME et al., 2007). E de sinonímias, quais sejam: **cooperação intersectorial** (KALEGAONGAR e BROWN, 2000; CLAVIER, 2013; AXELSSON e AXELSSON, 2006 ; SHANKARDASS et al., 2012); **coordenação intersectorial** (AXELSSON e AXELSSON, 2006 ;SHANKARDASS et al., 2012; FREILER et al., 2013); **colaboração intersectorial** (RISSEL e ROWLING , 2000; EL ANSARI, 2005; AXELSSON e AXELSSON, 2006; LAL e MERCIER, 2009); **colaboração interorganizacional** (AXELSSON e AXELSSON, 2006) e **integração intersectorial** (SHANKARDASS et al., 2012), evidenciando uma polissemia conceitual. (Quadro 9).

4.1. Convergências e dissonâncias entre as concepções de ação intersetorial

A análise dos artigos selecionados permitiu assinalar duas premissas acerca da noção¹⁸ de ação intersetorial. A primeira premissa é de caráter político, e propõe que a integração de diversos setores permita a busca de soluções mais integrais – ideia de soluções globais de desenvolvimento (FREILER et al., 2013; BUSE et al., 2013; RANTALA et al., 2014; ANAF et al., 2014; TUBBING et al., 2015). Já a segunda, é de natureza técnica, uma vez que acredita que a integração entre os setores permite que as diferenças entre eles possam ser usadas produtivamente para resolver problemas sociais (ZUNZUNEGUI e BÉLAND, 2010; AZEVEDO et al., 2012; CLAVIER et al., 2013; WIMMER e FIGUEIREDO, 2006; DIAS et al., 2014).

Quanto as definições dos termos considerados sinônimos para a ação intersetorial, pôde-se observar que os objetivos esperados vão desde a integração administrativa, formal e sistemática, por meio da integração de objetivos e processos administrativos e a partilha de recursos, responsabilidades e ações, até o objetivo de desenvolvimento conjunto de políticas de saúde, sociais e educacionais, buscando alcançar uma forma de integração com um alto grau de integração horizontal nos sistemas e serviços de saúde.

No que tange ao conjunto de sinonímias utilizadas como forma de expressão da ação intersetorial, parece, em verdade, expor diferentes níveis de gestão intersetorial, ou diferentes intensidades de relações interinstitucionais (comunicação, cooperação, coordenação, colaboração, convergência e consolidação). (Quadro 10).

¹⁸ A análise do termo em uma perspectiva mais nuclear *intersectorialidade*, indica que o termo deriva da junção da expressão/prefixo *inter* agregada a um conjunto de setores que, ao se aproximarem e interagirem entre si, podem produzir ações e saberes mais integrais e totalizantes. O prefixo *inter* é oriundo do latim *inter* que significa “no interior de dois”, “entre”, “no espaço de” “posição intermediária”, assim a palavra intersectorialidade desvela: 1) Relações entre dois ou mais setores; 2) Que é comum a dois ou mais setores (CAVALCANTI et al, 2013). Contudo, outros autores criticam o prefixo *inter*, alertando que ele poderia significar apenas a proximidade de saberes isolados, sem possibilitar novas articulações (ALMEIDA FILHO, 2000; INOJOSA, 2001, JUNQUEIRA, 2004). O Dicionário de Políticas (BOBBIO, 2010), refere-se apenas a integração, definindo-a como “superação das divisões e rupturas e a união orgânica entre os membros de uma organização. [...] a integração pode ser vista como um processo ou uma condição. [...] se for vista como uma condição, falar-se-á de organizações mais ou menos integradas” (BOBBIO, 2010 p.632).

As concepções sobre a coordenação intersetorial sinalizaram o objetivo de ajustar as políticas e os programas de cada setor para melhorar a eficiência e a eficácia, por meio de maior articulação horizontal entre os setores, minimizando inconsistências entre eles (SHANKARDASS et al., 2012). As definições para *integração intersetorial* indicaram um caráter coletivo premente do trabalho intersetorial e a necessidade de mobilização de esforços, na perspectiva da integralidade como um aspecto central na relação entre os diferentes setores governamentais, visando a redução de custos, apresentando semelhanças com os propósitos da colaboração intersetorial. (SHANKARDASS et al., 2012; KALEGAONKAR e BROWN, 2000; PERERA, 2006; TUBBING et al., 2015). Já a *cooperação intersetorial* expressou uma abordagem intersetorial associada ao objetivo de produzir sinergia de competências e estratégias para alcançar maior eficiência em suas ações, advertindo que não seria possível de forma setorial (KALEGAONKAR E BROWN, 2000; RISSEL E ROWLING, 2000; AXELSSON E AXELSSON, 2006; KEON E PÉPIN, 2008; LAL E MERCIER, 2009; RANTALA et al., 2014).

As diferentes concepções apresentaram como ponto de convergência a premência por redução de custos propiciada pelo trabalho intersetorial, por meio da mobilização de esforços políticos, *coordenação* e *integração* de recursos, informações e avaliações contínuas dos resultados.

Por outro lado, as definições para *colaboração intersetorial* para a *integração* de políticas e estratégias, por meio da realização de intervenções estruturais mais profundas, que exigem esforços dos setores envolvidos e devem ser orientadas pelas necessidades em saúde e não por objetivos setoriais (RISSEL E ROWLING, 2000; LAL E MERCIER, 2009; EL ANSARI, 2005; AXELSSON E AXELSSON, 2006). Cabe salientar que alguns autores têm alertado que, na prática, a colaboração tem sido problemática, pois pode estar relacionado com a união de diferentes pontos de vista dos vários setores políticos, mas, sem necessariamente conduzir a uma integração (REPETTO, 2009; CABRERO e ZABALETA, 2009; MOLINA e LICHA, 2005).

A *colaboração interorganizacional* evidenciou maior integração entre os atores e organizações (públicas e/ou privadas) na maioria das situações relacionadas ao processo de trabalho dos profissionais (AXELSSON E AXELSSON, 2006).

No percurso desse debate, torna-se crucial identificar que o propósito de união ou esforço entre diferentes setores, com o intuito de estabelecer uma cooperação para minimizar ou resolver uma questão ou problema, prevaleceu entre as definições identificadas neste estudo. (KALEGAONKAR E BROWN, 2000; ZUNZUNEGUI E BÉLAND, 2010; ANAF et al.; 2014; EL ANSARI, 2005; AXELSSON E AXELSSON, 2006; WEISS, LILLEGIEL e MAGNUS, 2016; RISSEL E ROWLING, 2000; LAL E MERCIER, 2009; TUBBING et al., 2015).

Contudo, vários outros autores (RISSEL E ROWLING, 2000; HORWATH e MORRISON, 2007; WINKWORTH e BRANCO, 2011; CORBETT e NOVAES, 2008; LAL E MERCIER, 2009; REPETTO, 2009; CABRERO e ZABALETA, 2009; MOLINA e LICHA, 2005) apontam que as definições para colaboração intersetorial parecem estar embasado pelo discurso dominante, que não reconhece um processo de articulação de agentes (governamentais e não governamentais) para um processo de construção social das ações, mas estão enraizadas em ideologias científicas e epistemologias derivadas do pensamento ocidental, e que, na maioria das situações, não são efetivas em contextos locais, por enfatizar apenas uma aproximação de setores para alcançar metas ou resultados dependente da duração de um programa, sem o estabelecimento de relações duradouras, sem se preocupar, de certa forma, com a sustentabilidade.

4.2. Finalidade, propósito ou método da ação intersetorial

A análise empreendida permitiu também apontar a definição da ação intersetorial como uma finalidade ou propósito ou um método. Quanto à finalidade e propósito da ação intersetorial, associou-se ao *alcance de resultados cooperativos comuns entre os setores*, o estabelecimento de *planejamento compartilhado*, a *integração de atores e setores chaves*, e a *viabilidade* para o entendimento mútuo de uma questão específica. (STEWART et al, 2006; MANNHEIME et al, 2007; EL ANSARI, 2005; PERERA, 2006; ZUNZUNEGUI e BÉLAND, 2010; AZEVEDO et al.,

2012; BUSE, 2013; FREILER et al., 2013; RANTALA et al., 2014; TUBBING et al., 2015; SHANKARDASS et al, 2012; RISSEL e ROWLING, 2000; DIAS et al., 2014; AXELSSON e AXELSSON, 2006; LAL e MERCIER, 2009; FREILER et al., 2013; KALEGAONGAR e BROWN, 2000).

Já a ação intersetorial como um método foi apontada por diversos autores por objetivar a gestão desenvolvida em territórios definidos, com capacidade de integrar ações de diferentes setores que se complementam e interagem e articular sujeitos de setores sociais, saberes, poderes e vontades diversos em uma nova maneira de planejar, executar e controlar a prestação de serviços. (WIMMER e FIGUEIREDO, 2006; CLAVIER et al, 2013; WIMMER e FIGUEIREDO, 2006; CLAVIER et al., 2013; DIAS et al., 2014; AZEVEDO et al., 2012).

Com base nas análises dos estudos incluídos nesta revisão, notou-se que os mesmos não assumem claramente uma definição, e, quando o fizeram, apresentaram interpretações diversificadas, na maioria relacionada a natureza da ação intersetorial.

Desta forma, propomos uma definição para a ação intersetorial:

Uma ação intersetorial é aquela com capacidade de integrar agentes e distintos setores com capacidades técnicas específicas, que se complementam e se articulam em espaço de gestão compartilhada, mas, com igual poder de decisão para o planejamento, execução e avaliação de questões ou necessidades específicas, identificadas com a participação social e direcionadas para a redução de iniquidades sociais em saúde em um território definido.

Quadro 9 – Descrição dos estudos incluídos na revisão da literatura internacional, segundo ano de publicação, referência, país de localização do primeiro autor, tipo de publicação e conceito de ação intersetorial abordado na publicação.

(continua)

Ano	Autor (es)	Vinculação do primeiro autor/ País	Título	Periódico	Tipo de estudo	Definição/ termo abordado
2000	Rissel e Rowling	University Sidney, Australia.	Intersectoral collaboration for the development of a national framework for health promoting schools in Australia.	<i>Journal School Health</i>	Empírico	“Linking diverse stakeholders from a range of sectors including public and private agencies and organizations”./ colaboração intersetorial.
2005	El Ansari	School of Health and Social Care, Oxford Brookes University, UK.	Collaborative research partnerships with disadvantaged communities: challenges and potential solutions.	Journal of the Royal Institute of Public Health	Empírico	“Concerted programming and joint development of health, social and educational policies”./ colaboração intersetorial
2006	Stewart <i>et al</i>	University Extension Centre University of Alberta, Canadá.	Immigrant women family caregivers in Canada: implications for policies and programmes in health and social sectors.	Health and Social Care in the Community	Empírico	‘in which the health sector and other relevant sectors of the economy collaborate, or interact to pursue health goals’ (citing World Health Organization Europe 2004)/ ação intersetorial.
2006	Axelsson e Axelsson	Nordic School of Public Health, Suécia.	Integration and collaboration in public health—a conceptual framework	Int J Health Plann Mgmt	Teórico	“Co-ordination can be defined as a form of integration with a high degree of vertical integration but a low degree of horizontal integration”./ Coordenação intersetorial. “Co-operation can be defined as a form of integration with a high degree of both vertical and horizontal integration”./ Cooperação intersetorial. “Collaboration, can be defined as a form of integration with a high degree of horizontal integration but a low degree of vertical integration”./ Colaboração intersetorial. “Inter-organisational collaboration may be organised in different ways, depending mainly on the degree of horizontal integration required”/ Colaboração interorganizacional.

Quadro 9 – Descrição dos estudos incluídos na revisão da literatura internacional, segundo ano de publicação, referência, país de localização do primeiro autor, tipo de publicação e conceito de ação intersectorial abordado na publicação.

(continua)

Ano	Autor (es)	Vinculação do primeiro autor/ País	Título	Periódico	Tipo de estudo	Definição/ termo abordado
2007	Mannheime <i>et al</i>	School of Public Health, University of Tampere, Finland an Karolinska Institute, Department of Public Health Sciences, Estocolmo, Suécia.	Introducing Health Impact Assessment: an analysis of political and administrative intersectoral working methods	European Journal of Public Health	Empírico	“Intersectoral Action for Health (IAH), which is defined as ‘action in which the health sector and other relevant sectors of the economy collaborate or interact to pursue health goals’ (Citing WHO 1998)./ Ação intersectorial para a saúde.
2009	Lal e Mercier	University of British Columbia, Vancouver, Canadá.	Intersectoral action to employ individual with mental illness: Lessons learned from a local development initiative	Work 33	Empírico	“Collaboration between different sectors of the community”./ colaboração intersectorial.
2010	Zunzunegui e Béland	Université de Montréal, Québec, Canada.	Politiques intersectoriales/ Informe SESPAS 2010	Gaceta Sanitária	Empírico	‘Unir esfuerzos para conseguir mejores resultados que los que se obtendrían trabajando de forma aislada”. / ação intersectorial.
2012	Shankardass <i>et al.</i>	The Centre for Research on Inner City Health, The Li Ka Shing Knowledge Institute of St. Michael’s Hospital, Toronto, Canada.	A scoping review of intersectoral action for health equity involving governments	Internacional Journal Public Health	Teórico	“Cooperation Interaction between sectors to achieve greater efficiency in their actions. Aims to optimize resources while establishing formalities in the work relationship; results in some loss of autonomy for each sector. / cooperação intersectorial, “Coordination Adjusting the policies and programs of each sector to improve efficiency and effectiveness leads to increased horizontal networking among sectors. Usually uses a shared financing source which creates synergies within administration but leads to a greater dependence between sectors and loss of autonomy”./ coordenação intersectorial. “Integration is a political process where a new policy or program (representing the work of multiple sectors) is defined in conjunction with other sectors. This entails the integration of objectives and administrative processes and the sharing of resources, responsibilities and actions. This ultimately results in the collapsing of “closed fiefdoms”./ integração intersectorial.

Quadro 9 – Descrição dos estudos incluídos na revisão da literatura internacional, segundo ano de publicação, referência, país de localização do primeiro autor, tipo de publicação e conceito de ação intersectorial abordado na publicação.

Ano	Autor (es)	Vinculação do primeiro autor/ País	Título	Periódico	Tipo de estudo	Definição/ termo abordado
2013	Clavier <i>et al</i>	Département de science politique, Université du Québec à Montréal, Canadá.	L'action intersectorielle en santé publique ou lorsque les institutions, les intérêts et les idées entrent en jeu	The Innovation Journal: The Public Sector innovation Journal	Teórico	“Le concept d’intersectorialité est défini ici au sens d’une action conjointe entre des acteurs relevant de deux ou plusieurs secteurs d’action publique (citando Muller, 2004). Nous utiliserons l’expression d’action intersectorielle pour signifier les pratiques d’intersectorialité sur le terrain.”/ intersectorialidade.
2013	Buse	Dalla Lana School of Public Health University of Toronto, Canadá.	Intersectoral action for health equity as it relates to climate change in Canada: contributions from critical systems heuristics	Journal of Evaluation in Clinical Practice	Teórico	A recognised relationship between part or parts of the health sector with part or parts of another sector which has been formed to take action on an issue to achieve health outcomes (or intermediate health outcomes) in a way that is more effective, efficient or sustainable than could be achieved by the health sector acting alone (citing WHO, 1997)./ ação intersectorial.
2000	Kalegaonkar e Brown	New Partnerships Initiative of USAID, Boston, EUA.	Intersectoral cooperation: Lessons for practice	Institute for Development Research	Empírico	Intersectoral cooperation consists of bringing actors from the state, market and civil society sectors together to achieve mutual understanding on an issue and negotiate and implement mutually agreeable plans for tackling the issue once it is identified”. / cooperação intersectorial.

(continua)

Quadro 9 – Descrição dos estudos incluídos na revisão da literatura internacional, segundo ano de publicação, referência, país de localização do primeiro autor, tipo de publicação e conceito de ação intersectorial abordado na publicação.

(continua)

Ano	Autor (es)	Vinculação do primeiro autor/ País	Título	Periódico	Tipo de estudo	Definição/ termo abordado
2013	Freiler et al	Centre for Research on Inner City Health, Li Ka Shing Knowledge Institute, Toronto, Ontario, Canadá.	Glossary for the implementation of Health in All Policies (HiAP)	Epidemiol Community Health	Teórico	<p>“A recognised relationship between part or parts of the health sector with part or parts of another sector which has been formed to take action on an issue to achieve health outcomes (or intermediate health outcomes) in a way that is more effective, efficient or sustainable than could be achieved by the health sector acting alone (Citing WHO, 1997)./ ação intersectorial.</p> <p>“is the coordination of various sectors towards the improvement of health equity, HiAP should be considered the most administratively integrated, formal and systemically-focused form of intersectoral action. Intersectoral action may also be referred to as intersectoral initiatives, intersectoral approach or whole-of-government approach (citing Public Health Agency of Canada, 2009)“/ coordenação intersectorial.</p>
2006	Perera	Director, Institute for Health Policy Sri Lanka,	<i>Intersectoral action for health in sri lanka. A case study commissioned by the health systems knowledge network.</i>	The Health Systems Knowledge Network/WHO	Empírico	<p>“working with more than one sector of society to take action on an area of shared interest. Sectors may include government departments such as health, education, environment and justice; ordinary citizens; non-profit societies or organizations; and business” (citing Health Canadá, 2000)/ ação intersectorial.</p>
2014	Anaf et al	Southgate Institute for Health Society and Equity, Flinders University, South Australia	Factors shaping intersectoral action in primary health care services	Primary Health Care and General Practice	Empírico	<p>A recognized relationship between part or parts of the health sector with part or parts of another sector which has been formed to take action on an issue to achieve health outcomes (or intermediate health outcomes) in a way that is more effective, efficient or sustainable than could be achieved by the health sector acting alone.’/ ação intersectorial.</p>
2016	Weiss, Lillefjell e Magnus	University of Science and Technology, Faculty of Health and Social Science, Norway	Facilitators for the development and implementation of health promoting policy and programs – a scoping review at the local community level	BMC Public Health	Empírico	<p>“Working with more than one sector of society to take action on an area of shared interest. Sectors may include government departments such as health, education, environment and justice; ordinary citizens; non-profit societies or organizations; and business”./ ação intersectorial.</p>

Quadro 9 – Descrição dos estudos incluídos na revisão da literatura internacional, segundo ano de publicação, referência, país de localização do primeiro autor, tipo de publicação e conceito de ação intersectorial abordado na publicação.

(conclusão)

Ano	Autor (es)	Vinculação do primeiro autor/ País	Título	Periódico	Tipo de estudo	Definição/ termo abordado
2006	Wimmer e Figueiredo	Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz	Ação coletiva para qualidade de vida: autonomia, transdisciplinaridade e intersectorialidade	Ciência e Saúde Coletiva	Empírico	A intersectorialidade é uma prática integradora de ações de diferentes setores que se complementam e interagem, para uma abordagem mais complexa dos problemas/Intersectorialidade
2014	Dias et al	Universidade Estadual Vale do Acaraú (CE/Brasil)	Intersectorialidade e Estratégia Saúde da Família: tudo ou quase nada a ver?	Ciência e Saúde Coletiva	Empírico	"A intersectorialidade implica em reciprocidades dos atores que atuam no contexto da saúde coletiva, o que sugere a ideia de compartilhamentos de: significados, conhecimentos, compromissos, valores, afetos, responsabilidades e ações."/intersectorialidade
2012	Azevedo et al	Faculdade de Saúde Pública /USP	Práticas intersectoriais nas políticas públicas de promoção de saúde	Physis Revista de Saúde Coletiva	Teórico	"Consiste na obtenção de certa unidade, apesar das diferentes áreas de atuação dos setores envolvidos, tentando estabelecer vínculos intencionais que superem a fragmentação e a especialização"./ ação intersectorial.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Quadro 10 – Identificação dos termos ou sinônimos para ação intersetorial adotados pelos estudos incluídos na revisão de literatura.

(conclusão)

Estudos	Termos ou sinônimos para Ação Intersetorial							
	Ação intersetorial	Ação intersetorial para a saúde	intersectorialidade	Colaboração intersteorial	Colaboração interorganizacional	Coordenação intersteorial	Cooperação intersetorial	Integração intersetorial
Wimmer e Figueiredo (2006)								
Azevedo et al (2012)								
Dias et al (2014)								

Fonte: Elaborado pelo autor.

4.3. A natureza das ações intersetoriais

A análise das definições também possibilitou elencar um conjunto de proposições relacionadas aos fatores constitutivos do que se tem denominado ação intersetorial, como vemos no Quadro 11 abaixo:

Quadro 11 – Síntese de proposições que podem caracterizar a natureza ou características das ações intersetoriais, segundo os artigos selecionados neste estudo.

	PROPOSIÇÕES	REFERÊNCIA (AUTOR/ANO)
NATUREZA DE UMA AÇÃO INTERSETORIAL	A natureza da ação intersetorial não diz respeito ao conteúdo prático desta ação, mas sim, ao processo de trabalho que envolve a implementação desta ação.	PERERA, 2006; SHANKARDASS et al., 2012; STEWART et al., 2006; MANNHEIME et al., 2007; ZUNZUNEGUI e BÉLAND, 2010; FREILER et al, 2013; RANTALA et al., 2014; TUBBING et al., 2015; RISSEL e ROWLING, 2000; KEON E PÉPIN, 2008
	A natureza da ação intersetorial implica em um processo de constituição de agentes sociais com relativa autonomia intersubjetiva para a construção de novas dinâmicas sociais, que direcionem estratégias em prol da construção social de um problema.	MANNHEIMER et al., 2007; KALEGAONKAR e BROWN, 2000; RISSEL e ROWLING, 2000; PERERA, 2006; KEON e PÉPIN, 2008; SHANKARDASS et al., 201
	A natureza de uma ação intersetorial demanda a integração de agentes com capacidades técnicas específicas, mas que se interessam e se mobilizam para construir um problema em um novo espaço social.	FREILER et al, 2013, BUSE et al, 2013; TUBBING et al, 2014; EL ANSARI, 2005; PERERA, 2006; SHANKARDASS et al., 2012; RISSEL e ROWLING, 2000; AXELSSON e AXELSSON, 2006; LAL e MERCIER, 2009; FREILER et al., 2013; KALEGAONKAR e BROWN, 2000.
	A natureza da ação intersetorial antevê a redução de iniquidades sociais em saúde.	CLAVIER et al., 2013; RANTALA et al., 2014.
	A natureza de uma ação intersetorial preconiza que as relações sociais sejam permeadas pelo diálogo para minimizar as contradições simbólicas, institucionais, profissionais de diferentes espaços sociais, e possam viabilizar o estabelecimento de um equilíbrio em um novo espaço de decisão.	KALEGAONKAR e BROWN, 2000; PERERA, 2006; RISSEL e ROWLING, 2000; ZUNZUNEGUI e BÉLAND, 2010; SHANKARDASS et al., 2012;
	A natureza da ação intersetorial pressupõe a participação de atores sociais portadores de uma representação formal.	RISSEL e ROWLING, 2000; PERERA, 2006; KEON e PÉPIN, 2008; STEWART et al, 2006; SHANKARDASS et al., 2012; FREILER et al., 2013.
	A natureza da ação intersetorial pressupõe a articulação de agentes com capacidades técnicas específicas	MANNHEIMER et al., 2007; KALEGAONKAR e BROWN, 2000; RISSEL e ROWLING, 2000; PERERA, 2006; SHANKARDASS et al., 2012;
	A natureza de uma ação intersetorial pressupõe o reconhecimento de um objeto um problema ou um tema específico.	EL ANSARI, 2005; CLAVIER et al, 2013; RANTALA et al., 2014.
	A natureza da ação intersetorial pressupõe a existência de um problema ou um tema específico.	KALEGAONKAR e BROWN, 2000; SPOSATI, 2006; AXELSSON e AXELSSON, 2006; ZUNZUNEGUI e BÉLAND, 2010.

Fonte: Elaborado pelo autor.

A natureza de uma ação intersetorial diz mais respeito ao processo de trabalho que envolve a implementação da ação do que, propriamente, ao seu conteúdo prático. Diversos estudos empíricos que trabalharam com atividades totalmente distintas destacaram a importância do envolvimento de agentes e o estabelecimento prévio de acordos relacionados seja à formalização de fluxos de negociação e comunicação (PERERA, 2006; SHANKARDASS et al., 2012; STEWART et al., 2006; MANNHEIME et al, 2007; ZUNZUNEGUI e BÉLAND, 2010; FREILER et al., 2013; RANTALA et al., 2014; TUBBING et al., 2015; RISSEL e ROWLING, 2000), seja ao compartilhamento de fontes de financiamento (EL ANSARI, 2005). Em um processo de trabalho compartilhado, cada agente porta habilidades específicas e diversas que complementam as competências do grupo, favorecendo a implementação de ações de longo prazo. Parecem ser requisitos a existência de objetivos comuns e a formalização, em algum nível, da colaboração, por meio, por exemplo, de políticas pelos setores relevantes.

A natureza de uma ação intersetorial diz mais respeito à constituição de agentes sociais com relativa autonomia e intersubjetividade, do que às estratégias adotadas para a construção de novas dinâmicas sociais. Foi destacada por diversos autores que uma ação a nível local tem a probabilidade de potencializar os seus resultados, à medida que os agentes envolvidos participem e assumam de forma contínua o processo de tomada de decisão, por meio da participação social. (CHIRCOP et al., 2015; MANNHEIMER et al., 2007; KALEGAONKAR e BROWN, 2000; RISSEL e ROWLING, 2000; PERERA, 2006; KEON e PÉPIN, 2008; SHANKARDASS et al., 2012). Ao que parece, a intersubjetividade oportuniza a articulação de agentes conscientes e organizados, viabiliza a consolidação de estratégias de colaboração, e potencializa a probabilidade de resultados exitosos. Para além do alcance dos objetivos estabelecidos que deram origem à ação intersetorial, esse processo traz como consequência o empoderamento¹⁹ dos envolvidos.

¹⁹ O dicionário Opus (1986) cita o empoderamento como o ato de empossar, autorizar. Para Buss (2000), significa o reforço da capacidade dos indivíduos e do coletivo, para evitar riscos. Contudo, para Carvalho (2008), ao citar Castiel, indica que o termo parece refletir a ótica neoliberal, individualista e a preocupação com desempenho baseado em condições individuais. Para Rosa (2014), o termo tem estreita afinidade com as propostas neoliberais, o que torna perigoso adotar este termo nas políticas públicas de desenvolvimento humano e de saúde. Para Hammerschidt (2010), o termo tem origem nos movimentos feministas e na ideologia da ação social, difundida a partir dos anos 50, por movimentos

A natureza de uma ação intersetorial diz mais respeito à integração de agentes em uma relação com compartilhamento do poder de decisão, do que ao alcance de propósitos finalísticos. As evidências de estudos apontam que a instituição de um planejamento compartilhado que contemple a especificação de objetivos, recursos e metas ajustadas a um calendário realista e de uma equipe experiente para implementar uma ação local pode propiciar a criação de uma relação de confiança que permite a integração contínua entre distintos agentes e setores (WEISS, LILLEFJELL e MAGNUS, 2016). Ao que parece, instituir um processo de articulação intersetorial envolve mais do que identificar um problema concebido em um território determinado e planejar possíveis soluções pontuais por meio de uma mera colaboração interinstitucional, mas deve contar com um processo de mudança intergovernamental e das práticas dos agentes envolvidos no planejamento, execução e avaliação dos resultados.

A natureza de uma ação intersetorial diz mais respeito à capacidade técnica de direcionar ações para reduzir iniquidades em saúde, do que, propriamente, ao seu conteúdo prático. Diversos estudos empíricos que trabalharam com atividades totalmente distintas, destacaram a importância em instituir um processo transparente e estruturas que facilitam a comunicação. (MANNHEIMER et al., 2007; SHANKARDASS et al., 2012; CLAVIER et al., 2013; RANTALA et al., 2014). As evidências apontam três características individuais e contextuais para desenvolver a capacidade de reduzir iniquidades seja por meio do desenvolvimento de conhecimentos e competências, a construção de parcerias, e/ou a criação de planos de ação conjuntos. Esse processo aponta que a inclusão de estratégias de comunicação nos espaços de gestão e decisão compartilhado, ou mecanismos institucionais, como comitês ou grupos intersetoriais, parecem favorecer o processo articulado (PERERA, 2006; RISSEL e ROWLING, 2000; ZUNZUNEGUI e BÉLAND, 2010; SHANKARDASS et al., 2012). Ao que parece, o processo de tomada de

sociais nos anos 70, pela psicologia comunitária nos anos 80 e nos anos 90 por movimentos que lutaram por direitos de cidadania. A partir da perspectiva crítico-social, percebe-se que a noção de empoderamento admite interpretações diversas: desde o empoderamento psicológico que se aproxima das concepções do ideário behaviorista da PS, no momento em que compreende a saúde como uma questão individual; empoderamento social/comunitário por considerá-la capaz de contribuir para o avanço de políticas públicas intersetoriais e saudáveis com potencial político para integrar uma agenda pública em prol da cidadania da produção de sujeitos reflexivos, autônomos e socialmente solidário (CARVALHO e GASTALDO, 2008).

decisão, baseado no consenso, na reflexividade e na confiança da equipe potencializa os resultados de uma ação intersetorial.

A natureza de uma ação intersetorial diz mais respeito à representação formal dos agentes, do que, propriamente, à conformação dos espaços sociais locais. Os estudos apontam que os atores ou setores devem apresentar competências e habilidades para a implementação de ações intersetoriais (EL ANSARI et al., 2005; SHANKARDASS, 2012). Construir capacidade significa desenvolver as qualidades e características dos indivíduos para que possa representar as aspirações e objetivos de um setor ao qual esteja vinculado, com autonomia técnica e administrativa para direcionar propostas relacionadas as dimensões organizacional e social do território de atuação. O reforço da capacidade de promoção da saúde foi definido como "uma abordagem desenvolvimento sustentável de competências, estruturas organizativas, compromisso com a melhoria da saúde, e que em parceria com outros setores, permite prolongar e multiplicar os resultados de uma ação intersetorial (EL ANSARI et al., 2005; SHANKARDASS, 2012; ANAF et al., 2014). Ainda, um estudo elencou: (1) a necessidade de identificação dos intervenientes, das instituições e ideias que preocupam os setores envolvidos na implementação da ação intersetorial; (2) a criação de instrumentos de planejamento que viabilizem o trabalho interinstitucional e a identificação de objetivos comuns que direcionem a implementação de ações conjuntas; (3) assegurar que os arranjos institucionais criados que permitem a todas as partes interessadas, contribuam para a ação intersetorial (CLAVIER et al., 2013). A competência para a gestão, acompanhamento e avaliação da execução das intervenções, autonomia para contribuir para o desenvolvimento de políticas que incluam: prestar aconselhamento estratégico sobre questões de promoção da saúde; facilitar as mobilizações comunitárias e desenvolver a capacidade comunitária para a promoção da saúde para que a comunidade participe e colabore com a construção de propostas; se comunicar com os demais atores, instituições e gestores e sejam capazes de criar estratégias para a disponibilização de estatísticas sanitárias, demográficas, estatísticas, programáticas foram relacionadas como questões centrais para uma ação intersetorial (CLAVIER et al., 2013; STEWART et al., 2006; SHANKARDASS et al., 2012; FREILER et al., 2013). Ao que parece, a representação exige não apenas mudanças

institucionais (regras, normas e mecanismos), mas, também, de interesses e ideias apresentadas pelos diferentes atores para se tornar aliados.

A natureza de uma ação intersetorial diz mais respeito à identificação de necessidades contextualizadas, do que propriamente à apenas um recorte espacial definido. Diversos autores ponderam que o desenvolvimento de políticas integradas está relacionado a convergência de esforços entre a saúde e outros setores do governo e sociedade civil local para direcionar ações em determinada situação prioritária, seja ela um objeto, um tema, uma necessidade. (AXELSSON e AXELSSON, 2006; WIMMER e FIGUEIREDO, 2006; ZUNZUNEGUI e BÉLAND, 2010). Outras evidências apontam que a priorização de questões requer um apoio contínuo em treinamento, financiamento e tempo, quando não há funções intersetoriais ou colaborações prévias no nível local. (MANHEIMER, GULIS e OSTLIM, 2007; EL ANSARI, 2005; CLAVIER et al., 2013; RANTALA et al., 2014). As principais intervenções foram direcionadas à um território específico e aos determinantes da saúde, reformas econômicas, e envolviam mecanismos para a redistribuição de recursos, poder, oportunidades e capacidade de tomada de decisão. (CLAVIER et al., 2013; RANTALA et al., 2014). Algumas intervenções para promoção da saúde direcionadas aos determinantes da saúde e em um território específico, exigiram a adoção de novos mecanismos para a redistribuição de recursos, poder, oportunidades e capacidade para a tomada de decisão (CLAVIER et al., 2013; RANTALA et al., 2014). Ao que parece não é apenas a demarcação do território que favorece as ações intersetoriais, mas esta é uma característica que proporciona um reconhecimento mais elaborado para a identificação de aspectos culturais, sociais, econômicos e outros que, facilitam a proposição e implementação das ações articuladas.

Como síntese mais geral em relação ao tema suscitado foi possível desenvolver um conjunto de indagações, com o intuito de permitir algumas reflexões sobre a natureza da ação intersetorial:

A natureza da ação intersetorial não diz respeito ao conteúdo prático desta ação, mas sim, ao processo de trabalho que envolve a implementação desta ação?

A natureza da ação intersetorial implica em um processo de constituição de agentes com relativa autonomia intersubjetiva para a construção de novas dinâmicas sociais, que direcionem estratégias em prol da construção social de um problema?

A natureza de uma ação intersetorial pressupõe o reconhecimento de um objeto um problema ou um tema específico?

A natureza de uma ação intersetorial demanda a integração de agentes com capacidades técnicas específicas, mas que se interessam e se mobilizam para construir um problema em um novo espaço social? Ela é possível, apenas, se/ou quando os agentes/atores 'não forem concorrentes'?

A natureza de uma ação intersetorial preconiza que as relações sociais sejam permeadas pelo diálogo para minimizar as contradições simbólicas, institucionais, profissionais de diferentes espaços sociais, e possam viabilizar o estabelecimento de um equilíbrio em um novo espaço de decisão?

A natureza de uma ação intersetorial é constituída pela necessidade de conjugar esforços para a redução de iniquidades, ainda que as questões sociais em jogo sejam permeadas por distintas intencionalidades, sendo definidas e/ou subvencionadas por um jogo de interesses, político/econômico (estatais e/ou dos agentes)?

A natureza de uma ação intersetorial pressupõe uma representação formal de agentes/atores de um determinado espaço social ao qual pertencem, ainda que se utilize das mesmas habilidades e competências próprias (enquanto agentes que transitam no campo)?

A natureza de uma ação intersetorial pressupõe um recorte espacial definido, sendo mais bem-sucedida no nível local, se ela também se estabelece em outros níveis territoriais? A ação intersetorial reverbera em outros campos, rompe os horizontes ou limites do seu raio de ação trivial, ou seja, ela se propaga para subespaços sociais onde estão presentes um outro tipo de matriz discursiva, sendo desestabilizadora ou provocando a constituição de um novo subespaço?

5. ESTRATÉGIAS PARA VIABILIDADE E GESTÃO DE AÇÕES INTERSETORIAIS: existem pistas sobre a sustentabilidade?

As ações intersetoriais requerem um novo modelo de gestão de políticas públicas que se baseia basicamente no estabelecimento de relações integradas entre diferentes setores. Esta lógica impõe mudanças das práticas institucionais e nas relações sociais, e o desenvolvimento de modelos integrativos de gestão governamental. Contudo, a literatura científica tem evidenciado limites na gestão das ações intersetoriais (WIMMER, 2006; SHANKARDASS et al., 2012), sendo necessário analisar os aspectos que podem favorecer (ou favorecem) a organização dos processos envolvidos na formulação e implementação de uma determinada política intersetorial. Da mesma forma, as análises sobre experiências de intersectorialidade implementadas em contextos diversificados ainda são raras na literatura acadêmica, sendo necessária a sistematização de conhecimento sobre as condições que influenciam uma gestão de ações intersetoriais eficaz (MOLNAR et al., 2016; STORM et al., 2016).

Esta breve revisão sistemática buscou identificar, na literatura nacional e na literatura internacional, os processos que envolveram a realização de modelos de gestão de ações intersetoriais, e aprofundar o entendimento sobre as seguintes indagações: Quais são as condições favoráveis e restritivas para a implementação de ações intersetoriais priorizadas pelas evidências científicas? Quais estratégias para a gestão intersectorial têm sido adotadas? As estratégias para a gestão têm influenciado os resultados e a sustentabilidade das ações intersetoriais (por um período superior a duração da intervenção)?

Entre os estudos identificados (Quadro 12), foi possível sistematizar três tópicos para discussão: (1) Condições favoráveis e restritivas à implementação de ações intersetoriais; (2) Estratégias adotadas para a gestão de ações intersetoriais; (3) Algumas possibilidades para o monitoramento e avaliação da sustentabilidade da gestão de ações /intervenções intersetoriais.

Quadro 12 – Descrição dos estudos internacionais incluídos na revisão da literatura internacional, segundo ano de publicação, referência, país de localização do primeiro autor, tipo de publicação e condições de implementação, mecanismos de gestão, pistas para a sustentabilidade.

(Continua)

Autor/ano	Título/ Periódico	País	Tipo de Publicação	Condição da implementação das ações intersectoriais	Estratégias para a gestão de ações intersectoriais	Aspecto da sustentabilidade
WHELAN et al/ 2012	Predicting sustainability of intervention effects in public health evidence: identifying key elements to provide guidance/ Journal of Public Health	Austrália	Teórico	<i>Favoráveis:</i> intervenções envolvendo múltiplas estratégias (o reforço das capacidades, política, o desenvolvimento da força de trabalho), aplicada em múltiplas configurações, com financiamento previsto.	Gestão intersectorial de políticas, com múltiplas estratégias de gestão (planejamento da avaliação, utilização de evidências para identificar respostas potenciais ou intervenções, compromisso e apoio, engajamento e parceria, desenvolvimento das capacidades organizacional e comunitária, incorporar na política principal)	Avaliação sistemática das ações e disponibilidade de financiamento contínuo.
RUTTEN e GELIUS/ 2013	Building policy capacities: an interactive approach for linking knowledge to action in health promotion/ Health Promotion International	Alemanha	Empírico	<i>Favoráveis:</i> processo de planejamento para promover o intercâmbio de conhecimentos entre os decisores políticos; melhoria da capacidade intra e inter-organizacional, medidas a longo prazo, desenvolvimento de capacidades abordagem cooperacional, de planejamento e previsão de financiamento.	Novas responsabilidades e cronograma de gestão; realocação organizacional de recursos; identifica novas formas de financiamento, criar nova política de cooperação entre as organizações e setores.	Modelo interativo/ Metodologia para Análise da Racionalidade e Eficácia da Prevenção e Promoção da Saúde Estratégias '(MAREPS) (RUTTEN, 2003).
BAUM F., 2014	Evaluation of Health in All Policies: concept, theory and application/ Health Promotion International	Austrália	Empírico/ Teórico	<i>Favoráveis:</i> mudança de processos políticos e administrativos; abertura de novos arranjos políticos e espaços intersectoriais; contextos favoráveis de implementação e replicação; <i>Restritivos:</i> múltiplos setores e canais de comunicação; problemas simultâneos; diferentes contextos e mecanismos operacionais; busca de diferentes resultados pelos interessados; processo de implementação não linear; falta de mecanismos de negociação;	Negociação de acesso a dados e parâmetros de avaliação, pesquisa-ação crítica e organizacional; avaliação realista e sistemática da lógica do programa.	Atribuição de resultados de saúde e equidade; uso avaliação de resultados para a compreensão dos processos;

Quadro 12 – Descrição dos estudos internacionais incluídos na revisão da literatura internacional, segundo ano de publicação, referência, país de localização do primeiro autor, tipo de publicação e condições de implementação, mecanismos de gestão, pistas para a sustentabilidade.

(Continua)

Autor/ano	Título/ Periódico	País	Tipo de Publicação	Condição da implementação das ações intersectoriais	Estratégias para a gestão de ações intersectoriais	Aspecto da sustentabilidade
ANAF et al./2014	Factors shaping intersectoral action in primary health care services/ Australian and New Zealand Journal of Public Health	Austrália/ Canadá	Empírico	<u>Favoráveis:</u> recursos humanos e financeiros suficientes, incentivo por incremento de habilidades pessoais (cursos de curta duração), contexto favorável a implementação de políticas articuladas, e recompensas a atores envolvidos por compromissos assumidos; <u>Restritivos:</u> restrições de recursos financeiros e humanos; rigidez organizacional; rivalidade de prioridades entre os setores; contexto político e políticas desfavoráveis a ação intersectorial, inclusive na APS.	Não se aplica.	Consolidação de prática avaliativa; elevado nível de organização intersectorial;
LITTLEJOHNS e SMITH. /2014	Building bridges between health promotion and social sustainability: an analysis of municipal policies in Western Canada/ Local Environment	Canadá	Empírico	<u>Favoráveis:</u> a construção de políticas públicas saudáveis, fortalecimento da ação comunitária, criação de ambientes favoráveis, desenvolvimento de competências pessoais e reorientação dos serviços de saúde; conectividade e de coesão; capacitação e aprendizagem.	Não se aplica.	Governabilidade democrática,
STORM et al./ 2016	Measuring stages of health in all policies on a local level: The applicability of a maturity model/ Health Policy	Holanda	Empírico	<u>Favoráveis:</u> fatores individuais (linguagem uniforme, existência de boas relações, experiências positivas), organização fatores (interesse comum, implicações para a saúde visíveis do setor, recursos suficientes, de tempo adequado), e fatores políticos (alto senso de urgência, apoio suficiente, e entrada de vereador municipal) <u>Restritivos:</u> conhecimento incipiente para mensurar os resultados alcançado pelas políticas intersectoriais.	Nova divisão do trabalho, apoio à gestão e compromisso no nível organizacional e desenvolvimento de software para gerenciamento de projetos e nova arquitetura empresarial e de gestão.	Instrumento de avaliação para o estágio de maturidade das políticas intersectoriais (escala varia desde não reconhecido, reconhecida, implementada e institucionalizada).
GREER e LILLVIS/2014.	Beyond leadership: Political strategies for coordination in health policies/ Health Policy	USA	Empírico	<u>Favoráveis:</u> advocacy dos atores, reorientação burocrática e suporte administrativo. <u>Restritivos:</u> dificuldade em estabelecer ações coordenadas e com maior durabilidade em longo prazo.	Reorientação burocrática dos mecanismos de suporte e administrativo/ avaliação do impacto de políticas e ações.	Identificação de gestão intersectorial.

Quadro 12 – Descrição dos estudos internacionais incluídos na revisão da literatura internacional, segundo ano de publicação, referência, país de localização do primeiro autor, tipo de publicação e condições de implementação, mecanismos de gestão, pistas para a sustentabilidade.

(Continua)

Autor/ano	Título/ Periódico	País	Tipo de Publicação	Condição da implementação das ações intersetoriais	Estratégias para a gestão de ações intersetoriais	Aspecto da sustentabilidade
TROMPET TE et al./2014	Stakeholders' perceptions of transferability criteria for health promotion interventions: a case study/ BMC Public Health	França	Empírico	<u>Favoráveis:</u> planejamento estratégias, plano de ação, a comunicação; recursos (materiais, financeiros e humanos) disponíveis; acessibilidade (geográfica, financeira e sociocultural) da comunidade as ações, <u>Restritivos:</u> Antecedentes ou intervenções anteriores, sinérgicos ou antagonistas.	Não se aplica.	Avaliação de critérios de transferibilidade das intervenções.
HENDRIK et al./2015	Local government officials' viewson intersectoral collaboration with in their organization – A qualitative exploration/ Health Policy and Technology	Holanda	Empírico	<u>Favoráveis:</u> conhecimento da política, habilidade de comunicação, capacidade técnica, estrutura hierárquica organizacional, viabilidade da proposta de governança; dados e contextos heterogêneos; <u>Restritivos:</u> estruturas organizacionais fragmentadas.	Reorganização de estrutura organizacional e de gestão instituindo planejamento sistematizado entre os setores.	Não se aplica.
WEISS et al./2016	Facilitators for the development and implementation of health promoting policyand programs – a scoping review at thelocal community level/ BMC Public Health	Noruega	Teórico	<u>Favoráveis:</u> a decisão colaborativa; acordo de objetivos; plano local de ação; liderança; recursos suficientes; uso de abordagem dinâmica; participação; previsão de tempo para desenvolver a ação; conhecimento e equipe capacitada. <u>Restritivos:</u> apoio político fraco e baixa competência e insuficiente de decisores políticos e profissionais, recursos insuficientes.	Desenvolvimento contínuo de planos de ação intersetorial local.	Engajamento e participação ativa e contínua das partes interessadas locais em atividades contínuas.
KOTHARI et al./ 2016	A multiple case study of intersectoral public health networks: experiences and benefits of using research/ Health Research Policy and Systems	Canadá	Empírico	<u>Favoráveis:</u> rede com sinergia entre os atores, contato frequente entre os membros, objetivos comuns, contexto favorável, uso de consenso.	Rede de atores/ gestores capacitados para o monitoramento e avaliação de ações e políticas intersetoriais.	Não se aplica.

Quadro 12 – Descrição dos estudos internacionais incluídos na revisão da literatura internacional, segundo ano de publicação, referência, país de localização do primeiro autor, tipo de publicação e condições de implementação, mecanismos de gestão, pistas para a sustentabilidade.

(Conclusão)

Autor/ano	Título/ Periódico	País	Tipo de Publicação	Condição da implementação das ações intersectoriais	Estratégias para a gestão de ações intersectoriais	Aspecto da sustentabilidade
ZICKER et al./2015	Building coherence and synergy among global health initiatives/ Health Research Policy and Systems	Brasil	Empírico	<u>Favoráveis</u> : Acesso a produtos e serviços para a saúde; gestão do conhecimento, e desenvolvimento da capacidade; translação de conhecimento, tomada de decisão em consenso, existência de mecanismos de financiamento.	Otimização de plataformas de gestão de conhecimento; translação de conhecimento.	Não se aplica.
MOYSES e FRANCO/ 2014	Planos locais de promoção da saúde: intersetorialidad e(s) construída(s) no território/Ciência & Saúde Coletiva	Brasil	Teórico	<u>Favoráveis</u> : reconhecimento das características socioeconômicas, ambientais, organizativas, programáticas; favorecimento do empoderamento e da participação social, desenvolvimento de ações multiestratégicas e sustentáveis; construção de alianças locais desenvolvimento de planos locais com delimitação de abrangência territorial; políticas territorializadas; alta governabilidade. <u>Restritivos</u> : Decisões centralizadas; incipiente participação social; não direcionalidade das ações; ações de apoio/desenvolvimento comunitário ou intervenções governamentais e profissionais planejadas em bloco, sem respeito às especificidades; baixa governabilidade.	Proposta de método Bambu, priorizar e planejar ações locais. Construção de políticas e planos locais intersteoriais programas e ações construídas a partir de bases territoriais específicas, como políticas voltadas para áreas rurais; construção de planos territoriais específicos como espaços próprios de planejamento da ação governamental;	Não se aplica.
TESS e AITH/2014	Intersectorial health-related policies: the use of a legal and theoretical framework to propose a typology to a case study in a Brazilian municipality/ Ciência e Saúde Coletiva	Brasil	Empírico/ Teórico	<u>Favoráveis</u> : política intersectorial que prevê a coordenação, cooperação Integração e intercâmbio de informações, financiamento, organização administrativa.	Estabelecimento de fluxos administrativos diferenciados para o monitoramento e avaliação de ações e políticas intersectoriais,	Não se aplica.

Fonte: Elaborado pelo autor

5.1. Condições favoráveis e/ ou restritivas a implementação de ações intersetoriais

Alguns artigos indicaram que, independentemente da abordagem, todas as estratégias adotadas para implementar ações intersetoriais devem considerar três questões transversais. Primeiro, o desenvolvimento de uma ação intersetorial depende do contexto (político, econômico e cultural); em segundo lugar, da vontade política e compromisso de todos os níveis de governo e de todos os setores para permitir uma política compartilhada; e, terceiro, o estabelecimento e reforço de mecanismos de responsabilização que possam ser utilizados para planejar, desenvolver e avaliar a política intersetorial (WHELAN et al., 2012; RUTTEN e GELIUS, 2013; ANAF et al., 2014; LITTLEJOHNS e SMITH et al., 2014; GREER e LILLVIS, 2014).

Para facilitar a compreensão coube distinguir as condições necessárias a articulação intersetorial de distintos setores, associadas ao contexto, daquelas individuais. Quanto às condições contextuais, Rutten e Gelius (2013) analisaram um projeto regional para promoção da atividade física, buscando ilustrar o potencial da abordagem interativa para o fortalecimento das capacidades políticas na promoção da saúde. Nesse sentido, apontaram que todos os setores participantes do projeto, reconheceram a importância da existência de um fundamento político e de um interesse em comum, a instituição de mecanismos coordenados viabiliza a atuação integrada. Ou seja, a **criação de viabilidade política e administrativa**. Para tanto, destacam que, é essencial considerar o papel de cada nível de governo, no que diz respeito à competência e ao estabelecimento de responsabilidades, com base na capacidade de cada nível (WHELAN et al., 2012; GREER e LILLVIS, 2014; HENDRIKS et al., 2015).

Ademais, a necessidade de um **contexto com o aporte de recursos financeiros, materiais e técnicos suficientes**, para que de fato a intervenção ultrapassasse o campo da retórica e pudesse ser implementada, foi apontada por outros autores (KOTHARI et al., 2016).

Outros estudos destacaram ainda, que para facilitar o processo de articulação intersetorial, era necessária a **existência de um ator catalítico, com legitimidade e autoridade suficientes, liderança e capacidade de orientação** para convocar todos os atores pertinentes a participar da intervenção intersetorial (ZICKER et al., 2015).

Para outros autores, **alinhar as agendas setoriais divergentes** no início do processo de colaboração, contexto operacional e pontos de vistas setoriais dos parceiros era imprescindível para o estabelecimento de programas intersetoriais (TOOHER et al, 2016). Nesse sentido, a **negociação de atribuições e limites de cada setor parceiro** no desenvolvimento de um programa de saúde, foi apontado como um dos desafios para a formalização de uma colaboração intersetorial bem-sucedida (TOOHER et al., 2016).

A **capacidade técnica e administrativa e a autonomia dos distintos setores** envolvidos em dedicar recursos significativos para um projeto intersetorial, com base nas perspectivas dos outros, assim como, direcionando as suas necessidades de acordo com valores e objetivos convergentes, instituindo uma parceria que prevê compromissos mútuos, para além de interesses conflitantes, também foi uma condição avaliada como prioritária (ANAF et al., 2014; BAUM, 2014). A instituição de um **processo de planejamento e intercâmbio de conhecimentos entre os decisores políticos**, pode favorecer a melhoria da capacidade intrasetoriais e intersetoriais (RUTTEN e GELIUS, 2013). Portanto, os autores sugeriram fortalecer as instituições melhorando a capacidade do pessoal para interagir com outros setores, por meio de qualificações profissionais, para o **desenvolvimento de competências pessoais e reorientação dos serviços de saúde** podem oportunizar um processo de tomada de decisões compartilhado (LITTLEJOHNS e SMITH, 2014; ANAF et al., 2014).

Baum et al. (2014) assinalaram que a implementação de um processo de políticas integradas deve envolver a **capacidade de negociação e de comunicação entre os distintos atores e setores**, para alcançar um melhor entendimento das políticas, objetivos, linguagem, valores e prioridades dos outros setores. Os autores sugeriram que a convergência contínua de problemas e de ação estratégica dos envolvidos oportunizam a cooperação, integração e intercâmbio de informações e o

sucesso de políticas intersetoriais e da permanência na agenda política em uma experiência australiana, pois forneceu uma base para desenvolver um plano de ação e integração intersetorial.

A formalização de parcerias e de novos espaços para fomentar a implementação de intervenções, por meio de **planos estratégicos locais que possam elencar demandas prioritárias** de acordo com as necessidades sociais e de saúde de cada território de atuação, são apontadas pelos estudos como fatores favoráveis (MOYSES e FRANCO, 2014; TESS e AITH, 2014).

Contrariamente, foram sinalizados como fatores contextuais restritivos ao desenvolvimento de intervenções ou programas intersetoriais. A **presença de múltiplos setores e canais de comunicação** em ambos os setores envolvidos, com a evidência de distintos mecanismos operacionais das ações propostas pelas diretrizes da política, foi apontada como possível causa de alcance de diferentes resultados pelos interessados, pois acaba por evidenciar um processo de implementação não linear e com ausência de mecanismos de negociação (BAUM, 2014). A existência de **rigidez organizacional, rivalidade de prioridades entre os setores e inviabilidade política** são sinalizados como desfavoráveis a ação intersetorial, inclusive na APS, por outros autores (ANAF et al., 2014). A incipiente capacidade técnica e política também foi ressaltada (WEISS et al., 2016). Por fim, o **desenvolvimento de intervenções governamentais planejadas, sem respeito às especificidades loco regionais** (MOYSES e FRANCO, 2014).

Por sua vez, os fatores individuais favoráveis ao desenvolvimento de ações integradas em diferentes contextos, do mesmo modo, foram indicados pelos estudos selecionados nesta revisão. Trompette et al. (2014), acrescentaram que as **experiências e histórias pessoais dos atores influenciam o grau de envolvimento e participação na ação intersetorial**, sendo capaz também de influenciar o ambiente institucional sob o qual se desenvolverá a intervenção.

A identificação e sistematização de condições favoráveis e restritivas a implementação de ações intersteoriais apontam a necessidade de inclusão de

mecanismos de gestão de políticas e ações integradas em diversos contextos, sendo o próximo ponto a ser analisado.

5.2. Estratégias identificadas para a gestão de ações intersetoriais

Diversos estudos nacionais e internacionais, apontaram práticas desenvolvidas por muitos governos locais para a gestão de ações intersetoriais.

A utilização de **indicadores** comuns **capazes de contribuir com a mensuração dos resultados alcançados pelas políticas integradas** pode permitir análise de assimetrias e o estabelecimento de um sistema de avaliação contínua do cumprimento das ações e metas pactuadas ou de relatórios avaliativos entre os setores. (WHELAN et al., 2012).

Para outros autores, a **combinação multiestratégias para desenvolvimento de políticas**, tais como nova legislação e desenvolvimento de uma comunidade organizacional, nova divisão de atribuições, permitem organizar um sistema de apoio à gestão e ampliar o compromisso e estabelecer processos organizacionais compartilhados entre os setores. (WHELAN et al., 2012; STORM et al., 2016).

O **planejamento cooperativo**, segundo Rutten e Gelius (2013) tem sido utilizado para orientar o desenvolvimento de parcerias intersetoriais e para transformar os processos políticos direcionando a construção de planos coletivos. Propõem para tal, um modelo interativo entre os envolvidos (comunidade, decisores políticos do poder executivo e órgãos legislativos, representantes de ONGs, pesquisadores, planejadores urbanos e outros), integrados em diversas fases. Apontam para o fato dos agentes assumirem um posicionamento neutro ante ao processo político, permite que os mesmos assumam a liderança na moderação do planejamento cooperativo, o que propicia um segundo momento de hierarquização de ideias e definição de metas. Propõem medidas, como **realocações intraorganizacionais de recursos (humanos, financeiros e materiais), identificação de novas fontes de financiamento e maior envolvimento dos atores vinculados aos distintos setores, bem como intensificação de contatos e cooperação entre as organizações e setores.**

A utilização e recursos tecnológicos é apontada por Storm et al. (2016) como uma forma de apoiar a gestão de dados, otimizar plataformas de gestão de conhecimentos, translação de resultados e avaliação de impactos de políticas e ações intersectoriais. Os autores discutiram a possibilidade de **utilização do modelo de maturidade para avaliar a fase de integração intersectorial de sistemas locais** por meio da identificação de características significativas, atividades explícitas, acordos de colaboração concretos e resultados visíveis, sendo possível avaliar e categorizar as fases de implementação das ações integradas. A escala proposta variava desde: *não reconhecida*, quando não há atenção específica para o problema; *reconhecida*: quando existe clareza atividades direcionadas a solucionar o problema; *considerado*: nas ações integradas; *implementado*, quando os setores não-saúde estão envolvidos na política de tomada de processo, bem como no processo de implementação da política, por meio de acordos; *integrada*, quando processos de qualidade são um sistema integrado com uma ampla visão, compartilhada sobre como reduzir as desigualdades na saúde, e não são visíveis o conteúdo e processo; e *institucionalizada*, quando há uma melhoria sistemática, da política e administrativa, em cada ciclo da política municipal.

Moyses e Franco de Sá (2014), por sua vez, indicaram o método Bambu como uma estratégia para elaboração de planos locais de promoção da saúde, o qual permite a priorização e planejamento de ações locais mediante a escuta da população e dos gestores. Os mesmos reforçaram que o processo de escuta dos atores e das redes sociais poderia conduzir a um processo de negociações entre os atores, setores ou instituições e ao planejamento e monitoramento contínuo de ações intersectoriais.

Apreende-se que a maioria dos estudos sugeriram a combinação adequada de ações que permitissem identificar os resultados atribuídos as intervenções para promoção da saúde e de políticas implementadas pelos setores relevantes a partir de diferentes domínios. O que direcionou para novas indagações: O que sustenta a intervenção em diferentes contextos? Há evidências de sustentabilidade da gestão de ações, para além da duração de um estudo e/ou intervenção?

5.3. Algumas possibilidades para o monitoramento e pistas para a sustentabilidade de ações/intervenções intersetoriais

Primeiramente, foi importante identificar o que se entende por sustentabilidade no contexto das intervenções. Para Whelan (2012), esta definição é muito ampla, sendo caracterizada como o fenômeno geral de continuação da intervenção e de seus efeitos. Thualagant e Jelsøe (2015), caracterizam como “um complexo de fatores ambientais, sociais, econômicos, políticos e dimensões de planejamento e as interações entre eles”. Além disso, para os autores, a sustentabilidade está relacionada com a satisfação das necessidades básicas da sociedade, de forma equitativa, com a implementação de ações que sejam duradouras em relação a várias dimensões, especialmente a social e econômica, apoiadas por políticas integradoras, com base em determinantes sociais em saúde e não em indicadores gerais. Para Smith et al (2006), sustentabilidade é um termo que qualifica as ações que podem manter os seus benefícios para as comunidades e populações para além da sua fase inicial de implementação.

Atualmente a sustentabilidade evoluiu do fim de um processo de pesquisa translacional para uma *fase de adaptação* que integra e institucionaliza intervenções dentro de contextos organizacionais e culturais locais (CHAMBER et al., 2013). A avaliação da probabilidade de sustentabilidade pareceu ser crucial para os atores sociais envolvidos na implementação das ações intersetoriais (usuários da saúde pública, profissionais, decisores políticos e financiadores), para estimar se o benefício de saúde (ou de outra forma).

A amplitude das definições de sustentabilidade foi analisada também por Rütten e Gelius (2013), que sugeriram uma metodologia para *Análise da Racionalidade e eficácia de estratégias para prevenção e promoção da saúde* (MAREPS): um teste estatístico baseado em entrevistas com decisores políticos, para avaliar os determinantes das políticas. Trompette et al. (2014) apontaram a identificação de efeitos das intervenções complexas, constituída por certo número de componentes (população, ambiente, os fatores de intervenção, representações de sua saúde dos indivíduos); em longo prazo, esses componentes estão relacionados à aceitação de intervenções por todos os interessados, os recursos disponíveis, e,

também, à identificação de fatores de transferibilidade²⁰, que pudessem indicar alguma alteração dos seus resultados. Mascarenhas et al. (2010) propuseram a implementação de um conjunto de indicadores comuns (indicadores de desenvolvimento sustentável (IDS)), por meio da integração de diferentes escalas territoriais para propiciar uma avaliação coerente, impedindo a duplicação de esforços, permitindo *benchmarking* de sustentabilidade local e análise de assimetrias dentro de uma região.

As intervenções sustentáveis, para alguns autores, deveriam se desenvolver para além do período financiado e talvez para além da intervenção (se ambos cessar) (GREER e LILLVIS, 2014; STORM et al., 2016; TROMPETTE et al., 2014; BAUM et al., 2014; ANAF et al., 2014; LITTLEJOHNS e SMITH, 2014; ZICKER et al., 2015; TESS e AITH, 2014). Outros estudos apontaram como fatores capazes de promover a sustentabilidade das ações articuladas: a capacidade técnica, organizacional e comunitária para construção de alianças estratégicas que pudessem garantir as competências necessárias para incorporar nas políticas e procedimentos organizacionais, no Estado, governo local ou território (WHELAN et al., 2012; ANAF et al., 2014; WEISS et al., 2016; MOYSES e FRANCO, 2014).

Ao refletir sobre a necessidade de reforço da integração intersetorial, Greer e Lillvis (2014) destacaram dois problemas básicos, o de coordenação e o de durabilidade. Respectivamente, as dificuldades de conseguir que as organizações relevantes incorporem novos objetivos; e, somente se os problemas de coordenação forem resolvidos, tornar esses esforços sustentáveis ao longo do tempo. Desta forma, tornam-se obstáculos à integração intersetorial. Para os mencionados autores, duas medidas se tornam importantes: o estabelecimento de uma liderança política e uma mudança burocrática. A liderança política envolve um conjunto de ações dos principais decisores políticos para alterar agendas, criar ou redirecionar redes, por possibilitar o desenvolvimento de medidas sistêmicas, como novas rotinas e procedimentos e

²⁰ Para os autores, a transferibilidade de uma intervenção é definida como uma medida em que os seus efeitos, em uma determinada configuração, podem ser observados em outra configuração. Difere de aplicabilidade, definida como a medida em que um processo de intervenção pode ser implementado em outro contexto. A transferência depende da implementação condições e sobre a interação entre a intervenção e o contexto no qual ele é inserido. Para os mesmos, esta é uma consideração fundamental para garantir *a priori* que os resultados de uma intervenção possam ser transferidos de um contexto para outro (TROMPETTE et al., 2014).

novas políticas intersetoriais. Já a mudança burocrática pode criar um processo de transformação organizacional, ao instituir medidas destinadas a integração intersetorial. Compreensivelmente, tanto a liderança política quanto a mudança burocrática operam dentro de um quadro institucional, com instrumentos regulatórios, informativos e financeiros, que podem dificultar ou promover a coordenação e a durabilidade a nível local.

Por outro lado, Trompette et al. (2014) apontaram que a identificação de efeitos das intervenções complexas (constituída por um certo número de componentes (população, ambiente, os fatores de intervenção, representações de saúde dos indivíduos), em longo prazo, estão relacionados a aceitação de intervenções por todos os interessados, aos recursos disponíveis, mas, também a identificação de fatores de transferibilidade que pudessem indicar alguma alteração dos seus resultados. Difere de aplicabilidade, definida como a medida em que um processo de intervenção pode ser implementado em outro contexto. Para os mesmos, esta é uma consideração fundamental para garantir *a priori* que os resultados de uma intervenção possam ser transferidos de um contexto para outro. Os autores elencaram para tanto, alguns fatores de transferibilidade relacionados à população, ao processo de implementação, as partes interessadas, ao ambiente ou a problemas de saúde específicos. Os mencionados autores explicitaram que estes fatores têm validade externa, ao serem incluídos nos modelos de implementação e utilizados como ferramentas para avaliar a transferibilidade das intervenções de promoção da saúde para outros contextos.

Em síntese, os diversos estudos evidenciaram fatores relacionados às condições contextuais e individuais para a implementação e algumas iniciativas que podem contribuir para o estabelecimento de um processo de gestão intersetorial, contudo, não foi possível abranger se ou quando estabelecida, esta têm influenciado os resultados e a sustentabilidade das ações intersetoriais.

Para além destes desafios, pode-se observar, também, os relativos à dimensão institucional, uma vez que a intersetorialidade requer uma estrutura institucional que facilite a integração e a tomada de decisão conjunta dos setores envolvidos. Constatou-se que a intersetorialidade depende, também, de uma gestão sólida para formulação de projetos, políticas e programas de maneira ordenada e baseada em

objetivos comuns e em benefício da população. Todavia, os estudos analisados não abordaram evidências sistematizadas sobre o tipo estratégias adotadas pelos decisores políticos em fases específicas e avançadas de gestão do ciclo político intersetorial para possibilitar a gestão das ações articuladas. De fato, identificou-se apenas a necessidade de avaliar a factibilidade e viabilidade das agendas na articulação de mecanismos que utilizam a intersectorialidade como parâmetro para a gestão das ações integradas. Os resultados desta revisão sinalizaram o imperativo de investimentos em estudos de casos que permitam identificar novas abordagens de gestão de intervenções e que permitam apreender os aspectos relacionados com a sustentabilidade em médio ou longo prazo, que é o resultado final esperado de uma intervenção para promoção da saúde.

Contudo, cabe salientar que, embora os estudos analisados por esta revisão não tenham conseguido responder todas as questões suscitadas, remeteram à necessidade de que esforços sejam somados continuamente, no intuito de superar os desafios e incertezas que se opõem a gestão de ações articuladas, particularmente no âmbito local, principal cenário para a implementação de políticas públicas no Brasil, inclusive de cunho intersectorial.

PARTE III – A CONSTRUÇÃO DO ‘SUBESPAÇO SOCIAL’ DA INTERVENÇÃO PROSE

6. OS CENÁRIOS DE IMPLANTAÇÃO DA INTERVENÇÃO PROSE NOS CINCO MUNICÍPIOS

A intervenção intersetorial PROSE foi implementada em cinco municípios do Estado da Bahia (Figura 3). Os municípios incluídos foram selecionados por randomização, estavam localizados em diferentes regiões do estado, e atendiam a critérios de seleção pré-estabelecidos (ver tópico 5.2.).

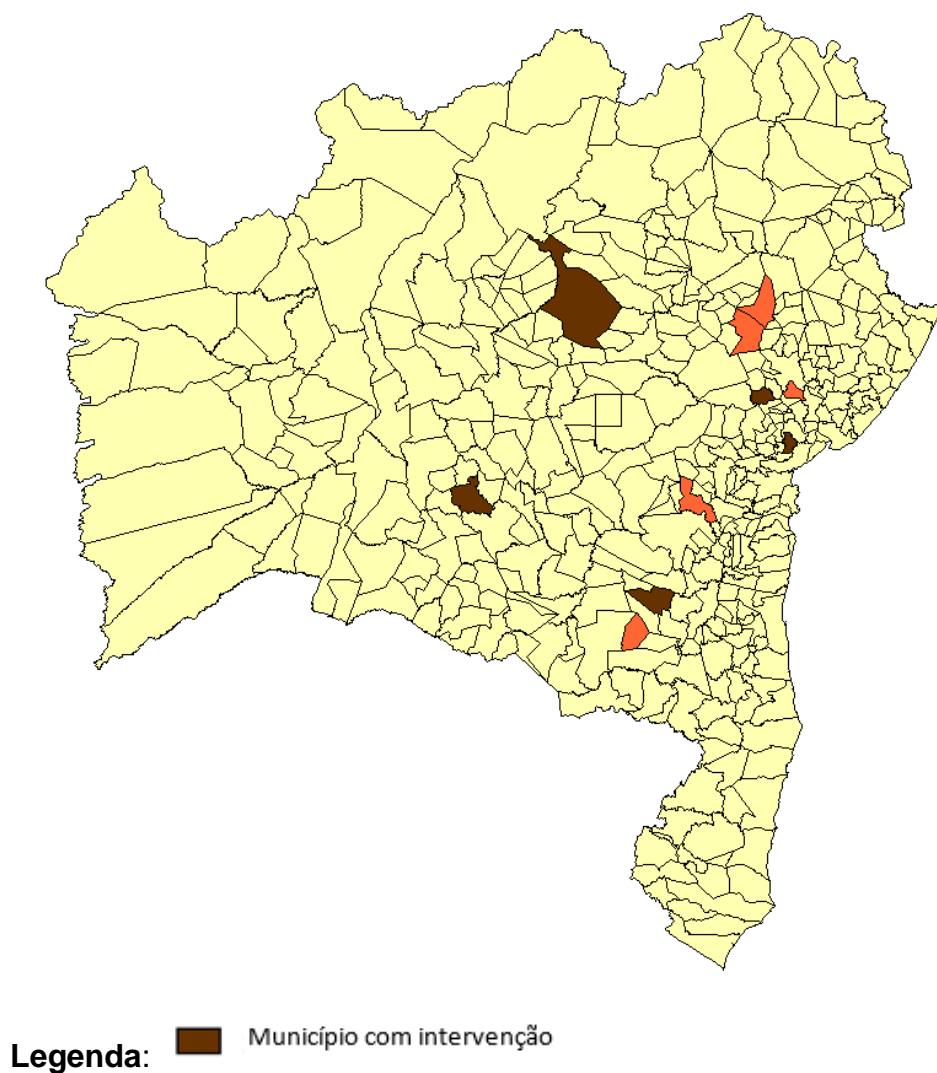


Figura 3. Mapa do Estado da Bahia com a localização geográfica dos municípios participantes do Projeto Prose, Bahia, 2013 – 2014.

A intervenção intersetorial foi desenvolvida em cinco municípios baianos de médio porte, com características sócio demográficas semelhantes, pois, dado o seu caráter reprodutível, previa-se a expansão das ações implementadas para outros contextos mais globais (regionais ou nacionais). Todos os municípios apresentavam uma população total entre 20.000 e 65.000 habitantes, sendo que o município 4 apresentou o menor índice (21.001 habitantes). O M4 também exibiu a menor taxa de urbanização²¹ (48%) (o que indicou que a maior parte da população ainda residia em zonas periféricas ao centro do município, em zonas rurais) e o município 5 apresentou maior taxa de urbanização (84%), maior inclusive que o índice nacional (74,13%). O município mais distante da capital do Estado era o M4 (742 km) (IBGE, 2013).

Os dados socioeconômicos (Quadro 13) também eram compatíveis entre os cinco municípios, com predominância de recursos econômicos advindos da agricultura e pecuária, exceto o M2, cuja economia era baseada na produção de sapatos (de uma fábrica nacional instalada no local), e M3, com recente produção de energia eólica. Quando analisados alguns indicadores de desenvolvimento local, os municípios M2 (0,58) e M5 (0,61) apresentaram os maiores Índices de Gini (0,61), indicando uma maior desigualdade social local, embora os demais (os municípios M1 (0,55), M3 (0,52) e M4 (0,51)) tenham apresentado índices semelhantes com à situação geral do Estado da Bahia (0,56) e do Brasil (0,54) (ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, 2013; IBGE, 2013). A taxa de desemprego foi maior no município 1 (14%). Em relação ao percentual de pobres, o município 3 apresentou o maior índice (72%) e o município 5, o menor (59%), mas ainda acima da média do Estado (10,4) e da média nacional (4,9%). Naquele ano, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (IBGE, 2013) apontou a Bahia como o estado que mais reduziu o percentual de pobreza, entre os anos 2007 e 2013 o índice passou de 21,7% para 10,4% e a renda média dos baianos contou com um crescimento real de 33,9% passando de R\$ 837,00 para R\$ 1.121,00. (IBGE, 2013).

Os indicadores sanitários (Quadro 13) revelaram precariedade em relação ao abastecimento de água (todos com índices abaixo da média nacional (92,72%)). Apenas M1 apresentou 63% de saneamento adequado. Quanto a coleta de lixo,

²¹Taxa de urbanização: percentagem da população da área urbana em relação à população total.

apenas M1 (99,06%) apresentou uma média superior a nacional (97,02%). Em relação à presença de água encanada nos domicílios, os dados foram semelhantes em todos os locais (PNUD, 2013; IBGE, 2013). Importante registrar que a precariedade em relação à ligação entre a rede de esgoto e a coleta de lixo constitui importante fator de risco para doenças infecciosas e parasitárias e pode exigir esforços constantes dos profissionais de saúde direcionados a prevenção e promoção da saúde.

Os grupos políticos que ocupavam a gestão da maioria dos municípios, apesar de trocas de legenda política, sempre estiveram orientados por partidos de direita (TSE, 2016). Nos municípios M2, M3, M4 e M5, os grupos políticos (em 2013) que estavam à frente da gestão eram do Partido Social Democrático (PSD). Apenas no município 1 o partido político se colocava no espectro da centro-esquerda a nível nacional. Neste município, o cenário político foi o mais favorável: o secretário municipal de saúde e o secretário de educação haviam assumido o cargo há dois meses, mas as equipes técnicas dos setores saúde (coordenadores e apoiadores institucionais) e educação não foram substituídos, havendo apenas alternâncias entre os mesmos nos cargos conforme qualificação profissional (PROSE, 2013). Nos demais municípios ocorreram trocas recorrentes das equipes técnicas, especialmente relacionadas a novas contratações de profissionais do setor saúde e a nomeação por meio de cargos em comissão e funções de confiança (relacionadas às e atribuições de direção/coordenação). Cabe ressaltar que no M2 foi identificada uma situação de nepotismo²²: a secretária municipal de saúde era filha do prefeito (PROSE, 2014).

Quanto a educação, o município 5 apresentou o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), referente a educação, baixo (0,532), mas foi o que mais se aproximou da média nacional (0,637/médio). Os demais municípios apresentaram índices ainda mais baixos (< 0,499). Todos os municípios apresentam altas taxas de analfabetismo, sendo no município 1 (26%) a maior taxa em comparação com os outros quatro municípios. Chama a atenção o fato de que todos apresentaram taxas

²² Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, a conduta do nepotismo (a nomeação de parentes para ocupar cargos na Administração Pública) passou a ser considerada incompatível com o ordenamento jurídico pátrio, pois, através dos princípios da impessoalidade, moralidade, eficiência e isonomia, evitam que o funcionalismo público seja tomado por aqueles que possuem parentesco com o governante, em detrimento de pessoas com melhor capacidade técnica para o desempenho das atividades (Lei nº. 8.112/90) (BRASIL, 1990).

superiores à média estadual (14,3%) e nacional (8,3%) (PNUD, 2013). Em relação ao Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) (um dos critérios considerados para a adesão ao PSE, antes da universalização do programa), a análise do IDEB do ensino médio das escolas da rede estadual participantes do Prose (em 2013) apontou que apenas no município 4, o índice foi superior aos alcançados pelo Estado da Bahia (3,1) e aos índices nacionais (3,6). Os municípios M2 (2,5) e M5 (2,7) tinham índices inferiores e M1 (3,5) e M3 (3,2) e equivalentes aos índices estadual e nacional do mesmo período analisado (IDEB/INEP, 2013). Estes resultados reforçam que as desigualdades sociais ainda precisam de intervenções governamentais mais efetivas no que se refere as políticas públicas (FERNANDEZ e MENDES, 2014).

