

**ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM POLÍTICA SOCIAL
DOUTORADO EM POLÍTICA SOCIAL**

PATRICIA CAMACHO DIAS

**CONVERGÊNCIA DE AÇÕES PARA O ESPAÇO ESCOLAR:
ARTICULAÇÃO ENTRE SAÚDE E EDUCAÇÃO NA CONSTRUÇÃO
DE ESTRATÉGIAS INTERSETORIAIS DE PREVENÇÃO E
CONTROLE DO SOBREPESO E OBESIDADE EM NITERÓI**

**UNIVERSIDADE
FEDERAL
FLUMINENSE**



**NITERÓI, RJ
2016**

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM POLÍTICA SOCIAL
DOUTORADO EM POLÍTICA SOCIAL

PATRICIA CAMACHO DIAS

**CONVERGÊNCIA DE AÇÕES PARA O ESPAÇO ESCOLAR:
ARTICULAÇÃO ENTRE SAÚDE E EDUCAÇÃO NA CONSTRUÇÃO
DE ESTRATÉGIAS INTERSETORIAIS DE PREVENÇÃO E
CONTROLE DO SOBREPESO E OBESIDADE EM NITERÓI**

Tese apresentada à banca examinadora do
programa de estudos pós-graduados em política
social da Universidade Federal Fluminense.

ORIENTADORA: LUCIENE BURLANDY

Niterói, novembro de 2016

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Central do Gragoatá

D541 Dias, Patricia Camacho.

Convergência de ações para o espaço escolar : articulação entre saúde e educação na construção de estratégias intersetoriais de prevenção e controle do sobrepeso e obesidade em Niterói / Patricia Camacho Dias. – 2016.

222 f. : il.

Orientadora: Luciene Burlandy.

Tese (Doutorado em Política Social) – Universidade Federal Fluminense, Escola de Serviço Social, 2016.

Bibliografia: f. 185-208.

1. Política pública. 2. Alimentação. 3. Nutrição. 4. Obesidade. 5. Programa Saúde na Escola (Brasil). 6. Programa Nacional de Alimentação Escolar (Brasil). I. Senna, Mônica de Castro Maia. II. Universidade Federal Fluminense. Escola de Serviço Social. III. Título.

PATRICIA CAMACHO DIAS

**CONVERGÊNCIA DE AÇÕES PARA O ESPAÇO ESCOLAR:
ARTICULAÇÃO ENTRE SAÚDE E EDUCAÇÃO NA CONSTRUÇÃO
DE ESTRATÉGIAS INTERSETORIAIS DE PREVENÇÃO E
CONTROLE DO SOBREPESO E OBESIDADE EM NITERÓI**

Tese apresentada à banca examinadora do
programa de estudos pós-graduados em política
social da Universidade Federal Fluminense.

Banca Examinadora

Prof.^a Dr.^a Luciene Burlandy
(Universidade Federal Fluminense)
(Orientadora)

Prof.^a Dr.^a Monica de Castro Maia Senna
(Universidade Federal Fluminense)
1º Examinador

Prof. Dr. Ruben Araújo de Mattos
(Universidade Estadual do Rio de Janeiro/ IMS)
2º Examinador

Prof. Dr. Renato S. Jamil Maluf
(Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro/CPDA)
3º Examinador

Prof.^a Dr.^a Claudia Job Schmitt
(Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro/CPDA)
4º Examinador

Prof.^a Dr.^a Luciana Maria Cerqueira Castro
Universidade Estadual do Rio de Janeiro
(Suplente)

Prof.^a Dr.^a Rosana Salles Costa
Universidade Federal do Rio de Janeiro
(Suplente)

Dedico essa tese a todos que desejam e trabalham por uma sociedade mais justa e que reconhecem a importância de seguir na luta em defesa das políticas sociais nesse país.

AGRADECIMENTOS

Este é um momento muito peculiar do processo de doutoramento em que retomamos as lembranças desse longo período que, com todo seu desafio, foi muitíssimo prazeroso. Tenho muito a agradecer, especialmente pela oportunidade de estudar um tema que me mobiliza como ser humano e como profissional. Embora eu não seja dedicada a questões de natureza religiosa, minha espiritualidade e fé em Deus me mantiveram em harmonia com o que a vida me oferece, sempre agradecida pelas oportunidades e experiências que contribuem para ampliar meus horizontes e compreender meus limites.

Agradeço imensamente a minha querida e amada família, que hoje é representada pela minha filha Manuella, luz da minha vida e razão do meu empenho e crescimento espiritual. Minha mãe Sueli, mulher forte, equilibrada e atenciosa que me toca com sua doce sabedoria em minha trajetória. Meu amado irmão Eduardo, sempre alegre e musical, que preenche de momentos felizes nossas vidas e que me possibilitou compartilhar a existência com minha linda e amada afilhada Victoria.

Eu não poderia deixar de agradecer “in memoria” ao meu Pai Manoel Camacho que nos deixou há tempos, mas sua presença permanece viva e me orientando em minha caminhada. Meu amigo, companheiro de vida, ser humano notável e insubstituível que me ensinou a arte da paciência, tolerância, determinação, dedicação e tantas outras qualidades que me sinto sempre abençoada pelo tempo que compartilhamos. Embora com muita saudade, sei que está por aí em um bom lugar.

Ao meu companheiro querido, Felipe, presente nesses quatro anos que com sua presença iluminou meus momentos de tensão e me alimentou com longas conversas sobre política ao som do nobre Chico Buarque e tantas outras inspirações e belíssimos momentos.

Faço um agradecimento especial a minha amiga e orientadora Luciene Burlandy, sempre brilhante, lutadora e generosa. Lú, como a chamamos, foi muito mais que orientadora, é uma grande amiga que quero sempre por perto, sua luz é vista a longas distâncias, não há um só ser que a conheça e que não a ame. Obrigada, minha querida, sem você teria sido difícil, mas sua parceria me manteve tranquila, feliz e confiante com as escolhas que fizemos nessa trajetória intelectual.

Patricia Henriques, amiga querida de longa data, que na sua delicadeza tem ajudado a me orientar nas minhas deficiências emocionais. Formamos uma ótima dupla de vida e trabalho, obrigada por toda a cooperação durante esse período.

Minhas amigas de vida e trabalho, não posso deixar de agradecer pelo companheirismo e apoio nos diferentes momentos: Roseane Barbosa, Daniele Mendonça, Daniele Bastos, trabalhar com vocês torna o labor um imenso prazer.

Agradeço a todos os entrevistados pela generosidade e senso de cooperação com o processo das entrevistas e grupos focais, as escolas e suas comunidades que me receberam com muito respeito e comprometimento. Sou muito grata à Fundação Municipal de Saúde e de Educação pela facilidade de acesso, disponibilidade e parceria que muito contribuiu para viabilizar o estudo. Um especial agradecimento aos gestores do Programa de Alimentação Escolar e do Programa Saúde na Escola, sempre disponíveis e cooperativos.

Ao departamento de nutrição social e seus membros que viabilizaram meu licenciamento para essa tarefa de qualificação. Ao esforço adicional dos meus colegas de trabalho para que eu pudesse me dedicar integralmente ao doutorado durante os dois últimos anos.

Há pessoas que passei a admirar neste processo: meus professores do programa de estudos pós-graduados em política social da UFF, um particular agradecimento, todos me inspiram.

Mônica Senna, querida professora e colega, que acompanhou um pouco mais de perto este processo, sempre disponível e atenciosa, obrigada por tudo.

Meus agradecimentos aos demais professores, pesquisadores de outras instituições com as quais pude contar para me qualificar no campo de análise de políticas: Rubem Mattos, sempre muito inspirador, Rosana Magalhães e a equipe de pesquisadores. Carmelinda, Lívia, Eduardo e Marlon que oportunizaram excelentes momentos de aprendizagem.

Ao CPDA/ CERESAN, pelo aprendizado proporcionado pelos encontros científicos que tive o prazer de participar.

Aos amigos, pela compressão do meu processo, entendendo minhas ausências e limites de tempo para os momentos de lazer.

“O conhecimento é uma aventura em aberto. O que significa que aquilo que saberemos amanhã é algo que desconhecemos hoje; e esse algo pode mudar as verdades de ontem”.

Karl Popper

RESUMO

O Programa de Alimentação Escolar (PAE) do Ministério da Educação e o Programa Saúde na Escola (PSE) do Ministério da Saúde, governo federal brasileiro, têm como princípio a intersetorialidade e preveem ações de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS) no ambiente escolar. O estudo, situado no campo da análise de políticas, investigou a convergência de implementação desses dois programas em escolas do município de Niterói e verificou se esta possibilitou a construção de estratégias articuladas entre as ações do setor saúde e da educação e de que forma isso se deu. A análise desse conjunto de ações potencializou a compreensão dos desafios e das possibilidades para a construção de estratégias intersetoriais de prevenção e controle da obesidade que têm sido formuladas pelo governo federal. As principais dimensões analíticas abarcaram as ideias dos sujeitos envolvidos, os desenhos dos programas e as estruturas e processos institucionais. Foram mapeadas as distintas concepções em disputa sobre a obesidade e as ações de PAAS e relacionadas com as respectivas ações de prevenção e controle do sobrepeso e obesidade, propostas pelos dois programas. Foram realizadas vinte entrevistas semiestruturadas com profissionais de saúde e da educação envolvidos com o PAE e o PSE, cinco grupos focais; compostos por profissionais de saúde e educação que participaram do Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI), nutricionistas do PAE, merendeiras e professores de duas unidades de educação infantil; observação participante em reuniões de planejamento, a análise de documentos como métodos para obtenção de informações e percepções dos sujeitos envolvidos com a operacionalização dos programas. O PSE prevê mecanismos institucionais e processos de operacionalização que induzem a aproximação entre saúde e educação, mas o planejamento integrado na ótica intersetorial ainda é frágil. As ações implementadas de forma conjunta foram a avaliação nutricional dos escolares e a estratégia de suplementação nutricional que integraram o PSE. O desenho do PAE e suas estruturas de gestão parecem não favorecer processos articulados entre saúde e educação.

Palavras Chave: Políticas de Alimentação e Nutrição, Intersetorialidade, Obesidade, Programa Saúde na Escola, Programa Nacional de Alimentação Escolar

ABSTRACT

The School Feeding Program (PAE) of the Ministry of Education and the Health in School Program (PSE) of the Ministry of Health, Brazilian federal government, have the principle of intersectoriality and provide for actions for the Promotion of Adequate and Healthy Food (PAAS) in the environment School. The study, located in the field of policy analysis, investigated the convergence of implementation of these two programs in schools in the city of Niterói and verified whether this allowed the construction of strategies articulated between the actions of the health sector and education and how this He gave. The analysis of this set of actions strengthened the understanding of the challenges and the possibilities for the construction of intersectoral strategies of prevention and control of obesity that have been formulated by the federal government. The main analytical dimensions covered the ideas of the subjects involved, the designs of the programs and the institutional structures and processes. The different conceptions in dispute about obesity and the actions of PAAS and related to the respective actions of prevention and control of overweight and obesity, proposed by the two programs, were mapped. Twenty semi-structured interviews were conducted with health and education professionals involved with the PAE and the PSE, five focal groups; Composed of health and education professionals who participated in the Intersectoral Working Group (GTI), PAE nutritionists, lunch recipients and teachers from two elementary schools; Participant observation in planning meetings, analysis of documents as methods to obtain information and perceptions of the subjects involved with the operationalization of the programs. The PSE provides for institutional mechanisms and operational processes that bring health and education closer together, but integrated planning from the intersectoral point of view is still fragile. The actions implemented jointly were the nutritional evaluation of schoolchildren and the nutritional supplementation strategy that integrated the PSE. The design of the PAE and its management structures do not seem to favor articulated processes between health and education.

Keywords: Policies Food and Nutrition, Intersectoral, Obesity, the School Health Program, National School Feeding Programme

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	17
CAPÍTULO 1 - REFERENCIAIS TEÓRICO CONCEITUAIS E METODOLÓGICOS	27
1.1- Perspectiva da análise de políticas, dimensões de análise e conceitos centrais	27
1.1.1- <i>Dimensões de análise - ideias, desenhos operacionais dos programas e instituições</i>	34
1.1.2- <i>Integralidade, Interdisciplinaridade e Intersetorialidade</i>	37
1.1.3- <i>Diferentes perspectivas e concepções sobre intersetorialidade</i>	42
1.1.4 – <i>Intersetorialidade nas estratégias de prevenção e controle da obesidade</i>	46
1.2 - Percurso analítico e procedimentos metodológicos	51
CAPITULO 2 - POLÍTICAS NACIONAIS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DA OBESIDADE	59
2.1- Diferentes enfoques sobre obesidade e os principais argumentos para a ação pública.	60
2.2 - Concepção e ações de prevenção e controle da obesidade no contexto da Política de Saúde.	65
2.2.1- <i>Obesidade como doença, critérios diagnósticos, condicionantes e medidas propostas.</i>	65
2.2.2- <i>Obesidade, promoção da saúde e da alimentação adequada e saudável</i>	72
2. 3- Obesidade no contexto da Política de Segurança Alimentar e Nutricional.....	77
2. 4 - Programas de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável nas escolas	85
2.4.1 - <i>O Programa Nacional de Alimentação Escolar</i>	85
2.4.2 - <i>O Programa Saúde na Escola</i>	90
2.4.3 - <i>Desenhos propostos e a perspectiva de articulação intersetorial</i>	97
CAPÍTULO 3 - O CONTEXTO LOCAL: ELEMENTOS PARA UMA ANÁLISE SITUADA DA ARTICULAÇÃO ENTRE O PROGRAMA DE ALIMENTAÇÃO ESCOLAR E O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA	101.
3.1- Atenção Básica à saúde no Município de Niterói	102
3.2- A rede de educação, ensino fundamental e infantil no município de Niterói.....	109

3.3- O Programa Saúde na Escola (PSE) no Município de Niterói	113
3.3.1- <i>Antecedentes – primeiros movimentos do Programa Saúde na Escola</i>	113
3.3.2- <i>Desmobilização – mudanças na gestão do Programa Saúde na Escola</i>	116
3.3.3- <i>Retomada da articulação intersetorial no programa saúde na Escola</i>	117
3.4- O Programa de Alimentação escolar (PAE) no Município de Niterói	142
3.4.1- <i>Educação Alimentar e Nutricional: desafios para ações articuladas</i>	145
3.4.2- <i>O desafio institucional e intersetorial da compra de alimentos da agricultura familiar</i>	146
3.4.3- <i>Complexidade do Programa de Alimentação Escolar como desafio para intersetorialidade</i>	151.
3.5- <i>Contradições e perspectivas intersetoriais para a promoção da alimentação saudável nas escolas</i>	154
3.6- <i>Mediações no processo de operacionalização dos programas no nível local; potencialidades e desafios para a intersetorialidade</i>	161
3.7- <i>Processos e mecanismos institucionais que afetaram a construção da intersetorialidade no plano local (gestão municipal e escolas)</i>	166
4- CONCLUSÕES	179
5- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	185

APÊNDICES

A - Roteiros de entrevistas e de grupos focais

B - Termo de consentimento livre e esclarecido

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

Quadro 1- Identificação dos sujeitos participantes da pesquisa, segundo vínculo institucional, e/ou com os programas em questão e os respectivos procedimentos metodológicos desenvolvidos.....	56
Quadro 2 - Documentos públicos analisados no âmbito das políticas do setor Saúde e da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional.	65
Figura 1- Mapa Físico da rede SUS do município de Niterói.	103
Quadro 3- Distribuição de Escolas por segmento, período de permanência e território	110.
Quadro 4 - Quantitativo de alunos por segmento matriculados em 2015	110.

LISTA DE SIGLAS

AAS – Alimentação Adequada e Saudável

AB – Atenção Básica

ABESO – Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica

ABIA – Associação Brasileira das Indústrias da Alimentação

AE – Alimentação Escolar

AF – Agricultura Familiar

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APS – Atenção Primária à Saúde

ATAN – Área Técnica de Alimentação e Nutrição

ATAN-m – Área Técnica de Alimentação e Nutrição – municipal

CAAE – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

CAB – Caderno de Atenção Básica

CAE – Conselho de Alimentação Escolar

CAISAN – Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional

CECANE – Centros Colaboradores em Alimentação e Nutrição do Escolar

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CGDANT– Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis

CGI – Comitê Gestor Intersetorial

CIAN – Comissão Intersetorial de Alimentação e Nutrição

CID – Classificação Internacional de Doenças

CLT – Consolidação das Leis do Trabalho

CNS – Conselho Nacional de Saúde

COMSAN – Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional

CONSEA – Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional

COVIG – Coordenação de Vigilância em Saúde

CRAS – Centro de Referência em Assistência Social

DCNT – Doenças Crônicas não Transmissíveis

DESUM – Departamento de Supervisão Técnica e Metodológica

DHAA – Direito Humano à Alimentação Adequada

EAN – Educação Alimentar e Nutricional

EIPCO – Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade: recomendações para estados e municípios

EJA – Educação de Jovens e adultos

EMATER- RJ – Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural do Rio de Janeiro

ENDEF – Estudo Nacional de Despesa Familiar

ENPACS – Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública

ESF – Estratégia de Saúde da Família

FESaúde – Fundação Estatal de Saúde de Niterói

FME – Fundação Municipal de Educação

FMS – Fundação Municipal de Saúde

FNDE – Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação

GEPASE – Grupo de Ensino, Pesquisa e Extensão em Alimentação e Saúde Escolar

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

IDH-M – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

IEC – Setor de Informação, Educação e Comunicação em Saúde

IMC – Índice de Massa Corporal

INAN – Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição

LOSAN – Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional

MDA – Ministério do Desenvolvimento Agrário

MDS – Ministério do Desenvolvimento social e Combate à Fome

MEC – Ministério da Educação

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan-americana da Saúde

PAAS – Promoção da Alimentação Adequada e Saudável

PAAS – Promoção da Alimentação Adequada e Saudável

PACS – Agentes Comunitários de Saúde

PAE – Programa de Alimentação Escolar (Municipal)

PAS – Promoção da Alimentação Saudável

PBF – Programa Bolsa Família

PeNSE – Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar

PlanSAN – Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional

PMF – Programa Médico de Família

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNAE – Programa Nacional de Alimentação Escolar

PNAFs – Pesquisa de Nutrição, Atividade Física e Saúde

PNAN – Política Nacional de Saúde e Nutrição

PNAS – Pacto Nacional pela Alimentação Saudável

PNE – Plano Nacional de Educação

PNPS – Política Nacional de Promoção de Saúde

PNS – Pesquisa Nacional de Saúde

PNSAN – Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional

POF – Pesquisa de Orçamento Familiar

PSE – Programa Saúde na Escola

RAS – Rede de Atenção à Saúde

RDC – Resolução da Diretoria Colegiada

SAN – Segurança Alimentar e Nutricional

SEAPEC – Secretaria de Estado de Agricultura e Pecuária

SENACON – Secretária Nacional do Consumidor

SISAN – Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional

SISVAN – Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional

SMAS – Secretaria Municipal de Assistência Social

SPE – Programa saúde e prevenção nas escolas

SUS – Sistema Único de Saúde

SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFF – Universidade Federal Fluminense

UMEI – Unidade de Educação Infantil

VAN – Vigilância Alimentar e Nutricional

VIPACAF – Vice-presidência de Atenção Coletiva, Ambulatorial e da Família

INTRODUÇÃO

O presente estudo tem como tema central a análise de estratégias que vêm sendo adotadas pelo governo federal brasileiro para prevenir e controlar a obesidade. A investigação privilegiou as ações de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS) que vem sendo construídas nas escolas por meio de programas que integram a “Estratégia Intersectorial de Prevenção e Controle da Obesidade: recomendações para estados e municípios” (EIPCO). A perspectiva de tratar a obesidade de forma ampliada e integrada remete a possibilidade de articular ações de diferentes campos de intervenção para além das políticas de saúde (BRASIL, 2014a).