Em relação a organização dos serviços de saúde local, todos encontravam-se habilitados em gestão plena do sistema municipal²³ (BRASIL, 2002). A exceção do M5 (70%), os demais municípios possuíam uma cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) superior a 80%, superior inclusive à média de cobertura da ESF no Estado da Bahia (65,2%). O município 2 apresentava o maior número de equipes (12 ESF), e os municípios 4 e 5, os menores números (ambos com 9 ESF). Todos possuíam pelo menos, um Núcleo de apoio a Saúde da Família²⁴ tipo 1 (NASF tipo 1)²⁵ (com educador físico e nutricionista), sendo que, no M1, a partir de 2013, ocorreu ampliação para duas equipes (MS/SAS/DAB e IBGE/2013) (Quadro 13).

O município 2 aderiu ao Programa Saúde na Escola em 2011, os M3, M4 e M5 em 2012, e no M1 a adesão ocorreu somente em 2013. A maior parte das ações do PSE, na maioria dos municípios (a exceção do M1 que estava sendo implantado),

²³ O município recebe o total de recursos federais programados para o custeio da assistência em seu território, por meio de transferência, regular e automática, do valor per capita definido para o conjunto mínimo dos procedimentos (BRASIL, 2003).

²⁴ No Brasil, inúmeras e complexas são as responsabilidades atribuídas aos profissionais do NASF, entre elas: a definição de indicadores e metas que avaliem suas ações; a definição de uma agenda de trabalho que privilegie as atividades pedagógicas e assistenciais; e ações diretas e conjuntas com a ESF no território (BRASIL, 2011).

²⁵ Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados pelo Ministério da Saúde Portaria 158/2008, com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, ampliando sua abrangência e resolubilidade. São equipes multiprofissionais que devem trabalhar de forma integrada às equipes Saúde da Família, apoiando-as e compartilhando saberes. A portaria 3124/2012 define que o NASF tipo 1 deve ser composto por 5 profissionais diferentes que apoiam de 5 a 9 ESF; o Tipo 2 por três profissionais diferentes com apoio a 3 a 4 ESF e o NASF tipo 3 apoia de 1 a 2 ESF. (BRASIL, 2012).

concentrava-se nas escolas da rede municipal de ensino (PROSE, 2013). Em nenhum dos municípios o plano municipal de saúde (2013-2016) fez referência ao processo de organização de ações intersetoriais para promoção da saúde por meio do Grupo de Trabalho Intersectorial do PSE local (GTIM PSE). Com exceção do M1, que estava em processo de implementação, os demais municípios não comprovaram o funcionamento do GTIM, apenas a formalização por meio de portaria municipal. Nos municípios M1 e M3 existia um coordenador do PSE em cada secretaria (educação e saúde), com atribuições específicas para a função. Nos municípios M2, M4 e M5 os responsáveis nos dois setores acumulavam atribuições e, sendo assim, não consideravam o programa como sua responsabilidade e prioridade.

Os pesquisadores do Prose relataram que, em todos os municípios, os gestores demonstraram receptividade e adesão imediata à participação na Intervenção Prose. No município 1, os gestores tiveram uma preocupação em designar o coordenador geral da saúde como uma espécie de articulador com os demais profissionais de saúde e educação dos serviços locais. Nos demais municípios, não houve esta indicação, mas os coordenadores do PSE e da Atenção Básica assumiram espontaneamente uma função semelhante (embora tenham apresentado menor empenho, especialmente quanto à mobilização dos demais agentes).

Para a implementação da intervenção Prose, foram selecionados dois colégios da Rede Estadual de Ensino Público em cada município, localizados em territórios cobertos por ESF e NASF, tendo em média duas ESF/ território, à exceção do M5 com 3 ESF e do M4 com 1 ESF no território das escolas selecionadas. Em todos os municípios, participaram do Prose enfermeiras e odontólogos da ESF e educadores físicos e nutricionistas do NASF, que atuavam nas áreas de abrangência das escolas. Nos colégios, foram convidados para participar da intervenção os alunos matriculados no 1º ano e 2º ano do ensino médio com idade entre 15 a 18 anos, os diretores, professores e merendeiras (profissionais responsáveis pelo preparo da alimentação/merenda escolar em escolas da rede pública de ensino) (PROSE, 2013; 2016). (Quadro 14).

A infraestrutura das quadras poliesportivas, das unidades de alimentação (cantinas ou refeitórios), adequação de recursos humanos (professor de educação

físico com graduação na área e merendeiras) e presença de vendedores ambulantes de alimentos no entorno escolar dos colégios foram avaliados por dois pesquisadores (professores universitários na área de educação física e nutrição) (Quadro 14). Nos dois colégios do M1 (C1 e C2), todos os aspectos demonstraram estar adequados. As quadras poliesportivas apresentaram condições inadequadas (descobertas e sem presença de equipamentos necessários para a prática esportiva) nos municípios M2 (C4), M3 (C6), M4 (C8), e nos dois colégios do município 5 (PROSE, 2013). (Quadro 14).

A presença de cantina foi identificada em todos os locais, mas no M3 (C5) e nos dois colégios dos M4 e M5 não havia refeitórios. Com exceção dos dois colégios do M1, nos demais foi identificada a presença de vendedores de alimentos no entorno escolar (PROSE, 2013). (Quadro 14).

No que tange a adequação dos recursos humanos, foi identificada a contratação (contrato temporário) de professores de educação física sem formação específica para atuação na área, nos municípios M2 (C4), M3 (C7 e C8) e M5 (C10). Em todos os colégios haviam merendeiras²⁶, sendo que, no colégio C4 (M2) e nos dois colégios do município 5, as mesmas, apesar de desempenhar tal atividade, haviam sido contratadas para assumir a função de serviços gerais, e não foi comprovada a realização de capacitações periódicas direcionadas aos manipuladores de alimentos, que pudessem permitir a produção de alimentos seguros do ponto de vista nutricional e higiênico-sanitário (PROSE, 2013).

Em síntese, observou-se que, apesar dos municípios apresentarem similaridade quanto às características sócio demográficas, de modo contrário, as características contextuais evidenciaram dissonâncias significativas, especialmente relacionadas ao contexto político, organização dos serviços de saúde e quanto à estrutura física das quadras e refeitórios das escolas.

²⁶ Técnica responsável pelo preparo e distribuição da alimentação servida no ambiente escolar.

Quadro 13 – Características gerais dos municípios participantes da intervenção Prose em 2013.

CARACTERÍSTICAS	MUNICÍPIOS				
	M1	M2	M3	M4	M5
Distância da capital (em Km)	444	148	384	742	216
Demografia					
População total (hab.)	44.701	47.880	35.164	21.001	27.274
Taxa de urbanização (%)	78	58	53	48	84
Desenvolvimento local					
Índice de Gini (%)	0,55	0,58	0,52	0,51	0,61
Percentual de pobres (%)	68	60	72	56	59
Taxa de desemprego (%)	14	11	8	10	12
IDHM	0,604	0,626	0,588	0,615	0,588
IDHM renda	0,583	0,611	0,534	0,604	0,637
Economia local	Agricultura	Fábrica (sapatos)	Agricultura e energia eólica	Agricultura, pecuária e silvicultura	Turismo, artesanato, agricultura
Educação					
Taxa de analfabetismo (%)	26	22	23	18	19
IDHM educação	0,474	0,498	0,478	0,496	0,532
Tendência do grupo político local ²⁷	Orientada por partidos de direita (Gestão em 2013/esquerda)	Orientada por partidos de direita	Orientada por partidos de direita	Orientada por partidos de direita	Orientada por partidos de direita

²⁷ A classificação ideológica em blocos partidários foi a de Rodrigues, L. M. (2002): direita, centro e esquerda com agrupamento partidário proposto por Melo (2000): esquerda – PT, PDT, PSB, PC do B, PPS e PV; centro – PMDB e PSDB; direita – PFL, PPB, PTB, PL, PDC, PL, PST, PSC, PTR, PMN, PSD, PRP e PRS.

Quadro 13 – Características gerais dos municípios participantes da intervenção Prose em 2013.

(Conclusão)

CARACTERÍSTICAS	MUNICÍPIOS				
	M1	M2	M3	M4	M5
Acesso aos serviços básicos					
% de saneamento adequado	63	7	8	28	50
% água encanada/ domicílio	83,7	89,24	74,88	80,52	74,53
% domicílios com coleta regular de lixo	99,06	88,44	87,42	95,5	95,9
Organização dos serviços APS					
Nº de equipes da ESF	10	12	11	9	9
Cobertura da ESF	86	84	80	86,8	70
Tipo de NASF implantado	Tipo 1	Tipo 1	Tipo 1	Tipo 1	Tipo 1
Nº de equipes NASF	2	1	1	1	1
Ano de adesão ao PSE	2013	2011	2012	2012	2012

Fonte: IBGE/cidades (2013) e Atlas Brasil 2013 (Programa das Nações Unidas para o desenvolvimento/PNUD).

Quadro 14 – Características estruturais e de recursos humanos das escolas dos municípios intervenção participantes do estudo. Prose, 2013.

MUNICÍPIOS	COLÉGIOS	QUADRA EM BOAS CONDIÇÕES	PROFESSOR GRADUADO EM EDUCAÇÃO FÍSICA	CANTINA	REFEITÓRIO	MERENDEIRA	VENDEDORES AMBULANTES ENTORNO ESCOLAR
M1	C1	●	●	●	●	●	●
	C2	●	●	●	●	●	○
M2	C3	●	●	●	●	●	●
	C4	○	○	●	●	●	●
M3	C5	●	●	●	○	●	●
	C6	○	●	●	●	●	○
M4	C7	●	○	●	○	●	●
	C8	○	○	●	○	●	●
M5	C9	○	●	●	○	●	●
	C10	○	○	●	○	●	●

Fonte: PROSE, 2016.

Legenda: ○ Ausência ● Presença

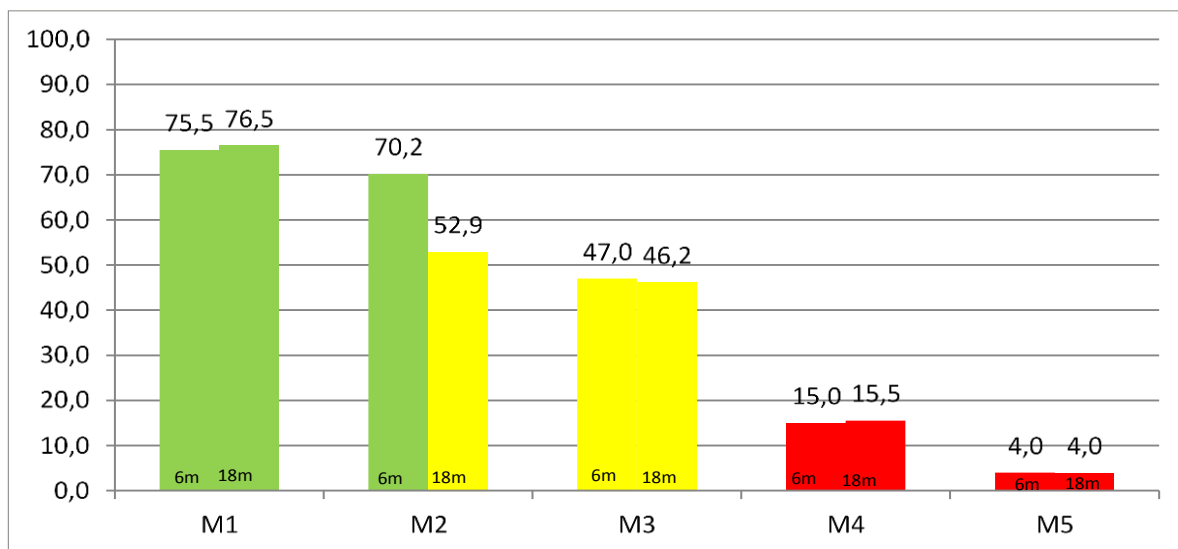
7. A IMPLANTAÇÃO DA INTERVENÇÃO PROSE NOS CINCO MUNICÍPIOS

Este capítulo contemplou dois tópicos: (1) A mensuração do grau de implantação e a (2) Percepção dos agentes quanto ao desenvolvimento da intervenção nos cinco municípios.

7.1. Mensuração do grau de implantação da intervenção Prose nos cinco municípios

A análise empreendida apontou que apenas um município (M1) obteve resultado exitoso (avançado) na avaliação do grau de implantação nos dois momentos (75,6 pontos e 76,5, respectivamente, após 6 meses e 18 meses). No município 2 (M2), nos primeiros 6 meses, a implantação da intervenção também foi considerada avançada (70,2 pontos), mas, no segundo momento, apresentou um desempenho inferior, alcançando um grau intermediário (52,9 pontos). O município 3 (M3), obteve resultado intermediário nos dois momentos (47,0 pontos e 46,2, respectivamente em seis meses e dezoito meses), e os municípios 4 (M4) (15,0 pontos nos primeiros 6 meses e 15,5 pontos em 18 meses) e município 5 (M5) (4,0 pontos nos dois momentos) avançaram muito pouco na implantação da intervenção. O Gráfico 1 apresenta a mensuração do grau de implantação da intervenção Prose nos cinco municípios.

Gráfico 1 – Estimativa do grau de implantação da intervenção nos municípios em 6 meses (6m) e 18 meses (18m).



Legenda: ■ Incipiente (INC): ≤ 29 pontos ■ Intermediário (INT): 30 a 69 pontos ■ Avançado (AVA): ≥ 70 pontos

Fonte: Elaborado pelo autor.

O quadro 15 evidencia a comparação da estimativa de implantação das ações em cada município nos dois momentos (6 meses e 18 meses), sendo possível verificar que os resultados praticamente se mantiveram inalterados em todos os locais, a exceção de discretas variações no M2 (no segundo momento).

Quadro 15 – Estimativa do grau de implantação da intervenção Prose em dois momentos, 6 meses e 18 meses, nos cinco municípios.

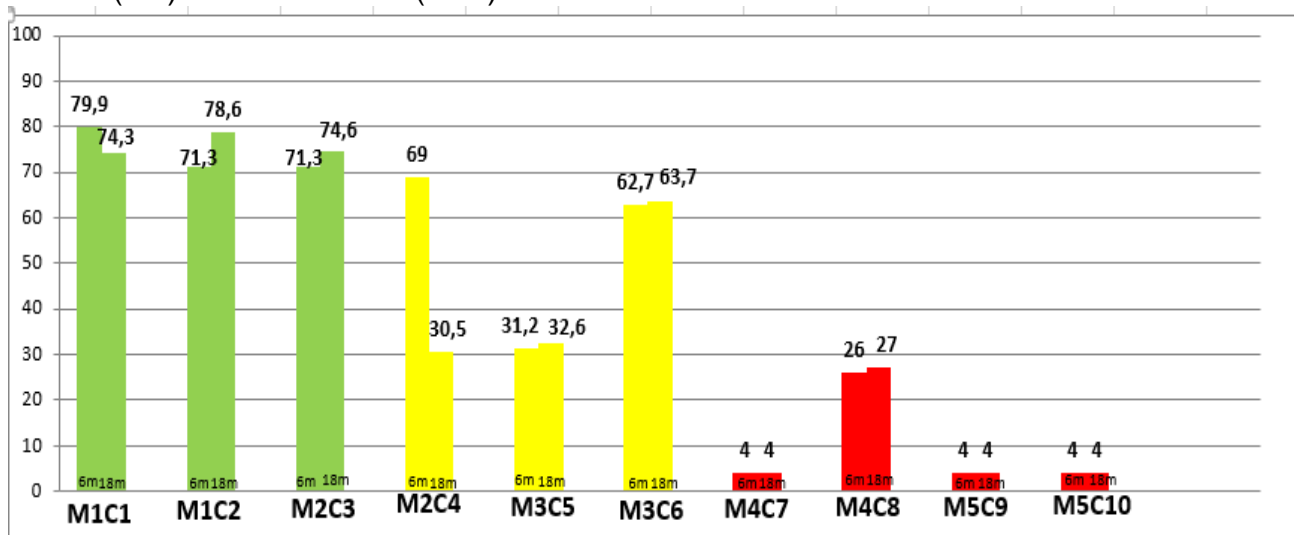
Critérios	CRITÉRIOS	Pontuação máxima	PONTUAÇÃO			M1	M2	M3	M4	M5	M1	M2	M3	M4	M5
			INC	INT	AVA										
						6 meses					18 meses				
C1	Realização de sessões temáticas em atividades curriculares obrigatórias	20,0	0 a 6	7 a 13,8	13,8 a 20,0	20,0	18,5	10,0	5,0	0,0	20,0	15,5	10,0	5,0	0,0
C2	Inclusão do consumo de alimentos saudáveis no ambiente escolar	5,0	0 a 1,45	1,46 a 3,45	3,46 a 5,0	5,0	5,0	2,5	1,3	0,0	5,0	2,5	3,5	1,3	0,0
C3	Inclusão do consumo de alimentos saudáveis no domicílio.	5,0	0 a 1,45	1,46 a 3,45	3,46 a 5,0	2,5	2,3	0,5	1,3	0,0	2,3	2,3	1,3	1,8	0,0
C4	Atividade física durante as atividades curriculares obrigatórias	10,0	0 a 3,9	4,0 a 6,9	7,0 a 10,0	7,0	7,3	8,3	2,8	0,0	8,5	6,0	5,0	2,7	0,0
C5	Implantação de programa esportivo na escola, no turno oposto das aulas	5,0	0 a 1,45	1,46 a 3,45	3,46 a 5,0	3,5	3,0	3,0	0,0	0,0	5,0	1,5	3,0	0,0	0,0
C6	Sessão temática sobre atividade física em atividades curriculares obrigatórias	10,0	0 a 3,9	4,0 a 6,9	7,0 a 10,0	10,0	10,0	10,0	0,0	0,0	10,0	5,0	10,0	0,0	0,0
C7	Prática de atividade física fora do ambiente escolar.	5,0	0 a 1,45	1,46 a 3,45	3,46 a 5,0	2,5	2,0	3,5	1,3	0,0	4,0	3,0	3,8	0,5	0,0
C8	Acesso à informações sobre os temas da intervenção no site do Prose	3,0	0 a 1,17	1,18 a 2,07	2,08 a 3,0	1,8	0,6	0,3	0,0	0,0	0,5	0,6	0,4	1,3	0,0
C9	Acesso as ações e informações do PROSE pelo e-mail pessoal	3,0	0 a 1,17	1,18 a 2,07	2,08 a 3,0	2,0	2,0	2,0	0,0	0,0	1,5	2,0	1,8	0,0	0,0
C10	Participação nos Fóruns de discussões no site do PROSE	2,0	0 a 0,78	0,79 a 1,38	1,39 a 2,0	0,9	0,5	0,3	0,0	0,0	0,5	0,5	0,7	0,0	0,0
C11	Acesso as informações na página do Facebook do PROSE	2,0	0 a 0,78	0,79 a 1,38	1,39 a 2,0	1,0	1,0	1,5	1,5	2,0	1,3	1,0	1,3	1,0	2,0
C12	Realização de oficinas temáticas	5,0	0 a 1,45	1,46 a 3,45	3,46 a 5,0	3,0	2,9	0,0	0,0	0,0	2,0	1,8	0,0	0,0	0,0
C13	Participação nas oficinas de capacitação	2,0	0 a 0,78	0,79 a 1,38	1,39 a 2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	1,8	2,0	2,0	2,0	2,0
C14	Realização de oficinas com familiares dos estudantes	2,5	0 a 0,975	0,976 a 1,725	1,726 a 2,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
C15	Realização de oficinas com merendeiras	2,5	0 a 0,975	0,976 a 1,725	1,726 a 2,5	1,6	0,7	0,0	0,0	0,0	1,3	0,5	0,0	0,0	0,0
C16	Realização de oficinas com vendedores do entorno da escola	5,0	0 a 1,45	1,46 a 3,45	3,46 a 5,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
C17	Realização de entrevistas em rádio comunitária	3,0	0 a 1,17	1,18 a 2,07	2,08 a 3,0	2,8	2,5	2,1	0,0	0,0	3,0	1,3	2,6	0,0	0,0
C18	Existência de Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI) PSE ativo	5,0	0 a 1,45	1,46 a 3,45	3,46 a 5,0	5,0	5,0	0,0	0,0	0,0	5,0	5,0	0,0	0,0	0,0
C19	Realização de ações intersetoriais	5,0	0 a 1,45	1,46 a 3,45	3,46 a 5,0	5,0	5,0	1,0	0,0	0,0	5,0	2,5	1,0	0,0	0,0
	Pontuação final	100,0	0 a 29,0	30 a 69,0	≥ 70	75,5	70,2	47,0	15,0	4,0	76,5	52,9	46,2	15,5	4,0
						IMP	IMP	INT	INC	INC	IMP	INT	INT	INC	INC

Legenda: ■ Incipiente (INC): ≤ 29 pontos ■ Intermediário (INT): 30 a 69 pontos ■ Avançado (AVA): ≥70 pontos

Fonte: elaborado pelo autor.

Foi possível, também, estimar o grau de implantação alcançado por cada escola participante da intervenção nos cinco municípios, como vemos no Gráfico 2, abaixo:

Gráfico 2 – Estimativa da implantação da intervenção por municípios e escolas, em 6 meses (6m) e em 18 meses (18m).



Legenda: ■ Incipiente (INC): ≤ 29 pontos ■ Intermediário (INT): 30 a 69 pontos ■ Avançado (AVA): ≥ 70 pontos

Fonte: Elaborado pelo autor.

No município 1, os colégios C1 e C2 apresentaram grau avançado nos dois momentos (o primeiro com 79,9 pontos em 6 meses e 73,4 em 18 meses, e o segundo 71,3 em seis meses e 78,6 em dezoito meses). No município 2, um dos colégios (C3) manteve grau avançado de implantação nos dois momentos (71,3 e 74,6 pontos, respectivamente), enquanto o outro (C4) apresentou implantação intermediária nos dois momentos (69,0 pontos e 30,5 pontos, respectivamente). No M3, o colégio C6 obteve um resultado intermediário nos dois momentos (62,7 em seis meses e 63,7 em dezoito meses), e incipiente no Colégio C5 (31,2 e 32,6 pontos, respectivamente, em seis e em dezoito meses).

O colégio C8 do município 4 alcançou um grau de implantação intermediário (26 pontos e 27 pontos, respectivamente em seis e dezoito meses), já no colégio C7 o resultado se manteve incipiente (4 pontos em ambos os momentos). No município 5, os dois colégios (C9 e C10) apresentaram resultado incipiente (quatro pontos nos dois momentos analisados).

Com relação aos componentes da intervenção (Quadro 16), a análise empreendida demonstrou que aqueles que alcançaram maiores escores foram *Ensino Formal* e *Gestão de ações intersetoriais*, ressaltando-se que o único que conseguiu alcançar 100% da implantação em algumas escolas e municípios foi o de *Gestão de ações intersetoriais*. Foi curioso observar que o componente *Gestão de ações intersetoriais* assumiu pontuações extremas, ou seja, obteve escore de grau de implantação marcadamente incipiente (M3, M4 e M5) ou claramente avançado (M1 e M2). Já em relação à implantação do componente *Ensino Formal*, a variação de pontuação foi muito mais ampla, obtendo-se desde zero nas duas escolas do M5, até 54,5 pontos (90,8%) no colégio C1 do município M1.

Por outro lado, o componente *Educação e comunicação* não alcançou escore avançado em nenhum município. Até mesmo nos municípios em que a implantação da intervenção Prose foi avançada, este componente esteve abaixo de 50% em quase todos os locais. Mesmo no município 1, este componente alcança 50% nos primeiros seis meses, mas ao final dos 18 meses, observa-se um decréscimo para 39,3%, mantendo um escore intermediário nos municípios 1 e 2 e incipiente nos demais (Quadro 15). Estes resultados demonstram claramente que este componente foi o mais difícil de ser implementado, embora em alguns locais, a exemplo do município 1, as escolas (C1 e C2) tenham criado páginas em uma rede social específica para divulgação das ações do Prose desenvolvidas e implementadas nos locais.

Alguns entrevistados relataram dificuldades relacionadas a este componente, como vemos nos relatos abaixo:

“Não, eu não acompanhei as comunicações enviadas por e-mail, não tenho acesso muito fácil aqui na escola, pois nem sempre temos a rede de internet disponível e também porque temos tantas atribuições, não sobra tempo para ficarmos no computador, nem mesmo para aprimorarmos o conhecimento”.
(E12/M2).

“Participei apenas uma vez de uma discussão no fórum do site [no site do Projeto Prose], foi boa sim, mas não me empolguei para participar outras vezes, porque eu acho que é uma discussão distante, quando ocorre de forma presencial é melhor, interagimos mais e trocamos experiências”.
(E22/M5).

Quadro 16 – Estimativa do grau de implantação dos ‘componentes’ da intervenção nos municípios nos dois momentos, em 6 meses e em 18 meses.

Componente	Pontuação máxima	Pontuação			M1		M2		M3		M4		M5		M1		M2		M3		M4		M5	
		INC	INT	AVA	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ensino Formal	60	0 a 17,4	17,5 a 41,4	41,5 a 60,0	50,5	84,2	48,0	80,0	37,8	63,0	12,0	20,0	0,0	0,0	54,7	91,2	34,4	57,3	36,5	60,8	11,2	18,7	0,0	0,0
Educação e comunicação	30	0 a 8,7	8,8 a 20,7	20,8 a 30,0	15,0	50,0	12,2	40,7	8,2	27,3	3,0	10,0	4,0	13,3	11,8	39,3	9,6	32,0	8,7	29,0	4,3	14,3	4,0	13,3
Gestão de ações intersetoriais	10	0 a 2,9	3,0 a 6,9	7,0 a 10,0	10,0	100,0	10,0	100,0	1,0	10,0	0,0	0,0	0,0	0,0	10,0	100,0	8,9	89,0	1,0	10,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Pontuação final	100	0 a 29	30,0 a 69,0	≥ 70	75,5		70,2		47,0		15,0		4,0		76,5		52,9		46,2		15,5		4,0	

Legenda: ■ Incipiente (INC): ≤ 29 pontos ■ Intermediário (INT): 30 a 69 pontos ■ Avançado (AVA): ≥ 70 pontos

Fonte: elaborado pelo autor.

Quando foram analisadas as dimensões (Quadro 17) em cada componente, observou-se que, em relação ao *Ensino formal*, a dimensão *Atividades em classe* apresentou maior estabilidade. Mesmo quando ocorreu redução do escore, como no município 2 (18,5 em seis meses e 15,5 em dezoito meses), a dimensão se manteve em nível satisfatório. De fato, em todos os momentos, alguns professores e profissionais de saúde relataram a realização de todas as sessões temáticas previstas com o apoio dos planos de aulas discutidos previamente nas oficinas de capacitação (no município 1, nos colégios C1 e C2 e no C3 do município 2).

“Lembro que teve, que a gente separou, assim, cada um, cada aula e cada um ia fazer... nas escolas, primeiro semestre todo, até final de agosto nós trabalhamos isso tudo. Foram cumpridas, porque a gente recebeu o cronograma com o nome do professor, a aula que o professor ia fazer”. (E4 /M1C1 professor).

“Foram duas semanas a gente nas escolas fazendo... Do estado (colégio)... Dividiu os grupos e nós fomos. Aí, a última fizemos, um nutricionista e eu, falando sobre atividade física, sobre nutrição. E aí, a gente fez” (E9/M1C1 profissional de saúde).

“A gente foi em dois, três dias, eles fizeram (as aulas temáticas) em uma semana. E aí eles voltaram e nós dividimos as equipes e dividimos os ciclos né? E, dentro desses ciclos, por quinzena... Cada quinzena um professor ficava responsável por aplicar uma dinâmica daquela, uma aula daquela. E aí, a gente preparava aquela aula, chamava os alunos ao auditório do colégio e aí, no auditório a gente tinha essa aula, que era tipo uma aula coletiva com esses alunos”. (E26/M1 profissional de saúde).

No colégio C4, segundo alguns respondentes, foram desenvolvidas apenas duas sessões temáticas. Contudo, diversos alunos indicaram que os conteúdos discutidos nas videoaulas também foram incluídos em outras atividades curriculares, a exemplo de uma feira de ciências que reuniu toda a comunidade escolar (*Feira Memoriarte*, no município 2) e uma gincana (M3), o que indica que os professores buscaram discutir as questões de formas diversificadas, com inclusões dos conteúdos das sessões temáticas em outras atividades (fora da sala de aula). Por outro lado, constituíram atividades distintas das pactuações realizadas com os profissionais de saúde e descritas nos planos de ação discutidos na fase preparatória da intervenção, segundo alguns diretores entrevistados, não haviam sido incluídas no PPPs.

Quadro 17 – Estimativa do grau de implantação das ‘dimensões’ dos componentes da intervenção nos municípios nos dois momentos, em 6 meses e em 18 meses.

Componente	Dimensões	Pontuação máxima	Pontuação			M1	M2	M3	M4	M5	M1	M2	M3	M4	M5
			INC	INT	AVA										
Ensino Formal	Atividades em classe	20	0 a 6,0	6,1 a 13,8	13,9 a 20,0	20,0	18,5	10,0	5,0	0,0	20,0	15,5	10,0	5,0	0,0
	Alimentação saudável	10	0 a 3,9	4,0 a 6,9	7,0 a 10,0	8,5	7,3	3,0	2,5	0,0	7,3	4,8	4,8	3,1	0,0
	Atividade Física	30	0 a 8,7	8,8 a 20,7	20,8 a 30,0	24,0	22,3	24,8	4,0	0,0	27,4	15,5	21,8	3,3	0,0
Educação e comunicação	Acesso as informações	10	0 a 3,9	4,0 a 6,9	7,0 a 10,0	6,0	6,5	6,2	1,5	2,0	5,8	5,3	4,1	2,1	2,0
	Oficinas temáticas	20	0 a 6,0	6,1 a 13,8	13,9 a 20,0	7,0	5,6	2,0	2,0	2,0	6,0	4,3	4,5	2,0	2,0
Gestão de ações intersetoriais	Ações intersetoriais	10	0 a 3,9	4,0 a 6,9	7,0 a 10,0	10,0	10,0	1,0	0,0	0,0	10,0	7,5	1,0	0,0	0,0
TOTAL						75,5	70,2	47,0	15,0	4,0	76,5	52,9	46,2	15,5	4,0

Legenda: ■ Incipiente (INC): ≤ 29 pontos ■ Intermediário (INT): 30 a 69 pontos ■ Avançado (AVA): ≥70 pontos

Fonte: elaborado pelo autor.

A dimensão *Atividade física* apresentou uma grande variação ao interior do componente, desde uma pontuação alta em alguns locais (28,5 no colégio C3 do M2; 27,0 no colégio C5 do município 3; 26,5 no colégio 2 do município 1), até escores muito baixos em outros (1,0 no colégio C8 do M4 e 0,0 nos dois colégios C9 e C10 do município 5). Destaca-se, ainda, que, em um local (colégio C4 do município 2) ocorreu flutuação importante, quando comparados os dois momentos (22,5 e 6,5 pontos, respectivamente em seis e dezoito meses).

Vários respondentes (alunos, professores e educadores físicos do NASF) relataram que, nos dois colégios do município 1, a atividade física curricular obrigatória era realizada com frequência de duas aulas práticas e duração de duas horas cada, assim como algumas atividades esportivas no turno oposto às aulas. É importante salientar que, dentre todos os colégios participantes da intervenção, o C2 (município 1) foi o único a desenvolver esta atividade de forma sistemática, e, segundo alguns professores, esta iniciativa já vinha sendo desenvolvida no âmbito do programa Mais Educação, não tendo uma relação direta com as iniciativas propostas pela intervenção Prose. Os alunos informaram, ainda, que praticavam alguma atividade física fora do ambiente escolar, tais como futebol, musculação, vôlei, caminhada e natação. Neste município, os participantes organizaram várias atividades físicas (*bicicletadas*, *caminhadas* etc.), que tiveram, segundo os mesmos, uma ampla participação da comunidade escolar.

Contudo, cabe ressaltar que, embora os dois colégios do M1 tenham apresentado um resultado melhor em comparação aos demais, a duração da atividade física nas escolas participantes foi considerada inferior a estimativa adotada pelo projeto Prose, que adaptou as recomendações da Organização Mundial de Saúde (PROCHASKA, SALLIS e LONGA, 2001), considerando adequada a prática semanal de 300 minutos (equivalente a 5 horas).

Nos demais municípios, a condição estrutural das quadras poliesportivas foi apontada pelos respondentes como um fator restritivo (falta de cobertura que permitia uma alta exposição às variações climáticas e sazonais em M3 (muito frio no inverno) e M4(muito calor no verão), até impeditivo para a efetivação desta prática; em alguns locais, inexistência de quadra poliesportiva e até de professores com contrato

temporário e sem a graduação específica na área de educação física, como no município 5). Nos municípios M4 e M5, as atividades físicas segundo os informantes, eram restritas a campeonatos poliesportivos sazonais.

Estes resultados foram bem diferentes dos resultados da PENSE (2015), na qual a maioria dos escolares (72,8%) que frequentavam o 9º ano do ensino fundamental estudavam em escolas onde haviam quadras para a prática de esportes. Segundo esta pesquisa, na rede pública esse percentual é de 69,2%, enquanto na rede privada esse percentual é de 94,1% (PENSE/IBGE, 2015).

A dimensão *alimentação saudável* obteve, também, melhores resultados nos municípios M1 e M2, mantendo-se incipiente nos demais locais. Quando comparadas as duas atividades que compõem esta dimensão, percebe-se que a *alimentação no ambiente escolar* obteve maiores escores que *alimentação saudável nos domicílios*, pelo menos nos dois municípios citados anteriormente. Segundo os alunos e professores, a merenda escolar apresentou mudanças positivas com a inclusão de frutas e verduras em quase todos os dias da semana nas duas escolas do município 1. O mesmo resultado foi obtido em relação ao consumo de alimentos saudáveis nos domicílios dos escolares.

“Acho que trabalhar a temática da alimentação facilitou ...pois as duas escolas já têm um trabalho muito bom no município já tem esse olhar voltado para a questão da alimentação e um nível de conscientização dos alunos muito maior. Tanto que nas atividades os meninos estavam sempre ‘super’ empolgados, postavam na rede social mesmo, eles se sentiam motivados e acabam motivando mais a gente!” (E28/M1 gestor da saúde).

No município 2, observou-se um resultado semelhante, sendo importante destacar que o colégio C3 possuía uma horta, onde algumas frutas e hortaliças eram colhidas e complementavam o preparo da merenda escolar²⁸. Em contrapartida, os respondentes indicaram que, no colégio C4 e nos dois colégios dos municípios 3, 4 e

²⁸ O termo *merenda escolar* é muito utilizado no ambiente escolar, tanto por estudantes quanto por funcionários, para nomear a alimentação escolar. Essa denominação originou-se pelo fato das preparações servidas inicialmente nas escolas serem tipos de lanches no meio da manhã ou da tarde, momento em que se merenda, na cultura brasileira (TEO et al., 2010). Alimentação escolar é o termo oficial definido pela instituição PNAE (Programa Nacional de Alimentação Escolar) como todo alimento oferecido no ambiente escolar, independentemente de sua origem, durante o período letivo (BRASIL, 2009).

5, continuaram sendo servidos, continuamente, alimentos considerados pouco saudáveis, incluindo biscoitos doces, ricos em gorduras saturadas, e *sucos prontos* com alto teor de sódio. Esta situação, segundo os alunos, era semelhante aos hábitos alimentares em seus domicílios.

Diante destes resultados, é importante salientar que a oferta de frutas e verduras, ao menos três vezes por semana (200g/aluno/semana), na merenda escolar está previsto na Resolução nº 38 do Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE), como importante forma de incentivar e garantir o consumo desse grupo de alimento. Sendo assim, a presença da horta na escola C3 pode ser considerada um instrumento de incentivo ao consumo de uma alimentação saudável e adequada para os alunos através de reeducação alimentar, além de reduzir os custos da alimentação escolar. Além disso, as recomendações da OMS para manter uma alimentação saudável, com o intuito de promover o declínio da obesidade e das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), se baseiam no consumo diário de frutas, legumes, hortaliças e cereais integrais, baixo consumo de alimentos ricos em açúcares livres, gorduras saturadas e sódio, além da manutenção de peso adequado e realização de, no mínimo, três refeições ao dia (WHO, 2004; BRASIL 2014). Associada a um estilo de vida saudável, como a prática regular de atividade física, a alimentação atua como fator de proteção contra as DCNT, responsáveis por aproximadamente 63% das mortes globais (WHO, 2014).

Por outro lado, o comércio de alimentos por vendedores ambulantes e estabelecimentos comerciais do entorno escolar influenciou, na maioria dos municípios (M2, M3 e M4), o consumo de alimentos pouco saudáveis. Este tipo de consumo era muito frequente no município 4, onde, durante o intervalo entre as aulas, os escolares saíam da escola para adquirir alimentos em estabelecimentos comerciais localizados no entorno escolar.

“Em relação a venda de alimentos, já tentamos durante as palestras, incentivar eles a venderem alimentos mais saudáveis, por que aquelas pessoas que estão vendendo ali estão precisando, mas tem que vender alimentos saudáveis”. (E23/M4).

A venda de alimentos nos pontos de venda localizados no entorno escolar, tanto públicos quanto privados, passou a ser regulamentada por governos estaduais,

municipais e distrital por meio de leis, decretos, portarias ou resoluções, conforme levantamento sobre o tema realizado pelo Ministério da Saúde. Segundo dados da PENSE (2015), observou-se que, apesar da maioria dos alunos de 9º ano do ensino fundamental da rede pública frequentar escolas, 54,0% dos estudantes consumiam alimentos vendidos em pontos alternativos de venda, onde uma variedade de alimentos considerados pouco nutritivos e inadequados à promoção da saúde na escola eram comercializados.

No que se refere às dimensões do componente *Educação e Comunicação*, o *acesso a informações* obteve um grau de implantação intermediário na maioria dos locais (M1, M2 e M3) e incipiente nos demais (M4 e M5) (Gráficos 1, 2, 3, 4, 5). É interessante destacar a redução de escores no município 1 de 5,7 pontos (intermediário) para 3,8 pontos (incipiente) após 18 meses, demonstrando uma instabilidade desta dimensão, e uma certa dificuldade dos participantes em utilizar os canais de comunicação, apesar dos respondentes terem afirmado o acesso a informações sobre as temáticas pela intervenção PROSE em todos os canais disponibilizados (*e-mail*, site e na página da intervenção Prose em uma rede social). Um fato que se destacou foi o reduzido acesso dos professores e profissionais de saúde (de todos os municípios) às temáticas propostas, por meio de um fórum de discussões no site da intervenção Prose. Cabe salientar que este espaço virtual foi idealizado com o propósito de possibilitar discussões frequentes entre os profissionais da saúde e educação dos cinco municípios, sobre planejamento, execução de atividades e trocas de experiências relacionadas as temáticas da intervenção.

Quanto à dimensão *Atividades comunitárias*, quando avaliada a participação dos agentes nas oficinas preparatórias, oficinas temáticas e entrevistas em rádios comunitárias observou-se um grau incipiente em todos os municípios nos primeiros seis meses, à exceção do município 1 (intermediário). Após 18 meses, ocorreu ampliação dos escores desta dimensão apenas no município 2. Alguns professores e profissionais de saúde participantes da intervenção relataram certa dificuldade em estabelecer um agendamento com os familiares dos escolares e com os vendedores de alimentos (ambulantes e de estabelecimentos comerciais) do entorno das escolas. Em relação às oficinas temáticas propostas, apenas aquelas direcionadas às merendeiras ocorreram nos municípios 1 e 2, contando o apoio das nutricionistas do

NASF, segundo relato dos respondentes. A realização de duas entrevistas em rádio comunitária não foi consenso entre os respondentes, havendo divergências que variavam desde a realização de apenas uma entrevista até nenhuma.

E por fim, a dimensão *ações intersetoriais* relacionada ao componente *Gestão de ações intersetoriais* manteve um grau de implantação estável durante todo o período analisado, sendo avançado em dois municípios, M1 (100%) e M2 (89%), e incipiente nos demais (M3, M4 e M5). A existência de Grupo de Trabalho Intersectorial (GTI) do Programa Saúde na Escola (PSE) ativo nos municípios foi um aspecto avaliado, mantendo escores altos (implantação avançada) nos dois municípios exitosos. A maioria dos profissionais de saúde e alguns professores dos municípios M1 e M2 comprovaram a continuidade das ações por meio de registro fotográfico, disponibilização de fotocópias das atas de reuniões e dos planos de ação discutidos em vários encontros, inclusive na fase preparatória da intervenção. Nos demais locais, segundo os mesmos respondentes, apesar dos GTI terem sido instituídos por meio de documento normativo, não apresentavam atividades frequentes, apenas nas ocasiões em que a coordenação do programa sinalizava alguma demanda, na maioria das vezes, emergencial.

Quanto à *realização de ações intersetoriais* manteve-se um grau de implantação avançado apenas no município M1 (Gráfico 3), e implantação intermediária após 18 meses no município 2, e incipiente nos demais locais, durante todo o período analisado. Apenas os respondentes dos municípios M1 e M2 comprovaram a realização de ações intersetoriais com maior frequência, com exceção do colégio C4, que, no segundo momento apresentou uma menor articulação.

Ainda no que concerne à atividade *realização de ações intersetoriais*, os informantes relataram que obtiveram maior qualificação e habilidade para desenvolver ações articuladas após a participação no curso de Ensino à Distância (EAD) para *Gestão de ações intersetoriais no SUS*, realizado pela equipe de pesquisadores (agentes da pesquisa) do Prose no final do primeiro ano de implementação da intervenção.

“É de relevante importância que os profissionais da área de saúde visitem a escola e que a escola ‘sente’ com a área da saúde para traçar propostas com o intuito de fortalecer ações desenvolvidas por ambos setores. Assim, podemos pensar em criar uma Agenda da Saúde para promover encontros entre esses atores do processo com o intuito de desenvolver ações em conjunto. Ficou bem evidente que é possível unir os profissionais da saúde e educação contribuindo com as ações na escola e para o fortalecimento de redes externas que compartilhem informações a fim de contribuir para uma saúde cada vez melhor” (E30/M5).

“A única maneira que vejo é buscando informações e se capacitando, para identificar e conhecer as peculiaridades e demandas de ambos os setores, traçar um plano de ação coletivo, entender que essa será uma atividade de médio e longo prazo, e que por isso demandará o comprometimento dos profissionais envolvidos e, sobretudo, ter boa vontade porque os desafios são gigantescos. E eu acho que o PROSE que deu esse alavanco, esse empurrão para acontecer isso aí. Foi muito positivo” (E27/M2).

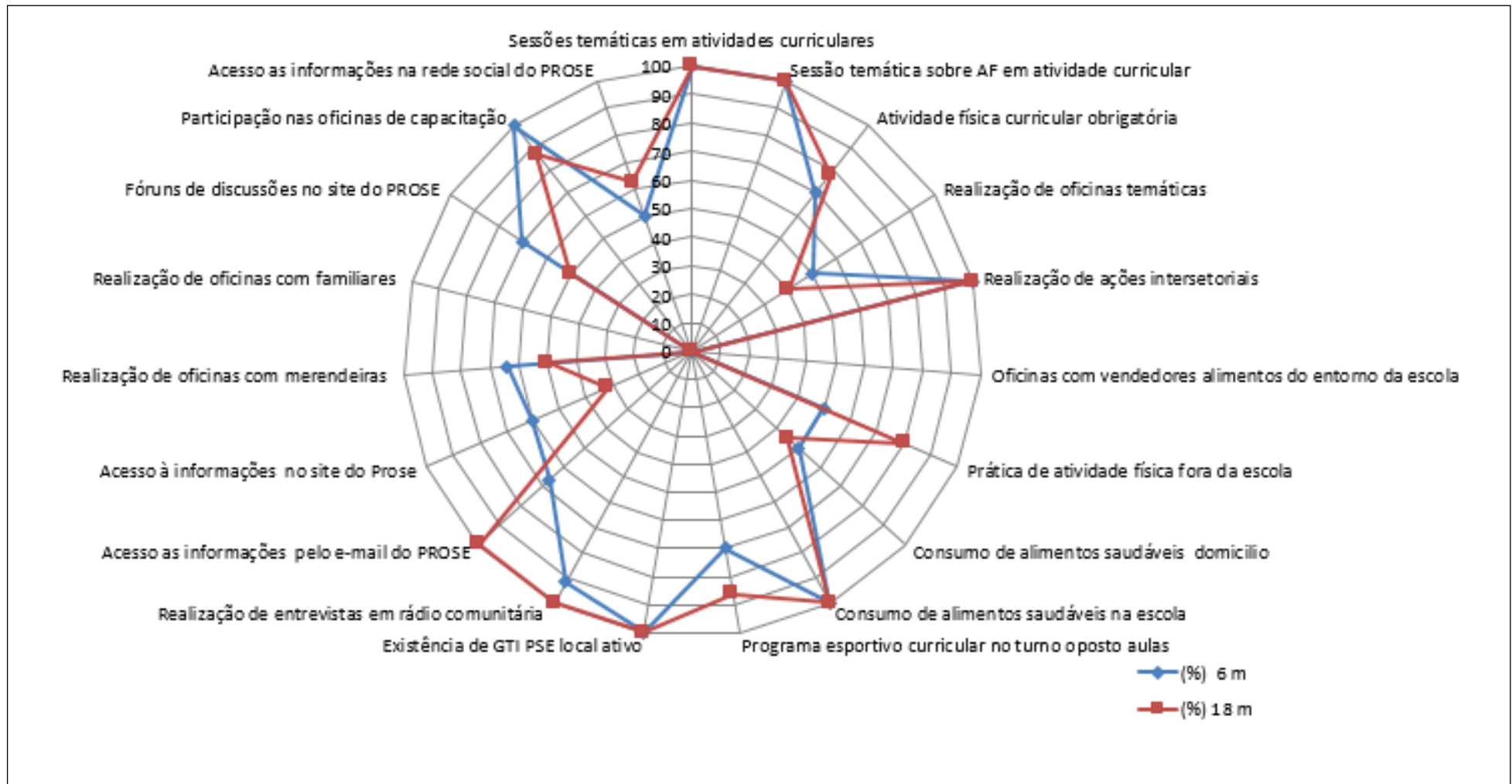
De fato, a hipótese de que o curso possa ter contribuído para a qualificação dos agentes pode ser levantada na medida em que reuniu 73 profissionais da Educação e da saúde (das escolas participantes do Prose, da ESF e do NASF e da gestão do PSE e da AB dos cinco municípios), e abordou temáticas sobre a organização dos SUS e dos serviços de saúde, Escolas Promotoras de Saúde e planejamento em saúde, por meio da discussão, planejamento e implementação de estratégias para gestão local de ações intersetoriais, de forma a propiciar a aproximação de matrizes discursivas e disciplinares.

Sintetizando os resultados, pode-se afirmar que a intervenção só conseguiu se sustentar durante os 18 meses no município M1 (grau de implantação avançado) (Gráfico 3). Neste, a implementação da intervenção obteve apoio dos gestores e profissionais dos dois setores desde o período de apresentação inicial do projeto e solicitação do termo de anuência. Além disso, durante todo o período de implementação não ocorreram mudanças significativas no quadro de pessoal dos dois setores, o que pode ter contribuído para a continuidade das ações. No município M2, a intervenção se sustentou nos 18 meses apenas em uma das escolas (grau de implantação intermediário) (Gráfico 4). Os dois municípios (M1 e M2) foram considerados exemplares no processo de implantação da intervenção PROSE, mesmo com diferentes escores de implantação (M1 avançado e M2 intermediário) e serão analisados na etapa 3 deste estudo.

Nos demais locais, a intervenção não se sustentou nos dois momentos (Gráfico

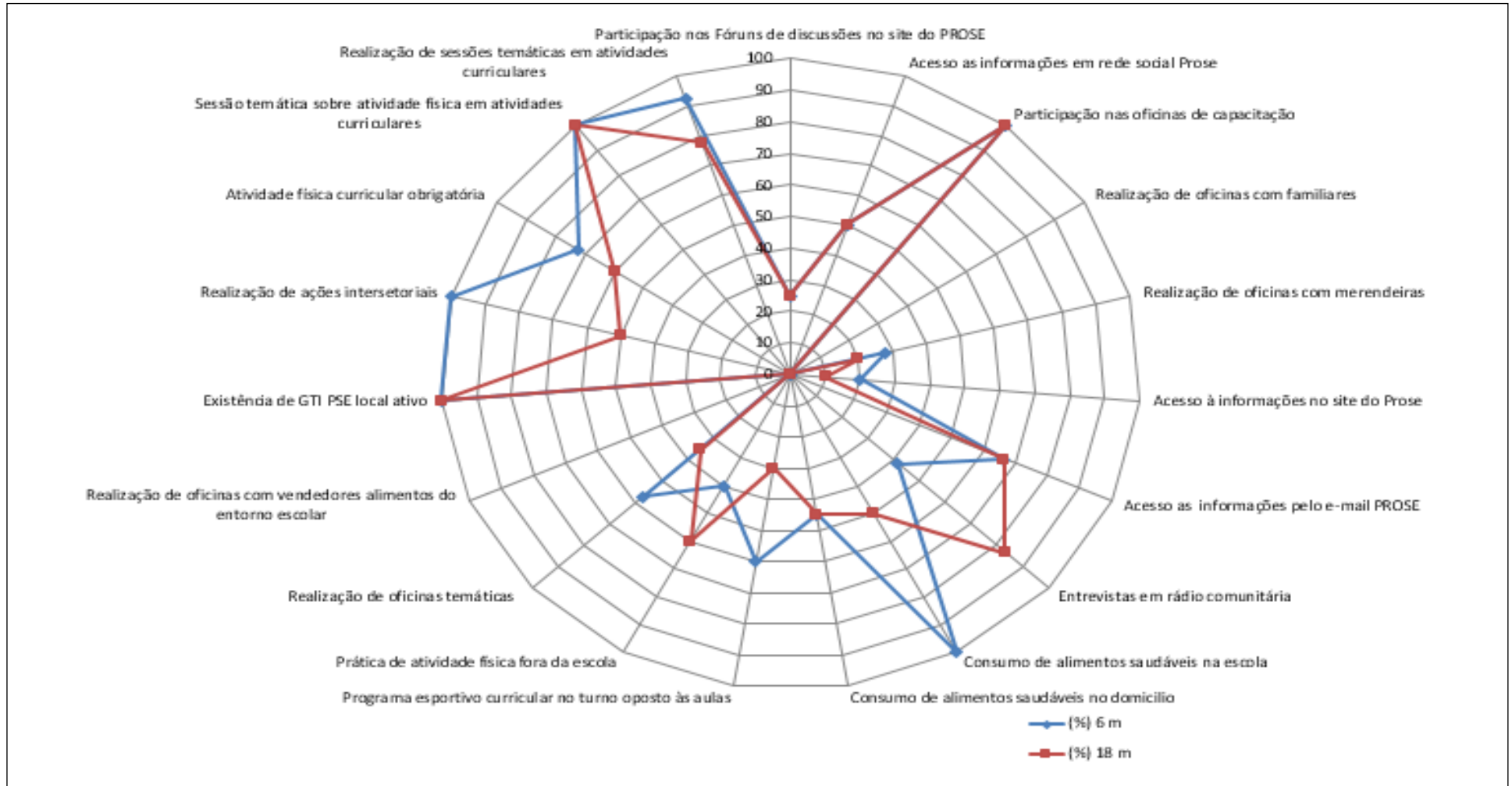
5, 6 e 7). No município M3 uma explicação para este resultado pode ser relacionada a uma maior variação no quadro de pessoal, tanto na secretaria municipal de saúde, quanto de educação, por diversos motivos: licença médica, licença maternidade, fim de contratos temporários, dentre outros, que podem ter influenciado a implementação das ações e uma redução no segundo momento. Nos municípios M4 e M5, as ações parecem ter sido implementadas de forma incipiente durante todo o período. Contudo, os fatores que levaram ao não sucesso da implementação da intervenção, particularmente nestes três municípios (M3, M4 e M5) não foram investigados.

Gráfico 3 – Estimativa do grau de implantação da intervenção Prose no município 1, em dois momentos, 6 meses (6m) e 18 meses (18m).



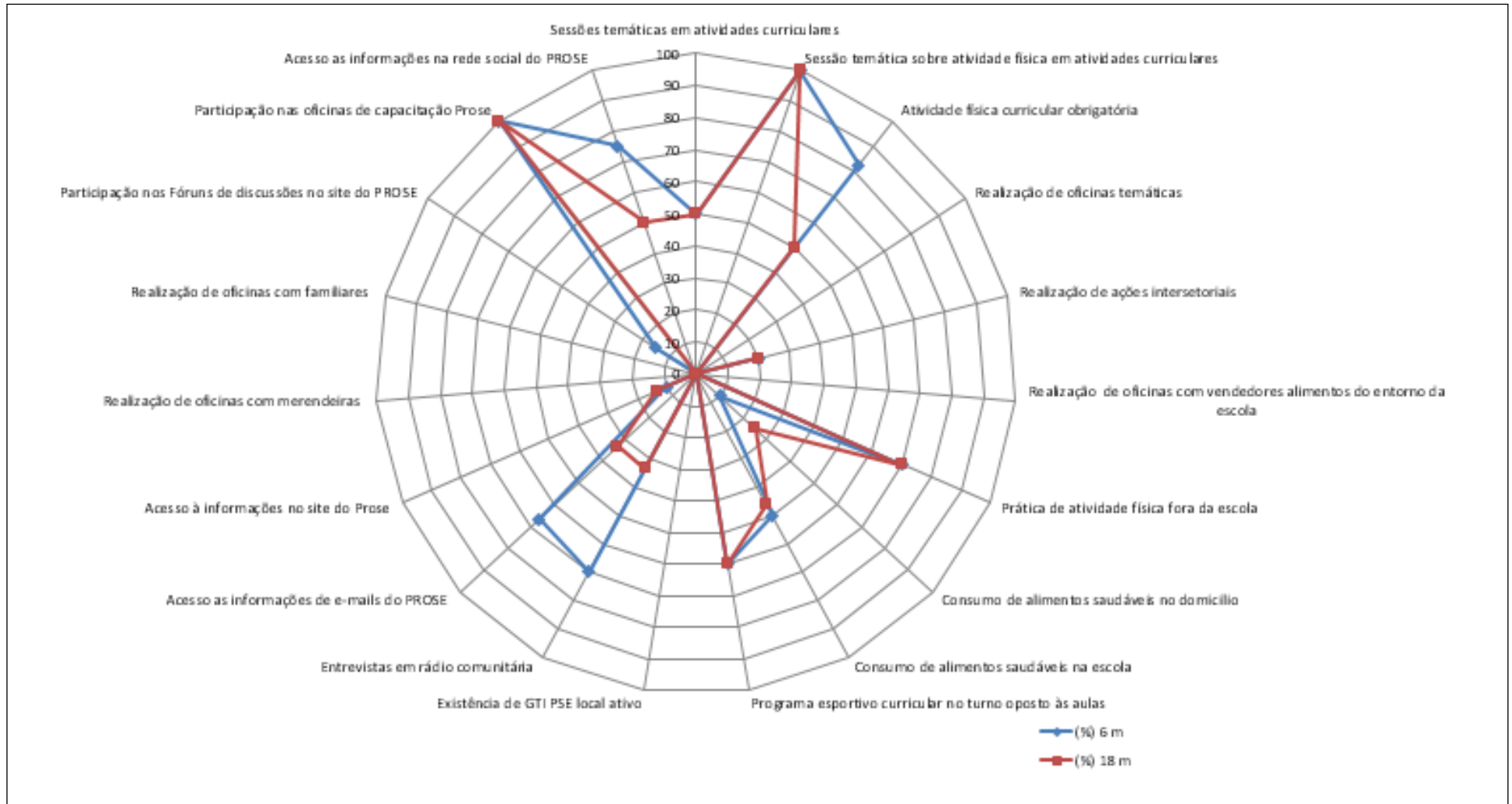
Fonte: Elaborado pelo autor

Gráfico 4 – Estimativa do grau de implantação da intervenção Prose no município 2, em dois momentos, 6 meses (6m) e 18 meses (18m).



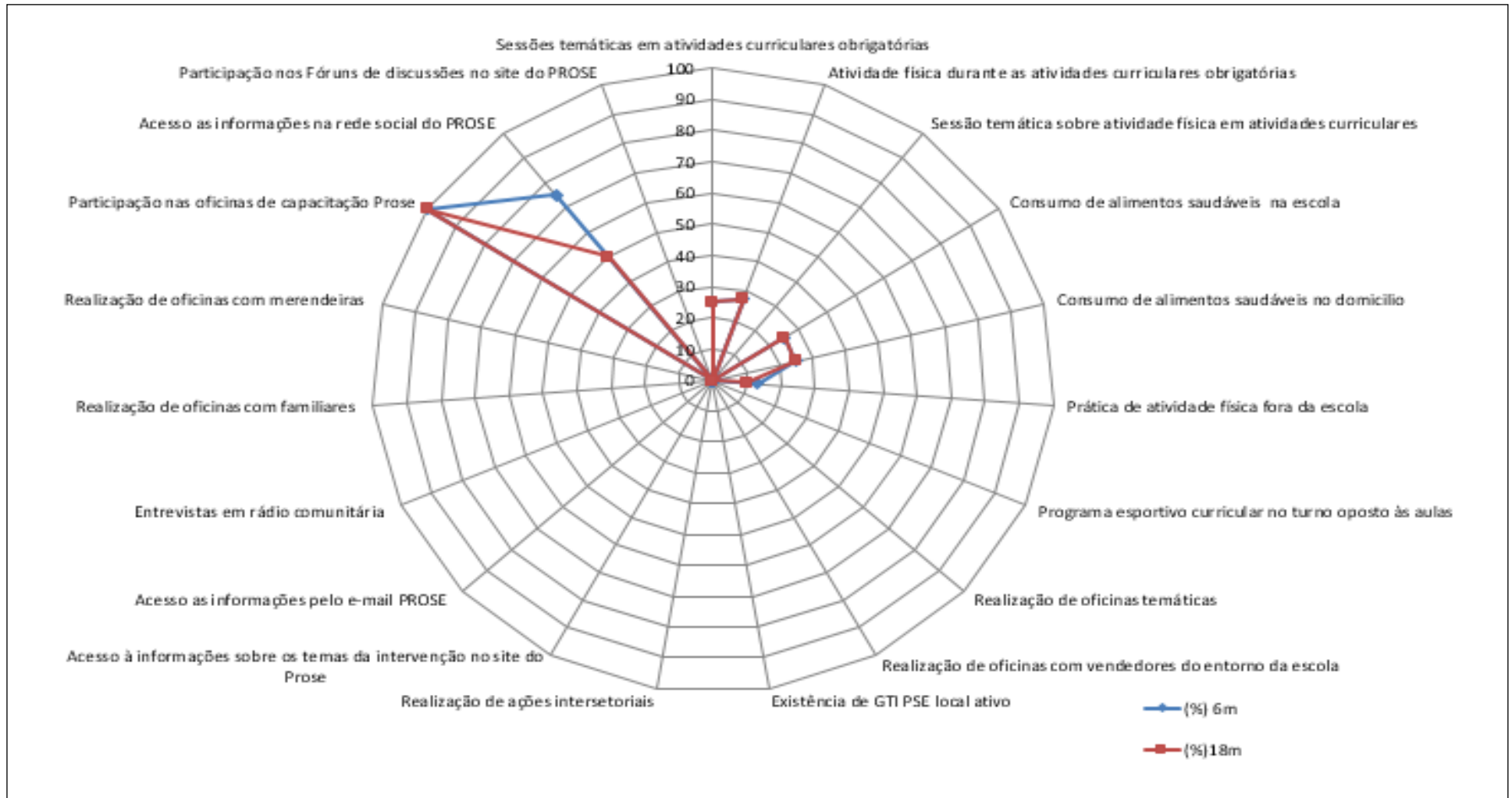
Fonte: Elaborado pelo autor

Gráfico 5 – Estimativa do grau de implantação da intervenção Prose no município 3, em dois momentos, 6 meses (6m) e 18 meses (18m).



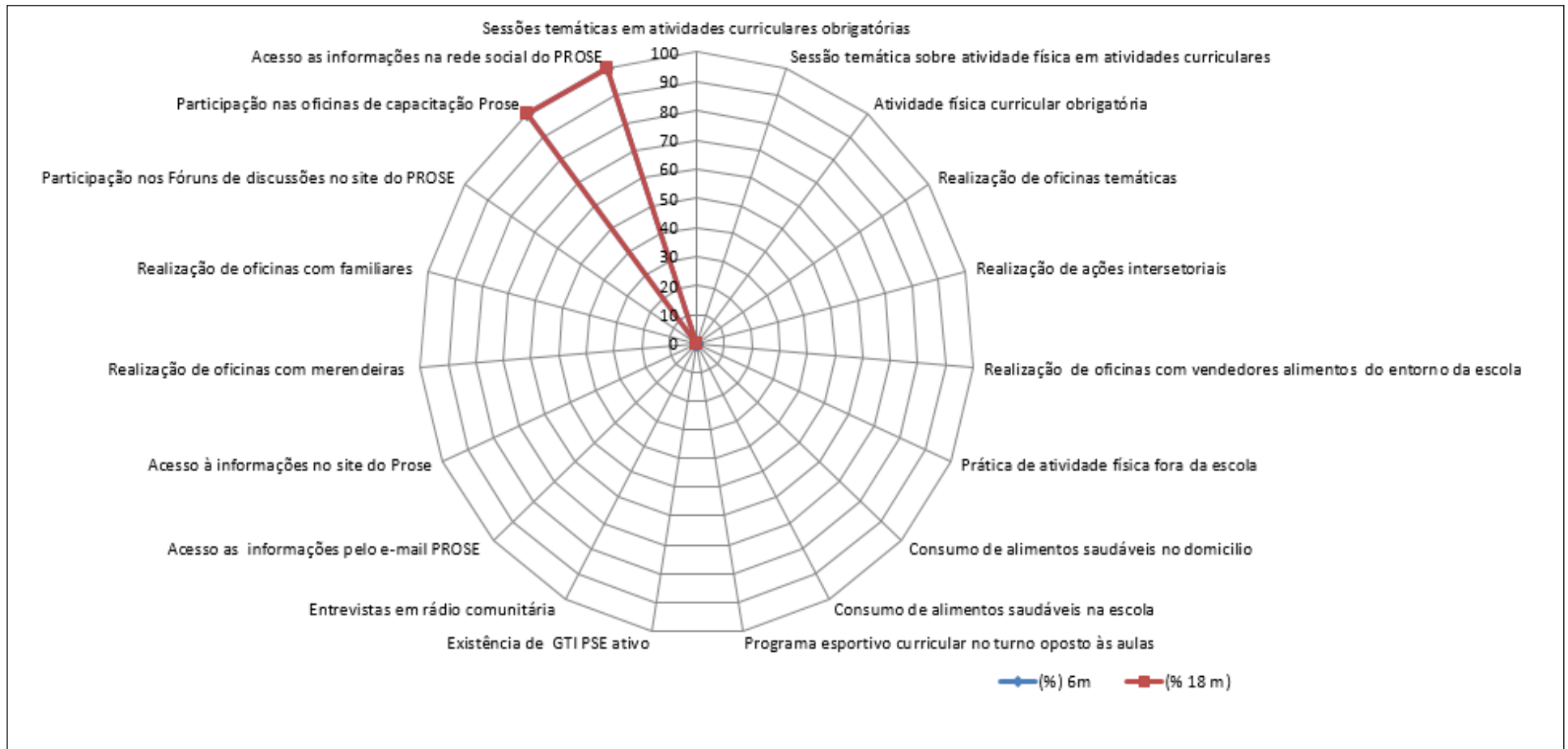
Fonte: Elaborado pelo autor.

Gráfico 6 – Estimativa do grau de implantação da intervenção Prose no município 4 em dois momentos, 6 meses (6m) e 18 meses (18m).



Fonte: Elaborado pelo autor

Gráfico 7 – Estimativa do grau de implantação da intervenção Prose no município 5, em dois momentos, 6 meses (6m) e 18 meses (18m).



Fonte: Elaborado pelo autor

7.2. A percepção dos agentes envolvidos quanto a implementação da intervenção Prose nos cinco municípios

Este tópico apresenta a percepção dos agentes envolvidos no processo de implementação da intervenção Prose, identificadas pelo estudo de pré-análise ou estudo de avaliabilidade. Este estudo buscou, do mesmo modo, identificar se a intervenção estava, de fato, sendo implementada nos diversos locais. Nesse seguimento, foi possível confirmar que os objetivos da intervenção estavam claramente definidos nos documentos do projeto PROSE. Observou-se do mesmo modo, que os objetivos descritos no projeto de intervenção, coincidiram com as formulações dos diferentes atores (pesquisadores do projeto, professores, profissionais de saúde e estudantes monitores). O único objetivo que divergiu deste consenso foi o protagonismo dos escolares.

A ausência de clareza quanto ao protagonismo sinalizou uma das áreas críticas da intervenção. Este fato pode ter ocorrido por motivos relacionados ao desenho da intervenção e a incipiente capacitação dos agentes envolvidos.

Do ponto de vista dos agentes, percebeu-se um descompasso. Os alunos monitores não se identificaram como protagonistas na atribuição de multiplicadores das ações da intervenção e revelaram a ausência de orientações necessárias para o exercício do protagonismo, que pudessem subsidiar a articulação com os demais escolares e viabilizar a multiplicação das informações apreendidas e necessárias para o desenvolvimento e extrapolação das ações intersetoriais a outros domínios do território, inclusive ao contexto familiar.

“Fui escolhido pelo diretor [dirigente e administrador da instituição escolar] para participar ajudar o projeto. Depois lembro que teve uma aula do projeto PROSE, com os pesquisadores, que explicou o projeto e falava como melhorar a alimentação (merenda) e esportes/educação física. Vários colegas meus participaram. Depois falaram que nós iríamos ajudar nestas aulas e a fazer algumas atividades com os professores na escola e nas ruas do bairro. Mas, não entendi bem como seria... nunca fizemos isso, né? É diferente de ser líder de classe”. (E22-aluno).

Os professores e profissionais de saúde sinalizaram que, apesar dessa função ter sido discutida com os agentes da pesquisa e escolares, em oficinas de

capacitação, na fase preparatória, a operacionalização não foi bem definida, desta forma, não se sentiram aptos a assumirem tal responsabilidade. Segundo os profissionais de saúde, a qualificação, de maneira sistemática, com a formação de valores e de atitudes agregados aos componentes curriculares obrigatórios das escolas, favoreceria a participação, protagonismo e autonomia dos escolares para o desenvolvimento de ações para promoção da saúde contextualizadas e priorizadas a partir dos territórios em que vivem e/ou estudam. Mas, resumiram não saber ao certo como promover esta transformação.

“Foram escolhidos pelos pesquisadores do PROSE e pelo diretor, alguns alunos para assumir uma função de monitor e nos auxiliar a desenvolver as atividades de promover alimentação saudável e a atividade física na escola e no bairro. Eram os alunos que já tinham a função de líder da sala. Mas na prática, não sabíamos como eles deveriam agir ou se envolver. Confesso que não estamos acostumados a envolver os alunos no planejamento das atividades, eles só costumam participar das aulas, né? No máximo desenvolvem feiras de saúde, mas nós planejamos e orientamos tudo”. (E10-professor).

“Não ficou clara, na prática, as atribuições de alunos com a função de multiplicador. Lembro que chegamos a discutir na oficina com os alunos, mas, não discutimos com os pesquisadores e com professores como desenvolver esta ação. Não cabe a nós formar uma nova competência destes alunos, né? Nós dominamos apenas o conteúdo da saúde, são os professores que se envolvem com a formação de competências, e acho que esta faz parte do processo educacional” (E 28- profissional de saúde).

Do mesmo modo, os pesquisadores expuseram a ausência de procedimentos operacionais e de discussão de um plano de ação com definição clara de objetivos, funções e responsabilidades dos demais agentes, em especial dos escolares para a concretização de tal função. Os próprios pesquisadores dão pistas que este objetivo apresentou fragilidades quanto a constituição de elementos operacionais.

“Estava previsto pelo projeto de intervenção, que alguns alunos com o perfil de liderança, fossem selecionados como alunos monitores. Eles teriam a função de multiplicar algumas informações e incentivar os demais alunos a desenvolver atividades de promoção da saúde, dentro e fora da escola. Mas, não sei se esta função ficou tão clara nos documentos disponibilizados para os atores envolvidos e nas oficinas preparatórias...”. (E 11- pesquisador do projeto).

Cabe salientar que a indispensabilidade do reforço de habilidades e competências que subsidiem a identificação e diagnóstico dos reais problemas passíveis de uma intervenção, assim como, o planejamento e desenvolvimento de

ações para promoção da saúde no contexto escolar, têm sido referidos por diversos estudos como um potencial dispositivo para o fomento ao protagonismo juvenil (SILVA; MELLO; CARLOS, 2010; ALMEIDA, 2013). Contudo, apontam que, apesar da premência da participação social dos adolescentes integrar diversas políticas e programas, os eixos estratégicos não especificam, de forma concreta, como deveria se dar a participação ativa e autônoma dos escolares.

Outro objetivo deste estudo de avaliabilidade foi verificar se a intervenção PROSE, estava, de fato, sendo implementada nas escolas. Alguns agentes entrevistados (diretores das escolas, professores, alunos e profissionais de saúde) confirmaram que a intervenção PROSE estava sendo desenvolvida em todas as escolas dos cinco municípios. Os entrevistados detalharam, principalmente, as ações relacionadas aos componentes Ensino Formal, especialmente as ações relacionadas às videoaulas temáticas, à alimentação escolar e à prática de atividades físicas curriculares obrigatórias, mas também apontaram as dificuldades inerentes ao processo de implementação da gestão das ações nos territórios.

“O PROSE foi um o projeto que buscou articular os setores saúde e educação, por meio do reforço e incentivo ao desenvolvimento de atividades nas escolas e no território. Nos permitiu refletir sobre como as ações devem ser planejadas e executadas com os profissionais da Atenção Básica. Conseguimos, ainda no primeiro ano, planejar e dividir as aulas entre os professores e profissionais de saúde. Quase todas já foram dadas”. (E15-diretor de escola).

Quanto às aulas temáticas, os profissionais de saúde não expuseram restrições. Os mesmos informaram que foram incluídas no cronograma dos componentes curriculares obrigatórios e conduzidas por alguns professores e profissionais de saúde do NAFS que se envolveram com o Prose. Os escolares confirmaram a exposição e discussão dos conteúdos das videoaulas e a utilização dos materiais didáticos de apoio disponibilizados pelo PROSE.

“Eu assisti cinco aulas, a mais interessante foi a que falava sobre alimentação saudável, pois depois do vídeo, discutimos e construímos algumas pirâmides alimentares e tivemos a ideia de expor todas em uma feira de ciências!”. (E25-Aluno).

Contudo, os profissionais de saúde e os professores revelaram que, no decorrer das práticas educativas, emergiram dissonâncias associadas a

especificidade da linguagem científica das videoaulas, que, conseqüentemente, contribuíram para realçar as distintas matrizes disciplinares e discursivas entre os setores da saúde e da educação. Para os professores, as temáticas abordadas versavam sobre assuntos mais condizentes com a área da saúde, e que, de certa forma, favoreciam as abordagens dos profissionais da saúde. Por outro lado, os profissionais de saúde alegaram que, apesar de maior domínio das questões propostas pelo PROSE, não possuíam competência técnica para o desenvolvimento das aulas subsidiadas por metodologias ativas de ensino, e que pudessem despertar de forma mais dinâmica conhecimentos e valores agregados ao processo de institucionalização das práticas de promoção da saúde no ambiente escolar. Estas contradições, segundo os diretores das escolas, podem ter conduzido a polarização de posicionamentos e a condução isolada das aulas, ora pelos professores, ora pelos profissionais de saúde, em uma conduta que buscou evitar conflitos e atritos decorrentes do processo de trabalho.

“Então, o projeto PROSE ao propor que nós, educadores, trabalhássemos o conceito e a prática de promoção da saúde e como está relacionado com a qualidade de vida, com atividade física e alimentação, não previu a nossa dificuldade em ministrar estas aulas, e em discutir estes assuntos dentro das aulas [aulas curriculares obrigatórias]. Acho que estas aulas deveriam ser conduzidas pelos profissionais de saúde ou que nós tivéssemos mais capacitação nestes assuntos, sobre as ações de saúde, para que pudéssemos despertar mais o interesse dos alunos”. (E2-professor).

“A intervenção apesar de complexa, tem permitido repensarmos a necessidade de inclusão de práticas pedagógicas nos ambientes escolares, mais voltadas para discussões sobre a saúde. Não apenas, em palestras e aulas, mas de uma forma que envolva, além dos alunos, os pais e familiares. Para os professores é mais fácil, pois eles dominam as metodologias de ensino, então podem repensar como trabalhar estas questões de forma mais envolvente para fixar a atenção e também despertar um interesse contínuo dos alunos” (E3-profissional de saúde).

No que concerne a ampliação da carga horária e diversificação das atividades físicas obrigatórias, os escolares e os diretores descreveram que os professores de educação física conseguiram diversificar as práticas de atividade física obrigatória no ambiente escolar, por meio da inclusão de práticas esportivas, a exemplo, de futebol de salão, voleibol, basquetebol, handebol. Apesar disso, alguns professores exibiram preocupação ante a inflexibilidade da configuração dos currículos escolares, especialmente quanto a carga horária das aulas obrigatórias, que consideravam reduzida ante a necessidade da prática. Do mesmo modo, indicaram que as condições

precárias de algumas quadras poliesportivas inviabilizaram a ampliação e inovação das práticas esportivas. Para eles, estes dois fatores reduziram as possibilidades de renovação do ato técnico no contexto escolar.