A aproximação com a temática obesidade e políticas públicas se deve a minha formação como nutricionista, meu exercício profissional como docente e pesquisadora da Faculdade de Nutrição da Universidade Federal Fluminense (UFF) e em especial a minha participação no grupo de ensino, pesquisa e extensão em alimentação e saúde escolar da UFF (GEPASE). Esse grupo tem como principais objetos: as políticas, ações e estratégias de promoção da alimentação adequada e saudável que convergem para a escola e que tem esse espaço como locus principal de atuação. Nesse contexto, o Programa de Alimentação Escolar (PAE)¹ tem se destacado como objeto central das atividades do GEPASE, além das interfaces que vêm sendo construídas com outros programas que tratam das temáticas da saúde e da nutrição neste mesmo espaço institucional, como o Programa Saúde na Escola (PSE).

A pesquisa de doutoramento é, portanto, fruto das inquietações surgidas a partir da experiência de aproximação com diferentes cenários políticos, administrativos, institucionais e relacionais que se fizeram presentes no contexto de articulação entre a Faculdade de Nutrição (ações de ensino, pesquisa e extensão em alimentação e saúde escolar) e a gestão municipal da alimentação escolar (AE) do município de Niterói e sua rede de escolas. Essa articulação possibilitou minha aproximação com o universo da escola, com os distintos segmentos da comunidade escolar e com os diferentes territórios nos quais as escolas se localizam. O desenvolvimento de vários projetos que integram a formação, a pesquisa e as atividades de extensão nas escolas do município tem ajudado a compreender a dinâmica que os programas assumem em cada contexto. Desta forma, contribuem para reconhecer como os diferentes segmentos da comunidade escolar — alunos, professores, pais, merendeiras, entre

¹Programa de Alimentação Escolar (PAE) se refere ao processo municipal de condução do programa federal. Portanto, será trabalhado ao longo do texto, os termos PAE quando a referência for processo municipal e PNAE quando se referir as diretrizes do Programa em âmbito Federal.

outros — conferem múltiplos sentidos aos processos em curso e interagem com as ações, os recursos, os temas, as demandas e os objetivos propostos nestes programas.

Destaco, também, minha aproximação com análises sobre o PSE, a partir de uma experiência de pesquisa na Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da qual oportunamente integrei a equipe do projeto intitulado “Análise da Implementação do Programa Saúde na Escola em Manguinhos nos anos de 2013 e 2014” coordenada pela Pesquisadora Rosana Magalhães. Essa experiência foi fundamental para a construção do objeto de pesquisa em torno da análise do processo de convergência dos dois programas (PNAE e PSE) para o espaço escolar, especialmente considerando a perspectiva de articulação e desarticulação entre setores de política e entre sujeitos políticos no nível municipal de gestão e nas escolas onde os programas são operacionalizados. Proporcionou-me um mergulho sobre alternativas teórico-metodológicas que me fizeram encontrar um caminho próprio para o referencial teórico e o desenho de pesquisa privilegiado nesse estudo, embora diferente daquele adotado na referida pesquisa.

As indagações de pesquisa surgiram nesse contexto e percurso de construção de conhecimentos e de práticas relacionadas com saúde, alimentação e políticas públicas no espaço escolar. As reflexões se referem ao processo de convergência destes dois programas (o PNAE e o PSE) que pretendem articular diferentes setores de políticas: saúde, educação e agricultura, em torno da PAAS. Essa diretriz assume especial relevância no contexto atual de saúde e nutrição dos escolares, marcado pela prevalência crescente da obesidade. As estratégias intersetoriais vêm sendo destacadas como um caminho possível para potencializar um conjunto de ações que podem afetar esse quadro, desenvolvidas por distintos setores de governo (BRASIL, 2014a).

O estudo analisou os processos de articulação entre as ações do setor da saúde e da educação construídos no âmbito do PNAE e do PSE no nível da gestão municipal e em escolas da rede pública de ensino em Niterói. Foram identificadas e analisadas as ações conjuntamente desenvolvidas entre os diversos segmentos envolvidos na gestão e na operacionalização dos programas no contexto escolar, do qual fazem parte: gestores dos programas, profissionais da saúde e educação, tais quais diretores, pedagogos, professores e merendeiras. Considerou-se de que forma as ações e os recursos mobilizados pelos programas afetaram a gestão municipal da saúde e da educação bem como o cotidiano escolar e como possibilitaram ou não a articulação entre as ações de saúde e de educação previstas no âmbito da PAAS.

Nesse contexto, programas que têm como princípio a intersetorialidade envolvem articulações tanto no âmbito da gestão entre diferentes setores governamentais e com os demais níveis de governo estadual e federal, quanto nos territórios específicos onde estão situadas as redes de saúde e educação. Os programas alteram o cotidiano das escolas e da gestão municipal, ora por preverem a implementação de determinadas ações e assim gerarem demandas específicas para os sujeitos envolvidos, ora por aportarem diferentes tipos de recursos. As mediações que se constituem a partir dos programas podem, de forma bilateral, afetar e serem afetadas pela forma como os gestores, profissionais e distintos segmentos da comunidade escolar constroem suas concepções e práticas em torno das ações de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (PAAS) nas escolas.

Esse processo é afetado pela construção de um discurso e de certa concepção da obesidade como problema público que será explicado ao longo do texto. Os argumentos disseminados em torno das ações priorizadas, tanto nos textos oficiais, quanto no contexto onde as ações são desenvolvidas, também afetam esse processo. A forma como a obesidade é concebida por aqueles que participam das ações confere contornos específicos aos diferentes tipos de estratégia em disputa e conferem novos significados às soluções pautadas nos respectivos desenhos operacionais. Isto é particularmente relevante se considerarmos programas que se propõem a articular profissionais e gestores situados em distintos campos de políticas, como o PNAE e o PSE. Neste sentido, a obesidade vem sendo considerada um problema para a saúde pública e, também, um problema social complexo, o que justifica ações do governo e distintas ênfases em torno de concepções e alternativas de intervenção que variam de acordo com as propostas em pauta. Trata-se de um problema construído socialmente que assume múltiplos significados para os diferentes segmentos da comunidade escolar, para os profissionais de saúde e para os gestores envolvidos com os programas. O estudo, portanto, buscou identificar e compreender tais concepções que estão em disputa, seja nos documentos governamentais, seja nas falas dos sujeitos que participam do PAE e do PSE no município de Niterói.

Numa determinada perspectiva mais fortemente consolidada, a configuração da obesidade vem sendo abordada, especialmente, como um problema da saúde pública e, portanto, seu enfrentamento, aponta de forma mais incisiva para o papel do setor da saúde por meio do Sistema Único de Saúde (SUS²). Nesse sentido, destaca-se o processo de construção

²Considerou-se o Sistema Único de Saúde como campo de proposição e coordenação de políticas públicas de saúde, onde destacam-se as macropolíticas, programas, resoluções que são integradas por ações de

das propostas de promoção da saúde no âmbito do SUS, em especial após ser instituída a Política Nacional de Promoção Saúde (PNPS) que, entre outras questões, fundamenta-se nas noções de integralidade e de intersetorialidade (BUSS, 2000; BRASIL, 2006a; 2010a, 2014b).

Numa outra perspectiva, a obesidade tem sido pensada como parte de um processo mais amplo dos fluxos sociais, econômicos e políticos que atravessam o sistema alimentar. De acordo com documentos de políticas nacionais, o sistema alimentar se refere ao conjunto de processos que incluem agricultura, pecuária, piscicultura, produção, processamento, distribuição, importação e exportação, marketing e publicidade, abastecimento, comercialização, preparação e consumo de alimentos e bebidas. É também afetado pelo conjunto dos atores de um território envolvido com pesquisa, assistência técnica, ensino, políticas governamentais, órgãos reguladores, consumidores e sociedade civil (DAROLT et al., 2013). Portanto, nesta perspectiva de políticas, a disponibilidade de alimentos, bem como a maneira como são produzidos, processados, armazenados, comercializados e oferecidos ao consumo é reflexo das condições naturais, culturais, históricas, políticas e das práticas econômicas e comerciais que condicionam todo o sistema alimentar (BRASIL, 2011a). De igual modo, é necessário que se considere o papel das instituições por meio das quais as crianças interagem com as práticas alimentares socialmente construídas, dentre elas: as escolas, os serviços de saúde, as famílias e as comunidades (BOVELL-BENJAMIN, et al., 2009; WHO, 2004, 2012, 2016).

Nas duas abordagens acima mencionadas, o setor educacional, com destaque para o espaço escolar em razão da sua capilaridade e abrangência, é considerado estratégico para a concretização de ações de promoção da saúde, tais como: o fortalecimento das condições dos indivíduos para realizarem escolhas favoráveis à sua saúde e a da sua comunidade; a criação de ambientes saudáveis e a consolidação de uma política intersetorial voltada para a qualidade de vida (BRASIL, 2002). Ademais, a PAAS é um eixo estratégico e tema prioritário da PNPS e da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e inclui medidas de incentivo, de proteção e de apoio, procurando viabilizar as escolhas alimentares saudáveis à população (BRASIL, 2006a, BRASIL, 2012a, 2014b). Pressupõe-se, tanto na PNAN quanto na PNPS, que o espaço escolar reúne elementos importantes capazes de potencializar estratégias inovadoras na perspectiva intersetorial e territorial para conter o avanço da obesidade (BRASIL, 2006a, 2010b, 2012a, 2014b).

promoção da alimentação adequada e saudável, consideradas estratégicas para o enfretamento da obesidade e formalizadas por meio dessa institucionalidade.

No Brasil, nos últimos anos, têm sido desenvolvidas iniciativas mais específicas para prevenir e controlar o sobrepeso e a obesidade que vão além das políticas de saúde propriamente ditas. Dentre elas, destacam-se os esforços para a regulamentação da publicidade de alimentos, os programas que articulam ações de saúde e educação nas escolas ou que visam aproximar alimentação escolar, agricultura familiar (AF) e apoio à produção e comercialização de alimentos frescos para incentivar uma alimentação adequada e saudável. A maioria dessas iniciativas traz desafios para o ambiente escolar, uma vez que as ações podem demandar parcerias e/ou diferentes modalidades de relações entre distintos setores do governo: saúde, educação e agricultura, da sociedade civil e do setor privado de caráter comercial (REIS et al., 2011). Esse conjunto de propostas ganhou visibilidade a partir do processo de consolidação da política de SAN no Brasil. Tal processo ajudou a tematizar a obesidade como uma face da insegurança alimentar e nutricional compreendida a partir das características do sistema alimentar e reforçar, portanto, o princípio da intersetorialidade nas políticas (BRASIL, 2014a).

Considerando a relevância do espaço escolar para as propostas em curso, os dois programas anteriormente citados assumem centralidade nesta análise: (1) o PNAE, recentemente redesenhado no âmbito da política de SAN, para promover a articulação entre as ações de produção e de consumo de alimento e por meio da compra da AF, principalmente. Trata-se de um programa que garante a oferta de refeições que abastecem as necessidades nutricionais dos escolares durante o período letivo e se propõe a contribuir para o crescimento e o desenvolvimento biopsicossocial, a aprendizagem, o rendimento escolar e a formação de hábitos alimentares saudáveis dos alunos. Prevê, também, o desenvolvimento de ações educativas, oferta de alimentos provenientes da AF e a provisão da alimentação escolar adequada aos portadores de estado ou condição de saúde específica (BRASIL, 2009a, BRASIL, 2014c); (2) o PSE é um programa intersetorial, instituído em 2007 pelos MS e MEC, que induz a articulação entre a rede escolar, a Rede Básica de Saúde, em particular por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e as demais redes sociais construídas no território, para o desenvolvimento das ações de prevenção, atenção e promoção à saúde no território. Nesse contexto, a escola assume centralidade e espaço prioritário para as ações de PAAS³ que são previstas no programa (BRASIL, 2007a). Ambos, o PNAE e o PSE,

³O termo alimentação saudável ganhou nova identidade com a inclusão da perspectiva de adequação social, cultural construída no âmbito da política de SAN, que reconfigurou o conceito e inseriu o termo “adequada” na nova nomenclatura. Assim muitos documentos do setor saúde passaram a adotar o termo alimentação adequada e saudável em substituição a alimentação saudável, termo que ainda constava no decreto que instituiu PSE.

estruturam-se, em tese, com base no princípio da intersetorialidade que pressupõe articulação de ações no território.

Esses setores têm histórias distintas de construção de propostas para enfrentamento do problema e mesmo no âmbito intrasetorial as dinâmicas institucionais também podem ser diferenciadas.

Parte-se do pressuposto que programas como o PNAE e o PSE que preveem mecanismos, processos e espaços institucionais integrados por uma rede ampla de sujeitos/atores possam afetar de alguma forma a articulação entre aqueles que participam deste processo. Podem, por vezes, favorecer a convergência entre os participantes ou algum grau de aproximação e articulação de trajetórias e podem também acirrar disputas, divergências ou conflitos, contribuindo para rupturas e distanciamentos de diferentes ordens. Pressupõe-se que a análise deste processo pode indicar elementos que contribuam para uma compreensão mais aprofundada sobre os desafios, as oportunidades e os caminhos possíveis para a construção de estratégias intersetoriais de PAAS para o enfrentamento da obesidade. Como dito, a EIPCO, estratégia recentemente desenhada no país para lidar com a questão da obesidade de forma intersetorial, prevê em sua proposta, a integração de segmentos de gestores e profissionais que também participam do PAE e do PSE.

Esses programas potencializam a intersetorialidade tanto por seus princípios norteadores quanto pelo conjunto de ações propostas (BRASIL, 2009a, BRASIL, 2007a) e podem afetar as práticas alimentares e, por conseguinte, a possibilidade de construção de estratégias de enfrentamento da obesidade que articulem as instituições e redes existentes num dado território, principalmente de saúde e educação.

Contudo, a implementação de programas federais inscritos nas políticas de saúde, educação ou de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) em âmbito municipal é desafiadora. A complexidade das relações verticais interfederativas construídas ao longo dos processos de descentralização e municipalização das políticas nos diferentes setores introduz, nas políticas locais, elementos que podem tanto facilitar como dificultar a aproximação e articulação entre os setores. As experiências de gestão de políticas em âmbito municipal podem ser muito distintas já que ainda sob coordenação federal os municípios têm autonomia organizacional e infraestrutura de gestão muito diversa, o que acarreta uma variedade de arranjos institucionais nas Constituições municipais e nas respectivas leis complementares. Essa diversidade justifica os estudos que analisam esse nível da administração pública (FREY, 2000).

A escolha do município de Niterói foi pautada na experiência de atuação da Faculdade de Nutrição, descrita anteriormente, bem como no pioneirismo do município na implementação do Programa Médico de Família (PMF) no Brasil, no início da década de 1990. A história de implementação do PMF em Niterói foi anterior à própria constituição da ESF no país e o programa já pressupunha a atenção em saúde circunscrita aos diferentes territórios do município.

Com base nessas considerações, o estudo foi norteado por algumas perguntas centrais. Em relação às concepções e interesses dos participantes dos programas, questionou-se: De que forma os diversos segmentos envolvidos com os programas, incluindo os da comunidade escolar, concebem a questão da obesidade e como explicam sua prevalência crescente entre os escolares? Como os distintos segmentos do governo, principalmente nas áreas de saúde e educação, concebem as propostas dos programas e como participam das ações previstas? Como consideram que os programas afetem a possibilidade de articular ações implementadas pelas redes de saúde e educação? Quais são os interesses e concepções em disputa em torno das ações previstas nos programas?

Em relação ao desenvolvimento dos programas no município e nas escolas, questionou-se: De que forma os programas se desenvolvem quanto ao local na gestão central no município ou nas escolas? O que tem sido feito a respeito? Quem participa das ações e processos previstos nos programas? Quais são os mecanismos, diferentes tipos de recursos, processos e espaços institucionais que são mobilizados pelos programas e que podem afetar a possibilidade de articular ações implementadas pelas redes de saúde e educação?