Em relação a ampliação da carga horária no turno oposto e fora do ambiente escolar, os professores assinalaram que a participação dos educadores físicos do NASF no planejamento e realização das atividades direcionadas aos escolares (práticas esportivas com participação em torneios esportivos municipais e regionais), bem como a outros agentes do território (comunidade local e familiares dos escolares), a exemplo de caminhadas e passeios de bicicleta, foi decisiva para a concretização das ações planejadas.

No que diz respeito a alimentação escolar, observou-se convergência e consenso entre os agentes, quanto a alteração dos cardápios e inclusão de alimentos mais saudáveis, como frutas e verduras. Os diretores das escolas ressaltaram que o envolvimento das nutricionistas do NASF em reuniões mensais para planejamento de compras, definição dos cardápios e orientação das merendeiras foi catalizador para as mudanças relativas ao preparo e oferta de uma alimentação escolar mais saudável. Os professores e os alunos referiram expressivo empenho para ampliar a discussão sobre esta temática com toda a comunidade, familiar e local, incluindo-a em feiras de ciências.

“O PROSE para mim é o elo entre a saúde e a Educação. Estávamos precisando deste estímulo para que a coisa acontecesse. As atividades físicas estão sendo desenvolvidas pelos professores e também pela saúde (profissionais do NASF). E tem envolvido a comunidade externa, do território da escola”. (Entrevistado 17- profissional de saúde do NASF).

“O projeto tem ajudado a modificar algumas aulas, inclusive de educação física na escola, acho que é um dos objetivos não só melhorar a quantidade, mas tudo. A merenda da escola mudou. Agora estão servindo mais frutas. Os professores estão falando muito sobre esportes e sobre alguns alimentos. Os profissionais de saúde, nutricionistas, também estão vindo dar (ministrar) aulas.” (E8- aluno multiplicador).

No que tange aos componentes *Educação e Comunicação* e *Gestão de Ações Intersetoriais*, os entrevistados afirmaram que o primeiro componente estava sendo implementado sem contratempos, mas apontaram que o segundo exigia maior esforço dos envolvidos, revelando obstáculos no decorrer do desenvolvimento. Os diretores,

professores e profissionais de saúde reconheceram a existência de limitações quanto às capacidades, competências e habilidades técnicas e administrativas, sobretudo em *como planejar* uma ação conjunta entre atores de setores distintos. As controvérsias, segundo os professores e profissionais de saúde, estavam relacionadas a formalização da parceria entre os dois setores para fomentar a implementação de intervenções, por meio da identificação de demandas prioritárias ante a predominância de práticas setoriais e a inviabilidade técnica, administrativa e política de determinados contextos municipais. Para os agentes mencionados, tais fatores conduziram às interações intermitentes e restritas às reuniões dos Grupos de Trabalho Intersetorial (GTI) do PSE local.

“O GTI-M PSE existe e alguns profissionais de saúde e diretores ou professores de escolas também participam, mas apesar das reuniões frequentes não sabemos como executar as ações articuladas, na prática.”. (E 4- comunidade escolar).

“Existe um GTI-M do PSE, meu nome está lá na portaria [que instituiu]. Mas, acho que devemos ter discussões mais próximas do território em que trabalhamos, mas não sei como fazer isso. Na minha opinião, teríamos que ter uma formação específica que nos qualificasse para discutir estas necessidades em cada local e depois de forma mais ampla, no GTI-M, pois assim poderíamos traçar as atribuições dos envolvidos, na prática, né?”. (E 7- profissional da saúde).

Diversos aspectos restritivos ao desenvolvimento de ações intersetoriais também foram apontados por estudos recentes, sendo destacados: (1) a dificuldade em conciliar os *tempos institucionais dos vários setores*; (2) a inexistência de protocolos que norteiem o desenvolvimento das ações integradas; (3) os conflitos decorrentes de disputas políticas e de poder; (4) a preponderância de práticas setoriais centradas em estruturas discursivas e disciplinares próprias e resistentes a novos arranjos intersetoriais; (5) a necessidade de qualificação dos agentes para que a intersetorialidade pudesse ser formalizada como um mecanismo para a gestão (FERREIRA et al., 2014; McISAAC et al., 2015; WEISS; LILLEFJELL; MAGNUS, 2016). Estes resultados corroboraram com os sinalizados por este estudo e indicaram a necessidade de investimentos relacionados ao reforço da capacidade de gestão intersetorial da esfera local, para propiciar a implementação de políticas abrangentes.

8. A CONFORMAÇÃO DA INTERVENÇÃO NOS SUBESPAÇOS SAÚDE E EDUCAÇÃO NOS DOIS MUNICÍPIOS CONSIDERADOS EXEMPLARES

Nos municípios exemplares (M1 e M2), a intervenção PROSE foi desenvolvida por agentes situados na gestão da Secretaria Municipal de Saúde (secretário municipal de saúde, coordenação de AB, coordenação do PSE), na Secretaria Municipal de Educação (secretário municipal de educação, coordenadora técnica do PSE, da atenção à saúde (profissionais de saúde da ESF e do NASF)), e em dois colégios da rede estadual de ensino público (diretores, professores, escolares, merendeiras, familiares dos escolares e vendedores de alimentos do entorno das escolas). A análise do processo de implementação local levou em consideração a maneira pela qual se estabeleceu a intervenção, bem como as explicações para o alcance de diferentes resultados nos dois níveis locais.

8.1. A conformação da intervenção nos subespaços saúde e educação do Município 1 (M1)

8.1.1. Os agentes envolvidos na implementação da intervenção Prose no Município 1

Com base no referencial teórico proposto, os agentes participantes da intervenção Prose, e que exerceram influência no estabelecimento de prioridades no município 1 foram identificados quanto a vinculação institucional, trajetória profissional, cargos ocupados nos subespaços da saúde e educação, o tipo e volume de capitais e o envolvimento na implementação das ações²⁹. Convém salientar que a descrição da posição ocupada pelo agente no subespaço social (do setor saúde ou educação, bem como na gestão) é importante para compreender o posicionamento dos agentes frente a implementação da intervenção. Foram entrevistados 30 agentes

²⁹ Os agentes foram objetivamente relacionadas à posição social, segundo três dimensões, duas espaciais e uma temporal: (1) volume global de capital detido pelo agente, isto é, o conjunto dos recursos econômicos, sociais, culturais e simbólicos utilizáveis pelo agente para conservar sua posição; (2) estrutura do capital, isto é, a composição do capital global segundo o peso relativo das diferentes espécies de capital; (3) trajetória social do agente (o seu passado, o seu presente e o seu futuro potencial), indicada ao longo dos eixos espaciais.

identificados (pelos agentes da pesquisa) com maior envolvimento na implementação da Intervenção Prose. (Quadro 17 e Quadro18).

Do total de agentes envolvidos, a maioria (21) pertencia ao setor da educação, distribuídos da seguinte forma: dois agentes ocupavam cargos na gestão na secretaria municipal de educação, o secretário de educação e a coordenadora técnica do PSE; e dezenove pertenciam às duas instituições de ensino, o colégio 1 e o colégio 2. Do colégio 1, participaram uma vice-diretora, três professores, duas merendeiras e cinco alunos; e do colégio 2, quatro professores e quatro alunos.

No subespaço burocrático do setor educação, o secretário municipal de educação, apresentava uma trajetória social ascendente. Graduado em História, com Mestrado em História, foi aprovado em concurso público e vem ocupando cargos importantes frente a direção de órgãos (EBDA). Foi militante do Partido dos Trabalhadores, disputou algumas eleições para vereador no município, mas não obteve êxito, ocupava o cargo de secretário de educação há 6 anos. Possuía um alto volume de capital escolar, alto volume de capital militante e burocrático. A coordenadora do PSE possuía graduação em Pedagogia e foi convidada pelo secretário de educação para ocupar o cargo há três anos. Era militante engajada em movimentos em prol da profissão e por melhorias na educação pública e militante do Partido dos Trabalhadores, condição que a mantinha no cargo ocupado no subespaço burocrático. Possuía alto capital social, moderado volume de capital militante e capital escolar. Observou-se que o capital burocrático foi adquirido pelos agentes especialmente através de experiências profissionais na secretaria municipal de educação.

Quanto aos agentes que atuavam nas duas instituições de ensino, a maioria nasceu no município, os pais eram agricultores, comerciantes e professores na educação pública, estudaram até o último ano do ensino médio no município e tiveram que se deslocar para outros municípios do Estado para obter uma formação profissional. Todos eram professores, graduados em diversas áreas (História, Pedagogia, Matemática, Ciências Biológicas, Educação Física), servidores públicos de carreira, atuando, em média, há mais de 20 anos. Todos apresentavam um moderado capital simbólico, mas não apresentavam um capital escolar expressivo.

Cabe destacar a trajetória da vice-diretora do colégio 1, que posicionou-se de forma ativa e favorável a implementação da intervenção. Ela ocupava o cargo há três anos, mas lecionava há mais de 15 anos, militante engajada com as questões relacionadas a associação de moradores do território da escola (onde também residia). Possuía moderado volume de capital burocrático e um pequeno volume de capital militante.

Os demais agentes vinculados as instituições de ensino, eram técnicos que exerciam a função de merendeiras, com formação em nível médio, qualificadas para a função que desempenhavam e permaneciam no cargo há mais de 15 anos. Os alunos eram oriundos de famílias com baixo capital econômico, cujos pais eram agricultores, motorista de ônibus, autônomos e todos estavam cursando o 3º ano do ensino médio.

Em relação ao setor da saúde, nove profissionais participaram da intervenção. Destes, quatro agentes ocupavam cargos na gestão na secretaria municipal de saúde, o secretário de saúde, a coordenadora técnica do PSE (que também coordenava o NASF), o coordenador geral da saúde e a apoiadora institucional; e cinco ocupavam cargos técnicos, três vinculados a Estratégia Saúde da Família (ESF) e dois ao Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). Todos apresentaram moderado capital escolar, geralmente, nível superior ou pós-graduação *lato sensu*. É interessante ressaltar, que todos, à exceção do secretário municipal de saúde, possuíam especialização em saúde pública. Apesar da formação *lato sensu* expressiva em saúde pública, nenhum apresentava expertise com relação à promoção da saúde.

O secretário municipal de saúde nasceu na capital do Estado, mas mudou-se ainda na infância para o M1, onde estudou até concluir o ensino médio. Os pais eram professores da rede estadual de ensino público, aposentados com grande capital simbólico. Graduou-se em Zootecnia e em Direito em instituições de ensino superior da região sudoeste do Estado, e possui Especialização em Meio Ambiente. Construiu a sua trajetória profissional exercendo cargos técnicos atuando como zootecnista em diversos municípios do Estado e/ou coordenando secretarias do meio ambiente em alguns municípios do Estado. Ocupava o cargo de Secretário Municipal de Saúde há pouco mais de dois anos, mas era militante de um partido político de esquerda (PC

do B). Possuía um alto capital social e um expressivo capital militante e burocrático e transitava no subespaço político.

O coordenador geral da saúde nasceu em um município próximo ao M1, onde morou e estudou até a conclusão do ensino médio. O pai era funcionário autônomo e a mãe técnica em enfermagem, mas ambos com alto capital simbólico. Graduou-se em Enfermagem e cursou especialização em Saúde Pública em instituições de ensino superior de municípios da mesma região. Construiu a sua trajetória profissional atuando no PSF em diversos municípios da região até a aprovação em concurso público no M1, quando, na condição de servidor público, passou a assumir cargos a frente da coordenação de diversos programas na área da saúde (central de regulação, central de marcação de exames, programa de hanseníase e tuberculose). Coordenou a Atenção Básica local por dois anos, e havia assumido o cargo de coordenador geral da saúde no M1 há três anos. Era militante de um partido político de esquerda (PC do B). Possuía um alto volume de capital simbólico e expressivo volume de capital militante e burocrático. Devido ao acúmulo de experiências no subespaço burocrático e militante, transitava ocasionalmente no subespaço político.

A coordenadora do PSE da Secretaria Municipal de Saúde nasceu em um município próximo ao M1, e mudou-se para M1 na infância, onde morou e estudou até a conclusão do ensino médio. Os pais eram comerciantes conhecidos em toda região e com um moderado capital social. Graduou-se em Enfermagem em uma instituição de ensino superior de um município da mesma região e, posteriormente, especializou-se em Saúde Pública e Enfermagem Intensivista. Iniciou a trajetória profissional atuando em um PSF de um município próximo, quando foi convidada para assumir a coordenação municipal do programa de Alimentação Escolar. Posteriormente, foi contratada para compor a equipe do NASF no M1, onde atuou por dois anos. Assumiu a coordenação do NASF por três anos, e há dois anos coordenava o PSE no mesmo município (desde 2013). Possuía um expressivo volume de capital social e moderado capital burocrático, mas sem qualquer engajamento político ou militante.

A apoiadora institucional nasceu, morou e estudou até a conclusão do ensino médio em um município próximo a M1. Pai comerciante e a mãe professora da rede estadual de ensino público. Graduou-se em Enfermagem e especializou-se em Saúde

Pública. Iniciou a trajetória profissional atuando no PSF de um município da região por dois anos. Foi aprovada em concurso público em M1, onde atuou no PSF por três anos, e estava na função de apoiadora institucional há três anos (desde 2012). Possuía moderado volume de capital burocrático, mas sem qualquer engajamento político ou militante.

As três enfermeiras que atuavam no PSF do território das escolas eram originárias de famílias com moderado volume de capital econômico e social. Todas eram especialistas em saúde pública, servidoras da rede municipal de saúde, construíram a trajetória profissional atuando exclusivamente no PSF do M1, todas atuavam como coordenadoras da USF em média há mais de 8 anos. Possuíam moderado volume de capital burocrático, baixo volume de capital militante (participavam da associação de moradores do território da USF), mas sem qualquer engajamento político.

A educadora física do NASF, nasceu no Estado de Minas Gerais e mudou-se, ainda na infância, para o M1. Pai funcionário da Embasa e mãe professora da rede municipal de ensino público. Graduou-se em Educação Física em Salvador, com especialização em Saúde Pública. Foi aprovada em concurso público há três anos, ocasião em que foi convidada para compor a equipe do NASF de M1. Possuía baixo volume de capital burocrático, pequeno volume de capital militante (participava da associação de moradores do território da USF) e sem qualquer engajamento político.

A nutricionista do NASF nasceu no Estado do Rio Grande do Norte e mudou-se na infância para M1, onde morou e estudou até a conclusão do ensino médio. Pai oficial da Marinha, mãe falecida. Coursou a graduação em uma instituição de ensino superior de um município da região. Possuía especialização em Saúde Pública, e atuava no NASF há três (desde 2012), quando foi aprovada em concurso público. Possuía baixo capital burocrático e sem qualquer engajamento político ou militante.

A maioria dos agentes (dos dois setores) que se envolveram com a implementação da intervenção Prose foram convidados pelos pesquisadores (agentes da pesquisa). Inicialmente, os pesquisadores apresentaram a proposta aos gestores que, a partir da assinatura do termo de anuência, assumiram um posicionamento

favorável a implementação da intervenção. Os gestores indicaram alguns profissionais para viabilizar a interação inicial com os demais profissionais. O Secretário Municipal da Saúde apresentou o coordenador geral da saúde, que assumiu a posição de *porta-voz*³⁰ dos gestores, devido ao seu alto volume de capital burocrático e simbólico. Este, com um grande apoio da coordenadora do PSE (saúde) e dos agentes da pesquisa, conseguiu traduzir a questão colocada pela intervenção Prose ao interior dos dois subespaços, convencendo os distintos agentes a participar.

“Essa parte do trabalho de convidá-los pra o programa foi feita em conjunto com a equipe do PROSE, com a equipe do ISC, que nos visitou, isso aconteceu concomitantemente, e foi muito bom porque a equipe veio muito bem preparada, com os objetivos bem estruturados, com a proposta muito bem estruturada, e conseguiu, de imediato, sensibilizar os nossos profissionais, em especial a equipe de nutricionista e profissionais de educação física, eles manifestaram interesse de forma imediata, e não foi difícil pra gente da gestão conseguir sensibilizar e convencer os nossos colegas a trabalhar nesse programa não”. (E19).

“Nós (coordenadoras do PSE e coordenador geral da saúde) tivemos algumas reuniões com a equipe de organização do PROSE e com alguns profissionais da saúde. No momento de apresentação para as escolas, que durou alguns dias, eles transmitiram a proposta, o projeto, e foi muito bem aceito também”. (E5).

Inicialmente, os agentes da pesquisa e os coordenadores (PSE e coordenador geral) estabeleceram contato com outros agentes do subespaço burocrático (dos dois setores), os coordenadores do PSE e apoiadores institucionais, e, posteriormente, com aqueles que ocupavam cargos técnicos nos subespaços institucionais (diretores, professores e profissionais de saúde da ESF e NASF). O contato com os escolares, merendeiras, pais dos escolares e vendedores de alimentos do entorno escolar se deu nas oficinas de trabalho realizada pelos agentes de pesquisa, com o apoio dos diretores das escolas, coordenador geral da saúde e coordenadoras do PSE (dos dois setores). Todos assumiram um posicionamento favorável quanto a participação na implementação da intervenção.

Os profissionais de saúde, especialmente do NASF, se interessaram em participar da intervenção, principalmente por estarem em busca de reconhecimento profissional. O educador físico do NASF (E26) relatou durante a entrevista que a

³⁰ Funcionário ou o *expert* investido de uma autoridade estatal e como membro de um grupo, substitui o grupo e fala através dele, oficialmente se vê investido de poder agir e falar. (BOURDIEU, 2004 p.167-168)

participação em projetos que agregavam duas secretarias municipais poderia induzir um maior reconhecimento profissional no município (tendo em vista que o NASF havia sido implementado há pouco mais de 4 anos), e poderia possibilitar novas oportunidades profissionais. O interesse dos professores parecia estar mais relacionado a disputas com os profissionais de saúde, especialmente do NASF, mas, também, por receio de perdas de reconhecimento profissional no subespaço de origem, especialmente perante aos alunos.

“Eu participei do Prose, pois os educadores físicos do NASF vivem aqui na escola, propondo a prática de novos esportes e os alunos tem se interessado mais pelas aulas deles. Para nós fica mais difícil inovar... a aula é curta. Eles fazem estas atividades em horários mais diversificados e tem mais liberdade. Com o Prose podem surgir mais opções e possibilidades de outras atividades”. (E53).

As merendeiras e os alunos demonstraram interesses meramente impulsionados pelas posições que ocupavam no interior das instituições e assumiram uma posição mais neutra e passiva frente a Intervenção Prose.

Quadro 18 – Volume dos diferentes tipos de capital e posições ocupadas no subespaço da saúde e educação no município 1.

POSIÇÃO OCUPADA NO SUBESPAÇO	SUBESPAÇO SOCIAL	TIPO DE CAPITAL					
		CSi	CE	CSo	CB	CP	CM
Secretário de Educação	Político/Burocrático	M	A	AA	A	M	A
Secretário de saúde (M1)		M	M	AA	A	M	A
Coord. Geral da Saúde/Coord. AB (M1)	Burocrático/Militante	B	M	AA	M	B	A
Coordenadora técnica PSE (M1) (Educação)		B	B	A	M	B	A
Coordenadora PSE/ Saúde (M1)	Burocrático	B	M	AA	M	B	-
Apoiadora Institucional		B	M	AA	M	B	-
Enfermeira ESF (M1)	Institucional/Burocrático	B	M	AA	B	B	B
Enfermeira ESF (M1)		B	M	AA	B	B	B
Enfermeira ESF (M1)		B	M	AA	B	B	B
Nutricionista NASF (M1)		B	M	AA	B	-	-
Educadora Física NASF		B	M	AA	B	B	B
Vice-diretora (M1) (C1)		M	M	A	M	B	B
Prof. Português/ Ex-diretora (M1) (C1)	Institucional	B	B	A	B	B	B
Professor história (M1)		B	B	A	-	-	-
Prof. Matemática (M1) (C1)		B	B	A	-	-	-
Prof. Geografia (M1) (C1)		B	B	A	-	-	-
Prof. Ciências (M1) (C2)		B	B	A	-	-	-
Prof. Ed. Física (M1) (C2)		B	B	A	-	-	-
Prof. Ed. Física (M1) (C2)		B	M	A	-	-	-
Prof. Português (M1) (C2)		B	B	A	-	-	-
Aluna (M1) (C1)		-	-	-	-	-	-
Aluna (M1) (C1)		-	-	-	-	-	-
Aluna (M1) (C1)		-	-	-	-	-	-
Aluna (M1) (C1)		-	-	-	-	-	-
Aluno (M1) (C2)		-	-	-	-	-	-
Aluno (M1) (C2)		-	-	-	-	-	-
Merendeira (M1) (C1)		-	-	-	-	-	-
Merendeira (M1) (C2)		-	-	-	-	-	-

Legenda 1: SE: subespaço; CE: capital escolar; CSi: capital simbólico; CB: capital burocrático; CP: capital político; CM: capital militante; CSo: capital social.

Legenda 2: AA: muito alto; A: alto; M: médio; B: baixo.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Quadro 19 – Síntese da trajetória dos agentes envolvidos na implementação da intervenção PROSE e PSE no município 1.

POSIÇÃO OCUPADA NO SUBESPAÇO SOCIAL	SÍNTESE DA TRAJETÓRIA
Secretário de Educação (M1)	Nascido em Nova Canaã, pai comerciante, mãe professora, estudou ensino infantil e fundamental no município de M1 e em Itapetinga no ensino médio curso de técnico agrícola. Filiado ao Partido dos Trabalhadores desde a década de 1990, foi candidato a vereador em 1992 (sem êxito), entre 2007 e 2012 foi diretor da EBDA. Graduado em história pela UESB, mestrado em história do Brasil e especialização em Cultura Afro Brasileira, professor concursado da rede estadual de ensino público. Atua como secretário de educação.
Secretário de saúde (M1)	Nascido em Salvador em 1981, mudou-se para M1 em 1986, pai e mãe aposentados (professor estadual), estudou no colégio estadual dr. Roberto Santos em Poções no ensino médio e fundamental, graduado em Zootecnia (UESB/Itapetinga), Graduado em Direito (Fainor/Vitória da Conquista), especialização em meio ambiente (UESB/Itapetinga). Trabalhou com zootecnia durante 05 anos nos municípios de Salvador e Senhor do Bonfim (área de Ovinocultura), e assumiu cargos de coordenação na secretaria de agricultura pela prefeitura do Município de Mirante. Atualmente exerce o cargo de Secretário de Saúde M1 desde 01/11/ 2013.
Coordenadora técnica PSE (M1) (Educação)	Nascida em Novo Hamburgo (RS), onde estudou até a metade do Ensino Médio. Pais falecidos. Mudou-se para M1 aos 17 anos de idade, onde trabalhou na Caixa Econômica Federal (contrato temporário). Graduou-se posteriormente em pedagogia (UESB/Vitória da Conquista), atua na coordenação técnica do PSE na secretaria de Educação do M1 desde 2013 e é militante no subespaço da educação.
Coord. Geral da Saúde/ Coord. AB (M1)	Nascido em Vitória da Conquista, onde morou e estudou até concluir o ensino médio. A mãe técnica de enfermagem aposentada, pai funcionário autônomo. Graduado em Enfermagem (UESB/JEQUIÉ) em 2005, especializou-se em Saúde Pública, trabalhou no PSF do Município de Mirante durante três anos (implantou o programa no município com o restante da equipe). Desde 2008 (quando aprovado em concurso público municipal) exerce cargos de coordenação na secretaria municipal de M1 (central de regulação, central de marcação de exames, programa de hanseníase e tuberculose, assumiu também a coordenação municipal da Atenção Básica de M1 por dois anos e atualmente exerce o cargo de coordenador geral da saúde no M1.
Enfermeira /Apoiadora Institucional (M1)	Nascida em Vitória da Conquista, onde estudou até o ensino fundamental, o ensino médio estudou em Salvador. Pai comerciante, mãe professora. Graduada em Enfermagem (UFBA), especialização em Saúde Pública, e em UTI intensivista. Trabalhou no PSF no município de Bom Jesus da Serra e quando aprovado em concurso público municipal em M1 passou a trabalhar no PSF por três anos. Há dois anos exerce o cargo de apoiadora institucional.
Coordenadora do PSE (saúde) (M1)	Nascida em Jequié, estudou até ensino médio em M1. Pais eram comerciantes. Graduada em nutrição (FTC/Vitória da Conquista em 2009). Especialização em Saúde Pública. Trabalhou PSF no município de Planalto (BA), e em 2010 assumiu a coordenação da Merenda Escolar do município de Mirante (BA). Em junho de 2010 contratada para trabalhar no NASF em M1, atuou por dois anos, em 2012 foi convidada para coordenar o NASF. Atualmente coordena o PSE (M1) há três anos.
Enfermeira ESF (M1)	Nascida em M1, onde estudou até concluir o segundo grau. Pai pecuarista e mãe professora. Aos 17 anos foi cursar a graduação em Enfermagem (Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública) em Salvador. Retornou a M1 quatro anos depois em 2013 e trabalha no PSF. Especialista em urgência e emergência e em Saúde coletiva.

Quadro 19 – Síntese da trajetória dos agentes envolvidos na implementação da intervenção PROSE e PSE no município 1. (Continuação)

CARGO OCUPADO NO SUBESPAÇO SOCIAL	SÍNTESE DA TRAJETÓRIA
Nutricionista NASF (M1)	Nascida em Natal (RN), pai oficial da marinha, mãe falecida. Mudou-se para M1, onde estudou até o 3º ano do ensino médio em escolas públicas. Graduada em nutrição (FTC/Vitória da Conquista). Especialização em Saúde Pública. Foi aprovada em concurso público e atua no NASF há três anos.
Ed. Física NASF (M1)	Nascida em Teófilo Otoni, Minas Gerais, mudou para M1 com quatro anos de idade, onde estudou até o fim do ensino médio. Pai funcionário da Embasa e mãe professora. Graduada em Educação Física (UFBA/Salvador). Especialização em Saúde Pública. Morou 17 anos em Ibicaraí e há três anos foi aprovada em concurso público e trabalha no NASF de M1.
Vice-diretora (M1) (C1)	Nascida em Salvador. Pai bancário, mãe professora. Mudou-se para M1 com três anos, e estudou até o 3º ano em escolas públicas do município. Graduada em Ciências Biológicas (UESB/Vitória da Conquista). Desde 2012 é vice-diretora e professora concursada no colégio Estadual.
Prof. Português (M1) (C1)	Nascida em Teófilo Otoni, Minas Gerais, mudou para M1, onde estudou até o final do Ensino Médio (em escolas públicas). Pai agricultor, mãe secretária. Graduada em ciências biológicas (UESB). Professora concursada Assumiu cargo de diretora por quinze anos. Atualmente é professora de língua portuguesa no colégio estadual (C1).
Professor de história (M1) (C1)	Nascido em M1, onde estudou até o último ano do ensino médio. Pais agricultores. Graduado em História (UESB/Vitória da Conquista). Professor concursado no colégio estadual C1 há 22 anos.
Prof. Ciências (M1) (C2)	Nascido em M1, onde estudou até o último ano do ensino médio. Pai pecuarista e mãe dona de casa. Graduado em matemática. Professor concursado da rede estadual no C1 desde 2002.
Prof. Ed. Física (M1) (C2)	Nascido em M1, onde estudou até o último ano do ensino médio. Pai agricultor, mãe dona de casa. Graduado em Educação Física. Professor concursado de educação física no C2.
Prof. Ed. Física (M1) (C2)	Nascida em M1 onde estudou até o último ano do ensino médio. Pais comerciantes. Graduado em Educação Física (UCSAL/Salvador). Especialização na área de coordenação e gestão da educação. Atualmente é professor concursado no colégio estadual C2.
Prof. Língua Portuguesa (M1) (C2)	Nascida em Morrinhos, um povoado a 7km de M1, mas morou e estudou até o 3º ano do ensino médio em M1. Pais agricultores. Graduação a distância licenciatura em pedagogia (UNOPAR). Professora concursada há 4 anos.
Aluna (M1) (C1)	Nascida em Planalto. Mãe professora, pai falecido. Estuda em M1 desde a infância e está cursando o 3º ano do ensino médio no colégio C1. Foi aluna multiplicadora do projeto Prose.
Aluno (M1) (C2)	Nascida em M1, pai vigia em colégio, mãe, dona de casa, estudou em M1 desde da infância. Está cursando o 3º ano do ensino médio no colégio C2. Foi aluna multiplicadora do projeto Prose.
Merendeira (M1) (C1)	Nascida em M1 e após concluir o ensino médio começou a trabalhar como merendeira no colégio estadual. Pai agricultor, mãe dona de casa. Trabalha no cargo há 14 anos.
Merendeira (M1)	Nascida em M1 e após concluir o ensino médio começou a trabalhar como merendeira no colégio estadual. Pai agricultor, mãe costureira. Trabalha no cargo há 2 anos.

Quadro 19 – Síntese da trajetória dos agentes envolvidos na implementação da intervenção PROSE e PSE no município 1. (Conclusão)

CARGO OCUPADO NO SUBESPAÇO SOCIAL	SÍNTESE DA TRAJETÓRIA
Enfermeira ESF (M1)	Nascida em Salvador, pai técnico de mecânica e mãe dona de casa. Mudou-se para M1 aos 10 anos de idade. Estudou até o 3º ano do ensino médio em escolas públicas. Graduada em Enfermagem (FTC/Vitória da Conquista). Especialização em Gestão em Saúde e em Saúde Pública. Trabalha no PSF no município 1 há 8 anos.
Enfermeira ESF (M1))	Nascida em Salvador em 1980. Pai farmacêutico, mãe enfermeira. Mudou-se para M1 com três anos, e estudou até o 3º ano em escolas da rede privada de ensino do município. Em 2003 Graduiu-se em enfermagem (UESB). Especialização em Saúde Pública. Desde 2006 trabalha em PSF no M1.
Prof. Matemática (M1) (C1)	Nascida em Belo Horizonte, Minas Gerais, mudou para M1 com 2 anos de idade, onde estudou até o final do Ensino Médio (em escolas públicas). Pai comerciante, mãe secretária. Graduado em matemática (UFBA). Assumiu cargo de professor quando foi aprovado em concurso público do Estado da Bahia há quinze anos. Atualmente é professor de matemática no colégio estadual (C1).
Professor geografia (M1) (C1)	Nascido em M1, onde estudou até o último ano do ensino médio. Pais agricultores. Graduado em geografia (UFBA). Professor concursado no colégio estadual C1 há 22 anos.
Aluno (M1) (C1)	Nascido em M1, pai segurança e mãe dona de casa. Sempre morou no município e estava cursando o 3º ano do ensino médio em 2014.
Aluno (M1) (C2)	Nascido em São Paulo (capital) e mudou-se para M1 aos dez anos de idade. Pai motorista de ônibus e mãe professora da rede municipal de ensino público. Em 2014 estava cursando o 3º ano do ensino médio no colégio C2. Foi aluno multiplicador do projeto Prose.
Aluna (M1) (C1)	Nascida em Planalto, mas sempre estudou em M1 filha adotiva de um casal de idosos aposentados e ex-comerciantes (profissionais liberais). Pais biológicos falecidos. Em 2014 estava cursando o 3º ano do ensino médio no colégio C1. Foi aluna multiplicadora do projeto Prose.
Aluno (M1) (C2)	Nascida em M1, mas morou. Pai pastor de igreja evangélica e mãe dona de casa Em 2014 estava cursando o 3º ano do ensino médio no colégio C2.
Aluna (M1) (C1)	Nascida em M1 onde reside na zona rural. Mãe professora, pai agricultor. Estuda em M1 desde a infância e está cursando o 3º ano do ensino médio no colégio C1. Foi aluna multiplicadora do projeto Prose.

Fonte: Elaborado pelo autor.

8.1.2. A rede de relações: prévias e as novas relações constituídas

A partir das entrevistas e análise documental (relatórios de acompanhamento da Intervenção Prose) foi reconstituída a rede de relações entre os agentes envolvidos na implementação da intervenção Prose. O sociograma³¹ construído permitiu averiguar a existência de vínculos/laços de influência entre os agentes, objetivos comuns, relações de afinidade, bem como a existência de grupos e/ou subgrupos nos dois subespaços onde se deu a implementação da intervenção. O sociograma descreveu as interações e relações prévias (estabelecidas antes da implementação da intervenção Prose), as relações intermitentes (relações ocasionais entre os agentes), e as interações decorrentes do convite para participar da Intervenção. Estas relações foram descritas no fim deste tópico, na Figura 4.

As relações prévias entre os agentes do alto escalão (secretários de saúde) eram restritas a articulação para formalização, implementação e/ou avaliação de políticas e programas conjuntos. Os agentes que compunham o setor da saúde, sobretudo em cargos na gestão, possuíam relações prévias entre si e ocupavam importantes posições no subespaço burocrático (coordenador geral da saúde, coordenadora do PSE, apoiadora institucional), o que foi propício para a organização e desenvolvimento da intervenção. E as relações entre estes e os profissionais de saúde em cargos técnicos também eram sólidas.

No setor da educação, os agentes também possuíam relações prévias entre si, mas muito mais concretas e bidirecionais entre os agentes localizados nas instituições escolares, ao mesmo tempo, condicionadas as atribuições (na condição de professor ou aluno) específicas do ensino formal ou a coordenação das instituições. A relação precedente entre a coordenadora técnica e os diretores e professores era praticamente inexistente e restrita a contatos por meio telefônico ou a visitas rápidas às instituições em decorrência de eventos ou ações de projetos/programas desenvolvidos nestes locais. As interações entre os profissionais de saúde da ESF e

³¹ O volume do capital social que um agente individual possui (assim como o grupo ao qual ele pertence) depende do volume de capital que possui cada um de seus membros bem como do grau de interação entre eles. (BOURDIEU, 1980).

NASF e os diretores e professores das escolas eram ocasionais e pontuais, também condicionadas, na maioria das situações, a interações necessárias com o objetivo de formalizar o desenvolvimento de ações de saúde direcionadas aos escolares.

“Antes do Prose e do PSE, a gente quase não tinha vínculo nenhum com a educação né? Fazia uma atividade esporádica ou outra na escola, uma palestra né? Aí era uma coisa mais pontual, voltada, basicamente, a uma ou outra escola, e não tinha uma programação, não tinha nada”. (E25).

Novas relações emergiram a partir da adesão e, principalmente, durante a fase preparatória que antecedeu a implementação da Intervenção. No percurso da fase preparatória, os pesquisadores, progressivamente, conseguiram estabelecer novos contatos com os profissionais considerados prioritários para o desenvolvimento da intervenção (coordenadores do PSE, profissionais de saúde, diretores das escolas, escolares, merendeiras). Nas oficinas de trabalho obtiveram o apoio dos diretores, inclusive no que diz respeito a convocação dos vendedores de alimentos do entorno escolar e pais dos escolares. Contudo, vale a pena salientar que a participação presencial de um pequeno número de vendedores de alimentos do entorno escolar e dos familiares dos escolares ocorreu apenas durante as oficinas na fase preparatória. Após este evento, os diretores das escolas tentaram estabelecer novos contatos com os pais e vendedores ambulantes de alimentos, mas não obtiveram êxito.

Os vendedores alegaram que o projeto poderia prejudicá-los, pois dependiam do comércio dos mesmos produtos que já vinham comercializando (refrigerantes, salgados fritos ou assados, salgados industrializados e doces), pois tinham um custo acessível para eles e para os clientes, inclusive para os alunos. Com os familiares dos escolares, após a participação na oficina de Trabalho, os contatos presenciais não foram possíveis, uma vez que os mesmos alegaram incompatibilidade entre o horário agendado para as reuniões nas escolas e o horário em que estavam cumprindo a jornada de trabalho. Diante deste impasse, os contatos com os familiares dos escolares passaram a ser realizados por meio de ofícios, apenas contendo informes sobre atividades que seriam realizadas com os escolares e os resultados parciais e finais obtidos com a implementação da intervenção nas escolas.

Com os demais agentes (professores, profissionais de saúde da ESF e NASF e diretores), a partir da pactuação de um plano de ação para a organização das atividades, definição de atribuições entre eles e prazos para a implementação das ações, novos movimentos e interações tornaram-se necessários. O movimento dos agentes para implementar a intervenção emergiu em um cenário no setor saúde, expressivamente favorável, sobretudo porque, apesar de ter sido iniciado pelos agentes da pesquisa, foi conduzido por técnicos e coordenadores com importante trajetória no setor e especificamente na AB local, que assumiram um posicionamento ativo frente as decisões e ações relacionadas ao desenvolvimento da intervenção. Era um grupo relativamente coeso, com objetivos semelhantes, buscava a qualificação da Atenção Básica e estava empenhado em implementar o Programa Saúde na Escola no município (fato que pode ter contribuído para um maior interesse dos agentes deste setor, pois, para alguns deles, a implementação do Prose iria facilitar a implantação do PSE). Especificamente, o coordenador geral da saúde assumiu importante papel na constituição de novas interações com o setor da educação, inclusive levando a proposta de forma incisiva ao interior das instituições de ensino. Para Bourdieu (2004 p. 156), os *corporate bodies*³² eram grupos permanentes dotados de representação e que tinham muito mais possibilidade em ser bem-sucedido na medida em que os agentes pretendiam reunir, unificar, constituir como grupo estavam mais próximos no espaço social.

No setor educação, as relações entre os agentes não pareciam ser tão sólidas. Um exemplo desta fragilidade foi o posicionamento neutro assumido pela coordenadora técnica do PSE da secretaria municipal de educação ante as etapas de desenvolvimento da intervenção no município. No momento inicial, quando era necessário um maior contato com as instituições de ensino, a coordenadora apenas reforçou o convite aos diretores e os professores das duas escolas para participar da intervenção.

³² Para Bourdieu, são uma espécie de grupos permanentes, dotados de órgãos permanentes de representação, de siglas, etc., tem muito mais possibilidade de ser bem-sucedido na medida em que os agentes que se pretendem reunir, unificar, constituir como grupo, estiverem mais próximos no espaço social (1 logo, pertencentes à mesma classe no papel) (BOURDIEU, 2011).

Ante ao convite, os diretores se posicionaram de forma mais ativa e acabaram por estendê-lo à comunidade escolar (merendeiras, alunos e pais de escolares). Dentre os agentes do C1, os professores de educação física e um professor de geografia, principalmente, passaram a incentivar de forma mais direta e constante os demais colegas e os alunos.

As interações entre os agentes dos dois setores tornaram-se progressivamente mais recorrentes e intensas a partir da composição e institucionalização do GTI-M do PSE local (conforme preconizado pelas normas técnicas do PSE, e tendo em vista que o Programa Saúde na Escola estava sendo implantado concomitante a Implementação da Intervenção Prose). O GTI-M foi composto primordialmente pelos representantes dos gestores das duas secretarias (coordenadores do PSE coordenador geral da saúde), representantes das ESF e NASF, representantes das escolas municipais e estaduais (diretores e professores).

“E aí, diante disso [do projeto Prose] nós conseguimos em 2013 formalizar o grupo de trabalho. Essa formalização se deu através de uma portaria conjunta pelos dois secretários. Isso aconteceu em junho de 2013 (salve o engano) e houveram uma série de reuniões que antecederam a publicação da portaria municipal. Faziam parte do processo mesmo, de formação do GTI-M, né? Foram reuniões muito interessantes em que também discutíamos sobre o desenvolvimento do Prose, até com a secretaria municipal de educação [com a coordenadora do PSE]”. (E5)

Neste novo subespaço intersetorial (GTIM-PSE), ainda que prevalecessem diferentes pontos de vista entre os agentes dos dois setores, foi possível criar um espaço de relações objetivas³³ e necessárias.

“E aí com a implantação do GTI, aqui no município as ações que eram antes muito centralizadas na saúde, foram descentralizadas, que a proposta era articular componente 1 e componente 2, e componente 2 mais no âmbito na educação e a gente não estava conseguindo descentralizar essas ações para a educação e com a formação do GTI, isso ficou muito mais evidente, muito mais claro para a equipe de educação sobre essa necessidade de dividir essas responsabilidades e atribuições para eles”. (E19).

Contudo, as interações recorrentes revelaram alguns conflitos e disputas diante da necessidade de aproximação de agentes de setores distintos, e da inexperiência em estabelecer um processo de trabalho intersetorial, com planejamento conjunto e

³³ Relações entre as posições ocupadas nas distribuições dos recursos que são ou podem se tornar operantes, eficientes. (BOURDIEU, 2004 p.154).

sistemático para implementação de um programa. As disputas estavam principalmente relacionadas a legitimação de qual setor assumiria a coordenação mais efetiva do PSE, e do Prose.

“Existia aquele cabo de guerra, aquela fogueira de vaidades, as pessoas formavam seus próprios grupo na secretaria de saúde e na secretaria de educação, conforme interesses políticos e pessoais. E no momento da reunião, quando fomos apresentar as propostas do PSE, um grupo só falou (a saúde) e o outro que dizia sempre tentar fazer as coisas (secretaria de educação) não fez. Lá tinha muito ruído, mas a comunicação era quase inexistente Aqui, a nossa gestão (saúde) é muito aberta, comunicativa, todos podem participar... não sei se isso também acontecia na secretaria de educação” (E19).

“Alguns colegas dizem que o PSE veio para a saúde, mas só que na verdade é um programa de saúde e educação, é dos dois! Quando chega para uma secretaria, e aí você tem que passar para outra. O que eu acho é que a educação não queria problema, queria participar do projeto, receber o mérito final, mas sem muito envolvimento na organização. Mas não dava, tínhamos que definir as questões. Na verdade, depois que você compreende que é um programa das duas secretarias, né? Tem que tentar trabalhar junto, mas a verdade é que a saúde tomou a frente, nós colocamos o PSE para funcionar”. (E17).

Neste novo subespaço articulado, no começo das atividades, prevaleceram incompatibilidades relacionais entre alguns agentes que disputavam o domínio ou coordenação das reuniões. Mas, sobretudo, predominaram decisões derivadas do *habitus* dos agentes relacionadas as preferências dos seus respectivos espaços de origem (um espaço construído com base na distribuição de capital e onde existia maior probabilidade de serem estáveis e duradouros, pois compartilhavam *habitus* comum), e que, na maioria das situações, não admitiam *ceder lugar* a ações ou mesmo questionamentos dos agentes do subespaço oposto.

“Era muito difícil. Organizávamos as reuniões, os documentos, as pautas e na hora de decidirmos, a educação sempre dizia que não estava certo, e queriam mudar tudo. Chegamos a discutir e cancelar mais de uma reunião, devido a estes questionamentos repentinos!” (E19).

“Não tem intersetorialidade se a gente não tiver vontade, solidariedade, não tiver paciência... para conversar e pensar estratégias juntos, para poder qualificar ações que já estão dadas no território”. (E5).

Ainda que existissem pontos de vistas antagônicos, ante a necessidade de aproximação dois subespaços (saúde e educação), o GTI-M constitui-se em uma

comissão³⁴ em que estavam concentrados o poder burocrático de normalização do Estado, e teve importante papel na organização das próprias ações do Prose e na construção de um discurso que contemplou a necessidade de negociação entre os demais agentes dos dois subespaços, para que a intervenção pudesse ser efetivamente desenvolvida no município. O planejamento sistemático, o posicionamento ativo dos membros do GTI-M acompanhando todo o processo de implementação da intervenção Prose viabilizou e reforçou as interações entre os profissionais de saúde, os diretores das escolas e professores.

“O GTI para poder fazer esse trabalho [Intervenção Prose], os profissionais [representantes] acompanharam mais de perto isso aí, sempre conversando com as escolas, com o NASF, com a ESF e mobilizavam as diretoras... para começar a desenvolver a proposta do Prose, estávamos sempre acompanhando os profissionais dos dois setores e conversando mesmo, né?” (E17).

A participação mais ativa dos escolares e seus familiares ou até mesmo de outros agentes do território, a exemplo das merendeiras, neste momento de definição de prioridades, planejamento e programação das ações, não foi identificada. Um fato que comprovou o posicionamento neutro dos escolares e, por vezes, passivo neste processo foi relatado por uma das professoras do C2:

“Propomos aos alunos, aqueles multiplicadores, que fizessem reuniões com os demais e nos trouxessem demandas que pudessem direcionar algumas propostas no GTI-M e que eles comparecessem as reuniões. Nunca obtivemos um retorno”. (E52).

Para a vice-diretora da escola C1:

“Os alunos não entenderam mesmo, o que era a função de multiplicador. Mas, eu assumo a culpa, deveríamos ter incentivado mais esta participação, era tudo novo para eles...era difícil.” (E38).

³⁴ Para Bourdieu, as comissões são uma forma de organização social constituída por um conjunto de pessoas, reconhecidas como habilitada e noemadas pelo Estado para desempenhar uma função burocrática ou um ato do Estado ou para administrar os poderes públicos. Para o referido autor, “as comissões públicas são encenações, operações que consistem em encenar um conjunto de pessoas destinadas a desempenhar uma espécie de deama de reflexões sobre os problemas públicos”. (BOURDIEU, 2014 p.56).

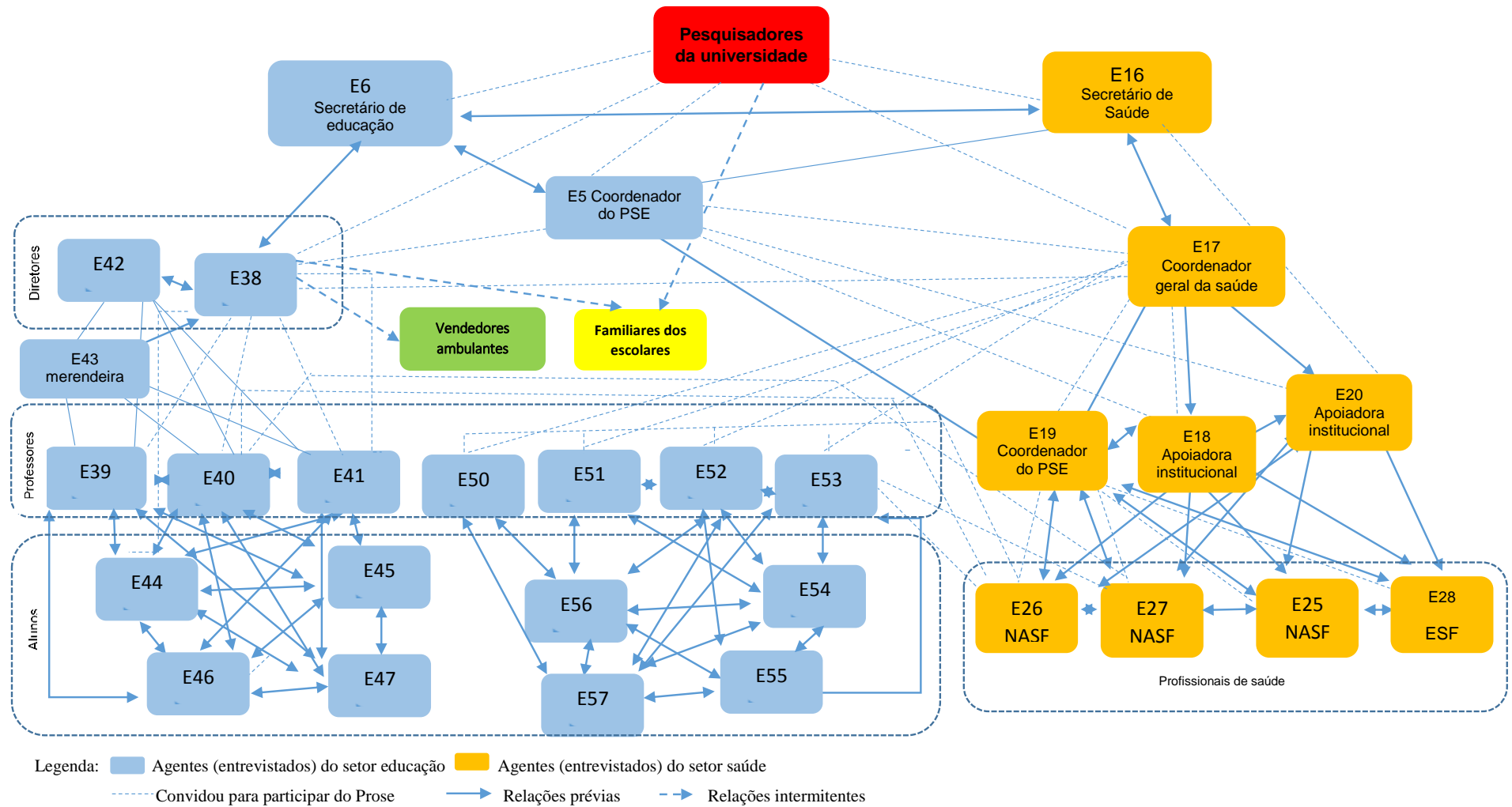


Figura 4 – Inter-relação dos agentes participantes da intervenção Prose no município 1.

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

8.1.3. A implementação da intervenção Prose no contexto do município 1

Neste tópico procedemos a exposição dos eventos, das relações entre os agentes e das controvérsias, disputas e conflitos que emergiram no percurso do desenvolvimento da intervenção no município 1.

8.1.3.1. O componente *Educação e comunicação*

As primeiras ações específicas desenvolvidas para implementar a Intervenção Prose estavam relacionadas ao componente *Educação e comunicação*. Este componente previu a realização de oficinas de capacitação conduzidas pelos professores ou profissionais de saúde, e direcionadas aos familiares dos escolares, às merendeiras e aos vendedores de alimentos do entorno escolar, objetivando discutir sobre alimentação saudável e técnicas dietéticas. Os profissionais de saúde do NASF e os diretores planejaram a realização de duas oficinas, uma com o propósito de alcançar a comunidade externa, a família dos adolescentes e o contexto comunitário (vendedores de alimentos do entorno escolar), e outra direcionada às merendeiras. Contudo, segundo o relatório parcial do Prose e a lista de frequência do evento, conseguiram realizar apenas uma oficina, conduzida pelas nutricionistas do NASF, e que contou com a presença das merendeiras, um número extremamente reduzido de familiares dos escolares e apenas três vendedores do entorno escolar.

Segundo os diretores e profissionais de saúde entrevistados, a baixa adesão dos familiares se deu devido aos horários agendados para realização das oficinas (turno diurno /horário comercial), quando a maioria cumpria a jornada de trabalho. Contudo, este fato não inviabilizou a utilização de outros meios de comunicação, tais como ofícios e cartas contendo informações sobre os resultados da intervenção na escola. Ademais, a maioria dos escolares relataram mudanças em relação aos alimentos consumidos em seus domicílios após a intervenção Prose, o que indica que os próprios alunos acabaram multiplicando as informações também com seus familiares. Um aluno do C1 relatou:

“Antes a gente comia de tudo e toda hora era uma besteira...ai, conversei, mostrei a página da internet, os jornaizinhos [boletins informativos distribuídos pelo Prose com resultados parciais e finais da intervenção] ...aí a

minha família passou a ingerir muito mais frutas e verduras e que antigamente [antes do Prose], a gente não jantava não...comia só pão e café com leite. Aí após as aulas e oficinas, ele conversou em casa...e a minha mãe passou a mudar as refeições, tinha sopas quase todos os dias e outros alimentos bem mais saudáveis.” (E46).

Um dos entrevistados expôs, que durante a realização de uma feira de saúde na escola C2, com o tema de alimentação saudável, a mãe de uma aluna descreveu que a filha contava tudo que acontecia na escola, enquanto participava das atividades em casa, e falava muito para diminuir o sal, açúcar e a gordura dos alimentos, e que a mãe da aluna, *“inclusive nos ensinou aqui na escola, no dia da feira de saúde, uma receita de tempero caseiro (e sem sal) que usava coentro, manjeriço, cebola e cebolinha batido no liquidificador, que a filha havia aprendido com a nutricionista do NASF.” (E50).*

Um professor relatou que via, no intervalo entre as aulas em classe, determinada aluna comendo salgadinhos industrializados, então passou a ver, alguns meses depois, a mesma aluna comendo uvas em um dia, uma maçã em outro, *“então elogiei ela e ela me disse que o colesterol estava alto [resultados de exames laboratoriais indicou elevada taxa de colesterol] e que os pesquisadores do Prose haviam alertado...e disse que conversou até com os pais e mostrou os exames, aí a mãe mudou a dieta de todo mundo em casa.” (E40).*

Estes fatos demonstram, conforme previsto, que a intervenção abrangeu, de certa forma, a comunidade familiar.

Uma das merendeiras do C1 relatou, durante a entrevista:

“[alguns alunos] chegavam na janela do refeitório e perguntavam a receita de alguns alimentos e eles falavam que queriam ensinar as mães deles, pois a merenda estava muito gostosa. E a gente dava, né?” (E43).

A outra merendeira do colégio contou um outro episódio semelhante:

“Ah, lembro que uma vez, um aluno trouxe a mãe aqui, só para eu ensinar a receita de um bolo de verdura que eu tinha feito. Fiquei até envergonhada, mas eles são assim mesmo...e ele me disse que ela fazia sempre. Quem me ensinou foi a nutricionista do NASF, vai até casca de algumas verduras, fervedas, né?” (E42).

No que tange a participação mais contundente dos vendedores de alimentos do entorno escolar nas oficinas de capacitação, segundo os diretores das escolas, a reduzida participação destes estava relacionada ao receio em ter que fechar o *estabelecimento comercial* ou ser impedido de comercializar os produtos, diante de um maior reconhecimento dos setores como a secretaria municipal de saúde.

“Um deles me falou que a vigilância sanitária ia estar lá e aí iriam proibir o comércio de alimentos, né? Todo mundo falando que não era bom, não era saudável, mas eles viviam disso”. (E38).

Para a educadora física do NASF:

“A secretaria de saúde podia ter feito um trabalho mais direcionado com os vendedores, né? Eles precisam trabalhar, não tem outro meio para viver, se eles tivessem a licença [para comercializar], poderiam ficar mais animados em mudar, né?” (E27).

Entre as atividades previstas por este componente constava, também, a realização de entrevistas em rádios comunitárias sobre as principais temáticas da Intervenção Prose: alimentação saudável e prática de atividade. Constatou-se, por meio das entrevistas e análise dos relatórios de acompanhamento, a realização de apenas uma entrevista, na fase preparatória, realizada com o auxílio dos agentes da pesquisa. Os agentes entrevistados não consideraram esta atividade prioritária, segundo eles próprios disseram. Apenas a coordenadora do PSE (setor saúde) ponderou:

“As entrevistas poderiam proporcionar um maior alcance das nossas ações e ajudariam tanto a divulgar as ações do Prose, quanto a instituir uma ligação com a comunidade para as ações do PSE. Pena que os profissionais não entenderam desta forma”. (E19).

Em síntese, observou-se que os agentes apresentaram maior êxito nas ações direcionadas aos escolares e ao interior das instituições, em detrimento das ações que previam interações com a comunidade externa. Para Bourdieu:

A mediação operada pelo *habitus* entre, de um lado, as estruturas e suas condições objetivas e de outro as situações conjunturais, com as práticas por elas exigidas, acabam por conferir um espaço restrito e mensurável, que encerra as possibilidades objetivas de inovação e transformações sociais. (BOURDIEU, 2013).

8.1.3.2. A implementação do componente *Ensino Formal*

Para a implementação das atividades em classe relacionadas ao componente *Ensino formal* da intervenção, o primeiro movimento empreendido pelos profissionais envolvidos, inclusive os membros do GTI-M, foi a tentativa de incluir o plano de ação, pactuado anteriormente, nos Planos Políticos Pedagógicos (PPP) das escolas participantes da Intervenção. A intervenção Prose buscou reforçar esta inclusão, conforme preconizado pelo PSE, na tentativa de promover a institucionalização e sustentabilidade das ações, por meio de uma reflexão conjunta, objetivando a inclusão das ações na rotina da escola. Contudo, neste município (e nos demais) não foi possível incluir no primeiro ano de implementação do Prose, pois os PPPs já haviam sido planejados e encaminhados para outras instâncias da secretaria municipal de educação para compor o planejamento anual, quando o projeto foi apresentado, não sendo possível realizar alterações.

A inclusão de temáticas relacionadas ao setor saúde no currículo das EPS, para Gomes (2009), deve ocorrer por meio da infusão no conteúdo dos componentes curriculares, por meio de uma abordagem transversal da EPS, e em disciplinas específicas. O autor salienta, também, a necessidade de formação de professores em nível superior, que possam assegurar a construção de escolas cada vez mais promotoras de saúde.

Adicionalmente, neste componente, recomendava-se a realização de oito sessões temáticas, contudo, ante a este impasse, no primeiro ano, as aulas temáticas foram incluídas no cronograma da programação dos componentes curriculares conduzidos pelos professores que se envolveram com o Prose. Contudo, no curso do desenvolvimento das ações, estiveram em jogo lutas de identidade e tentativas de imposição de diferentes pontos de vista relacionados aos respectivos subespaços de origem dos agentes. Dentre as questões explicitadas pelos agentes, estava a não aceitação da proposta de incluir as temáticas do Prose na programação dos componentes curriculares, bem como as divergências relacionadas às tentativas em cumprir o cronograma pactuado, conforme alguns relatos:

” Foi necessário realizarmos outras reuniões com os professores das disciplinas mais densas, como matemática e física, que não estavam cumprindo o cronograma pactuado para implementação do Prose. Depois de alguns encontros, conseguimos ajustar a programação do projeto ao cronograma de aulas”. (E 38).

“A nossa dificuldade maior é porque, assim, eles têm já todos os conteúdos programados para serem trabalhados durante o ano. Já vem tudo certo e não sei o que. Aí, se entra mais alguma coisa, eles acham que é extra, já acham que já tá cheio de trabalho, que não tem condições. Vou fazer o que? Vou forçar a escola a fazer?”. Tem que fazer, mas só que... Aí, a gente vê essa resistência assim. Fora que, às vezes, assim, o profissional de saúde também tem a sua agenda né? Aí, o ano que vem a gente vai ter que tentar... Tanto é que eu vou até conversar com a coordenadora do PSE, da educação, pra gente ver se a gente consegue articular melhor, fazer um planejamento, onde a gente pega algumas escolas e um profissional, vamos supor, um nutricionista”. (E19).

“O que eu sinto maior dificuldade, também, em relação ao programa, tipo assim, as escolas têm uma programação pedagógica para o ano todo. Então, eu sempre lutei pra que as escolas convidem a gente, pra, durante a programação pedagógica”. (E17).

“Em um dia cheguei aqui no colégio para dar aula do Prose no dia agendado, no cronograma e o professor simplesmente disse que não poderia ceder o horário, pois havia alterado com os alunos os assuntos e iria aplicar prova! Sai sem cumprir a atividade.” (E25).

Nas sucessivas interações entre os agentes para desenvolver as sessões temáticas, emergiram outras dificuldades que foram relacionadas a *linguagem* do material didático disponibilizado pelo projeto de intervenção Prose, distintas matrizes disciplinares e discursivas entre os agentes e setores, disputas de recursos de poder e legitimação em torno de um saber no subespaço da educação.

Os agentes dos dois subespaços (saúde e educação) relataram que a *linguagem* utilizada para a elaboração do material didático (as videoaulas) era *técnica e científica* e eles necessitaram dedicar um maior tempo para compreender e tentar traduzir as informações para os escolares. Apesar de, durante as Oficinas para capacitação dos agentes envolvidos realizada na fase preparatória da intervenção, os pesquisadores terem utilizado os mesmos materiais disponibilizados para a implementação das ações (materiais impressos e as videoaulas), sendo aplicados em exposições teóricas e interações práticas.

“As videoaulas não possuíam uma linguagem direta e acessível aos alunos, por isso eu as assisti e criei outros slides para levar para as atividades desenvolvidas em sala de aula...acho que deveriam ser mais apropriadas ao público, eles são adolescentes...dinâmicos”. (E52).

“Então são temáticas [do Prose] que já estão dadas e a gente fica tentando encontrar dispositivos que venha de fato fazer a diferença no território”. (E25).

O segundo ponto considerado restritivo também estava relacionado a diferentes estruturas discursivas, mas entre os agentes dos dois subespaços (saúde e educação). As temáticas abordadas nas videoaulas da intervenção Prose versavam sobre assuntos mais relacionados com a área da saúde e que, de certa forma, favoreciam as abordagens dos profissionais da saúde. Ao tempo em que, para alguns professores, a depender da área de graduação, se constituíam em temáticas mais distantes da rotina educacional. Para alguns agentes, estas diferenças implicaram em uma polarização de posicionamentos e de práticas³⁵ distintas, que acabou por constituir justificativas para o limite do desenvolvimento das ações pelos agentes do subespaço oposto, e implicou em um certo distanciamento na execução de ações.

“Eu tive muita dificuldade em conduzir a aula sobre suplementos alimentares. Eu tive que ler muito sobre o assunto, sou professor de Geografia, para mim essa temática não foi fácil. Para os profissionais da saúde era mais fácil, mas nós conduzimos a aula de um jeito e eles de outro, não dava para dividir. Um sempre falaria mais, né?” (E41).

Outra questão disputada entre os agentes dos dois subespaços foi a condução das aulas temáticas. Os professores com carreiras mais antigas mostraram-se mais resistentes em conduzir as aulas de forma compartilhada e com a presença de outros profissionais. Estes professores dominavam certas disciplinas (Matemática, Física, Língua Portuguesa), consideradas mais importantes ao interior das instituições e, geralmente, acumulavam controle na reprodução interna dos conteúdos. Esta hipótese foi indicada também na fala de outros professores, com menos tempo da carreira e que conduziam disciplinas consideradas *menos importantes* na hierarquia institucional (Geografia, História, dentre outras). Para estes, existiam disputas internas, instauradas pelas lógicas próprias que direcionavam a reprodução de certas hierarquias e estratégias de dominação no ensino formal, que podiam estar limitando o progresso das ações. Para Bourdieu, as relações constitutivas do subespaço de posições não revelam completamente seu sentido e sua função a não ser quando

³⁵ As práticas resultam da relação dialética entre a estrutura, por intermédio do *habitus* como *modus operandi* e uma conjuntura, entendida como as condições de atualização deste *habitus* e que não passa de um estado particular da estrutura (BOURDIEU, 2013c).

referidas as posições ocupadas por aqueles capazes de produzi-las, reproduzi-las e utilizá-las via de regra por meio de estratégias conscientes ou inconscientes em meio a um jogo cujo alvo é a legitimidade, do monopólio da produção, reprodução e da manipulação de bens simbólicos'. (BOURDIEU, 2013c, p.121).

“As minhas [aulas] foram diferentes [em comparação as aulas conduzidas pelos profissionais de saúde], apenas dei alguns exemplos sobre os temas do Prose nas disciplinas...se eu iria falar de matemática, usava os rótulos dos alimentos e a composição para construir alguns problemas. Porque, não adianta trabalhar só com um bocado de teoria, fazer, com os alunos, palestras, porque a gente vê que não adianta...O aluno, ele não tem esse compromisso de sentar, ouvir e discutir, entender... São poucos, são poucos alunos. Porque essa fase de adolescência é uma fase difícil”. (E39).

Percebeu-se, ainda, ponderáveis dissensos, sobretudo no que diz respeito a condução das aulas pelos profissionais da saúde (aulas e palestras conduzidas pelos profissionais de saúde), que, segundo os professores assumiram um papel autoritário e prescritivo, quando, em verdade, instituía-se uma nova disputa entre os agentes dos dois subespaços pelo predomínio de um saber legitimado pelo subespaço específico da saúde. Para um professor entrevistado:

“Os profissionais utilizavam abordagens da educação em saúde na condução das aulas, contudo, as aulas eram centradas na aprendizagem em sala de aula e não em uma abordagem que envolvesse o escolar, mais dinâmica”. (E52).

Para Bourdieu (2013 p.245), as disposições pedagógicas e culturais que os agentes conservam de sua origem social, de sua formação, de sua posição na instituição se realizam em função da busca pela legitimação da ordem social, pois ele busca localizar o seu exercício em um mecanismo ou setor do sistema de ensino.

“Já estamos acostumados a trabalhar em outras escolas... e os professores não participam das nossas aulas, quando entramos na sala, eles saem. Mas, aqui a proposta era outra, era trabalhar todo mundo junto. Só que acho que alguns não se preocupam em estudar o material, os professores de geografia, história, biologia e química até entendem...mas os professores de português, matemática, ah...eles dizem que não tem nada a ver com os assuntos que eles ensinam...Então até prefiro dar minha aula sozinha mesmo, do jeito que sempre fiz.”.

“Porque eles (os profissionais de saúde) têm um conhecimento técnico né, de determinadas coisas que poderiam melhorar o desenvolvimento da aula né, as questões que muitas vezes os alunos fizeram perguntas, que a gente por limitação de conhecimento não pôde responder... Mas, acho que eles não conseguiram também abranger estas dúvidas dos alunos, eles precisavam ser mais organizados para os alunos entenderem mais os assuntos...” (E41).

“Nós temos feito ações nas escolas, justamente, na vertente de educação e saúde né? Mas, não temos capacitação para implementar outras estratégias pedagógicas, que os professores têm domínio. Acho que na área da saúde, que a gente fala pouco demais tem que começar a falar, a refletir mais com os nossos alunos” (E26).

Em relação a educação em saúde, diversos estudos têm assinalado a necessidade de investimentos em capacitação profissional. Machado et al (2015) desenvolveram um estudo, objetivando identificar e descrever as ações desenvolvidas pelas Equipes de Saúde da Família (ESF) no Programa Saúde na Escola (PSE), participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) 2012. Os resultados indicaram que o PSE no Brasil tem mobilizado ações relevantes, mesmo que isto não tenha se dado de forma homogênea em todas as regiões brasileiras. Mas ressaltaram a necessidade de capacitação dos profissionais envolvidos para desenvolver a educação e saúde.

Foi possível identificar, também, que algumas temáticas das aulas do Prose foram mais aceitas pelos profissionais responsáveis por conduzi-las, a exemplo das aulas *Promovendo saúde na escola, Alimentação saudável, atividade física e saúde e Rotulagem de alimentos*, possivelmente pela facilidade em correlacionar com os conteúdos tradicionais dos componentes curriculares obrigatórios. Contudo, para um dos alunos entrevistados, *“as temáticas que despertaram um maior interesse entre os escolares foram uso de suplementos e alimentos funcionais pois estavam em evidência na mídia televisiva e em várias redes sociais”*. (E46). Para outro aluno, *“as aulas menos interessantes foram as que discutiram o uso de gorduras, sal e açúcar e a avaliação nutricional”* (E47). As observações realizadas e a análise documental possibilitaram reunir evidências que demonstraram que as temáticas menos usuais as atividades orientadas a promoção da saúde no ambiente escolar despertaram maior interesse dos escolares, a exemplo da aula sobre suplementos alimentares e sal, gorduras e açúcares nos alimentos.

“A aula sobre alimentação saudável que tinha a proposta de criarmos as pirâmides alimentares foi muito dinâmica, os alunos trouxeram os alimentos e criamos uma super pirâmide. Ficou tão boa, que levamos para a feira de saúde e até hoje utilizamos nas aulas e em outros eventos. Eles gostam disso, né? Destas dinâmicas, de movimento” (E52).

No que diz respeito às atividades físicas obrigatórias, a proposta do Prose era estimular a ampliação da carga horária e diversificar as atividades, incluindo a prática esportiva. Nas duas escolas, observou-se um esforço dos professores em diversificar as práticas, ainda que com algumas restrições, especialmente referentes a falta de material de apoio. Mesmo diante destes impasses, os professores de educação física conseguiram diversificar as práticas e atribuíram os avanços ao curso de extensão em atividade física realizado pelo Prose, que permitiu o conhecimento de outras estratégias de promoção da atividade física dentro do ambiente escolar, e aliar conteúdos para as aulas de Educação Física que estimulasse mais a prática de atividade física, inclusive com a utilização de materiais didáticos alternativos (cones, cordas, dentre outros).

“Normalmente existe a prática na aula de educação física, e tem muitos alunos que participam das atividades educacionais da escola. Então no turno oposto ou final de tarde vem treinar com os professores”. (E53).

“Nós fomos além da proposta do PROSE, com muitas atividades de educação física na escola, promovemos grupo de dança, campeonato, disputas entre os alunos”. (E40).

Todavia, a carga horária das atividades obrigatórias não pôde ser ampliada, tendo em vista que estava inserida no PPP, que previa apenas 2 horas semanais, e qualquer flexibilização poderia acarretar em alterações da carga horária de outras disciplinas, o que indica que os esforços para valorização da área encontraram barreiras na própria configuração dos currículos escolares. Cabe ressaltar ainda, que, apesar da LDB/96 e dos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) proporem uma reorganização para a educação física, no que se refere ao currículo, trazendo o movimento como um aspecto central (BRASIL, 2010)³⁶, não foram identificadas mudanças significativas. Ademais, percebeu-se uma intencionalidade de mudança no componente curricular de educação física obrigatória, conforme normas do Ministério da Educação, com acréscimo de uma hora semanal de aula teórica curricular obrigatória para discutir a cultura do corpo, em dimensões amplas de conhecimentos, como a dimensão histórica e técnica do conteúdo, a dimensão da atividade física, as habilidades motoras, a dimensão de valores e atitudes que serão apresentadas aos alunos, e por eles deverão ser assimiladas e levadas para sua vida social junto à

³⁶ Brasil. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Média e Tecnológica. Parâmetros curriculares nacionais para o ensino médio. Brasília: MEC/SEMTEC; 2000.

comunidade. Esta mudança agregou resultados positivos relacionados a compreensão dos aspectos sociais, mas, por outro lado, poderá conduzir a uma redução da carga horária prática obrigatória.

Quanto a ampliação da carga horária da atividade física curricular obrigatória no turno oposto e fora da escola, predominou, na relação entre os professores de educação física das escolas e os educadores físico do NASF, disputas relacionadas a recursos de poder, em busca de reconhecimento profissional e de uma maior posição de destaque nos seus subespaços de origem e no subespaço oposto. Os educadores físicos do NASF estabeleceram um cronograma de atividades com os professores de educação física dos dois colégios e conseguiram realizar algumas atividades relacionadas a prática de atividade física fora do ambiente escolar (no entorno escolar). Os profissionais de saúde ratificaram continuamente a necessidade de reafirmar a sua posição no subespaço do setor saúde, pois as atribuições dos profissionais do NASF ainda eram confusas e indefinidas, inclusive as ações direcionadas as escolas. Desta forma, os profissionais do NASF buscavam acumular vantagens ao disputar, principalmente, com os professores de educação física uma posição de maior destaque ao interior dos subespaços das instituições escolares, desenvolvendo ações de forma isolada em alguns momentos.

“Os alunos gostavam muito das nossas atividades, pois era diferente, né? E até o diretor da escola veio ver nossos ensaios a noite! Todas as fotos estão lá no site...eles [os alunos] fizeram questão de colocar lá! Eu também tirei no celular e levei para mostrar na USF e nas reuniões com a coordenadora do NASF” (E26).

“Caminhada... Nós fizemos caminhadas. Eu fiz aula de aeróbica, fiz esporte...Depois do horário da aula, tinha um horário, aí, os alunos ficavam comigo e eu fazia atividades... Mas, tivemos algumas dificuldades...alguns professores reclamavam quando íamos as escolas... Falavam que tirávamos o foco dos alunos das aulas [previstas no plano pedagógico tradicional das escolas]”. (E26).

Segundo um dos alunos entrevistados, *“ocorreram diversas atividades com o pessoal do NASF realizadas nas ruas e quadras públicas caminhadas, bicicletadas, futebol, vôlei e futevôlei, baleado e aulas de alongamentos” (E49).* Outro aluno descreveu alguns campeonatos que foram até criados entre outras escolas: *“Treinamos muito durante a noite, na quadra do bairro e íamos até para outros municípios, já ganhamos troféu de futsal duas vezes” (E46).* Outra aluna descreveu

que “*aprendi até Hip-Hop com os educadores físicos do NASF*” (E44). Os registros fotográficos destas atividades foram expostos em páginas criadas em uma rede social pelos professores e alunos dos colégios C1 e C2.

Este posicionamento dos profissionais de saúde na condução isolada das ações, acabou por gerar mais disputas entre os profissionais. Por exemplo, um professor de educação física relatou que os educadores físicos do NASF passavam do horário das atividades e atrapalhava as outras aulas, pois “*os alunos que iam fazer atividade pela manhã com eles, tinham aulas na escola a tarde e acabavam se atrasando ou chegavam muito cansados e não rendiam da mesma forma*” (E39). Outro professor de educação física expôs que propôs várias atividades aos alunos com a participação dos profissionais do NASF, porque “*eu queria mostrar, né? Também somos criativos e depois do curso de salvador, eu busquei desenvolver várias atividades novas e queria mostrar mesma, para os alunos que as aulas da escola também eram interessantes*” (E40).

Em síntese, os agentes dos dois setores lançavam mão de estratégias interessadas em manipulação simbólica em busca de uma posição de destaque nos seus subespaços de origem e no subespaço oposto (inclusive perante aos agentes da pesquisa). Ou seja, disputas pela manutenção ou reprodução da sua posição no subespaço de origem.

Para Bourdieu (2004, p.163), “as relações objetivas de poder tendem a se reproduzir nas relações de poder simbólico. Na luta simbólica para a reprodução do senso comum, pelo monopólio da dominação legítima, então os agentes investem o capital simbólico de lutas anteriores”. De acordo com o mencionado autor, as lutas simbólicas em um subespaço social podem adquirir duas formas diferentes: objetiva, onde pode-se agir através de ações de representação, individuais ou coletivas, destinadas a mostrar e a fazer valer determinadas realidades, tentando mudar as categorias de percepção e apreciação em uma luta pela imposição do princípio de imposição; ou, do mesmo modo, ao nível da luta de classes que os agentes sociais travam de maneira isolada e dispersa. (BOURDIEU, 2004 p.161).

As atividades direcionadas a inclusão de alimentos saudáveis na alimentação escolar também foram realizadas de forma expressiva e com empenho dos

profissionais, com destaque para os diretores das duas escolas e as nutricionistas do NASF, que assumiram um posicionamento mais ativo ante a esta questão. Dentre as atividades implementadas, o maior envolvimento das nutricionistas do NASF nas reuniões mensais para definição dos alimentos a serem adquiridos, optando-se por produtos regionais e/ou produzidos localmente e em municípios próximos, pôde ser considerado um fator que contribuiu para as mudanças identificadas nas duas escolas. Além disso, a nutricionista acompanhou o planejamento das opções de cardápio, tentando incluir alimentos diversificados e nutritivos. É importante destacar que, neste município, posteriormente, foi contratada uma nutricionista exclusivamente para organizar e acompanhar a alimentação escolar servida nas escolas da rede estadual de ensino público. Os professores e os alunos também demonstraram muito empenho em discutir sobre esta temática, incluindo-a em feiras de saúde realizadas com a participação da comunidade escolar e a comunidade local (dos territórios das escolas e familiares dos escolares).

“E a gente percebeu o retorno, do Prose, algumas mudanças na escola né? Inclusive, as duas escolas estão com quadra, a outra escola que existia uma quadra coberta, já foi reformada, já existe uma proposta de incluir alguns esportes na rotina desses adolescentes. E já tem nutricionista específica com a dieta adequada pra os alunos. Isso foi um grande avanço” (E38).

“Na verdade, eu acho que os adolescentes, eles não gostam disso... Essa aula presa, ficar só ali... Então, o PROSE trouxe isso aí também, novas formas de trabalhar com os alunos...motivou todo mundo na verdade, nós, os professores, os alunos, até as merendeiras estavam motivadas a modificar os cardápios”

Resultados semelhantes foram encontrados por outros estudos (BERE et al., 2007; HAERENS et al., 2006; HAERENS et al., 2007; WEBBER et al., 2008; DZEWALTOWSKI et al., 2009), que demonstraram que as mudanças ambientais foram realizadas na maioria das intervenções de atividade física e nutrição em saúde para melhorar a acessibilidade, aumentar o horário de treinamento físico, mudar as refeições nos refeitórios escolares ou oferecer legumes e frutas, entre outros.

Quanto aos alimentos comercializados pelos vendedores do entorno escolar, não se observou avanços significativos. Os diretores e alguns professores alegaram:

“Em relação a isso, nós tentamos incentivá-los a vender outros alimentos, saladas de frutas, sucos, mas, eles sempre falavam que as pessoas só

procuravam aquilo que eles vendiam: salgados fritos ou industrializados, doces, balas etc.”.

“Para conseguirmos, de fato, algumas ações mais direcionadas precisávamos ter o apoio da secretaria de saúde, que fiscalizasse ou até proibisse a venda deste produto próximo das escolas, né? Nós não temos autoridade com eles”. (E38).

Supostamente, os diretores das escolas, apesar de terem percebido a premência em direcionar esta questão à secretaria municipal de saúde, não formalizaram tal intenção junto aos órgãos competentes.

8.1.3.3. Outras contradições evidenciadas e a sincronização de tempos institucionais

Para os profissionais de saúde que exerciam cargos na gestão do setor saúde, um fator considerado restritivo evidenciado durante a implementação da intervenção foram as diferenças entre os *tempos institucionais*. Para estes, os *tempos* para o planejamento e execução das ações entre os dois setores eram distintos, o que pode, de certa forma, ter conduzido a práticas descompassadas durante as interações primordiais dos agentes dos dois setores.

“A gente tem tempos diferentes, a saúde é mais pragmática, a educação precisa de um tempo maior, para assimilar, para planejar, para discutir propostas de ação. A saúde quer agir de imediato, quer colocar as coisas em prática mais rápido”. (E19).

Merecem nota, também, outros aspectos restritivos evidenciados como fatores determinantes para o processo, identificados nas falas de alguns agentes, e confirmados por meio da análise dos relatórios de acompanhamento das ações do Prose, quais sejam: (1) a existência de sobrecarga de atribuições e carga horária dos agentes dos dois setores; (2) a obrigatoriedade em participar concomitantemente de vários programas, a exemplo do projeto Pró-jovem e do programa Mais Educação (nas escolas/professores e profissionais de saúde) e nas USF, e do PMAQ-AB (profissionais de saúde); (3) a ausência de um incentivo financeiro específico para implementação de programas e projetos. O fator individual mais proeminente foi a necessidade de capacitação dos profissionais de ambos setores, para desenvolver ações intersetoriais.

“Olha eu já estou me sentindo cansada, é a sobrecarga assim a gente quando chega uma determinada época, na semana pedagógica mesmo, vem aquele monte de projetos que a gente precisa desenvolver durante o ano e tudo e a gente acaba ficando assim sufocada com tanta atividade, tanta coisa né para dar conta e fica aquela correria e as vezes a gente nem percebe muito esse interesse do aluno de acompanhar esses projetos todos”. (E40).

Rocha et al. (2002) aponta que diversos projetos paralelos são propostos nas escolas por diferentes equipes do setor saúde e de forma desarticulada, a saber, saúde ocular, saúde bucal, prevenção das doenças sexualmente transmissíveis, saúde da família, além de outras como meio ambiente, trânsito, polícias civil e militar. Os autores apontam a atuação interdisciplinar como proposta para a intersecção entre diferentes dimensões do cotidiano escolar sem a fragmentação da realidade.

A identificação destes fatores restritivos, direcionou a reformulação de novas ações com o intuito de minimizar os aspectos frágeis, para dar continuidade ao processo de implementação da intervenção, a exemplo da disponibilização do curso EAD para reforçar a organização e Gestão de ações intersetoriais (já descrito no capítulo 6 deste estudo).

O curso buscou explorar o potencial do ambiente virtual como estratégia de translação das matrizes discursivas e disciplinares identificados no subespaço da saúde e da educação, com vistas a obtenção de uma maior compreensão dos discursos e das práticas dos agentes dos setores distintos. No decorrer do curso, foram intercalados momentos de interação com momentos de dispersão, destinados ao desenvolvimento das atividades práticas, de modo a assegurar que o processo de ensino-aprendizagem estivesse pautado em problemas e questões concretas, identificados nos territórios de atuação dos profissionais, e cujas discussões e soluções pudessem ser compartilhadas pelo grupo. Para alguns agentes, as atividades práticas obrigatórias previstas e realizadas de forma articulada nos territórios das escolas possibilitou o início de algumas transformações relacionais. Deste curso, derivaram, neste município, dois novos planos de ação, um direcionado ao fortalecimento da articulação entre os agentes na implementação das ações pertinentes ao componente *gestão de ações intersetoriais*, e o outro relacionado ao

fortalecimento do GTI-M com a inclusão de outros agentes, tais como os alunos e representantes de líderes comunitários dos territórios das escolas.

Segundo Bourdieu (2013b p.232) ao “favorecer a intersecção dos subespaços sociais distintos e ao fazer com que na consciência dos agentes se encontrem práticas e discursos a que a autonomia dos diferentes campos e o desdobramento na sucessão das escolhas contraditórias, produz conflitos de legitimidade, que asseguraria uma forma prática de compatibilidade”. Esta assertiva corrobora com excertos de entrevistas com alguns dos agentes envolvidos na implementação da intervenção:

“O curso me fez ver que a única maneira de conseguirmos trabalhar é conhecendo as peculiaridades e demandas de ambos os setores, traçar um plano de ação coletivo, entender que essa será uma atividade de médio e longo prazo, e que por isso demandará o comprometimento dos profissionais envolvidos e, sobretudo, ter boa vontade por que os desafios são gigantesco” (E41).

“Aquele curso foi fantástico. Eu não conhecia muito do SUS, sabe? Aquela parte do SUS, como é que é organizado, área de cobertura, área de não cobertura. Era uma parte, realmente, que eu não conhecia, e que eu precisava, pois no PSE também tem que trabalhar no território, com a comunidade. Deu para começar a entender as ações da saúde [profissionais da saúde]”. (E40).

“Com o curso a gente aprendeu não só essa parte aí do SUS a gestão das ações, mas sobre as experiências dos demais colegas, ao falar assim ‘Lá acontece isso’, ‘Lá em meu município é diferente, é assim’, cada um assim, com novas experiências que as vezes eram dúvidas nossas. E o mais importante, a gente parou, a gente conversou, interagimos mesmo! Inclusive, até hoje a gente tem contato ainda com o pessoal que fez aquele curso, dos outros municípios.” (E52).

Processualmente ocorreu uma *sincronização de tempos* em meio a novas possibilidades. Para Bourdieu (2013b p.225), a “unificação dos agentes dos diferentes subespaços resulta em uma suspensão provisória dos mecanismos que tendem a manter a autonomia relativa de cada um deles e engajam-se no mesmo jogo, com posições idênticas”. Segundo o autor, mesmo os agentes “submetidos a condições de existência relativamente diferentes, ou mesmo divergentes, podem se reconhecer no movimento relacional e apreender a ocasião criada pela ruptura crítica da ordem ordinária para defender os seus interesses” (BOURDIEU, 2013b p.226).

Nesta nova lógica relacional, os agentes passaram a perceber que os posicionamentos adotados anteriormente levavam a um cenário inóspito para a articulação. Continuamente, passaram a valorizar e a desenvolver algumas ações conjuntas; perceberam, também, que haviam novas condições em jogo, inclusive quanto aos resultados alcançados com a implementação da Intervenção, tendo em vista que estariam em evidência quando fossem discutidos pelos agentes do campo burocrático das duas secretarias. Com o intuito de triunfarem em suas lutas internas, os agentes dos dois setores passaram a ter que fazer apelo a forças que nem sempre eram totalmente internas ao seu subespaço de origem e admitiram alguns acordos e compartilhamentos de ações com os agentes do outro setor, possibilitando uma *coexistência* no mesmo subespaço (ainda que persistissem ações concorrenciais).

Estes novos posicionamentos acabaram por favorecer também uma redução das *fronteiras* discursivas entre os agentes dos dois subespaços, gerando uma espécie de desafio lançado a possibilidade de articulação estratégica. Para Bourdieu, a sincronização tem como efeito principal obrigar a introduzir nas tomadas de posição, uma coerência relativa que não é exigida em tempo ordinário (quando a autonomia relativa dos tempos sociais torna possível ocupar sucessivamente posições distintas e produzir posicionamentos diferentes ou divergentes, mas conforme e em cada caso, conforme o questionamento global, que avoca uma resposta sistemática, avoca uma transgressão prática dos pressupostos objetivados e um certo desencorajamento de formas tácitas mais explícitas, o que torna a coexistência tolerável. (BOURDIEU, 2013).

“A discussão [no momento da sessão temática] acabou acontecendo e se prolongando pois estava muito interessante, e estimulou outras discussões... a gente estava justamente discutindo porque que alimentos podem causar algum tipo de malefício, porque que o Ministério da saúde, ANVISA, colocam no mercado, alguns produtos, que a gente sabe que não faz emulando a nutricionista colocou estas questões práticas, percebi que poderiam ser temas aproveitados com o tema... junto da história (disciplina de história), a questão do capitalismo, das influências, e foi assim, bem interessante...o Prose permitiu isso....em vários momentos...e com vários colegas daqui [da escola] também”. (E51).

“O ano todo a gente está trabalhando com a escola, o tempo todo estamos trabalhando com a escola, a gente divide... quando vai desenvolver essas atividades na escola o professor participa... em comum acordo, nada estava sendo imposto”. (E26).

“Os alunos tem participado e relatam a alegria, e também, e eles quando se sentem um ator da coletividade para uma mudança de uma realidade, se sentem potentes para fazer isso em outros contextos, em outros temas e é fantástico essa experiência desses educandos no Prose”. (E41).

Em contraponto, alguns professores (principalmente aqueles com carreiras mais antigas), que possuíam ligações profundas com a ordem estabelecida e com a sua reprodução tendiam a manter a autonomia relativa de cada subespaço e permaneceram resistentes a mudanças, o que causou certa *descontinuidade objetiva* do processo de implementação. Cabe ressaltar, também, que as coesões necessárias entre alguns agentes podem ter conduzido a alianças flutuantes, e camuflado os diferentes pontos de vista dos agentes.

“A participação da comunidade, a participação do NASF...Tinha que ser uma coisa mais, ser uma coisa ampla, uma coisa assim bem... Não é que não foi estruturado, não. Foram estruturados. Mas, assim, a gente tinha que ter um trabalho que a gente percebesse o ano letivo. O aluno acompanhar mesmo...eles vêm aqui, fazem e querem que os professores de educação continuem com as atividades...para gente é mais difícil...pelo tempo e porque não temos esta dinâmica deles...então, algumas vezes, eles atrapalham a nossa rotina” (E53).

Entretanto, em que pesem as divergências e disputas, não houveram resistências a ponto de inviabilizar o desenvolvimento das ações. E, ao multiplicar as ocasiões em que os agentes elaboravam publicamente e coletivamente ações para uma problemática comum, em um espaço de posicionamentos constituídos, isto é, explicitamente postos, não foi possível situar estas mudanças apenas no espaço das posições possíveis, pois a lógica de pensamento passou a ser coletiva, e os interesses individuais (ainda que existissem) eram sobrepostos pelos interesses coletivos. Ou seja, ao instaurar um tempo objetivo tornou-se possível transcender as durações próprias dos subespaços isolados. E a *sincronização dos tempos* (das formas de planejamento e da maneira de executar as ações) permitiu, também, a inclusão de uma lógica coletiva das ações em prol da implementação da intervenção (que passa a ser um desafio conjunto, um problema conjunto), criando condições de possibilidades para novas tomadas de posição dos agentes, favorecendo um novo *modus operandi*, e conseqüentemente a implementação de ações mais articuladas.

“Junto com a educação, estava muito envolvido as coordenadoras da educação, junto com a gente aqui da saúde, eles foram falando pra gente, ‘Ó, é bom trabalhar assim.’ A gente foi atrás de material. Tipo, como eu poderia

trabalhar alimentação saudável em português, em matemática? A gente conseguiu um conteúdo bom pra que fossem inseridas as temáticas que tinham que ser trabalhadas nesses temas, para não sair do conteúdo da escola” (E18).

“Então qual foi, qual era a grande sacada do projeto (Prose), e por que ele veio fazer com que esses dois atores (subespaços saúde e educação) pensassem estratégias comuns de articulações dessas ações, isso é a lógica pensando nessa articulação. Então, pensamos assim que o GT [GTI-M] pudesse tá planejando junto e isso não é uma prática fácil, né? Mas, nós conseguimos conversar e pensar estratégias juntos para poder qualificar as ações no território”. (E17).

“Acho que é botar a mão na massa mesmo. Vir, conversar, ter interesse e tal.... Às vezes, parecia que o pessoal da saúde não estava disponível pra escola. Às vezes, parecia que a escola não estava disponível pra o pessoal da saúde e vice-versa. Então, assim, é um processo de construção” (E40).

Os desdobramentos decorrentes das interações contínuas entre os agentes permitiram a consecução e concretização de novas práticas. No segundo ano, o planejamento das ações ocorreu de forma ainda mais sistemática, o que viabilizou a inclusão do plano de ação para implementação da intervenção Prose no PPP das escolas. Vieira (2013) sugeriu como ponto de reflexão sobre a articulação dos setores saúde e educação, a inserção das questões de saúde no Projeto Político Pedagógico da escola, definidas e assumidas como prioritárias e de interesse coletivo, com a comunidade escolar como um todo.

“Nós fizemos reunião, depois, com os diretores, apresenta esse plano de ação, apresenta os cronogramas né? De que forma a escola pode se adaptar, fazer suas adaptações dentro do cronograma da saúde. Então, a gente tenta fazer um acordo pra que isso possa ser trabalhado da melhor forma possível, que não atrapalhe nem o andamento das atividades da escola e nem, também, do pessoal da saúde” (E19).

“A gente este ano, teve a preocupação, por exemplo, no momento da jornada pedagógica, que as escolas permitam a chegada do profissional da saúde para chegar de forma conjunta e planejarem ações para o ano letivo, pra que esse profissional da saúde ele não chegue na escola para desenvolver atividades pontuais, que essas atividades elas sejam contextualizadas. Não adianta eu resolver questões apenas a respeito de alguma patologia, mas que faz parte daquela comunidade especificamente, que haja uma apropriação dos dados epidemiológicos, que haja essa apropriação por parte dos professores e dos estudantes e que isso reverbere na comunidade refletindo na qualidade de vida, esses são alguns desafios que nós temos enfrentado e que são desafios que nós sabemos que devem ser superados e que não estamos omissos nessa causa”. (E38).

“A educação, ela incluiu no calendário dela as ações que planejamos desenvolver nas escolas, justamente pra que a gente pudesse entrar na educação com os nossos projetos da saúde voltados, especificamente, para aqueles escolares. As reuniões, elas costumam ser periódicas”. (E27).

Desta forma, verificou-se que, no segundo momento, predominava o propósito de articulação intersetorial, priorizando ações mais ordenadas e sistemáticas, respeitando-se a capacidade de cada subespaço e instância institucional. Contudo, o incipiente acúmulo de experiências em torno de gestão compartilhada revelou uma dificuldade dos setores e agentes envolvidos para enfrentar as práticas e saberes fragmentados em prol do objetivo de constituir uma interinstitucionalidade em um novo subespaço articulado.

8.1.3.4. A percepção dos agentes quanto aos resultados alcançados

No que tange aos resultados alcançados neste município, os agentes de ambos os subespaços atribuíram ao Prose e o definiram como um projeto dinamizador. O coordenador geral da saúde chegou até mesmo a afirmar que o Prose viabilizou o processo de planejamento local e que *“foi a partir do Prose que começamos a trabalhar de forma intersetorial e com muito mais consciência dos propósitos do Programa Saúde na Escola”*. As transformações relacionais parecem não ter se restringido a durabilidade da intervenção, mas permaneceram sendo cada vez mais solidificadas com o desenvolvimento das ações do PSE.

“E, com o Prose, facilitou isso (PSE), porque o próprio professor ‘Ah, é da saúde?’, então, cria um vínculo. Não é apenas um momento de fazer uma palestra, mas é um vínculo, é ele ir até à unidade de saúde, ele ter a porta aberta, ele ter a porta aberta. O professor, o diretor, o funcionário da escola já sabe que ele pode chegar naquela unidade e interagir com a gente...definir estratégias juntos com os profissionais das unidades próximas, para alguns problemas que nós conseguimos identificar na escola... e dentro dessas duas linguagens, trabalhamos de forma intersetorial e trazendo essa importância de conhecimento de políticas públicas ... Então, é por aí que a gente vê a questão do andar do Programa Saúde na Escola, não é só esse momento né? É uma luta cotidiana...para termos esta consciência, né, do social mesmo... E continuando sim, a trabalhar de fato com a atenção primária, sabe?” (E14).

A diretora do C1 ressaltou que, mesmo o êxito do PSE no município, estava relacionado a implementação do Prose, que antecedeu a formalização das ações do PSE, pois os profissionais já estavam capacitados, reconheciam as responsabilidades mútuas, portanto, mais experientes.

“Como eu tinha falado, o Prose veio, logo em seguida chegou o PSE. Então, assim, o PSE, é como se ele tivesse dando uma continuidade naquilo que vem do Prose, porque a parte da alimentação saudável, ela continua e tem a questão, também, da parte da atividade física, que é a semana saúde na escola. Uma das principais mudanças foi se falar mais em alimentação saudável né? Isso refletiu na sala de aula, isso refletiu na feira de ciências da escola, refletiu na cozinha. Eu, enquanto... Como eu faço o cardápio da merenda também... Tudo isso foi reflexo do Prose” (E38).

Ademais, para a maioria dos entrevistados, o acompanhamento dos agentes de pesquisa durante todo o tempo em que a intervenção estava sendo implementada minimizou algumas dificuldades inclusive relacionadas ao PSE. Os coordenadores locais do PSE relataram que o apoio dos outros âmbitos (Estadual e Federal) durante

a implementação do PSE esteve restrito a disponibilização de materiais educativos e repasse dos recursos financeiros (quando repassados sem atrasos). Os mesmos apontaram que, no processo de implementação das ações, solicitaram auxílio técnico para a utilização do Sistema de Monitoramento (SIMEC), além de novas capacitações para desenvolver e aprimorar habilidades em planejamento e desenvolvimento de ações articuladas, mas apenas um encontro realizado por meio de Videoconferência foi realizado. Para alguns entrevistados, os contatos telefônicos não conseguiam sanar as maiores dúvidas, assim como os manuais técnicos disponibilizados, que apresentavam apenas normas gerais, e, em algumas situações, não se adequavam as limitações do contexto local (recursos administrativos, materiais e humano).

“O pessoal de Salvador (da equipe do projeto Prose) também deu um suporte, deu um bom suporte pra gente. Em vários momentos tínhamos dúvidas sobre o PSE, que estavam ligadas ao Prose...este contato constante foi muito bom” (E19).

“Toda experiência que vem de fora né? Que vem para somar aqui dentro do município... Pra gente é muito vantajoso. Porque, quando a gente trabalha sozinho, sem um suporte, a gente consegue fazer as atividades, mas não com tanta segurança, com tanta firmeza, como quando a gente tem um projeto que vem de fora pra poder ajudar né?” (E17).

“A gente melhorou muito, no começo foi muito árduo mesmo, para a gente conseguir a adesão de alguns professores, alguns profissionais da saúde, foi difícil... eu acho que é aquela coisa: a parceria se monta ano a ano, um após o outro, e a gente vai conseguindo manter esse equilíbrio, é claro que não está 100%, a gente tem alguns professores ainda resistentes, algumas pessoas da saúde resistentes em fazer algumas coisas, mas é rotina, você tem criar aquela rotina fazer mesmo a parceria não ficar só no papel” (E5).

Para o coordenador geral da saúde, os representantes do GTI PSE foram, de fato, incorporando as ferramentas do planejamento sistemático e buscando alternativas para modificar o desenvolvimento das ações nos territórios de atuação, segundo ele *“a saúde foi aprendendo junto com a educação e a educação foi aprendendo junto com a saúde e esse ano eu achei que a gente deu o pulo do gato, né? Nós melhoramos muito de 2013 para cá, foi criado um sub grupo do PSE, com os professores, para discutirmos em cada território as demandas e instituir os planos de ação, orientados e acompanhados pelos representantes do GTI-M” (E17).*

Em síntese, diante dos resultados alcançados pelo município 1, percebe-se que, de modo geral, as condições de possibilidade para implementação da intervenção Prose no município estavam relacionadas com:

- (1) A organização e coesão entre os agentes do subespaço da saúde;
- (2) A organização e atuação ativa do GTI-M (novo subespaço articulado);
- (3) A organização do sistema de saúde local e a viabilidade política e administrativa nos dois setores;
- (4) A complementaridade das ações desenvolvidas pelos agentes dos dois subespaços;
- (5) Ao suporte constante dos agentes da pesquisa durante a implementação da Intervenção Prose.

8.2. A conformação da intervenção nos subespaços saúde e educação do Município 2 (M2)

Neste tópico, procedemos a identificação dos tipos e volumes de capital que cada setor controlava, incluindo os aspectos simbólico. Para tanto, tornou-se fundamental entender os interesses em jogo, quem ganhou e quem perdeu, quais foram as estratégias adotadas e como e onde usaram seus recursos de poder.

8.2.1. Os agentes envolvidos na implementação da intervenção Prose no Município 2

A identificação dos agentes participantes da intervenção Prose no município 2 também foi realizada com base no referencial teórico proposto. Os agentes foram mapeados quanto a vinculação institucional, trajetória profissional, cargos ocupados nos subespaços da saúde e educação, o tipo e volume de capital e envolvimento na implementação das ações. Foram entrevistados 27 agentes identificados (pelos agentes da pesquisa) com maior envolvimento na implementação da Intervenção Prose. (Quadros 19 e 20).

Do total de entrevistados, vinte e dois pertenciam ao setor da educação, distribuídos da seguinte forma: três agentes ocupavam cargos na gestão na secretaria municipal de educação, o secretário de educação, coordenadora técnica do PSE e a ex-coordenadora técnica do PSE (atual representante da educação no GTI-M); e dezenove pertenciam às duas instituições de ensino, o colégio 3 e o colégio 4. Do colégio 3, participaram um diretor, três professores e dois alunos; e do colégio 4, um diretor, uma vice diretora, cinco professores, cinco alunos e uma merendeira.

Os agentes que ocupam cargos no subespaço burocrático e político da secretaria municipal de educação, o secretário municipal de educação, a coordenadora técnica do PSE e a representante do GTI-M, apresentaram um envolvimento praticamente restrito à formalização da adesão ao projeto de intervenção Prose.

Neste percurso, vale destacar a trajetória dos principais agentes da secretaria municipal de educação, cuja equipe também era responsável por coordenar todo o processo de implementação do PSE, e que contribuíram para a adesão da Intervenção Prose neste município.

O secretário municipal de educação apresentou uma trajetória social e profissional ascendente. Filho de agricultores, cresceu na zona rural do município 2 em uma família com baixo capital econômico. Estudou em escolas da rede pública de ensino no M2 até a conclusão do ensino médio. Graduiu-se em História, e possui três especializações: em História de Brasil, em Gestão Escolar e na área de Gestão do Conhecimento, além de mestrado em Políticas Públicas. Iniciou um curso de pós-graduação *stricto sensu* (doutorado em Políticas públicas), mas, por questões logísticas (cursava em outro município) e relacionadas ao trabalho, já no cargo de secretário da saúde, não conseguiu finalizar. Militava desde a graduação por questões relacionadas a melhoria do ensino público e afirmava em seu discurso que o estudo, para ele, foi a possibilidade de mudar a condição social e galgar outras posições no subespaço social. Assumia um posicionamento político contrário ao do grupo político que estava à frente da gestão. Funcionário público de carreira, concursado pelo município, onde assumiu diversos cargos administrativos na gestão, na secretaria de educação ao longo da vida profissional. Atuava como secretário da educação no município (M2) desde 2012, mesmo diante de um posicionamento político contrário a gestão, devido ao alto volume de capital simbólico acumulado ao longo da trajetória profissional. Apesar do pouco envolvimento, mostrou-se favorável a implementação da intervenção. Possuía um alto volume de capital escolar e de capital militante e burocrático.

A coordenadora técnica do PSE na secretaria municipal de educação, era graduada em Pedagogia e em Letras Vernáculas. Funcionária pública de carreira, atuou como professora no colégio C4 durante quinze anos até ser convidada para assumir o cargo na secretaria municipal de saúde, onde atuava desde 2012. Era militante e filiada ao mesmo partido político do grupo que estava à frente a gestão municipal, condição que a mantinha no cargo na gestão. Assumiu um posicionamento neutro quanto a implementação do Prose. Possuía um moderado volume de capital escolar e burocrático.

A representante do setor educação no GTI-M também era pedagoga e servidora pública municipal e atuou como professora durante 13 anos no colégio C3. Especialista em Gestão Escolar, foi convidada em 2010 para assumir a coordenação das escolas da rede pública municipal. Em 2011, assumiu a coordenação técnica do PSE para a implementação do programa no município, permanecendo no cargo até o final do ano de 2012. Demonstrou um grande domínio em relação a situação do programa no âmbito local, e assumiu um posicionamento favorável quanto a implementação do Prose. Possuía um moderado volume de capital escolar e burocrático, mas sem qualquer engajamento político ou militante.

A maioria dos professores das duas instituições de ensino (C3 e C4), nasceu no município 2, oriunda de famílias com baixo volume de capital econômico. Esses professores estudaram até o último ano do ensino médio no M2 e tiveram que se deslocar para outros municípios do Estado para obter uma formação profissional. Cabe distinguir, entre as trajetórias dos profissionais das duas instituições, aqueles que assumiram um posicionamento mais ativo frente a implementação da intervenção Prose.

No colégio C3, a diretora e os professores de Ciências Biológicas, História e Geografia assumiram um posicionamento favorável e mais ativo frente a implementação da intervenção. A diretora nasceu, morou e estudou em M2 e, a partir do 1º ano do ensino médio, mudou-se para Salvador para estudar; lá, graduou-se em Pedagogia, e obteve duas especializações, uma em Gestão Escolar, e outra na área de Gestão, Planejamento, Coordenação e Supervisão Escolar. Funcionária pública de carreira, trabalhou como professora no colégio C3 durante 12 anos e, desde 2009, exerce cargo de direção. Possui um moderado capital escolar e burocrático, mas sem qualquer engajamento político ou militante. Os professores possuíam formações diversificadas (Letras Vernáculas, Ciências Biológicas e História), eram servidores públicos de carreira e estavam atuando em média há 10 anos na carreira, a exceção do professor de Biologia, com carreira mais antiga (16 anos). Dois apresentaram baixo volume de capital escolar, somente nível superior. Apenas o professor de história apresentou um capital escolar moderado.

No colégio C4, o diretor, a vice-diretora e três professores de Educação Física assumiram um posicionamento mais ativo, os demais tiveram um posicionamento neutro e uma participação menos ativa em relação a implementação da intervenção. O diretor nasceu, cresceu e estudou no M2. Originário de uma família cujos pais também foram docentes e possuíam um alto volume de capital simbólico. Graduou-se em Geografia, possuía especialização em Gestão e Licenciamento Ambiental e Mestrado em Educação à Distância. Era servidor público de carreira e trabalhava no C4 há 22 anos, atuando como diretor há três anos. Possuía um alto volume de capital escolar e simbólico, moderado volume de capital burocrático, mas sem qualquer engajamento político ou militante. Dentre os professores de Educação Física, apenas uma era servidora pública de carreira e possuía um moderado capital escolar (Especialização EAD em Docência e especialização em Educação à Distância), os outros dois eram professores recém-graduados, com vínculos institucionais temporários (contratos com tempo determinado) e um baixo volume de capital escolar (apenas nível superior).

As merendeiras possuíam apenas o nível médio e sem uma qualificação específica para a função (deslocadas de outras funções – serviços gerais). Em nenhuma das duas escolas deste município as merendeiras possuíam qualificação para a atribuição e haviam sido contratadas recentemente, em média nos últimos três anos.

Em relação ao setor da saúde, seis profissionais que participaram da intervenção foram entrevistados. Destes, três agentes ocupavam cargos na gestão na secretaria municipal de saúde, a secretária municipal de saúde, a coordenadora da Atenção Básica e o coordenador do PSE (que também coordenava o PMAQ); e três ocupavam cargos técnicos, um vinculado a Estratégia Saúde da Família (ESF), e dois ao Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). Todos apresentaram moderado capital escolar, com nível superior e pós-graduação *lato sensu*. Mas é interessante ressaltar que, no M2, todos possuíam especialização em Saúde Pública.

No subespaço burocrático do setor saúde, a secretária municipal de saúde, oriunda de uma família com expressivo capital econômico, pai administrador e atual prefeito do M2, mãe enfermeira. Estudou ensino fundamental e médio em Salvador,

onde cursou a graduação em Enfermagem. Possui especialização em Tratamento de feridas e especialização em Saúde Pública, com ênfase no PSF. Atuou como enfermeira no PSF em M2 por três anos e, atualmente, exercia o cargo de Secretária Municipal de Saúde (há três meses). Possui um moderado capital escolar, um baixo volume de capital burocrático. O coordenador do PSE também é oriundo de uma família com expressivo capital econômico. Graduado em Odontologia e especialista em Saúde Pública, iniciou a sua trajetória profissional atuando em um PSF do M2 (por 5 anos). Filiado ao sindicato da categoria profissional, milita em prol de melhorias da saúde no âmbito municipal, condição que o mantém no cargo de Secretário Executivo do Conselho de Saúde. Atualmente, coordena o PSE e o PMAQ-AB local. Possui um moderado capital burocrático e militante, mas sem qualquer engajamento político.

A coordenadora da Atenção Básica é graduada em Enfermagem, com moderado capital escolar (especializações em Saúde Pública, em Direito Sanitário, em Pedagogia de Enfermagem). Iniciou o Mestrado em Saúde Coletiva, mas não concluiu. Militava em prol dos movimentos de saúde, tendo como causa principal a organização da AB e o processo de trabalho dos ACS. Iniciou a trajetória profissional atuando no PSF, mas, após um ano, foi convidada a assumir o cargo de coordenadora da Atenção Básica. Possui um expressivo volume de capital burocrático e um moderado capital militante, mas sem qualquer engajamento político.

Quanto aos profissionais de saúde que ocupavam cargos técnicos, todos estavam iniciando a trajetória profissional, eram servidores municipais de carreira: a enfermeira estava vinculada a ESF, e a nutricionista e o educador físico ao NASF. Todos se posicionaram de forma ativa ante a implementação do Prose. Possuíam um moderado volume de capital escolar, mas sem qualquer engajamento militante ou político.

Os interesses dos agentes em participar da implementação da intervenção Prose foram relacionados, principalmente, ao pertencimento a determinado subespaço social. Verificou-se que os agentes do setor saúde destacavam a necessidade de participar do Prose porque era um projeto que ajudaria a desenvolver as ações do PSE, ao qual o município já havia aderido, mas as ações desenvolvidas até então apresentavam-se descontínuas.

Do mesmo modo que no M1, as merendeiras das escolas tiveram participações periféricas com motivações meramente impulsionadas pela necessidade de manter a sua posição ao interior das instituições.

Quadro 20 – Volume dos diferentes tipos de capital e posições ocupadas no subespaço da saúde e educação no município 2.

POSIÇÃO OCUPADA NO SUBESPAÇO	SUBESPAÇO SOCIAL	TIPO DE CAPITAL					
		CSi	CE	CSo	CB	CP	CM
Secretário de Educação	Burocrático	M	A	M	A	A	A
Coordenador do PSE		M	M	M	M	-	M
Ex- Coordenador do PSE/representante GTI PSE-M		B	M	M	M	-	-
Secretário de Saúde		B	M	AA	A	A	M
Coordenador da Atenção Básica		M	M	AA	M	-	-
Coordenador do PSE /Saúde		B	M	AA	M	-	-
Educador Físico NASF	Institucional	B	M	AA	-	-	-
Nutricionista NASF		B	M	AA	-	-	-
Enfermeiro ESF		B	M	AA	-	-	-
Professor de Língua		B	B	A	-	-	-
Prof. Biologia e química (C3)		B	B	A	-	-	-
Professora de história (C3)		B	M	A	-	-	-
Professor de Educação Física		B	A	A	-	-	-
Diretor (C4)	Institucional Burocrático	M	A	A	B	-	-
Vice diretora (C4)		M	B	A	B	-	-
Prof. Língua Portuguesa (C4)	Institucional	B	M	A	-	-	-
Professor Língua Portuguesa		B	B	A	-	-	-
Prof. Educação Física (C4)		B	M	A	-	-	-
Prof. Educação Física (C4)		-	B	A	-	-	-
Prof. Educação Física (C4)		-	B	A	-	-	-
Aluno (C3)		-	-	-	-	-	-
Aluno (C3)		-	-	-	-	-	-
Aluno (C4)		-	-	-	-	-	-
Aluno (C4)		-	-	-	-	-	-
Aluno (C4)		-	-	-	-	-	-
Aluno (C4)		-	-	-	-	-	-
Aluno (C4)		-	-	-	-	-	-
Aluno (C4)		-	-	-	-	-	-
Merendeira (C4)	-	-	-	-	-	-	

Legenda 1: SE: subespaço; CE: capital escolar; CSi: capital simbólico; CB: capital burocrático; CP: capital político; CM: capital militante; CSo: capital social

Legenda 2: AA: muito alto; A: alto; M: médio; B: baixo

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

Quadro 21 – Síntese da trajetória dos agentes envolvidos na implementação da intervenção Prose e PSE no município 2.

CARGO OCUPADO NO SUBESPAÇO SOCIAL	SÍNTESE DA TRAJETÓRIA
Secretário de Educação (M2)	Nascido na zona rural de M2, onde estudou até o ensino médio. Pais agricultores. Graduado em História (UEFS/Feira de Santana), especializações em história de Brasil, em gestão escolar, em gestão do conhecimento e mestrado em políticas públicas. Iniciou doutorado em Políticas públicas, mas por questões logísticas do trabalho não conseguiu finalizar. Concursado pelo município e estado e desde final de 2012 atua como secretário da educação no município (M2). Milita desde a graduação por questões de melhorias no ensino. Assumiu cargos administrativos ao longo da vida profissional (gestão).
Secretária de Saúde (M2)	Nascida em M2, onde estudou até o ensino infantil, pai administrador e atual prefeito M2, mãe enfermeira. Estudou ensino fundamental e médio em Salvador, onde cursou a graduação em Enfermagem (Universidade Católica de Salvador), possui especialização em tratamento de feridas e especialização em saúde pública com ênfase no PSF. Atuou como enfermeira no PSF em M2 por três anos e atualmente exerce o cargo de Secretária Municipal de Saúde.
Ex- coordenadora PSE (Sec. Educação) (M2)	Nascida no município M2 onde estudou em escolas públicas até o ensino médio. Mãe auxiliar de enfermagem, pai comerciante. Graduada em pedagogia (UEFS), especialização em Gestão escolar. Trabalhou por 13 anos como professora (concurso municipal). Atuou como coordenadora do PSE por três anos, inclusive no momento da implementação no município. Em 2013 ocupava um cargo administrativo de apoio a gestão das escolas municipais e era representante da secretaria municipal de educação no GTI-M.
Coordenadora do PSE (Sec. Educação) (M2)	Nasceu em São Paulo e mudou para M2 aos dois anos de idade, onde estudou até concluir o ensino médio. Pai pecuarista, mãe dona de casa. Graduada em pedagogia (UEFS/Feira de Santana) e em Letras Vernáculas (FTC/Salvador). Trabalhou durante quinze anos como professora no colégio Estadual C4 (concurso público) e atualmente exerce a função de coordenadora técnica do PSE no município M2.
Coordenadora da AB (M2)	Nasceu em Recife (Pernambuco) aos nove anos de idade mudou-se para o município 2, onde estudou até o final do ensino médio. Mãe auxiliar de enfermagem, pai agricultor. Graduada em Enfermagem (UEFS) e especializações em Saúde Pública, em Direito Sanitário, em Pedagogia de Enfermagem. Iniciou o mestrado em Saúde Coletiva (UEFS) mas não concluiu. Militante em prol da AB local e pelos direitos dos ACS. Trabalha há 22 anos no município 2. Atualmente exerce o cargo de coordenadora da Atenção Básica e do NASF.
Coordenador PSE (na Sec. Saúde) (M2)	Nasceu em M2 onde estudou até o fim do ensino médio. Pai odontólogo e mãe professora. Graduado em Odontologia (UESF) com especialização em Saúde Pública. Trabalhou até 2012 (por 5 anos) em uma unidade básica de saúde e a partir de 2013 coordena os programas PSE, PMAQ e Secretário Executivo do Conselho de Saúde.
Educador Físico NASF (M2)	Nascido em M2 onde estudou até o final do ensino médio. Pai comerciante, mãe dona de casa. Graduação em Educação Física (UFBA/Salvador). Especialização em Saúde pública. Servidor público municipal no M2, trabalha na equipe do NASF há 2 anos.
Nutricionista NASF(M2)	Nasceu em Feira de Santana e morou em M2 onde estudou até o final do ensino médio. Pai comerciante, mãe professora. Graduação em Nutrição (Faculdade Nobre), especialização em saúde pública, servidora municipal e trabalha no NASF de M2 há 4 anos.
Enfermeira ESF	Nascida em Salvador onde estudou até o 3º ano do ensino médio. Pai bancário e mãe enfermeira. Graduada em Enfermagem (Universidade Católica de Salvador). Especialização em Saúde Pública. Mudou –se para M2 há 3 anos, quando foi aprovada em concurso público. Trabalha na ESF há 3 anos (desde 2012).

Quadro 21 – Síntese da trajetória dos agentes envolvidos na implementação da intervenção Prose e PSE no município 2. (continuação)

CARGO OCUPADO NO SUBESPAÇO SOCIAL	SÍNTESE DA TRAJETÓRIA
Diretora (M2) (C3)	Nascida em Salvador em 1972 e mudou para município M2 onde estudou até o 1º ano do ensino médio. Pai comerciante, mãe dona de casa. A partir do 2º ano do ensino médio estudou em Salvador onde se graduou em licenciatura em Pedagogia (UNEB), especialização em Gestão Escolar e outra em Gestão, Planejamento, Coordenação e Supervisão Escolar. Trabalha como professora no colégio C3 e desde 2009 exerce cargo de direção.
Professor de Língua Portuguesa (M2) (C3)	Nascido em M2 onde estudou até o final do ensino médio, depois mudou para Salvador, onde trabalhou como cobrador em uma empresa de transporte urbano. Pai agricultor, mãe falecida. Seis anos depois graduou-se em Letras Vernáculas (Universidade Estadual de Feira de Santana/UEFS). Atua no C3 há 8 anos.
Prof. de Biologia (M2) (C3)	Nascido em M2 onde estudou até o final do ensino médio. Pai professor, mãe dona de casa. Graduação em ciências biológicas (UEFS). Trabalha no C3 em M2 há 16 anos.
Prof. história (M2) (C3)	Nascido em Salvador onde estudou até concluir o 3º ano do ensino médio. Pai enfermeiro, mãe professora. Graduado em história (UFBA). Especialização em metodologia do ensino de História. Mudou-se para M2 após aprovação em concurso público. Trabalha no C3 há 5 anos.
Aluno (M2) (C3)	Nascido em Feira de Santana e mudou-se com 2 anos de idade para o município M2. Pai agricultor, mãe dona de casa. Estudou sempre no município M2 e está estudando no colégio C3, cursando o 3º ano do ensino médio. Foi aluno multiplicador do projeto PROSE.
Aluno (M2) (C3)	Nascido em M2 onde estuda até hoje. Pai motorista de ônibus e mãe costureira. Está estudando no colégio C3, cursando o 3º ano do ensino médio. Foi aluno multiplicador do projeto PROSE.
Diretor (M2) (C4)	Nascido em M2 onde estudou em colégios da rede privada de ensino até concluir o 3º ano do ensino médio. Pai professor e mãe professora. Graduação em geografia (UFBA/Salvador). Especialização em Gestão e licenciamento ambiental. Mestrado em Educação à Distância (UNEB). Professor concursado da Rede Estadual de Ensino Público de M2, trabalha no C4 há 22 anos. Assumiu o cargo de diretor no C4 há três anos.
Vice diretora (M2) (C4)	Nascida em M2 onde morou e estudou até o 3º ensino médio. Pai professor, mãe dona de casa. Graduação em Letras Vernáculas e em Pedagogia (UESB). Professora concursado da Rede Estadual de Ensino Público de M2, trabalha no C4 há 12, como vice-diretora há 3 anos.
Prof. de Educação Física (M2) (C4)	Nascida no município de Camaçari, pai trabalhava no Polo Petroquímico e mãe dona de casa. Graduada Educação Física na UFBA. Especialização EAD em Docência e especialização em Educação à Distância. Trabalhou em Salvador por 02 anos após a graduação. Mudou-se para M2, para trabalhar no C4 há 7 anos servidora público.

Quadro 21 – Síntese da trajetória dos agentes envolvidos na implementação da intervenção Prose e PSE no município 2. (conclusão)

CARGO OCUPADO NO SUBESPAÇO SOCIAL	SÍNTESE DA TRAJETÓRIA
Professor Língua Portuguesa, (M2) (C4)	Nascido em M2 onde morou e estudou até o 3º ensino médio. Pai comerciante e mãe dona de casa. Graduada em Letras Vernáculas (UEFS). Professor contrato temporário da Rede Estadual de Ensino Público de M2, trabalha no C4 há 5 anos.
Professor de Língua Portuguesa M2) (C4)	Nascido em M2 onde estudou até o 3º ano do ensino médio. Pai comerciante, mãe dona de casa. Graduação em letras vernáculas (UESB). <i>Especialização</i> em Língua e Literatura Vernáculas (UFBA). <i>Professor concursado</i> da Rede Estadual de Ensino Público de M2. Trabalha no C4 há 11 anos.
Merendeira (M2) (C4)	Nascida em M2 e após concluir o ensino médio começou a trabalhar como merendeira no colégio estadual C4. Pai falecido, mãe dona de casa. Trabalha no cargo há 4 anos.
Aluno (M2) (C4)	Nascida no município M2, onde sempre morou e estudou em colégios da rede pública de ensino. Pai policial e mãe professora. Está estudando no colégio C4, cursando o 3º ano do ensino médio. Participou do Prose desde 2013.
Aluno (M2) (C4)	Nascido no município M2, onde sempre morou e estudou em colégios da rede pública de ensino. Pais agricultores, reside na zona rural de M2. Está estudando no colégio C4, cursando o 3º ano do ensino médio. Participou do Prose desde 2013.
Aluno (M2) (C4)	Nascida no município M2, onde sempre morou e está estudando no colégio C4, cursando o 3º ano do ensino médio. Pai agricultor, mãe costureira. Reside na zona rural do município. Foi aluno multiplicador do projeto Prose.
Aluno (M2) (C4)	Nascida no município M2, onde sempre morou e está estudando no colégio C4, cursando o 3º ano do ensino médio. Pai encanador, mãe costureira. Foi aluno multiplicador do projeto PROSE.
Prof. Educação física (M2) (C4)	Nascido no município de Camaçari, pai bancário e mãe dona de casa. Graduiu Educação Física na UFBA. Trabalhou em Salvador por 02 anos após a graduação. Mudou-se para M2, para trabalhar no C4 há 2 anos (desde 2012), contrato temporário.
Prof. Educação física (M2) (C4)	Nascido em Salvador onde morou e estudou até o 3º ensino médio. Pai professor e mãe técnica de enfermagem. Graduação em educação Física (UNIFACS). Professor contrato temporário da Rede Estadual de Ensino Público de M2, trabalha no C4 desde 2013.

Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

8.2.2. A rede de relações: prévias e as novas relações constituídas

A partir das entrevistas e análise documental (relatórios de acompanhamento da Intervenção Prose), foi possível reconstituir a rede de relações entre os agentes envolvidos na implementação da intervenção Prose. Por meio de um sociograma (Figura 5), foi identificada a existência de vínculos/laços de influência entre os agentes, objetivos comuns, relações de afinidade, bem como a existência de grupos e/ou subgrupos nos dois subespaços onde se deu a execução da intervenção.

As relações prévias entre os agentes, especialmente aqueles que ocupavam um cargo no subespaço burocrático eram constituídas por momentos esporádicos formalizados por reuniões entre as partes interessadas e com o objetivo de discutir um problema, comum aos dois setores (saúde e educação). A rede de relações entre os agentes envolvidos mobilizados, permitiu identificar a existência de vínculos/laços isolados em determinados pontos do subespaço social, com interações intermitentes, e a existência de dois grupos/setores, a saúde e a educação, cada um composto por agentes reunidos conforme *habitus* em comum, atualizados e expressos por meio de suas práticas. As relações prévias entre os agentes do subespaço burocrático da saúde e educação (do alto escalão/ secretários municipais) e entre estes e os agentes que ocupavam cargos na gestão do setor educação e no setor educação eram intermitentes, constituídas pela necessidade de interação diante da necessidade em formalizar ou avaliar os resultados de políticas e programas intersetoriais.

“Nós já nos reunimos para organizar alguns projetos junto com a saúde, mas o meu maior contato é com a secretaria de desenvolvimento social, né? Porque com eles temos mais assuntos em comum. Com a secretaria de saúde, acho que o mais importante foi o PSE, mas quem toca mesmo, são os coordenadores... Nossa parte é mais com a Adesão... os documentos” (E7).

“A gente teve uma luta, bastante significativa para conseguir o PSE. Foi uma batalha pra gente conseguir na época porque tinha diversos critérios, muita documentação, uma burocracia para fazer a adesão. Mas, o que dificultou mesmo, foi que não tínhamos uma relação tão direta, né? [Com a secretaria educação]. Então para agendar reuniões demorava... e quando conseguíamos era sempre perto dos prazos... e tudo muito atropelado”. (E23).

“Tem o SIMEC, que a gente precisa registrar esses dados. Então, eu faço o registro aqui, e o pessoal da saúde já faz lá também. Tanto um quanto o outro, a gente faz esses registros” (E8).

“São coisas que vem de cima para baixo, ninguém nunca perguntou para gente por exemplo, quais as dificuldades para implementarmos as ações. Só querem os números...para o sistema” (E60).

No setor saúde, as relações prévias entre os coordenadores (especialmente a coordenadora da AB, que também coordenava o NASF) e os profissionais de saúde que ocupavam cargos técnicos eram frequentes. Embora os coordenadores mantivessem uma relação importante com os profissionais, entre os coordenadores do PSE dos distintos setores não havia relação constante, tendo em vista que o planejamento se concentrava em dois momentos no decorrer do ano.

No setor da educação, os agentes também possuíam relações prévias entre si, mas muito mais sólidas entre os agentes situados nas instituições escolares (diretores, professores e alunos). Cabe salientar que o secretário municipal de educação, mesmo assumindo um posicionamento mais neutro em relação a implementação da intervenção, segundo a coordenadora técnica do PSE, *“ele fazia questão de acompanhar os resultados do desenvolvimento do Prose e nos chamava a atenção para a importância do Projeto para o fortalecimento dos vínculos com as escolas Estaduais e com o setor saúde” (E8)*. Não foi possível identificar a existência de uma relação prévia sólida entre a coordenadora do PSE e os diretores das escolas. Da mesma forma, não foi constada a existência de relações prévias sólidas entre os representantes do GTI-M local ou entre estes e os profissionais da saúde e educação, pois as atividades estavam descontinuadas (a última reunião havia ocorrido há seis meses).

“Teve realmente um entrave para se trabalhar de forma mais articulada, porque as informações chegavam para a secretaria de saúde não havia esse apoio né, para nos orientar sobre como desenvolver essas ações, e quando a gente ia articular o trabalho com a educação a gente encontrava algumas barreiras, resistência, porque a secretaria de educação também tem um ritmo, tem os compromissos, tem o cronograma, e, aí a gente vê que se chocava o cronograma da saúde com o cronograma de educação né, alguns colegas que achavam que o trabalho era realmente só da saúde” (E22).

“A gente nunca parou para sentar e fazer um projeto uma coisa única todo mundo junto e tal, muitas vezes é como eu disse as coisas são muito esporádicas, esporádicas não, são separadas né, tem uma coisa que são os professores da escola que faz organiza, que apresenta, são coisas que o NASF vem aqui pronto, utilizam a escola né e apresentam, mas de forma conjunta mesmo isso não tem ocorrido não, mais assim não há dificuldade” (E81).

“Não existe um espaço permanente para planejamento das ações conjuntas, pois o GTI PSE se reúne a cada 6 meses”. (E25).

O próprio coordenador do PSE (secretaria de saúde) afirma a descontinuidade das ações do PSE, *“no início, nós conseguíamos nos reunir todo mundo. Depois se desgastou assim, aí, só ficou mesmo eu e ela [coordenadora do PSE na secretaria de educação], tentando fazer algum trabalho, dando esse apoio pra que o PSE não desaparecesse”* (E23). Foi possível identificar, também, que a coordenadora do PSE no setor educação atribuía a responsabilidade pela realização das ações nas escolas aos profissionais de saúde.

“No início do ano, nós nos reunimos primeiro os coordenadores técnicos da saúde com os coordenadores técnicos da educação aí organizamos alguns temas para trabalhar durante esse ano todo, do PSE, mas aí combinamos, como eles vão agir, na parte deles, o processo todo que são os enfermeiros o pessoal todo do PSF e NASF que faz. Eu indico as escolas e os diretores, aí os profissionais de saúde fazem contato e eles que vão fazer as ações com os alunos” (E8).

A instabilidade institucional também foi relatada pelos profissionais de saúde. Alguns entrevistados apontaram mudanças constantes de agentes em cargos administrativos, especialmente coordenações de programas na secretaria municipal de saúde, a exemplo da coordenação do PSE. Aliado a este fator, indicaram também um acompanhamento incipiente do processo de implementação das ações do PSE local por parte dos demais âmbitos do governo, inclusive local, o que pode ter contribuído, segundo os mesmos, para o enfraquecimento do programa nos subespaços burocrático e político. O PSE era concebido nestes subespaços como *um programa que não deu certo*.

“O coordenador do PSE assumiu o cargo recentemente, mas o PSE não é prioridade, pois ele também coordena o PMAQ-AB e este para a Secretaria de Saúde é mais importante, traz mais visibilidade, né?” (E31).

“Duas partes, essa questão do Estado que eu não sinto o acompanhamento das ações que estão acontecendo no município e aqui a questão política, muda a gestão, muda todo o ritmo de trabalho... e as prioridades” (E22).

As análises empreendidas e a observação realizada permitiram evidenciar a existência de dois grupos de agentes unidos por um conjunto coerente de preferências, com origem nos sistemas de disposições e condições de produção nos dois setores, mas polarizados no subespaço local.

Ante a este cenário, os agentes de pesquisa iniciaram a fase preparatória da intervenção, procedendo a apresentação do projeto de intervenção para os gestores do alto escalão (secretários municipais saúde e educação), que concederam a anuência. Em seguida, os agentes de pesquisa estabeleceram contato com a coordenadora da AB e com a coordenadora do PSE do setor educação, sendo possível mapear os demais agentes com potencial para desenvolver a intervenção. A coordenadora do PSE (educação) indicou os nomes das escolas estaduais e dos diretores, e a coordenadora da AB apresentou o coordenador do PSE e os profissionais da saúde do NASF e das duas ESF do território das escolas.

“Nós fizemos assim dividimos então os componentes do Prose, entre os coordenadores da secretaria da saúde com os da secretaria de educação, convocamos todos do GTI-M, nós mostramos qual vai ser o trabalho e delegamos em conjunto quem aí os diretores vão agir na escola né, e a educação vai agir junto na própria educação para explicar para eles como vai funcionar e a saúde vem de contra partida nos ajudando, aí eles vão fazer o lado dele e nós vamos fazer o nosso para acabar tudo direitinho sem dar é assim sem dar atrasos sem dar muito problema”. (E19).

A partir deste momento, a intervenção PROSE foi progressivamente sendo divulgada para outros agentes, iniciando pelos diretores das escolas. Estes auxiliaram os agentes de pesquisa a convidarem os demais agentes (os professores, alunos, merendeiras e familiares dos alunos) para participar das Oficinas de Trabalho. Os professores também passaram a contribuir e convencer os alunos. Os vendedores de alimentos do entorno escolar foram convidados pelos diretores. Alguns alunos foram selecionados pelos diretores das escolas (por se destacaram como líderes de classe) para assumirem a função de aluno monitor (ou multiplicador das ações para os demais escolares).

No decorrer das Oficinas de trabalho da fase preparatória, os agentes sugeriram aos coordenadores do PSE, professores, profissionais de saúde e diretores que o GTI-M fosse reativado como instancia intersetorial. Estes acataram a sugestão e procederam a organização de uma nova composição local, que foi formalizada mediante a publicação de uma nova portaria conjunta entre as duas secretarias (saúde e educação).

“Nós conseguimos ampliar a composição do GTI-M, incluímos inclusive alguns professores que antes tínhamos dificuldade em agregar a este espaço” (E23).

Outra questão demonstrada foi a dificuldade em estabelecer uma interação com os diretores e professores das escolas estaduais. A maioria dos profissionais de saúde alegou maior dificuldade em instituir interações mais recorrentes com os diretores das escolas da rede estadual de ensino público, tendo em vista que assumiam um posicionamento político contrário ao do grupo político que estava no governo municipal (ainda que estivesse previsto pelo PSE a inclusão das escolas Estaduais). As tomadas de posição *política* conduziram a interações iniciais contraditórias, gerando um certo desconforto.

“Os pesquisadores do Prose, nas reuniões que aconteceram já haviam explicado, que o projeto iria ser desenvolvido nas escolas estaduais...mas, não foi assim não...pois eles eram do Estado que eram de outro partido, diferente do governo do município, né? Quem convenceu mesmo eles, foram os pesquisadores do Prose”. (E29).

“Existiu uma dificuldade mesmo, porque como eu falei, a questão do partidarismo, não é isso? Vamos colocar uma situação: a escola aqui é PT. Se o governo municipal tem uma outra legenda política, não adianta. Porque pode marcar aqui e que eles não querem vir, entende? Isso é notório, entende?” (E81).

“O PSE é muito difícil de ser implementado, os profissionais de saúde são hostilizados, quando vão fazer alguma campanha nas escolas” (E29).

Após a apresentação da intervenção Prose nas Oficinas de Trabalho os agentes passaram a assumir a responsabilidade pelo desenvolvimento da Intervenção. Novas relações emergiram entre os agentes dos subespaços burocráticos do setor educação, diretores e professores e das escolas. Do mesmo modo, entre alguns profissionais de saúde, especialmente do NASF e professores das escolas participantes da intervenção Prose.

No setor saúde, grande parte do movimento inicial para implementação da intervenção foi impulsionado pela coordenadora da Atenção Básica, por meio de reuniões com os profissionais, em particular os educadores físicos e nutricionista do NASF, mas em uma relação de imposição vertical, com certa autoridade impositiva, o que indicou divergências e disputas entre os agentes, evidenciando que as atividades eram acompanhadas de forma centralizada neste subespaço específico. No setor

educação, o movimento inicial partiu dos diretores, mas com grande adesão dos professores das duas escolas.

“Se a gente não tiver alguém ali cobrando, dando aquelas injeções a gente acaba, a gente acaba não contribuindo da maneira que deveria. Então, eu reunião os profissionais e até mesmo ia com eles as escolas... eu acho que faltou...maior empenho dos coordenadores do PSE” (E22).

Outro importante movimento em prol da articulação dos agentes para o desenvolvimento das aulas temáticas foi a realização de diversas reuniões conjuntas. Segundo o diretor do colégio C4, *“Sentamos com os professores que aceitaram participar do Prose e discutimos várias possibilidades de incluir no cronograma das disciplinas. E a maioria concordou e apresentou novos planos de aulas” (E8).*

“Os diretores sempre estavam disponíveis também e dispostos a ajudar com o Prose. Mas, alguns professores eram muito resistentes, não queriam alterar a sua rotina, Nós tivemos muita dificuldade para estabelecer um contato maior com eles. E parecia que eles convenciam os alunos a não participar. Foi um começo árduo” (E28).

O GTI-M foi apresentado pelos gestores como um grupo de agentes corresponsáveis pelas ações, entretanto, não evidenciamos a atuação ativa dos representantes desse subespaço na etapa de organização de cronogramas e articulação para o desenvolvimento, de fato, da intervenção Prose. Conforme apontou um dos entrevistados:

“Mesmo após a formalização da nova portaria do GTI-PSE local, os representantes não demonstraram uma vontade de participar mesmo, para a construção de novas relações e ações que contemplasse a negociação entre necessária entre os profissionais e professores” (E23).

Bourdieu (2004 p. 166) alerta que “a construção de grupos não pode ser uma construção *ex nihilo*³⁷. Ela terá mais chances de sucesso se estiver alicerçada a realidade, nas afinidades objetivas entre as pessoas que se quer reunir”.

“Todos nós temos muitas atribuições, né? Então, após as reuniões de organização dos novos cronogramas do PSE e do Prose, não podíamos mais participar tanto. Aí os profissionais de saúde acabaram fazendo mesmo, as ações e os contatos com os professores” (E23).

³⁷ Expressão latina que significa *nada surge do nada*. Indica um princípio metafísico segundo o qual o ser não pode começar a existir a partir do nada.

A definição das ações que demandavam articulação intersetorial ocorreu em consideração a algum tipo de parceria prévia, mesmo que pontualmente, que os profissionais de saúde estabeleciam com as instituições escolares. A organização das ações para implementação do Prose, inicialmente, foi liderada, sobretudo, pelos profissionais de saúde, com incentivo dos diretores das escolas, especialmente da C3, e com acompanhamento dos agentes de pesquisa. De modo geral, percebeu-se que o movimento dos agentes para implementar a intervenção emergiu em um cenário municipal político e administrativo não tão favorável, sobretudo porque ocorriam frequentes mudanças de cargos de coordenação no setor saúde, o que exigia o estabelecimento recorrente de novas interações. Este cenário exigiu também interações recorrentes e frequentes com os agentes da pesquisa.

“Todas as nossas dúvidas, tirávamos mesmo com os pesquisadores de Salvador. Eles estavam muito disponíveis, por e-mail, por telefone. E, olha que tínhamos várias dúvidas mesmo” (E30).

“Tem algumas ações que são feitas pelo pessoal da saúde, porque eles já têm que ter um cronograma que atenda também essa questão da disponibilidade ...eles tentam casar de acordo com a demanda. Então, esse cronograma é feito, basicamente, a partir do que eles priorizam, do que acham prioritário trabalhar, mesmo né?” (E8).

Não houve envolvimento de escolares, familiares e outros agentes do território na definição de prioridades, planejamento e programação das ações. Apesar dos documentos normativos do Prose e do PSE indicarem a participação dos professores, alunos, pais e lideranças comunitárias durante o processo de formulação do projeto de ação local (BRASIL, 2009; PROSE, 2013).

“Os pais dos alunos não participam muitos das reuniões ou eventos que ocorrem na escola. Basta vermos que nas oficinas do PROSE, menos de 20 vieram...se fizermos as contas...não representa os alunos da escola.” (E81).

“A gente sabe que os alunos foram incluídos mais ou menos no projeto, né? Eles tiveram que participar das atividades...Mas aí, ano que vem, a gente tá querendo trabalhar dessa maneira, onde ele participe desde a articulação e o planejamento. Que o representante dos alunos possa opinar, sugerir, discutir mais conosco.” (E63).

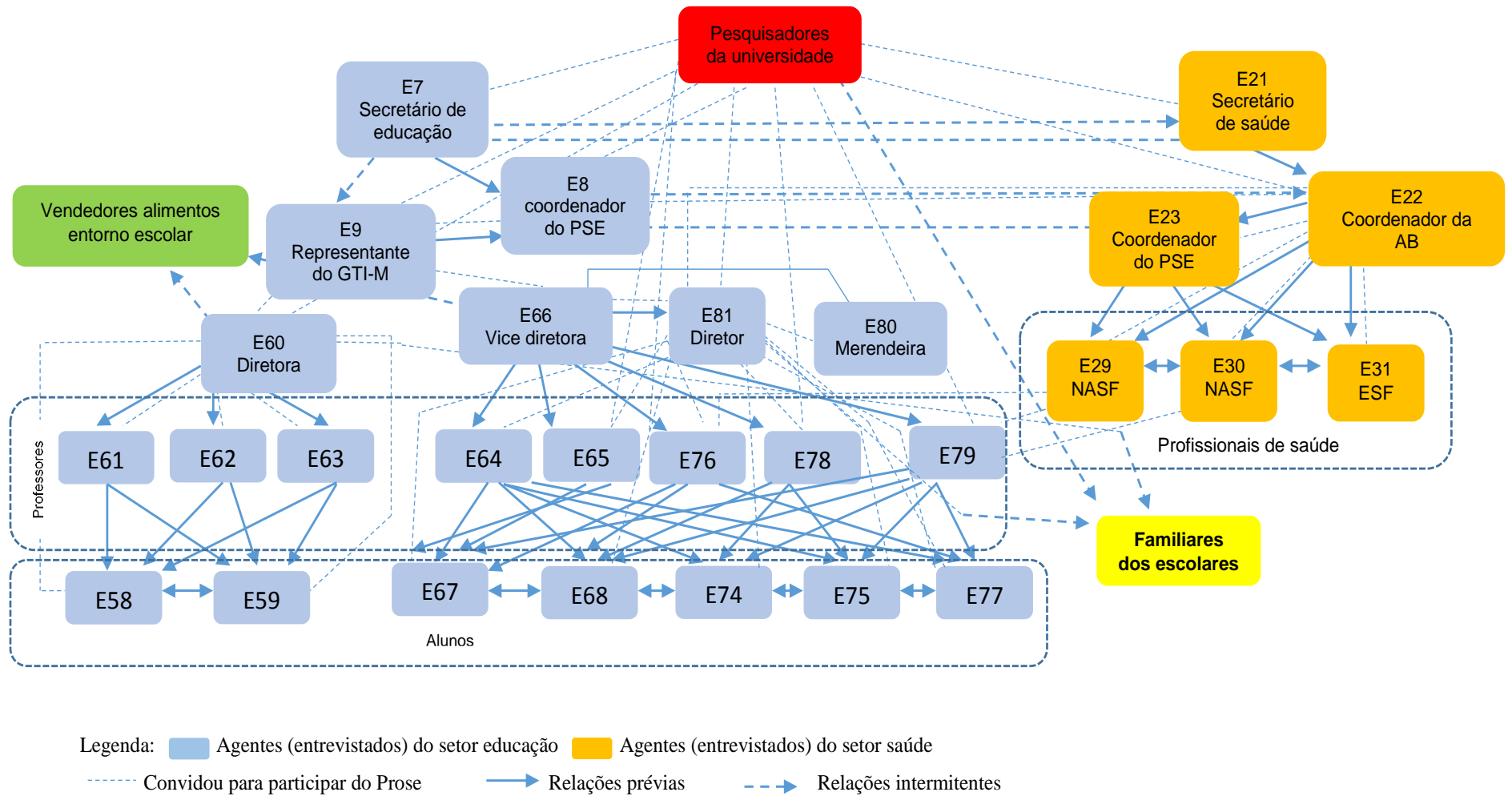


Figura 5 – Inter-relação dos agentes envolvidos na implementação da intervenção Prose no município 2.

Fonte: Elaborado pelo autor.

8.2.3. A implementação da intervenção Prose no município 2

8.2.3.1. O componente *ensino formal*

A intervenção Prose começou a ser implementada pelos professores e profissionais de saúde no município 2 por meio das ações previstas pelo componente *Ensino formal*. Estes, buscaram cumprir o cronograma de atividades definido na fase preparatória da Intervenção Prose, e que previa as atribuições dos agentes envolvidos e os prazos para cumprimento das ações. Este componente designava a realização das oito aulas temáticas a serem desenvolvidas nos colégios C3 e C4, inseridas nos componentes curriculares e a ampliação da carga horária e diversificação das atividades esportivas. Conforme assinalou um dos entrevistados, as aulas foram realizadas no C3 de forma mais contínua, *“as aulas foram distribuídas entre os professores e profissionais de saúde, a depender da temática e realizadas quinzenalmente, no período compreendido entre maio e junho de 2013”* (E63/C3).

“Quando começou a primeira semana, a gente começou a se reunir e falar como ia ser feito né? Os horários, dividir tudo como ia ser feito... A gente fez isso aí. Teve esse planejamento” (E31).

“Teve o professor que era responsável por dar aquela aula, entendeu? A gente, na época, eu lembro que teve um cronograma com os horários dos professores e profissionais, e o que que cada um ia dar” (E62/C3).

“Como o PROSE foi iniciado com uma proposta muito mais direcionada, como eu havia dito, com objetivos específicos bem definidos, e uma equipe menor para desenvolver essas ações, eu pude perceber, que aqui na C3 deu muito certo, e continua” (E60/C3).

Outros entrevistados relataram que as estratégias para implementação do Prose, ainda que discutidas pelos coordenadores, acabaram sendo definidas de fato, em reuniões entre os profissionais do próprio subespaço e em contatos rápidos com os profissionais do outro subespaço, de forma pontual, de forma não-sistemática e, quase sempre, na dependência da motivação e disponibilidade de profissionais de saúde e por meio de ações isoladas.

“Os profissionais que estão na linha de frente acreditam naquele trabalho ali, aí quando eles acreditam e eles querem, eles vão fazendo o trabalho e convencem os outros que há a necessidade, e foi isso o que aconteceu na equipe da saúde e com a educação”. (E22).

“Antigamente, a gente fazia reunião assim, os professores e os profissionais de saúde. Daqui a pouco, quando era hora de se reunir novamente, de apresentar o trabalho, de fazer as palestras, de fazer acontecer, de distribuir as cadernetas às adolescentes, de mandar realmente, de ver um diagnóstico na integralidade, professor deixava a gente só, dizendo assim ‘Toma que o filho é teu!’ Então, acabávamos sozinhos no momento da ação mesmo. Mas fizemos, todas as aulas e as ações do Prose” (E30).

“Essa linguagem intersetorial é do profissional da saúde, mas não é papel do professor, é que eles têm uma abordagem para aula, e não dentro das disciplinas ... de saúde” (E22).

Apesar de evidenciarmos esta mudança, alguns entrevistados, contrariamente, apontaram que a implementação das aulas, no colégio 4, contou com a participação mais expressiva dos professores, e apenas com participações esporádicas dos profissionais de saúde. Neste colégio, no primeiro ano, foram cumpridas apenas seis aulas temáticas. Importante também ressaltar, que a escola se constitui em um subespaço formal onde se dá o processo educativo, mas também é um subespaço institucional, social e político, permeado pela cultura, e, portanto, com práticas bem constituídas e por vezes inflexíveis a presença de outros agentes e de outras (e distintas) práticas. Para Bourdieu, as relações entre os agentes providos de um dos diferentes tipos de capital, se deu na tentativa de dominar o campo e cujas lutas se intensificam sempre que o valor relativo dos diferentes tipos de capital é posto em questão ou são ameaçados, definindo a *posição de oposição* ou a *tomada de posição* (BOURDIEU, 2002; BOURDIEU, 2011).

“Em 2013, quando a gente participou da formação (capacitação do Prose) e recebeu o material, eu comecei trabalhar algumas aulas em algumas turmas, só que não consegui trabalhar todas as aulas [sessões temáticas do Prose], e planejei para fazer isso em 2014. Só que, em 2014, já mudou um pouco o planejamento, por conta que eu entrei em uma especialização em metodologia da educação profissional, que é o foco aqui dessa unidade. Então, resultado: eu acabei não dando continuidade àquelas aulas. A minha colega, professora de ciências assumiu.” (E78/C4).

As interações, segundo um dos professores, se deram de forma mais conflituosa, especialmente porque os professores disputavam a condução das aulas com os profissionais de saúde, buscando impor a *autoridade pedagógica* (autoridade do campo da educação). Importante destacar que Bourdieu (2013b) discorreu que a autoridade alcançada por uma ação pedagógica, ou seja, a legitimidade conferida a essa ação e aos conteúdos que ela distribui, seria proporcional à sua capacidade de

se apresentar como arbitrária e não vinculada a nenhuma classe ou grupo social. Esse processo de imposição dissimulada de um arbitrário cultural como cultura universal é denominada, pelo autor de “violência simbólica”.

Alguns professores apontaram que esta condução deveria ser responsabilidade deles, tendo em vista que estes teriam maior legitimidade para desenvolver as ações ao interior das instituições escolares. O argumento era a inexistência de experiência dos profissionais de saúde ante aos processos pedagógicos. Segundo a vice-diretora, *“os colegas acabaram desenvolvendo os conteúdos em suas disciplinas, de forma individual e isolada, inclusive alterando os cronogramas pactuados com os profissionais de saúde”* (E66/C4). Outros professores e profissionais de saúde confirmaram esta conduta.

“O planejamento foi coletivo. Mas, na realidade, cada um aplicou [as temáticas das aulas propostas pelo Prose] dentro da sua disciplina, de forma individual” (E79/C4).

“Cheguei ao colégio em uma data que estava prevista a realização da aula sobre uso de sal na alimentação. E, lá fui avisada pela professora que ela já havia conduzido. Fiquei sem entender e sem realizar esta ação. Faltou diálogo” (E30).

Para Varela e Alvarez-Uría (1992) as diretrizes dos programas de saúde escolar reforçam a autoridade pedagógica do professor, enquanto agente das regulamentações do Estado e empossado da “ciência pedagógica” adquirida nas escolas tradicionais, para alcançar o objetivo de manter a boa ordem e disciplina no contexto escolar e comunitário. Já Ferreira *et al* (2014) alertam que o isolamento das instituições de ensino e a restrição a um diálogo com os demais setores abre uma lacuna importante para que o outro setor manifeste o protagonismo nas ações. De fato, foi o que aconteceu primordialmente nas relações instituídas entre os dois setores.

Diante das práticas desenvolvidas pelos agentes do subespaço oposto, as relações entre os agentes dos distintos subespaços passam a ser marcadas ainda mais por disputas em decorrência da necessidade de reafirmação do *habitus* dos seus respectivos subespaços de origem, dos condicionamentos homogêneos e, também, por interesses individuais dos agentes que acabam por direcionar determinados

pontos de vista e tomadas de posição, em decorrência de possíveis coerências das construções práticas, especialmente disputas por legitimação de um saber próprio do subespaço de origem. Apesar de alguns reconhecerem a necessidade de mudar algumas ações, os agentes aliados e parceiros são, ao mesmo tempo, oponentes em potencial; indicando, de certa forma, uma imposição de legitimidade por meio de uma luta concorrencial, que faz os agentes agirem em alguns momentos de *forma desordenada* no processo de implementação das ações, sem qualquer interação e com um posicionamento contrário aos interesses coletivos, em busca de reconhecimento individual e institucional.

Foi evidenciada a dificuldade dos professores em se apropriar de conteúdos tradicionalmente discutidos pelos profissionais da saúde, o que reforçou a necessidade de aproximação das disciplinas e da tradução das matrizes discursivas, intenções e vontades dos outros agentes em seus próprios discursos. Para Pinell (2010), a “divisão disciplinar tende a deixar fora da análise o objeto que permite construir o elo entre a elaboração dos conceitos e condições sociais de sua elaboração, a saber, as práticas próprias de um espaço social”.

“E, às vezes a gente [profissionais de saúde] ia na escola e o professor dizia ‘Ah, não, essa aula já foi dada’. Mas, àquela aula específica era para ter sido conduzida com a presença dos profissionais de saúde...a aula sobre atividade física, foi uma dessas, em que era para eu estar presente...mas, eles anteciparam o cronograma”. (E29).

“A dificuldade era, assim, alguma resistência na questão da educação porque tem algumas... Eles acham que, por ser um projeto mais voltado pra área de saúde, eles acham que a área de saúde tem que tomar conta, aí tem alguma resistência de alguns professores, de tá liberando, de tá fazendo essas atividades, entendeu?” (E30).

Neste município, diferente do M1, os agentes não expuseram nenhum impedimento relacionado ao material de apoio disponibilizado pela equipe de pesquisa, inclusive referente às videoaulas. Um dos professores (E63) relatou, inclusive, que conseguiu utilizar as videoaulas nas aulas de história, e um profissional do NASF (E30) que continuou utilizando em atividades nas USF e, até mesmo, em atividades do PSE em outras escolas da rede municipal de ensino. O que se percebe é que a Intervenção Prose foi divulgada por alguns agentes envolvidos, que reconheceram o seu potencial, ampliado para outros subespaços.

“O material é bom, acho que uma coisa que facilitou o trabalho da gente... inclusive, eu tentei pegar o material que foi passado para gente e dar uma linguagem histórica, eu fiz um resgate histórico a respeito das questões dos jogos e atividade esportiva e tudo mais”. (E63/C3).

“Os materiais das sessões temáticas, nós do NASF estamos utilizando em outras atividades, nas USF e em algumas palestras, nas próprias escolas”. (E30).