Em relação aos elementos possivelmente relacionados com a construção da intersetorialidade, questionou-se: os diversos segmentos que estão envolvidos com os programas na gestão municipal e nas escolas constroem algum tipo de articulação entre si a partir das ações? Constroem processos, mecanismos de integração de recursos aportados pelos programas? Caso sim, quais? O que mobiliza esta articulação? Os agentes e processos mobilizadores estão de alguma forma relacionados com os programas?

Considera-se que este conjunto de questões pode contribuir para a compreensão de uma indagação maior: a convergência de dois programas que tem como princípio a intersetorialidade e pretende mobilizar um conjunto amplo de sujeitos em torno da PAAS nas escolas pode afetar a relação entre eles no sentido de possibilitar a articulação de ações implementadas pelas redes de saúde e educação? De que forma? Considera-se que essa

análise contribui para identificar desafios e oportunidades para a construção de estratégias intersetoriais de enfrentamento da obesidade.

O estudo teve como objetivo geral analisar de que modo a convergência dos processos de operacionalização do PAE e do PSE em escolas do município de Niterói possibilitou, ou não, a articulação de ações implementadas pelas redes de saúde e educação de Niterói.

Os objetivos específicos foram:

1. Analisar como as ações de PAAS, oportunizadas pelo PAE e pelo PSE, foram planejadas no âmbito da gestão municipal e implementadas em escolas selecionadas;
2. Identificar as ações desenvolvidas nas escolas por meio do PAE e do PSE;
3. Mapear os sujeitos envolvidos com a operacionalização dos programas na gestão municipal e nas escolas estudadas;
4. Analisar os possíveis processos de colaboração estabelecidos entre os sujeitos envolvidos com as ações das redes de saúde e educação em torno do PAE e do PSE, para o desenvolvimento de ações conjuntas, identificando possibilidades de convergência e de conflitos bem como de estratégias para administrá-los;

O material da tese foi estruturado da seguinte forma: o capítulo 1 apresenta os referenciais teóricos e metodológicos que pautaram o estudo, em particular o referencial utilizado de análise de políticas, as dimensões de análise e conceitos centrais. Descreve os procedimentos e o desenho de pesquisa que orientou a construção e a análise dos dados. O capítulo 2 apresenta as políticas públicas brasileiras que abordam a temática da prevenção e controle do sobrepeso e da obesidade e mapeia os diferentes enfoques que estão em disputa sobre o tema, bem como os principais argumentos em disputa sobre a ação pública, com destaque para o âmbito das políticas de saúde e de SAN. Neste mesmo capítulo são apresentados o PNAE e o PSE, em particular as ações de PAAS nas escolas. O capítulo 3 apresenta o contexto local e as principais particularidades do Município de Niterói, em que é notória a ênfase nos aspectos relacionados aos setores envolvidos e aos programas estudados, questões históricas e políticas institucionais e organizacionais da AB⁴ e da Rede de educação municipal e também leva em consideração as relações interinstitucionais com a UFF e a

⁴ O termo Atenção Básica (AB) será utilizado prioritariamente ao longo do texto por se tratar da terminologia utilizada em grande parte dos documentos que foram objeto desta análise. No entanto, se reconhece que o termo Atenção Primária à Saúde (APS) também encontra-se referenciado em outros documentos do MS, conforme destaca Sumar e Fausto (2014) a APS se inscreve na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (2011) e situa a ESF como caminho prioritário para reorganização da Atenção Básica (entendida como termo correlato à Atenção Primária à Saúde), em que, atualmente, essa perspectiva abrangente, tal qual descrita nos termos de Alma Ata e posteriormente aprimorada por diversos autores, apresenta como atributos fundamentais; o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade, a coordenação do cuidado, o cuidado centrado na família e orientado para comunidade, e a intersetorialidade, ao considerarem a saúde o resultado de múltiplos fatores, não limitados apenas às questões biológicas. Sendo, necessário a ação de diversos setores da sociedade no enfrentamento de questões que tenham influência para o processo saúde-doença (STARFIELD B, 2002; SUMAR, FAUSTO, 2014).

trajetória do PSE e do PAE no município. Apresenta ainda a análise das experiências de articulação possibilitadas pelos programas e destaca aspectos inscritos nas dimensões das ideias, dos desenhos operacionais e dos contextos institucionais que afetaram os arranjos intersetoriais. Esse processo permitiu apontar as dimensões instituintes das experiências intersetoriais, bem como as contradições e perspectivas sobre a construção de estratégias intersetoriais de PAAS e para o enfrentamento da obesidade por meio de ações desenvolvidas nas escolas municipais. Por fim, apontam-se assertivas e conclusões para a análise conduzida, em uma tentativa de responder os objetivos e questões que orientaram o estudo.

1 –REFERENCIAIS TEÓRICO CONCEITUAIS E METODOLÓGICOS

1.1 – Perspectiva da análise de políticas, dimensões de análise e conceitos centrais

O estudo se baseia em referenciais que têm sido desenvolvidos no campo da análise de políticas centrados nos sujeitos, em suas ideias, no contexto institucional e nos processos que envolvem a construção de ações que integram políticas e programas (HALL, 1996; MULLER, 2000; MULLER, SUREL, 2010).

Os programas de promoção da saúde pautados no presente estudo são, em tese, multiestratégicos, intersetoriais e representam um desafio para as abordagens tradicionais de avaliação. Os mecanismos de articulação entre sujeitos e setores, a construção de redes de apoio, a participação social, a transparência dos processos, as concepções dos sujeitos políticos, os mecanismos de circulação de informação, entre outras questões processuais são fundamentais para a compreensão da política e dos programas em ação. Portanto, cabe pensar nos programas enquanto sistemas complexos que operam suas estratégias e ações em diferentes contextos igualmente complexos, nos quais as narrativas sobre as experiências de atores-chave, o levantamento de documentos oficiais, estudos históricos e registro de dinâmicas participativas contribuem para a produção de informações relevantes para a análise de políticas (MAGALHÃES, BODSTEIN, 2009; MAGALHÃES, 2016).

Os estudos que analisam políticas partem de diferentes concepções sobre Estado e políticas públicas e tais pressupostos conceituais afetam o próprio desenho da investigação. O presente estudo se fundamenta numa concepção de Estado como um conjunto de instituições permanentes, mas não homogêneas, integrado por órgãos legislativos, tribunais, exército e outras, que possibilitam a ação do governo. Os governos gerenciam um conjunto de programas e projetos que assumem e desempenham as funções de Estado por um determinado período (HÖFLING, 2001). Considera-se, entretanto, que a política pública reflete as decisões dos governos em torno do que se pretende fazer e do que se optou por não fazer (SERAFIM, DIAS, 2012).

As políticas públicas, apesar de fortemente referenciadas ao Estado e aos governos, são construídas por meio de processos que envolvem diversos segmentos que não apenas os governamentais, tais como os grupos de interesse, os movimentos e organizações da sociedade civil. O poder de influência dos governos é variado e depende do tipo de política e das coalizões que integram os processos políticos em curso. A política pública pode ser compreendida como o campo de conhecimento científico-acadêmico, articulado com a

produção empírica de governos e como forma de estabelecer diálogos entre cientistas sociais, grupos de interesse e governos (SOUZA, 2006; BAPTISTA, MATTOS, 2011).

No entanto, cabe enfatizar que distintos elementos políticos e contextuais concorrem para influenciar os rumos das políticas e programas e que os resultados das análises ou avaliações constituem apenas um desses elementos. A concepção adotada nesse estudo considera ainda que, apesar do Estado ter um espaço próprio de atuação, suas ações são permeáveis a um amplo conjunto de fatores internos e externos aos setores públicos que influenciam as decisões em torno das intervenções propostas (SOUZA, 2006). Como apontado por Baptista e Mattos (2011), mesmo em se tratando de uma ação formal, a política não se restringe aos enunciados ou as instituições formais e seu processo de construção ultrapassa os limites dos governos e das instituições oficiais. Os atores políticos são, também, sujeitos com vida social que podem interagir com os processos para além das fronteiras institucionais, trazendo aspectos e dilemas da vida social para dentro do debate governamental (BAPTISTA, MATTOS, 2011).

Com base nessas premissas, a análise desenvolvida nesse estudo valorizou processos e sujeitos, portadores de saber e poder, envolvidos na construção da ação política governamental na qual os processos políticos podem expressar consensos e desacordos provisórios, conflitos e convergência de interesses e incoerências (BAPTISTA, MATTOS, 2011). Parte-se do pressuposto que os programas e as políticas públicas podem ser concebidos como processos, mecanismos e dinâmicas de mediação na transformação de uma dada realidade e que estão em permanente construção a partir das interações que se estabelecem com e entre os múltiplos participantes destes cenários. Constituem-se, nesta ótica, como um dos vários sistemas de ações que operam em um dado contexto em interação permanente com os demais (POTVIN, BISSET, 2008).

Tradicionalmente, os estudos no campo da análise de política são orientados pela abordagem sequencial do ciclo de política que pode ser útil didaticamente para a compreensão geral sobre a dinâmica que envolve o processo de conformação de uma dada política pública. Esses são sinteticamente descritos como etapas de formulação, implementação e avaliação. Desta forma, o processo de formulação seria permeado pela lógica da atividade política e a implementação na esfera da prática administrativa e avaliação informaria sobre o impacto ou efeito da política sobre o objeto da intervenção (SABATIER, MAZMANIAN, 1996; FREY, 2000; MULLER; SUREL, 2010). No entanto, a utilização rigorosa da referência analítica do

ciclo de política pode não contribuir com análises que tenham como foco os sujeitos e processos mais específicos e situados.

Os programas aqui analisados são ativos e seu desenvolvimento está em curso. Contudo, os tempos políticos dos governos federal, estadual e municipal podem ser bem distintos e programas que seriam considerados em fase de implementação estão sendo reinterpretados e redesenhados no domínio local. Mesmo no nível federal, novas resoluções e leis introduzem inovações que reorientam os programas e, além disso, cabe considerar que as práticas administrativas podem também refletir a ação política. Deste modo, as supostas etapas do ciclo de políticas são borradas e o dinamismo desse processo dificulta a identificação da fase em que a referida política se encontra ou em que o estudo irá se debruçar. Uma definição interessante de implementação é trazida por Lima D'Ascenzi (2013) que a define como um processo de apropriação de uma ideia que, nesse sentido, é consequência da interação entre a intenção expressa no plano e os elementos dos contextos locais da ação. Essa concepção valoriza as variáveis cognitivas como ideias e concepções dos sujeitos, bem como os demais elementos do contexto. Nesse caso, os processos que envolvem a operacionalização de um programa interagem com os diferentes aspectos que integram o contexto, tais como os desenhos de políticas contidos nos planos, as instituições, as ideias, os interesses dos sujeitos, de modo a influenciar a conformação da trajetória da política pública e seus resultados (LIMA, D'ASCENZI, 2013).

Portanto, considerou-se a dinâmica e o cotidiano da política, buscando então compreender o movimento particular de cada programa por meio da identificação de seus elementos constituintes e da compreensão da interação destes elementos em sua conjuntura histórica específica. Valorizou-se o conjunto das relações estabelecidas entre os diversos grupos e sujeitos mediadas pelas institucionalidades e pelo contexto da operacionalização dos programas (BAPTISTA, MATTOS, 2011). O PNAE e PSE se mostram em contínua mudança, sendo assim, a linha que delimita onde termina a formulação e onde começa a implementação não é clara e se redefine a cada alteração no desenho original dos programas e a cada reinterpretação e reorientação no cotidiano da política em nível local.

Será então utilizado o termo operacionalização para indicar que o programa ou a política está viva em interação com o contexto. Em um processo dinâmico que envolve uma formulação constante de propostas e também o desenvolvimento de atividades e ações que são fruto das relações construídas entre os sujeitos no plano local. Entende-se aqui como plano local o âmbito da gestão municipal dos programas e das redes de educação e saúde situadas

no território estudado. A análise priorizou a compreensão dos processos de desenvolvimento dos programas no plano local no período de março de 2015 a junho de 2016, sem desconsiderar os processos que antecederam as políticas, programas e elementos históricos e contextuais de sua formalização.

As experiências municipais refletem distintas condições institucionais, processos políticos e de planejamento, que merecem ser observadas a partir de análises integradas das diferentes dimensões subscritas no campo de análise de políticas. Assim, considerou-se na análise tanto o conteúdo “*policy*”, quanto à dimensão institucional “*polity*” e processual “*politics*” das políticas em questão. Desse modo, as informações sobre as instituições e os processos, além da dimensão material das políticas públicas “*policy*”, foram fundamentais. Ou seja, valorizou-se a configuração dos programas políticos aos problemas técnicos e ao conteúdo material das decisões políticas no plano local, visando contribuir com análises mais integradas e contextualizadas (FREY, 2000). A complexidade e a diversidade das experiências, na esfera local, associadas a certa instabilidade institucional que caracteriza o contexto brasileiro, conforme justifica Frey (2000), conduzem a um tipo de análise que, embora não desconsidere os aspectos formativos, valoriza o contexto do cotidiano dos programas e políticas e sua rede de sujeitos envolvidos, com destaque para o papel das ideias nos processos.

Importa indicar que o referencial do neoinstitucionalismo contribuiu para balizar alguns pressupostos adotados no presente estudo. Embora se trate de um conjunto de correntes, com distintas pretensões analíticas, como o neoinstitucionalismo histórico, da escolha racional e sociológico (HALL, TAYLOR, 2003), todas possuem em comum a valorização da influência das instituições nos processos e resultados políticos. Considerada como uma teoria de médio alcance voltada para estudos empíricos, limita-se a contribuir com análises provisórias e situadas (ROCHA, 2005). Esses elementos guardam coerência com o papel que as instituições assumiram na análise aqui conduzida e ratifica o nível de análise pretendido, qual seja, circunscrito aos processos inscritos no nível de gestão municipal. Não obstante, considera-se oportuno o exercício da mediação entre premissas mais gerais sobre as relações entre Estado e sociedade com os elementos observados na análise situada, visto que podem colaborar para contextualizar o estudo no cenário político institucional mais geral.

As diferentes correntes neoinstitucionalistas se concentram mais em explicações sustentadas na premissa da estabilidade do que das mudanças institucionais. Nesse ponto, argumenta-se que, embora as instituições reflitam certa estabilidade, a partir de análises

institucionais, é possível identificar processos de mudança com base na ideia de abandono do chamado “consenso contingente”, indicado como um caminho analítico possível (LEVI, 1991; ROCHA, 2005). A mudança institucional implica em redistribuição de poder e é fruto do abandono de comportamentos que mantêm os arranjos institucionais vigentes. Esse abandono ocorreria quando a barganha envolvida no processo deixa de ser aceitável por parte das pessoas e grupos. Nesse momento, conseqüentemente, os consensos são abandonados abrindo caminho para os processos de mudança (LEVI, 1991). Esse tema também é tratado por Marques (1997) que indica a coerção e a coação como condicionantes dos processos de estabilidade ou mudanças, fenômenos de outras ordens, tais como as próprias normas. As normas e a coerção estariam relacionadas com o aumento do custo da desobediência, ou por sanção social no caso das normas, ou por uso da força no caso da coerção. No caso da coação, a obediência estaria relacionada com a distribuição de benefícios (MARQUES, 1997).

Considera-se relevante indicar os pressupostos que orientaram a relação do pesquisador com o objeto e o contexto de produção da pesquisa. A concepção de ciência como produção do conhecimento que orienta a pesquisa admite a não neutralidade e a implicação do pesquisador nesse processo. As questões de pesquisa se constroem a partir das inquietações do pesquisador, desse modo, o objeto, o foco do estudo e as estratégias de investigação refletem a capacidade do analista de se reconhecer e de enunciar as questões que o mobilizam, conforme argumenta Baptista e Mattos (2011). Especialmente no campo de análise de política, está em jogo elementos que mobilizam os sujeitos e as instituições, assim a proximidade do pesquisador com seu objeto não pode ser desconsiderada (BAPTISTA, MATTOS, 2011). Nesse sentido, a definição do objeto, as escolhas teóricas metodológicas, o cotidiano da pesquisa e as análises provisórias aqui desenvolvidas são produto da interação entre pesquisador, sujeitos e instituições, que não se finda com o fim do estudo. Não obstante, o exercício de distanciamentos, de crítica e autocrítica, foi permanentemente perseguido e buscou, ao longo do processo analítico, contestar argumentos produzidos e refutar análises pré-concebidas.

O trabalho abordou o espaço escolar, os programas em pauta e os diferentes setores político-administrativos das áreas de saúde e da educação e identificou os múltiplos participantes deste processo, incluindo gestores públicos e profissionais, diferentes integrantes da comunidade escolar, instituições e possíveis organizações que atuam nos territórios estudados junto às escolas. Sob o ponto de vista institucional e de representação de sujeitos ou

participantes, o foco analítico se concentrou nos setores da saúde e educação e a representação de informantes relacionados à AF.

Pressupõe-se que o que acontece no âmbito dos programas no contexto estudado é condicionado pela institucionalidade existente, pela história prévia dos programas, pelas concepções dos sujeitos, por seus interesses e pelos recursos e demandas de ação aportados pelos programas, sempre numa via de mão dupla (LIMA; D'ASCENZI, 2013).

Tanto o PNAE quanto o PSE são programas formulados e coordenados na esfera federal, no entanto sua execução se dá em nível municipal e, sob alguns aspectos, em nível estadual, condicionados pelos processos de descentralização das políticas de saúde e educação desde a constituição de 1988. As formas como os diferentes entes federativos se relacionam em cada setor pode afetar o curso de políticas e programas no plano local. Assim como o desenho de determinadas políticas ou programas também podem afetar a relação entre os entes federativos (FRANZESE, ABRUCIO, 2009). Nesse sentido, políticas e programas podem ser capazes de instituir processos que produzam novos arranjos nas relações federativas e a forma como elas são estruturadas nas políticas específicas afeta as estratégias possíveis para coordenação vertical das políticas nacionais (ARRETCHE, 2004).