Segundo um dos alunos entrevistado do C3, *“as temáticas eram muito interessantes, mas a aula sobre uso de suplementos alimentares foi a mais interessante. Conseguimos discutir muita coisa, inclusive sobre autoestima”* (E58). Para outro aluno (E74) do C4, a aula *Promovendo Saúde na Escola* foi a que mais o incentivou e a alguns colegas, inclusive a propor a realização de uma feira de saúde sobre a temática.

“Olha, teve uma aula sobre uso de suplemento alimentar. Acompanhei o educador físico conduzir, e ele trouxe exemplos e casos que estavam até nas redes sociais...atuais. Foi interessante, que eu também aprendi muito. Não vou dizer que não dominava tudo aquilo, mas eu também aprendi bastante sobre a aula. A gente teve um momento bem interessante com os alunos, que eles participavam, eles falavam” (E65/C4).

Por outro lado, as relações entre os agentes das instituições de ensino e da gestão na secretaria municipal de educação foram marcadas por disputas de recursos de poder. Segundo os diretores das instituições escolares (E66 e E81), havia uma certa imposição e centralização da secretaria de educação local, quanto a aquisição de alimentos para a merenda escolar, pois, mesmo diante da descentralização dos recursos (âmbito federal para o municipal, repassado fundo a fundo e da inclusão em 2013, da portaria que permitia que parte dos alimentos fossem adquiridos pela produção da agricultura familiar local), a aquisição permanecia de maneira centralizada, o que impedia o diretor da escola de optar por escolhas mais saudáveis, conforme vinha sendo discutido nas inúmeras reuniões com os profissionais de saúde. Ante ao poder coercitivo que se concentrava no subespaço político e no burocrático (violência simbólica do Estado), os recursos passaram a ser monopolizados: um monopólio público, unilateral, uma barreira a interpenetração de outros agentes, de outras necessidades, insensível a uma lógica coletiva. Para Bourdieu (2013), isto ocorre, talvez, porque eles “conservam a nostalgia do acúmulo de todos os princípios

de dominação e de todas as formas de excelência sem ver as vantagens plurais”, coletivas.

“Aqui na escola, a gente segue muito o que a secretaria de educação determina. Hoje, a gente segue muito o que eles mandam. Antes a gente comprava, agora eles mandam o lanche. Então, é um pouco diferente”. (E 66/C4).

“Às vezes é preciso comprar isso dá agricultura familiar, uma fruta para a merenda...vem mais saudável, sem agrotóxico... temos produtores aqui na região. Era muito diferente”. (E64/C4).

Mesmo ante aos impasses administrativos, a merenda escolar nas duas escolas era bastante diversificada, segundo relatos dos entrevistados e os cardápios disponibilizados nas áreas externas dos refeitórios/cantinas que demonstravam a disponibilidade semanal de frutas e verduras.

“Quem faz o cardápio da merenda escolar aqui na escola sou eu. E ajudou bastante. Apesar de eu não ter acompanhado no ano de 2013, eu vi os resultados, os comentários, o material eu tive acesso, assim, também, um pouco... E ajudou no sentido da conscientização dos alunos em relação a açúcar, sal, todas essas coisas... Na época, a gente tinha uma dificuldade... No ano de 2013, ainda tinha o Mais educação aqui na escola, e a gente servia o almoço pros meninos, e a gente tinha uma dificuldade em relação ao sal. Desde então, o suco, que eles gostavam do suco muito doce, a gente foi, aos poucos, tirando mais esse açúcar, fazendo... Eu fui conversando mais com as merendeiras, tentando... E os alunos... Parece que eles ficaram mais conscientizados em relação a isso aí. Então, foi uma coisa boa que aconteceu... Em termos de não usar muito embutido, evitar algumas coisas, foi bom” (E60/C3).

“A cantina mudou, né? a alimentação assim, dos alimentos gordurosos, dando mais fruta, mas tem uma resistência dos alunos, de frutas, são poucos, muitos não querem, fruta, salada de fruta, eles recusam, aí querem a merenda mais gordurosa... Mas, comem e muitos (a maioria) elogiam...Então, mesmo a gente com tantos desafios a superar, a gente sente que o aluno reconhece, o aluno vem até a gente e fala. Por isso, não podemos parar” (E81/C4).

“Tudo foi programado... ‘Vamos tentar implementar esse cardápio durante essa semana ou durante esse mês, para ver a aceitação dos alunos?’”. (E30).

“Com muito mais frequência. A verdura, ela entrava aqui no cardápio da escola... Vamos falar assim, normalmente, a verba estando normal, a verdura entra no cardápio da escola, pelo menos, umas três vezes por semana. E quando não é a verdura, é a fruta. Então, sempre, todos os dias tinha alguma coisa. Ou um suco de fruta, ou a fruta, a verdura, a cenoura, couve-flor, batatas” (E66).

Na escola C3 havia uma horta comunitária (desenvolvida em parceria com a Empresa Baiana de Desenvolvimento Agrícola –EBDA) onde eram realizadas algumas aulas de Biologia, e cujas frutas e verduras colhidas eram utilizadas na alimentação escolar, o que possibilitou maior diversificação dos cardápios. Além disso, conforme a nutricionista do NASF, *“eles trabalhavam com a mesma alimentação, com o mesmo cardápio que os municípios costumam trabalhar... eles até incrementavam um pouquinho mais, porque o Estado manda uma verba um pouco maior que a do município...disponibilizam frutas, sucos, verduras”* (E30).

“Em relação e depois do Prose a gente viu muita coisa importante sobre a parte de alimentação, com as aulas conduzidas pela nutricionista e, depois das palestras, tivemos uma visão melhor da pirâmide, pois antes víamos a ‘aquilo’ e a gente sabe mas não vê a familiaridade com as questões do cotidiano. Ficamos mais próximos da pirâmide. Depois da aula e da discussão, pudemos desenvolver outras discussões na escola...até em uma feira de ciências” (E66).

O acesso à alimentação de qualidade em escolas da rede pública é reconhecido como direito do aluno brasileiro na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei nº 9.394/1996) do Ministério da Educação. O Art. 2 da Lei n. 11.947 informa ainda que:

os cardápios da alimentação escolar deverão ser elaborados pelo nutricionista responsável com utilização de gêneros alimentícios básicos, respeitando-se as referências nutricionais, os hábitos alimentares, a cultura e a tradição alimentar da localidade, pautando-se na sustentabilidade e diversificação agrícola da região, na alimentação saudável e adequada. (BRASIL, 2009, p.)

Ainda nesta perspectiva, cabe ressaltar a alimentação no domicílio dos alunos. Um aluno expôs que *“na minha casa não mudou tanto assim, acho que eles não tinham muita consciência do perigo do sal, gordura”* (E67). Já outro aluno descreveu que *“lá em casa mudou sim, olha minha mãe tem um sitio, né? E para a gente era muito fácil, comer mais frutas e verduras. Ninguém tem reclamado não”* (E58). Mas, para o coordenador do PSE, as mudanças mais abrangentes, dependem de uma maior consciência social, de toda a comunidade não apenas a escolar.

“Agora não adianta você melhorar um pouco a merenda da escola em relação ao uso do sal, do açúcar por exemplo, da gordura se não houver uma melhora dessa alimentação em casa por que eu acho o que acaba ocorrendo é isso é

o resultado final do sobrepeso dos alunos, também isso não é por falta de conhecimento, eu vejo que isso é mais uma questão social” (E29).

“Eu acredito que é uma bola de neve. Se você consegue fazer um trabalho adequado, você começa a atingir um público alvo maior, você vai pro adolescente, vai pro pai, vai pra mãe, vai pra um parente, e isso acaba refletindo numa condição, num hábito de vida mais saudável pra população” (E17).

Quanto aos alimentos comercializados pelos vendedores do entorno escolar, não se observou avanços significativos também neste município.

“A gente acaba tendo essa dificuldade, é com as pessoas que ficam ao redor das escolas vendendo os alimentos que não são saudáveis. Não conseguimos convence-los a participar de forma mais frequente na Intervenção e não conseguimos mudar os alimentos comercializados. E pior, alguns alunos acabam comprando estes alimentos” (E16/M3).

A prática de atividade física, uma das temáticas reforçadas pelo Prose, segundo alguns entrevistados, obteve mudanças expressivas, especialmente no colégio C3, onde os professores de educação física acompanharam as atividades durante todo o processo, e cuja estrutura física das quadras favorecia as práticas.

“Olha, hoje nós temos... A gente passa, passou agora, recentemente, nas escolas divulgando os projetos e as ações da escola. E, assim, nossa escola é uma das escolas que mais têm investido em esporte. Eu até comentava aqui sobre os alunos que estão, hoje, representando a escola numa etapa regional em Salvador, a qual representa o handebol feminino. Mas nós temos várias modalidades: futsal masculino, feminino, basquete, o handebol, entre outros. E, assim, os alunos participam em várias etapas, a nível de polo, em cidades próximas. Nós tivemos também um intercâmbio agora, há sessenta dias, no máximo, atrás, onde envolve essa escola e mais três escolas que são visitantes. Então, essas escolas ficam aqui durante três dias, acontecem vários jogos e não só a questão das práticas dos jogos, mas, também, exercícios físicos são realizados no entorno da escola, na quadra, no campinho” (E65).

“Além da gente montar os times de cada um, a gente acompanhou os treinamentos eles me chamaram mesmo no horário que a gente não trabalhava fora do colégio, e os alunos sempre pediam: ‘tem como a gente ir no NASF, treinar com os educadores físicos?’ Essa troca aconteceu e foi muito positiva. Os alunos tomaram gosto pelo esporte” (E30).

No outro colégio, o resultado obtido não foi semelhante, possivelmente devido às mudanças constantes no quadro de professores de educação física (contratos temporários) e reforma da quadra poliesportiva no último ano (2014). Em relação a atividade física curricular obrigatória no colégio C4, destacam-se dois fatores

restritivos na construção destas ações. Primeiro contou com a participação de professores de educação física com vínculos temporários e para alguns profissionais de saúde: *“Chegamos em um dia e tinha outro professor de educação física na escola, o contrato do anterior havia encerrado e não ficamos sabendo...tivemos que reestabelecer novas interações, e isso não acontece assim, do dia para o outro”* (E29). Essa instabilidade do quadro de recursos humanos causou certo descompasso na implementação das ações do Prose e pode ser considerado como um dos fatores restritivos. Segundo, a estrutura física da quadra do colégio: *“A dificuldade é que quando chegou no meio do ano quer dizer para cá a nossa primavera, se torna verão e o verão se torna verão levado ao quadrado, aí dificulta trabalhar lá fora porque a quadra não está coberta ainda e o sol é muito quente. E no espaço interno da escola a diretora não permite barulhos, atrapalha as outras turmas”* (E76).

A atividade física também é objeto de várias políticas de promoção à vida saudável, e tem na escola um importante ponto de apoio e disseminação. Para a educação básica, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), instituída pela Lei n. 9.394, de 20.12.1996 (BRASIL, 1996), determina que a educação física, integrada à proposta pedagógica da escola, seja componente curricular obrigatório. Cabe ressaltar que os resultados da PENSE (2015) indicaram uma redução do percentual de escolares que não tiveram acesso a prática de atividade na escola, passando de 18,3 % em 2012 para apenas 14%, e a ocorrência de aulas de educação física em dois dias ou mais na semana foi maior entre os alunos da rede pública (50,0%) quando comparados aos da rede privada (39,4%) (PENSE/IBGE, 2013).

No que se refere especificamente as atividades físicas no turno oposto as aulas e fora da escola, foram observados resultados mais exitosos, sobretudo porque a maioria das ações foram implementadas pelos profissionais de saúde do NASF e apoiadas pelos professores de educação física.

“Eu fiz várias atividades novas e sempre conversando com os diretores das escolas, né? Pois, alguns professores não queriam mesmo que fossemos...teve uma vez que fui para a escola com vários bambolês dar uma aula específica para as meninas, que tinham receio em participar, para não desarrumar os cabelos e tal...ai levei também vários acessórios de cabelos coloridos e pedi que se arrumassem antes da aula: elas adoraram a ideia! Mas, a aula acabou sendo mais demorada mesmo, esta aula foi no fim do dia

e mesmo assim uma professora ainda criticou e me disse que era perda de tempo, que já havia tentado de tudo e elas não gostavam mesmo de exercícios físicos” (E29).

Em síntese, as lutas simbólicas se materializam frente a percepções distintas, individuais ou coletivas, destinadas a se mostrar valer das realidades dos subespaços de origem. As “manifestações tinham por objetivo tornar manifesto um grupo, sua força, coesão, fazê-lo existir visualmente. Ao nível coletivo, as mais típicas das estratégias foram as que visavam reconstruir um passado ajustado as necessidades do presente, ou construir um futuro, por meio de uma ação preditora, destinada a delimitar o sentido do presente” (BOURDIEU, 2004 p.162).

8.2.3.2. Componente *Educação e comunicação*

As ações previstas por este componente, a saber, a realização de oficinas temáticas direcionadas as merendeiras, vendedores de alimentos do entorno escolar, familiares dos escolares e de duas entrevistas em rádio comunitária também não foram desenvolvidas integralmente. Apenas uma oficina foi conduzida pela enfermeira da ESF e a nutricionista do NASF, e contou com a presença das merendeiras. Segundo a nutricionista do NASF *“foi um momento muito rico, elas perguntaram muito e se interessaram em saber sobre a higienização de alimentos e principalmente novas técnicas de manipulação” (E30).*

“As aulas não ficaram para a gente enfermeiros e as aulas ficaram para nutricionista educador físico, o enfermeiro ficou com essa parte de conhecer a unidade, e a gente falar e mostrar sobre a promoção de saúde, nas palestras com as merendeiras” (E31).

Quanto a reduzida participação dos familiares e dos vendedores de alimentos do entorno escolar, os motivos foram os mesmos explicitados pelos agentes do município 1. Da mesma forma, os agentes não priorizaram a realização das entrevistas em rádios comunitárias.

Em síntese, o processo de implementação da intervenção a dinâmica social revelou algumas dificuldades relacionadas a:

- (1) A divisão das práticas conforme os respectivos subespaços de origem, em busca do reconhecimento e legitimação de um saber;
- (2) As disputas por recursos de poder entre os agentes de subespaços opostos.
- (3) Os diferentes estágios de organização institucional, de conhecimento sobre os aspectos prioritários da intervenção, revelaram também, disputas por reconhecimento de práticas pelo subespaço oposto.

Para Pinell (2010), “ao introduzir novas divisões dentro de um subespaço social’, pode-se modificar a sua configuração, mudando as condições de saber especializado, ‘tende a modificar as próprias condições de seguimento”. Estes novos rearranjos entre os agentes foram discutidos no tópico seguinte.

8.2.3.3 A aproximação entre os dois subespaços e a gestão de ações intersetoriais

Com o intuito de reforçar a qualificação dos agentes quanto a reflexão sobre a organização do SUS e da APS, promoção da saúde, as vivências profissionais em cada território de atuação, com foco na comunidade escolar e em práticas intersetoriais, foi realizado o Curso de Gestão de ações intersetoriais EAD. Esta atividade estava inserida em um dos componentes do projeto, que previa a construção de viabilidade das ações intersetoriais e o desenvolvimento de habilidades e valores que favorecessem o diálogo, a cooperação e a negociação entre atores sociais de distintos setores e apresentava os seguintes propósitos:

Construir solidez teórica e capacidade crítico-reflexiva acerca dos conceitos sobre a organização da Atenção Primária à Saúde, promoção da Saúde, planejamento, implementação, desenvolvimento e gestão de ações intersetoriais para promoção da saúde, sendo apoiados por práticas interativas com o uso de recursos e mídias diversas’. (RELATÓRIO PROSE, 2014, p.10)

O curso contou com a participação ampla dos professores e profissionais de saúde das duas escolas. Nenhum agente da gestão das duas secretarias envolvidas

com o Prose se interessou em participar. O principal produto do curso foi a formulação e a implementação de planos de ação local, cuja demanda e desenvolvimentos se deu de forma articulada entre os agentes dos dois setores. As proposições foram levantadas a partir do trabalho em subgrupos, contando com a participação de profissionais de saúde, professores, alunos, diretores das escolas e coordenadores do PSE local.

Para alguns entrevistados, o curso, ao possibilitar o levantamento e priorização de demandas e necessidades do território de atuação dos agentes, foi avaliado de forma muito positiva, uma vez que permitiu a ampliação da conscientização dos agentes sobre a necessidade de planejamento das ações intersetoriais, e permitiu a aproximação das matrizes discursivas. Os profissionais demonstraram certo reconhecimento de capacidades dos agentes do subespaço oposto no processo de articulação no território, sendo possível, para alguns entrevistados, admitir que, apesar das distintas matrizes discursivas e disciplinares entre os dois subespaços, a aproximação dos agentes para a consecução das ações do Prose permitiu uma troca de conhecimentos e saberes, que antes estava mais restrito no subespaço oposto. O processo de planejamento compartilhado entre os agentes para a implementação de um plano local de ação, levou-os a buscar a percepção dos participantes sobre suas práticas profissionais no contexto da promoção da saúde, identificar a existência de processos de planejamento compartilhados, e identificar ações intersetoriais e estratégias adotadas pela Saúde do Escolar e Estratégia Saúde da Família para fortalecer o desenvolvimento do protagonismo dos agentes.

“É tanto que, após o curso EAD [curso de gestão de ações intersetoriais no SUS], compreendemos que trabalhávamos em um mesmo território, né? Aí nós tivemos uma parceria com os PSF, que é o Posto de Saúde da Família. Então, assim, a gente teve o cuidado de ir até o PSF, para verificar a questão de alguns dados da comunidade escolar, antes de darmos as aulas do Prose [as sessões temáticas]. Então, assim, como abordar a questão da alimentação? Como abordar a questão da saúde? Qual a relação entre ambos? Orientada, de certa forma, por eles também”. (E62).

“Acho que os enfermeiros têm uma vivência maior na área [área de abrangência], aí eles passam pra gente. Apesar dos enfermeiros não irem muito na escola, quem está lá mesmo são os nutricionistas e mais ainda os educadores físicos, mas a demanda vem, normalmente, dos enfermeiros. Eles conhecem as pessoas que vivem aqui e sempre procuramos conversar” (E59).

Acredita-se que o processo de estabilização se produziu em virtude de um conjunto de fatores estratégicos, entendidos como situações onde os agentes constroem estratégias e agem de maneira a estabilizar a intervenção, como uma garantia de cumprimento de deveres e obrigações formais, o que possibilitou a compatibilização entre as agendas dos agentes dos distintos setores.

Percebeu-se, também, que a negociação entre interesses na implementação da intervenção foi permeada pela instituição de novos interesses, e permitiu o reconhecimento de demandas e estabelecimento de estratégias para atender a necessidades identificadas no território. Este fato definiu diferentes motivações e provocou mudanças nas relações internas entre os agentes, determinando, em certa medida, o grau de êxito e o propósito de ressignificação de um conjunto de práticas de saúde. A formação, ao ampliar conhecimentos relacionados à perspectiva intersetorial, proporcionou aos profissionais maior oportunidade de refletir sobre as suas práticas. Para Pinell (2012, p.111), “o trabalho de tradução é o que permite articular universos sociais diferentes cujas lógicas cognitivas e práticas não obedecem à mesma racionalidade”.

“Dentro dessas duas linguagens, trabalhar de forma intersetorial e trazendo essa importância de conhecimento de políticas públicas, de que é como é feito e onde é que eu tenho, o que é que a rede de saúde me oferece, percebemos que cada um tem o seu papel, né?” (E25).

Em meio a multiplicidade de práticas e as interações mútuas, os agentes passam a participar e desenvolver as ações propostas, independente da sua formação profissional, e isto, possivelmente, abre novos espaços para que possam reconhecer as diferenças cotidianas inculcadas nas práticas, no *habitus* dos agentes e das instituições; e as estratégias que vinham sendo utilizadas pelos indivíduos para salvaguardar ou galgar novas posições no subespaço social, retraduzem-se diante da possibilidade de transformar as práticas por meio de novos aportes (teóricos e metodológicos). Não sendo possível, segundo Bourdieu, “evitar se situar ou ser situado no espaço de posições possíveis” (2013b p. 240).

Ou, por outro lado, se constituíram novas estratégias que levaram em consideração novas formas de lutas, por reconhecimento, que podem ter resultado

em novas tomadas de posição em defesa de direitos individuais, a fim de evitar perdas ou a sua posição no subespaço em disputa, entre a posição atual e a posição que almeja, o que os faz discorda das propriedades sincronicamente repertoriadas e engendrarem novas práticas ou novas formas de utilização de antigas. Ainda que impulsionadas por estas possíveis explicações, os agentes desenvolveram e participaram ativamente do processo construído sistematicamente por eles.

“Que, hoje em dia, todo professor fala né? O professor de Ciências. História. Matemática... Não é só o professor de educação física. Eu achei que teve mais, assim, mudanças na forma de ver algumas questões...alguns assuntos. Foi a partir daí que começou...todos buscaram outras metodologias para dar as aulas...para torná-las ainda mais interessantes” (E65).

A modificação das relações entre os setores saúde e educação, buscando planejar as ações em conjunto, mudando uma cultura de interrupção das aulas e da rotina escolar, instituindo atividades mediante uma programação e adaptação ao contexto e ao público a quem são dirigidas, também foi um ganho importante do ponto de vista da intersectorialidade e da promoção da saúde. De fato, a articulação intersectorial possibilitou novas traduções das matrizes discursivas, e essa troca pode ter provocado reflexões e suscitado mudanças nas relações entre os agentes dos dois setores. Para Bourdieu “[em todas as situações em que] o poder é semi institucionalizado a instauração de relações de autoridade e dependência repousa sobre a expectativa do interessado em algo, que pode modificar a conduta daquele com a coisa esperada. No sentido de suscitar (novas ações), de encorajar ou de manter esperança”. (BOURDIEU, 2013b, p. 123).

Assim as relações foram se constituindo, continuamente, em meio a um processo de interação, expectativas, identificação de probabilidades objetivas, em meio ao intermédio da disposição em assumir riscos (relativos) que todo desvio em meio ao curso canônico implica, em um *espaço de possíveis*.

“Então, assim, é uma expectativa muito grande que a gente criou. Agora, claro que a gente tem muitos desafios a enfrentar ainda, a encarar. Como coordenadora de atenção básica, eu vejo que falta maior entrosamento de alguns professores. Alguns professores vêm aqui? Vêm, se interessam, vêm pegar álbum seriado, senta com a gente, passa alguns problemas em relação aos seus alunos” (E22).

Por outro lado, segundo Bourdieu (2013b, o.243), “os posicionamentos podem surgir como conversões ou negações”. Em caso de negação, “o retorno aos interesses primários inscritos no campo de pertencimento mais próximo, força a desistir dos jogos que permitiram os pertencimentos de níveis diferentes e muitas tomadas de decisão a favor ou contra”. Isto pode explicar o alcance de resultados mais exitosos no M2 nos primeiros seis meses, e descontinuidade das ações nos meses seguintes, sobretudo na instituição escolar C4.

Contudo, ainda que tenha ocorrido uma aproximação e maior articulação dos agentes dos dois setores, não foi possível caracterizar a constituição de um “novo subespaço” ou comissão intersetorial com ações contínuas e sistemáticas que envolvessem o planejamento e execução de ações intersetoriais neste município.

8.2.3.4. A percepção dos agentes quanto aos resultados do Prose no município 2

Em síntese, percebeu-se que o processo de implementação da Intervenção Prose no município 2:

- (1) Gerou expectativas para expandir o conhecimento teórico e prático entre os profissionais da educação e saúde;
- (2) Propiciou interlocuções centradas na promoção da saúde (desde aspectos conceituais até a forma como a promoção da saúde se configura no âmbito municipal);
- (3) Enfatizou a importância das ações da atenção primária, reconhecendo criticamente seus avanços e limitações, e o papel desses profissionais para o desenvolvimento dessas ações;
- (4) Estimulou a organicidade para o planejamento das práticas de promoção de saúde, considerando e articulando seus territórios de atuação;

- (5) Foram estruturados planos locais de ação intersetorial, com o objetivo de aplicar, na prática, as proposições formuladas, fomentadas e estimuladas nos subespaços da saúde e educação.

Alguns aspectos da organização foram considerados restritivos a implementação da Intervenção Prose no M2, com destaque para a forma de participação dos escolares nas ações propostas pela intervenção, a qual julgaram não ser constante, muito menos ativa ou autônoma, mas direcionada por alguns profissionais que acabavam por motivá-los ao propor e incluir novas atividades no cotidiano escolar. O protagonismo dos escolares não pode ser evidenciado de forma distinta e nas diversas atividades propostas pelo Prose, mas, ao que tudo indica, a participação esteve condicionada ao resultado da interação entre os agentes dos dois subespaços e a lógica de divisão de atribuições e dos papéis institucionais, reduzida a condição de coadjuvante no decorrer do processo, ou seja, meramente cooptados e localizados a margem do processo, sem exercer um papel determinante nas lutas internas.

Barroso et al. (2003) propõem alguns princípios norteadores das práticas sociais de educação em saúde e da escola promotora de saúde: (1) o reforço ao sujeito social para capacitá-lo a cuidar de si e agir em grupo na defesa da promoção da saúde; (2) a valorização da subjetividade e intersubjetividade no processo de conhecimento da realidade, privilegiando o diálogo como expressão da comunicação; (3) o estímulo à participação; (4) a utilização de estratégias que permitam a coexistência da interface de várias áreas do conhecimento; (5) o reconhecimento da dimensão afetiva no processo de transformação; (6) o incentivo e fomento de avanços e parcerias por meio de redes sociais de apoio.

Além disso, foram identificados, no M2, problemas relacionados à administração pública (burocracia e pouca sustentação dos projetos): simultaneidade de coordenação de projetos governamentais nas instituições, priorização de um em detrimento do outro, e a seleção das escolas estaduais para a implementação das ações do PROSE. Para o coordenador do PSE, *“você vieram nas escolas estaduais, fizeram um trabalho dentro das duas melhores escolas aqui do município, tiveram uma*

realidade. Acredito que o trabalho poderia ser feito, também, com as escolas do município, talvez essa realidade pudesse ser um pouquinho diferente” (E23). Para ele não existiam relações instituídas, mesmo após o Prose:

“É óbvio que, no caso, houve uma ação, assim, totalmente diplomática, não é isso? Até porque não poderia ser muito diferente. Porque as escolas do Estado. O nosso contato com as escolas do estado é muito pequeno, porque nós trabalhamos mais com o município, com as escolas municipais. Que, geralmente, os projetos que vem pra o município, eles são pouco abrangidos pelo estado, apesar da gente abraçar também”. (E23).

Os profissionais de saúde apontaram outra dificuldade relacionada a implementação das ações para promoção da saúde no contexto escolar: a inexistência de uma remuneração específica para as atividades exercidas fora das USF. Eu acho que o que dificulta é a questão remuneração.

“Eu acho que dificulta bastante. Você não é reconhecido financeiramente. Você não tem um retorno disso. Então, se você não tem retorno, você não tem interesse. O profissional da atenção básica de saúde, ele sai da unidade para ir pra escola, deixa as atividades dele dentro da unidade de saúde e vai pra escola. Quando ele volta pra unidade de saúde, aquelas atividades estão acumuladas” (E25).

Quanto a esta questão, cabe ressaltar que a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2011) preconiza que as ações desenvolvidas pela equipe de saúde abrangem um território, a fim de promover atenção integral, contínua e organizada da população adstrita. Logo, a atenção ao usuário deve ser realizada não apenas no âmbito da Unidade de Saúde, mas em diversos locais do território, não cabendo destinar uma remuneração específica para a realização das ações no contexto escolar, que estão incluídas no processo de trabalho na APS:

É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. [...] É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. (BRASIL, 2012, p.1).

Por outro lado, o desenvolvimento de ações integradas ao território de atuação requer profundas reformulações no processo de trabalho das equipes, na formação

dos profissionais de saúde, bem como necessita ser respaldada em programas e projetos que consolidem esta mudança, ou seja, uma mudança no próprio modelo assistencial. Este propósito vem sendo defendido pelo MRSB desde a década de 1970, e a ESF é uma das estratégias adotadas para efetivar esta mudança. Neste contexto de atuação dos profissionais de saúde da atenção básica frente ao território, torna-se relevante a consolidação do Programa Saúde na Escola (PSE) e de ações intersetoriais. Para Gimenez et al. (2014), ao mesmo tempo que é gerador de necessidades sociais, por meio de uma gestão centrada em ações compartilhadas e corresponsáveis, o PSE pode invocar a uma articulação intersetorial das redes. Isso implica mais do que ofertas de serviços em um mesmo território, mas deve propiciar a sustentabilidade à transformação das práticas profissionais.

Bourdieu (2013b) considera que o dispositivo para estas transformações é a tomada de consciência, que pode fundamentar um agrupamento voluntário de agentes, unidos por afinidades de *habitus* e de interesses de fazê-lo existir como força política na e por esta representação e em torno de interesses comuns conscientemente apreendidos que lhes designam os fins a um só tempo necessário.

Todavia, no que se refere à gestão das ações intersetoriais, o GTI-M permaneceu atuando de forma transitória, com reuniões semestrais, e as ações continuaram sendo discutidas pelos profissionais de saúde e professores, que encaminhavam demandas específicas para as escolas. O diretor do C4 revelou que *“sempre era pressionado a tomar uma decisão em curto espaço de tempo, sem negociar prazo, ou garantir o compartilhamento das ações”* (E81). Para a coordenadora da AB, *“é necessário que haja investimentos em termos de prioridades de agenda para pactuação de ações considerando a necessidades dos territórios”* (E22). Outros excertos das entrevistas dos agentes ilustram esta proposição:

“As principais dificuldades para a implementação de ações e atividades intersetoriais ocorrem na medida em os envolvidos mostram uma agenda previamente definida. Dessa forma as prioridades são deixadas para depois. Uma vez iniciadas, tais iniciativas não têm sustentabilidade, prevalecendo baixos níveis de adesão ao diálogo e pactuação de agenda. A manutenção das parcerias torna-se um desafio para a construção de uma agenda integrada que garanta o desenvolvimento dos projetos envolvidos, a curto ou a longo prazo” (E30).

“a gente nunca avançou nesse processo e a gente trabalhar com esses atores qualificar o programa e dentro do programa desenvolver junto a ele uma linguagem intersetorial” (E22).

“Relacionar Educação e Saúde tem sido um desafio para a educação no que se refere à possibilidade de garantir uma aprendizagem efetiva e transformadora de atitudes e hábitos de vida. É preciso incluir nos planos [pedagógicos] componentes que permitam educar para a saúde levando em conta todos os aspectos envolvidos na formação de hábitos e atitudes que acontecem no dia-a-dia da escola. Por esta razão, a educação para a Saúde deve ser tratada como tema transversal, permeando todas as áreas que compõem o currículo escolar” (E66).

A constituição de um “novo subespaço intersetorial” revelou-se um desafio neste município. Junqueira (2004) aponta que, para que o GTI possa cumprir com suas atribuições, presume-se a importância de um grupo coeso e comprometido, já que o enfrentamento dos problemas sociais requer a aproximação de vários olhares, compartilhamento de distintos saberes para a elaboração integrada de estratégias que garantam a qualidade de vida dos indivíduos. Essa assertiva é reforçada por Ippolito-Shepherd (2006), que discriminou alguns critérios que devem ser priorizados no processo de planejamento ou compromisso para o desenvolvimento de uma ação articulada entre distintos agentes e setores, quais sejam: (1) um grupo de trabalho para implementação e coordenação com outros setores, com participação de representantes dos administradores escolares, docentes, pais e mães de família, estudantes e associação de pais e mestres; (2) avaliação de necessidades ou plano, discriminando ações referentes a pelo menos um ano; (3) inclusão do programa de saúde escolar no plano de ação da comunidade, no projeto educativo institucional ou nos planos nacionais regulares.

Para outros autores, a superação dos obstáculos ao desenvolvimento de políticas intersetoriais ainda é objeto de intenso debate, especialmente no que concerne a necessidade de inserção de práticas interdisciplinares, colaboração e o compromisso de todos os envolvidos, sem manipulações e disputas pelo poder (JUNQUEIRA, 2000; LEFEVRE e LEFEVRE, 2004; RABELLO, 2010; CARVALHO, 2013; ROSA, 2014). As mudanças necessárias no processo de trabalho estão diretamente relacionadas com a mudança do modelo de atenção à saúde, para oportunizar a produção de saúde na escola por meio da aproximação entre a atenção

básica e as escolas, e a possibilidade de enfrentamento das desigualdades socialmente determinadas.

Outros fatores restritivos apontados pelos entrevistados foram relacionados as relações instituídas com os agentes do C4, que evidenciaram maior dificuldade em formalizar a articulação intersetorial, infraestrutura inadequada ou insuficiente das quadras, escassez de recursos humanos (descontinuidade das equipes técnicas e sobrecarga de atividades), E dificuldade para inserir os temas da promoção de saúde no PPP.

O cenário identificado no M2 é similar ao encontrado no M1. Contudo, neste encontrou-se:

- (1) Baixa capacidade de gestão e dificuldade em definir prioridades para as ações previstas pela intervenção Prose;
- (2) Maior incipiência no desenvolvimento das ações intersetoriais;
- (3) Uma base de apoio político e administrativa precária;
- (4) Qualificação insuficiente dos agentes para viabilizar um desenvolvimento e gestão contínua de ações articuladas para promoção da saúde no contexto escolar. Embora houvesse formação técnica de alguns gestores de nível central, havia carência de aperfeiçoamento profissional dos agentes que atuavam em cargos técnicos nas instituições de ensino no M2.

Ao analisar os resultados alcançados com a implementação da Intervenção Prose, verificou-se a continuidade das ações apenas no C3, sendo possível inferir que a organização institucional neste colégio e o maior empenho dos diretores e profissionais de saúde foram fundamentais para o alcance dos resultados em médio prazo. Entretanto, não se observou a explicitação dos princípios da intersectorialidade, assim como da instituição de um planejamento sistemático e compartilhado, o que levou alguns agentes a refletirem sobre a institucionalização do PSE no âmbito local,

indicando algumas mudanças necessárias para que o este programa possa abranger melhores resultados.

“O Prose foi um programa que trouxe muitos benefícios pra os nossos escolares, e a gente quer que essa ação, que esse programa tenha continuidade aqui no município. Precisamos melhorar muito, porque o PSE é uma coisa nova aqui no município. Quando você fala que você tá fazendo saúde na escola, as pessoas falam ‘Ah, que bom que agora tem e tal’, mas deveria ser uma coisa muito mais constante” (E22).

“Com relação ao Prose, nós não ouvimos nenhuma queixa a respeito de dificuldade de articulação com a educação, de afinidade entre os colegas de saúde e educação. Pelo contrário, nós estivemos participando das reuniões, e a gente percebeu que existia essa afinidade, existia essa cumplicidade entre os profissionais, existia realmente uma parceria. Acredito que porque o início do programa foi realizado de forma muito bem organizada, as propostas foram bem trabalhadas, foram discutidas, e o planejamento foi realizado de forma efetiva.” (E23).

“O planejamento deles lá, porque a gente também fica meio sem saber, e as coisas são passadas muito de última hora, e de que forma a gente poderia ajudar... Eles até fazem isso, mas não é do jeito que deveria, não é com aquela, com mais critério. Acho que falta planejamento. É isso que tá faltando” (E29).

As dificuldades explicitadas pelos agentes corroboram com os aspectos sinalizados por Silva e Haddad (2006), que discorreram sobre os desafios para a consolidação da escola como ambiente de promoção da saúde. Os autores incluíram a identificação do processo político-institucional, a ruptura do caráter prescritivo, desarticulado e focalizado das ações pontuais e assistemáticas geralmente desenvolvidas em programas de saúde escolar, e a transformação de metodologias e técnicas pedagógicas tradicionais.

Em síntese, percebeu-se que no município 2, as condições de possibilidade para a implementação da intervenção Prose relacionaram-se a um maior estreitamento das relações e novos posicionamentos dos profissionais de saúde e educação, especialmente no C3, em que, ao assumirem a intervenção, se organizam e, mesmo diante da inviabilidade política e administrativa, criaram condições para que as ações pudessem ser desenvolvidas, ainda que com resultados mais exitosos, somente em um dos colégios.

9. O DILEMA DA AUTONOMIA LOCAL

Neste capítulo, buscou-se identificar o grau relativo de autonomia do âmbito local no processo de implementação da intervenção Prose, tendo em vista que os limites revelados estavam especialmente relacionados à dificuldade dos gestores locais em assumir novas responsabilidades políticas, técnicas e administrativas, e dos agentes envolvidos na implementação em instituir relações interinstitucionais necessárias para a execução da intervenção intersetorial. Ademais, observou-se que os agentes buscaram, continuamente, um alinhamento interfederativo, na tentativa de obter apoio e maior qualificação para assumir as novas responsabilidades, no processo de institucionalização da intervenção Prose e do próprio PSE. Desta forma, constatou-se dois níveis que influenciaram a autonomia relativa local: um nível inframunicipal, relacionado às dificuldades inerentes ao contexto político, técnico e administrativo do âmbito local; um nível supralocal, referente à relação dos municípios com os âmbitos estadual e federal.

Quanto ao nível inframunicipal, observou-se que a instabilidade institucional e administrativa, e a incipiente capacidade dos agentes locais para assumir responsabilidades técnicas e viabilizar a gestão das ações intersetoriais para a promoção da saúde foram os fatores mais restritivos para um melhor desempenho na realização da intervenção Prose. Outra questão evidenciada pelos agentes foi concernente à atuação dos gestores locais no processo de implementação da intervenção. Nessa lógica, o coordenador do PSE de um dos municípios denunciou que a sua atuação se limitou ao momento da formalização e pactuação da intervenção:

“Confesso que não consegui dar conta de participar de forma ativa das ações do Prose, pois estávamos atravessando por uma situação municipal bem particular, com troca de governo e de praticamente todos os coordenadores da secretaria de saúde. Daqui, só ficaram dois, eu e mais um, então todos os programas ficaram sob a nossa coordenação! Como os profissionais do NASF e das USF estavam mais à frente das ações do Prose, eles assumiram tudo, até os novos encaminhamentos”. (E22).

A inconstância institucional também foi relatada por um dos entrevistados do município 2, ao apontar que *“as trocas frequentes de profissionais de saúde com cargos administrativos geravam ‘desarranjos’ institucionais, especialmente quanto à coordenação de programas, a exemplo do PSE”* (E29). Para outro entrevistado, a dificuldade maior era *“modificar as funções dos coordenadores, que já são tão atribulados, para assumir novas funções em um projeto que exige muita dedicação”*. Segundo ele, *“foi muito difícil, pois temos um quadro muito reduzido”* (E21). Um gestor revelou que a diversidade de atribuições e a sobrecarga dos profissionais eram fatores impeditivos para um maior envolvimento com a Intervenção Prose:

“Os coordenadores assumem vários programas aqui na secretaria, não temos como nos dedicar a apenas um...infelizmente, esta é a nossa realidade. E somos muito cobrados quanto aos resultados, quando os secretários e prefeitos são pressionados pelo ministério [da saúde]. Já o Prose não foi determinado pelo governo, então nem sempre podemos parar tudo e assumir as suas demandas” (E23).

Tais questões explicitadas evidenciaram pontos de vista dos agentes (profissionais de saúde, professores e gestores locais). Contudo, cabe refletir: até que ponto, a intervenção Prose gerava, de fato, *novas atribuições*? Esta indagação é pertinente, pois o objetivo da Intervenção era dinamizar as ações previstas pelo PSE, que já deveriam estar sendo implementadas pelos distintos municípios (com exceção do município 1 que implementou o PSE apenas em 2013), inclusive, articuladas e incluídas nas metas e atividades elencadas pelos Planos Municipais. Além disso, é importante ressaltar que, apesar deste objetivo ser reconhecido por alguns agentes, conforme discutido no capítulo anterior, a maioria dos agentes tratava o PSE e a intervenção Prose como dois *programas* distintos, e não como iniciativas que deveriam se complementar e possibilitar a formulação das metas pactuadas pelas duas secretarias (saúde e educação) no plano municipal. Assim, a integração das iniciativas era indispensável para garantir a sintonia dos planos de trabalho e das ações a serem desenvolvidas nas escolas e territórios de referência dos profissionais de saúde.

Dessa forma, os pontos de vista dos agentes propiciaram o surgimento de um outro questionamento: até que ponto a queixa dos agentes, quanto as novas

atribuições elencadas pelo Prose, não traduziam *justificativas* utilizadas para minimizar os eventuais fracassos na implementação da intervenção? Esta ponderação é necessária, uma vez que se notou, no capítulo anterior, que os agentes desenvolviam as *atribuições* previstas pela intervenção Prose impulsionados por interesses individuais (galgar novas posições profissionais no subespaço de origem, ou posições de destaque no subespaço oposto), ou, na pior das hipóteses, apenas para cumprir as metas pactuadas com os pesquisadores do Prose. Todavia, estas suposições revelaram, do mesmo modo, algumas indagações relacionadas às possíveis dificuldades implícitas no processo de trabalho dos agentes, quais sejam: (1) os municípios não ofereciam condições estruturais (físicas e recursos humanos adequados) necessárias para viabilizar a implementação das ações previstas pelo Prose?; (2) Os profissionais, de fato, apresentavam sobrecarga de trabalho, e este fator limitou a atuação e/ou maior dedicação dos agentes no processo de implementação do Prose?; (3) Os profissionais possuíam capacidade técnica para desenvolver as ações de forma articulada?

Quanto à incipiente capacidade técnica para implementar as ações integradas, a dinâmica dos agentes diretamente envolvidos com a realização da intervenção explicitou o desafio de compatibilizar interesses díspares em cenário de intensas disputas por recursos de poder (político, técnico e administrativo e por legitimação de um saber específico e disciplinar). Sob esta órbita, para os agentes, as principais dificuldades relacionavam-se a *assimetria de conhecimentos e matrizes disciplinares* entre os setores.

Um dos entrevistados apontou que “*para superar a lacuna técnica dentro dos setores e na articulação com os demais setores, era necessário o fortalecimento de habilidades e competências para o diálogo e negociação dos atores sociais envolvidos*” (E20). O agente ressaltou, ainda, a necessidade de capacitação direcionada às habilidades essenciais para a negociação com outros setores, tendo em vista que, tanto os profissionais de saúde, quanto da educação não contaram, em sua formação, com ferramentas e instrumentos que os capacitasse para o planejamento e execução de intervenções efetivas para a promoção da saúde. *Para o mesmo entrevistado, apesar da grande adesão à intervenção Prose, os processos*

operacionais “tem gerado conflitos e dificuldades que devem ser equacionados de maneira a promover o diálogo, com definição clara de objetivos, funções e responsabilidades e com a avaliação do impacto das ações locais” (E17).

“Então, infelizmente, ainda há um pensamento de que as ações de saúde, elas são uma obrigação da Secretaria de Saúde, dos setores da saúde. A Secretaria de Educação tem que saber que ela é uma peça fundamental, principalmente, nas ações de prevenção, para que a gente tenha, assim, uma educação integrada, uma educação integradora, que é o que mais almejamos. Mas, não podemos fazer isso sozinhos, né? Temos que estabelecer um canal de comunicação, de troca de informações com o setor da educação, para viabilizar as ações, para estabelecer os compromissos e para alinhar os objetivos” (E17).

“Não podemos esquecer que as instituições são formadas por pessoas né? E essas pessoas, elas têm comportamentos e posturas diferentes. Um outro aspecto, também, é a questão de comunicação, que falha desde a gestão, até quando estamos em contato com outros setores” (E18).

Tal assimetria oportunizou, do mesmo modo, averiguar a existência de dois pólos *indesejáveis*: um polo com profissionais sem qualificação para o desenvolvimento de intervenções, e que optam por implementar ações para promoção da saúde, de forma isolada; o pólo oposto, no qual os profissionais agem sem autonomia, apenas realizando ações verticalizadas e normatizadas por programas ou intervenções formuladas por agentes externos. A intersecção entre as matrizes discursivas e disciplinares dos agentes e distintos setores pode ser tomada como o ponto mais crítico, por evidenciar a necessidade de interação, assim como as intencionalidades de alguns agentes em consubstanciar práticas setoriais, e não encontrarem *espaços possíveis* brecha para produção de práticas articuladas, o que acaba por refletir na reprodução de *modus operandi* específicos e relacionados a setores específicos.

No tocante à capacitação dos agentes, faz-se necessária uma ressalva, tendo em vista que o projeto de intervenção Prose disponibilizou uma estratégia para capacitação dos agentes envolvidos na implementação das ações: o curso EAD para gestão de ações intersetoriais no SUS, já referido anteriormente. Como foi explicitado no capítulo anterior, a capacitação dos atores foi um aspecto decisivo para modificar as relações instituídas entre os agentes para a implementação da intervenção.

Contudo, alguns entrevistados apontaram a necessidade de reforço e capacitações permanentes relacionadas à gestão de ações intersetoriais para promoção da saúde.

“O Prose já havia determinado as temáticas para trabalhar no território, mas a partir do momento que vamos ter que trabalhar por conta própria, né? Que teremos que propor novas ações a serem desenvolvidas a partir de necessidades identificadas nos territórios, em continuidade ao que o Prose propôs já não sabíamos ao certo como proceder, o que poderíamos priorizar, etc. então acho que as capacitações deveriam continuar, né?”. (E27).

Os argumentos revelados por este excerto reforçaram outro fator mais abrangente e complexo: a premência por transformações no processo de formação em saúde que direcionem para uma maior habilitação para o trabalho articulado e integrado, com um caráter transdisciplinar e colaborativo, capaz de contribuir para fortalecer as ações para a promoção da saúde. Ao que parece, os agentes tentaram justificar as suas limitações técnicas, correlacionando os resultados alcançados na implementação das ações do Prose com um processo de formação profissional que não previu a qualificação para o desempenho de um trabalho interdisciplinar e intersetorial.

De fato, alguns estudos têm corroborado com essa assertiva, destacando que o diálogo entre os agentes de distintos setores é o passo inicial para o estabelecimento de novas relações articuladas. Para alguns autores, a aproximação dos profissionais envolvidos na implementação de ações intersetoriais e a discussão de estratégias para o programa proporciona um nivelamento técnico conceitual, que pode viabilizar a gestão intersetorial e a sustentabilidade da ação local (FERREIRA et al., 2014; WIMMER, 2006; SILVA, 2010; MAGALHÃES, 2010; SILVA, 2013). Campos e Dimitti (2007) vão mais além ao apontarem, não somente para importância de se facilitar a comunicação entre os diferentes atores, mas, também, para a necessidade de se montar um sistema que produza *compartilhamento sincrônico e diacrônico das responsabilidades*.

Outro autor indicou que o desafio é instituir a cultura da articulação permanente entre educação e saúde, e unir esforços para transformar o que, hoje, é reconhecido como importante e útil, para além dos discursos de suas vantagens, partindo para um

planejamento conjunto e sistematizado de ações condicionadas as necessidades identificadas localmente (PENSO et al., 2013).

A partir dos resultados do nosso estudo, é cabível supor, do mesmo modo, alguns limites relacionados à capacidade de gestão das ações articuladas dos governos locais quanto à adoção de estratégias de planejamento e gestão, quando estas não se encontram institucionalizadas. Dois entrevistados reconheceram este limite, sinalizando que recorreram ao apoio dos pesquisadores do Prose em busca de orientações mais específicas que direcionassem a implementação de ações relacionadas aos planos de ações, especialmente, quanto ao componente *Gestão de ações intersetoriais*.

“Os pesquisadores do Prose direcionaram todas as nossas atribuições, não sabíamos mesmo por onde começar, além disso nós temos muitas atribuições e compromissos, seria muito difícil, termos que assumir o projeto e pensar estratégias e ações sem um direcionamento”. (E18).

“Nós tínhamos sempre que ligar para os pesquisadores que acompanhavam o Prose aqui no município, até mesmo quando fomos compor o GTI-M, não sabíamos como incluir os professores e os diretores não queriam participar...e nós ficamos sem saber como agir, o que podíamos fazer nesta situação” (E17).

Estes posicionamentos supracitados indicaram, também, a necessidade de estabelecer, em paralelo à adesão a políticas intersetoriais, a qualificação dos agentes, com vistas a assegurar a capacidade operacional na provisão e regulação das políticas públicas intersetoriais para a promoção da saúde no contexto escolar e no âmbito local. A necessidade de reforço das habilidades dos agentes na etapa inicial de implementação de uma política intersetorial, por meio de capacitações gradativas para viabilizar a adaptação às mudanças e a superação de modelos de políticas setorializadas e fragmentadas foi indicada por alguns autores (MENDES, BÓGUS e AKERMAN, 2004). As restrições de habilidades ou competências dos agentes ou de recursos locais têm sido declaradas como um aspecto restritivo à consignação de um espaço colaborativo por outros autores (MOYSES e FRANCO, 2014; HENDRIKS et al., 2015; WEISS et al., 2016).

A proposição de uma intervenção intersetorial previa um processo articulado e integrado dos agentes e setores que propiciasse a sua implementação. Contudo, por

mais que a intersectorialidade tenha sido considerada como uma premissa para a efetivação das ações para promoção da saúde escolar, percebeu-se limites em relação a gestão dos processos articulados no âmbito local. Esse impasse agravou-se mediante a proposta de implantação de um programa/política ou intervenção intersectorial em locais com grandes assimetrias de capacidade de gestão pautadas por tradições setoriais. A dificuldade em estabelecer contato mais frequente, e uma relação intersectorial com compartilhamento dos processos de planejamento e gestão foi assinalada por um dos gestores entrevistados.

“Até então a nossa relação com a secretaria de educação era restrita aos momentos de pactuação de novas políticas ou programas. Somos do mesmo governo, né? Mas, temos objetivos diferentes, nós trabalhamos com a educação. São áreas diferentes, tivemos que conversar muito para entendermos como implementar as ações do Prose, com um setor que não estamos acostumados a trabalhar. E na gestão, é diferente, se não estivermos afinados, possivelmente teremos atritos de cunho maior, até político, né?” (E5).

Da mesma forma, para outro gestor, a maior dificuldade foi estabelecer processos de decisão conjunto, quando os setores possuíam interesses diversificados (E18). Outro entrevistado apontou que *“as ações articuladas têm sido permeadas e delineadas por práticas interseccionais, que apenas aproximaram os profissionais de setores distintos para formalizar ações”* (E17). Constatou-se, em especial, uma grande dificuldade dos gestores locais em ultrapassar os limites setoriais e implementar um novo modelo de gestão, pois, pelo visto, implicava mudanças, muitas vezes, difíceis de serem concebidas de imediato. Percebe-se que, além das questões supracitadas, os dados obtidos por este estudo captaram, particularmente, outra situação que pode ter comprometido a ampliação e perenidade das ações direcionadas a promoção da saúde nos contextos locais: o embate entre a intrasetorialidade e a intersectorialidade.

Ante ao exposto, coube distinguir dois termos que têm, segundo determinados autores, gerado distorções no processo de articulação de ações para a promoção da saúde: intersectorialidade e a intrasetorialidade (CARVALHO, 2009; FERREIRA et al., 2012).

As ações intrasetoriais são aquelas que envolvem diferentes instâncias profissionais e especialidades do próprio setor saúde, no trabalho em equipe ou

apenas setorial, a partir dos níveis de atenção (CARVALHO, 2009). Já a prática da intersetorialidade na saúde propõe um diálogo e ações complementares entre setores diversos, sem desconsiderar a necessidade de integrar ações dentro de cada setor. Ou seja, pode-se dizer que, ao buscar a intersetorialidade, não se anula a intrasetorialidade ou a setorialidade, mas espera-se encontrar ações conjuntas que persigam o mesmo objetivo entre setores diferentes, nos quais essas dicotomias ainda persistem (AZEVEDO et al., 2012; MENDES e AKERMAN, 2007).

Em continuidade a esse debate, outros autores apontaram que a gestão de ações intersetoriais não constitui apenas a conjugação de várias ações de diferentes setores, pois podem existir intervenções que contam com a colaboração intensa dos setores durante todo o ciclo de política pública, ou seja, são desenhadas, executadas, monitoradas e avaliadas de maneira intersetorial, ao passo que podem existir intervenções que são apenas desenhadas intersetorialmente e implementadas setorialmente (MAGALHÃES, 2004; GRAU, 2005). Os argumentos evidenciados por estes autores reforçam a necessidade de instituir arranjos institucionais próprios, e de que os gestores locais considerem, basicamente, o que se pretende integrar e em qual momento essa integração deverá ser concretizada. Ou seja, depende da autonomia para instituir mecanismos para a gestão das ações articuladas no âmbito local.

Diante da questão supramencionada, averiguou-se que a disputa por centralização de poder político também foi evidenciada, mesmo sob a perspectiva de estabelecer relações não hierárquicas e decisões conjuntas em espaços que previam o compartilhamento de decisões entre os distintos setores, a exemplo do Grupo de Trabalho Intersectorial Municipal. Um dos entrevistados reconheceu a importância da articulação intersectorial, mas alertou que *“os mecanismos de representação no GTI-M estavam engessados aos fluxos institucionais pré-estabelecidos por cada setor”* (E22). Para outro, as relações instituídas nos GTI-Ms revelaram disputas por recursos de poder entre os agentes dos distintos setores, sobretudo a disputa pela condução de novas pautas e decisões no novo subespaço compartilhado.

“Quando nos deparamos com a necessidade de criar o GTI-M, percebemos que as decisões sobre as ações teriam que ser debatidas ali, e não decididas

na secretaria em reuniões com os profissionais...foi ai que percebi o quanto seria difícil, pois nós tínhamos um jeito de trabalhar, e a educação [secretaria municipal de educação] tinha outro né? Isso me preocupou de cara, como dividirmos tais funções e quem daria a palavra final?”. (E17).

“No GTI-M não tínhamos como definir algumas situações, por mais que visualizássemos nos territórios, ao expormos sempre eramos alvo de críticas, pois para a educação queríamos mandar. E o secretario queria saber quais eram as decisões e discussões realizadas, ficávamos em um impasse contínuo”. (E18).

Do ponto de vista da institucionalidade, a existência do grupo de trabalho intersetorial com funcionamento regular tem sido referida como um mecanismo potente para afirmar e reforçar as relações de corresponsabilidade necessárias para a consolidação da intersectorialidade no âmbito local. Notou-se que, na busca por um modelo de gestão cooperativo, os agentes depararam-se em contradições relacionadas à organização dos distintos setores, institucional (recursos econômicos, humanos) e política (centralização decisória), apresentando ameaças à coesão e à coordenação conjunta da política. Sob essa ótica, os argumentos dos entrevistados denunciaram que a interferência política e a baixa autonomia dos gestores evidenciaram a fragilidade do processo decisório no GTI-M.

Em relação ao aludido, alguns estudos têm enfatizado que a gestão intersectorial requer, além da institucionalização de processos administrativos autônomos, a flexibilidade da estrutura administrativa para incorporar um novo processo de organização, em torno de interesses articulados com outro setor, e que viabilize, do mesmo modo, mudanças de institucionalidades (FERREIRA et al., 2014; SILVA et al., 2014; WESTPHAL et al., 2013; AKERMAN et al., 2014; GARCIA et al., 2014).

De acordo com Teixeira:

a institucionalização da prática e programação de ações intersectoriais de Promoção de Saúde, nas diferentes esferas de gestão e mesmo no nível local, deve se beneficiar de debates que favoreçam diálogos entre gestores e pesquisadores da área e ainda de investimentos em processos de educação permanente para dirigentes e técnicos das instituições de saúde, bem como de instituições que desenvolvam ações intersectoriais. (TEIXEIRA, 2006).

Para a mencionada autora, faz-se necessária, também:

mudanças no perfil dos sujeitos em um processo de empoderamento político e cultural, tanto no plano individual, de cada profissional e trabalhador da saúde, quanto no perfil do sujeito coletivo, entendido como a população organizada em torno da Promoção da Saúde e da melhoria da qualidade vida. (TEIXEIRA, 2006, p.).

As evidências demonstraram que a complexidade para o fortalecimento da autonomia inframunicipal perpassa pelo reconhecimento da potencialidade entre a articulação dos agentes de diferentes setores e institucionalidades, e, também, pelo rompimento de padrões tradicionais de gestão, para promover um processo de gestão institucionalizado, orgânico e independente de mudanças dos aspectos políticos, técnicos e administrativos.

Aliado a este fato, coube destacar que a implementação de uma intervenção intersetorial multifacetada, como a intervenção Prose, que envolveu a existência de múltiplos componentes, traduzidos por ações em diversos cenários e espaços do território de atuação das equipes de saúde, como escolas e demais equipamentos sociais, envolvimento de profissionais de saúde, educadores e gestores, além dos escolares, seus familiares, amigos e redes de apoio social, revelou divergências em relação à autonomia infralocal para desenvolver os distintos componentes. Na etapa de mensuração do grau de implantação, foi demonstrado que os componentes que apresentaram menores escores foram *Educação e comunicação* e *Gestão de ações intersetoriais*. Contudo, embora o componente *Ensino Formal* tenha alcançado resultados mais exitosos nos municípios, alguns agentes apontaram dificuldade no decorrer do desenvolvimento das ações voltadas, particularmente, para as mudanças da alimentação escolar e a ampliação da carga horária fora do ambiente escolar.

No que tange à ampliação da carga horária da atividade física fora da escola, as observações e relatos dos agentes permitiram identificar que os principais obstáculos eram de natureza burocrática, pois envolvia uma solicitação para a utilização de equipamentos públicos (quodras comunitárias ou vias de acesso público) para a realização de atividades que envolviam maior contingente de pessoas, e que poderiam alterar o funcionamento dos locais e/ou conturbar o acesso de outros

moradores às ruas dos bairros. Ou seja, dependiam, principalmente, da articulação dos atores locais e de deliberações ou concessões que podiam ser resolvidas pelo âmbito local.

Os registros de campo derivados das observações *in loco*, captaram, contudo, que as mudanças referentes à alimentação escolar eram dependentes de decisões do âmbito estadual, por exemplo, os processos para aquisição dos alimentos seguiam normas pré-estabelecidas pelo Estado, que condicionava que apenas 30% que condicionava que apenas 30% (trinta por cento) do total dos recursos financeiros repassados pelo Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE) deverão ser utilizados na aquisição de gêneros alimentícios diretamente da agricultura familiar e do empreendedor familiar rural ou de suas organizações. O que evidenciou que 70% (setenta por cento) do recurso restante favorecia a centralização das compras pelas secretarias de educação. Uma das diretoras apontou que não podia implementar uma alimentação saudável na escola, pois dependia do governo estadual (E25/ M5C10). Uma das coordenadoras do PSE local mostrou a merenda que estava sendo distribuída para as escolas (enviadas pelo Estado), e que consistia em sucos industrializados e biscoitos salgados. Tais argumentos evidenciaram que a implementação de ações relacionadas às alterações da qualidade da merenda escolar, não estavam vinculados exclusivamente às decisões locais, mas incluíam recursos (financeiros e materiais) e deliberações de outros entes federados, os quais limitam os níveis de autonomia formalmente concedidos aos municípios.

Para Bourdieu (1997), a rigidez das instituições burocráticas é tal que estas não podem funcionar, mais ou menos, a não ser graças a iniciativa dos funcionários menos prisioneiros em suas funções. A burocracia condenar-se-ia à paralisia se ficasse entegue a sua lógica, de divisões administrativas que produzem na base das divisões de autoridades centrais em ministérios separados, impedindo ao mesmo tempo qualquer ação eficaz.

Neste ponto, cabe ressaltar o que Bourdieu (2004) denomina ponto de vista das autoridades e que se exprime no discurso oficial, que preenche três funções: um diagnóstico ou ato de reconhecimento de um problema; um discurso administrativo,

por meio de ordens e/ou prescrições; e, um o discurso de constatação, do que realmente as pessoas fizeram, aferido por meio de relatórios, por exemplo. Em cada caso, o Estado impõe um ponto de vista, o da instituição, enquanto um ponto de vista que todos devem reconhecer, pelo menos dentro dos limites de uma sociedade. Porém, para o referido autor, na luta pela imposição da visão legítima, os detentores de autoridade nunca obtêm um monopólio absoluto, mesmo quando aliam à autoridade burocrática. (BOURDIEU, 2004).

Quanto a questão supramencionada, alguns autores discorreram que a gestão de ações intersetoriais prevê a adoção de estratégias de auto-organização de recursos humanos, financeiros, políticos, que, apesar de depender inicialmente de um apoio externo, permita ampliar a capacidade de transformar as estruturas institucionais (FLEURY et al., 2014; AKERMAN, 2014). As limitações dizem mais respeito a transferência apenas de autoridade administrativa, do que de descentralização de poder e pode impedir o desenvolvimento de uma gestão local. (FERNANDEZ e MENDES, 2014).

A última situação referida pelos agentes sinalizou uma das questões relacionadas à falta de autonomia local, à dependência do âmbito local de outros âmbitos supralocais (estadual e federal). Sob a mesma perspectiva, um gestor local do PSE revelou que os interesses políticos e a busca por reconhecimento dos âmbitos estadual e federal direcionavam a adesão a novos programas.

“A nossa grande dificuldade foi demonstrar a importância do Prose, inicialmente para os secretários [municipais de saúde e educação], pois era uma proposta que não previa grande visibilidade política, pois não estava vinculada ao governo. Mesmo após a pactuação dos gestores com a universidade, tivemos que convencê-los que o Prose traria muitos ganhos, por agregar conhecimentos e ferramentas necessárias para as ações de promoção aqui no município. E que poderia ajudar a implementar o PSE, que não havíamos implementado até então...só por esta via, conseguimos convence-los. Eles queriam desistir quando perceberam que não havia muito envolvimento do governo estadual”. (E17).

Os argumentos apresentados por esses gestores permitiram exemplificar as dificuldades apontadas anteriormente, ao tempo em que demonstram reduzido empenho dos agentes para assumir as atribuições derivadas por um programa que não estava formalmente imposto por outros entes federados.

No âmbito desta discussão, é importante ressaltar que as observações realizadas *in loco* nos distintos municípios permitiram sintetizar mais uma problemática: ao tentar implementar algumas ações previstas pelo Prose, os agentes evidenciaram limites em institucionalizar o PSE no âmbito municipal. Um dos entrevistados reconheceu os limites do âmbito local no processo de implantação de algumas ações do PSE, assim como questionou o posicionamento do âmbito federal quanto aos mecanismos de apoio. O entrevistado alertou ainda, que os mecanismos de incorporação de algumas ações incentivadas pelo Ministério da Saúde e Ministério da Educação eram *verticalizados*, com centralização de normas operacionais e sem um monitoramento apropriado pelas instâncias incentivadoras:

“E acho que o principal, infelizmente, é que não existe um fluxo delineado. Então, a falta de delineamento...isso em âmbito nacional”. (E5).

Ao que parece, a adesão dos municípios ao PSE se constituía por uma mera formalização intergovernamental para garantir a transferência de recursos para os municípios, em razão das pressões institucionais dos entes governamentais supralocais e dos órgãos de controle externo. Para dois agentes entrevistados, a dependência de recursos financeiros deslocados do âmbito federal, limitava o desenvolvimento de algumas ações do Prose:

“Nós tínhamos, além do que realizamos hoje, nós tínhamos também outras atividades, mas, infelizmente, o governo do estado retirou a contribuição que ele passava pra gente, essa verba, e ficou um pouco difícil... Então, teve algumas coisas que a gente ficou sem realizar esse ano”. (E17).

“falta um elo, entre o âmbito federal, estadual e municipal, para que o PSE tenha a sua consolidação...pois atualmente, tem alguém que diz o que ele é, e paga para que ele funcione, e tem quem recebe o dinheiro, para dizer como fazer, tem atores que tentam fazer acontecer, mas sem conseguir modificar as ações dos âmbitos seguintes (federal e Estadual)”. (E7).

Estas alegações dos agentes foram corroboradas por alguns autores que indicaram que o incipiente apoio dos demais entes federados, e o fato de as políticas intersetoriais estarem ancoradas em pressupostos de ações e decisões supra setoriais têm restringido o desenvolvimento de políticas *in loco* apenas ao momento

da operacionalização, ou em práticas pautadas por *intencionalidades retóricas e em frágeis acordos*. (ALBUQUERQUE; FRANCO DE SÁ; ARAUJO JUNIOR, 2016; BUSS, 2000). Neste sentido, Traverso-Yépez (2007) alertou:

De nada adiantam políticas bem intencionadas se são inviabilizadas pela falta de vontade política e pela distribuição desigual de poder, ou pelas próprias práticas institucionalizadas, dentro das quais, tende-se a atuar com automatismos e de forma não reflexiva. (TRAVERSO-YÉPEZ, 2007, p. 235).

Em síntese, ao que tudo indica, apesar dos esforços empreendidos para a implementação da intervenção Prose, ainda prevaleceram, nos municípios estudados, cenários onde os agentes implementavam estratégias direcionadas a disputas por posições de destaque nos subespaços sociais ou com objetivos conduzidos por interesses políticos e setoriais. Além disso, os agentes que atuavam nos subespaços burocráticos locais, possivelmente por inabilidade técnica e administrativa, tendiam a manter e desenvolver sua própria burocracia, privilegiando os meios e não os fins (resultados), ante ao despreparo ou desinteresse dos agentes do espaço político. Notou-se ainda que as ações eram delineadas por estratégias de convivência, sendo eleita a menos conflituosa possível, que pudesse balancear decisões entre as *antigas questões* e as *novas normatizações*, perpetuando na gestão pública as práticas patrimonialistas.

Para Bourdieu (2014 p.303), o Estado tem duas faces, uma da integração universalizante e outra da integração alienante, como condição de dominação, da submissão. E estas duas faces são inseparáveis”.

Esta situação indicou que a sustentabilidade das práticas integradas é algo ainda em construção e quase restrita ao campo das intencionalidades, pois depende de arranjos institucionais que constituam mecanismos concretos para viabilizar a gestão das ações intersetoriais, particularmente, nos municípios menores e com baixa capacidade técnica na gestão. Neste sentido, a gestão de ações intersetoriais parece ser o ponto nevrálgico desta discussão, pois a sua ausência pode continuar influenciando o grau de dependência com outros entes federados, caso os municípios não consigam implementar mecanismos de gestão suficientemente articulados aos recursos locais.

O conjunto de fatores supracitados reforçam a suposição do *dilema da autonomia*, pois indicam a fragilidade do âmbito local quanto à regulação da organização e aos procedimentos operacionais para implementar novas ações, sobretudo, as intersetoriais. Portanto, a este impasse do âmbito local, mediante a imposição de novas regras e práticas para a implementação de ações e políticas, mas sem um processo prévio de qualificação dos agentes para assumir as responsabilidades política, técnica e administrativa, damos o nome *O dilema da autonomia* ^{38,39}.

³⁸ Para Lalande (1999), a autonomia é “condição” e como ela se dá no mundo e não apenas na consciência dos sujeitos, sua construção envolve dois aspectos: o poder de determinar a própria lei e também o poder ou capacidade de realizar.

³⁹ Para Bourdieu (2004) a autonomia relativa de um espaço social é concretizada quando este consegue estabelecer as suas próprias regras, embora sofram influências e até mesmo sejam condicionados por outros espaços.

10.A IMPOSIÇÃO DE PROBLEMÁTICA

A imposição de problemática foi referida por Bourdieu ao discutir pesquisas de sondagem de opinião, buscando identificar o efeito decorrente da imposição de perguntas, temas, suposições, explicações ou mesmo alternativas que não condizem com a vivência, realidade ou preocupações do pesquisado (BOURDIEU, 1973).

Neste estudo, supomos uma imposição de problemática, tendo em vista que, ao propor a implementação da intervenção Prose, os agentes da pesquisa podem ter reforçado uma problemática que não emergiu apenas em decorrência de demandas ou necessidades identificadas e priorizadas pelo contexto local. Essa suposição pode ser ressaltada, ao considerarmos que as próprias temáticas abordadas pela Intervenção Prose, apesar de elencadas pelos componentes do PSE, não eram abordados com frequência pelos profissionais de saúde e educação dos municípios incluídos neste estudo.

As observações *in loco* e a análise documental evidenciaram que as temáticas propostas pelo Prose radicalizaram com questões que o próprio PSE não vinha abrangendo, tendo em vista que algumas foram abordadas com maior ênfase somente durante a Semana Anual de Mobilização Saúde na Escola (apesar dos documentos normativos do PSE destacarem a necessidade de desenvolver as ações, também ao longo do ano letivo). As entrevistas com os agentes de pesquisa evidenciaram esta assertiva, quando um deles relatou que o *“Prose impôs algumas opções temáticas, apesar da proposta ter sido construída com base nos pressupostos do PSE”* (E9/Pesquisador do Prose). Para o entrevistado, as temáticas impostas estavam relacionadas aos assuntos *Uso de suplementos; Rotulagem de alimentos; Alimentos funcionais*, por constituírem questões pouco sinalizadas pelos documentos normativos do PSE.

De fato, a análise documental revelou que os documentos orientadores da semana de mobilização direcionaram entre os anos de 2012 a 2016, as seguintes temáticas: prevenção da obesidade (BRASIL, 2012); Obesidade na infância e saúde ocular (BRASIL, 2013); práticas corporais, atividade física e lazer numa perspectiva

de cultura de paz e direitos humanos (BRASIL, 2014); alimentação saudável, práticas corporais, atividade física e lazer, conceituando o Bullying, participação juvenil e saúde indígena (BRASIL, 2015) e Comunidade Escolar Mobilizada contra o *Aedes aegypti*, Dengue, Chikungunya, Zika (BRASIL, 2016).

Por outro lado, notou-se que não ocorreu imposição das temáticas: Promovendo saúde na escola; Alimentação saudável; Atividade física e saúde; Gorduras, sal e açúcar; Avaliação nutricional, tendo em vista, que já consistiam em temas sinalizados pelos documentos normativos do PSE.

Cabe salientar, que para outro entrevistado, a intervenção *“buscava evidenciar por meio dos resultados de experiências locais, fatores contextuais que expusessem e explicitassem dificuldades ou avanços na implementação de ações para promoção da saúde no âmbito escolar e da APS”*. (E12/Pesquisador do projeto Prose). Para outro agente da pesquisa *“os profissionais de saúde questionaram as temáticas abordadas e apontaram que nunca haviam discutido e demonstraram um certo receio em desenvolver com os alunos”* (E19/ Pesquisador do projeto Prose). A análise das atas de reuniões de um dos GTI-M, do mesmo modo, permitiu a identificação de algumas discussões dos representantes municipais sobre as questões previstas pela intervenção Prose, especialmente no que se refere a aula sobre *Rotulagem de alimentos*, sobre a qual foi registrado em ata que apenas os professores de química ou matemática abordariam, pois os presentes concluíram que se tratava de um tema extremamente complexo.

Supostamente, as ações desenvolvidas pelos agentes de pesquisa nos distintos locais expressavam o objetivo de articular os profissionais dos setores da saúde e educação e viabilizar a implementação da intervenção. Com esse intuito, os pesquisadores buscaram também (como já evidenciado nos capítulos anteriores) capacitar os agentes locais por meio de oficinas e cursos de qualificação. Para alguns dos pesquisadores entrevistados, o fato de tomar como ponto de partida, o processo pedagógico evidenciava o intuito de reforço de habilidades e competências e, conseqüentemente, a formação de agentes multiplicadores com potencial para

compartilhar uma problemática, mas, também, ampliar a autonomia local para identificação e planejamento de ações locais.

“O PROSE foi pensado com o intuito de articular os setores saúde e educação e reforçar algumas políticas publicadas e cujo municípios já haviam aderido. É uma intervenção complexa, e tem envolvido a articulação de muitos atores sociais e de diversos equipamentos sociais no desenvolvimento de ações previstas pelos componentes”. (E7- Pesquisador).

Contudo, alguns profissionais de saúde descreveram que *“a própria metodologia de ensino proposta pelo Prose era diferente, pois tínhamos que abordar os assuntos, a partir de vídeo-aulas e ainda associar a confecção de outros materiais didáticos em sala de aula. Nunca havíamos trabalhado desta maneira”* (E9). Ou seja, o entrevistado indicou que a abordagem metodológica também era algo distante das práticas de educação em saúde que os profissionais costumavam desenvolver no contexto escolar.

Ao que parece, a capacitação dos agentes locais presumia o empoderamento para assumir responsabilidades, ante as ações previstas pelo Prose, sem que isso implicasse em uma subordinação destes com os agentes de pesquisa. Contudo, para um dos profissionais de saúde, *“as capacitações acabaram por instituir uma relação de dependência, pois novas estratégias para a gestão das ações foram discutidas e não sabíamos como proceder na prática, então recorríamos sempre aos pesquisadores”* (E11-Pesquisador).

As contradições supramencionadas entre a perspectiva de empoderamento e a dependência dos profissionais locais em relação aos pesquisadores do Prose revelaram, aparentemente, que as capacitações, especialmente aquelas que discutiram novas estratégias para o planejamento estratégico desvelaram temáticas distanciadas do cotidiano dos profissionais, inclusive dos gestores e podem ter constituído mais uma imposição de problemática.

Outra questão que mereceu destaque refere-se ao monitoramento contínuo realizado pelos agentes da pesquisa no decorrer da implementação da intervenção, considerando que pode ter contribuído para intensificar a imposição de temáticas e

consequentemente limitar a autonomia local, ainda que não tenha ocorrido de forma direta e imperativa. A verificação constante do cumprimento dos objetivos e metas exigiu uma aproximação contínua dos pesquisadores com os agentes locais, o que pode ter tendenciado o curso das práticas e a dinâmica local.

“Nós acompanhamos todas as ações desenvolvidas pelos profissionais nos municípios, acompanhar para ver se estavam fazendo certo. Assim, pudemos apoiar-los, tanto as dúvidas que surgiram quanto orientar o curso da intervenção. Isso permitiu que se sentissem mais seguros e nós conseguíamos identificar dificuldades e direcionar novas condutas, continuamente” (E10/ Pesquisador).

Sobre os argumentos supracitados, um dos profissionais posicionou-se criticamente e relatou que *“os pesquisadores estavam o tempo todo monitorando o que fazíamos, não permitiam novas ideias, até quando falamos que usamos as aulas de outro modo, e não passamos em sala de aula, parece que não gostaram” (E26)*. Em face desta conformação, possivelmente, as alianças se constituíram com o intuito de formalizar e aplicar critérios genéricos e a unidade de condução, que forçaram as escolhas dos agentes locais, restringindo, de certa forma, a possibilidade de estes ocuparem posições divergentes das pré-estabelecidas. É importante ressaltar, que, mesmo os municípios que alcançaram resultados exemplares, expuseram que, apesar do acompanhamento dos agentes da pesquisa ter sido determinante para o desfecho alcançado, a intervenção acabou por coibir a emergência de ações propostas pelos agentes locais e diferentes daquelas já pactuadas.

As observações e a análise de atas de reuniões do projeto, explicitaram que o desenvolvimento das ações locais eram, de certa forma, dependentes de capacitações ou direcionamentos dos pesquisadores, tendo em vista que só se concretizaram mediante a instruções e orientações externas, que direcionaram as práticas dos agentes no âmbito local. Os discursos dos profissionais e gestores revelaram a influência e imposição de normas dos agentes externos na condução das ações locais, justificados pela insegurança dos agentes locais em assumir a responsabilidade pela implementação local das ações propostas pela intervenção Prose. Ante ao exposto, tudo indica que o monitoramento contínuo da dinâmica dos agentes na condução das ações pode ter acentuado a interdependência do âmbito

local em relação a agentes externos e pouco contribuído para o fortalecimento da autonomia local.

Ademais, as relações instituídas revelaram uma interdependência de conhecimento específico e de liderança superposta pelos pesquisadores aos agentes locais, que pode ter desvelado uma visão implícita de superioridade, contrária aos propósitos da intervenção. Um dos pesquisadores expôs que *“quando chegamos aos municípios, percebemos um grande despreparo dos profissionais e precisamos direcionar todas as ações e decisões, pois caso contrário, não conseguíamos implementar o Prose”* (E11/ Pesquisador). Outro agente da pesquisa apontou que *“até mesmo os aspectos de gestão tivemos que ensinar, pois eles [os gestores] não estavam acostumados com as práticas de planejamento. Foi aí que percebemos a necessidade de um encontro em Salvador para explicitarmos alguns conceitos e estratégias necessárias”*. (E10/Pesquisador).

Importa compreender, ainda, que, na busca pela produção do conhecimento científico, os pesquisadores não se depararam apenas com a opção de desenvolver uma pesquisa, mas, igualmente, pode ter envolvido disputas de poder dentro do campo científico, pela busca de legitimidade de um saber, ao formular uma pesquisa inovadora do ponto de vista acadêmico ao porpor a dinamização de práticas locais. De fato, uma informação relevante que perpassou os discursos dos pesquisadores, foi que *“o Prose era uma pesquisa inovadora, pois não inventou nada de novo, o grande diferencial desta proposta era dinamizar ações que já estavam postas, por outras políticas [o PSE e ESF]”*. Este excerto reverbera um ponto crucial nessa discussão: na busca por capital científico, a produção de conhecimento não se trata apenas de um embate imparcial de idéias sobre pressupostos epistemológicos, metodológicos e ontológicos, trata-se, também, de assumir posicionamentos políticos dentro de um campo científico (BOURDIEU, 2004).

Ao originar questões de pesquisas que contemplou um problema atual, previsto por políticas de abrangência nacional e contextualizado por necessidades locais, os pesquisadores buscaram, supostamente a releitura de questões criadas e defendidas pelo Estado. Para Bourdieu (2013b), nas lutas pela imposição do princípio de

hierarquização, legítima ante ao acúmulo de capital escolar e científico, os agentes do campo tendem, inconscientemente, a reproduzir incertezas que estão inscritas na própria realidade, e a realçar as fronteiras entre aqueles que ocupam a posição de dominados e os dominantes, o que permite a reprodução de hierarquia e a manutenção das distâncias entre os agentes, porque a relação é arbitrada por aqueles que ocupam uma posição mais avançada. Assim, as oposições que dividem o subespaço não são *contradições provisórias*, nem *antinomias indispensáveis*, mas arbitradas por uma visão maquiueísta, que organiza os princípios de hierarquização relativamente dependentes. Neste sentido, o autor pondera que os agentes do campo científico tendem a produzir as condições de reprodução das instituições ao impor a limitação das necessidades e aspirações, por meio da restrição da visão de mundo particularizada. Sendo assim, a proposição da intervenção pode ter se constituído em uma imposição por meio de poder arbitrário, de limites e regras, que contribuíram para a difusão de “categorias de pensamento produzidas e garantidas pelo Estado” (BOURDIEU, 2014).

Em outras palavras, o pesquisador está inserido em um campo onde ocorrem lutas de poder entre indivíduos e grupos com agendas de pesquisa distintas e isso também o influencia a desenvolver pesquisas ajustadas a temáticas que estão mais evidentes no campo científico (BOURDIEU, 2004).

A partir do encadeamento de pressupostos e consequências esboçados, notou-se que a imposição problemática pela intervenção Prose, estava correlacionada a três principais fatores: (1) ao desenvolvimento de temáticas inovadoras articuladas a uma pesquisa científica no âmbito municipal (2) ao monitoramento contínuo das ações, que pode ter inibido o surgimento de proposições e estratégias de ação pelo contexto local; (3) pela busca de reconhecimento simbólico dos agentes de pesquisa, ante ao campo científico.

Em suma, notou-se que as situações exemplificadas neste tópico, também pode ter contribuído para a dissociação entre a imposição de problemática e a ampliação da autonomia local, ao instituir processos que realçaram e condicionaram o âmbito local à dependência, ante a reduzida capacidade política, técnica,

administrativa para assegurar a transformação das práticas. Desta forma, tornou-se relevante, identificar a *imposição de problemática* por parte dos agentes de pesquisa, tendo em vista que as ações propostas pela intervenção Prose também não foram originadas somente a partir de interesses ou necessidades dos agentes, mas contou, da mesma forma, com a influência de proposições originadas por uma pesquisa acadêmica. Portanto, pode ter realçado apenas uma *aparente autonomia* local.

11. COMENTÁRIOS FINAIS

A análise de implantação da intervenção intersetorial Prose permitiu apreender os diferenciais e explicar os presumidos vínculos causais que determinaram a variabilidade dos resultados obtidos nos distintos sistemas locais.

Nessa perspectiva, a análise do objeto de estudo à luz da teoria da ação social e disposicional de Bourdieu (apesar de reconhecermos o potencial de outras teorias da ação social para subsidiar as análises decorrentes de estudos de intervenções direcionadas a promoção da saúde) possibilitou captar a dinâmica relacional entre os agentes dos subespaços sociais da saúde e educação, por meio da identificação das trajetórias sociais e profissionais, das relações prévias e das novas relações objetivas instituídas, dos interesses em jogo, das disputas por recursos de poder, por legitimidade de um saber específico, as tomadas de posições e as condições de possibilidade para a constituição de um “novo subespaço intersetorial” nos sistemas locais.

A realização deste estudo em três etapas (avaliabilidade ou pré-avaliação; apreciação do grau de implantação e a análise de implantação (propriamente dita)) oportunizou a ampliação das possibilidades de análise, a compreensão do fenômeno e o grau de confiabilidade nos resultados da pesquisa, na medida em que ampliou as perspectivas sobre a organização política e administrativa e técnica (práticas setoriais e intersetoriais), conforme o foco do objeto investigado.

A efetuação das revisões sistemáticas sobre as concepções, natureza e mecanismos para a gestão de ações intersetoriais oportunizou agregar um maior aporte teórico para subsidiar as discussões das evidências identificadas por este estudo.

Consideramos como possíveis limites deste estudo não termos realizado a análise da implantação propriamente dita da intervenção Prose nos cinco casos, o que pode ter restringido o detalhamento de fatores contextuais nos casos onde a implantação da intervenção foi incipiente. Entretanto, acreditamos que o cotejamento entre as fontes de informação e a análise empreendida nos dois casos tenham minimizado estas possíveis lacunas.

Por outro lado, ao investigar os limites e/ou possibilidades advindas da implementação de uma intervenção, que dentre outros objetivos, também teve o intuito de reforçar as diretrizes de estratégias políticas (PSE e ESF) pouco operacionalizadas, especialmente em municípios de pequeno porte, foi possível revelar importantes indicativos, sobretudo, quanto aos cenários (anteriores a intervenção) que apresentavam uma reduzida capacidade institucional, política, técnica e administrativa, não garantiam a implementação das ações conforme as diretrizes normativas do PSE.

Contudo, mesmo após a capacitação dos agentes, foi possível apontar limites peculiares à dinâmica interdisciplinar e intersetorial, com vistas a tomada de decisões capazes de aperfeiçoar o processo de gestão, sobretudo, orientado às ações intersetoriais que não se constituiu em um processo prioritário na maioria dos contextos, limitando a análise da coerência alcançada em todos os municípios.

Observou-se que, de modo especial, as iniciativas articuladas restringiram-se a um *vácuo* entre a instituição de normas ou regras e a reduzida capacidade técnica local, evidenciando uma relação de interdependência com os demais entes federados, que não consentiu a ampliação da autonomia dos municípios. Ademais, embora um dos municípios tenha revelado uma certa sustentabilidade da intervenção, para além da durabilidade da intervenção, nos demais locais delimitou-se aos primeiros seis meses ou no máximo dezoito meses (em um dos municípios). Este resultado demonstrou que nos demais locais, o que esteve em jogo foram mudanças sutis, e não mudanças sociais mais abrangentes e consistentes.

Além dos obstáculos supracitados identificamos outros que restringiram uma maior concretude da intervenção na maioria dos municípios referente à dinâmica no nível político-institucional (especialmente, a inviabilidade política e instabilidade institucional), a reduzida capacidade técnica e administrativa dos agentes e ao incipiente protagonismo dos escolares.

Não obstante, embora as ações prioritárias do Prose buscassem promover a saúde integral dos adolescentes, é importante destacar que as atividades desenvolvidas nos distintos locais demonstrou fragilidade, especialmente no que se refere ao incentivo ao protagonismo dos escolares. Tais condutas podem estar contribuindo para realçar a *invisibilidade* desses nos sistemas, nas prioridades das

políticas de saúde, e até mesmo no alcance das estratégias direcionadas a promoção da saúde no contexto escolar.

Do mesmo modo, coube ressaltar, os principais fatores contextuais que modularam os arranjos, a convergência entre os setores e conseqüentemente, resultados avançados no município 1: (1) a adequada organização do sistema de saúde local; (2) o expressivo engajamento dos agentes, gestores e instituições para desenvolver as ações propostas, e (3) a ampliação da capacidade de coordenação interinstitucional por meio da institucionalização do planejamento estratégico em espaços de decisão compartilhada (Grupo de Trabalho Intersetorial e de comissões intersetoriais). É importante destacar que a promoção da saúde foi priorizada nas práticas dos profissionais de saúde no âmbito da ESF e NASF, e contribuiu para a conformação da intervenção nos municípios que obtiveram resultados mais avançados na implementação da intervenção, indicando maior articulação da Atenção Primária à Saúde no âmbito local.

Neste sentido, é fundamental avançar na consecução da intersectorialidade, como estratégia prioritária para ampliar a articulação entre os agentes e setores e o alcance do cuidado integral à saúde da população, por meio da oferta de ações de promoção à saúde, a partir de demandas identificadas e contextualizadas aos territórios de atuação das equipes de saúde da ESF e do NASF. Essa lacuna reverbera a necessidade de realização de outras pesquisas avaliativas que complementem a análise sobre a gestão e a sustentabilidade de ações intersetoriais e possam agregar estes e outros aspectos, particularmente acerca da implementação de iniciativas para promoção da saúde em municípios de pequeno ou médio porte.

A partir dos resultados e das reflexões suscitadas por este estudo, foi possível formular algumas indagações e/ou as recomendações sobre algumas questões transversais ao objeto, que, apesar de sinalizadas, não puderam ser aprofundadas, mas, poderão balizar novos debates:

- (1) Considerando as diretrizes para a promoção da saúde especificadas pelas EPS e o PSE, especialmente quanto a necessidade de envolvimento e participação da comunidade, a construção de um ambiente físico e psicossocial saudável e seguro, a utilização da educação para a Saúde

baseada no desenvolvimento das capacidades das crianças e de sua autonomia em melhorar a sua saúde e a da comunidade, no Brasil, o contexto escolar se constitui em um ambiente promotor de saúde?

- (2) As práticas de atividade física curricular obrigatórias no contexto escolar têm evidenciado embates ideológicos sobre os modelos de educação física adotadas nas escolas. O debate atual agrega discussões acerca da transição do componente curricular, com a inclusão de aulas teóricas com o intuito de debater assuntos do cotidiano que estejam direta ou indiretamente relacionados às práticas desportivas, buscando proporcionar uma análise crítica dos valores sociais, tais como, os padrões de beleza e saúde, que se tornaram dominantes na sociedade, discussões sobre a ética do esporte profissional, sobre a discriminação sexual e racial, sobre a aquisição de hábitos saudáveis e a promoção da saúde (BERTINI JUNIOR e TASSONI, 2013). Os mencionados autores também sinalizaram discussões relacionadas a desvinculação da “educação física nas escolas do esporte de rendimento, em busca de selecionar os melhores em detrimento dos menos habilidosos, provocando a exclusão”. Contudo, essas questões ressaltam a incipiente priorização da atividade física obrigatória curricular direcionadas a ampliar as condições de saúde e minimizar as consequências do estilo de vida sedentário dos adolescentes. Portanto, a reduzida carga horária e frequência da atividade física constituem um fator restritivo à implementação de ações para a promoção da saúde no contexto escolar e comunitário?

Por fim, acreditamos que foram dados importantes passos sobre a elucidação de lacunas, particularmente relacionadas a implantação, avaliação e sustentabilidade de intervenções para a promoção da saúde, ao apontar potencialidades e limites peculiares à dinâmica interdisciplinar e intersetorial, com vistas a aperfeiçoar o processo de implementação de políticas no âmbito local, cenário imprescindível para o redirecionamento do modelo de atenção à saúde, o fortalecimento da APS e para a consolidação do SUS, tão ameaçado pela conjuntura atual instituída em nosso país.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADELEYE A.O., OFILI A.N. Strengthening Intersectoral Collaboration for Primary Health Care in Developing Countries: Can the Health Sector Play Broader Roles? **Journal of Environmental and Public Health**. Volume 1, 2010.

AERTS, D et al. Promoção de saúde: a convergência entre as propostas da vigilância da saúde e da escola cidadã. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(4):1020-1028, 2004.

AFONSO CMC, TAVARES MFL, LUIZA VL. Escolas Latina promotoras da saúde na América. **Rev Bras Promoção Saúde**, Fortaleza, 26(1): 117-127, 2013.

AKERMAN M. et al. Intersetorialidade? IntersetorialidadeS! **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(11):4291-4300, 2014.

AKERMAN M. A construção de indicadores compostos: um exercício de negociação intersetorial. In: BARATA, R. B. (org.) **Condições de vida e situação de saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 1997.

AKERMAN M.E., NADANOVSKY P. Avaliação dos serviços de saúde: avaliar o quê? **Cadernos de Saúde Pública**. 8(4):361-65. 1997.

AKERMAN, M E. Prácticas sociales em salud publica para contribuir al desarrollo local: conceptos, desafíos e acciones. **Relatório de consultoria elaborado para a OPAS**. Washington, 2004.

AKERMAN, M. et al. Avaliação em promoção da saúde: foco no “município saudável”. **Rev Saúde Pública**, 36(5):638-46, 2002.

AKERMAN, M; MENDES R; BÓGUS CM. É possível avaliar um imperativo ético? **Ciência e Saúde coletiva**, 9 (3):605-15, 2004.

ALBUQUERQUE TIP et al Perspectivas e desafios da “nova” Política Nacional de Promoção da Saúde: para qual arena política aponta a gestão? **Ciência & Saúde Coletiva**, 21(6):1695-1705, 2016.

ALCÁNTARA, CH. Use and Abuse of the Concept of Governance. **International Social. Science Journal**, n. 155, 1998. p. 105-113.

ALLENSWORTH, D & KOLBE, L. The comprehensive school health program: Exploring an expanded concept. **Journal of School Health**, 57, 10, 409 -112, 1987.

ALMEIDA FA. **Práticas intersetoriais do programa de saúde na escola**: um estudo sobre as ações e interações dos atores sociais envolvidos. 2013. 220f. Dissertação (Mestrado em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Local) – Centro Universitário UMA, Belo Horizonte, 2013.

ALMEIDA, A.M.R. A intersectorialidade e a estratégia saúde da família [manuscrito]: **desafios da relação entre o discurso e a prática**. Belo Horizonte: 2008.

ALMEIDA, LOURDES LEMOS. **O significado de governança para os gestores estaduais do Sistema Único de Saúde**. 2013. 115 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

ALMEIDA-FILHO N. Intersectorialidade, transdisciplinaridade e saúde coletiva: atualizando um debate em aberto. **Revista de Administração Pública**, vol.6, 2000.

AMERICAN SCHOOL HEALTH ASSOCIATION. **Health Promotion Through Schools: The Federal Agenda**. ASHA, Kent Ohio.2008.

AMORIM, T.C et al. Descrição dos programas municipais de promoção da atividade física financiados pelo Ministério da Saúde. **Rev. Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v. 18, n1, p.63-74, 2013.

ANAF J. et al. Factors shaping intersectoral action in primary health care services. **Australian and New Zealand Journal of Public Health**, vol. 38, n. 6, 2014.

ANDRADE FS. Considerações sobre a perspectiva territorial da política pública de assistência social no Brasil. **Revista Urutágua**, 18:127-132, 2009.

ANDRADE L. O. M. **A saúde e o dilema da intersectorialidade**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Campinas – Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, 2004.

ANDRADE, L.O.M. et al. Social determinants of health, universal health coverage, and sustainable development: case studies from Latin American countries. **The Lancet**. Vol 385 April 4, 2015.

AQUINO et al. PROSE – Projeto Promovendo Saúde na Escola. **Relatório parcial das atividades do Projeto Desenvolvimento e avaliação de uma intervenção intersectorial sobre padrões alimentares e de atividade física de adolescentes no âmbito da Estratégia Saúde da Família**. UFBA, 2014.

AQUINO et al. PROSE – Projeto Promovendo Saúde na Escola. **Relatório Final das atividades do Projeto Desenvolvimento e avaliação de uma intervenção intersectorial sobre padrões alimentares e de atividade física de adolescentes no âmbito da Estratégia Saúde da Família** UFBA, 2016.

AQUINO R; Oliveira NF; Barreto ML. Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazilian Municipalities. **American Journal of Public Health** (1971) v. 99, p. 87-93, 2008.

ARENAS-MONREAL L. Experiencias de promoción de la salud y gobernanza en el ámbito local de México: retos y limitaciones. **Global Health Promotion** 1757-9759; Vol 19(1): 83–89. 2012.

AXELSSON R, AXELSSON S. Integration and collaboration in public health – a conceptual framework. **Int J Health Plann Manage**. 21:75-88. 2006.

AXELSSON R., AXELSSON S.B. Integration and collaboration in public health – a conceptual framework. **Int J Health Plann Mgmt**, 21: 75–88, 2006.

AZEVEDO, E; PELICIONI, M.C.F; WESTPAL, M.F. Práticas intersetoriais nas políticas públicas de promoção de saúde. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 22 [4]: 1333-1356, 2012.

BAQUERO, M. Alcances e limites do capital social na construção democrática. In: BAQUERO, Marcello (org.). **Reinventando a sociedade na América Latina**. Porto Alegre: Editora da UFRGS; Brasília: Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, 2001.

BARATA, R.B. Epidemiologia social. **Rev Bras Epidemiol**. 8(1), p 7-17, 2005.

BARBAZZA E., Tello JE. A review of health governance: Definitions, dimensions and tools to govern. **Health Policy**.116, 1–11,2014.

BARRA S.A.R. **GESTÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**: o desafio de consolidar a intersetorialidade. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Universidade Federal De Juiz De Fora. Juiz de Fora, 2013.

BARROS, C.M.S. **Mediação intersetorial para a promoção da saúde**: o projeto Transando Saúde do SESC. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública). 2009. 223f. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro, 2009.

BARROS, S G. **A política nacional de luta contra a aids e o espaço aids no Brasil**. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Universidade Federal da Bahia. Instituto de Saúde Coletiva, 2013.

BARTLETT B, BOFFA J. The impact of Aboriginal community controlled health service advocacy on Aboriginal health policy. **Aust J Prim Health**. 11(2):1-9.2005.

BAUM F. et al. Evaluation of Health in All Policies: concept, theory and application. **Health Promotion International**, Vol. 29. 2014.

BECKER, D. et al. Empowerment e avaliação participativa em um programa de desenvolvimento local e promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 9(3):655-667, 2004.

BENNETT, AE et al. An evaluation of factors which can affect the implementation of a health promotion programme under the *Schools for Health in Europe* framework. **Evaluation and Program Planning**. V. 57, p.50-54, 2016.

BENTO L.V. **Governança Global**: Uma abordagem conceitual e normativa das relações internacionais em um cenário de interdependência e globalização. Tese (Doutorado em Direito). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2007.

BENTO, LV. **Governança e governabilidade na reforma do Estado**: entre eficiência e democratização. Barueri: Manole, 2003.

BERNADI, A.P et al. Intersetorialidade – um desafio de gestão em Saúde Pública. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v.1, n.1, p.137-142, 2010.

BERTINI JUNIOR, Nestor; TASSONI, Elvira Cristina Martins. A educação física, o docente e a escola: concepções e práticas pedagógicas. **Rev. bras. educ. fís. esporte**, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 467-483, Sept. 2013.

BIRN A-E.; PILLAY Y.; HOLTZ T. H. International Health Agencies. In: **Textbook of International Health**. Oxford, 3r. ed., p.62-3. 2009.

BLOOM D. E. Governing global health. **Finance & Development**, v.44, n.4, 2007. Disponível em: <http://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/2007/12/bloom.htm>. Acesso em: setembro de 2016.

BOBBIO N., MATTEUCI N., PASQUINO G. **Dicionário de política**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2010.

BOPP, M., et al. Assessing community capacity for change. **Calgary/Red Deer: Four Worlds Centre for Development Learning and David Thompson Health Region**. 2000.

BORGES A. Governança e Política Educacional: A agenda recente do Banco Mundial. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 52, p. 125-138, 2003.

BOTTAZZI G. On est toujours 'local' de quelque 'global'. Pour une (re)définition de l'espace local". *Espace et Société: Les échelles de l'espace social*. **Revue scientifique internationale**, numéro 82-83. Paris: L'Harmattan, p. 69-92, 1996.

BOURDIEU P, PASSERON JC. **A reprodução**: elementos para uma teoria do sistema de ensino. Tradução de Reynaldo Bairão; Revisão de Pedro Benjamin Garcia e Ana Maria Baeta, 6 Ed., Petropolis, RJ: Vozes, 2013.

BOURDIEU P. **Questions de sociologie**. Paris: LesÉditions de Minuit, 1984.

BOURDIEU P., CHAMBOREDON JC., PASSERON JC. **Ofício de sociólogo**: metodologia da pesquisa na sociologia. Tradução de Guilherme João de Freitas Teixeira. 7ª edição. Petrópolis, RJ: editora vozes, 2010.

BOURDIEU, P. A opinião pública não existe. 1973. In: Thiollente M.J.M. **Crítica metodológica. Investigação social e enquete operária**. São Paulo: editora Polis, 198.

_____. **O campo científico**. São Paulo: Ática, 1994. p.122-155.

_____. **O Poder simbólico.** Tradução: Fernando Tomaz (Português de Portugal). 16ª Edição. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2012.

_____. **Pierre Bourdieu entrevistado por Maria Andréa Loyola.** Rio de Janeiro: EdUERJ, 2002.

_____. **Razões Práticas:** Sobre a teoria da ação. 11ª edição. São Paulo: Papyrus, 2011.

_____. **Razões práticas:** sobre a teoria da ação. Campinas, SP: Papyrus. 1996.

_____. **Réponses:** pour une anthropologie réflexive. Paris: Le Seuil, 1992.

_____. **Sobre o Estado:** cursos no Collège de France (1989-92). Edição estabelecida por Patrick Champagne et al. Tradução Rosa Freire d'aguiar. 1ª edição. São Paulo: Companhia das letras, 2014.

_____. **Homo academicus.** Tradução Ione Ribeiro Valle, Nilton Valle. 2ª edição. Florianópolis: Editora da UFSC, 2013b.

_____. **A distinção:** crítica social do julgamento. 2ª edição revista e ampliada. Porto Alegre:Zouk, 2013c.

_____. **A economia das trocas simbólicas.** São Paulo: Perspectiva, 1992b.

BRASIL. **Para entender a gestão do SUS.** Brasília: CONASS, 2003.

BRASIL. Casa Civil. Lei no 10.172, de 9 de janeiro de 2001. Aprova o Plano Nacional de Educação e dá outras providências. **Diário Oficial da União.** Brasília, 9 jan., 2001.

BRASIL. **Regulamentação da comercialização de alimentos em escolas no Brasil:** experiências estaduais e municipais. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, 2007. 72 p. (Série B. Textos básicos de saúde).

BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** 3. ed. Brasília: 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Escolas promotoras de Saúde: experiências do Brasil** / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007(b). 304 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 59 p. (Série B. Textos básicos de saúde) (Série Pactos

pela saúde 2006, 7). Brasília, Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. **Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Mais Gestão É Mais Saúde: Governança para Resultados no Ministério da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Semana saúde na escola começa hoje em todo o País**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014

_____. Portaria Interministerial nº 749 de 13 de maio de 2005. Constitui a Câmara Intersetorial para a elaboração de diretrizes com a finalidade de subsidiar a Política Nacional de Educação em Saúde na Escola. **Diário Oficial da União**. 18 maio de 2005.

_____. **Portaria nº 399**, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o pacto pela saúde 2006: consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. **Constituição: República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Decreto n. 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola (PSE), e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 5 dez. 2007. p. 2.

_____. Decreto n. 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola (PSE), e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 5 dez. 2007.

_____. Lei 12.796, de 4 de abril de 2013, **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN)**. Brasília: Câmara dos Deputados, 2013b.

_____. Lei nº 12.864, de 24 de setembro de 2013. Altera o caput do art. 3º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, incluindo a atividade física como fator determinante e condicionante da saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, 24 set., 2013a. Disponível em: Acesso em: 24 abr. 2014

_____. Ministério da Educação. Portaria interministerial n. 675, de 4 de junho de 2008. Institui a Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2008. Seção1, p. 14.

_____. Ministério da Educação. Portaria interministerial n. 675, de 4 de junho de 2008. Institui a Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola. **Diário**

Oficial da União, Brasília, DF, 27 ago. 2008. Seção1, p. 14.

_____. Ministério da Saúde. **Escolas promotoras de saúde**: experiências do Brasil / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007, 304p.

_____. Ministério da Saúde. **Histórico de cobertura da Saúde da Família**. Brasil, 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Informações de saúde**: epidemiológicas, morbidade e estatística vital. Brasília, 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Manual para a Organização da Atenção Básica**. Brasília, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Manual Instrutivo. Programa Saúde na Escola**. Brasília, DF; 2013.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Portaria Interministerial nº 1.413**, de 10 de julho de 2013. Redefine as regras e critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE) por Estados, Distrito Federal e Municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações. Brasília, 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção básica**: serie E: legislação em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488**, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.446**, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da Família no Brasil**: Linhas Estratégicas para o Quadriênio 1999/2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. **Decreto nº 5.658**, de 2/01/2006, que promulga a Convenção-Quadro sobre controle do uso do tabaco. Disponível em:

<<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2006/decreto-5658-2-janeiro-2006-540138-norma-pe.html>> Acesso em 10 de maio de 2015.

_____. Decreto Presidencial nº 6.286, 05 de dezembro de 2007. **Programa Saúde na Escola. Brasília, DF; 2007.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm>. Acesso em 28 de agosto de 2016.

_____. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. **Censo escolar da Educação Básica 2015.** Brasília, DF; 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Avaliação de efetividade de programas de atividade física no Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Adesão a semana saúde na escola. Passo a Passo. Ministério da Saúde/ Ministério da Educação. Brasília, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Guia de sugestões de atividades: semana saúde na escola 2014 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica; Ministério da Educação. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **CADERNO DE ANOTAÇÕES - RELATOS DE EXPERIÊNCIAS DA SEMANA SAÚDE NA ESCOLA - Contribuições de troca de experiências de ações de identificação e eliminação dos focos do mosquito Aedes aegypti, associadas a atividades de educação em saúde ambiental para a promoção de ambientes saudáveis, que estão sendo desenvolvidas pelo Brasil afora.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Ministério da Educação, Secretaria de Educação Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRESSAN, A. **A participação juvenil no Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas:** contribuições da análise documental para a identificação de estratégias de promoção da saúde. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.

BRESSER PEREIRA, LC A reforma do Estado nos anos 90: lógica e mecanismos de controle. **Lua Nova:** Revista de Cultura e Política. n. 45. 1998. p. 49-96.

BRINKERHOFF D.W., BOSSERT T. **Health governance:** concepts, experiences, and programming options. United States Agency for International Development, 2008.

BROUSSELLE A et al. (org.). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011.

BRUGHA R. & VARVASOVSKY Z. Stakeholder analysis: a review. **Health Policy Plan.**, 15(3): 230-246, 2002.

BRYSON, J. M., Crosby, B. C., & Stone, M. M. The design and implementation of cross-sector collaborations: Propositions from the literature. **Public Administration Review**, 66, 44–55, 2006.

BURAWOY, M. **O marxismo encontra Bourdieu**. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2010.

BURRIS S, HANCOCK T, LIN V, HERZOG A. Emergency Strategies for Healthy Urban Governance. **Journal of Urban Healthy: bulletin of the New York Academic of Medicine**. Vol. 84, n. 1. New York, EUA. 2007.

BUSE C. Intersectoral action for health equity as it relates to climate change in Canada: contributions from critical systems heuristics. **Journal of Evaluation in Clinical Practice** 19, p. 1095–1100. 2013.

BUSS P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM (orgs.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p.15-38.

BUSS PM, Carvalho AIC. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(6):2305-16, 2009.

BUSS PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, (1): 163-167, 2000.

BUSS, P.M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.77-93, 2007.

BUURLANDY, L. et al. Políticas de promoção da saúde e potenciais conflitos de interesses que envolvem o setor privado comercial. **Ciência e Saúde Coletiva**, 21(6):1809-1818, 2016.

CAMPOS, C.E.A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência & saúde coletiva** 8(2), 569-584, 2003.

CAMPOS, G. W. S.; DIMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v. 23, n. 2, p. 399-407. 2007.

CAMPOS, M.; SOUZA, V. Medindo o protagonismo juvenil. In: Costa ACG. **O protagonismo Juvenil passo a passo – um guia para o educador**. Belo Horizonte: Universidade; 2001. p. 123-7.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: HUCITEC, 2000.

CAMPOS, H. M.; SCHALL, V. T.; NOGUEIRA M. J. Saúde sexual e reprodutiva de adolescentes: interlocuções com a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, p. 336-346, 2013.

CAMPOS, L.; WENDHAUSEN, A. Participação em saúde: concepções e práticas de trabalhadores de uma equipe de estratégia de saúde da família. **Texto & Contexto enfermagem**; 16(2): 271-279, 2007.

CANADA INSTITUTE ON GOVERNANCE. **Governance principles for protected areas in the 21st century**. Disponível em:<http://www.iog.ca/publications/pa_governance2.pdf.> Acesso em setembro de 2016.

CANADIAN PUBLIC HEALTH ASSOCIATION. **Intersectoral Action For Health A Cornerstone for Health-for-All in the Twenty-First Century**. Canadian Public Health Association / World Health Organization (Report), 1997.

CANÇADO A.C., TAVARES B., DALLABRIDA V.R. Gestão Social e Governança Territorial: interseções e especificidades teórico-práticas. **Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional**. v. 9, n. 3, p. 313-353, 2013.

CANTHARINO, ILENA RAFAELA GAMA. **Ações Intersetoriais na Estratégia de Saúde da Família em um Município da Bahia**. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária). Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013.

CARBONE, M. The European Union, Good Governance and Aid Co-ordination. **Third World Quarterly**, Vol. 31, No. 1, pp 13–29.2010.

CARDOSO, V.; REIS, A.P.; LERVOLINO, S.A. Escolas promotoras de saúde. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v.18, n.2, p.107-115, 2008.

CARRION, R. M.; COSTA, P. A. Governança Democrática, Participação e Solidariedade: Entre a Retórica e a Práxis. **Espacio Abierto**, vol. 19, nº 4, outubro/diciembre/2010, p. 621 -640.

CARRION, R. S. M. Gestão social: especificidades e práticas em discussão. In: SILVA, J. G. et al. (Org.). **Tecnologias de gestão: por uma abordagem multidisciplinar**. Vitória: EDUFES, 2007. v. 2, p. 108.

CARVALHO, A.I.; BODSTEIN, R.; HARTZ, Z.; MATILDA, A.H. Concepções e abordagens na avaliação em Promoção da Saúde. In: HARTZ, Z.; POTVIN. L.; BODSTEIN, R. **Avaliação em promoção da saúde: Uma antologia comentada da parceria entre o Brasil e a Cátedra de abordagens comunitárias e iniquidades em**

saúde(CACIS), da Universidade de Montreal de 2002 a 2012. Brasília-DF, CONASS, 2014.

CARVALHO, R.S. **Saúde coletiva e promoção à saúde**: uma reflexão sobre os temas do sujeito e da mudança. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas. Campinas – São Paulo, 2002.

CARVALHO, A.I.; WESTPHAL, M.F.; LIMA, V.L.G.P. Health promotion in Brazil. **Global Health Promotion**, vol. 14 no. 1 suppl 7-12. 2007.

CARVALHO, M. F. et al. Intersetorialidade: diálogo da política nacional da promoção da saúde com a visão dos trabalhadores da atenção básica em Goiânia. **Tempus - Actas de Saúde Coletiva**. Vol. 3, n. 3, p. 44-55, jul./set. 2009.

CARVALHO, M.C.V.S.; LUZ, M.T. Práticas de saúde, sentidos e significados construídos: instrumentos teóricos para sua interpretação. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu. v.13, n.29, p.313-26, abr./jun. 2009.

CARVALHO, S.R.; GASTALDO, D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13(Sup 2):2029-2040, 2008.

CARVALHO, S.R.; BUSS, P. M. Determinantes sociais na saúde, na Doença e na intervenção. In: Giovanella, L. **Política e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2012. p.121-142.

CASEMIRO, J.P.; FONSECA, A.B.C.; SECCO, F.V.M. Promover saúde na escola: reflexões a partir de uma revisão sobre saúde escolar na América Latina. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2014;19(3):829-840.

CAVALCANTI, P.B.; LUCENA, C.M.F.; LUCENA, P.L.C. Programa Saúde na Escola: interpelações sobre ações de educação e saúde no Brasil. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 14, n. 2, p. 387 - 402, 2015.

CECÍLIO, L.C. Uma sistematização e discussão da tecnologia leve para o planejamento estratégico aplicado ao setor governamental. In: MERHY, E; ONOCKO, R (orgs). **Práxis en salud**: um desafio para lo público. Rio de Janeiro:HUCITEC, 1997.

CERQUEIRA, M.T. A construção da rede Latino Americana de escolas promotoras de saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. **Escolas promotoras de saúde**: experiências no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde. 2007.

CHAMBERS, D.; GLASGOW, R.; STANGE, K. The dynamic sustainability framework: addressing the paradox of sustainment amid ongoing change. **Implement Sci** 2013;8 (1):117.

CHIRCOP et al. Evidence on how to practice intersectoral collaboration for health equity: a scoping review. **Critical Public Health**, 2015.

CHRISTMANN M., PAVÃO S. M. O. A saúde do escolar cuidada por práticas governamentais: reflexos para a aprendizagem. **Revista de Educação**. PUC – Campinas. Campinas, 20(3):265-277, 2015.

CINCURÁ, R.N.S. **Promoção da saúde na atenção primária: proposição de um modelo e sua aplicação na análise de ações desenvolvidas no Brasil**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Salvador: Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva. 2014.

CLAVIER, C. et al. Understanding similarities in the local implementation of a health environment programme: Insights from policy studies. **Social Science & Medicine**, 75, p.171-178. 2012.

CLAVIER, C. et al. L'action intersectorielle en santé publique ou lorsque les institutions, les intérêts et les idées entrent en jeu. **The Innovation Journal: The Public Sector innovation Journal**, 18(2), 2013.

CLAVIER, C. et al. Understanding similarities in the local implementation of a healthy environment programme: Insights from policy studies. **Social Science & Medicine**. v.75, 2012. p.171-178.

CNDSS. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais em Saúde. **As causas sociais das iniquidades em Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

COELHO, A.V.A.G. **A construção da intersectorialidade no Programa Bolsa Família em Mangunhos, no Rio de Janeiro**. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.

COELHO, T.C.B; PAIM, J.S. Processo decisório e Práticas de Gestão: dirigindo a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, vol.21, n.5, 2005.

COHN, A. R. International review- Intersectoral governance for health in all policies - structures, actions and experiences. **Dir. sanitário**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 264-267, 2013.

COLEMAN W. D.; DIONISIO J. (2009). Globalization, collaborative research, and cognitive justice. **Globalizations**, 6, 389–403.

COMERLATTO, D. ET AL. Gestão de políticas públicas e intersectorialidade: diálogo e construções essenciais para os conselhos municipais. **Revista. Katál**, v.10, n.2, p. 265- 271, 2007.

CONTANDRIOPOULOS, A.P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J.L.; PINEAUT, R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z.M.A. (org.). **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p.29-47.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z.M.A. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática da análise de implantação**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

COSTA S. **(Des)governo, (in) governabilidade ou (des)governança?** Rio de Janeiro: 3 t (J):42-74, 1997.

COSTA, VMF. O novo enfoque do Banco Mundial sobre o Estado. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, n. 44, pp. 5-26.1998.

COSTELLO et al. Impact evaluation of a health promotion-focused organisational development strategy on a health service's capacity to deliver comprehensive primary health care. **Australian Journal of Primary Health**, 2015, 21, 444–449.

CRAWFORD, R. Ustedes peligroso para susalud: aspectos ideológicos y políticos de lapráctica de culpabilizar a lavíctima. (1977). In: BENJUMEA, C.C. (comp.). **Salud y enfermedad: lecturas básicas en sociología de la medicina**. Medellín: Editorial Universidad de Antioquio, 1999. p. 47-77.

CUNHA, A. G. **Dicionário etimológico da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1982.

CUNHA, Antônio G. da. [1982] **Dicionário etimológico Nova Fronteira da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1997.

CUNILL-GRAU, N. **La intersectorialidad en el gobierno y gestión de la política social**. Documento presentado en el X Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y la Administración Pública, Santiago, 18 al 21 de octubre de 2005.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (Org). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (Org.) **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.p. 39-53.

DALLABRIDA, V. R. **Governança: Debates recorrentes nas abordagens do tema e relações com sua prática**. Canoinhas (SC): Universidade do Contestado, Inédito, 2013.

DAVIES, S.C. et al. For debate: a new wave in public health improvement. **The Lancet**, v.22–28, 2014, p.1889–1895.

DE SALAZAR, L. **Abordaje de a equidade en intervenciones en promoción de la salud en los países de la UNASUR**. Tipo, alcance y impacto de intervenciones sobre

os determinantes sociales de la salud (DSS) y equidade en salud. Cali: CEDETS, Ministerio de la Salud y Protección Social República de Colombia; 2012.

DELANEY, F.G. Muddling through the middle ground: Theoretical concerns in intersectoral collaboration and health promotion. **Health Promot Internation**. 1994; 9(3):217-225.

DENIS JL & CHAMPAGNE, F. Análise da implantação. In: HARTZ, Z.M.A. (org.) **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, p 49-88, 2000.

DESLANDES, S.F. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. 1997;13 (1): 103-7.

DIAS, M.S.A. et al. Programa Saúde na Escola: tecendo uma análise nos documentos oficiais. **SANARE**, Sobral, 2014; 13(1): 29-34.

DIAS M.S.A et al. Intersetorialidade e Estratégia Saúde da Família: tudo ou quase nada a ver? **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(11):4371-4382, 2014.

DICTIONARY Merriam-Webster's Collegiate. **Merriam-Webster's Collegiate Dictionary**. 1986.

DINIZ, Eli. Governabilidade, Democracia e Reforma do Estado: Os Desafios da Construção de uma Nova Ordem no Brasil dos Anos 90. **DADOS – Revista de Ciências Sociais**. Rio de Janeiro, v. 38, nº 3, p. 385-415. 1995.

DONABEDIAN, A. The quality of care: how can it be assessed? **JAMA**. 1998; 260 (12):1743.

DOWBOR, L. A comunidade inteligente: visitando as experiências de gestão local In: SPINK, P.; BAVA, S. C.; PAULICS, V. (orgs.). **Novos contornos da gestão local: conceitos em construção**. São Paulo: Instituto Polis, 2002.

DOWBOR, L. A intervenção dos governos locais no processo de desenvolvimento. In: BAVA, S. C. (org.). **Desenvolvimento local – geração de emprego e renda**. São Paulo: Instituto Polis, 1996, pp 29-44.

DOWBOR, L. **Parcerias e alianças: o bom senso na gestão social: uma abordagem conceitual**. São Paulo. Documento para discussão. 2002.

EL, ANSARI. Collaborative research partnerships with disadvantaged communities: challenges and potential solutions. **Journal of the Royal Institute of Public Health**. 2005.

ESPÍNDOLA R. Governancia democrática y salud. En: Casas JA, Torres C (eds). **Gobernabilidad y Salud**. Washington: OPS; 1999: 17–34.

EURO. **Resolution**: Health 2020 – the European policy framework for health and well-being, Regional Committee for Europe, 62nd session, Malta, EUR/RC62/R4; 2012.

EVCI KIRAZ E. D. et al. Local decisionmakers awareness of the social determinants of health in Turkey: across-sectional study. **BMC Public Health**, 2012.

EVCI KIRAZ, E. D. et al. Local decisionmakers' awarenessofthe social determinantsofhealth in Turkey: across-sectional study. **BMC Public Health**, 2012.

FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. **Ver Bra Saúde Materno-Infantil** 2004; 4(3):317-21.

FERNANDES, F.M.B. et al. Reflexões sobre avaliação de políticas de saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 27(9):1667-1677, 2011.

FERNANDEZ, J.C.A.; MENDES, R. **Promoção da Saúde e gestão local**. 2ª edição. São Paulo: HUCITEC, 2014.

FERNANDEZ, J. C. A.; MENDES, R. **Subprefeituras da cidade de São Paulo e políticas públicas para a qualidade de vida**. São Paulo: CEPEDOC Cidades Saudáveis/Mídia Alternativa, 2003.

FERNANDEZ, J. C. A.; WESTPHAL, M.F. O lugar dos sujeitos e a questão da hipossuficiência na promoção da saúde. **Interface**, Botucatu, v. 16, p. 595-608, 2012.

FERNANDEZ, J.C.A. Autonomia e promoção da saúde. In: PELICIONI M.C.F.; MIALHE, F.L. (Ed.). **Educação e promoção da saúde: teoria e prática**. São Paulo: Santos, 2012, p. 499-512.

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

FERREIRA, I.R.C. et al. Diplomas Normativos do Programa Saúde na Escola: análise de conteúdo associada à ferramenta ATLAS TI. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 2012; 17(12): 3385-3398.

FERREIRA, I.R.C. et al. Percepções de gestores locais sobre a intersetorialidade no Programa Saúde na Escola. **Rev. Bras. Educ.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 56, p. 61-76, Mar. 2014.

FERREIRA, J.R.; BUSS, P. Atenção primária e promoção da saúde. In: Ministério da Saúde (BR). **As cartas da promoção da saúde**. Brasília: O Ministério; 2002. p.7-18.

FERREIRA, V.S.C. Intersetorialidade em Saúde: um estudo de caso, In: HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (orgs). **Avaliação em Saúde: Dos Modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde**. EDUFBA, 2005.

FEUERWERKER, L. M. e COSTA, H. Intersetorialidade na rede Unida. **Divulgação em Saúde para o Debate**, 22: 25-35, 2000.

FIGUEIREDO, T.A.M.; MACHADO, V.L.T.; ABREU, M.M.S. A Saúde na Escola: Um breve resgate histórico. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 2010; 15(2): 397- 402.

FILHO, W.L. et al. The role of governance in realising the transition towards sustainable societies. **Journal of Cleaner Production**, 113. 755-766. 2016.

FINKELSTEIN, L. S. What is global governance? **Global Governance: a Review of Multilateralism and International Organizations**. vol. 1, n. 3, p. 367-372.1995.

FINKELSTEIN, L. S. What is Global Governance. **Associação de Estudos Internacionais**, Vancouver. pp. 367-372.1991.

FIRMINO, S. Política de compensação dos desequilíbrios territoriais e governança na União Européia: um exemplo de multi-level governance. In: **XIII Congresso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública**, Buenos Aires, Argentina, 4 - 7 nov. 2008.

FISCHER, R. M.; MENDONÇA, L. R.; BOSE, M. Desafios da Atuação Social através de Alianças Intersetoriais. In: **Seminários em Administração da FEA-USP**, 6, 2003.

FISCHER, T. Gestão contemporânea, cidades estratégicas: aprendendo com fragmentos e reconfigurações do local. In: FISCHER, T. (Org.). **Gestão estratégica: cidades estratégicas e organizações local**. Rio de Janeiro: FGV, 1996.

FLEURY S. **Democracia e inovação na gestão local da saúde**. Rio de Janeiro: CEBES/Editora Fiocruz, 2014.

FLEURY, S.M. **Estado sem cidadãos: seguridade social na América Latina**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

FLEURY-TEIXEIRA, P. et al. Autonomia como categoria central no conceito de promoção da saúde. **Cienc. Saúde Coletiva**, v. 13, supl2, p. 2115-2122, 2008.

FONSECA, A.C.F. **Promoção da saúde na agenda governamental do estado da Bahia no período 2007-2014: política ou retórica?** Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2016.

FORSLIN, B.M. et al. The health-promotion perspective in public-health plans in a Swedish region over three decades. **Health Promotion International**, Vol. 28 No. 2. 2012.

FORTIN, J.P. et al. Intersectoral action for health. **Summary of research findings**. Antigonish: National Collaborating Centre for Determinants of Health, 1994.

FRACOLLI, A.; GOMES, M.F.P.; PINHEIRO, D.G.M.; CASTRO, D.F.A. Avaliação das ações de promoção da saúde desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde. **O Mundo da Saúde**, São Paulo 2013;37(4):411-418.

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

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. Rio de Janeiro: Paz e terra, 2013.

FREY, K. Governança Urbana e Participação Pública. In: **RAC**, v. 1, n. 1, art. 9, pp. 136-150, 2007.

FURTADO, C. **Cultura e desenvolvimento em época de crise**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1984.

GALLO E., SETTI, A.F.F. Território, intersetorialidade e escalas: requisitos para a efetividade dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(11):4383-4396, 2014.

GALLON, S., SEVERO, M.B. Debate teórico em torno do tema governança: reflexões preliminares. **Revista de Cultura Política**. V. 5, N. 1, 2015.

GARCÍA-PADILHA, F.M; GONZALES-RODRIGUEZ. **Los servicios de cafeterías y la promoción de la salud en el entorno escolar**. Atención Primaria. 2017 (no prelo).

GARRET, L. **The challenge of global health**. **Foreign Affairs**: January-February 2007. Disponível em: <http://www.google.com.br/search?sourceid=navclient&ie=UTF-8&rlz=1T4GGLR_enBR302BR302&q=laurie+garret+challenge+global+health>. Acessado em: 06 de setembro de 2016.

GERMANI, A.C.C.G.; AITH, F. Advocacia em promoção da Saúde: conceitos, fundamentos e estratégias para a defesa da equidade em saúde. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 34-59, mar./jun. 2013.

GILLIES, P. Effectiveness of alliances and partnerships for health promotion. **Health Promotion International**, 13: p. 99-120, 1998.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da Família: limites e possibilidades para uma abordagem integral à saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, 14 (3): 783-794, 2009.

GIOVANELLA, L. Planejamento estratégico em Saúde: uma discussão da abordagem de Mário Testa. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p. 129-153, 1990.

GOMES, L.C. **O desafio da intersectorialidade**: a experiência do Programa Saúde na Escola (PSE) em Manguinhos, no Município do Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

GOSTIN, L. O.; MOK, E. A. Grand challenges in global health governance. *Brit. Med. Bull.*, v.90, p.7-18, 2009.

GRAÑA, F. Globalización, Gobernanza y 'Estado Mínimo': Pocas luces, muchas sombras. *Polis*, Revista Latinoamericana, Número 12, p. 11, 2005.

GUGGLBERGER L. et al. Building capacity to reduce health inequalities through health promotion in Europe. *J Public Health*. 2016, 2475-81.

GUIZARDI, F.L.; CAVALCANTI, F.O. Health management: nexuses between institutional daily routine and political participation in SUS. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.14, n.34, p.633-45, jul./set. 2010.

HAGEN, S. et al. Health in All Policies: A cross-sectional study of the public health coordinators' role in Norwegian municipalities. *Scandinavian Journal of Public Health*,; 43: p.597–605, 2015.

HARRIS, E. et al. **Working Together**: Intersectoral Action For Health. Canberra (AUST): National Centre for Health Promotion, 1995.

HARRIS, N.; SANDOR, M. Defining sustainable practice in community based health promotion: A Delphi study of practitioner perspectives. *Health Promot J Austr* 2013;24 (1):53–60.

HARTZ, Z.; POTVIN, L.; BODSTEIN R. (org.). **Avaliação em Promoção da Saúde**: uma antologia comentada da parceria entre Brasil e Cátedra de Abordagens Comunitárias e Iniquidades em Saúde (CACIS) da Universidade de Montreal de 2002 a 2012. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); 2014.p. 219.

HARTZ, Z.M.A. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico-metodológicas e políticas institucionais. *Ciência e Saúde Coletiva*.1999; 4 (2): 341-53.

HARTZ, Z.M.A. institutionalizing the evaluation of health programs and policies in France: cuisine Internationale over fast food and surmesure over ready-made. *Cad Saúde Pública*, 1999; 15(2):229-59.

HARTZ, Z.M.A. Pesquisa em avaliação da atenção básica: a necessária complementação do monitoramento. *Divulg Saúde Debate*, 2000; 21: 29-35

HARTZ, Z.M.A., CONTANDRIOPOULOS, A.P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20 Sup 2: 331-336, 2004.

HARTZ, Z.M.A., VIEIRA-DA-SILVA, L.M. **Avaliação em saúde:** dos modelos conceituais a prática na análise de implantação de programas. Rio de Janeiro, Fiocruz: 2005.

HARTZ, Z.M.A. **Evaluación em salud:** de los modelos teóricos a La evaluación de programas y sistemas de salud. 1ª edição. Buenos Aires: Lugar editorial, 2009.

HAWE, P.; NOORT, M.; KING, L.; JORDENS, C. Multiplying health gains: the critical role of capacity building within public health programs. **Health Policy** 1997; 39:29-42.

HAWE, P.; SHIELL, A. Social capital and health promotion: a review. **Social Science & Medicine** 51 (2000) 871-885

HEALTH CANADIAN. **Intersectoral action toolkit:** The cloverleaf model for success. 2000.

Health in All Policies: Prospects and potentials. Finnish EU Presidency (2006), published by the Finnish Ministry of Social Affairs and Health, under the auspices of the European Observatory on Health Systems and Policies. ISBN 952-00-1964-2. Acessado em 20.05.2015. Disponível através do endereço: http://www.healthinequalities.eu/HEALTHYQUITY/EN/policies/health_in_all_policies/.

HEIDMANN, I.T.S.B. et al. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 2, 2006.

HELD, D; KOENIG-ARCHIBUGI, M. **Global governance and public accountability.** London: Blackwell Publishing, 2005.

HELD, D; MCGREW, A. Introduction. In: HELD, D.; MCGREW, A. (ed.). **Governing globalization:** power authority and global governance. Cambridge (UK): Polity Press, 2002. p. 1 a 21.

HENDRIKS A. et al. Local government officials' views on intersectoral collaboration with in their organization – A qualitative exploration. **Health Policy and Technology.** V.4, 47–57, 2015.

HENDRIKS A.M. et al. 'Are we there yet?' – Operationalizing the concept of Integrated Public. **Health Policies Health Policy** 114 (2014) 174– 182 179.

HILL, Michael. Implementação: Uma visão geral. **Políticas Públicas:** Coletânea. v. 2. pp. 61-87 Brasília: ENAP, 2006.

HORKHEIMER, M; ADORNO, T. **Dialética do esclarecimento.** Tradução de Guido Antônio de Almeida. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

HORTA, N.C. et al. A prática das equipes de saúde da família: desafios para a promoção de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem.** 2009, vol.62, n.4, pp. 524-529.

HORTA N. C., SENA R. R. Abordagem ao adolescente e ao jovem nas Políticas Públicas de saúde no Brasil: um estudo de revisão. **Physis- Revista de Saúde Coletiva**, 20(2), 475-495. 2010.

HOUAISS, Antônio. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro, Ed. Objetiva, 2001, pg. 2579.

HUFTY, M.B.E; BAZZANI, R. Gobernanza en salud: un aporte conceptual y analítico para la investigación. **Cad Saúde Pública**; 22 Supp: 35–45, 2006.

HUNG, T.T.M.; CHIANG, V.C.L.; DAWSON, A.; LEE, R.L.T. Understanding of Factors that Enable Health Promoters in Implementing Health-Promoting Schools: A Systematic Review and Narrative Synthesis of Qualitative Evidence. Kokubo Y, ed. **PLoS ONE**, v. 9, n. 9, 2014

INOJOSA, R. M. Intersectorialidade e a configuração de um novo paradigma organizacional. **Revista de Administração Pública – RAP**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, p. 35-48, 1998.

INOJOSA, R. M. Sinergia em Políticas e Serviços Públicos: Desenvolvimento Social com Intersectorialidade. **Cadernos Fundap**, n. 22, 2001, p. 102-110.

INTERNATIONAL MONETARY FUND (IMF). **The role of the IMF in governance issues**: a guidance note. Washington: IMF, 1997.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional de saúde do escolar**: 2015. Coordenação de População e Indicadores Sociais. – Rio de Janeiro : IBGE, 2016. 132 p.

IPPOLITO- SHEPHERD J. Escolas Promotoras de Saúde- Fortalecimento da Iniciativa Regional. **Estratégias e linhas de ação 2003-2012**. Washington: Organização Pan-americana de Saúde (OPAS); 2006.

JACKSON F.S. et al. Integrated health promotion strategies: a contribution to tackling current and future health challenges. **Health Promotion International**, Vol. 21, 2007.

JAIME, P.C. et al. Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no Governo Brasileiro. **Rev. Nutr.** 2011; 24(6):809-824.

JESSOP, B. ¿Narrando el futuro de la Economía Nacional y el Estado Nacional?: Puntos a considerar acerca del replanteo de la regulación y la reinención de la gobernancia. Traduzido Por María Delia Bertuzzi. **Doc. aportes adm. pública gest. Estatal**, n. 7, 2006, pp. 7-44.

JESSOP, B. The Regulation Approach, Governance, and Post-Fordism: Alternative Perspectives on Economic and Political Change? **Economy and Society**, 24 (3), pp. 307- 333.1995.

JOLLEY, G. Evaluation complex community based health promotion: addressing the challenges. **Evaluation and program planning**. 45, 71-81, 2014.

JUDD, J.; KELEHER, H. Building health promotion capacity in a primary health care workforce in the Northern Territory: some lessons from practice. **Health Promotion Journal of Australia** 24(3), 2013.

JUNQUEIRA, L.A.P. A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. **Saúde e Sociedade**, São Paulo: Associação Paulista de Saúde Pública, v. 13, n. 1, p. 25-36, jan./abr. 2004.

JUNQUEIRA, L.A.P. Intersectorialidade, transectorialidade e redes sociais na saúde. **Revista de Administração Pública – RAP**, Rio de Janeiro 34(6):35-45, Nov. /Dez. 2000.

JUNQUEIRA, L.A.P.; INOJOSA, R.M. **Desenvolvimento social e intersectorialidade: a cidade solidária**. São Paulo: Fundap, 1997.

JUNQUEIRA, L. A.P. Descentralização e intersectorialidade na construção de um novo modelo de gestão. Rio de Janeiro: **Revista de Administração Pública**, 1998.

KALEGAONKAR, A.; BROWN, D. **Intersectoral cooperation: Lessons for practice**. Institute for Development Research .New Partnerships Initiative of USAID, Boston, EUA. 2000.

KELEHER, H. Health promotion planning and the social determinants of health. In: KELEHER, H; MACDOUGALL, C.; Murphy, B. (Eds.). **Understanding health promotion**. Melbourne: Oxford University Press.2007.

KEOHANE, R; GRANT, R. Accountability and abuses of power in world politics. **American Political Science Review**, vol. 99, n. 1, p. 1 a 15.2005.

KEON e PÉPIN. **Fourth report of the subcommittee on population health of the standing senate committee on social affairs, science and technology**. Science and Technology, Parliament of Canada, 2008.

KICKBUSCH, I.; BUCKET, K. **Implementing Health in all policies: Adelaide 2010: Government of South Australia**, 2010.

KICKBUSCH, I. The contribution of the World Health Organization to a new public health and health promotion. **American Journal of Public Health**. 2003; 93:383-388.

KICKBUSCH, I. The need for a European Strategy on Global Health. **Scandinavian Journal of Public Health**, 34: 561–565. 2006.

KOOIMAN J. Modern Governance. **New Government-Society Interactions**. London: Sage, 1993, 279 p.

KOOIMAN, J. Governar en gobernanza. **Revista Instituciones y Desarrollo**, n. 16, p. 171-194, 2004.

KOOIMAN, J. **Governing as governance**. London: Sage Publications, 2003.

KOPTCKE, L.S.; CAIXETA, I.A.; ROCHA, F.G. O olhar de cada um: elementos sobre a construção cotidiana do Programa Saúde na Escola no DF. **Tempus actas de saúde colet**, Brasília. 2015;9(3), 213-232.

KOTHARI, A. et al. A multiple case study of intersectoral public health networks: experiences and benefits of using research. **Health Research Policy and Systems** (2016) 14:11.

KRANZLER, Y. et al. A health in all policies approach to promote active, healthy lifestyle in Israel. **Israel Journal of Health Policy Research**. 2 (16):1–14.2013.

LABONTÉ, R. Towards a post-Charter Health Promotion. **Health Promotion International**, 26(S2):1183-1186, 2011.

LABONTÉ, R.; LAVERACK, G. Capacity building in health promotion, part 1: for whom? And for what purpose? **Critical Public Health**, 11 (2), 111–127.2001.

LAL S.; MERCIER C. Intersectoral action to employ individuals with mental illness: Lessons learned from a local development initiative. **Work**, 33 p. 427–437, 2009.

LALANDE, A. **Vocabulário Técnico e Crítico da Filosofia**. 3a ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

LALONDE M. A new perspective on the health of Canadians. **A working document**. Ottawa: Government of Canada, 1974.

LARSEN et al. Assessing public health intervention practices in a Danish municipality: Applying criteria based on the European Community Health Promotion Indicator Development (EUHPID) model. **Scandinavian Journal of Public Health**, 2013; 41: 778–784.

LAWLESS, A. et al. Health in All Policies: Evaluating the South Australian Approach to Intersectoral Action for Health. **Can J Public Health** 2012; 103 (Suppl. 1):15-19.

LAWN, J.E. *et al.* Alma-Ata 30 years on: revolutionary, relevant, and time to revitalize. Series Alma-Ata: Rebirth and Revision 1. **The Lancet**, V.372, 2008.

LE GALES, P. Du gouvernement des villes à la gouvernance urbaine. **Revue Française des sciences politiques**, vol. 45, n. 1. Paris: PUF, 1995, p. 57-95.

LE GALÈS, P. **Entrevista e tradução** por Telma Hoyler e Carolina Requena. CEBRAP, 2015.

LEAVELL, H.; CLARK, G.G. **Medicina preventiva**. Rio de Janeiro: Mcgraw-Hill Ltda do Brasil; 1978.

LEFÈVRE, C. Gouvernements métropolitains et gouvernance dans les pays occidentaux. **Revue Politiques et Management Public**, vol. 16, n. 1. Paris: Institut d'Urbanisme de Paris, 1998, p. 36-59.

LEPPO, K.; OLLILA, E.; PENA, K.; WISMAR, M.; COOK, S. (eds). **Health in All Policies: Seizing Opportunities, Implementing Policies**. Helsinki, Finland: Ministry of Social Affairs and Health of Finland, 2013.

LEPPO, K. Health in All Policies: perspectives from Europe. **Public Health Bulletin South Australia**, 5, 6–8., 2008.

LEWIS, J. M. **Health Policy and Politics: Networks, Ideas and Power**. IP Communications, Melbourne, 2005.

LI, C. et al. Recent trends in waist circumference and waist-height ratio among adolescents and US children. **Pediatrics**, [S.I.], v. 118, p. 1390-1398, 2006.

LIMA S.C.; MAGALHÃES M.A.; SANTOS F. O território escolar, práticas e ações: Promoção da Saúde na Escola. **OBSERVATORIUM: Revista Eletrônica de Geografia**, v.4, n.12, p. 144-156, 2012.

LIMA, E.C; VILASBOAS, A.L.Q. Implantação das ações intersetoriais de mobilização social para o controle da dengue na Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 27(8):1507-1519, 2011.

LIMA-SERRANO, M.; LIMA-RODRÍGUEZ, J.S. Review Impact of school-based health promotion interventions aimed at different behavioral domains: a systematic review. **Gaceta Sanitaria**.; 28 (5):411–417, 2014.

LITTLEJOHNS, A. B.; NEALE, S. Building bridges between health promotion and social sustainability: an analysis of municipal policies in Western Canada. **Local Environment**, 2014 Vol. 19, No. 4, 449–468.

LOPES, M.J.M.; SILVA, J.L. A. Estratégias metodológicas de educação e assistência na atenção básica de saúde. **Revista Latino-Americana Enfermagem**. Vol.12 no.4 Ribeirão Preto Julho/Agosto. 2004.

LOPEZ S. B., MOREIRA, M. C. N. Quando uma proposição não se converte em política? O caso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens - PNAISAJ. **Ciências e Saúde Coletiva**. 18(4), 1179-1186. 2013.

LYRA, T.M; ARAUJO JUNIOR, J.L.A.C de. Análise de política: estudo da política pública de saúde ambiental em uma metrópole do nordeste brasileiro. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 9, p. 3819-3828, Sept. 2014.

MACDONALD, T.H. **Rethinking health promotion**. A global approach. New York: Routledge; 1998.

MACHADO, M.F.A.S. et al. Programa saúde na escola: estratégia promotora de saúde na atenção básica no Brasil. **J. Hum. Growth Dev.**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 307-312, 2015.

MAGALHÃES, E.P. Inclusão social e intersetorialidade: o longo caminho dos princípios às estratégias de ação. In: CARNEIRO, C.B.L.; COSTA, B.L.D. (Org.). **Gestão Social: O que há de novo?** Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, 2004. v.1. pp. 35-44, 2004.

MAGALHÃES, R.; BODSTEIN, R. Avaliação de iniciativas e programas intersetoriais em saúde: desafios e aprendizados. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 14(3): p. 861- 868, 2010.

MAGALHÃES, R.; BODSTEIN, R. Evaluation of initiatives and intersectorial programs in health: challenges and learning. **Ciênc. Saúde coletiva**, vol.14, n.3, pp. 861-868.2010.

MALTA, D.C. et al. A implementação das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde: um balanço, 2006 a 2014. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4301-4312, Nov. 2014a.

MALTA, D.C. et al. Política Nacional de Promoção da Saúde: descrição da implementação do eixo atividade física e práticas corporais, 2006 a 2014. **Rev Bras Ativ Fis Saúde**, Pelotas/RS vol. 19, n. 3, p. 286-299. 2014b.

MALTA, D.C.; CASTRO, A.M. Avanços e resultados na implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde. **B. Téc. SENAC: a R. Educ. Prof. RJ**, v. 35, n. 2, maio/ago.2009

MALTA, D.C. et al. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1683-1694. 2016.

MANNHEIME et al. Introducing Health Impact Assessment: an analysis of political and administrative intersectoral working methods. **European Journal of Public Health**, Vol. 17, No. 5, 526–531, 2007.

MANTOURA, P.; POTVIN, L. A realist-constructionist perspective on participatory research in health promotion. **Health Promotion International**, 28, 61–72.2012.

MARÍN, L.P.P.; VILLALOBOS, C.A.; CARRASCO, M.G.; KALACHE, A. Resultados Gerais do Projeto INTRA-OMS no Chile. **Revista Médica Chile**; 133:331-337, 2005.

MATONTI, F.; POUPEAU, F. Le capital militant. Essai de définition. **Actes De La Rechercheen Sciences Sociales**, n.155, p.5-11. 2004.

MAYNE, J. Institutionalizing program evaluation in action-oriented evaluation in organizations. In: HUDSON, J.; MAYNE, J.; THOMLISON, R. (edit). **Action oriented evaluation in organizations**. Toronto: Wall & Emerson Inc.; 1992. p. 21-7.

MAYTZ, R. **Nuevos desafíos de la teoría de governance**. Disponível em: http://datateca.unad.edu.co/contenidos/109101/1111Act._5_Lectura_R._Mayntz.pdf. Acesso em: Setembro de 2016.

McCARNEY, P. Consideraciones sobre la noción de ‘governabilidad’. Nuevos rumbos para las ciudades del mundo en desarrollo. **El Salvador en construcción**, n. 13. El Salvador: s/e, 1997a, p. 11-26.

McISAAC, J.D. et al. Providing context to the implementation of health promoting schools: a case study. **Evaluation and Program planning**.(53).,2015 p.65-71.

MCQUEEN, D.V. et al. Intersectoral governance for Health in All Policies: structures, actions and experiences. **Observatory Studies Series** 2012; 26:1– 122.

McQUEEN, D.V.; JONES, C.M. (Ed.). **Global perspectives on health promotion effectiveness**. New York: Springer/IUHPE, 2007.

MCQUEEN, D.V.; SALAZAR, L. Health promotion, the Ottawa Charter and ‘developing personal skills’: a compact history of 25 years. **Health Promot Int**. v. 26, 2011 p. 94-201.

MEDINA, M.G., AQUINO, R; CARVALHO, A.L.B. Avaliação da Atenção Básica: construindo novas ferramentas para o SUS. **Divulg Saúde Debate** 2000; 21:15-28.

MEDINA, M.G.; HARTZ, Z.M.A. The role of the Family Health Program in the organization of primary care in municipal health systems. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 5, p.1153-67, 2009.

MEDINA, M. G. et al. Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de Saúde da Família? **Saúde debate** | Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 69-82, out 2014.

MEDINA, M.G. et al. Atenção Primária à Saúde: reflexões a partir da prática de pesquisa. In: TEIXEIRA, C.F. (org.). **Observatório de Análise Política em Saúde: abordagens, objetos e investigações**. Salvador: EDUFBA, 2016.

MEDINA, M.G. **O Contexto local, a organização da atenção primária e a implementação de redes integradas de atenção à saúde: resultados da avaliação de dois estudos de caso**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Universidade Federal da Bahia: Salvador, 2006.

MEIRA, M.E.M. Para uma crítica da medicalização na educação. **Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional**, v.16, n.1, p.135-142, 2012.

MELKAS, T. Health in all policies as a priority in Finnish health policy: A case study on national health policy development. *Scandinavian Journal of Public Health*, 41(Suppl 11): 3–28. 2013.

MENDES, R. et al. Promoção da saúde e Redes de lideranças. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1 de 2013.

MENDES, R.; AKERMAN, M. Intersetorialidade: reflexões e práticas. In: FERNANDES, J.C.A.; MENDES, R. (Org.). **Promoção da saúde e gestão local**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2007.

MENDES, R.; M.; WESTPHAL, M.F.; FERNANDES, J. C. A. Promoção da saúde e redes de lideranças. **Physis**, v. 23, p. 209-226, 2013.

MENDES, R.; BÓGUS, C.M.; AKERMAN, M. Agendas urbanas intersetoriais em quatro cidades de São Paulo. **Saúde e Sociedade**, São Paulo: Associação Paulista de Saúde Pública, v. 13, n.1, p. 47-55, jan./abr. 2004.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: HUCITEC. 1996.

MENICUCCI T.M.G. Intersetorialidade, o desafio atual para as políticas sociais. **PENSAR BH/Políticas Sociais**. Belo Horizonte, v. 3, 2002.

MERHY, E. Em busca: a do tempo perdido micropolítica do trabalho em saúde. In: MERHY, E.; ONOCKO, R. (orgs). **Práxis en salud: um desafio para lo público**. Rio de Janeiro:HUCITEC, 1997.

MERHY, E. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates do planejamento em saúde no Brasil. In: GALLO, E. (org.). **Razão e Planejamento**. Reflexões sobre política, estratégia e liberdade. São Paulo- RJ: HUCITEC-ABRASCO, 1995.

MINAYO, M.C.S. Introdução. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos: Abordagem de Programas Sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9ª edição revisada e aprimorada. São Paulo: Hucitec, 2006.

MINAYO, M.C.S; ASSIS, S.G; SOUZA, E.R (Orgs.). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagens de programas sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p.185-221.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **A rede europeia e portuguesa de Escolas Promotoras de Saúde**. Lisboa: Ministério da Saúde, 1998.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **A rede nacional de escolas promotoras de saúde**. Lisboa: Ministério da Saúde, 2001.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Contributos para um Plano Nacional de Saúde: orientações estratégicas**. Lisboa: Ministério da Saúde, 2003.

MONT'ALVERNE D.G.B.; CATRIB A.M.F. Promoção a saúde e as escolas: como avançar. **Revista Brasileira de Promoção de Saúde**, v.26, n.3, p.307-308, 2013.

MONTEIRO, M.H. et al. **Saúde e Governança em Portugal Avaliação do contributo do XIX Governo Constitucional para o fortalecimento de práticas de Boa Governança na área da Saúde (2011-2015)**. Instituto de Formação e consultoria. Centro de Administração e Políticas Públicas. 1ª Edição, 2015.

MOOY, J.M.; GUNIING-SCHEPERS, L.J. Computer-assisted health impact assessment for intersectoral health policy. **Health Policy**. Volume 57, Issue 3, September 2001. p. 169–177.

MORETTI, A.C. Intersetorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba (PR). **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(Supl. 1):1827-1834, 2010.

MORRISON, K. E.; SODERBAUM, P. Workshop 5 (synthesis): stakeholder participation in decision making-institutional forms. **Water Sci Technol.**, 47(6): 167-169, 2003.

MOYSES, S.T.; FRANCO, S.R. Planos locais de promoção da saúde: intersectorialidade(s) construída(s) no território. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(11):4323-4329, 2014

MOYSÉS, S.J; MOYSÉS, S.T; KREMPEL, M.C. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. **Ciência & Saúde Coletiva**, 9(3):627-641, 2004.

NASCIMENTO, S. **Reflexões sobre a intersectorialidade entre as políticas públicas**. **Serv social Soc**. São Paulo, n. 101, p.95-120, 2010.

NICKEL, D.A. et al. O uso de uma avaliação por gestores da atenção primária em saúde: um estudo de caso no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30(12):2619-2630, dez, 2014.

NOBRE, L.C.C. Trabalho de crianças e adolescentes: os desafios da intersectorialidade e o papel do Sistema Único de Saúde. **Ver Ciência e Saúde Coletiva**. 8(4):963-971, 2003.

NOGUEIRA, R.P. (Org.). **Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.

NOGUEIRA, R.P. Repensando a determinação social da saúde. In: NOGUEIRA, R.P. **Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.

NOGUEIRA, R.M. Desafíos estratégicos em la implementación de programas sociales. In: MARULANDA, N.R. de. **Entre el diseño y la evaluación. El papel crucial de la implementación de los programas sociales**. Banco Interamericano de Desarrollo. p. 1-62 1.ed. Washington, 2007.

NORONHA, J.C.; LIMA, L.D.; MACHADO, C.V. A Gestão do Sistema Único de Saúde: Características e Tendências. In: Brasil. Ministério da Saúde. **Saúde no Brasil - Contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

NUTBEAN, D.; WISE M. Planning for Health for All: international experience in setting health goals and targets. **Health Promotion International**, 11, 219–226, 1996.

OLIVEIRA, C.M.; CASANOVA A.O. Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(3):929-936, 2009.

OLIVEIRA, R.S. et al. Avaliação da acuidade visual em escolares no município de Herval d'Oeste, Santa Catarina, Brasil. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. Rio de Janeiro, 8(28):180-186, 2013.

OLIVEIRA, Yasmin Cunha de. O Programa Saúde na Escola: Significados e Práticas. 2015. 93 f. Dissertação (Mestrado) — Faculdade de Educação, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015.

OLLILA, E. Health in All Policies: from rhetoric to action. **Scandinavian Journal of Public Health**. v.39:11–8. 2011.

O'NEILL, M. et al. Coalition theory as a framework for understanding and implementing intersectoral health-related interventions. **Health Promotion International**, 12 (1), p. 79-87, 1997.

OPS/OMS. **Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud: la administración estratégica**. Washigton, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 1992.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Conferência Mundial sobre os Determinantes Sociais da Saúde. Diminuindo as diferenças: a prática das políticas sobre os determinantes sociais de saúde. **Documento para discussão**. Rio de Janeiro, out 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Evaluación de los programas de salud: normas fundamentales**. Ginebra: OMS; 1991.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Carta de Ottawa**. 1986

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Educación para la Salud Escolar en América Latina**. Washington, DC: OPS (HSS/HED)/OMS, 1998.

ORGANIZACIÓN PAN-AMERICANA DE LA SALUD. **Escuelas Promotoras de la**

Salud. Washington DC, 2000.

OSMONT, A. La Gouvernance: concept mou, politique ferme. **Annales de la recherche urbain**, n. 80/81, 1998.

OTTERSEN et al. The political origins of health inequity: prospects for change. **The lancet**. Vol 383 February 15, 2014.

PAIM J.S.; TEIXEIRA CF. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Rev Saúde Pública** 2006;40(N Esp):73-8.

PAIM J.S. Burocracia y aparato social: implicaciones para la planificación e implementación de políticas de salud. In: Teixeira, S.F. (org.). **Estado y políticas sociales en América Latina**. Xochimilco: Universidad Autónoma Metropolitana; 1992. p. 293-312.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2009.