As relações, contudo, que se estabelecem entre os entes da federação podem ser muito distintas em cada programa, tendo em vista as diferenças nos mecanismos de articulação vertical construídos nos dois setores ao longo do tempo. Sendo assim, é importante compreender as particularidades dos dois setores, especialmente naquilo que afeta o desenvolvimento dos programas, de modo a contribuir com o entendimento dos arranjos construídos no nível municipal de gestão, diante da perspectiva intersetorial e multiestratégica que caracteriza o PAE na fase atual e o PSE.

Embora se reconheça o protagonismo do governo federal na condução de propostas para o nível local, considera-se que as características do sistema federativo brasileiro podem propiciar experiências variadas no processo de organização, operacionalização e acompanhamento das políticas públicas nos diferentes setores políticos. Além disso, o fortalecimento dos governos locais vem introduzindo novas agendas e demandas que exigem dos chamados “governos de proximidade” um papel mais estratégico em contextos de incerteza e complexidade. Exigem também a conformação de redes participativas horizontais e de multinível, o que aponta a interdependência entre atores/sujeitos/instituições tanto no nível local como entre os diferentes níveis de governo (BLANCO, GOMÀ 2003; BONZO, VEIGA, 2007). Assim, a análise das experiências locais pode oferecer grande contribuição

quanto aos diferentes aspectos dos contextos que afetam a condução de políticas públicas formuladas no plano federal, como é o caso dos programas analisados.

É importante, no entanto, esclarecer que não houve intenção de avaliar se o plano federal tem se desenvolvido no nível local. Considera-se que os planos ou programas federais são pontos de partida que serão interpretados e adaptados às circunstâncias locais. Tais circunstâncias incluem as regras, formais e informais, das instituições participantes e podem incentivar ou inibir comportamentos. É nesse contexto que as ideias, concepções, valores — variáveis cognitivas— assumem certo componente de mediação entre os desenhos propostos pelos programas e sua apropriação no nível local (LIMA, D'ASCENZI, 2013).

Assim, as concepções, ideias dos sujeitos, os próprios desenhos operacionais dos programas e as instituições envolvidas com a operacionalização de tais programas constituíram-se em dimensões de análise nesse estudo. Foi adotado o pressuposto de que a construção de arranjos e estratégias intersetoriais está condicionada pelos sistemas de interpretação, crenças e valores dos sujeitos; pelos desenhos dos programas, com seus recursos, demandas institucionais, diferentes níveis de relações interfederativas e instituições, com suas regras, formais e informais de funcionamento que, de forma imbricada, compõem parte dos elementos que se relacionam com a tomada de decisões em torno das ações conduzidas pelos sujeitos e setores de política no nível local.

O conceito de intersetorialidade é central no estudo, seja por ser um princípio balizador dos desenhos operacionais dos programas analisados, seja pelo objetivo de compreender processos e mecanismos de integração entre as ações de diferentes setores de políticas. Assim, a análise das implicações que a convergência do PAE e PSE trazem como contribuição para a construção de estratégias intersetoriais no território foi desenvolvida a partir de uma abordagem global e integrada. Esta perspectiva considerou os cenários específicos que atravessam os programas, incluindo os processos político-institucionais no nível local da gestão municipal e das escolas e os fatores que possivelmente interferiram na colaboração de diferentes sujeitos, dado que o estabelecimento de pactos políticos, conexões e aproximações diversas é fundamental para a convergência de ações e para a perspectiva intersetorial. Essas questões foram tratadas de forma articulada com as concepções construídas pelos sujeitos no nível local.

1.1.1 – Dimensões de análise – ideias, desenhos operacionais dos programas e as instituições

O papel do conhecimento, das ideias, das representações e/ou crenças sociais na análise de política ganharam destaque a partir da década de 1980. A valorização das ideias, tendo como referencial a análise cognitiva das políticas públicas, implica assumir que estas são condicionadas, em parte, pela maneira como os sujeitos políticos percebem os problemas públicos e como idealizam respostas a eles (GRISA, 2010). Essa abordagem se fundamenta na teoria do “Estado em ação” formulada por Bruno Jobert e Pierre Muller que são referências para a análise cognitiva das políticas públicas, recorrentemente evocados nos estudos sobre o tema (GRISA, 2010; FOUILLEUX, 2011). A abordagem cognitiva de análise de políticas pautou a compreensão do conteúdo das políticas, dos processos políticos e das instituições político administrativas (HALL, 1996; MULLER; SUREL, 2010).

A variável “ideias”, no contexto de análise de políticas públicas, como apresenta Fouilleux (2011) pode ser admitida como “ideias encarnadas” já que se considera que as mesmas não são originadas no vazio, são defendidas pelos “atores”, em parte, a partir dos seus interesses. Uma análise que enfatize as ideias é por essência centrada nos atores ou sujeitos, de modo que as instituições também ganham centralidade, já que estas existem justamente em razão dos sujeitos que as representam e as conferem vida (FOUILLEUX, 2011).

Ideias são definidas por Faria (2003) como valores, crenças, relações causais, símbolos e imagens que expressam identidades, concepções de mundo e ideologias dos atores. As ideias dão base para a formação de concepções, compreendidas aqui como formas de interpretar e de construir a realidade. Considera-se que as concepções não estão dissociadas dos interesses, ou seja, dos diferentes tipos de motivação para a ação, que podem convergir ou divergir, inclusive de forma circunstancial, em diferentes momentos do processo político. Sendo assim, parte-se do pressuposto de que as concepções e os interesses não são estáticos, são dinâmicos e podem se configurar e se reconfigurar de forma diversa ao longo do tempo de construção das políticas e dos programas aqui analisados. Nessa perspectiva, a abordagem cognitiva contribui com a compreensão dos discursos, seus contextos de produção e apropriação pelos sujeitos envolvidos com os processos locais de implementação das políticas e programas. Os programas instituem processos que afetam os sujeitos, suas ideias, práticas e a interação decorrente pode favorecer ou não a construção de arranjos intersetoriais.

Cabe também problematizar nesta análise o conceito de instituição. Por não ser consensual, a escolha de um dado referencial sobre o que são consideradas instituições

influencia os rumos da análise (HALL, TAYLOR, 2003; GRISA, 2010). Dependendo do conceito de instituição adotado, as análises talvez incluam determinados processos sociais que extrapolam o espaço formal das “instituições” em que as políticas são operadas. Este espaço formal pode ser, a princípio, associado à instituição escola, ou aos órgãos que formulam e operam os programas e políticas governamentais. Por outro lado, pode ser pensado como algo que institui algum processo ou que contribui para instituir determinadas dinâmicas ou afetar as possibilidades decisórias dos participantes ao longo do curso de ação. Para tal, cabe ter como referência uma perspectiva conceitual ampla sobre instituição, incluindo as regras formais: leis, normas e outros procedimentos regimentais. E as informais que estão relacionadas a códigos de conduta, hábitos e convenções em geral e, por exemplo, um sujeito/ator que define e defende interesses (MARQUES, 1997). Desta forma, admite-se que as instituições podem instituir qualquer regra ou forma de constrangimento capaz de afetar as interações humanas, sendo capazes de influenciar práticas, mas também de serem influenciadas por elas. Além disso, indivíduos também criam regras formais e informais para mediar as interações entre eles (LIMA *et al.*, 2011).

A ideia de políticas e programas concebida nesse estudo se refere às propostas enunciadas por meio de documentos do governo com propósitos específicos sob distintas estruturas e formas, quais sejam, políticas, planos, estratégias ou programas. E oferecem um panorama das concepções, das propostas e argumentos que as justificam, e se constituem em objetos de análise que permite estabelecer relação entre concepções contidas nos documentos (políticas e programas) e contexto onde são operados, e onde circulam e são produzidas outras percepções e ideias, de modo a ressignificar as práticas no cotidiano das políticas e programas (FARIA, 2003).

Os programas são considerados como prática social pela qual os sujeitos transformam o ambiente ao seu redor, mobilizam conhecimentos no curso das ações e expressam concepções. Nesse sentido, a análise dessas práticas relacionadas às ações de PAAS permitidas pelo PAE e pelo PSE pôde oferecer indícios de articulação ou não entre setores e sujeitos (POTVIN, 2004). Considera-se que os programas estão em permanente mudança e a observação dos seus elementos constituintes tais como desenho, estrutura, recursos, finalidade, atividades em sua interação com o contexto é importante para as análises aqui propostas. Sendo assim, assume-se a prerrogativa da incerteza e da imprevisibilidade dos processos que envolvem a implementação de políticas públicas. Os sujeitos são dotados de certa autonomia no curso das ações dos programas e atuam com base nos seus próprios

referenciais, dessa forma, os programas foram tratados no contexto empírico como práticas contextualizadas (ARRETCHE, 2001, DRAIBE, 2001).

É considerado que as propostas, programas ou desenhos podem ser reformulados e reorientados no curso de vida dos programas, de modo que o programa oriente a operacionalização e o curso da implementação modifique o programa (LIMA, D'ASCENZI, 2013). Além disso, o elevado poder discricionário dos agentes que lidam diretamente com o público e implementam os programas na ponta da cadeia (profissionais de saúde e educação) sugere que a ação individual reflete o comportamento da instituição ou da agência pela qual respondem e que representam. (LOTTA, 2012; OLIVEIRA, 2012). Portanto, a análise das concepções e ações no nível local permite compreender como questões institucionais e de contexto interferem na ação dos sujeitos políticos (LOTTA, 2012).

Nesse estudo, o PAE foi abordado no contexto institucional do MEC (FNDE⁵) e da Fundação Municipal de Educação (FME) de Niterói, embora tenha sido recentemente realinhado por meio da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN) no nível federal e o PSE foi analisado como um programa intersetorial vinculado institucionalmente ao MS e ao MEC e referenciado às instâncias correspondentes no município, ou seja, a Fundação Municipal de Saúde (FMS) e a Fundação Municipal de Educação (FME). Considerando as distintas estruturas institucionais que condicionam a operacionalização dos programas, os mecanismos de mediação utilizados pelos sujeitos envolvidos com as ações no nível local podem, ou não, favorecer arranjos em direção a intersetorialidade. A análise desse processo de mediação, baseado na intersetorialidade como categoria analítica, permitiu indicar como a operacionalização dos programas afetou a possibilidade de construção de experiências articuladas entre os setores da saúde e educação.

Ao considerar que nenhuma política prescinde da participação de sujeitos, mas esses detêm um saber e exercem seu poder na mediação com outros sujeitos, optou-se prioritariamente pelo uso da terminologia “sujeito” e não ator —mais comumente utilizada, como sugere Baptista e Mattos (2011). A escolha se justifica pela perspectiva de valorização das histórias e implicações de cada sujeito no processo político, interessa entender os posicionamentos à luz também das histórias pessoais, pois se considera que esses são aspectos

⁵ O Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE) é uma autarquia federal criada pela Lei nº 5.537, de 21 de novembro de 1968, e alterada pelo Decreto-Lei nº 872, de 15 de setembro de 1969, sendo responsável pela execução, assistência técnica e financeira de políticas educacionais do Ministério da Educação (MEC).

que afetam a ação política. Assim sendo, preferiu-se utilizar ao longo do texto, os termos, sujeitos, sujeitos políticos e participantes (BAPTISTA, MATTOS, 2011).

Em síntese, o estudo foi baseado no referencial de análise de política pública, no qual as ideias, concepções dos participantes, as instituições que abrigam os processos em curso e os programas intersetoriais foram consideradas dimensões analíticas capazes de contribuir com a compreensão das articulações potencialmente estabelecidas no curso da operacionalização do PAE e PSE. Tais escolhas apontaram para a necessidade de explorar como as diversas abordagens sobre a intersectorialidade aparecem no conjunto de documentos do SUS e do SISAN, relacionados com os programas analisados, dado o caráter polissêmico que o termo apresenta. Assim, essa análise permitiu identificar a diversidade de concepções que podem moderar, subsidiar e/ou constranger as experiências de arranjos e propostas intersetoriais, bem como, as percepções dos profissionais envolvidos com o PAE e PSE no plano local.

1.1.2- Integralidade, Interdisciplinaridade e Intersetorialidade

Considerando que o estudo analisa a construção da intersectorialidade entre as redes de saúde e educação a partir do PSE e PNAE, a integralidade assume relevância especialmente no contexto da organização dos serviços de saúde frente às demandas e processos gerados pelos programas. A avaliação do estado nutricional de escolares, por exemplo, prevista nos dois programas, pode conectar a escola e os serviços de saúde e representar um caminho em prol da integralidade, no cuidado e nas ações, e da promoção da saúde. No caso do PSE, pressupõe-se que a atuação direta do PMF, no caso de Niterói, indica a importância de valorizar esse conceito no curso da análise, uma vez que a integralidade é um dos princípios estruturantes do modelo de AB, do qual o PMF é parte integrante. Ademais, considera-se que como as ações de PAAS são previstas nos dois programas, podem, se articuladas, produzir efeitos sobre a capacidade de organização dos setores de modo que favoreça a integração de ações e facilite os arranjos intersetoriais.

A complexidade dos elementos que condicionam as práticas alimentares e, conseqüentemente, a obesidade, aponta para a necessidade de respostas governamentais capazes de propiciar o diálogo interdisciplinar tanto por meio da integralidade na atenção em saúde —intra-setorialidade— quanto por meio de estratégias articuladas entre distintos setores de política —intersectorialidade. Assim, a integralidade e a interdisciplinaridade são categorias que podem contribuir para a compreensão dos desafios e das oportunidades para construção

da intersetorialidade no plano local. Os diferentes caminhos construídos no curso da implementação das ações do PSE e do PAE possibilitam maior ou menor integração entre estes programas e entre os setores na atenção à saúde dos escolares. Podem, portanto, expressar a integralidade como princípio que orienta a construção das estratégias de PAAS desenvolvidas.

A integralidade pode assumir diferentes sentidos (MATTOS, 2009), adequados para compreensão do contexto de produção da obesidade como problema de saúde pública, das soluções apresentadas pelo SUS e sua posterior entrada na agenda da SAN. Possibilita, por um lado, uma percepção que incide na abordagem integral e apropriada aos vários contextos de vida que é mais complexa sobre o problema e seus condicionantes. Por outro lado, pode indicar modos de organização dos serviços de saúde que respondam a diversidade de demandas desse grupo mais específico de pessoas e garantir que as ações respondam às suas necessidades de forma integral. Nesse sentido, problematizar o modo como as ações dos programas são desenvolvidas no plano local, a luz desse princípio, pode ajudar a compreender as estratégias de integração entre diferentes setores da saúde e da educação.

Sob o ponto de vista conceitual, existe certa indefinição quanto ao aspecto semântico do termo integralidade que surge no contexto de reflexão e questionamento acerca da formação e das práticas médicas e representa um conjunto de atitudes desejáveis que aproximam práticas de saúde e práticas sociais (COSTA, 2004). Sendo um conceito, um princípio ou uma expressão, responde a uma lacuna no modo de fazer e produzir saúde (CAMARGO Jr, 2009). Desde a Constituição de 1988, a integralidade se constitui em uma das diretrizes básicas do SUS e orienta um amplo conjunto de macropolíticas, como a PNPS, fortemente relacionada com os programas aqui analisados (PSE e PAE). Destaca-se no texto da PNPS que é possível identificar a integralidade como modo de fazer uma estratégia de produção da saúde. Em sua última versão o termo já aparece mais claramente como um princípio, juntamente com outros como equidade, participação social, autonomia, empoderamento, intersetorialidade, intrasetorialidade, sustentabilidade e a territorialidade. Expressa, portanto, uma estratégia de produção de saúde, conforme descreve o enunciado abaixo:

[...]a integralidade na promoção da saúde passa a ser uma estratégia de produção de saúde que respeita as especificidades e potencialidades na construção de projetos terapêuticos, de vida e na organização do trabalho em saúde, por meio da escuta qualificada dos trabalhadores e dos usuários, de modo a deslocar a atenção da perspectiva estrita do adoecimento para o acolhimento de suas histórias e condições de vida[...] (BRASIL, 2014b p8).

Nesse sentido, determinadas estratégias de promoção da saúde apontam para a compreensão mais ampla dos condicionantes da obesidade e garantem lugar estratégico para as ações socioambientais e não apenas para as medidas focadas na prevenção de doenças. A integralidade, então, se expressa na abordagem contextualizada dos sujeitos e suas demandas, de modo que, as respostas governamentais aos problemas de saúde favoreçam a interlocução entre distintos campos disciplinares e de políticas públicas (PINHEIRO, MATTOS, 2009). Se a organização das ações de promoção da saúde e de PAAS forem referenciadas na integralidade, a construção de arranjos intersetoriais pode ser potencializada, supõe-se. A compreensão da obesidade como problema público complexo, que demanda ações intersetoriais, sugere a necessidade de organizar, não apenas os serviços de saúde conforme o dispositivo da organização em redes aponta, mas também diversificar ou ampliar o escopo das ações de PAAS de modo a afetar diferentes condicionantes do problema, o que implica a necessária articulação entre setores.

Sem desconsiderar os desafios, a integração das ações pode incidir sobre a organização dos serviços de saúde em uma perspectiva de assistência integral e vice-versa. Ademais, as ações de PAAS que integram programas como PNAE e PSE são, em tese, fundamentadas na PNPS e, portanto, essa articulação poderia indicar um caminho para se pensar a integralidade como princípio que orienta o conjunto de ações intersetoriais em uma perspectiva que transcende o setor saúde. Deste modo, o conceito de integralidade pode contribuir na análise sobre intersetorialidade por meio da observação dos processos, das práticas e das estratégias conduzidas pelos sujeitos que lidam com as ações de PAAS no âmbito do PAE e do PSE. Pretende-se identificar a capacidade de organização e integração das ações e dos serviços de saúde e educação que envolvem a operacionalização dos programas.

A integração entre ações de prevenção, promoção e assistência, por meio da organização do trabalho, fundamenta a integralidade como princípio (PINHEIRO, MATTOS, 2009). Nesse sentido, o PSE aponta como diretrizes capazes de afetar esse processo:

[...]promover a comunicação, encaminhamento e resolutividade entre escolas e unidades de saúde, assegurando as ações de atenção e cuidado sobre as condições de saúde dos estudantes; permitir a progressiva ampliação intersetorial das ações executadas pelos sistemas de saúde e de educação com vistas à atenção integral à saúde de crianças e adolescentes; atuar, efetivamente, na reorientação dos serviços de saúde para além de suas responsabilidades técnicas no atendimento clínico, para oferecer uma atenção básica e integral aos educandos e à comunidade[...] (BRASIL, 2011 p 7).

O PSE prevê, portanto, ações assistenciais e de promoção da saúde (PS), de modo que sua articulação com o PAE poderia qualificar as ações de PAAS no âmbito do PSE. Desta forma, a análise de como as ações do PAE e PSE possibilitaram, ou não, processos articulados, pode sinalizar a perspectiva mais ou menos integrada na atenção ao escolar.

No entanto, a prática fragmentada em saúde pode fragilizar a construção de processos que garantam a integralidade na atenção e na organização dos serviços de saúde (SEVERO, SEMINOTTI, 2010). Essa fragmentação implica em maior dificuldade na articulação entre sujeitos de distintas formações e setores de política. A perspectiva multidisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar na construção do conhecimento subsidia distintas abordagens no campo do fazer que produzem níveis de articulação e respostas igualmente distintas aos problemas de saúde. Portanto, compõe o debate sobre estratégias e arranjos intersetoriais com diferentes possibilidades (JUNQUEIRA, 2000; INOJOSA, 2001; LUZ, 2009).

A prevenção e controle da obesidade, particularmente por meio das ações de PAAS previstas no PSE e no PNAE no âmbito da EIPCO, demandam propostas de caráter interdisciplinar e intersetorial. Uma das diretrizes do PSE indica que o programa se propõe a promover a articulação de saberes, a participação dos educandos, pais, comunidade escolar e sociedade em geral na construção e controle social das políticas públicas da saúde e educação (BRASIL, 2011 p7), ou seja, em uma perspectiva transdisciplinar, na qual o processo de construção de propostas inclua a comunidade escolar. A legislação do PNAE, além da oferta de refeições adequadas e saudáveis, destaca a PAAS por meio de ações de Educação Alimentar e Nutricional (EAN) e pela perspectiva de inclusão transversal e pedagógica do tema. Considera-se nesse caso a EAN como:

[...]o conjunto de ações formativas, de prática contínua e permanente, transdisciplinar, intersetorial e multiprofissional, que objetiva estimular a adoção voluntária de práticas e escolhas alimentares saudáveis que colaborem para a aprendizagem, o estado de saúde do escolar e a qualidade de vida do indivíduo[...] (MEC, 2013).

A interdisciplinaridade pressupõe a valorização de aspectos sociais do processo saúde-doença que se expressa, então, nas relações entre diversos saberes orientados para uma prática (JUNQUEIRA, 2000). As formas de intervenção, alicerçadas na interlocução entre os diversos saberes que perpassam os distintos setores de política, possibilitam respostas mais adequadas à complexidade dos problemas de saúde que afetam a população. Os desenhos de políticas e programas, tais como PNPS, ESF, PSE, PNAE e EIPCO indicam a amplitude e a

variedade de áreas do saber que necessitam se articular em torno do enfrentamento dos problemas concretos, como por exemplo, a obesidade.

A articulação de políticas públicas surge como alternativa à fragmentação do conhecimento, das práticas e das instituições que lidam de forma setorializada com questões complexas e multifacetadas e se presume que a construção de arranjos intersetoriais em torno de ações específicas —no caso de PAAS vinculadas ao PAE e PSE— pode estabelecer pontes e canais para a construção de conhecimento em uma perspectiva interdisciplinar que amplie o potencial das ações de afetarem dimensões variadas do problema. Portanto, pensar a integralidade do cuidado aos escolares pelo trabalho interdisciplinar é pensar na diversidade, nos processos de interação, nos conflitos e nas contradições que podem surgir a partir da articulação entre sujeitos, setores e ações no curso da implementação dos programas (SOUSA, 2011). A reflexão sobre os processos de trabalho e sobre as estratégias de articulação de distintas áreas do saber fortalece o potencial de organização nos serviços com vistas ao cuidado integral (SEVERO, SEMINOTTI, 2010).

É cada vez mais evidente a necessidade de planejar políticas de forma integrada, mas essa não tem sido uma tarefa fácil. A fragmentação do conhecimento, das estruturas institucionais de decisão política e o imperativo de atender prioritariamente as demandas setoriais desafiam os sujeitos políticos na superação desses obstáculos. A desfragmentação do processo de construção do conhecimento, tendo como referência a interdisciplinaridade, pode indicar um caminho fecundo em direção à intersectorialidade. Deste modo, a interdisciplinaridade está para a ciência assim como a intersectorialidade está para as políticas públicas (INOJOSA, 2001). O conceito de interdisciplinaridade pode contribuir na análise sobre intersectorialidade por considerar a aproximação das distintas áreas do saber, de conhecimentos e de formação profissional mobilizadas nas ações de PAAS desenvolvidas por meio do PAE e PSE, de modo a compreender como as abordagens interdisciplinares afetam a construção de ações articuladas.

O modo como os profissionais e suas diferentes perspectivas disciplinares dialogam no processo de compreensão da realidade e no enfrentamento das questões de saúde merece ser analisado. Ou seja, o quanto e como os profissionais envolvidos interagem para compreender o objeto e se produzem algo de novo na intercessão dos olhares disciplinares—interdisciplinaridade—e se possibilitam uma produção discursiva horizontalizada e não hierarquizada que incorpore novos conhecimentos a partir das vivências e da participação social—transdisciplinaridade (LUZ, 2009). Assim, conforme argumenta Almeida Filho

(2000), a transdisciplinaridade comparece como uma abordagem alternativa para a produção de conhecimento no campo da saúde coletiva e reflete novas lógicas participativas, novas dinâmicas e modelos de gestão pautados na transversalidade. Enquanto a intersectorialidade se apresenta como estratégia de solução para os problemas do campo de práticas sociais (ALMEIDA FILHO, 2000).

Nesse caso, a intersectorialidade extrapola o âmbito intraorganizacional e pode aumentar a permeabilidade dessas estruturas às demandas e soluções apontadas pelos beneficiários das políticas. Neste contexto, reflete até que ponto a administração pública é capaz de ampliar os canais e a disposição para alterar a programação e a priorização dos serviços a partir dos resultados da participação conforme aponta Bonzo e Veiga (2007). A tradução dessa perspectiva nas estratégias organizacionais das ações em saúde aponta para a gestão transversal de certas questões, temas, eixos orientadores no campo da intervenção, o que indicaria uma governança mais horizontal, participativa e de maior proximidade com os contextos locais (BONZO, VEIGA, 2007). Assim, o entendimento sobre a intersectorialidade assume diferentes enfoques na condução dos programas.

As respostas às demandas sociais, construídas no plano local, podem assumir distintas características quanto ao tipo de articulação e quanto aos distintos sujeitos envolvidos. Com base na contribuição de Bonzo & Veiga ao tema:

A noção de intersectorialidade situa-se em um contínuo que abrangeria desde a articulação e coordenação de estruturas setoriais já existentes até uma gestão transversal, configurando formas intermediárias e arranjos organizativos que expressam a intersectorialidade de baixa ou alta densidade (BONZO, VEIGA, 2007, p 12).

Desta forma, admite-se que não existe apenas uma maneira de se conceber a intersectorialidade e que distintas perspectivas são apresentadas nos textos de política e no cotidiano das ações.

1.1.3- Diferentes perspectivas e concepções sobre intersectorialidade

O tema da intersectorialidade nas políticas públicas brasileiras, embora presente em períodos anteriores, ganhou fôlego após a constituição de 1988. O processo de redemocratização trouxe um novo ordenamento das relações socioinstitucionais e produziu mudanças importantes na relação Estado-sociedade e na gestão das políticas públicas. Foram criados mecanismos institucionais de participação e de descentralização da gestão na implementação de políticas com transferência de poder para estados e municípios

(ARRETCHE, 2004; LEITE, FONSECA, 2011). Esse movimento compõe o contexto de conformação do modelo de seguridade social fundamentado na ideia de saúde como direito de todos e dever do Estado (REZENDE *et al.*, 2015). E a intersetorialidade passou a compor as diretrizes de um amplo conjunto de políticas públicas, especialmente no âmbito da saúde.

No entanto, distintas perspectivas e concepções permeiam as propostas de intervenção e as próprias ações em curso no nível local. O conjunto de ações desenvolvidas mobiliza sujeitos, setores e conhecimentos em torno de um dado objetivo, conforme já indicado. A intersetorialidade pode se referir a diferentes formas de articulação de ações que são comumente desenvolvidas por setores específicos de políticas ou áreas de ação política—saúde, educação, etc. A própria concepção sobre o que é um setor pode ser problematizada e varia de acordo com as políticas, programas e processos em pauta (BURLANDY, 2009; AKERMAN *et al.*, 2014).

A atuação intersetorial pode abarcar desde articulações em torno de ações pontuais no cotidiano de trabalho até processos de planejamento integrado em longo prazo, em que os setores envolvidos pactuam um projeto integrado, identificam determinantes-chave do problema em pauta, formulam intervenções estratégicas que ultrapassam os programas setoriais e alocam os recursos em função dessas prioridades, como sugere Burlandy (2009). A multiplicidade de formas de apropriação conceitual, seja nos textos ou nas práticas políticas, aponta possibilidades de arranjos diferenciados em cada contexto. A ação intersetorial pode ser considerada a partir da complementação de ações entre os setores ou a partir da construção de práticas intersetoriais e, ainda como princípio do trabalho em rede, que implica no compartilhamento de poderes e saberes, na construção de novas linguagens, práticas e conceitos, envolvendo, além dos serviços públicos a sociedade na construção de soluções para os problemas de saúde (JUNQUEIRA, 1999, 2000; SCHUTZ, MIOTO, 2010).

Inojosa (2001) sustenta que a utilização do prefixo *trans* expressaria melhor o sentido de intersetorialidade ou transetorialidade, já que indicaria a necessária articulação de saberes e experiências para a solução sinérgica de problemas complexos. Essa perspectiva dialoga com o pensamento sistêmico e a abordagem em redes. Segundo Junqueira (2000) a prática intersetorial que privilegia a negociação pode alcançar uma dimensão transetorial e nesse caso a população passa a ser considerada sujeito e não objeto de intervenção, assumindo um papel ativo na identificação dos problemas e nas respostas aos problemas. Deste modo, a intersetorialidade pode ser considerada uma categoria polissêmica (AKERMAN *et al.*, 2014).

Recorrendo à conceituação trazida por Junqueira (2000, p 42):

A intersectorialidade constitui uma concepção que deve informar uma nova maneira de planejar, executar e controlar a prestação de serviços para garantir o acesso igual dos desiguais. Isso significa alterar toda a forma de articulação dos diversos segmentos da organização governamental e dos seus interesses

O autor aponta, ainda, que a intersectorialidade carrega em si a ideia de integração, de território, de equidade e de direitos sociais (JUNQUEIRA, 2000, p. 42). Nesse caso, admite-se apenas a articulação entre setores e segmentos de governo, tendo como principal finalidade superação das inequidades.

Em uma análise exploratória sobre os estudos que abordaram a intersectorialidade como categoria analítica, Akerman *et al.*, (2014). Esses estudos apontam fragilidades nas análises, bem como nas próprias propostas de governos, indicando como elementos importantes para caracterizar a intersectorialidade; a composição de arranjos intersectoriais; o propósito de promover a equidade, o desenvolvimento de mecanismos de integração de objetivos, processos administrativos e financiamento e a implementação de processos de gestão inovadores e integrados. Os autores ainda indicam lacunas teóricas e a ausência de referenciais que subsidiem as pesquisas e estudos sobre o tema e sugerem um possível conceito operacional que a definiria como um modo de gestão (o que) desenvolvido por meio de processo sistemático de (como) articulação, planejamento e cooperação entre os distintos (com quem) setores da sociedade e entre as diversas políticas públicas para atuar sobre (para que) os determinantes sociais (AKERMAN *et al.*, 2014, p 4294).

Nesse caso, o “com quem” parece indicar setores que extrapolam o âmbito governamental. Os autores sugerem também algumas referências analíticas que expõem o caráter polissêmico do vocábulo intersectorialidade e apontam que as intersectorialidades vão se revelando e se alternando de acordo com o tempo, as conjunturas e os atores. Em que as principais circunstâncias conjunturais que fortalecem a abordagem das políticas na perspectiva intersectorial estão relacionadas a ideia de redução do papel do Estado, introduzindo o discurso de compartilhamento de responsabilidades e ainda como resposta à fragmentação nas políticas que comprometem a efetividade do Estado. Por fim, os autores indicam uma nova corrente de pensamento ainda por vir que contempla a possibilidade de pensar a intersectorialidade vinculada à ideia de uma interdependência que ultrapasse os arranjos multisetoriais e que a conceba como uma decisão ético-política de modo que a gestão de política possa servir ao interesse comum (AKERMAN *et al.*, 2014). A perspectiva de incorporar o planejamento integrado enquanto questão de decisão política, parece ainda contar

com poucas experiências concretas. Talvez a experiência mais robusta e próxima dessa perspectiva seja exemplificada por meio do processo de construção da PNSAN em nível federal (BURLANDY, 2009).

As experiências de arranjos intersetoriais enfrentam inúmeros desafios na estrutura institucional estatal que é dividida por áreas de conhecimento, saberes e corporações organizadas de forma hierarquizada. São também marcadas pela excessiva fragmentação e burocratização, paralelismo de ações, práticas possivelmente competitivas, disputas por recursos, entre outras características, que dificultam a construção de mecanismos e práticas intersetoriais (INOJOSA, 2001). Esse cenário é também composto pelos processos de formação a que foram submetidos os profissionais. Em sua maioria, tais processos formativos carecem de abordagens integradas sobre os problemas, as áreas de conhecimento são fortemente demarcadas e se constituem muitas vezes em campos de disputa. Tais dificuldades sugerem reflexões sobre os aspectos que sustentam as demandas pela intersetorialidade nos contextos específicos. De quem é, efetivamente, essa demanda? Dos sujeitos? Da política ou de ambos? De certo que optar por arranjos intersetoriais não significa desconsiderar a importância do caráter setorial de algumas ações, mas implica em mudança no peso dos setores nos processos políticos e, nesse sentido, representa algum custo para eles, ainda que sejam registrados ganhos. Dessa forma, não há necessariamente antagonismo entre políticas setoriais e arranjos ou empreendimentos intersetoriais, a perspectiva de ações complementares com arranjos diferenciados pode coexistir com ações de natureza setorial (SPOSATI, 2006; NASCIMENTO, 2010; AKERMAN *et al.*, 2014).

Contudo, para alguns autores a intersetorialidade indica a necessidade de construção de um novo paradigma de gestão para a execução das políticas públicas (TUMELERO, 2012) e sinaliza a necessidade de mudanças na organização, tanto dos sistemas e serviços de políticas públicas como em todos os outros setores da sociedade, além de trazer a necessidade de revisão do processo de formação dos profissionais que atuam nessas áreas (COMERLATTO *et al.*, 2007). A complexidade das questões, especialmente as denominadas de natureza social, desafia a gestão de políticas públicas (BURLANDY, 2009). O compartilhamento de poder e a disponibilidade para o diálogo são elementos-chave da articulação intersetorial, que inclui processos sociais, organizacionais, operacionais e políticos, que envolve a colaboração e troca de recursos de várias ordens, que afetam distintos interesses (REZENDE *et al.*, 2015). Outras questões, não tratadas nesse estudo, merecem atenção nas diferentes análises sobre intersetorialidade, tais como conflitos de interesse com

setores comerciais e parcerias público-privado que podem contribuir nas análises focadas na assimetria de poder entre distintos setores de governo e da sociedade (BURLANDY *et al.*, 2014; LOTTA, VAZ, 2015; BURLANDY *et al.*, 2016).

Assim, a concepção de intersetorialidade que perpassa os documentos de política pública, os processos mais locais de planejamento e condução desses arranjos, pode ser problematizada.

1.1.4 - Intersectorialidade nas estratégias de prevenção e controle da obesidade

A análise histórica das políticas de alimentação e nutrição indica que determinados períodos de descontinuidade e de mudanças no campo político são peças chave para compreender por que determinados princípios se colocam de forma mais expressiva em uma dada conjuntura (BARROS, TARTAGLIA, 2003; VASCONCELOS, 2005; BURLANDY, 2009; VASCONCELOS, BATISTA FILHO 2011). São fundamentais para entender como os princípios da intersetorialidade e da intrasetorialidade passam a ser incorporados nas políticas que tratam do tema da obesidade.

Uma conjuntura de inflexão pode ser situada no final da década de 90 com a publicação da PNAN (1999) que reposiciona a questão alimentar e nutricional na agenda de políticas públicas do setor saúde e assume como um de seus propósitos o estímulo às ações intersectoriais (RECINE, VASCONCELOS, 2011). Essa política representou um importante marco para o fortalecimento do debate sobre a questão alimentar na perspectiva da SAN, dentro e fora do setor saúde, tendo em vista que essa temática não ocupava a agenda de prioridades políticas (MALUF, REIS, 2013). A PNAN (1999), embora enfatizasse as deficiências nutricionais, já apontava para a necessidade de intervenção sobre as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), incluindo a obesidade (BRASIL, 2000). Mesmo com recorte setorial, indicava a intersectorialidade como um elemento fundamental, explicitando em sua primeira diretriz “o estímulo às ações intersectoriais com vistas ao acesso universal aos alimentos” (BRASIL, 1999). A nova PNAN publicada em 2011 pela Portaria nº 2.715, embora também reforce o aspecto setorial, se configura como uma nova política e aprofunda o diálogo como a PNSAN de distintas formas e em diferentes diretrizes (BRASIL, 2012a). Esse novo texto expressa, claramente, a entrada do debate da SAN na agenda da alimentação e nutrição, sendo apresentada como uma política capaz de articular o SUS e o SISAN (ALVES, JAIME, 2014; RIGON *et al.*, 2016).