PAIM, J.S.; TEIXEIRA, C.F. Política, gestão e planejamento: balanço do estado da arte. **Revista de Saúde Pública**, número especial, São Paulo, 2006, p. 73-78.

PAIM, J.S. Análise Política em Saúde: um pensamento estratégico para a ação estratégica. In: Federico, L. **Análise Política em Saúde: a contribuição do pensamento estratégico**. Salvador: Edufba, 2016. p.279-283.

PAIM, J.S. **Desafios para a Saúde Coletiva no século XXI**. Salvador: EDUFBA, 2006.

PAIM, J.S. Modelos Assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. **Notas para discussão nos Seminários Temáticos Permanentes**. ANVISA/ISC-UFBA. Brasília, 2001.

PAIM, J.S. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: Giovanella, L. **Política e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2012. p.459-491.

PAIM, J.S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**, 6.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, p. 567-586, 2003.

PAIM, J.S. Por um planejamento das práticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.4, n.2, p.243-324,1999.

PATTON MQ. Evaluation use, both challenge and mandate. In: **Utilization-focused evaluation**. 4ª ed.EUA: Sage Publications; 2008.

PAULA, K. A.; PALHA, P. F.; PROTTI, S. T. Intersectoral approach: a practical experience or a challenge to be met? The Collective Subject Discourse of nurses in the Family Health Centers of the Western District – Ribeirao Preto, Brazil. **Interface - Comunic. Saúde, Educ.**, v.8, n.15, p.331-48, 2004.

PAULETO A.R.C.; PEREIRA M.L.T.; CYRINO E.G. Saúde bucal: uma revisão crítica sobre programações educativas para escolares. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 121-130, 2004.

PAWSON R.; TILLEY, N. A history of Evaluation in 28 ½ pages. In: PAWSON, R.; TILLEY, N. **Realistic Evaluation**. Los Angeles, London, New Delhi, Singapore: Sage Publications; 1997; p. 1-29.

PEARSON et al. Implementing health promotion programmes in schools: a realist systematic review of research and experience in the United Kingdom. *Implementation Science* (2015) 10:149.

PEDROSA, J.I.S. Perspectivas na avaliação em promoção da saúde: uma abordagem institucional. **Ciência e saúde coletiva**, 9(3):617-626, 2004.

PERERA, M.A.L.R. **Intersectoral action for health in Sri Lanka**, 2006.

PHAC/WHO. PUBLIC HEALTH AGENCY OF CANADA AND WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health equity through intersectoral action: an analysis of 18 country case studies**. Minister of Health of Canada, Ottawa, 2008.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS, UERJ, Abrasco, 2003. p.61-88.

PINTO, R.O. et al. Instrumento de avaliação de saúde na escola. **Rev Saúde Pública**, 2016; 50:2.

PISSATO, S.B.G. **Avaliação da qualidade da atenção básica nos municípios do Departamento Regional de Saúde de Sorocaba** Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista. Botucatu, 2011.

POLAND, B.; FROHLICH, K.L.; CARGO, M. Context as a fundamental dimension of health evaluation. In: POTVIN, L.G.S.; BILODEAU, A.; CHABOT, P. Integrating Social Theory into Public Health Practices. **American Journal of Public Health**. 2005; 95(4): p. 591-595.

POTVIN, L.; MCQUEEN, D. **Health Promotion evaluation practices in the Americas: values and research**. Springer, 2008.

POTVIN, L. et al. How is evidence used for planning, implementation and evaluation of health promotion? A global collection of case studies. **Global Health Promotion**, 1757-9759; Vol 18(1): 07-08; 2011.

POTVIN, L.; GENDRON, S.; BILODEAU, A. Três posturas ontológicas concernentes à natureza dos programas de saúde: implicações para a avaliação. In: BOSI, M.L.M.; MERCADO, F.J. (orgs.). **Avaliação qualitativa de programas de saúde**. Petrópolis: Editora Vozes, 2006.

POTVIN, L.; MCQUEEN, D.V. Practical Dilemmas for Health Promotion. In: POTVIN, L.; MCQUEEN, D.V (editors). **Health Promotion Evaluation Practices in the Americas**. Springer, Quebec. Canadá, 2008. P.25-45.

POTVIN, L. et al. Systèmes de programmation. In: **Seminário avançado: programação e avaliação em promoção da saúde**, 2006, Recife, IMIP, 2006.

POTVIN, L. Intersectoral action for health: more research is needed!. **Int J Public Health** 57:5–6, 2012.

POTVIN, L.; HADDAD, S.; FROHLICH, L. Beyond Process and Outcomes Evaluation: a Comprehensive Approach for Evaluating Health Promotion Programs. In: ROOTMAN, I.G. et al. (edit.). **Evaluation in Health Promotion. Principles and Perspectives**. World Health Organization. Copenhagen. 2001. pp 45-62.

PRATT, M. et al. **Project guia: A model for understanding and promoting physical activity in Brazil and Latin America**. **Journal Phys. Activ. & Health**.2010; 7(Supl.): p.131-134.

PROMOÇÃO DA SAÚDE. **Carta de Ottawa**, Declaração de Adelaide, Sundsval e Santa Fé de Bogotá. Trad.: Luís Eduardo Fonseca. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. (Originais publicados pela Organização Mundial de Saúde).

PROSE. Projeto Promovendo Saúde na Escola. **Relatório de acompanhamento das atividades do Projeto Desenvolvimento e avaliação de uma intervenção intersetorial sobre padrões alimentares e de atividade física de adolescentes no âmbito da Estratégia Saúde da Família**. UFBA, 2013.

PROSE. Projeto Promovendo Saúde na Escola. **Relatório Parcial das atividades do Projeto Desenvolvimento e avaliação de uma intervenção intersetorial sobre padrões alimentares e de atividade física de adolescentes no âmbito da Estratégia Saúde da Família**. UFBA, 2014.

RABELLO, L.S. **Promoção da saúde: desafio ou adaptação?** A construção social do conceito de Alma-Ata aos dias atuais, no Brasil e no Canadá. Tese (Doutorado em Ciências Sociais). Brasília, 2006.

RANTALA, R. et al. Intersectoral action: local governments promoting health. **Health Promotion International**, Vol. 29 No. S1, 2014.

RASELLA, D.; AQUINO, R.; BARRETO, M. L. Impact of the Family Health Program on the quality of vital information and reduction of child unattended deaths in Brazil: an ecological longitudinal study. **BMC Public Health**, v. 10, p. 380, 2010.

REPETTO, F. **Coordinación de Políticas Sociales: Abordaje Conceptual y Revisión de Experiencias Latinoamericas**, Buenos Aires, 2009.

REPETTO, F. **Los aspectos políticos de la coordinación de programas y/o políticas sociales: sus implicancias para Guatemala.** Documento presentado en el IX Congreso Internacional del.

RICE, M.E. Effective global health promotion achievements, tools and strategies used in the Americas over the past decade. **Health Promotion Practice**, v. 13, 2012 p.313-319.

RISSEL, C.; ROWLING, L. Intersectoral collaboration for the development of a national framework for health promoting schools in Australia. **Journal School Health**, 2000.

RIVERA, F.J.U. **Agir comunicativo e planejamento social.** Uma crítica ao enfoque estratégico. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

RIVERA, F.J.U. **Análise estratégica em saúde e gestão pela escuta.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

RIVERA, F.J.U. Reflexões sobre a subjetividade na gestão a partir do paradigma da organização que aprende. **Ciência e Saúde Coletiva**. nº. 6, ano 1, 2001, p.209-219.

RIVIERA, F. J. U.; ARTMAN, E. Planejamento e gestão em saúde: histórico e tendências com base numa visão comunicativa. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 15(5): p. 265-284, 2010.

ROCHA, D.G. et al. Processo de revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde: múltiplos movimentos simultâneos. **Cien Saude Colet** 2014; 19(11):4313-4322.

ROCHA, P.R.; DAVID, H.M.S.L. Determinação ou Determinantes? Uma discussão com base na Teoria da Produção Social da Saúde. **Rev Esc Enferm USP**. 2015; 49(1):129-135.

ROCHA, D.G. **O movimento da Promoção da Saúde na década de 1990: um estudo do seu desenvolvimento e difusão na Saúde Pública brasileira.** Tese (Doutorado em Saúde Pública). Departamento de Serviço de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. São Paulo, 2001.

RODRIGUES, L.M. Partidos, ideologia e composição social. **Rev. bras. Ci. Soc.** São Paulo, v. 17, n. 48, p. 31-47, 2002.

ROSEN, G. **Uma história da saúde pública.** São Paulo: Unesp/Hucitec/Abrasco, 1994.

ROSENAU, J.N. Governança, Ordem e Transformação na Política Mundial. In: ROSENAU, J.N.; CZEMPIEL, E.O. **Governança sem governo: ordem e transformação na política mundial.** Brasília: Ed. Unb e São Paulo: Imprensa Oficial do Estado, 2000.

ROSSI S.P.H.; MARK, W.; LIPSEY, M.W.; FREEMAN, H.E. **Evaluation: A Systematic Approach.** Seventh Edition, 2016.

ROUSSAS, S.; FAWCETT, S. A review of collaborative partnerships as a strategy for improving community health. **Ann Rev Public Health**, v. 21:369-402. 16. 2000.

RUSSEL, A.J. What is health? People talking. **The Journal** (34): 43-7, 1995.

RÜTTEN A. et al. Determinants of health policy impact: a theoretical framework for policy analysis. **Sozial- und Präventivmedizin**, 48, 293–300. 2003

SABATIER, P. Policy Change over a Decade or More. In: SABATIER, P.; JENKINS-SMITH, H. (eds). **Policy Change and Learning. An Advocacy Coalition Approach**. Westview Press, Boulder, pp. 13–39. 1993.

SAMPAIO, D.; BAPTISTA, M.; MATOS, M.; SILVA, M. Grupo de Trabalho de Educação Sexual (2005). **Relatório preliminar**. Lisboa: Ministério da Educação, 2005.

SANDERSON, I. Evaluation in complex policy systems. **Evaluation**, 6, 433–454, 2000.

SANTELLI J. et al. School Health Centers and Primary Care for Adolescents: A Review of the Literature. **Journal of Adolescent Health**. v. 18, 1996 p.357-366.

SAANTIAGO, L.; RODRIGUES, M.T.P.; OLIVEIRA JUNIOR, A.D.; MOREIRA, T.M.M. Implantação do Programa Saúde na escola em Fortaleza-CE: atuação de equipe da Estratégia Saúde da Família. **Rev. bras. Enferm, Brasília**; 2012.

SANTOS, A.M., GIOVANELLA L. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. **Rev Saúde Pública** 2014;48(4):622-631.

SANTOS, D.S. **Ações Intersectoriais de Educação e Saúde: Entre Teoria e Prática**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Campinas. (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2005.

SANTOS C.C., RESSEL L.B. O adolescente no serviço de saúde. **Adolescência e Saúde**, 10 (1). 53-55. 2013.

SANTOS J.L.F.; WESTPHAL, M.F. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. **Estudos Avançados** 13 (5): 71-88, 1999.

SANTOS, M.H.C. Governabilidade, Governança e Democracia: Criação da Capacidade Governativa e Relações Executivo-Legislativo no Brasil Pós- Constituinte. **DADOS** -Revista de Ciências Sociais. Rio de Janeiro, volume 40, nº 3, 1997. p. 335-376.

SANTOS, N. N. **A intersectorialidade como modelo de gestão das políticas de combate à pobreza no Brasil**. O caso do Programa Bolsa Família no Município de Guarulhos. Dissertação (Mestrado em Administração) - Escola de Administração, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2011.

SANTOS, R.S. **Programa Saúde na Escola** – uma análise bibliométrica. 2016. Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2016.

SASAKI, A.K.; RIBEIRO, M.P.D.S. Percepção e prática da promoção da saúde na estratégia saúde da família em um centro de saúde em São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade**. V. 8, n. 28, 2013.

SCHRAIBER, L.B et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Rev C S Col** 1999; 4(2):221-42.

SCRIVEN, M. Evaluation: future tense. **Am J Eval** 2001; 22(3):301-7.

SECRETARIA DA EDUCAÇÃO DO ESTADO DA BAHIA. Coordenação de Educação Ambiental e Saúde (CEAS) – SUDEB. **Programa Saúde da Escola no estado da Bahia**. Apresentação em Power Point. 2015.

SENARCLENS, P. Governance and the Crisis in the International Mechanisms of Regulations. **International Social Science Journal**, n. 155, 1998. p. 91-104.

SERRA, A. **La gestión transversal. Expectativas y resultados**. Versão revisada do documento apresentado no IX Congresso Internacional do CLAD sobre a Reforma do Estado e da Administração Pública, celebrado em Madrid, Espanha, do 2 ao 5 de novembro de 2004. Revista del CLAD Reforma y Democracia. No. 32, Caracas, 2005.

SHANKARDASS, K. et al. Strengthening the implementation of health in the policies. **Health Policy and Planning**,30: 462. 2015.

SHANKARDASS, K. et al. **Health in All Policies: A Snapshot for Ontario, Results of a Realist-Informed Scoping Review of the Literature**. St Michael's, Ontario. 2011.

SHANKARDASS, K. et al. A scoping review of intersectoral action for health equity involving governments. **International Journal of Public Health**, 57, 25–33, 2012.

SHEDIAC-RIZKALLAH, M.C.; BONE, L.R. Planning for the sustainability of community-based health programs: conceptual frameworks and future directions for research, practice and policy. **Health Educ Res** 1998; 13(1):87–108.

SÍCOLI, J. L.; NASCIMENTO, P. R. Health promotion: concepts, principles and practice. **Interface** - Comunic, Saúde, Educ, v.7, n.12, p.91-112, 2003.

SILVA, K.L.; RODRIGUES, A.T. Ações intersectoriais para promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: experiências, desafios e possibilidades. **Rev Bras Enferm**. 2010;63(5):762-9.

SILVA, K.L. et al. Promoção da saúde: desafios revelados em práticas exitosas. **Rev Saúde Pública** 2014;48(1):76-85.

SILVA, K.L. **Promoção da Saúde em espaços sociais da vida cotidiana**. Tese

(Doutorado em Enfermagem) Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem: Belo Horizonte, 2009.

SILVA, M.A.I.; MELLO, D.F.; CARLOS, D.M. O adolescente enquanto protagonista em atividades de educação em saúde no espaço escolar. **Rev. Eletr. Enf.**, 2010;12(2):287-93.

SILVA, U.O.A. et al. Health program in a Brazilian school. **Salud Publica Mex** 2017.59:28-33.

SILVA, C.S. **Promoção da saúde na escola**: modelos teóricos e desafios da intersectorialidade no Município do Rio de Janeiro. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, 2010.

SILVA, D. A. J.; TAVARES, M.F.L. Ação intersectorial: potencialidades e dificuldades do trabalho em equipes da Estratégia Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro. **Revista Saúde em debate**. Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 193-205, out-dez 2016.

SILVA, E.C.; PELICIONI, M.C.F. Participação social e promoção da saúde: estudo de caso na região de Paranapiacaba e Parque Andreense. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(2):563-572, 2013.

SILVA, K.L. et al. Intersectorialidade, determinantes socioambientais e promoção da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, vol.19, n.11, pp. 4361-4370, 2014.

SILVA, P.F.A.; BAPTISTA, T.W.F. Os sentidos e disputas na construção da Política Nacional de Promoção da Saúde. **Physis**, vol.24, n.2, 2014. pp. 441-465.

SILVEIRA, C.; BOCAYUVA, C. e ZAPATA, T. Ações integradas e desenvolvimento local: tendências, oportunidades e caminhos. In: SPINK, P.; BAVA, S. C.; PAULICS, V. **Novos contornos da gestão local: conceitos em construção**. São Paulo, Pólis, 2002.

SIMONSEN-REHN, N. et al. Determinants of effective health promotion actions in local contexts: a study of the perceptions of municipal politicians. **Int J Public Health** (2012) 57:787–795.

SMITH, B.J.; TANG, K.C.; NUTBEAM, D. WHO Health Promotion Glossary. **Health Promotion International**, Vol. 21 No. 4. 2006.

SMOUTS, M. (org.). **As novas relações internacionais**: teoria e prática. Tradução de Georgete M. Rodrigues. Brasília: Editora da Universidade de Brasília, 2004.

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

SOUSA, M.C. **Saúde na escola**: analisando os caminhos da intersectorialidade. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária. Salvador (BA): Universidade Federal

da Bahia; 2014.

SOUZA, H.M. O PSF como indutor da institucionalização da avaliação na atenção básica. **Ver Bra Saúde Família** 2002; 6:10-5.

SOUZA LEPF, VIEIRA DA SILVA LM, HARTZ ZMA. Conferência de consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: HARTZ, Z.M.A.; VIEIRA DA SILVA, L.M. **Avaliação em Saúde: Dos modelos teóricos à prática de avaliação de programas e Sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA; 2005.

SPIEGEL, J. et al. Intersectoral action for health at a municipal level in Cuba. **International Journal Public Health**, p.15 - 23, 2012.

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

St. SLEGER, L.; KOLBE, L.; LEE, A.; MCCALL, D.S.; YOUNG, I.M. School Health Promotion – Achievements, Challenges and Priorities. In: MCQUEEN, D.V.; JONES, C.M. (eds.). **Global Perspectives on Health Promotion Effectiveness**. New York: Springer Science & Business Media, 2007.

ST. PIERRE, L. Governance tools and framework for Health in all policies. **National Collaborating Centre for Healthy Public Policy, International Union for Health Promotion and Education and European Observatory on Health Systems and Policies**. Quebec City Torgersen TP, Giæve, 2009.

STAHL, T. et al. (eds). Health in all policies: prospects and potentials. **Ministry of Social Affairs and Health**, Finland, 2006.

STARFIELD, B. **Atenção Primária equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços de saúde e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STEVENSON J.F.; FLORIN, P.; MILLS, D.S.; ANDRADE, M. Building evaluation capacity in human service organizations: a case study. **Eval Program Plann**, 2002; 25:233-43.

STEWART, M.J. et al. Immigrant women family caregivers in Canada: Implications for policies and programmes in health and social sectors. **Health and Social Care in the Community**, 2006; 14(4):329-340.

STEWART-BROWN, S. . **What is the evidence on school health promotion in improving school health or preventing disease and specifically what is the effectiveness of the health promoting schools approach?** Organización Mundial de la Salud, Copenhagen, 2006.

STIGLITZ, J.E. **A globalização e seus malefícios**. Tradução de Bazán Tecnologia e Lingüística. São Paulo: Futura, 2002

STOKER, G. Governance as theory: five propositions. **International Social Science Journal**, n. 155, 1998. p. 17-28.

STOLP, S. et al. Measurement and evaluation practices of factors that contribute to effective health promotion collaboration functioning: A scoping review. **Evaluation and Program Planning**. Volume 61, 2017, Pages 38–44.

STORM et al. Measuring stages of health in all policies on a local level: The applicability of a maturity model. **Health Policy** 114, 183– 191. 2014.

STORM et al. How to improve collaboration between the public health sector and other policy sectors to reduce health inequalities? – A study in sixteen municipalities in the Netherlands. **International Journal for Equity in Health** (2016) 15:97.

SUCUPIRA, A.C. Marco conceitual da promoção da saúde no PSF. **Revista SANARE**, ano IV, nº 1, 2003.

SWERISSEN, H.; CRISP, B.R. The sustainability of health promotion interventions for different levels of social organization. **Health Promot Int** 2004; 19:123–30.

SZWARCWALD, C.L. et al. Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil: concepção e metodologia de aplicação. **Cien Saude Colet** 2014; 19(2):333-342.

TAGLIETA, M.F.A. et al . Impacto de um programa de promoção de saúde escolar sobre a redução da prevalência da cárie em crianças pré-escolares de Piracicaba - SP. **RFO UPF**, Passo Fundo.2011;16 (1).

TAVARES, M.F.L. et al. Theory and practice in the context of health promotion program evaluation. **Global Health Promotion**. 2007;1(14):27-30.

TEIXEIRA, C.F. Formulação e implementação de políticas públicas saudáveis: desafios para o planejamento e gestão das ações de promoção da saúde nas cidades. In: TEIXEIRA, C.F.; SOLLA, J.P. **Modelos de atenção à saúde: Promoção, Vigilância e Saúde da Família**. EDUFBA, Salvador, p. 85-108, 2006.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S. **Planejamento e programação de ações intersetoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida**. Revista de Administração Pública, nº 6, v. 34, p. 63-80, 2000.

TEIXEIRA, C.F. O dilema preventivista: memórias e sonhos, ideais e lutas... uma vida, uma história, um exemplo... Antônio Sérgio Arouca: presente. Resenha bibliográfica. **Revista Baiana de Saúde Pública**. V. 28, n. 1, p.108-109, 2004.

TEIXEIRA, C.F. Produção científica na área de Política, Planejamento e Gestão em Saúde 1975-2010: temas e teorias. In: BAPTISTA, T.W.F; AZEVEDO C.S.; MACHADO C.V. (orgs.). **Políticas, planejamento e gestão em saúde: abordagens e métodos de pesquisa**. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2015.

TEIXEIRA, C.F. Promoção da Saúde: um diálogo permanente. In: TEIXEIRA, C. F.;

SOLLA, J. P. **Modelos de atenção à saúde: Promoção, Vigilância e Saúde da Família**. EDUFBA, Salvador, p.85-108, 2006.

TENDLER, J. **Bom governo nos trópicos: uma visão crítica**. Rio de Janeiro: Renvan, 1998.

TEODÓSIO, A. Parcerias Tri-Setoriais: Para Além de Simplismos e Dualidades sobre as Interações entre Atores do Estado, Sociedade Civil e Mercado. In: **XXXI Encontro Anual da Associação Nacional dos Programas de Pós-graduação em Administração**, 2009, pp.1-16.

TERRIS, M. Conceptos de lapromoción de lasalud: dualidades de la teoria de lasalud publica. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD. **Promoción de lasalud: una antologia**. Washington, D.C.: OPS, 1996. p. 37-46.

TESS, B.H.; AITH, F.M.A. Intersectorial health-related policies: the use of a legal and theoretical framework to propose a typology to a case study in a Brazilian municipality. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(11):4449-4456, 2014.

TEUTSCH F.; GUGGLBERGER, L.; DÜR, W. School health promotion providers' roles in practice and theory: Results from a case study. **Health Policy**, 119, 82–87.2015.

THE COMMISSION ON GLOBAL GOVERNANCE. **Our Global Neighbourhood: The Report of the Commission on Global Governance**. Oxford University Press; 1995.

THIRY-CHERQUES, H. R. Pierre Bourdieu: a teoria na prática. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 1, p. 27-53, Feb. 2006.

THUALAGANT, T.; JELSOE, E. Health Promotion in a Sustainability Perspective (editorial). **The Journal of Transdisciplinary Environmental Studies**, vol. 14, no. 2, 2015.

THURSTON, W.E. **Public participation in regional health policy: a theoretical framework**. Volume 73, Issue 3, 8 September 2005, Pages 237–252, 2005.

TOASSA, G. Sociedade Tarja Preta: uma crítica à medicalização de crianças e adolescentes. **Fractal: Revista de Psicologia**, v.24, n.2, p.429-434, 2012.

TODENDI et al. Obesidade: estratégias de prevenção da saúde em ambiente escolar. **Cinergis**. Vol 13, n. 3, p. 1-8, 2012.

TRAVERSO-YÉPEZ, M.A. Dilemmas on Health promotion in Brazil: considerations on the national policy. **Interface - Comunic., Saúde, Educ., - Comunic., Saúde, Educ.** v.11, n.22, p.223-38, mai/ago 2007.

TUBBING L. et al. Unravelling the concept of integrated public health policy: Concept mapping with Dutch experts from science, policy, and practice. **Health Policy** v.119 p.749–759. 2015.

TUSSET D. **Competências em promoção da saúde no Programa Saúde na Escola no Distrito Federal**. Dissertação (Mestrado em Educação Física). Brasília: Universidade de Brasília, 2012.

UNDP – UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAM. **Governance for sustainable human development**. Disponível em: <<http://mirror.undp.org/magnet/policy/>>. Acesso em: setembro de 2016.

UNDP – UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAM. Reconceptualizing governance. **Discussion paper** n. 2. New York: UNDP, 1997b.

União Internacional de promoção da Saúde e Educação para a Saúde. **Diagnóstico das ações de educação em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: UIPES, 1998.

VALADÃO, M. M. **Saúde na escola: um campo em busca de espaço na agenda intersetorial**. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. São Paulo, 2004.

VAN DEN BROUCKE, S. Implementing health in all policies post Helsinki 2013: why, what, who and how. **Health Promotion International**, Vol. 28, 2013.

VERDI, M.; CAPONI, S. Reflexões sobre promoção da saúde numa perspectiva bioética. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 82-8, 2005.

VIANA, A.L. Abordagens metodológicas em políticas públicas. **Revista de Administração Pública** 1996; 30(2): p. 5-43.

VIEIRA DA SILVA, L.M. **Avaliação de Políticas e Programas de Saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014.

VIEIRA, J.M.R.; GARNELO, L.; HORTALE, V.A. Análise da atenção básica em cinco municípios da Amazônia ocidental, com ênfase no Programa Saúde da Família. **Saude soc.**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 852-865, 2010.

VIEIRA, M.E.M. **Programa Saúde na Escola: a intersetorialidade em movimento. Dissertação (Mestrado em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde)**. Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

VILAS, C.M. ¿Más allá del ‘Consenso de Washington’? Un enfoque desde la política de algunas propuestas del Banco Mundial sobre reforma institucional. **Revista del CLAD Reforma y Democracia**. n. 18, out de 2000.

VILLARDI, M.L. **A Equipe da Saúde da Família e a atenção à saúde da criança em idade escolar: um desafio social**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Botucatu (SP): Faculdade de Medicina de Botucatu, 2011.

WATERS, E. et al. **Interventions for preventing obesity in children**. **Cochrane Database Syst Rev**. 2011; 7(12):CD001871. (Review).

WEISS, C.H. Nothing as practical as a good theory: exploring theory-based evaluation in complex community initiatives for children and families. In: CONNELL, J.P.; KUBICH, A.C.; SCHORR, L.; WEISS, C.H. **New Approaches to evaluating community initiatives**. Washington, DC: Aspen Institute; 1995.

WEISS, D.; LILLEFJELL, M.; MAGNUS, E. Facilitators for the development and implementation of health promoting policy and programs – a scoping review at the local community level. **BMC Public Health**. 2016; 16:140.

WEISS, L. **The myth of the powerless state, governing the economy in the global era**. Ithaca, NY: Cornell University, 1998.

WESTPHAL, M.F. Concepts and approaches in the evaluation of health promotion. Dilemmas in the evaluation of health promotion: how should Brazilian scientific output be oriented? **Rev C S Col** 2004; 9(3):530.

WESTPHAL, M.F.; ZIGLIO, E. Políticas públicas e investimentos: aintersectorialidade. In: FUNDAÇÃO FARIA LIMA – CEPAM. **O município no século XXI: cenários e perspectivas**. São Paulo, 1999, p. 111-121.

WESTPHAL, M.F. et al. Capela em ação e a gestão integrada e participativa de políticas públicas. **Relatório Técnico**. São Paulo: Fapesp, 2008.

WESTPHAL, M.F. Múltiplos atores da promoção da saúde. **SANARE**, ano IV, n.1, jan./fev./mar. 2003.

WESTPHAL, M.F. O Movimento Cidades/Municípios Saudáveis: um compromisso com a qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, 5(1):39-51, 2000.

WESTPHAL, M.F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, G.W.S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 635-68.

WESTPHAL, M.F. et al. Práticas democráticas participativas na construção de agendas sociais de desenvolvimento em municípios do sudeste brasileiro. **Ambiente & Sociedade**, v. 16, p. 103-128, 2013.

WESTPHAL, M.F.; WALLERSTEIN, N. (editors). Evaluation of health promotion effectiveness in Brazil. Rio de Janeiro, Brazil. **Promotion & Education** 2007; Supl. 1.

WHOLEY, J.S. et al. **Handbook of practical program evaluation**. Second Edition, 2004.

WILLIAMSON, O.E. **Markets and hierarchies: analysis and antitrust implications**. New York: Free Press, 1975.

WILLS, J.; EVANS, D.; SCOTT-SAMUEL, A. Politics and prospects for health promotion in England: Mainstreamed or marginalised? **Critical Public Health**, 18 (4). pp. 521-531, 2008.

WILTSEY, S.S. et al. The sustainability of new programs and innovations: a review of the empirical literature and recommendations for future research. **Implement Sci** 2012;7(1):17.

WIMMER, G.F.; FIGUEIREDO, G.O. Ação coletiva para qualidade de vida: autonomia, transdisciplinaridade e intersectorialidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, 11(1):145-154, 2006.

WIMMER, G.F. et al. Collective action for quality of life: Autonomy, transdisciplinarity and intersectoriality. **Cien Saude Colet**; 11(1):145-154, 2006.

WIMMER, G.F.; FIGUEIREDO, G.O. Ação coletiva para qualidade de vida: autonomia, transdisciplinaridade e intersectorialidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, 11(1):145-154, 2006.

WOLFGANG, A.M.; AVEYARD, P. A new theory of health promoting schools based of human functioning, school organization and pedagogic practice. **Social, Science e medicine**. 2003, 1209-1220.

WORLD BANK. **World Development Report: The State in a Changing World**. New York: Oxford University Press, 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Evaluation in health promotion: principles and perspectives**. WHO regional publications: 2001. Europeanseries, n.92).

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **La atención primaria de salud**. Más necessária que nunca. The world health report. Genebra: WHO, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health**: Final report of the commission on social determinants of health. Geneva: WHO, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Everybody's business**: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. World Health Organization, Geneva, Switzerland, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health for all targets**: the health policy for Europe. European Health for All Series, No. 4., 1993.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Intersectoral action for health**: the role of intersectoral cooperation in national strategies for Health for All. Geneva: World Health Organization, 1986.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Helsinki Statement on Health in All Policies**. Health Promotion International, Vol. 29 No. S1, 2013.

World Health Organization-WHO. **WHO's global health initiative**: health promoting schools. Atlanta: WHO. 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The Helsinki Statement on Health in All Policies. **Proceedings of the 8th International Conference on Health Promotion**; 2013 June 10-14; Helsinki, Finland; 2013.

WORTHEN, B.R. Some observations about the institutionalization of evaluation. **Eval Pract.** 16(1): 29-36. 1995.

WORTHEN N B, James S. Avaliação versus pesquisa. In: Scriven, M. O Conceito de Avaliação. In: Peres, J. Introdução à avaliação de programas sociais - coletânea de textos, SP Instituto Fontes; 2004.

YIN, R.K. **Estudo de caso: planejamento e métodos.** 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

ZANCAN, L.; ADESSE, L. Informe sobre a Cooperação Brasil-Canadá em Promoção da Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 9(3):739-744, 2004.

ZIGLIO et al. Health promotion and health systems: some unfinished business. **Health Promotion International**, Vol. 26, 2011.

ZÚNIGA, R. La construction des autonomies dans l'intervention – intentions et institutionalisations. In: NELISSE, M.C. (editeur). **L'intervention: les savoirs en action.** Sherbrooke: Éditions GGC Université de Sherbrooke; 1997. p. 77-100

ZUNZUNEGUI, M.V.; BÉLAND, F. Políticas intersectoriales para abordar el reto del envejecimiento activo. **Informe SESPAS 2010.** Gac Sanit. 2010;24(Suppl 1):68–73.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Lista de documentos normativos do Programa Saúde na Escola

PORTARIA

LINK PARA ACESSO:

PORTARIA Nº 1.067, DE 23 DE JULHO DE 2015

Define Municípios com adesão ao Programa Saúde na Escola em 2014 e os habilita ao recebimento de 20% (vinte por cento) do teto de recursos financeiros pactuados em Termo de Compromisso.

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1067_23_07_2015.html

PORTARIA Nº 798, DE 17 DE JUNHO DE 2015

Redefine a Semana de Mobilização Saúde na Escola (Semana Saúde na Escola).

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0798_17_06_2015.html

PORTARIA Nº 220, DE 25 DE MARÇO DE 2014

Define normas para o cadastramento no SCNES das equipes com profissionais não cadastrados em estabelecimentos de Atenção Básica, que desempenham ações pactuadas no Programa Saúde da Escola.

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0220_25_03_2014.html

PORTARIA Nº 1.412, DE 10 DE JULHO DE 2013

Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB).

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1412_10_07_2013.html

PORTARIA MS/GM Nº 3.014, DE 20 DE DEZEMBRO DE 2011

Habilita Municípios e o Distrito Federal para o recebimento do repasse de recursos financeiros relativos ao Programa Saúde na Escola (PSE).

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3014_19_12_2011.html

PORTARIA MS/GM Nº 790, DE 12 DE ABRIL DE 2010

Altera a Portaria nº 3.146/GM, de 17 de dezembro de 2009, que estabelece recursos financeiros pela adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE).

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt0790_12_04_2010.html

PORTARIA INTERMINISTERIAL MS/ME Nº 675, DE 4 DE JUNHO DE 2008

Institui a Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola.

ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsssp/bibliote/informe_eletronico/2008/iels.agosto.08/iels163/U_PT-INTER-ME-MS-675-REP_040608.pdf

PORTARIA Nº 204, DE 29 DE JANEIRO DE 2007

Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007.html

APÊNDICE B – Materiais didáticos disponibilizados pela intervenção Prose



APÊNDICE B – Materiais didáticos disponibilizados pela intervenção Prose (Conclusão)

Modelo de Plano de ação local



Avaliação dos efeitos da Estratégia Saúde da Família na promoção de hábitos saudáveis na população

Plano de Aula 3

Tema: Atividade Física e Modalidades Esportivas

Objetivo Geral

Discutir os efeitos da prática regular da Atividade Física no organismo, bem como os níveis adequados à promoção da saúde e qualidade de vida da população.

Objetivos Específicos

- Analisar a relação entre Atividade Física e Saúde;
- Identificar estratégias para promoção da atividade física;
- Distinguir os conceitos relacionados à atividade física, exercício físico e aptidão física;
- Caracterizar os domínios da atividade física e os tipos de exercício físico.

Justificativa

A prática de atividade física regular é fator importante na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis na manutenção ou redução do peso corporal. Além de proporcionar melhora na qualidade de vida dos indivíduos.

Faz-se de extrema importância conhecer os benefícios adquiridos através da prática de atividade física regular, assim como as diversas formas de prática da mesma.

Metodologia

A aula será dividida em 03 momentos onde o conteúdo proposto será desenvolvido através de uma explanação teórica e dinâmicas, como exibição de vídeo e análise de material gráfico, que viabilizem a assimilação dos conteúdos discutidos na aula.

Parte 1 – Exibição de uma videoaula sobre Atividade Física e Saúde, ministrada pelo professor Carlos Fernando de Amorim Alves, com duração de 6 min e 30 segundos.

Após a exibição do vídeo o professor deverá fazer uma abordagem sobre os conceitos de atividade física, saúde e aptidão física seguido de um relato histórico sobre a relação da atividade física com as diversas sociedades ao longo da história.

- Exibição de slides.

- Os alunos deverão ser orientados a registrar os conceitos abordados nessa primeira parte da aula, em seguida deverão responder as seguintes questões: O que é atividade física? O que é exercício físico? O que é aptidão física? Porque povos antigos faziam atividade física?

Duração: 10'(dez minutos)

APÊNDICE C – Roteiros de entrevistas (Etapa 1)

ROTEIRO DE ENTREVISTA 1 / FONTE: (FORMULADORES E PESQUISADORES)

IDENTIFICAÇÃO

Data: ____ / ____ / ____

Nome(iniciais): _____

Idade: _____ Profissão: _____

Cargo/Função: _____

Local de Trabalho: _____

Tempo no serviço: _____

Graduação: _____

Tempo de formado: _____

Pós-graduação: _____

QUESTÕES NORTEADORAS:

1. Você poderia definir, o que é a intervenção PROSE? (Objetivos, ações, componentes).
2. Descreva a intervenção PROSE. (Como ela foi discutida, quais os propósitos da sua implementação?)
3. Gostaria que descrevesse como foi o processo de articulação com os municípios na fase pré-campo. (Como foi o primeiro contato, com quem, houve empatia/ houve distinção entre os participantes? Como os participantes foram escolhidos?)
4. Você participou da fase de campo, do inquérito escolar de linha de base? (Por favor, fale um pouco sobre esta fase. Como foi a coleta dos dados? Houve participação dos profissionais de saúde e educação local? Houve apoio destes? E dos gestores? Alguém se opôs a esta dinâmica local?)
5. Como ocorreu o processo de implementação das ações intersetoriais de promoção à saúde nos municípios que você acompanhou? (O município conseguiu implementar todas as ações? Todos os componentes? Houveram dificuldades? Quais?)
6. Você poderia pontuar algumas facilidades à implantação das ações nos diferentes municípios? Existiram dificuldades específicas? Quais? Por que?
5. Como se deram as articulações intersetoriais, no município em que você participou? Quais profissionais se envolveram? Estes facilitaram ou criaram barreiras para a implementação das ações intersetoriais de promoção da saúde?
6. Descreva algumas ações que foram implementadas pelo município em que você participou que contribuiram para a continuidade das ações propostas pela intervenção.
7. Você considera que os subsídios teóricos e metodológicos contribuiram com a qualificação técnica das equipes de entrevistadores e supervisores para implantação desta intervenção.
8. Fale de modo geral, sobre as suas expectativas em relação ao desenvolvimento das ações de intervenção PROSE nos municípios que você acompanhou.

APÊNDICE C – Roteiros de entrevistas (Etapa 1) (Continuação)

ROTEIRO DE ENTREVISTA 1: (PROFESSORES, PROFISSIONAIS DE SAÚDE)

IDENTIFICAÇÃO:

Data: ____ / ____ / ____ Nome (iniciais): _____

Idade: _____ Profissão: _____

Cargo/Função: _____

Local de Trabalho: _____

Tempo no serviço: _____

Graduação: _____

Tempo de formado: _____

Pós-graduação: _____

QUESTÕES NORTEADORAS:

1. O que é a intervenção PROSE para você?

2. Quais eram os objetivos da intervenção PROSE? Existiam ações a serem desenvolvidas? Você pode citá-las?

3. Gostaria que descrevesse como as aulas foram desenvolvidas na sua escola.

4. Você participou das aulas? Os profissionais de saúde e educação participaram? De que forma? Quem conduziu? Houve algum tipo de planejamento e programação das aulas? Foram adotados planos de aulas?

5. Quais às facilidades e os obstáculos à implantação das ações de ensino formal? E das palestras?

6. Descreva ações que foram implementadas pelo município em que você participou que contribuíram para a continuidade das ações propostas pela intervenção.

7. Fale de modo geral, sobre as suas expectativas em relação ao desenvolvimento das ações de intervenção PROSE no seu município. O que mudou? O que não mudou?

8. Foram desenvolvidas ações que não estavam previstas pela intervenção PROSE? Quais descreva. Tem fotos?

9. Houve algum espaço de articulação permanente da educação e da saúde para planejamento das ações? Como as ações foram articuladas? Existia um GTI-M? Quem participava? Você participou de alguma reunião?

Para aluno monitor:

10. Qual a função do aluno monitor?

11. Como você desenvolveu as ações?

12. Você considera importante a sua participação para o desenvolvimento da intervenção? Por que?

APÊNDICE D – roteiro de observação direta/ Diário de campo (Etapa 1)

Local: _____		
Data: _____ Período: _____		
Participantes		
Nome	Cargo/função	Aparência

OBSERVAR E ANOTAR COMO ACONTECE NAS SEGUINTE QUESTÕES:

1. DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES (PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA E DA EDUCAÇÃO NAS ESCOLAS):

- a. Agentes** Quem são os participantes? Profissionais que realizam? Quantos são? Qual o sexo de cada um? Quais as idades dos participantes? O que os movimentos do corpo expressam?
- b. Práticas desenvolvidas / Tipos de práticas:** Como são realizadas; Com quem são realizadas; Condições existentes para realizar ações educativas: infraestrutura, recursos humanos e materiais.
- c. Cenário:** Onde as pessoas se situam? Quais as características desse local?
- d. Comportamento social:** o que realmente ocorre em termos sociais? Como as pessoas se relacionam? De que modo o fazem? Que linguagem utiliza?
- e. Propósitos:** por que as pessoas agem dessa forma? O que eles querem?

2. PROCESSO DE COMUNICAÇÃO/RELAÇÃO INTERPESSOAL

Receptivo/acolhedor, aberto ou fechado/rejeição em relação ao outro, postura: empático, olhar direto, vínculo; linguagem utilizada, clareza, uso de termos técnicos; Conteúdo (explicação processo de capacitação); Conhece / domina o assunto; Registra as atividades educativas realizadas, como? O profissional dá espaço para que a outra pessoa verbalize o que ela pensa e sente? Certifica se a pessoa entendeu (ex. pede para a pessoa repetir o que foi dito).

Nome	Grau de interrelação entre os participantes

Estruturas ou agrupamentos, pessoas isoladas etc.

Situação:

Nome	Comportamento	Situações observadas típicas ou atípicas	Tempo de duração da situação

Legenda: Comportamento (1) esperado (2) inesperado (3) aprovado (4) condenado

APÊNDICE E – Preenchimento individual da matriz /Conferência de consenso (Etapa 1)



ANEXO Nº01

TÉCNICA DE AVALIAÇÃO POR CONSENSO DE UMA MATRIZ DE PADRÕES E INDICADORES DO PROSE

Para avaliação e validação da Matriz de padrões e indicadores do projeto PROSE, propõe-se a aplicação da técnica denominada Avaliação por Consenso. Esta técnica permite obter consenso de grupo a respeito de um determinado assunto, neste caso um instrumento. O grupo é composto por avaliadores, ou seja, profissionais efetivamente engajados na área onde está se desenvolvendo o estudo.

Para iniciarmos a nossa Técnica de Consenso, você recebeu um arquivo, neste e-mail contendo o "Instrumento para Consenso" (**ANEXO nº 4**), uma matriz com os padrões e indicadores de avaliação propostos pelo estudo de análise de implantação. Cada avaliador, de forma individual e sigilosa, deverá avaliar o instrumento, quanto à pertinência dos componentes, ações, padrões, indicadores sugeridos e atribuindo uma nota (um valor de 0 (zero) a 10 (dez), de acordo com o grau de importância), considerando aos padrões e indicadores propostos pela pesquisadora. A nota zero será considerada sem importância ou indicativo de exclusão. Para tanto, será necessário seguir o passo a passo que será disponibilizado no documento "Orientações para preenchimento e avaliação do Instrumento para Consenso", **ANEXO nº 03**.

As respostas de cada avaliador serão armazenadas em uma base de dados para posterior análise. Serão calculados a média aritmética e o desvio-padrão para classificar os componentes da matriz quanto à importância e ao consenso dos informantes-chave, respectivamente. Os pontos de corte usados na classificação serão de sete para a média e de três para o desvio-padrão, com base nos pontos de corte utilizados por Souza *et al* (2005).

Caso seja necessário, será proposto a realização de um encontro presencial com os avaliadores, possibilitando que as respostas sobre a matriz de padrões e indicadores da etapa anterior, sejam validadas, além de reflexões à luz das experiências e dos conhecimentos acumulados por cada um.

Após a consolidação das respostas, serão calculados os padrões e os indicadores e enquadrados em dois grupos da seguinte forma:

- a) Consensualmente importantes: padrões e indicadores com média igual ou superior a sete, indicando grau de consenso elevado e grau de importância elevado;
- b) Consensualmente pouco importantes: padrões e indicadores com média inferior a sete indicando baixo grau de importância;

Referência:

Souza LEFF, Silva LMV, Hartz ZMA. Conferência de consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: Hartz ZMA, Vieira da Silva LM, orgs. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de Programas e Sistemas de Saúde. Salvador/ Rio de Janeiro: EDUFBA/FIOCRUZ, 2005. P. 41-74.

APÓS A LEITURA DESTA ARQUIVO, PROCEDA A LEITURA DO **ANEXO Nº 2**,
RESUMO DO PROJETO.

APÊNDICE E – Preenchimento individual da matriz /Conferência de consenso (Etapa 1) (Continua)



ANEXO 03

Instruções para preenchimento do Instrumento de Consenso do PROSE

Prezado (a) senhor (a),

A técnica de consenso por especialistas que você está participando consiste na avaliação de um instrumento que descreve indicadores e padrões para a avaliação da implantação da intervenção intersectorial PROSE, e foi construído com base nos componentes e ações propostos pelo projeto.

Para uma melhor compreensão dos objetivos e metodologia do projeto de avaliação, um resumo foi disponibilizado em anexo ao e-mail enviado.

Você terá um prazo de 10 dias (até do dia 12/07/2014) para que a matriz seja avaliada e devolvida por e-mail.

1. Após a leitura deste resumo, solicito que o instrumento avaliativo seja analisado e preenchido individualmente.
2. O preenchimento do instrumento (estas orientações constam também no início da página do instrumento que você está recebendo). A pasta com o instrumento está intitulada "Instrumento para Consenso PROSE". Leia estas instruções antes de proceder ao preenchimento dos campos indicados.

Passos para o preenchimento do Instrumento:

Passo 1: Descreva na coluna em "amarelo", os componentes do projeto PROSE, conforme o seu entendimento.

Passo 2: Descreva na coluna em "cinza", as ações do projeto PROSE, conforme o seu entendimento.

Passo 3: Pontue na coluna em "marrom claro", uma pontuação de 0 a 10, que julgar pertinente aos padrões descritos na coluna em branco "padrão", sugerido pelo pesquisador.

Passo 4: Descreva na coluna em "laranja claro", padrões que considere pertinente para avaliar as ações do projeto PROSE, conforme o seu entendimento.

Passo 5: Pontue na coluna em "azul", com uma pontuação entre 0 e 10 que julgue pertinente ao avaliar os indicadores propostos pelo pesquisador na coluna "indicador".

Passo 6: Descreva na coluna em "verde", indicadores que julgue pertinentes para avaliação das ações do PROSE, nesta fase de implantação nos municípios.

Passo 7: Descreva na coluna em "laranja escuro" (última coluna) sugestões ou observação referente a este instrumento.

Passo 8: Salvar as alterações realizadas neste instrumento e enviar por e-mail: nilia.ufba@gmail.com.
Você receberá um e-mail confirmando o recebimento.

Estou à disposição para quaisquer esclarecimentos, por e-mail: nilia.ufba@gmail.com ou telefone
(77) 9153-6663 (TIM).

Agradeço mais uma vez a sua valiosa contribuição.

Níli Maria de Brito Lima Prado.

AGORA ABRA O ANEXO nº 4, INSTRUMENTO PARA CONSENSO E INICIE O PREENCHIMENTO E AVALIAÇÃO.

**APÊNDICE E – Preenchimento individual da matriz /Conferência de consenso
(Etapa 1) (Conclusão)**

ANEXO 4

Matriz. Modelo lógico preliminar da intervenção (Técnica de Consenso)				
Passo 1: descreva os componentes que considere necessários à intervenção.	Passo 2: descreva as ações que considere necessárias as intervenções.	Passo 1: descreva os objetivos que considere necessários à intervenção.	Passo 4: Descreva o público alvo da intervenção.	Passo 5: Você tem alguma sugestão ou observação a fazer?

Matriz. Modelo lógico preliminar da intervenção (Técnica de Consenso)					
Objetivo 1		Componente 1		Ações	
Objetivo 2		Componente 2		Ações	
Objetivo 3		Componente 3		Ações	
Componente 1					

Matriz. Modelo lógico preliminar da intervenção (Técnica de Consenso)		
Objetivo 1	Pontuação máxima	Pontuação mínima
Objetivo 2		
Objetivo 3		
Componente 1		
Componente 2		
Componente 3		
Ações comp. 1		
Ações comp. 1		
Ações comp. 1		
Ações comp. 2		
Ações comp. 2		
Ações comp. 2		
Ações comp. 3		
Ações comp. 3		
Ações comp. 3		

APÊNDICE F – Questionários aplicados aos professores

ANÁLISE DE IMPLEMENTAÇÃO DE UMA INTERVENÇÃO INTERSETORIAL PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE (PROSE)	
Orientações quanto ao preenchimento: Leia atentamente o enunciado das questões e assinale ou descreva as proposições que julgar pertinente.	
Data: ____/____/____ Município: _____ Escola: _____	
DADOS DO PARTICIPANTE	
Q1. Nome _____	
Q2. Sexo: () masculino () feminino Q3. Idade _____ anos	
Q4. Disciplinas que leciona _____	
<p>Q5. Nos últimos seis meses, você ASSISTIU às aulas do projeto? () não () sim</p> <p>Q6. Você ACHOU interessante? () não () sim</p> <p>Q7. Você CONDUZIU alguma destas aulas? () não () sim</p> <p>Q8. Nos últimos seis meses, quais das seguintes AULAS você CONDUZIU? () Promovendo Saúde na Escola () Alimentação saudável () Atividade física e saúde () Gorduras, sal e açúcar () Avaliação nutricional () Uso de suplementos () Rotulagem de alimentos () Alimentos funcionais</p> <p>Q9. Qual o GRAU DE INTERESSE dos ESTUDANTES nas aulas conduzidas? () Nenhum () muito pouco () médio () interesse () muito interesse</p> <p>Q10. Os PLANOS DE AULAS discutidos com a equipe do projeto PROSE têm sido efetivamente CUMPRIDOS no PRAZO estipulado? () não () sim</p> <p>Q11. Caso a resposta anterior tenha sido NEGATIVA, cite pelo menos três motivos que levaram ao NÃO CUMPRIMENTO dos planos de aulas: _____</p> <p>Q12. Nos últimos seis meses, você PARTICIPOU de alguma oficina do projeto PROSE? () não () sim, qual (is): _____</p> <p>Q13. Você PARTICIPOU do I Encontro de Profissionais de Saúde e Educação do Projeto Prose - Promovendo Saúde na Escola, ocorrido em junho em Salvador? () não () sim</p> <p>Q14. Sua participação foi ESPONTÂNEA ou OBRIGATÓRIA? () obrigatória () espontânea</p> <p>Q15. Em sua opinião as APRESENTAÇÕES e as DISCUSSÕES ocorridas no I Encontro de Profissionais de Saúde e Educação do Projeto Prose - Promovendo Saúde na Escola, foram: () Pouco Importantes () Razoavelmente importantes () Indiferente () importantes () muito importantes</p>	
PRÁTICA DE EXERCÍCIO FÍSICO NA ESCOLA	
<p>Q14. Nos últimos seis meses, você INCENTIVOU os estudantes a participar de alguma NOVA atividade física na sua escola? () não () sim</p> <p>Q15. Você acha IMPORTANTE a inclusão destas atividades nos planos de aulas? () não () sim () não sei</p> <p>Q16. Nos últimos seis meses, você CONDUZIU alguma NOVA atividade física na sua escola? () não () sim, qual (is)? _____</p> <p>Q17. Nos últimos seis meses, qual é a FREQUENCIA de atividade física que atualmente os alunos cumprem na sua escola? () 2 vezes/semana () 3 vezes/semana () 4 vezes/semana () 5 vezes/semana () não sei informar</p> <p>Q18. Nos últimos seis meses, qual a DURAÇÃO da atividade física semanal dos alunos na sua escola atualmente? () 20 min/semana () 30 min/semana () 40 min/semana () 50 min/semana () 60 min/semana () 80 min/semana () não sei informar</p>	

Q19. Nos últimos seis meses, os alunos têm sido estimulados a praticar atividade física na escola, NO TURNO OPOSTO AS SUAS AULAS?

não sim não sei informar

Q20. Caso a resposta anterior tenha sido POSITIVA: Nos últimos seis meses, QUANTAS HORAS de atividade física, os alunos tem praticado no TURNO OPOSTO AS SUAS AULAS?

1 hora 2 horas 3 horas 4 horas 5 horas ou mais não sei informar

PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA FORA DA ESCOLA

Q21. Nos últimos seis meses, os alunos têm sido ESTIMULADOS a PRATICAR exercícios físicos fora do ambiente da escola?

não sim

Q22. Nos últimos seis meses, os alunos têm PRATICADO exercícios físicos fora do ambiente da escola?

não sim

Caso a questão anterior tenha sido positiva, você sabe QUAIS ATIVIDADES têm sido praticadas?

corrida natação futebol dança vôlei basquete

outras _____ não sei informar

Q23. Em sua opinião, AS AÇÕES que vem sendo REALIZADAS PELA ESCOLA, nos últimos seis meses com incentivo do projeto PROSE, no intuito de incentivar ou aumentar a prática de atividade física são:

Pouco importantes Razoavelmente importantes Indiferente importantes muito importantes

Q24. A escola já ESTIMULAVA a prática de exercício físico fora do ambiente escolar, no PERÍODO ANTERIOR aos últimos seis meses?

não sim, qual (is)? _____

INCLUSÃO DE ALIMENTOS SAUDÁVEIS NA ALIMENTAÇÃO DIÁRIA

Q25. Nos últimos seis meses, você ACOMPANHOU como os alunos têm ADQUIRIDO a sua merenda escolar?

não sim

Caso a resposta ANTERIOR tenha sido POSITIVA, assinale uma das opções abaixo:

traz de casa na cantina da escola com os vendedores porta da escola

outros, especificar _____

Q26. Nos últimos seis meses, VOCÊ acha que a sua escola vem INCENTIVANDO os alunos a adotar hábitos saudáveis de alimentação?

não sim

Q27. Caso a resposta ANTERIOR tenha sido POSITIVA, você acha importante que ocorram mudanças nos alimentos ofertados pela escola na merenda escolar?

Pouco importantes Razoavelmente importantes Indiferente importantes muito importantes

Q28. Nos últimos seis meses, OS ALUNOS vêm RELATANDO ocorrência de alguma mudança na alimentação EM SUA CASA?

não sim, qual (is)? _____

não sei informar _____

DIALOGO E NEGOCIAÇÃO

Q29. No seu município EXISTE ou foi CRIADA uma comissão para discussões sobre as práticas articuladas entre o PSE e PSF, e entre profissionais de Educação e Saúde?

não sim não sei informar

Q30. Caso a resposta ANTERIOR tenha sido POSITIVA, você participa desta comissão?

não sim, qual a frequência de reuniões? semanal mensal outros _____

Q31. Sua participação é ESPONTÂNEA ou OBRIGATÓRIA?

obrigatória espontânea não se aplica

Q32. Em sua opinião, você tem contribuído com as DISCUSSÕES ocorridas nas reuniões desta comissão?

sim

não, por que? não entendo os assuntos não é da minha competência outros _____

Q33. Em sua opinião, qual a SUA CONTRIBUIÇÃO com as DISCUSSÕES ocorridas nas reuniões desta comissão?

nenhuma muito pouca regular boa excelente

Q34. No seu município existe um Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI) do Programa Saúde na Escola (PSE)?

não sim não sei informar

Q35. Caso a resposta ANTERIOR tenha sido POSITIVA, você participa?

não sim não sei informar

Q36. Sua participação é ESPONTÂNEA ou OBRIGATÓRIA?

obrigatória espontânea

Q37. Caso a resposta ANTERIOR tenha sido POSITIVA, qual a frequência de reuniões do GTI PSE?

semanal mensal outros _____

Q38. Em sua opinião, você tem CONTRIBUIDO com as discussões ocorridas nas reuniões do GTI PSE?

não sim não sei informar

Q39. Em sua opinião, qual a SUA CONTRIBUIÇÃO com as DISCUSSÕES ocorridas nas reuniões do GTI PSE?

nenhuma muito pouca regular boa excelente

Q40. Você considera importante a ocorrência frequente destas reuniões entre os professores e os profissionais de saúde do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Programa Saúde da Família?

() não () sim () não sei

Q41. Você tem DIFICULDADE em DESENVOLVER atividades entre os professores e os profissionais de saúde?

() não () sim

Q42. Quais as DIFICULDADES que você percebe em relação a realização de atividades entre os professores e os profissionais de saúde? (Cite pelo menos três):

Q43. Caso a resposta ANTERIOR tenha sido POSITIVA, qual o seu grau de DIFICULDADE na realização de atividades entre os professores e os profissionais de saúde?

() nenhuma () muito pouca () regular () boa () excelente

Q44. Quais as facilidades que você percebe em relação a realização de atividades entre os professores e os profissionais de saúde? (Cite pelo menos três):

Q45. Foi desenvolvida alguma atividade em parceria com os profissionais de saúde e educadores recentemente?

() não () sim () não sei

Q46. Caso a resposta ANTERIOR tenha sido POSITIVA, você participou?

() não () sim () não sei

Q47. Caso a resposta ANTERIOR tenha sido POSITIVA, sua participação foi espontânea ou obrigatória?

() espontânea () obrigatória

ACESSO AS AÇÕES DO PROSE ATRAVÉS DAS REDES SOCIAIS

Q48. Nos últimos seis meses, você tem acessado o seu email regularmente (pelo menos uma vez por semana)?

() não () sim

Q49. Você CONHECE o site do projeto PROSE?

() não () sim

Q50. Nos últimos seis meses, você tem ACESSADO REGULARMENTE o site do projeto PROSE?

() não () sim, quantas vezes? () 1 vez () 2 vezes () três vezes () quatro ou mais

Q51. Nos últimos seis meses, você tem PARTICIPADO dos FORÚMS DE DISCUSSÕES no site do projeto PROSE?

() não () sim

Q52. Caso a resposta ANTERIOR tenha sido POSITIVA, com qual frequência?

() semanalmente () quinzenalmente () mensalmente () 2 meses ou mais

Q53. Você acha importante participar dos FORÚMS DE DISCUSSÕES no SITE do PROJETO PROSE?

() não () sim, porque?

Q54. Caso a resposta ANTERIOR tenha sido NEGATIVA, cite pelo menos TRÊS MOTIVOS que IMPEDIRAM a sua participação:

Q55. Nos últimos seis meses, você tem ACESSADO a página do Projeto PROSE no FACEBOOK e curtido as atualizações regularmente (pelo menos uma vez por semana)?

() não () sim

Q56. Caso a RESPOSTA ANTERIOR tenha sido NEGATIVA, porque NÃO tem se interessado pelas atualizações postadas?

() não possui Facebook () as atualizações são pouco atrativas () não possui acesso a internet

() outros motivos _____ () não sei informar

Q57. Em sua opinião os MATERIAIS que vem sendo DISPONIBILIZADO pela página do Projeto PROSE no FACEBOOK são:

() Pouco importantes () Razoavelmente importantes () Indiferente () importantes () muito importantes

Q58. Nos últimos seis meses, você tem acessado o seu email regularmente (pelo menos uma vez por semana)?

() sim () não, porque?

PARTICIPAÇÃO NO PROSE

Q59. Você gosta de participar do projeto PROSE?

() não () sim

Q60. Qual o grau de importância do projeto PROSE para você?

() Pouco importante () Razoavelmente importantes () Indiferente () importante () muito importante

Q61. Em sua opinião, quais as principais contribuições que o Projeto PROSE vem trazendo para o ambiente escolar?

APÊNDICE G – Questionários aplicados aos alunos

ANÁLISE DE IMPLEMENTAÇÃO DE UMA INTERVENÇÃO INTERSETORIAL PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE (PROSE)	
<u>Orientações quanto ao preenchimento:</u> Leia atentamente o enunciado das questões e assinale ou descreva as proposições que julgar pertinente.	
Q1. Você é ALUNO MONITOR? () não () sim	
Q2. Nos últimos seis meses, você tem ASSISTIDO às aulas do projeto PROSE incluídas nos planos de aulas da sua escola? () não () sim	
Q3. Você achou interessante? () não () sim	
Q4. Nos últimos seis meses, quais das seguintes AULAS você ASSISTIU? Promovendo Saúde na Escola, () não () sim, quem conduziu? _____ Alimentação saudável, () não () sim, quem conduziu? _____ Atividade física e saúde, () não () sim, quem conduziu? _____ Gorduras, sal e açúcar, () não () sim, quem conduziu? _____ Avaliação nutricional, () não () sim, quem conduziu? _____ Uso de suplementos, () não () sim, quem conduziu? _____ Rotulagem de alimentos, () não () sim, quem conduziu? _____ Alimentos funcionais, () não () sim, quem conduziu? _____	
Q5. Qual o grau de DIFICULDADE que você atribui aos ASSUNTOS ABORDADOS nas aulas conduzidas? () nenhuma () pouquíssima () média () difícil () muito difícil	
Q6. Que NOTA você atribui a CONDUÇÃO das aulas assistidas? () Promovendo Saúde na Escola Nota (1) (2) (3) (4) (5) () Alimentação saudável Nota (1) (2) (3) (4) (5) () Atividade física e saúde Nota (1) (2) (3) (4) (5) () Gorduras, sal e açúcar Nota (1) (2) (3) (4) (5) () Avaliação nutricional Nota (1) (2) (3) (4) (5) () Uso de suplementos Nota (1) (2) (3) (4) (5) () Rotulagem de alimentos Nota (1) (2) (3) (4) (5) () Alimentos funcionais Nota (1) (2) (3) (4) (5)	
PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA NA ESCOLA	
Q7. Nos últimos seis meses, você foi INCENTIVADO a participar de alguma NOVA atividade física na sua escola? () não () sim, Por quem? _____ Q4. Nos últimos seis meses, você PARTICIPOU de alguma NOVA atividade física na sua escola? () não () sim, conduzida por quem? () professor () profissional de saúde () monitor () outros	
Q8. Sua participação foi ESPONTÂNEA ou OBRIGATÓRIA? () obrigatória () espontânea	
Q9. POR QUE participou? () interesse pela atividade () outros motivos, especifique os motivos: _____	
Q10. Nos últimos seis meses, qual é a FREQUÊNCIA SEMANAL de atividade física que você vem cumprindo na sua escola? () 2 vezes/semana () 3 vezes/semana () 4 vezes/semana () 5 vezes/semana	
Q11. Qual a DURAÇÃO da atividade física que você pratica na sua escola atualmente? () 20 min/semana () 30 min/semana () 40 min/semana () 50 min/semana () 60 min/semana () 80 min/semana () não sei	
Q12. Nos últimos seis meses, você tem sido ESTIMULADO a praticar atividade física na escola, NO TURNO OPOSTO A SUAS AULAS? () não () sim Caso a resposta anterior tenha sido POSITIVA, quantas horas? () 1 hora () 2 horas () 3 horas () 4 horas () 5 horas ou mais	

APÊNDICE G – Questionários aplicados aos alunos (Conclusão)

PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA FORA DA ESCOLA

Q13. Nos últimos seis meses, você tem PRATICADO exercícios físicos fora do ambiente da escola?

não sim

Q14. Caso a questão anterior tenha sido positiva, QUAIS ATIVIDADES têm sido praticadas?

corrida natação futebol dança vôlei basquete

outras _____

Q15. Em sua opinião, AS AÇÕES que vem sendo REALIZADAS PELA ESCOLA, nos últimos seis meses com o intuito de incentivar ou aumentar a prática de atividade física são:

Pouco Importantes Razoavelmente importantes Indiferente importantes

muito importantes

INCLUSÃO DE ALIMENTOS SAUDAVÉIS NA ALIMENTAÇÃO DIÁRIA NA ESCOLA

Q16. Nos últimos seis meses, onde você tem ADQUIRIDO a sua merenda escolar?

traz de casa na cantina da escola com os vendedores porta da escola

outros, especificar _____

Q17. Nos últimos seis meses, você acha que a sua escola o (a) está INCENTIVANDO a adotar hábitos saudáveis de alimentação?

não sim não sei informar

Q18. Nos últimos seis meses, você notou alguma DIFERENÇA na merenda escolar servida pela sua escola?

não sim, especificar _____

não sei informar

Q19. Caso a questão 19, tenha sido SIM: O que você acha das MUDANÇAS DOS ALIMENTOS OFERTADOS na merenda escolar, para a adoção de hábitos alimentares mais saudáveis no seu cotidiano?

Pouco Importantes Razoavelmente importantes Indiferente importantes

muito importantes

INCLUSÃO DE ALIMENTOS SAUDAVÉIS NA ALIMENTAÇÃO DIÁRIA EM CASA

Q20. Nos últimos seis meses ocorreu alguma MUDANÇA na alimentação EM SUA CASA?

não sim, qual (is)? _____

não sei informar

Q21. Os demais MEMBROS da sua família CONCORDAM com estas MUDANÇAS na alimentação?

não sim não sei informar

ACESSO AS AÇÕES DO PROSE ATRAVÉS DAS REDES SOCIAIS

Q22. Nos últimos seis meses, você tem ACESSADO o seu EMAIL regularmente (pelo menos uma vez por semana)?

não sim

Q23. Você CONHECE o SITE do projeto PROSE?

não sim

Q24. Nos últimos seis meses, você tem ACESSADO REGULARMENTE o SITE do projeto PROSE?

não sim, quantas vezes? 1 vez 2 vezes três vezes quatro ou mais

Q25. Nos últimos seis meses, você tem ACESSADO a página do Projeto PROSE no FACEBOOK e curtido as atualizações regularmente (pelo menos uma vez por semana)?

não sim

Q26. Caso a resposta anterior tenha sido negativa, porque NÃO tem se interessado pelas atualizações postadas?

não possui Facebook as atualizações são pouco atrativas não possui acesso a internet outros motivos

_____ não sei informar

Q27. Em sua opinião o MATERIAL que vem sendo DISPONIBILIZADO pela página do Projeto PROSE no FACEBOOK é:

Pouco Importantes Razoavelmente importantes Indiferente importantes

muito importantes

PARTICIPAÇÃO NO PROSE

Q28. Você GOSTA de participar do projeto PROSE?

não sim não conheço o projeto PROSE

Q29. Nos últimos seis meses, você OUVIU ou ASSISTIU alguma ENTREVISTA ou PROGRAMA sobre o PROSE em algum veículo de comunicação da sua cidade?

não

sim, qual veículo? Rádio jornal escrito Programa TV Outros _____

Q30. Qual o GRAU DE IMPORTÂNCIA do projeto PROSE para você?

Pouco Importante Razoavelmente importante Indiferente importante muito importante

APÊNDICE H – Roteiro para observação direta GTI-M PSE

O GTI-M PSE está diretamente ligado na estrutura organizacional da secretaria de saúde e educação?
Quem compõe o GTI-M PSE?

Descrever os agentes da educação e da saúde.

Como se estabelece as relações sociais entre os membros do GTI-M?

Como é definida a pauta da reunião?

Quem preside as reuniões?

As reuniões são realizadas com qual frequência?

Existe um regimento de funcionamento do GTI-M?

Quais as facilidades e as dificuldades para a condução das reuniões?

Quais as principais atividades realizadas?

Existe uma sistemática de registro de atividades estruturadas ou planejamento formal? Quais e como foram feitas?

Quais foram os passos metodológicos utilizados para o desenvolvimento planejamento?

Este planejamento é anual ou plurianual?

O processo de planejamento prevê a elaboração de metas e ações nos planos municipais? Ou prevê a elaboração de planos de ação para os territórios das escolas?

APÊNDICE I – Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)

Eu sou Nília Maria de Brito Lima Prado, farmacêutica e aluna do doutorado em Saúde Coletiva da UFBA, Instituto de Saúde Coletiva (ISC). Venho por meio deste convidá-lo(a) a participar de uma pesquisa científica que será realizada para a tese do meu trabalho de conclusão de curso de pós-graduação, intitulada “Análise de implantação de uma intervenção intersetorial para promoção da saúde no âmbito local”. Nesta pesquisa tenho como objetivo compreender o processo de implantação da intervenção intersetorial PROSE que foi desenvolvida em 10 municípios do Estado da Bahia. Para tanto, será necessário identificar alguns profissionais da saúde e educação envolvidos no processo e avaliar como as práticas estão ou foram desenvolvidas, pontuando as suas concepções pelos diferentes atores sociais, facilidades/dificuldades encontradas, e o grau de implantação das ações intersetoriais nos diferentes locais.

Gostaria de contar com sua participação. Ressalto que a sua participação é voluntária e sem custo e a não participação não implicará em prejuízos de qualquer espécie, nem para você nem para a sua família.

Uma vez participante do presente estudo você tem todo o direito de desistir em qualquer momento. É importante estar ciente de que a pesquisa será feita por meio de aplicação de questionários, entrevistas gravadas e observação direta, mas todos os dados que forem prestados por você serão codificados e a garantido o anonimato e confidencialidade (ninguém saberá que as informações foram fornecidas por você), em momento algum seu nome ou o município ao qual está vinculado aparecerá na redação do trabalho. Os dados serão gravados e transcritos e após sua utilização serão destruídos.

Em caso de dúvidas, estas poderão ser esclarecidas com o pesquisador abaixo identificado, às quartas-feiras, quintas-feiras ou sextas-feiras durante o período da manhã.

PESQUISADORA: NÍLIA MARIA DE BRITO LIMA PRADO (e-mail: nilia.ufba@gmail.com)

Telefone: (71) 3283-7373). Programa Integrado de Pesquisa e Cooperação Técnica em Formação e Avaliação da Atenção Básica (GRAB) - Instituto de Saúde Coletiva (ISC-UFBA)

ACEITE: Eu, _____, RG _____, aceito participar da presente pesquisa e afirmo que fui esclarecido sobre os motivos da realização deste trabalho, os riscos aos quais estou submetido e tenho ciência de que minha participação é voluntária.

Assinatura do participante

Data: ____/____/____

APÊNDICE J – Resultados análise descritiva dos questionários aplicados na fase 2

Tabela 1. Comparativo entre a percepção dos escolares, nas coletas 1 e 2, quanto as aulas implementadas e a participação na Intervenção PROSE, Projeto Prose, 2013 - 2014.

Variáveis	Coleta 1		Coleta 2	
	n*	%	n*	%
Assistiu aulas do PROSE				
Sim	613	67,4	316	47,7
Grau de importância do PROSE				
Muito Importante	374	46,5	157	27,6
Importante	331	41,17	254	44,7
Indiferente	20	2,5	10	1,8
Razoavelmente importante	59	7,3	88	15,5
Pouco importante	20	2,5	59	10,4
Gostou de participar do Prose				
Sim	654	79,1	492	81,9
Não	65	7,9	65	10,9
Não conhece o projeto	108	13,1	43	7,2

*Variáveis descritas apresentam diferenças no número de respondentes, por se tratar de questionário autoaplicável.

Tabela 2. Comparativo entre os resultados nas coletas 1 e 2 da intervenção, quanto ao incentivo a prática de atividade física e alimentação saudável. Projeto PROSE, 2013 - 2014.

Variáveis	Coleta 1		Coleta 2	
	n*	%	n*	%
Incentivo a participar de novas AF				
Sim	516	57,3	276	47,7
Não	385	42,7	302	52,3
Incentivo a hábitos saudáveis alimentação				
Sim	485	58,0	322	52,7
Não	133	15,9	142	23,2
Não sabe informar	219	26,2	147	24,1
Mudanças na merenda escolar				
Sim	230	27,9	156	26
Não	396	48,1	316	52,6
Não sabe informar	198	24,0	129	21,5
Mudanças na alimentação servida em casa				
Sim	236	28,3	181	29,8
Não	509	60,9	367	60,5
Não sabe informar	91	10,9	59	9,7

*Variáveis descritas apresentam diferenças no número de respondentes, por se tratar de questionário autoaplicável.