No entanto, as estruturas gerenciais da PNAN não favorecem a construção de estratégias intersetoriais, como por exemplo as com financiamento compartilhado (MALUF, 2007; BURLANDY, 2009). Nesse sentido, a PNAN aponta para a necessidade de uma articulação interinstitucional para promover a aproximação com o plano nacional de SAN, reconhecendo os limites do diálogo entre o setor saúde e demais setores que dialogam com as questões alimentares, como por exemplo, setores ligados à agricultura (BRASIL, 2012a). A comissão intersetorial de alimentação e nutrição (CIAN) do Conselho Nacional de Saúde (CNS) tem tido um papel ativo na articulação entre os diferentes setores em torno das questões de alimentação e nutrição, contribuindo com processos políticos importantes, como a recente revisão da PNAN (RIGON *et al.*, 2016). No entanto, chama a atenção o fato do SUS não possuir uma instância intersetorial de gestão de políticas ou programas relacionados com as questões de alimentação e nutrição, deixando essa tarefa para uma instância de controle social, no caso a CIAN (MALUF, 2007; BURLANDY, 2009). Esse aspecto, particularmente, pode indicar uma fragilidade nos mecanismos institucionais que poderiam favorecer a articulação entre os diferentes setores no que toca as questões de alimentação e nutrição.

Ainda no que diz respeito à PNAN, a intersetorialidade é também reforçada na diretriz que trata da organização da rede de atenção e cuidado em saúde (RAS), sendo associada ao princípio de integralidade e vinculada a discussão de equipes multidisciplinares, demandando a articulação da rede de assistência social e de educação no território. Já na diretriz que trata da PAAS, a intersetorialidade aparece associada à discussão da participação social. A perspectiva de ações intersetoriais, por sua vez, é pensada através da pactuação de agenda integrada intra e intersetorial. Essa abordagem é destacada nas ações de EAN em parte porque a EAN integra políticas, programas e ações de diferentes ministérios, como MS, MEC e Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2009a; BRASIL, 2012b).

O tema da intersetorialidade, portanto, é abordado sob diferentes enfoques no texto da PNAN, vinculado à atenção integral à saúde, à participação social e à parceria com outros ministérios conforme sintetiza o enunciado abaixo:

As perspectivas intersetoriais da Saúde e da Segurança Alimentar e Nutricional permitem considerar o cidadão na sua totalidade, nas suas necessidades individuais e coletivas, demonstrando que ações resolutivas nessas áreas requerem, necessariamente, parcerias com outros setores como Educação, Trabalho e Emprego, Habitação, Cultura e outros. Assim, o contexto da intersetorialidade estimula e requer mecanismos de envolvimento da sociedade. Demanda a participação dos movimentos sociais nos processos decisórios sobre

qualidade de vida e saúde de que dispõem (BRASIL, 2012a p 42 e 43).

A Secretaria de Atenção Básica à saúde, por meio do CAB-obesidade, expressa, entre a publicação das duas PNAN, a intersetorialidade como um processo de construção compartilhada, de trocas de saberes, linguagens e modos de fazer, sendo ainda compreendida na perspectiva de integração para outros serviços e instituições, se constituindo como rede (BRASIL, 2006c). Na versão atualizada do documento o debate sobre o enfrentamento da obesidade aparece vinculado a discussão das RAS em uma perspectiva interdisciplinar e intersetorial, viabilizadas através de parcerias. Essa ideia de parceria passa também a compor a própria concepção de intersetorialidade adotada.

[...]a prevenção e o controle da obesidade devem prever a oferta de um escopo amplo de ações que apoiem os indivíduos na adoção de modos de vida saudáveis que permita a manutenção ou a recuperação do peso saudável. Por isso, torna-se necessária a articulação da RAS com uma rede muito mais complexa, composta por outros saberes, outros serviços e outras instituições, não apenas do setor Saúde, ou seja, a busca da interdisciplinaridade e da intersetorialidade, e essencialmente a busca de parcerias na comunidade e equipamentos sociais, implementando novas formas de agir, mesmo em pequenas dimensões (BRASILE, 2014, p31).

Contudo, as portarias que se propõem a organizar a RAS (BRASIL, 2010c; 2014d) indicam uma articulação predominantemente intrasetorial no âmbito do SUS e a intersetorialidade aparece de forma pontual nas ações de PS e de prevenção de doenças crônicas. No entanto, a portaria que trata da organização da linha de cuidado específica para o sobrepeso e a obesidade apresenta uma diretriz específica sobre articulação de ações intersetoriais para PS, de forma a apoiar indivíduos e comunidades a adotarem modos de vida saudáveis (BRASIL, 2013a). Destaca-se a perspectiva de integração com serviços de alta complexidade, amparada por meio de portaria específica (BRASIL, 2013b), conforme já sinalizado, o que poderia indicar uma estratégia capaz de fortalecer a abordagem integral do problema da obesidade, mas reforça a concepção da mesma como doença em favor de soluções individuais.

O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil (BRASIL, 2011b), elaborado e coordenado pelo MS, apresenta a perspectiva de cooperação de diferentes setores numa abordagem multisetorial e não intersetorial, uma vez que apenas reúne a contribuição de cada setor para o enfrentamento das DCNT sem indicar como integrá-las. O texto não traz uma concepção sobre intersetorialidade, apresenta como fundamentos para a abordagem integral de DCNT a ação intersetorial que é descrita como:

Ações de prevenção e controle de DCNT requerem articulação e suporte de todos os setores do governo, da sociedade civil e do setor privado, com a finalidade de obter sucesso contra a epidemia das DCNT (BRASIL, 2011b, p 64).

Portanto, o setor privado e a sociedade civil integram a ideia de ação intersetorial como estratégia para garantia de uma abordagem integral, considerada então como desenvolvimento de ações de prevenção e controle.

A PNPS é a que mais reforça as noções de integralidade e de intrasetorialidade em articulação com os demais princípios do SUS. Em sua recente revisão se destaca a necessidade de fortalecer a articulação e cooperação intra e intersetorial. A intersetorialidade é então compreendida como “processo de articulação de saberes, potencialidades e experiências de sujeitos, grupos e setores na construção de intervenções compartilhadas, estabelecendo vínculos, corresponsabilidade e cogestão para objetivos comuns”. E a intrasetorialidade, como “exercício permanente da desfragmentação das ações e serviços ofertados por um setor, visando à construção e articulação de redes cooperativas e resolutivas” (BRASIL, 2014b).

É adequado ainda destacar que na PNPS é indicado como atribuição dos diferentes níveis de governo “viabilizar parcerias com organismos internacionais, com organizações governamentais e não governamentais, incluindo o setor privado e a sociedade civil, para o fortalecimento da promoção da saúde no país” (BRASIL, 2014b). Como dito, os setores envolvidos com os arranjos intersetoriais necessários ao enfrentamento das necessidades da população, podem ser concebidos como setores apenas de governo ou serem ampliados para outros setores da sociedade, incluindo o setor privado comercial, por exemplo. Nesse contexto, incidem sobre os diferentes arranjos, questões relacionadas à assimetria de poder (BURLANDY *et al.*, 2014; BURLANDY *et al.*, 2016).

No caso da EIPCO, proposta pela Câmara Intersetorial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN), a ideia de parceria que predomina na proposta se restringe a parcerias com sociedade civil organizada e outros parceiros públicos. No que toca as ações do eixo que trata da promoção de modos de vida saudáveis em ambientes singulares, no item mais específico sobre a estratégia Amamenta Alimenta é recomendado que as unidades de saúde não realizem parcerias com instituições públicas ou privadas que tenham conflito de interesses com a área da alimentação e nutrição (BRASIL, 2014a p 43). Portanto, ainda que o tema do conflito de interesses não seja enfatizado, o documento orienta o limite das parcerias

que possam representar áreas de conflito e tencionem propostas. Esse elemento é ainda pouco tratado nas políticas do setor saúde, conforme analisado por Burlandy e col. (2016).

Nessa proposta, recomenda-se também a participação da sociedade civil no Comitê Gestor e ainda que se estabeleça no nível local uma agenda de diálogo entre os diferentes conselhos, tais como os de saúde, alimentação escolar, desenvolvimento urbano, desenvolvimento rural, assistência social, entre outros. O estabelecimento de compromissos conjuntos entre diferentes conselhos é apontado como uma importante estratégia com potencial para fortalecer a agenda de prevenção da obesidade e promoção da alimentação saudável (BRASIL, 2014a). Por conseguinte, a construção de uma institucionalidade que fomente a articulação entre setores de governo e a sociedade civil é uma das apostas para consolidar mecanismos intersetoriais.

Além da criação de instâncias intersetoriais: espaços institucionais de pactuação política e gestão intersetorial, algumas estratégias se destacam e assumem centralidade como possíveis agentes catalizadores em direção a intersetorialidade. Segundo a proposta da CAISAN, o mercado institucional de alimentos, quando integrado a outras políticas de SAN, pode representar uma estratégia capaz de afetar o sistema alimentar em diferentes pontos. Pode favorecer os circuitos curtos de produção, estimulando inclusão produtiva dos agricultores familiares, facilitando o abastecimento e consumo de alimentos mais saudáveis e potencializar a articulação entre diferentes setores (BRASIL, 2014a). Tal qual vem sendo induzido pelo PNAE (BRASIL, 2009a; 2015b).

Ainda na perspectiva de articular políticas, programas e os diversos entes federativos em torno da PAAS, recentemente a Presidência da República, por meio da CAISAN, propôs a assinatura de um pacto nacional para alimentação saudável, lançado na 5ª Conferência Nacional de SAN. O documento estabelece diretrizes para a formalização de acordos de cooperação entre entes da federação e outros setores da sociedade para ampliar as condições de oferta, disponibilidade e consumo de alimentos saudáveis e combater o sobrepeso, a obesidade e as doenças decorrentes da má alimentação da população brasileira. Segundo a proposta, poderão integrar o Pacto os entes da federação, a sociedade civil organizada, os organismos internacionais e ainda o setor privado (BRASIL, 2015c).

Os sistemas institucionais de SAN (SISAN), onde estão incluídas a CAISAN e o Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA) e seus congêneres no nível Estadual e Municipal, podem ser considerados um elemento importante da dinâmica local capaz de afetar a coordenação e articulação das políticas que lidam com PAAS e

integram diferentes planos, políticas e programas, como é o caso da EIPCO, PSE e PNAE. Essa institucionalidade prevista para os três níveis de governo teria o papel de articular, sugerir diretrizes e propor ações integradas envolvendo participantes de outros sistemas ou processos decisórios. A consolidação do SISAN desafia os municípios, que por vezes, apresentam dificuldade de incorporar uma lógica diferenciada das estruturas tradicionalmente setorializadas. Esses processos são mais complexos, demandam critérios peculiares de representação em seus espaços próprios de coordenação e procedimentos intersetoriais para implementar e monitorar ações integradas que se originam em distintos setores de política (BURLANDY *et al.*, 2015).

Em síntese, a perspectiva de intersetorialidade, que baliza o presente estudo, considera apenas os setores de governo e pressupõe o desenvolvimento de mecanismos de integração de objetivos, de processos administrativos, financiamento e a implementação de processos de gestão e operacionalização das ações inovadoras e integradas. O escopo do estudo não permite avançar em análises sobre o potencial dos arranjos afetarem a dimensão da equidade, embora essa dimensão seja considerada importante nos estudos sobre o tema. Logo, os principais elementos que orientam a análise sobre a intersetorialidade nesse estudo são: a identificação de ações de PAAS convergentes para o espaço escolar tendo como base o PAE e o PSE; a análise das estratégias conjuntas que resultaram em mecanismos de articulação; a identificação de sujeitos envolvidos; a existência de espaços institucionais de articulação intersetorial ou processos que possibilitaram ações articuladas. Foram assim identificadas e descritas as relações, conflitos, convergências de ideias e interesses estabelecidos em torno dos programas no nível do planejamento e nas escolas. De modo a contribuir para entender como os aspectos inscritos na dimensão; das ideias ou concepções dos sujeitos, dos programas e seus desenhos e da dimensão institucional e de gestão, afetaram a construção de arranjos intersetoriais no contexto estudado.

1.2- Percurso analítico e procedimentos metodológicos

Como dito, a pergunta central que orientou o estudo é: a convergência de dois programas intersetoriais para o espaço escolar, que são integrados por ações de PAAS e que pretendem mobilizar uma rede ampla de atores, pode afetar a relação entre os integrantes desta rede e possibilitar a construção de processos articulados entre a saúde e a educação?

O referencial de análise de políticas adotado ressalta a importância da dimensão das ideias no processo de construção das políticas. Assim, no curso dessa análise se buscou

relacionar as concepções de obesidade, de PS e de PAAS que são construídas em políticas públicas de diferentes setores com as respectivas ações de prevenção e controle do sobrepeso e obesidade, propostas pelos programas. Inicialmente foi realizada uma abordagem analítica da obesidade como questão socialmente construída e como problema público que tem demandado articulação entre distintos setores. Buscou-se nas concepções e nas possíveis soluções apresentadas, principalmente nos documentos oficiais de governo, indicar o modo como a obesidade é concebida e os argumentos produzidos em torno das intervenções.

Nessa etapa foram analisados documentos do governo federal referentes a políticas que se propõe a afetar a obesidade, originados especialmente no âmbito do MS e da CAISAN, enquanto uma arena intersetorial propositora de políticas públicas capaz de afetar outras políticas e programas. As concepções, ideias e os argumentos utilizados nos termos das políticas foram analisados a luz de cenários institucionais distintos inscritos no SUS e no SISAN⁶. Esse processo foi fundamental para correlacionar as diferentes concepções e argumentos em torno do problema com as alternativas propostas para seu enfrentamento. Portanto, as narrativas e os discursos subscritos nos documentos foram valorizados.

Entende-se que os documentos —os governamentais, por exemplo— não são necessariamente coerentes e lineares e, ao expressarem o pacto político que foi possível em uma dada conjuntura, fazem parte da luta política e podem ser apropriados por diferentes sujeitos na defesa de seus interesses e ideias. Esse tipo de análise pode contribuir para a compreensão da dinâmica política que atravessa os órgãos envolvidos com a formulação de propostas, bem como das razões pelas quais alguns temas ganharam destaque na agenda pública. Além disto, indicam os diferentes argumentos e ideias que têm sido produzidos no debate político em torno de determinada questão pública. A versão documentada de uma proposta de ação pode ser considerada tanto um vestígio de elementos que configuram o processo político como um indutor de ações (FREEMAN, MAYBIN, 2011, BURLANDY *et al.*, 2014, CASTRO, 2007). Os discursos formalizados em textos de política são uma prática social, visto que, não apenas apresentam ideias ou representações sobre a realidade, mas

⁵ A LEI Nº 11.346, DE 15 DE SETEMBRO DE 2006 cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN. O SISAN é composto pela Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional; o CONSEA, órgão de assessoramento imediato ao Presidente da República; a Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN), integrada por Ministros de Estado e Secretários Especiais responsáveis pelas pastas afeitas à consecução da segurança alimentar e nutricional; os órgãos e entidades de segurança alimentar e nutricional da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e pelas instituições privadas, com ou sem fins lucrativos, que manifestem interesse na adesão e que respeitem os critérios, princípios e diretrizes do SISAN (Art.11º) (BRASIL, 2006b).

instituem processos e configuram a própria realidade por meio da produção de sentidos (SPINK, MENEGON, 2005; FREEMAN, MAYBIN, 2011; GRIGGS, HOWARTH, 2011).

Dessa forma, a análise dos documentos referentes às estratégias e ações de PAAS, produzidos no âmbito do SUS e do SISAN, forneceu parte dos elementos contextuais que compõe o quadro de ideias e práticas dos sujeitos políticos no cotidiano dos programas. A seleção dos documentos foi pautada pela emergência do tema da obesidade como uma questão de saúde pública e sua conseqüente inserção na agenda de políticas governamentais, tendo sido analisados com o propósito de integrar o contexto de produção de sentidos sobre a obesidade e as possibilidades de enfrentamento que interagem de forma diferenciada com os setores envolvidos com as ações, especialmente as de PAAS.

A seleção das escolas e dos respectivos territórios de atuação do PMF se deu após a análise preliminar do processo de implantação do PSE no município de Niterói, na qual foram levantadas algumas informações sobre esse contexto, tais como: as ações desenvolvidas; os critérios adotados pelo município para escolha das escolas participantes; a identificação do estágio de implementação do programa, entre outras informações sobre a gestão e a operacionalização dos programas. Além disso, uma das escolas selecionadas recebeu, por um breve período, alimentos advindos da AF, convergindo assim as ações do PSE e o fornecimento de alimentos da AF pelo PAE. Ao mesmo tempo, optou-se por unidades de educação infantil, especialmente por considerá-las com maior potencial de mobilização em torno das questões de saúde, tendo em vista o contato contínuo dos professores com os alunos e em razão da estratégia de suplementação NutriSUS⁷, vinculada ao PSE, ter sido priorizada nessas unidades.

A pesquisa de campo foi conduzida no período de abril de 2015 a junho de 2016 e se utilizou diferentes procedimentos metodológicos que subsidiaram o alcance de informações, tais como: levantamento documental; entrevistas semiestruturadas; grupos focais e observação participante de diferentes processos que envolveram ações estratégicas de aproximação entre distintos setores vinculados ao PAE e o PSE.

Em uma etapa preliminar, que antecedeu o trabalho de campo no município de Niterói, foram realizadas entrevistas exploratórias com a finalidade de aprimorar os roteiros básicos que subsidiariam as entrevistas. Nesse processo, três roteiros principais foram testados com

⁷A estratégia NutriSUS consiste na adição de um sachê contendo uma mistura de vitaminas e minerais em uma das refeições escolares, implantada em creches participantes do Programa Saúde na Escola (PSE) e abrange todas as crianças matriculadas, com foco na faixa etária entre 06 meses e 48 meses. O principal objetivo é prevenir anemia (BRASIL, 2015a). No entanto, adotou-se como estratégia de implementação a seleção de apenas cinco Unidades de Educação Infantil do Município de Niterói.

representantes análogos aos gestores dos programas em outros municípios vizinhos (Rio de Janeiro e São Gonçalo). Entrevistou-se um coordenador do PSE, um coordenador de área técnica de alimentação e nutrição e um representante da coordenação do PAE.