APÊNDICE K – Modelo da matriz para o processamento dos dados relacionados (Etapa 2)

Subdimensões	Pontuação			Peso	Pont. Máxima	Questionário Professores	Entrevista professores	Questionário Alunos	Entrevista Diretores	Entrevista profissionais de saúde	Relatório PROSE	Diário de campo	Cotejamento	Pontuação
	INC	INT	AVA											
Realização de sessões temáticas sobre alimentação saudável em atividades curriculares obrigatórias	< 5	5 a 9	10	1,4	14,0	Dos 7 professores, 5 afirmaram a realização das sessões temáticas.	Dos 4 entrevistados, dois professores admitiram que foram lecionadas as 8 sessões temáticas	Dos 98 alunos, 77 admitiram ter assistido todas as aulas temáticas.	O diretor entrevistado relatou a ocorrência das sessões temáticas.	Os 4 entrevistados admitiram que foram lecionadas as 8 sessões temáticas.	O relatório de visitas de acompanhamento permitiu aferir a realização das sessões temáticas.	Não foi possível observar.	Todas as fontes confirmam a realização das sessões temáticas.	14,0
	< 5	5 a 9	10	0,6	6,0	Dos 7 professores, 5 afirmaram a inclusão de planos de aulas para sessões temáticas.	Todos os 4 entrevistados relataram a inclusão de planos de aulas para as sessões temáticas conduzidas	Não foi possível mensurar.	O diretor entrevistado relatou a inclusão de planos de aulas para as sessões temáticas conduzidas.	Todos os 4 entrevistados relataram a inclusão de planos de aulas para as sessões temáticas conduzidas	O relatório de visitas in loco, permitiu aferir a inclusão de planos de aula para realização das sessões temáticas.	Não foi possível observar.	Todas as fontes confirmam a inclusão dos planos de aulas das sessões temáticas.	6,0

APÊNDICE K – Matriz processamento dos dados coleta 1 (Fase 2) (M1/C1) (continuação)

Subdimensões	Questionário Professores	Entrevista professores	Questionário Alunos	Entrevista Diretores	Entrevista profissionais de saúde	Relatório PROSE	Diário de campo	Cotejamento	Pontuação
Realização de sessões temáticas sobre alimentação saudável em atividades curriculares obrigatórias	Dos 7 professores, 5 afirmaram a realização das sessões temáticas.	Dos 4 entrevistados, dois professores admitiram que foram lecionadas as 8 sessões temáticas	Dos 98 alunos, 77 admitiram ter assistido todas as aulas temáticas.	O diretor entrevistado relatou a ocorrência das sessões temáticas.	Os 4 entrevistados admitiram que foram lecionadas as 8 sessões temáticas.	O relatório de visitas de acompanhamento permitiu aferir a realização das sessões temáticas.	Não foi possível observar.	Todas as fontes confirmam a realização das sessões temáticas.	14,0
	Dos 7 professores, 5 afirmaram a inclusão de planos de aulas para sessões temáticas.	Todos os 4 entrevistados relataram a inclusão de planos de aulas para as sessões temáticas conduzidas	Não foi possível mensurar.	O diretor entrevistado relatou a inclusão de planos de aulas para as sessões temáticas conduzidas.	Todos os 4 entrevistados relataram a inclusão de planos de aulas para as sessões temáticas conduzidas	O relatório de visitas in loco, permitiu aferir a inclusão de planos de aula para realização das sessões temáticas.	Não foi possível observar.	Todas as fontes confirmam a inclusão dos planos de aulas das sessões temáticas.	6,0
Inclusão do consumo de alimentos saudáveis no ambiente escolar.	Dos 7 professores, 6 professores relataram mudanças na merenda escolar.	Os 4 entrevistados relataram mudanças no cardápio da merenda escolar, como frutas e verduras, sopas mais de três vezes por semana	Dos 98 alunos, 54 afirmaram ter ocorrido inclusão de alimentos saudáveis na escola.	O diretor entrevistado relatou mudanças no cardápio da merenda escolar, como frutas e verduras, sopas mais de três vezes por semana	Dos 4 entrevistados, dois, o nutricionista e educador físico do NASF relataram mudanças no cardápio da merenda escolar.	O relatório de visitas in loco, permitiu confirmar a mudança e inclusão de frutas e verduras na merenda escolar.	Foi possível verificar a inclusão de frutas e verduras (sopas) na merenda escolar.	Todas as fontes confirmam a inclusão de alimentos saudáveis na merenda escolar.	5,0
Inclusão do consumo de alimentos saudáveis no domicílio.	Os entrevistados não souberam relatar com precisão.	Os 4 entrevistados não souberam relatar com precisão.	Dos 98 alunos, 67 (68%) afirmaram ter ocorrido inclusão de alimentação saudável em seu domicílio.	O diretor entrevistado relatou não soube relatar com precisão.	Os 4 entrevistados não souberam relatar com precisão.	Não foi possível observar.	Não foi possível observar.	Dos respondentes, apenas os alunos confirmaram a mudança da alimentação em domicílio.	3,0
Atividade física durante as atividades curriculares obrigatórias de Educação Física.	Todos os 7 professores apenas 2 afirmaram que a duração da atividade física era superior a 80 min/semana.	Os 4 entrevistados confirmaram a prática de atividade física curricular com duração de 50 min	Dos 98 alunos, 60 confirmaram participar de atividades físicas semanais.	O diretor entrevistado confirmou a prática de atividade física curricular com duração de 50 min.	Dos 4 entrevistados apenas um confirmou a prática de atividade física curricular com duração de 50 min	O relatório de visitas in loco, permitiu confirmar a duração de atividade física (50 min/aula).	Foi possível acompanhar uma aula de atividade física na quadra da escola, com duração de 50 min e verificar uma boa condição da quadra esportiva.	A maioria dos respondentes confirmaram a realização de atividades físicas curriculares semanais	3,0
	Dos 7 professores, 6 afirmaram que a frequência de atividade física é de duas vezes/semana.	Os 4 entrevistados confirmaram a prática de atividade física curricular duas vezes por semana.	Dos 98 alunos, 78 confirmaram ter realizado atividade física duas vezes por semana.	O diretor entrevistado confirmou a prática de atividade física curricular duas vezes por semana.	Dos 4 entrevistados apenas um confirmou a frequência semanal da prática de atividade física curricular.	O relatório de visitas in loco permitiu confirmar a frequência de atividade física (2 vezes /semana).	Não foi possível observar.	A maioria dos respondentes confirmaram a frequência da prática de atividade física apenas duas vezes por semana.	4,0

APÊNDICE K – Modelo de matriz adotada para o processamento dos dados referentes a coleta 1 (Fase 2) (M1/C1) (continuação)

Subdimensões	Questionário Professores	Entrevista professores	Questionário Alunos	Entrevista Diretores	Entrevista profissionais de saúde	Relatório PROSE	Diário de campo	Cotejamento	Pontuação
Implantação de programa esportivo na escola, no turno oposto das aulas.	Os 7 professores afirmaram que a carga horária da atividade física no turno oposto era superior a duas horas/semana.	Os 4 entrevistados confirmaram a prática de atividade física no turno oposto as aulas tres vezes por semana	Dos 98 alunos, 68 confirmaram ter realizado atividade física três vezes por semana.	O diretor entrevistado confirmou a carga horária da atividade física no turno oposto era superior a duas horas/semana.	Dos 4 entrevistados apenas um confirmou a prática de atividade física no turno oposto era superior a duas horas/semana.	O relatório de visitas <i>in loco</i> permitiu confirmar a ocorrência de atividade física no turno oposto as aulas (pelo menos 2 vezes /semana).	Não foi possível observar.	Todas as fontes confirmam a frequência de atividade física no turno oposto as aulas.	4,0
Sessão temática sobre atividade física em atividades curriculares obrigatórias.	Os 7 professores afirmaram ter ocorrido a sessão temática sobre atividade física.	Dos 4 entrevistados, três relataram a condução da sessão temática sobre atividade física	Dos 98 alunos, 67 admitiram ter assistido a aulas temáticas sobre atividade física.	O diretor entrevistado relatou ter ocorrido a sessão temática sobre atividade física.	Os 4 entrevistados relataram ter ocorrido a sessão temática sobre atividade física.	O relatório de visitas <i>in loco</i> permitiu confirmar a ocorrência da sessão temática sobre atividade física .	Não foi possível observar.	Todas as fontes confirmam a realização da sessão temática.	5,0
	Os 7 professores afirmaram ter ocorrido a sessão temática sobre atividade física,com plano de aula.	Os 4 entrevistados relataram a inclusão do plano de aula.	Não foi possível mensurar	O diretor entrevistado relatou ter ocorrido a sessão temática sobre atividade física,com plano de aula.	Os 4 entrevistados relataram a inclusão do plano de aula.	O relatório de visitas <i>in loco</i> permitiu confirmar a inclusão de plano de aula para a sessão temática sobre atividade física .	Não foi possível observar.	Todas as fontes confirmam a inclusão de plano de aula para a realização da sessão temática.	5,0
Prática de atividade física fora do ambiente escolar.	Dos 7 professores, 4 afirmaram a ocorrência de atividade física fora da escola.	Os 4 entrevistados relataram a inclusão de atividades físicas fora do ambiente escolar (caminhada, corrida etc).	Dos 98 alunos, 51 relataram ter praticado atividade física fora da escola.	O diretor entrevistado relatou a ocorrência de atividade física fora da escola.	Os 4 entrevistados relataram a inclusão de atividades físicas fora do ambiente escolar (caminhada, corrida etc).	O relatório de acompanhamento da intervenção permitiu confirmar a realização de atividade física fora do ambiente escolar .	Não foi possível observar.	Todas as fontes confirmam a realização de atividade física fora do ambiente escolar.	3,0
Acesso à página eletrônica em rede social para obtenção de informações sobre os temas da intervenção.	Dos 7 professores, 03 afirmaram acessar o site do PROSE pelo menos quatro vezes/mês.	Dos 4 entrevistados apenas um relatou ter acessado o site do PROSE com frequência.	Dos 98 alunos, 47 relataram acesso regular ao site do PROSE.	O diretor entrevistado não soube relatar se os professores e alunos acessavam o site do PROSE.	Dos 4 entrevistados apenas um relatou ter acessado o site do PROSE com frequência.	O relatório de acompanhamento da intervenção permitiu confirmar que o acesso dos professores e alunos ao site do PROSE, foi incipiente (em média	Não foi possível observar.	Metade das fontes consultadas não puderam confirmar a realização da atividade.	3,0

APÊNDICE K – Matriz processamento dos dados coleta 1 (Fase 2) (M1/C1) (continuação)

Subdimensões	Questionário Professores	Entrevista professores	Questionário Alunos	Entrevista Diretores	Entrevista profissionais de saúde	Relatório PROSE	Diário de campo	Cotejamento	Pontuação
Acesso à página eletrônica em rede social para obtenção de informações sobre os temas da intervenção.	Dos 7 professores, 03 afirmaram acessar o site do PROSE pelo menos quatro vezes/mês.	Dos 4 entrevistados apenas um relatou ter acessado o site do PROSE com frequência.	Dos 98 alunos, 47 relataram acesso regular ao site do PROSE.	O diretor entrevistado não soube relatar se os professores e alunos acessavam o site do PROSE.	Dos 4 entrevistados apenas um relatou ter acessado o site do PROSE com frequência.	O relatório de acompanhamento da intervenção permitiu confirmar que o acesso dos professores e alunos ao site do PROSE, foi incipiente (em média	Não foi possível observar.	Metade das fontes consultadas não puderam confirmar a realização da atividade.	3,0
Acesso as ações e informações Projeto PROSE através do e-mail pessoal	Dos 7 professores, 6 afirmaram acessar o e-mail do PROSE pelo menos quatro vezes/mês	Dos 4 entrevistados, dois relataram acesso ao regular ao e-mail do PROSE.	Dos 98 alunos, 51 relataram acesso regular ao e-mail.	O diretor entrevistado relatou ter acesado e-mails enviados pela equipe do PROSE.	Os 4 entrevistados relataram acesso ao regular ao e-mail do PROSE.	O relatório de acompanhamento da intervenção permitiu confirmar o acesso dos professores e alunos ao e-mail do PROSE, por pelo menos uma vez por semana.	Foi possível verificar o numero de envios de e-mail pelos alunos e professores para o e-mail do PROSE.	50% das fontes confirmam a acesso as informações veiculadas pelo e-mail do PROSE.	2,0
Participação nos Fóruns de discussões no site do PROSE	Dos 7 professores, apenas 2 afirmaram ter acesado do fórum de discussões/mês.	Os 4 entrevistados relataram não terem acessado o Fórum de discussão do PROSE.	Não foi possível mensurar	O diretor entrevistado relatou que não acessou o Fórum de Discussões.	Os 4 entrevistados relataram não terem acessado o fórum de discussão no site do PROSE.	O relatório de acompanhamento da intervenção permitiu confirmar que o acesso dos professores ao Fórum de discussões no site do PROSE, não ocorreu.	Foi possível verificar o numero de acessos Fórum de discussões no site do PROSE.	A maioria dos respondentes confirmaram a realização desta atividade, mas de forma incipiente.	1,4
Acesso as informações na página do Facebook do PROSE	Dos 7 professores, apenas 2 afirmaram ter acessado as informações veiculadas pela página do PROSE em uma rede social/mês.	Dos 4 entrevistados, dois relataram acesso a página do PROSE em uma rede social	Dos 98 alunos, 81 relataram ter acessado a página do PROSE em redes sociais.	O diretor entrevistado relatou ter acessado as informações veiculadas pela página do PROSE em uma rede social/mês.	Os 4 entrevistados relataram terem acessado a página do PROSE em uma rede social.	O relatório de acompanhamento da intervenção permitiu confirmar que o acesso dos professores e alunos a página do PROSE em uma rede social foi maior que um acesso semanal. Inclusive constatou a criação de página local para divulgar as atividades desenvolvidas por eles.	Não foi possível observar.	Metade dos respondentes confirmaram o acesso as informações veiculadas pela página do PROSE em uma rede social.	1,0

APÊNDICE K – Matriz processamento dos dados coleta 1 (Fase 2) (M1/C1) (continuação)

Subdimensões	Questionário Professores	Entrevista professores	Questionário Alunos	Entrevista Diretores	Entrevista profissionais de saúde	Relatório PROSE	Diário de campo	Cotejamento	Pontuação
Realização de oficinas	Os 7 professores afirmaram ter ocorrido uma oficina com as merendeiras.	Os 4 entrevistados relataram ter ocorrido uma oficina, apenas com as merendeiras.	Não foi possível mensurar	O diretor entrevistado relatou a realização de uma oficina com as merendeiras.	Os 4 entrevistados relataram ter ocorrido uma oficina, apenas com as merendeiras.	O relatório de acompanhamento da intervenção permitiu confirmar a realização de apenas uma oficina ministrada pelos nutricionistas do NASF.	Não foi possível observar.	A maioria dos respondentes confirmaram a realização de apenas uma oficina com a presença apenas das merendeiras.	3,0
Participação nas oficinas do Projeto PROSE/ Intervenção	Dos 7 professores, 6 confirmaram ter participado.	Os 4 entrevistados relataram ter participado de todas as oficinas do PROSE.	Não foi possível mensurar	O diretor entrevistado relatou ter participado de todas as oficinas do PROSE.	Os 4 entrevistados relataram ter participado de todas as oficinas do PROSE.	O relatório de acompanhamento da intervenção permitiu confirmar a participação de alunos, professores, profissionais de saúde, diretores das escolas nas oficinas do PROSE.	Não foi possível observar.	Houve consenso entre os respondentes, alunos, professores, diretores, merendeiras, profissionais de saúde) quanto a realização das oficinas preparatórias.	2,0
Realização de oficinas com familiares dos estudantes	Os 7 professores afirmaram não ter ocorrido a oficina com familiares dos estudantes.	Os 4 entrevistados relataram não ter ocorrido oficina com familiares.	Não foi possível mensurar	O diretor entrevistado relatou a não ocorrência de oficina com familiares dos estudantes.	Os 4 entrevistados relataram não ter ocorrido oficina com familiares.	O relatório de acompanhamento da intervenção permitiu confirmar que estas oficinas não foram realizadas.	Não foi possível observar.	Os respondentes e os dados obtidos por análise documental permitiram confirmar que esta atividade não foi realizada.	0,0
Realização de oficinas com merendeiras	Os 7 professores afirmaram ter ocorrido apenas uma oficina com as merendeiras.	Os 4 entrevistados relataram a ocorrência de uma oficina com as merendeiras, conduzida pela nutricionista do NASF.	Não foi possível mensurar	O diretor entrevistado relatou ter ocorrido apenas uma oficina com as merendeiras.	relataram a ocorrência de uma oficina com as merendeiras, conduzida pela nutricionista do NASF.	O relatório de acompanhamento da intervenção permitiu confirmar a realização de uma oficina, com a confirmação de lista de frequência.	Não foi possível observar.	Todas as fontes confirmaram a realização de apenas uma oficina com a presença apenas das merendeiras.	2,5
Realização de oficinas com vendedores do entorno da escola;	Os 7 professores afirmaram não ter ocorrido a oficina com vendedores do entorno da escola.	Os 4 entrevistados relataram não ter ocorrido oficina com vendedores ambulantes do entorno da escola.	Não foi possível mensurar	O diretor entrevistado relatou não ter ocorrido a oficina com vendedores do entorno da escola.	Os 4 entrevistados relataram não ter ocorrido oficina com vendedores ambulantes do entorno da escola.	O relatório de acompanhamento da intervenção permitiu confirmar que estas oficinas não foram realizadas.	Não foi possível observar.	Todas as fontes confirmaram que esta atividade não foi realizada.	0,0

APÊNDICE K – Matriz processamento dos dados coleta 1 (Fase 2) (M1/C1) (continuação)

Subdimensões	Questionário Professores	Entrevista professores	Questionário Alunos	Entrevista Diretores	Entrevista profissionais de saúde	Relatório PROSE	Diário de campo	Cotejamento	Pontuação
Realização de entrevistas em rádio comunitária	Os 7 professores afirmaram ter ocorrido duas entrevistas.	Dos 4 entrevistados, um relatou a realização de uma entrevista sobre o PROSE na rádio comunitária local.	Não foi possível mensurar	O diretor entrevistado relatou a realização de uma entrevista sobre o PROSE na rádio comunitária local.	Os 4 entrevistados relataram a realização de duas entrevistas sobre o PROSE na rádio comunitária local.	O relatório de acompanhamento da intervenção permitiu confirmar a realização de duas entrevistas em rádio comunitária local.	Não foi possível observar.	Todas as fontes confirmaram a realização de duas entrevistas em rádio comunitária.	3,0
Existência de Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI) PSE	Os 7 professores afirmaram ter ocorrido seis reuniões do GTI PSE.	Os 4 entrevistados relataram a ocorrência de reuniões mensais do GTI PSE, indicando a existência de Atas e listas de presença.	Não foi possível mensurar	O diretor entrevistado relatou ter ocorrido seis reuniões do GTI PSE.	Os 4 entrevistados relataram a ocorrência de reuniões mensais do GTI PSE, indicando a existência de Atas e listas de presença.	O relatório de acompanhamento da intervenção permitiu confirmar a realização de reuniões mensais do GTI PSE.	Não foi possível observar.	A maioria dos respondentes e os dados de análise documental permitiram confirmar a realização de reuniões mensais do GTI PSE.	5,0
Atividades em articulação entre educação e saúde	Os 7 entrevistados relataram a realização de duas atividades intersetoriais.	Os 4 entrevistados relataram a realização de duas atividades intersetoriais.	Não foi possível mensurar	O diretor entrevistado relatou a realização de ações intersetoriais.	Os 4 entrevistados relataram a realização de duas atividades intersetoriais.	O relatório de acompanhamento da intervenção permitiu confirmar a realização de ações intersetoriais entre as escolas, ESF e NASF.	Não foi possível observar.	A maioria dos respondentes confirmaram a realização de ações intersetoriais.	5,0
									79,9

APÊNDICE L – Roteiros de entrevistas (Fase 3) - Representantes do GTI-M PSE

<p>IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO DATA __/__/____ Nome _____ Município: _____ Escola: _____ ou USF: _____</p>
<p>PREÂMBULO [Apresentação pessoal do entrevistador]: Eu sou Nília Prado, farmacêutica e aluna do doutorado em Saúde Coletiva da UFBA, Instituto de Saúde Coletiva (ISC). Estou desenvolvendo um projeto intitulado “Análise de implantação de uma intervenção intersetorial para promoção da saúde em sistemas locais de saúde”. Nesta pesquisa tenho como objetivo compreender o processo de implantação da intervenção intersetorial PROSE que foi desenvolvida em 10 municípios do Estado da Bahia. Para tanto, será necessário identificar alguns profissionais de saúde, educação e alunos envolvidos no processo e como as práticas estão ou foram desenvolvidas pelos diferentes atores sociais nos diversos locais. Gostaria de entrevista-lo. Caso você aceite, gravarei a nossa conversa e os dados gravados serão posteriormente transcritos e após sua utilização serão destruídos. Todos os dados que forem prestados por você, serão codificados e garantidos o anonimato e a confidencialidade (em momento algum seu nome aparecerá na redação do trabalho). Você aceita participar?</p>
<p>TRAJETÓRIA SOCIAL E PROFISSIONAL/CAPITAL</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Inicialmente, gostaria de pedir que fale um pouco sobre a sua trajetória de vida... onde nasceu, o que faziam seus pais... seus avós... onde você estudou na infância e adolescência... 2. Você formou em que área 3. Depois de formado, você fez algum curso de especialização? 4. Como iniciou a sua carreira profissional? Assumiu algum cargo administrativo? <p>Ocupa cargo dirigente? Politico? (Onde? Há quanto tempo ocupa? Fale sobre a sua trajetória política ou administrativa)</p>
<p>IMPLANTAÇÃO DAS AÇÕES</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fale de modo geral sobre o PSE no seu município. 2. Há algum espaço de articulação permanente da educação e da saúde para planejamento das ações (comissão? Grupo de trabalho intersetorial?) 3. No seu município EXISTE ou foi CRIADA uma comissão para discussões sobre as praticas articuladas entre o PSE e PSF e entre profissionais de Educação e Saude? 4. Você sabe quem participa desta comissão? 5. Existe GTI PSE no município? 6. Há Quanto tempo? 7. Você sabe explicar como são definidas as ações prioritárias do GTI PSE M? 8. Você teve conhecimento do desenvolvimento das atividades do projeto PROSE? 9. Fale de modo geral, sobre as suas expectativas em relação ao desenvolvimento das ações de intervenção PROSE no seu município. (O que mudou?) 10. Em sua opinião, o projeto PROSE contribuiu com alguma mudança no ambiente escolar? (Quais?) 11. Você teria alguma sugestão que gostaria de dar em relação ao PROSE 12. Você acha que tem alguém que eu poderia entrevistar para contribuir com meu trabalho? 13. Existe mais alguma colocação que você queira fazer?

APÊNDICE L – Roteiros de entrevistas (Fase 3) - Alunos multiplicadores (Continuação)

IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO

DATA ___/___/___ Nome _____

Município: _____

Escola: _____ ou USF: _____

PREÂMBULO

[Apresentação pessoal do entrevistador]: Eu sou Nília Prado, farmacêutica e aluna do doutorado em Saúde Coletiva da UFBA, Instituto de Saúde Coletiva (ISC). Estou desenvolvendo um projeto intitulado “Análise de implantação de uma intervenção intersetorial para promoção da saúde em sistemas locais de saúde”. Nesta pesquisa tenho como objetivo compreender o processo de implantação da intervenção intersetorial PROSE que foi desenvolvida em 10 municípios do Estado da Bahia. Para tanto, será necessário identificar alguns profissionais de saúde, educação e alunos envolvidos no processo e como as práticas estão ou foram desenvolvidas pelos diferentes atores sociais nos diversos locais. Gostaria de entrevista-lo . Caso você aceite, gravarei a nossa conversa e os dados gravados serão posteriormente transcritos e após sua utilização serão destruídos. Todos os dados que forem prestados por você, serão codificados e garantidos o anonimato e a confidencialidade (em momento algum seu nome aparecerá na redação do trabalho). Você aceita participar?

TRAJETÓRIA SOCIAL E PROFISSIONAL/CAPITAL

Inicialmente, gostaria de pedir que fale um pouco sobre a sua trajetória de vida... onde nasceu, o que faziam seus pais... seus avós...onde você estudou na infância e adolescência...

IMPLEMENTAÇÃO DO PROSE

1. Você participou das aulas do PROSE?
2. Você lembra quem conduziu as aulas?
3. Achou as aulas interessantes?
4. Você notou alguma mudança na alimentação escolar nos últimos dois anos?
5. Onde você tem adquirido a sua merenda escolar?
6. Qual é o cardápio normalmente da merenda escolar? Fale sobre os alimentos normalmente servidos.
7. Ocorreu alguma mudança na alimentação em sua casa, nos últimos dois anos?
8. Existem aulas práticas de educação física na sua escola? Onde ocorrem estas aulas? Vocês utilizam a quadra da escola? Ou outros espaços? Quais? Como costumam ser? Quais esportes vocês praticam?
9. Quantas aulas de educação física prática vocês costumam ter por semana?
10. Você tem praticado exercícios físicos fora do ambiente da escola?
11. Quais atividades têm sido praticadas?
12. Vocês desenvolveram atividades de promoção da saúde (atividade física e ou competições esportivas dentro ou fora da escola)? Quem participou da organização? quem participou da atividade. Fale um pouco sobre esta experiência.
13. Você conhece a página do Projeto PROSE no FACEBOOK? Você gostou? Curtiu as atualizações?
14. Você achou o PROSE importante na sua vida? E para sua família?
15. Você achou o PROSE importante para a sua escola?
16. Você teria alguma sugestão que gostaria de dar em relação ao PROSE?
17. Existe mais alguma colocação que você queira fazer?

APÊNDICE L – Roteiros de entrevistas (Fase 3) - Merendeiras das escolas Municípios- Intervenção (Continuação)

IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO

DATA ___/___/___ Nome _____

Município: _____

Escola: _____ ou USF: _____

PREÂMBULO

[Apresentação pessoal do entrevistador]: Eu sou Nília Prado, farmacêutica e aluna do doutorado em Saúde Coletiva da UFBA, Instituto de Saúde Coletiva (ISC). Estou desenvolvendo um projeto intitulado “Análise de implantação de uma intervenção intersetorial para promoção da saúde em sistemas locais de saúde”. Nesta pesquisa tenho como objetivo compreender o processo de implantação da intervenção intersetorial PROSE que foi desenvolvida em 10 municípios do Estado da Bahia. Para tanto, será necessário identificar alguns profissionais de saúde, educação e alunos envolvidos no processo e como as práticas estão ou foram desenvolvidas pelos diferentes atores sociais nos diversos locais. Gostaria de entrevista-lo . Caso você aceite, gravarei a nossa conversa e os dados gravados serão posteriormente transcritos e após sua utilização serão destruídos. Todos os dados que forem prestados por você, serão codificados e garantidos o anonimato e a confidencialidade (em momento algum seu nome aparecerá na redação do trabalho). Você aceita participar?

TRAJETÓRIA SOCIAL E PROFISSIONAL/CAPITAL

Inicialmente, gostaria de pedir que fale um pouco sobre a sua trajetória de vida... onde nasceu, o que faziam seus pais... seus avós...onde você estudou na infância e adolescência...

IMPLEMENTAÇÃO DO PROSE

Gostaria que falasse um pouco sobre a merenda escolar nesta escola.

1. Quem define o cardápio da merenda escolar? Os alunos opinam sobre a merenda escolar: escolhem algum alimento? Reclamam ou gostam normalmente?
2. Qual o cardápio semanal, normalmente? Fale sobre os alimentos normalmente servidos.
3. Ele normalmente é alterado? Com que frequência? Semanal, mensal, semestral?
4. Você notou alguma diferença na merenda escolar servida pela escola?
5. Os alunos do segundo e terceiro ano do ensino médio adquirem a merenda escolar de que forma? Comem a merenda escolar servida pela escola?
6. Você teve conhecimento sobre as ações do projeto PROSE? Fale um pouco sobre isso.
7. Você teria alguma sugestão que gostaria de dar em relação ao PROSE?
8. Existe mais alguma colocação que você queira fazer?

APÊNDICE L – Roteiros de entrevistas (Fase 3) – Profissionais de saúde e professores (Continuação)

IDENTIFICAÇÃO	
Nome _____	USF _____ ou ESCOLA _____
TRAJETÓRIA SOCIAL E PROFISSIONAL	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Inicialmente, gostaria de pedir que fale um pouco sobre a sua trajetória de vida...onde nasceu...o que faziam seus pais...seus avós...onde você estudou na infância e adolescência ... 2. Depois de formado, você fez algum curso de especialização? 3. Por que você decidiu ser professor (ou profissional de saúde-citar profissão do entrevistado) 4. Como iniciou a sua carreira profissional? (Concurso? Contrato) 5. Você já participou de algum movimento social? (Associação, sindicato? Militância política?) 6. Tem outra opção? (Qual? Onde?) 7. Ocupa cargo dirigente? Político? Administrativo? (Onde? Há quanto tempo ocupa? Fale sobre a sua trajetória política ou administrativa) 8. Quando você começou a trabalhar nessa escola? Quem te convidou? 9. Há quanto tempo está no serviço? (Fale um pouco sobre sua experiência neste serviço) 10. Ocupa ou já ocupou cargo dirigente neste local? (Onde? Há quanto tempo ocupa? Fale sobre a sua trajetória administrativa). Como você define a sua atuação profissional atualmente? 	
POSIÇÃO NO ESPAÇO SOCIAL	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Fale um pouco sobre a sua participação no PROSE. Quem te convidou? O que você achou de ser convidado? Você ficou interessado em participar? Por quê? Que influências ou mudanças isso teve na sua rotina de trabalho? Foi bom ou ruim? Quando começou a participar? 2. Você participou do planejamento das aulas? Fale um pouco sobre este processo. 3. Os profissionais de saúde e educação participaram do planejamento dos planos de aulas? (De que forma?) 4. Os planos de aulas discutidos com a equipe do projeto PROSE foram efetivamente cumpridos? (No prazo especificado? Quando?) 5. Qual o motivo do não cumprimento do prazo? (Se houve descumprimento) 6. Você conduziu alguma aula? (Qual ou quais) 7. Você acha que os alunos se interessaram? Por quê? 8. Você pode falar um pouco sobre algumas ações que foram implementadas pelos participantes do PROSE, que contribuíram para a continuidade das ações propostas pela intervenção de promoção da saúde? 9. Fale de modo geral, sobre as suas expectativas em relação ao desenvolvimento das ações de intervenção PROSE no seu município. (O que mudou?) 10. Foram desenvolvidas ações que não estavam previstas pela intervenção PROSE? (Quais? Descreva. Tem fotos?) 11. O que não mudou? 12. Quais as facilidades para a implantação das ações propostas pelo PROSE? 13. Você considera que houve dificuldades para a implantação das ações propostas pelo PROSE? 14. Foi desenvolvida alguma atividade em parceria com os profissionais de saúde e educadores recentemente? (Fale um pouco sobre esta experiência) 15. Você tem DIFICULDADE em DESENVOLVER atividades entre os professores e os profissionais de saúde? 16. Quais as DIFICULDADES que você percebe em relação a realização de atividades entre os professores e os profissionais de saúde? 17. Houve algum espaço de articulação permanente da educação e da saúde para planejamento das ações? (Comissão local? Grupo de trabalho intersetorial) 18. No seu município EXISTE ou foi CRIADA uma comissão para discussões sobre as práticas articuladas entre o PSE e PSF e, entre profissionais de Educação e Saúde? 19. Você participa da Comissão? 20. Existe GTI PSE no município? 21. Você participa do GTI PSE-M? (Há quanto tempo) 22. Como são definidas as ações e plano de ação no território de atuação? Como ocorre o processo de definição de prioridade e início da operacionalização da ação? 23. Quando as ações são definidas e elencadas no plano de ação do GTI-M, existe a necessidade de aprovação em alguma instância institucional no sistema local? 24. E em relação ao PSE, você acompanha as ações no município? 25. Você continua acompanhando o que ocorre em relação ao PROSE? 26. Em sua opinião, o projeto PROSE contribuiu com alguma mudança no ambiente escolar? (Quais) 27. E para a sua vida profissional? Você gostou de ter participado do PROSE? 28. Você teria alguma sugestão que gostaria de dar em relação ao PROSE? Existe mais alguma colocação que você queira fazer? 	

APÊNDICE L – Roteiros de entrevistas (Fase 3) – Gestores (Continuação)

<p>IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO DATA ___/___/___ Nome _____ Município: _____ Escola: _____ ou USF: _____</p>
<p>TRAJETÓRIA SOCIAL E PROFISSIONAL</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Inicialmente, gostaria de pedir que fale um pouco sobre a sua trajetória de vida... onde nasceu, o que faziam seus pais... seus avós...onde você estudou na infância e adolescência... 2. Você formou em que área 3. Depois de formado, você fez algum curso de especialização? 4. Como iniciou a sua carreira profissional? Assumiu algum cargo administrativo? 5. Ocupa cargo dirigente? Politico? (Onde? Há quanto tempo ocupa? Fale sobre a sua trajetória política ou administrativa.
<p>IMPLANTAÇÃO DAS AÇÕES</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fale de modo geral sobre o PSE no seu município. 2. Há algum espaço de articulação permanente da educação e da saúde para planejamento das ações (comissão? Grupo de trabalho intersetorial?) 3. No seu município EXISTE ou foi CRIADA uma comissão para discussões sobre as práticas articuladas entre o PSE e PSF e entre profissionais de Educação e Saúde? 4. Você sabe quem participa desta comissão? 5. Existe GTI PSE no município? 6. Há Quanto tempo? 7. Você sabe explicar como são definidas as ações prioritárias do GTI PSE M? 8. Você teve conhecimento do desenvolvimento das atividades do projeto PROSE? 9. Fale de modo geral, sobre as suas expectativas em relação ao desenvolvimento das ações de intervenção PROSE no seu município. (O que mudou?) 10. Em sua opinião, o projeto PROSE contribuiu com alguma mudança no ambiente escolar? (Quais?) 11. Você teria alguma sugestão que gostaria de dar em relação ao PROSE 12. Você acha que tem alguém que eu poderia entrevistar para contribuir com meu trabalho? 13. Existe mais alguma colocação que você queira fazer?

APÊNDICE M – Roteiro para análise documental

Documento a ser analisado	Descrição	Categoria	Conceitos relevantes	Norma instituída	Informações extraídas

APÊNDICE N – Excertos de entrevistas com agentes envolvidos no processo de implementação da intervenção PROSE nos municípios.

DIMENSÃO	EXCERTO	EVIDÊNCIA
	<p>'A nossa dificuldade maior é porque, assim, eles têm já todos os conteúdos programados para serem trabalhados durante o ano. Já vem tudo certo e não sei o que. Aí, se entra mais alguma coisa, eles acham que é extra, já acham que já tá cheio de trabalho, que não tem condições. Vou fazer o que? Vou forçar a escola a fazer?'. Tem que fazer, mas só que... Aí, a gente vê essa resistência assim. Fora que, às vezes, assim, o profissional de saúde também tem a sua agenda né? Aí, o ano que vem a gente vai ter que tentar... Tanto é que eu vou até conversar com a coordenadora do PSE, da educação, pra gente ver se a gente consegue articular melhor, fazer um planejamento, onde a gente pega algumas escolas e um profissional, vamos supor, um nutricionista...</p>	Profissionais de saúde
	<p>'Eu aprendi com a saúde que eu não tinha esse conhecimento, aprendi a valorizar o trabalho mais ainda da saúde e percebi que o pessoal da saúde aprendeu a trabalhar com a gente né então isso que acontece na saúde e educação acho que os municípios deveriam levar bem mais a sério'</p>	Profissionais de saúde
	<p>'(...) troca é muito legal, se as pessoas trocassem mais cada um tem seu saber, sei eu tenho que aprender com o outro o que ele sabe'</p>	Profissionais de saúde
	<p>'O que eu sinto maior dificuldade, também, em relação ao programa, tipo assim, as escolas têm uma programação pedagógica para o ano todo. Então, eu sempre lutei pra que as escolas convidem a gente, pra, durante a programação pedagógica (...)'</p>	Profissionais de saúde
QUALIFICAÇÃO DOS AGENTES	<p>'eu acho que é uma grande contribuição, que é uma parceria que a gente forma, entendeu? Hoje, eu tenho acesso. Os professores vivem aqui. Os professores vêm pedir palestras, depois do PROSE'</p>	Profissionais de saúde
	<p>'Porque eles tem um conhecimento técnico né, de determinadas coisas que poderiam melhorar o desenvolvimento da aula né, as questões que muitas vezes os alunos fizeram que a gente por limitação de conhecimento não pode responder, talvez essa participação de um profissional da área mais de saúde, essa participação foi muito importante...'</p>	Profissionais de saúde

APÊNDICE N – Excertos de entrevistas com agentes envolvidos no processo de implementação da intervenção PROSE nos municípios (Continuação).

DIMENSÃO	EXCERTO	EVIDÊNCIA
<p>QUALIFICAÇÃO DOS AGENTES/FATORES CONTEXTUAIS E INDIVIDUAIS</p>	<p>Fui convidada para participar do Prose pelos pesquisadores (de Salvador) 'A gente acaba tendo essa dificuldade, é com as pessoas que ficam ao redor das escolas vendendo os alimentos que não são saudáveis' 'Conduzi as oficinas com as merendeiras nas duas escolas' 'Conduzi também com pais dos escolares e vendedores de alimentos do entorno' 'A equipe que eu trabalhava me apoiou bem, as escolas também. Tanto é que a gente acabou ficando com uma parceria nas escolas' Participei da sessão temática também com os professores, sobre alimentação saudável' Os professores estavam muito comprometidos, todas as aulas foram dadas' 'Os materiais das sessões temáticas, nos do NASF estamos utilizando em outras atividades, nas USF e em algumas palestras, nas próprias escolas' 'Na merenda, eu lembro que eles trabalhavam com a mesma alimentação, com o mesmo cardápio que os municípios costumam trabalhar... eles até incrementavam um pouquinho mais, porque o estado manda uma verba um pouco maior que a do município...disponibilizam frutas, sucos, verduras....com a agricultura familiar facilitou um pouco mais...' 'Os professores e educadores físicos do NASF, desenvolveram várias atividades com os alunos: caminhadas, bicicletadas (passeios de bicicleta em grupo), feiras de saúde sobre alimentação saudável (aproveitamento de alimentos) e atividade física" 'O pessoal de Salvador (da equipe do Prose) também deu um suporte, deu um bom suporte pra gente' 'O PROSE veio, logo em seguida chegou o PSE. Então, assim, o PSE, é como se ele tivesse dando uma continuidade naquilo que vem do PROSE, porque a parte da alimentação saudável, ela continua e tem a questão, também, da parte da atividade física, que é a semana saúde na escola' 'Junto com a educação. Como, assim, tava muito envolvido as coordenadoras da educação, junto com a gente aqui da saúde, eles foram falando pra gente, "Ó, é bom trabalhar assim.". A gente foi atrás de material. Tipo, como eu poderia trabalhar alimentação saudável em português, em matemática? A gente conseguiu um conteúdo bom pra que fossem inseridas as temáticas que tinham que ser trabalhadas nesses temas, para não sair do conteúdo da escola' 'Tudo foi programado... "Vamos tentar implementar esse cardápio durante essa semana ou durante esse mês, para ver a aceitação dos alunos?" 'Participar do Prose, aumentou meu conhecimento, que eu acho que tudo o que vem é válido pra você, e acho que depende muito do profissional também querer abraçar. Então, eu achei que foi um projeto muito interessante'</p>	<p>Profissionais de saúde/professores</p>

APÊNDICE N – Excertos de entrevistas com agentes envolvidos no processo de implementação da intervenção PROSE nos municípios (Continuação).

DIMENSÃO	EXCERTO	EVIDÊNCIA
QUALIFICAÇÃO DOS AGENTES	<p>'Quem me convidou para participar do Prose foi o diretor do colégio DRS' 'Caminhada... Nós fizemos caminhadas. Eu fiz aula de aeróbica, fiz esporte... Várias... A gente dividia né? Cada... Depois do horário da aula, tinha um horário, aí, os alunos ficavam comigo e eu fazia atividades lá no salão' 'Cida, que ela é professora de ciências... Era sempre que tinha um professor... A gente sempre fazia. Foi eu e Cida. Eu lembro que a gente conduziu várias aulas juntas' 'Na verdade, eu acho que os adolescentes, eles gostam disso... Essa aula presa, ficar só ali... Então, o PROSE trouxe isso aí também, novas formas de trabalhar com os alunos...motivou todo mundo na verdade, nós, os professores, os alunos, até as merendeiras estavam motivadas a modificar os cardápios' 'Quando começou a semana que a gente começou apresentar o PROSE, a gente começou a se reunir e falar como ia ser feito né? Os horários, dividir tudo como ia ser feito... A gente fez isso aí. Teve esse planejamento' 'Saúde e escola, a gente não tinha muito esse contato. Então, quando começou acontecer isso, o PROSE veio, começou a ter esse contato. Tá acontecendo melhor. A gente tá participando. Eles convidam a gente. A gente sempre tá lá' 'O que eu achei um pouquinho no vídeo, o áudio não era muito legal às vezes. Então, a gente tinha que ficar assim. Que os meninos, você sabe né? Às vezes estavam conversando, alguma coisa assim (...) o áudio, às vezes, não estava legal. Mas, o material no geral era muito bom' 'Se for falar assim "Vai acontecer", acho que o pessoal não teve essa dificuldade de vir, de participar... Isso aí, pelo grupo que eu conheço, o pessoal participa muito'</p>	<p>Profissionais de Saúde</p>
	<p>'Fui convidada pelo diretor do colégio do meu território de atuação' 'Fizemos várias atividades, e continuamos fazendo: aula de aeróbica, futebol, baleado, e inclusive com os professores de educação física'</p>	<p>Profissionais de Saúde</p>
	<p>'A gente é sempre convidada para fazer palestra, eles convidam para fazer a temática' 'Eu aprendi com a saúde (profissionais do setor do PSE), eu não tinha esse conhecimento, aprendi a valorizar o trabalho mais ainda da saúde e percebi que o pessoal da saúde aprendeu a trabalhar com a gente né, então isso que acontece na saúde e educação acho que todos os município deveriam levar bem mais a sério por que há essa necessidade de aprendermos mais para dar melhor assistência aos nossos alunos, a gente percebe muito isso, melhor que teve esse pacto de assumir saúde e educação trabalhar juntos'</p>	<p>Profissionais de saúde</p>

APÊNDICE N – Excertos de entrevistas com agentes envolvidos no processo de implementação da intervenção PROSE nos municípios (Continuação).

DIMENSÃO	EXCERTO	EVIDÊNCIA
QUALIFICAÇÃO DOS AGENTES	‘A educação, ela incluiu no calendário dela a semana na escola, o programa saúde na escola, justamente pra que a gente pudesse entrar na educação com os nossos projetos da saúde voltados, especificamente, para aqueles escolares. As reuniões, elas costumam ser periódicas’	Profissionais de saúde
	‘o professor entende que é a saúde que tem que fazer. É Programa Saúde na Escola, então, é a saúde que vai na escola. E a gente não vê por esse lado, a gente vê a saúde com a escola. A parceria. Porque ninguém sozinho vai para lugar nenhum’.	Profissionais de saúde
	‘Eu acho que o que dificulta é a questão remuneração. Eu acho que dificulta bastante. Você não é reconhecido financeiramente. Você não tem um retorno disso. Então, se você não tem retorno, você não tem interesse. O profissional da atenção básica de saúde, ele sai da unidade pra ir pra escola, deixa as atividades dele dentro da unidade de saúde e vai pra escola. Quando ele volta pra unidade de saúde, aquelas atividades estão acumuladas, ele vai tentar desmembrar tudo né? E não é reconhecido né? Em termos de remuneração. Eu vejo isso que emperra nessa situação’.	Gestores

APÊNDICE N – Excertos de entrevistas com agentes envolvidos no processo de implementação da intervenção PROSE nos municípios (Continuação).

DIMENSÃO	EXCERTO	EVIDÊNCIA
QUALIFICAÇÃO DOS AGENTES	<p>‘Quem faz o cardápio da merenda escolar aqui na escola sou eu. E ajudou bastante. Apesar de eu não ter acompanhado no ano de 2013, eu vi os resultados, os comentários, o material eu tive acesso, assim, também, um pouco... E ajudou no sentido da conscientização dos alunos em relação a açúcar, sal, todas essas coisas... Na época, a gente tinha uma dificuldade... No ano de 2013, ainda tinha o “Mais educação” aqui na escola, e a gente servia o almoço pros meninos, e a gente tinha uma dificuldade em relação ao sal. Desde então, o suco, que eles gostavam do suco muito doce, a gente foi, aos poucos, tirando mais esse açúcar, fazendo... Eu fui conversando mais com as merendeiras, tentando... E os alunos... Parece que eles ficaram mais conscientizados em relação a isso aí. Então, foi uma coisa boa que aconteceu... Em termos de não usar muito embutido, evitar algumas coisas, foi bom’</p> <p>‘Com muito mais frequência. A verdura, ela entrava aqui no cardápio da escola... Vamos falar assim, normalmente, a verba estando normal, a verdura entra no cardápio da escola, pelo menos, umas três vezes por semana. E quando não é a verdura, é a fruta. Então, sempre, todos os dias tinha alguma coisa. Ou um suco de fruta, ou a fruta, a verdura, a cenoura, couve-flor, batatas...’</p> <p>‘as aulas de educação física aqui, elas sempre foram aulas, assim, muito prazerosa pra os alunos, eles sempre foram de participar muito da educação física, essa quadra era usada constantemente, mas não tinha cobertura nessa quadra. De 2013 pra cá, essa quadra começou a ser coberta’</p>	<p>Gestores</p>
	<p>‘Se conseguir incluir isso no plano de curso do professor, a situação fica diferente. Porque, assim, na prática, quando a gente vai pegar “Não, eu tenho aqui essas vídeo-aulas, eu vou participar desse projeto”. Só que acontece que, na realidade... Vamos lá pra o chão da escola, quando vai o chão da fábrica... Eu tenho que dar os conteúdos da disciplina, eu tenho que dar avaliação, fechar nota, eu tenho que apresentar, eu tenho um prazo que direção vai me pedir uma nota e eu tenho que apresentar isso, mas eu posso usar esse material como se fosse um recurso a mais, e nem sempre utiliza, nem sempre, quando a gente não coloca isso no plano de curso, é utilizado’.</p>	<p>Professores</p>

APÊNDICE N – Excertos de entrevistas com agentes envolvidos no processo de implementação da intervenção PROSE nos municípios (Continuação).

DIMENSÃO	EXCERTO	EVIDÊNCIA
QUALIFICAÇÃO DOS AGENTES	<p>'Aquele curso foi fantástico. Eu não conhecia muito do SUS, sabe? Aquela parte intersetorial do SUS, como é que é organizado, área de cobertura, área de não cobertura. Era uma parte, realmente, que eu não conhecia, e eu precisava''.</p>	<p>Professores</p>
	<p>'Eu acho que tudo que a gente aprende contribui na vida profissional. Entendeu? Todo aprendizado traz sempre uma influência em mudanças de atitude'.</p>	<p>Profissionais de Saúde</p>
	<p>'Normalmente existe a pratica na aula de educação física, e tem muitos alunos que participam das atividades educacionais da escola. Então no turno oposito ou final de tarde vem treinar com os professores'.</p>	<p>Professores</p>
	<p>'O material é bom, acho que uma coisa que facilitou o trabalho da gente... eu tentei pegar o material que foi passado para gente e dar uma linguagem histórica, eu fiz um resgaste histórico a respeito das questões dos jogos e atividade esportiva e tudo mais'.</p>	<p>Professores</p>
	<p>'Uma das principais mudanças foi se falar mais em alimentação saudável né? Isso refletiu na sala de aula, isso refletiu na feira de ciências da escola, refletiu na cozinha. Eu, enquanto... Como eu faço o cardápio da merenda também... Tudo isso foi reflexo do PROSE'</p>	<p>Profissionais de saúde</p>

APÊNDICE N – Excertos de entrevistas com agentes envolvidos no processo de implementação da intervenção PROSE nos municípios (Continuação).

DIMENSÃO	EXCERTO	EVIDÊNCIA
<p>ARTICULAÇÃO ENTRE OS SETORES</p>	<p>‘Acompanhei. Com relação ao PROSE, nós não ouvimos nenhuma queixa a respeito de dificuldade de articulação com a educação, de afinidade entre os colegas de saúde e educação. Pelo contrário, nós estivemos participando das reuniões, e a gente percebeu que existia essa afinidade, existia essa cumplicidade entre os profissionais, existia realmente uma parceria. Acredito que porque o início do programa foi realizado de forma muito bem organizada, as propostas foram bem trabalhadas, foram discutidas, e o planejamento foi realizado de forma efetiva’</p>	<p>Gestores</p>
	<p>‘E o vínculo é mais difícil de ser constituído, intersetorialidade depende muito de vínculo, você tem, não adianta, você precisa conversar... a escola como um potente espaço nos mobilizava muito para andar, e é diferente...’</p>	<p>Profissionais de saúde</p>
	<p>‘não tem intersetorialidade se a gente não tiver vontade, solidariedade não tiver paciência... para conversar e pensar estratégias juntos para poder qualificar ações que já estão dadas no território’</p>	<p>Profissionais de saúde</p>
	<p>‘E eu acho que a marca que o programa traz, ela traz as duas práticas ele traz os dois setores, muito em imbricados, eu não consigo separar essas duas coisas não dá para desamarrar, quando eu falo assim do planejamento, eu falo do planejamento essas duas equipes juntas’</p>	<p>Profissionais de saúde</p>
	<p>‘Acho que é botar a mão na massa mesmo. Vir conversar, ter interesse e tal... Às vezes, parecia que o pessoal da saúde não estava disponível pra escola. Às vezes, parecia que a escola não estava disponível pra o pessoal da saúde e vice-versa. Então, assim, é um processo de construção’</p>	<p>Profissionais de saúde</p>
	<p>‘(...) antes do programa, a gente quase não tinha vínculo nenhum com a educação né? Fazia uma atividade esporádica ou outra na escola, uma palestra né? Aí era uma coisa mais pontual, voltada, basicamente, a uma ou outra escola, e não tinha uma programação, não tinha nada...’</p>	<p>Profissionais de saúde</p>

APÊNDICE N – Excertos de entrevistas com agentes envolvidos no processo de implementação da intervenção PROSE nos municípios (Continuação).

DIMENSÃO	EXCERTO	EVIDÊNCIA
ARTICULAÇÃO ENTRE OS SETORES	<p>‘Quem me convidou foram os professores e diretores das duas escolas escolhas que foi uma da minha área (para participar do PROSE).’ ‘Particpei aquele cronograma todo foi em equipe, cada um deu uma opinião do que queria desenvolver nas escolas’</p> <p>‘As aulas não ficaram para a gente enfermeiros e as aulas ficaram para nutricionista educador físico, o enfermeiro ficou com essa parte de conhecer a unidade, a gente falar e mostrar da promoção de saúde, das merendeiras’ ‘Além da proposta do PROSE, como assim, atividades de educação física, profissionais da saúde, caminhadas, passeios feira de ciência, foi feita nas escolas, promoveu atividade física, grupo de dança, campeonato, disputas entre os alunos (...)’</p> <p>‘Em relação a isso para a gente incentivarem eles a venderem por que aquelas pessoas que estão vendendo ali estão precisando mas vender coisas saudáveis’ ‘Ano todo a gente está trabalhando com a escola, não é só o PSE, e saúde bucal, hanseníase também na escola, o tempo todo estamos trabalhando com a escola, a gente divide... quando vai desenvolver essas atividades na escola o professor participa... em comum acordo, nada estava sendo imposto’.</p>	<p>Profissionais de saúde</p>
	<p>‘Então, a gente, antes, faz essa avaliação, dos pontos positivos, dos pontos negativos. Eu apresento o meu projeto, ele traz o dele também. A gente vê o que é possível ser realizado, entra em acordo. Depois a gente pensa em fazer como a gente fez o ano retrasado, o ano passado... Nós fizemos reunião, depois, com os diretores, apresenta esse plano de ação, apresenta os cronogramas né? De que forma a escola pode se adaptar, fazer suas adaptações dentro do cronograma da saúde. Então, a gente tenta fazer um acordo pra que isso possa ser trabalhado da melhor forma possível, que não atrapalhe nem o andamento das atividades da escola e nem, também, do pessoal da saúde’</p>	<p>Profissionais de saúde e gestores</p>

APÊNDICE N – Excertos de entrevistas com agentes envolvidos no processo de implementação da intervenção PROSE nos municípios (Continuação).

DIMENSÃO	EXCERTO	EVIDÊNCIA
DIFICULDADES	‘Na apresentação do “Prose” que aconteceu na escola C1, todos os envolvidos no programa “Saúde na escola” foram convidados, né? Para apresentar como o programa ia acontecer. Mas, assim, de início, a gente ficou meio entristecido, porque só haviam escolas do Estado envolvidas no “Prose”’	Gestores
RESULTADOS	<p>‘A gente quer continuar realizando esse trabalho aqui né? Independentemente de o projeto ter terminado ou não.’</p> <p>‘Foi uma ação de grande importância, de grande relevância. Os pais dos alunos nos procuraram, elogiaram bastante, demonstraram preocupação com as condições de alimentação dos seus filhos, inclusive, tinha umas três mães que são agentes de saúde, que são profissionais de saúde, que nos sinalizaram desse projeto que estava sendo realizado, da importância realmente né? Pra gente foi bem satisfatório sabe? Saber que as pessoas lá na ponta, os próprios beneficiados estavam dando retorno’.</p> <p>Existe aquele cabo de guerra, naquela fogueira de vaidades, as pessoas formam seu próprio grupo na secretaria de saúde, e na sua própria reunião, nesse mesmo momento é um grupo só e diz que tenta fazer as coisas com a secretaria de educação e nada funciona. É isso, tem muito ruído, tem muito, a comunicação é quase inexistente e a comunicação que há é cheia de ruídos. Aqui a nossa gestão é muito centralizadora, ao mesmo tempo não quer que nada aconteça sem o conhecimento deles, ao mesmo tempo não mandam a gente fazer nada, e cobra que a gente não faz nada, e se a gente fizer depois reclama que fez sem falar com eles, e eu acho que isso também acontece na secretaria de educação.</p>	<p>Gestores</p> <p>Gestores</p> <p>Gestores/professores</p>

APÊNDICE N – Excertos de entrevistas com agentes envolvidos no processo de implementação da intervenção PROSE nos municípios (Continuação).

DIMENSÃO	EXCERTO	EVIDÊNCIA
RESULTADOS	<p>'Toda experiência que vem de fora né? Que vem para somar aqui dentro do município... Pra gente é muito vantajoso. Porque, quando a gente trabalha sozinho, sem um suporte, a gente consegue fazer as atividades, mas não com tanta segurança, com tanta firmeza, como quando a gente tem um projeto que vem de fora pra poder ajudar né?'</p> <p>'... Eu acredito que é uma 'bola de neve'. Se você consegue fazer um trabalho adequado, você começa a atingir um público alvo maior, você vai pro adolescente, vai pro pai, vai pra mãe, vai pra um parente, e isso acaba refletindo numa condição, num hábito de vida mais saudável pra população'</p> <p>'Se ele tem condições de ter uma alimentação saudável, hábitos de higiene adequados, uma promoção de atividade física, que, muitas vezes, é aprendido na escola, mediante a um projeto igual o PROSE'</p> <p>'O PROSE, ele veio pra somar. E pretendemos continuar trabalhando, tanto essa parte nutricional ou atividade física'</p> <p>'Acredito que isso tudo tenha contribuído e vai contribuir pra gente melhorar ainda mais nossa saúde aqui no município'</p>	Gestores
	<p>'Eu acho que o NASF, inclusive, tem feito alguns projetos, algumas ações nesse sentido né? Reuniões com merendeiras das escolas... E ampliado, porque, assim, foi as escolas estaduais o alvo, onde a gente tem a maioria dos adolescentes, mas nós temos povoados, no nosso município em povoados que também tem adolescentes, também tem escolas onde eles frequentam, que a gente deve ampliar essa ação, essa metodologia que foi aplicada pelo Prose e implantar no município... Acho que é de grande importância, e resultados tem demonstrado um retorno bem positivo'.</p>	Profissionais de Saúde NASF

APÊNDICE N – Excertos de entrevistas com agentes envolvidos no processo de implementação da intervenção PROSE nos municípios (Continuação).

DIMENSÃO	EXCERTO	EVIDÊNCIA
FATORES RESTRITIVOS	<p>'Antes, nos anos anteriores, tinham essas participações, tinham essas formações. Então, o pessoal do estado vinha, fazia formação com os professores, receberam certificados, tiraram dúvidas, tiveram orientações... Então, foi muito produtivo. E aí, o pessoal que entrou mais recente, cobra isso. Infelizmente, a gente não tem como dar uma devolutiva positiva em relação a isso, porque não depende de nós'</p>	Gestores/coordenadores e professores
	<p>'Aí, no início, nós conseguíamos nos reunir todo mundo. Depois se desgastou assim, aí, só ficou mesmo eu e ela, tentando fazer algum trabalho, dando esse apoio pra que o PSE não desaparecesse...'</p>	Gestores/coordenadores
	<p>'Oh, das ações do PSE, logo no início, quando a gente entrou, a gente conseguia fazer a Semana de Saúde na Escola, que a gente fez palestra, a gente escolheu uma unidade escolar, fez palestra, convidou a Polícia Militar pra falar sobre violência, fez atividade de antropometria, atividade de saúde bucal. A gente conseguiu uma Semana de Saúde Bucal, logo em 2013, logo no início. A gente conseguiu, aí, já em 2014, já foi um pouco, já foi diminuindo as atividades. A gente solicitou também a participação da polícia. Aí acabaram não participando, aí em 2014 já foi um pouco mais pontual. A gente usou mais o núcleo, NASF, pra tá trabalhando. Entendeu? E o que a gente faz hoje no PSE mais é mesmo, eu digo assim, pontual, porque as equipes já têm muitas atribuições e eles acabam acarretando mais atribuições pra eles com o PSE, porque a gente não tem uma equipe focada só no Programa de Saúde na Escola, que seria o ideal, né? Só para trabalhar nas escolas, e a gente não tem, a gente acaba usando os mesmos profissionais que atendem na assistência, que tá com todo o processo de trabalho deles lá, pra tá atuando dentro, nessas ações, dentro da, do território deles. Nas escolas, que eles têm no território'</p>	Professores e profissionais de saúde

APÊNDICE N – Excertos de entrevistas com agentes envolvidos no processo de implementação da intervenção PROSE nos municípios (Continuação).

DIMENSÃO	EXCERTO	EVIDÊNCIA
<p>FATORES CONTEXTUAIS</p>	<p>‘as facilidades acho que por serem a temática e as duas escolas que já tem um trabalho muito bom no município já tem esse olhar voltado para a questão da alimentação da atividade física nível de conscientização dos alunos muito maior, isso mérito da escola que já trabalham com isso na rotina deles, tanto que nas atividades os meninos super empolgados, teve a rede social mesmo, eles se sentem motivados e acabam motivando mais a gente, e quando a gente chega nas escola você vê que não tem muita satisfação que tudo parece uma obrigação tanto por parte dos alunos e professores, mas eles não encararam e fazem música fazem atividades realmente muito motivados’</p>	<p>Profissionais de saúde</p>
	<p>‘E aí com a implantação do GTI, aqui no município permitiu que essas ações que eram antes muito centralizadas na saúde, que essas ações pudessem ser descentralizadas, que a proposta era articular componente 1 e componente 2, e componente 2 mais no âmbito na educação e a gente não estava conseguindo descentralizar essas ações para a educação e com a formação do GTI, isso ficou muito mais evidente, muito mais claro para a equipe de educação sobre essa necessidade de entregar essas responsabilidades e atribuições para eles’</p>	<p>Gestores</p>
	<p>‘o PROSE veio, logo em seguida chegou o PSE. Então, assim, o PSE, é como se ele tivesse dando uma continuidade naquilo que vem do PROSE, porque a parte da alimentação saudável, ela continua e tem a questão, também, da parte da atividade física, que é a semana saúde na escola’.</p>	<p>Gestores</p>
	<p>‘A gente pôde perceber, pelos relatos desses profissionais, que houve, sim, uma mudança de comportamento, que houve uma sensibilização, que os alunos foram beneficiados de forma direta com esse estímulo de promoção de saúde através de uma alimentação saudável, através de realização de atividades físicas, de um incentivo com uma atividade que venha fortalecer a realização de atividades físicas... Então, eu acredito, sim, que isso trouxe benefícios muito importantes pra comunidade, para o grupo de escolares’.</p>	<p>Gestores</p>

APÊNDICE N – Excertos de entrevistas com agentes envolvidos no processo de implementação da intervenção PROSE nos municípios (Continuação).

DIMENSÃO	EXCERTO	EVIDÊNCIA
FATORES RESTRITIVOS	<p>‘... Na verdade, a gente discute todas as ações em saúde durante todo o ano né? Inclusive a parte de atividade física. A gente tem o grupo do NASF... Temos dois NASF aqui no município e, dentro desse NASF, a gente tem profissionais que fazem parte do GTI-M. E aí, dentro desse grupo, a gente consegue fazer todas as discussões e entra, realmente, essa parte de atividade física nas escolas’</p>	Gestores/coordenadores
	<p>‘a gente teve uma luta, bastante significativa pra conseguir o PSE. Foi uma batalha pra gente conseguir na época porque tinha diversos critérios, muita documentação, uma burocracia para fazer a adesão’</p>	Gestores/coordenadores
	<p>‘Duas partes, essa questão do Estado que eu não sinto o acompanhamento das ações que estão acontecendo no município e aqui a questão política, muda a gestão, muda todo o ritmo de trabalho... e as prioridades...’</p>	
	<p>‘O PSE é muito difícil de ser implementado pois “os profissionais de saúde são hostilizados, quando vão fazer alguma campanha nas escolas”.</p>	Profissionais de saúde
	<p>‘Não existe um espaço permanente para planejamento das ações conjuntas, pois o GTI PSE se reúne a cada 6 meses</p>	Profissionais de saúde
	<p>o repasse (recurso financeiro repassado fundo a fundo e destinado a apoiar as ações do PSE) vem pra saúde né? Então, o que a gente faz é esse planejamento, eu faço o acompanhamento né? Junto com as escolas... Aí, se tem alguma demanda, eu solicito dele (coordenador PSE na Secretaria de Saúde) né? Quais são os encaminhamentos que a gente pode fazer... pra resolver esses impasses. E funciona, basicamente, assim’</p>	
	<p>‘nós temos a Semana de Saúde da Escola, onde a gente elege algumas escolas, que faça parte dessa semana. E aí, a gente organiza um cronograma, mobiliza professores, a direção da escola, a coordenação, o pessoal da saúde né? Que é, praticamente, quem toma frente pra poder realizar esse trabalho. Eu fico... Ajudo na coordenação, na realização e planejamento desse momento. E tem as outras atividades que são feitas do componente 1, do componente 2. Então, a gente realiza...’</p>	Gestores/coordenadores
	<p>‘Tem algumas ações que o estado nos envia. Tem outras que são feitas pelo pessoal da saúde, porque tem que ter um cronograma que atenda também essa questão da disponibilidade dos enfermeiros, porque tem uma demanda grande na ESF. Então, eles tentam casar de acordo com a demanda. Então, esse cronograma é feito, basicamente, a partir do que é prioritário...’</p>	
<p>‘Tem o SIMEC, que a gente precisa registrar esses dados. Então, eu faço o registro aqui, e o pessoal da saúde já faz lá também. Tanto um quanto o outro, a gente faz esses registros’</p>	Gestores/coordenadores	
<p>‘Nós tínhamos, além do que realizamos hoje, nós tínhamos também outras atividades, mas, infelizmente, o governo do estado retirou a contribuição que ele passava pra gente, essa verba, e ficou um pouco difícil... Então, teve algumas coisas que a gente ficou sem realizar esse ano’</p>		
<p>‘Eu acho que o que dificulta, às vezes é (...) Eu acho que, às vezes... Não sei se o profissional da saúde... Não sei se ele tá muito disposto a participar da educação’.</p>	Professores	

APÊNDICE N – Excertos de entrevistas com agentes envolvidos no processo de implementação da intervenção PROSE nos municípios (Continuação).

DIMENSÃO	EXCERTO	EVIDÊNCIA
FATORES RESTRITIVOS	‘Dificuldade né, equipe reduzida, sem salário e o tempo da educação são diferentes, eles levam mais tempo para mudar questões, tem um tempo de elaboração, de estudos, de assimilação’	Profissionais de saúde
	‘A gente tem tempo diferente nas duas coisas a gente tem na saúde naquela época avaliação dos setores pela sociedade’	Profissionais de saúde
	‘As vezes o pessoal da saúde vem na escola com uma proposta definida para apresentar algo definido pela própria secretaria eles apresentam e vão embora’	Professores
	‘Os professores, que Já tinha aquela rotina, a gente não podia colocar mais nada dentro daquilo’	
	‘Eu acho que é a questão mesmo da demanda de tempo. A demanda de tempo dificulta essa articulação’.	Professores e profissionais de saúde
	‘O que me incomodou nas aulas que vocês mandaram, é que era isso, na verdade já é um vídeo que poderia ter uma produção mais dinâmica e não tinha, mas eu entendo que é difícil porque precisaria ter uma equipe pra isso, vocês não são profissionais dessa área, mas tem também a captação do som que não era muito bom, embolava um pouco, o áudio visual da escola nunca é la grande coisa então não vai corrigir esse tipo de problema’	Professores e profissionais de saúde
	‘Nessa correria a gente acaba acompanhando um pouco distante, porque os problemas são muitos e você não tem como, uma vez ou outra estar presente, mas a gente tem uma conversa muito boa com o pessoal da saúde’	Professores
	‘Aí a gente providencia só o material que elas precisam né, mas aí este ano foi uma proposta já de lá, esse ano a escola porque justamente a escola já para entregar para gente um calendário’	Professores

APÊNDICE N – Excertos de entrevistas com agentes envolvidos no processo de implementação da intervenção PROSE nos municípios (Continuação).

DIMENSÃO	EXCERTO	EVIDÊNCIA
<p>FATORES RESTRITIVOS</p>	<p>'Infelizmente as medidas de intervenção a gente não pode monitorar e acompanhar e avaliar da forma que é realmente necessário. Esse pra mim é um dos grandes desafios e uma das grandes necessidades que nós temos pra mudança em relação ao programa, o programa ele tem um escopo muito bonito e acho que a gente tem condições de desenvolver ações independente do repasse financeiro, acho que deve ser feita essas ações intersetoriais e dialogo também entre a unidade básica de saúde e a unidade escolar, deve ser trabalhado. A gente ver aqui ao longo de anos, nos últimos três anos tendo uma preocupação, por exemplo, no momento da jornada pedagógica, que as escolas permitam a chegada do profissional da saúde pra chegar de forma conjunta e planejarem ações para o ano letivo que vai se iniciar e não apenas pra que esse profissional da saúde ele chegue na escola pra desenvolver atividades pontuais, que essas atividades elas sejam contextualizadas. Não adianta eu resolver questões apenas a respeito de alguma patologia, mas que faz parte daquela comunidade especificamente, que haja uma apropriação dos dados epidemiológicos, que haja essa apropriação por parte dos professores e dos estudantes e que isso reverbere na comunidade refletindo na qualidade de vida, esses são alguns desafios que nós temos enfrentado e que são desafios que nós sabemos que devem ser superados e que não estamos omissos nessa causa. O desafio é grande.</p>	<p>Gestores</p>
	<p>'Procuraram, mas não é aquela coisa que... Somos avisados a muito em 'cima da hora'. Não é uma coisa com muito planejamento não. Fica mais caracterizado como uma obrigação que eles têm que cumprir, do que como algo, assim, prazeroso, motivador'</p>	<p>Professores</p>
	<p>'Os professores, que Já tinha aquela rotina, a gente não podia colocar mais nada dentro daquilo'.</p>	<p>Gestores</p>
	<p>'Dificuldades foram mesmo no inicio duas secretarias com rotinas diferentes cronogramas diferentes cada um já tem muitas atribuições muito papel quando a gente fala em papel, a gente tem muito projeto muito programa também que a gente programa na unidade que tem que estender fora também e a escola também acho que foi a maior dificuldade conscientizar que é um programa das duas secretarias e vai fazer parte da nossa rotina e não é uma opção a gente vai ter que realmente fazer'</p>	<p>Gestores</p>
	<p>'Eu acho que tinha que ser diálogo mesmo. Uma pessoa encarregada de ir lá e vir aqui, conversar, estabelecer a melhor data de planejar, explicar pra gente qual é o planejamento deles lá, porque a gente também fica meio sem saber, e as coisas são passadas muito de última hora, e de que forma a gente poderia ajudar... Eles até fazem isso, mas não é do jeito que deveria, não é com aquela, com mais critério, com mais calma, com mais planejamento. Acho que falta planejamento. É isso que tá faltando'</p>	<p>Professores</p>

APÊNDICE N – Excertos de entrevistas com agentes envolvidos no processo de implementação da intervenção PROSE nos municípios (Continuação).

DIMENSÃO	EXCERTO	EVIDÊNCIA
FATORES RESTRITIVOS	'Eu acho que talvez fizesse de uma forma mais dinâmica, até nas aulas que foi exibida, algumas coisas que a gente interagir, alguma dinâmica'	Professores
	'A dificuldade é que quando chega no meio do ano quer dizer para cá a nossa primavera, se torna verão e o verão se torna verão levado ao quadrado, aí dificulta trabalhar lá fora porque a quadra não é coberta e o sol é muito quente e aí o espaço interno da escola não permite'	Professores/profissionais de saúde
	'Olha eu já estou me sentindo cansada, é a sobrecarga assim a gente quando chega uma determinada época, na semana pedagógica mesmo, vem aquele monte de projetos que a gente precisa desenvolver durante o ano e tudo e a gente acaba ficando assim sufocada com tanta atividade, tanta coisa né para dar conta e fica aquela correria e as vezes a gente nem percebe muito esse interesse do aluno de acompanhar esses projetos todos'	Professores
	'As vezes é preciso comprar isso da agricultura familiar, que tem uma certa dificuldade de ser adquirida e as vezes também por que os alunos não se adaptam a isso, se você der uma fruta você tem que dar uma merenda, para que a fruta ser uma espécie de sobremesa, senão eles não vão, eles reclamam quando são uma fruta só este ano a merenda por conta de problemas de ordem financeira'	Gestores
	'Até o horário de AC (atividade curricular) da gente está comprometido o governo tem enviado uma série de coisas, para a gente fazer no horário do AC, o que impede, hoje não é AC, hoje é o meu dia de folga a gente aqui no AC muitas vezes né José respondendo questões que o governo da estada manda, então a gente tem pouco tempo para corrigir, para preparar, para, se o material não viesse pronto, eu acredito que seria difícil de aplicar então uma das facilidades, o material é dinâmico sabe'	Professores

APÊNDICE N – Excertos de entrevistas com agentes envolvidos no processo de implementação da intervenção PROSE nos municípios (Continuação).

DIMENSÃO	EXCERTO	EVIDÊNCIA
FATORES RESTRITIVOS	'Agora não adianta você melhorar um pouco a merenda da escola em relação ao uso do sal, do açúcar por exemplo, e da gordura e não houver uma melhora dessa alimentação em casa por que eu acho o que acaba ocorrendo é isso é o resultado final do sobre peso dos alunos também isso não é por falta de conhecimento, eu vejo que isso é mais uma questão social'	Professores
	'Acho que na área da SAÚDE, que a gente fala pouco demais tem que começar a falar, a refletir mais com os nossos alunos'	Profissionais de saúde
	'Acabou que todas as ações que foram promovidas, que as escolas promoveram, relacionadas ao PSE, pra gente saber como, realmente, foi, eles mandavam um relatório e as fotos pra gente. Aí, a gente sabia, mais ou menos, como é que os alunos foram envolvidos nesse projeto. Mas aí, ano que vem, a gente tá querendo trabalhar dessa maneira, onde haja articulação e o planejamento com o professor e o profissional da saúde'.	Professores
	'O Prose foi um projeto muito importante pois permitiu que o município pudesse avaliar e estimular o trabalho direcionado as ações do PSE'	Gestores
	'Houve mudança nos hábitos alimentares de alguns alunos. Os alunos que tiveram problema de colesterol alto, eu observei durante o Prose... alguns alunos trouxeram diferenças de hábito alimentar.'	Professores
	'Eu acho que o PROSE também introduziu algumas questões importantes... Eu quis dizer assim. Que foi a partir daí que teve mais uma consciência, que começou falar da saúde na escola'	Professores e profissionais de saúde

APÊNDICE N – Excertos de entrevistas com agentes envolvidos no processo de implementação da intervenção PROSE nos municípios (Continuação).

DIMENSÃO	EXCERTO	EVIDÊNCIA
	<p>'No PROSE, por ter esse número menor de escolas, foram duas escolas estaduais, Roberto Santana e Eurides Santos, nós pudemos perceber que a viabilidade, que as ações aconteceram, o Prose permitiu, realmente, que o desenvolvimento fluísse com mais tranquilidade'.</p>	<p>Professores e profissionais de saúde</p>
<p>FATORES RESTRITIVOS</p>	<p>'E agora eu acho que cresceu mais assim antigamente se falava pouquíssimo sobre alimentação saudável, e essas práticas junto com saúde, a escola era separada, depois do PROSE eu acho que teve mais assim, conhecimento e mais interação'</p> <p>'A cantina mudou, né? a alimentação assim, dos alimentos gordurosos, dando mais fruta, e não tem uma resistência dos alunos, não!'</p> <p>'A maioria dos municípios, pensam que por ser o nome 'saúde na escola', a saúde está invadindo a escola para desenvolver ações e isso dificulta as relações. Já discuti várias vezes, que este nome deveria ser alterado...'</p>	<p>Professores e profissionais de saúde</p> <p>Profissionais de saúde</p>
<p>FATORES RESTRITIVOS</p>	<p>'Precisamos melhorar muito, porque o PSE é uma coisa nova aqui no município. Quando você fala que você tá fazendo saúde na escola, as pessoas falam "Ah, que bom que agora tem e tal", mas deveria ser uma coisa muito mais constante'</p> <p>'quando veio a proposta do Programa Saúde na Escola, por exemplo, nós sentamos com os diretores né, o pessoal da saúde veio fez a colocação do que, que era o problema, do que deveria ser trabalhado, eles conseguiram compreender, eles contribuíram mais do que a minha pessoa estar lá no dia a dia, as diretoras deram sua contribuição, o programa me parece que foi muito bem aqui da secretaria avaliado, as pessoas depois inclusive, que estavam acompanhado, o programa foi um dos municípios que conseguiu realizar o programa, na verdade foi o que eu ouvi, não é assim algo concretamente que eu tenho que foi, os eventos aconteceram o que foi programado aconteceu nas escolas, e eu acredito que tenha sido bastante proveitoso'</p>	<p>Gestores</p> <p>Gestores/coordenadores</p>

APÊNDICE N – Excertos de entrevistas com agentes envolvidos no processo de implementação da intervenção PROSE nos municípios (Continuação).

DIMENSÃO	EXCERTO	EVIDÊNCIA
<p>FATORES RESTRITIVOS</p>	<p>‘Teve realmente um entrave para se trabalhar de forma mais articulada, porque as informações chegavam para a secretaria de saúde não havia esse apoio né, por parte do estado, para nos orientar sobre como desenvolver essas ações, e quando a gente ia articular o trabalho com a educação a gente encontrava algumas barreiras, resistência, porque a secretaria de educação também tem um ritmo, tem os compromissos’</p>	<p>Gestores/coordenadores</p>
	<p>‘Os municípios têm muita dificuldade em gestão do programa e precisam de apoio e de acompanhamento mais próximo, temos tentado estratégias a nível estadual, encaminhamos a relação de municípios pactuados para os núcleos estaduais nos municípios, e conseguimos maior apoio do Estado nos municípios, como uma função de apoiadores’.</p>	<p>Gestores/coordenadores</p>
	<p>‘Eu acho assim, nós somos um colégio do estado, mas em momento algum esse Saúde na Escola chega nessa escola e garanto que não deve chegar em nenhuma outra aqui. Então, assim, é um programa que, na verdade, não é efetivado. Pode ser efetivado pelas escolas do município, eu não sei, não tenho como te responder. Mas aqui na escola do estado, não’</p>	<p>Gestores e professores</p>
	<p>‘E, com o Programa Saúde na Escola, tem facilitado isso, porque o próprio professor “Ah, é da saúde?”, então, cria um vínculo. Não é apenas um momento de fazer uma palestra, mas é um vínculo, é ele ir até à unidade de saúde, ele ter a porta aberta, ele ter a porta aberta. O professor, o diretor, o funcionário da escola já sabe que ele pode chegar naquela unidade e interagir com a gente o problema’</p>	<p>Gestores e professores</p>
	<p>‘Como o secretario fica com a parte mais burocrática, financeira, a gente informa o programa as assinaturas do termo de adesão têm que passar pelos secretários então antes de fazer qualquer projeto se ele não aprovar a gente não faz nada no município, então todos os projetos que a gente acaba fazendo acontecendo e tendo os resultados a aprovação inicial a assinatura no papel tem que está o da saúde e educação’</p>	<p>Gestores/coordenadores</p>