Foram levantados documentos relacionados com o desenvolvimento do PAE e PSE na Fundação Municipal de Saúde (FMS) e na Fundação Municipal Educação (FME) do município de Niterói, além de textos já publicados que forneceram subsídio para as lacunas de informações importantes à compreensão dos processos mais recentes sobre a organização desses programas e do PMF no município.

Foram realizadas 20 entrevistas semiestruturadas com os seguintes segmentos: gestores municipais e profissionais de saúde e educação vinculados aos Programas PAE ou FME e PSE ou FMS; gestor estadual e gestor federal do PSE; comunidade escolar: diretor da escola; pedagogo e merendeira, representante da Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural do Rio de Janeiro (EMATER-RJ⁸), representante de cooperativa de Agricultores Familiares.

Além disso, foram também realizados cinco grupos focais. Esse procedimento metodológico foi estratégico e oportuno no curso da pesquisa, principalmente para a apreensão de percepções mais específicas sobre a concepção dos sujeitos sobre obesidade, sobre ações conjuntas e sobre inserção da PAAS nas atividades pedagógicas nas escolas. Ademais, a dinâmica do campo conduziu melhor interação a adaptações necessárias com os potenciais entrevistados. Nesse sentido, optou-se por realizar um grupo focal com 4 merendeiras de uma das escolas e outro com 4 nutricionistas vinculadas ao PAE. Na última reunião do GTI em 2015 e após a participação nas reuniões de articulação e planejamento do PSE, foi também realizado um grupo focal com esse coletivo de sujeitos não formalizado ainda como GTI contendo 8 membros na ocasião. Dois grupos focais com professores também compuseram o quadro de fontes de informação, um em cada escola, onde foram enfatizados aspectos relacionados às ações de promoção de alimentação saudável e a perspectiva de ações articuladas e perspectivas de abordagem pedagógica sobre o tema, estratégias e dinâmicas utilizadas. As entrevistas e grupos focais foram gravados, transcritos e analisados considerando o lugar institucional dos participantes, trajetória dos mesmos, o

⁸A EMATER-RIO é uma empresa vinculada à Secretaria de Estado de Agricultura e Pecuária (SEAPEC) que atua de forma descentralizada nos 92 municípios do Estado, por meio dos 71 escritórios locais (municipais) constituídos por equipes interdisciplinares, 7 escritórios de Engenharia Rural e três Centros de Treinamento. Essas unidades, distribuídas em cinco regiões do Estado do Rio de Janeiro: Norte, Noroeste, Sul, Centro e Serrana, são as responsáveis pela realização das diferentes atividades com vistas ao fortalecimento da agricultura familiar e a promoção do desenvolvimento rural, com foco na assessoria técnica e extensão rural, por meio da execução das políticas públicas municipais, estaduais e federais. Sua sede se localiza no município de Niterói (Relatório de atividades 2016).

contexto em que foram realizadas e o contexto político institucional. Os roteiros das entrevistas encontram-se listados no Apêndice A.

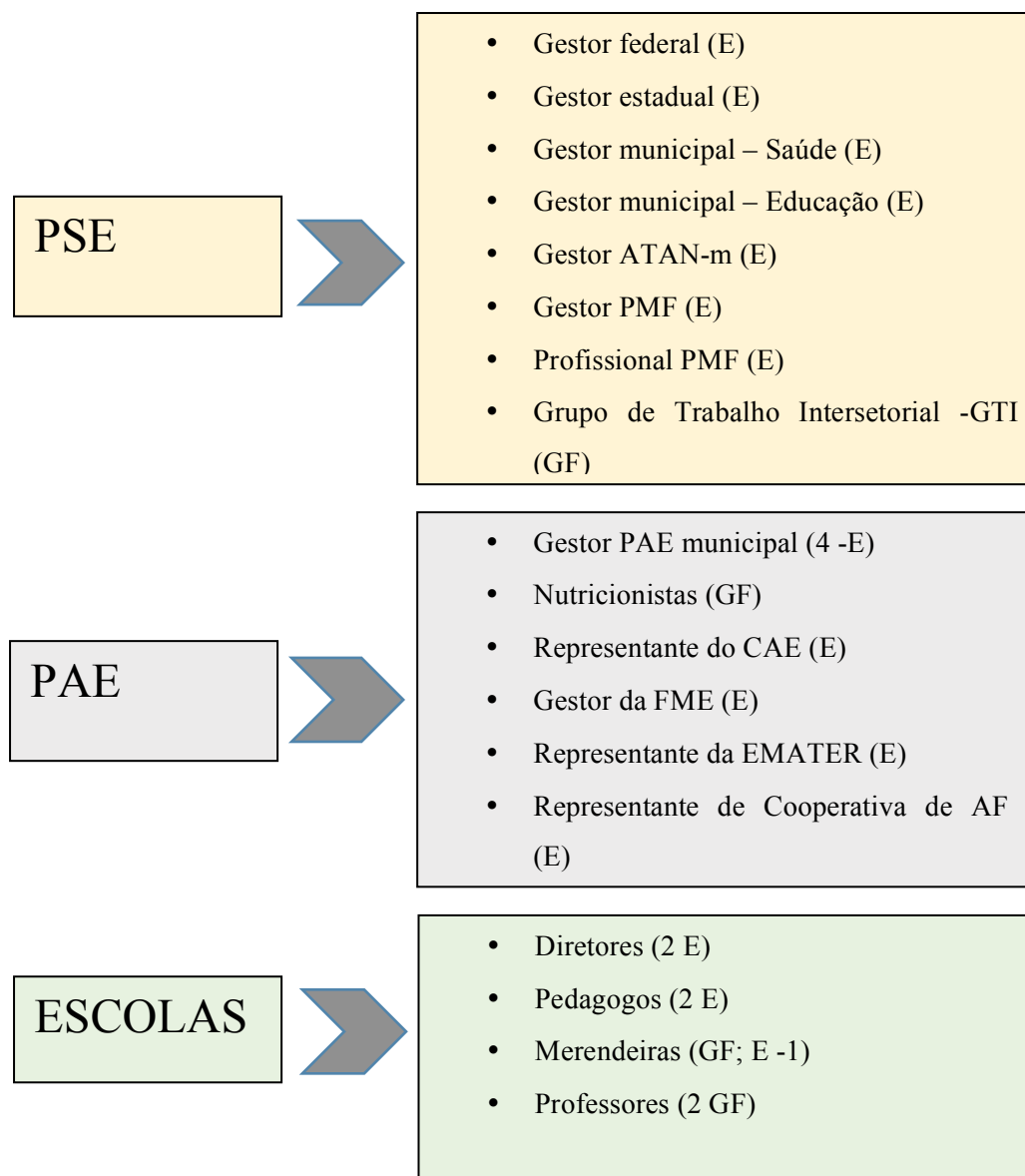
Para auxiliar a identificação dos sujeitos, posição institucional e suas respectivas falas que por ventura tenham sido utilizadas ao longo do texto como um recurso representativo de discursos e ideias, utilizou-se a seguinte categorização:

- ✓ **PSE:** gestor municipal PSE saúde - **GM_{PSE-S}**; gestor estadual PSE saúde – **GE_{PSE-S}**; gestor federal PSE saúde – **GF_{PSE-S}**; Gestor PMF - **G-PMF**; gestor municipal PSE educação - **GM_{PSE-E}**, profissional de saúde vinculado ao PMF - **PS-PMF**; gestor da ATAN – **G_{ATAN-S}**, grupo focal GTI - **GF_{GTI}**.

- ✓ **PAE:** gestor municipal PAE educação – **GM_{PAE-1}**; gestor municipal PAE educação – **GM_{PAE-2}**; gestor municipal PAE educação – **GM_{PAE-3}**; gestor municipal PAE educação – **GM_{PAE-4}**; grupo focal nutricionistas PAE– **GFN_{PAE}**; membro do CAE – **M_{CAE}**; representante da EMATER - **RP_{EMATER}**, EX- gestor da FME - **GF_{FME}**; representante de cooperativa de AF - **RC_{AF}**.

- ✓ **ESCOLA:** diretor de UMEI (1 e 2) - **D_{UMEI1}**, **D_{UMEI2}**; pedagogo (1 e 2) - **P_{UMEI1}**, **P_{UMEI2}**, grupo focal merendeiras da escola (1) - **GFM-_{UMEI1}**, merendeira -**M_{UMEI2}**; grupo focal professores **GFP_{UMEI1}**, **GFP_{UMEI2}**.

Quadro 1- Identificação dos sujeitos participantes da pesquisa, segundo vínculo institucional e/ou com os programas em questão e os respectivos procedimentos metodológicos desenvolvidos.



Legenda: E- Entrevistas; GF – Grupo Focal.

Em razão do protagonismo do setor saúde, identificado a partir da análise das normativas do PSE e dos poucos estudos sobre o programa, optou-se por iniciar as entrevistas por esse setor e por sua coordenação imediata, seguida da área técnica de alimentação e nutrição —ATAN-m— e da coordenação do PMF. Em seguida foram realizadas as entrevistas

com representantes da educação. Contudo, ao logo do processo, em razão da dificuldade de agendar com alguns sujeitos e ainda em razão da identificação de novos informantes-chaves, as entrevistas passaram a ser alternadas com sujeitos vinculados à FMS e sujeitos vinculados à FME. Ao longo das primeiras entrevistas novos sujeitos foram identificados como estratégicos para análise dos elementos de interesse para a pesquisa, incluindo um representante do PSE no nível estadual e federal de governo. Portanto, a trajetória da pesquisa de campo foi dinâmica, interativa e atendeu critérios de conveniência dos entrevistados.

Cabe indicar a tentativa de entrevistar uma coordenação técnica do PMF, foram registradas ao menos quatro tentativas sem êxito, o que revela a grande dificuldade de acessar o programa por meio dessa instância institucional. Destaca-se também que não houve possibilidade de entrevistar representantes do MEC no nível federal, a despeito das tentativas, o momento político atual, com notório impacto no esvaziamento do MEC, pode justificar a dificuldade de acesso a profissionais dispostos e disponíveis a conceder entrevistas. O momento político atual e o impacto negativo sobre a estrutura institucional do MEC aumentaram o componente da incerteza que parece ter afetado os canais de comunicação do setor.

Além das entrevistas, foram utilizadas como método de pesquisa a análise de documentos produzidos ao longo do processo de implementação do PSE e do PAE. Quanto ao PSE, obteve-se acesso a atas de reuniões, ao projeto de adesão ao PSE, listagens com escolas pactuadas, apresentações internas sobre o programa utilizadas em reuniões, questionário de levantamento de ações desenvolvidas nas escolas destinado a diretoras de escolas e encaminhado pelo Núcleo de Ações Integradas – NAI (instância vinculada a FME). Quanto ao PAE, obteve-se acesso a relatórios das atividades desenvolvidas, listagem das avaliações antropométricas com diagnóstico nutricional de algumas crianças e documento de planejamento das atividades do último ano.

A observação participante, em alguns processos ocorridos no âmbito dos programas, também se constituiu em metodologia para estudo, buscou-se participar das reuniões de planejamento e articulação do PSE, das reuniões de planejamento da formação em antropometria, observação do momento das refeições escolares e da chamada pública para a compra de alimentos da agricultura familiar.

As entrevistas foram transcritas e analisadas de modo a se identificar categorias que pudessem ajudar a responder as perguntas da pesquisa. A priori três grandes “macro dimensões” foram tomadas como referência: (1) as ideias que embasam as concepções dos

sujeitos acerca do problema do sobrepeso e obesidade e as soluções em pauta sobre os programas e processos conjuntos em torno das ações convergentes; (2) os desenhos operacionais dos programas e sua apropriação e releitura no plano local; (3) as instituições que abrigam os sujeitos e processos que circunscreveram a operacionalização das ações. Assim, as narrativas, junto com os documentos e a observação dos processos in loco, permitiram explorar de que forma as ideias, ações desenvolvidas e as instituições se correlacionaram para a compreensão do objeto da análise, qual seja os processos articulados ou arranjos intersetoriais experimentados.

A escolha das escolas que foram objeto direto da pesquisa local foi definida a partir das entrevistas iniciais. Nesse processo, duas Unidades Municipais de Educação Infantil (UMEI) se destacaram nas entrevistas com gestores e profissionais da saúde e da educação, figurando como escolas que tinham boa relação com o PMF e contavam com ações do PSE, incluindo o NutriSUS e uma delas havia recebido alimentos advindos da agricultura familiar por um período, conforme já indicado. Essa identificação só foi possível a partir das informações obtidas no conjunto das entrevistas iniciais. Selecionou-se, portanto, duas UMEI frequentemente referenciadas nas entrevistas. Segundo os critérios de territorialização do setor saúde do município, uma se localiza na regional leste oceânica e a outra na regional, praias da Baía II. Segundo os critérios de organização das escolas utilizado pela FME, as escolas estão localizadas nos polos 7 e 6.

Quanto aos aspectos éticos da pesquisa, todos os procedimentos exigidos pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com seres humanos foram respeitados. O projeto foi submetido ao CEP da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense tendo sido aprovado sob o parecer de número: 1.092.808 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) de número: 44057015.3.0000.5243. As entrevistas e grupos focais foram realizados mediante autorização dos participantes por meio da assinatura do termo de assentimento (Apêndice B). Embora todos os participantes tenham autorizado a divulgação de sua posição institucional, a representação das falas pode, por vezes, não indicar tal posição, a fim de evitar possíveis constrangimentos ou prejuízos institucionais aos sujeitos entrevistados.

CAPÍTULO 2 - POLÍTICAS NACIONAIS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DA OBESIDADE.

Esse capítulo apresenta o panorama das políticas nacionais que propõem ações com impacto potencial na prevenção e no controle da obesidade. São analisadas as concepções sobre sobrepeso e obesidade, bem como os argumentos que justificam as medidas governamentais para conter seu avanço no Brasil, descritas especialmente em documentos produzidos no âmbito do SUS e do SISAN. Esse mapeamento foi orientado por algumas indagações, tais como: de que forma os estudos e as políticas que tratam da questão da obesidade no país concebem o problema? Como explicam sua crescente prevalência? O que consideram como principais condicionantes do problema? Quais as concepções sustentadas por meio das distintas ações proposta?

A análise apresenta uma reflexão acerca da relação entre as concepções sobre a obesidade e seus condicionantes, tendo como base as propostas construídas no Brasil, para conter seu avanço, nos últimos quinze anos.

Além disso, indica como as diferentes abordagens sobre a obesidade se inscrevem no PSE e no PNAE, uma vez que o PSE é parte da Política de Saúde e o PNAE é parte da PNSAN. Uma das dimensões analíticas priorizadas nesse estudo se refere ao âmbito das ideias; portanto foram mapeadas, por meio da análise dos documentos de políticas do governo federal, as concepções que estão em disputa em torno da questão da obesidade. Pressupõe-se que essas concepções são dinâmicas e se configuram e reconfiguram pelos sujeitos também no plano local, entendido nesse estudo como a gestão municipal e o espaço das escolas e seus territórios. Além disso, alguns processos e mecanismos de indução —ações propostas, recursos previstos, etc.— estabelecidos pelos níveis supranacionais de governo, Federal e Estadual, nas políticas e nos programas em pauta, podem condicionar a dinâmica local de operacionalização dos programas ao afetarem também os interesses e as concepções dos sujeitos. Essa análise exploratória da pesquisa figurou como um pano de fundo para as análises suscitadas a partir do contexto local.

Desse modo, analisar as concepções presentes em textos governamentais ilumina as distintas formas de interpretar a realidade que norteiam as propostas de intervenção. Pressupõe-se que as concepções não estão dissociadas dos interesses e que a ação política é impulsionada por distintas motivações que são permeadas pelos valores, crenças, símbolos e imagens que expressam identidades e as concepções de mundo dos sujeitos (FARIA, 2003).

Assim, as concepções e os interesses podem se configurar e se reconfigurar de forma diversa ao longo do tempo de construção das políticas e dos programas aqui analisados.

A análise parte de um mapeamento inicial dos diferentes enfoques sobre o conceito de obesidade que vêm sendo produzidos em distintos campos de conhecimentos e de prática profissional, indicados em textos que tratam dessa temática na literatura acadêmica. Em seguida apresenta uma análise de documentos do governo federal referentes às políticas que se propõem a enfrentar a obesidade, formulados especialmente pelo MS e pela CAISAN. Tais propostas e estratégias expõe um conjunto de elementos que caracterizam a construção de diferentes concepções de obesidade que podem compor um quadro analítico sobre as ações prioritizadas e os argumentos apresentados pelos sujeitos envolvidos.

2.1- Diferentes enfoques sobre obesidade e os principais argumentos para a ação pública.

Estudos sobre obesidade sinalizam que a sua crescente prevalência, em todas as faixas etárias, tem sido influenciada por significativas mudanças demográficas, econômicas, sociais e tecnológicas nas últimas décadas e tem transformado o cotidiano e as práticas das pessoas com consequências no ganho de peso excessivo (LUDWIG *et al.*, 2001; WHO, 2004; ARKES, 2009).

Dentre as transformações que têm sido associadas à obesidade, destacam-se: o maior consumo de alimentos processados e refeições fora de casa, hábitos sedentários, menor consumo de frutas, legumes, cereais integrais e carnes magras e preferência crescente por alimentos ricos em gordura e açucarados. A complexidade dos fatores que moldam os novos padrões dietéticos vem sendo relacionada, por alguns autores, aos interesses econômicos do agronegócio e da indústria alimentar global, tornando o quadro ainda mais complexo (CHOPRA *et al.*, 2002; NESTLÉ, 2003; MENDONÇA E ANJOS, 2004). Tais interesses também se refletem nas novas estratégias de comercialização adotadas pelo segmento mercantil, caracterizadas pela expansão e diversificação da publicidade e da oferta dos chamados alimentos industrializados (produtos processados e ultraprocessados), inclusive nos ambientes de trabalho e nas escolas (DREWNOWSKI, DARMON, 2005; HENRIQUES *et al.*, 2014). No Brasil, a contribuição relativa dos produtos ultraprocessados para o consumo energético total das famílias aumentou de 19% para 32% entre 1987 e 2008 (MONTEIRO, *et al.*, 2011; MARTINS *et al.*, 2013).

Assim, alguns fatores são apontados como centrais na configuração da obesidade, como: o aumento do consumo de alimentos industrializados, ricos em gorduras hidrogenadas e carboidratos simples e pobres em carboidratos complexos, impulsionado, entre outras coisas, pelo crescimento da indústria agroalimentar; o declínio do gasto energético associado ao transporte motorizado; a mecanização do trabalho, além de outros aspectos do desenvolvimento tecnológico. Portanto, considera-se a obesidade como parte desse processo amplo e complexo e seu enfrentamento requer um conjunto de ações capazes de afetar esses distintos fatores de forma integrada. Algumas ações que vem sendo implementadas em diferentes países abarcam, por exemplo: a regulação de preços de alimentos; a regulação de publicidade de alimentos; a garantia da oferta e do acesso a uma alimentação adequada e saudável nas escolas, nos locais de trabalho e em estabelecimentos que comercializam refeições, dentre outros (MENDONÇA, ANJOS, 2004; BARRETO *et al.*, 2005; ROBERTO *et al.*, 2015).

Apesar dos estudos indicarem que são múltiplos os fatores que vêm contribuindo para a crescente prevalência da obesidade, a compreensão sobre como eles interagem na configuração do problema ainda é um desafio (WANDERLEY, FERREIRA, 2010). O reconhecimento desse desafio favorece a busca por novas formas de olhar e enfrentar o problema, novos caminhos que têm sido proporcionados pelo diálogo com outros campos de conhecimento, de políticas e de prática profissional. A entrada de novos sujeitos políticos no debate produz disputas no campo conceitual e favorece a construção de diferentes enfoques sobre o problema e sobre as formas de enfrentá-lo.

Nos estudos acadêmicos e nas políticas públicas se identifica a convivência de distintas concepções sobre a obesidade e sobre os fatores associados à sua crescente prevalência. As abordagens enfocam diferentes aspectos da questão, tais como: compreensões pautadas nos enfoques terapêuticos biomédicos e individualizados, presentes principalmente em propostas do setor saúde (ABESO, 2009; BRASIL, 2013a); as abordagens que contribuíram para a concepção de “sociedade obesogênica”, que destacam os aspectos socioambientais como principais condicionantes, identificadas também em propostas do setor saúde originadas no âmbito das políticas de promoção da saúde (SWINBURN *et al.*, 1999; BRASIL, 2012a, 2014b); os enfoques intersetoriais, formulados com base na política de SAN que consideram de que forma os diferentes aspectos do sistema alimentar se relacionam com as práticas alimentares e o perfil nutricional de populações (BRASIL, 2014a); e os que dão

centralidade à perspectiva dos direitos sociais e humanos (SANTOS, SCHERER, 2011; MORTOZA, 2011).

Localiza-se também uma abordagem da obesidade concebida a partir de uma perspectiva filosófica que questiona o cartesianismo presente nas intervenções mais tradicionais sobre o problema. Essa perspectiva confronta a concepção da obesidade como doença e pressupõe que um corpo gordo pode estar em um movimento saudável, em uma interação corpo-ambiente-ação. Essa concepção contribuiria com uma abordagem mais compreensiva da questão, na qual as singularidades culturais, locais e as vivências alimentares são consideradas e as intervenções nutricionais devem ser pensadas em sua adequação às vivências pessoais (CARVALHO, MARTINS, 2004).

Outras correntes têm como foco os direitos sociais e humanos, ressaltam o estigma e a discriminação que muitas vezes se estabelecem em relação à pessoa obesa e consideram a obesidade como um problema social mais amplo, figurando-se em uma questão social (MORTOZA, 2011). Dessa forma, compreende-se a obesidade como mais um produto dos arranjos econômicos, sociais e culturais que se impõe globalmente. Assim é apontada uma análise que aproxima os fatores que conformam globalmente as relações entre Estado, mercado e sociedade, dos condicionantes mais imediatos e das consequências sociais da obesidade (SANTOS, SCHERER, 2011; MORTOZA, 2011). Essa abordagem nasce dos estudos originados do Serviço Social, coloca os arranjos de produção e a relação com o trabalho no centro da questão e considera que o enfrentamento da obesidade implicaria em reestruturações produtivas e em reconstrução dos processos de trabalho em outras bases, produzindo assim, efeitos “sustentáveis” sobre o problema.

A resposta jurídica as demandas sociais da pessoa com obesidade têm contribuído com a formulação de diferentes legislações. Rigo e Santolin (2012), em uma análise crítica sobre o enfoque dado à obesidade nas legislações brasileira, encontraram um total de 46 leis que abordavam o problema, das quais 32 eram municipais, 13 estaduais e uma nacional. As leis encontradas foram promulgadas no período entre 1999 e 2010. Boa parte delas trata da acessibilidade dos indivíduos considerados obesos ou obesos mórbidos em transportes coletivos urbanos ou portas de segurança de agências bancárias, desobrigando-os a atravessar as catracas ou portas giratórias. E há, ainda, aquelas que tratam da disponibilização de equipamentos hospitalares adaptados; de assentos ou poltronas especiais em transporte público, cinemas, teatros e casas de espetáculos e de locais de realização de concursos públicos (RIGO, SANTOLIN, 2012). Os autores situaram sua pesquisa no campo dos estudos

sobre biopoder e destacaram que essas leis, embora possibilitem que as pessoas obesas frequentem e se utilizem de ambientes públicos antes inacessíveis, também controlam, discriminam e segregam (RIGO, SANTOLIN, 2012). A diversidade de questões que emerge no processo de inclusão da obesidade na agenda pública reforça sua complexidade.

Ressalta-se que a perspectiva da obesidade como uma questão social citada anteriormente é ainda incipiente, com pouco acúmulo teórico-científico. Essa abordagem exigiria intervenções ainda mais amplas sobre o modelo produtivo, bem como a reconstrução dos processos de trabalho e das relações de gênero. Por conseguinte, singularmente nesse estudo, optou-se por um recorte que focaliza o objeto de análise nas propostas situadas no campo de políticas da saúde e da SAN. Contudo, considera-se que a compreensão do fenômeno da obesidade nas sociedades modernas pode prescindir de uma análise da mediação entre seus processos mais globais e locais. Tarefa nada simples, dada a multiplicidade de elementos que condicionam a obesidade nos diferentes escopos possíveis de análise.

As mudanças nos modos de vida, influenciadas pelo conjunto de elementos que compõe a modernidade, em seu sentido amplo, ajudam a reconfigurar as sociedades em seus valores e hábitos e afetam o cotidiano de vida das pessoas, seus lugares e suas relações. É nesse contexto de mudanças que a obesidade surge como um problema público. Esse conjunto de elementos, associado ao debate internacional (WHO, 2000; 2004; 2012), contribuiu para colocar a obesidade na agenda política das políticas públicas no Brasil. Como dito anteriormente, no âmbito das propostas do governo federal brasileiro se destacam duas políticas que abordam de forma mais direta o problema: a Política de Saúde e a PNSAN.

A construção de políticas governamentais é marcada por disputas em torno das concepções sobre as questões em pauta, os tipos de intervenção possíveis, o que cabe aos governos e seu âmbito de atuação. Estudos indicam que medidas de caráter mais individual que objetivam aumentar o acesso à informação sobre alimentação saudável ou estimular mudanças comportamentais são, por vezes, priorizadas pelos governos, já que não afetam diretamente os interesses de grandes corporações e empresas que atuam no ramo da alimentação (BURLANDY et al., 2014). De outro modo, são mais complexas e de difícil implementação as medidas que pretendem afetar fatores que estão sendo relacionados aos ambientes obesogênicos —acesso e disponibilidade de alimentos, publicidade, entre outros— e, notoriamente, as que têm maior repercussão sobre os múltiplos e distintos interesses que atravessam o processo de produção e comercialização de alimentos (SWINBURN *et al.*, 1999;

SWINBURN *et al.*,2015; TRASANDE, 2010; BURLANDY *et al.*,2014; MONTEIRO *et al.*,2016).

Desta forma, as concepções que atravessam as propostas afetam o tipo de intervenção formulada e as interações políticas produzidas ao longo do processo decisório (CASTRO, 1989; TENÓRIO *et al.*,2008; BURLANDY *et al.*,2014, RAMOS *et al.*, 2015). Os problemas públicos são histórica e socialmente construídos e, nessa perspectiva, a obesidade passa a ser um “problema” em um determinado contexto de ideias e interesses. O reconhecimento da obesidade como uma questão de políticas públicas em nível internacional e nacional está presente em diferentes documentos do governo federal brasileiro (BRASIL, 2011b, 2012a, 2013a, 2014a). No Brasil, pode-se identificar um conjunto de medidas em diferentes políticas, planos e estratégias que configuram distintas práticas discursivas em torno do tema da obesidade, referenciadas por diferentes conceitos, princípios e valores que sustentam as soluções apresentadas (SPINK, MENEGON, 2005; FREEMAN, MAYBIN, 2011).

Assim sendo, foram analisados macropolíticas e documentos específicos sobre obesidade que marcaram a emergência do tema como uma questão de saúde pública e sua consequente inserção na agenda de políticas governamentais nos últimos 15 anos, com destaque para as Políticas de Saúde e SAN (Quadro 2).

Nesse contexto, cabe compreender quais as principais propostas do governo brasileiro que abordam o tema e de que forma elas indicam as concepções que estão em disputa nos diferentes campos de construção de conhecimentos e de políticas, tais como da saúde, da SAN e do serviço social (BRASIL, 2012a, 2013a; 2014a; 2014b; SANTOS, SCHERER, 2011; MORTOZA, 2011). As concepções socialmente construídas originam propostas de intervenção com distintos enfoques também condicionados pelo contexto histórico e sócio político em que se inscrevem.

Quadro 2 - Documentos⁹ que abordam a obesidade como questão de políticas públicas no âmbito das políticas de saúde e de segurança alimentar e nutricional.

Políticas de saúde
Política Nacional de Alimentação e Nutrição (BRASIL, 1999; BRASIL, 2012a)
Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006a; 2014b)
Caderno de Atenção Básica - Obesidade (BRASIL, 2006c; 2014e)
Portaria nº 424 - diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (BRASIL, 2013a)
Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022” (BRASIL, 2011b)
Guia Alimentar da População Brasileira (BRASIL, 2006d, 2014f)
Políticas de segurança Alimentar e Nutricional
Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (BRASIL, 2011a, 2016a)
Plano Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade: Promovendo Modos de Vida e Alimentação Adequada e Saudável para a População brasileira (BRASIL, 2011c)
Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade: recomendações para estados e municípios (BRASIL, 2014a)
Pacto Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (BRASIL, 2015c)

Fonte: elaborado pela autora.

2.2 - Concepção e ações de prevenção e controle da obesidade no contexto da Política de Saúde.

2.2.1- Obesidade como doença, critérios diagnósticos, condicionantes e medidas propostas.

Historicamente no âmbito do SUS, a temática central na agenda da Área Técnica de Alimentação e Nutrição (ATAN) foi a má alimentação como condicionante fundamental dos diferentes tipos de deficiências nutricionais (VASCONCELOS, 2005). Desde a década de 1930, as questões nutricionais são pautadas por diferentes governos no Brasil e a obesidade passou a ser considerada como um “problema de saúde pública”, nas últimas três décadas (VASCONCELOS, BATISTA FILHO, 2011), justificado por estudos populacionais que indicam sua crescente prevalência na população brasileira (IBGE, 2010a). Nos últimos quinze

⁹Esses mesmos documentos, listados no quadro 2, foram também analisados em outro item anterior que trata dos conceitos centrais da tese, no qual se destaca a noção de intersetorialidade que orienta as propostas do governo para enfrentar a obesidade.

anos, a associação com DCNT, com particular destaque para as doenças cardiovasculares, a obesidade passou a ser considerada como questão prioritária no conjunto de políticas públicas (MALTA *et al.*, 2014).

A obesidade integra a classificação internacional de doenças (CID) sendo considerada uma patologia com código para vários subgrupos e tipos. Historicamente, a Organização Mundial de Saúde (OMS) a define como condição caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura que traz repercussões à saúde (WHO, 1995; 2000). Recentemente, passou a definir conjuntamente o sobrepeso e a obesidade como sendo o "acúmulo anormal ou excessivo de gordura que pode impactar a saúde" (WHO, 2016). Em razão de sua magnitude e abrangência ganhou status de doença e até de epidemia (WHO, 2012). Desse modo, passou a ser considerada como um problema em si, além de ser tratada como "fator de risco" para outros problemas de saúde.

O diagnóstico de sobrepeso e obesidade vem sendo apresentado com base no índice de massa corporal (IMC)¹⁰, em razão da sua associação com o risco de adoecer e morrer (ANJOS, 1992), sendo usado em adultos, crianças e adolescentes (GOMES *et al.*, 2010; WHO, 2006; DE ONIS *et al.*, 2007). No âmbito do SUS, a Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) estabelece os mesmos critérios definidos pela OMS (BRASIL, 2008a).

Os estudos de natureza epidemiológica que indicam o aumento expressivo da prevalência de obesidade no Brasil (IBGE, 2010a; GIGANTE *et al.*, 2009) e no mundo (WHO, 2012), associados aos indicadores de risco para outros agravos e aos crescentes gastos públicos atribuídos à obesidade e às doenças associadas, têm sido utilizados para justificar a necessidade de intervenções (MAZZOCCANTE *et al.*, 2012). Um dos principais argumentos que mobilizam o setor saúde em torno dessa questão baseia-se na abordagem epidemiológica com foco na prevenção de doenças. No Brasil, segundo os recentes dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS¹¹) o excesso de peso e a obesidade atingiram em 2013, 56,9% e

¹⁰Índice de massa corporal (IMC), obtido a partir da divisão da massa corporal (kg) pela estatura (m) ao quadrado. Sendo a classificação baseada nos seguintes parâmetros: no caso de indivíduos adultos, considera-se com sobrepeso aqueles que apresentem IMC > 25 kg/m² e < 30 kg/m² e com obesidade aqueles com IMC ≥ 30 kg/m², sendo a obesidade classificada em: Grau I: indivíduos que apresentem IMC > 30 kg/m² e < 35 kg/m²; Grau II: indivíduos que apresentem IMC > 35 kg/m² e < 40 kg/m²; e Grau III: indivíduos que apresentem IMC ≥ 40 kg/m² (BRASIL, 2013a).

¹¹PNS - A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) é uma pesquisa de base domiciliar, de âmbito nacional, com amostra de 80.000 domicílios em 1.600 municípios, realizada em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A PNS é parte do Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares do IBGE. A pesquisa foi planejada para ser representativa para Brasil, Grandes Regiões, Unidades Federativas, capitais, áreas urbanas e rurais. As informações estão disponíveis em 3 volumes. No terceiro volume, aqui citado, são apresentadas informações sobre os ciclos de vida, dados antropométricos e de pressão arterial, com a análise de indicadores de saúde específicos para alguns grupos e faixas etárias distintas (BRASIL, 2016b; IBGE, 2015a).

20,8% da população adulta, respectivamente (IBGE, 2015a). Afetam diferentes faixas etárias em todos os níveis de renda ainda que tenham crescido de forma três vezes mais rápida na população de menor rendimento familiar (IBGE, 2010a).

A análise histórica com base em estudos populacionais tem sido utilizada para justificar a crescente preocupação do MS com a obesidade e apontar algumas tendências relacionadas à magnitude e velocidade com que o problema avança no país. Baseado na série histórica, iniciada na década de 70 (ENDEF¹², 1974), observou-se que em quase 15 anos a prevalência média já havia praticamente duplicado (PNSN¹³, 1989). Os resultados das duas últimas Pesquisas de Orçamento Familiar (POF¹⁴ 2002-2003 e POF 2008/2009) indicaram que a tendência de aumento na prevalência foi mantida. Nas mais de três décadas de análise, o excesso de peso e a obesidade em adultos aumentaram em três a quatro vezes no sexo masculino e em quase duas vezes no sexo feminino e atualmente metade da população brasileira apresenta algum grau de excesso de peso (IBGE, 2010a, IBGE, 2015a; BRASIL, 2015d).

Contudo, a dinâmica da obesidade indica a vulnerabilidade do grupo feminino no contexto de exclusão e pobreza (IBGE, 2010a; FERREIRA, MAGALHÃES, 2011). Estudos realizados com crianças e adolescentes também apresentam tendência crescente nas prevalências de excesso de peso e obesidade, embora com menor magnitude do que entre os adultos (IBGE, 2010a; IBGE, 2010b; VASCONCELOS *et al.*, 2013^{15, 16}).

¹² O ENDEF (Estudo Nacional de Despesas Familiares) foi um estudo realizado entre 1974 e 1975, pelo IBGE com o objetivo de coletar dados relevantes sobre orçamentos familiares e consumo de alimentos. Seu principal foco era a análise da situação nutricional tendo por base um quadro de orçamentos familiares. Foi uma pesquisa domiciliar, de abrangência nacional (exceto áreas rurais do Norte e Centro-Oeste) e sua coleta de dados teve a duração de um ano. Com uma amostra de cerca de 55 mil domicílios e aproximadamente 53 mil famílias, o ENDEF foi um dos estudos mais complexos e dispendiosos já realizados no Brasil (BRASIL, 2016c).

¹³ A PNSN (Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição) foi realizada pelo extinto INAN (Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição) com a colaboração do IBGE. Realizada com amostra domiciliar nacional. O peso e altura de 62 mil pessoas entrevistadas foram registrados. Os dados preliminares da pesquisa foram divulgados em março de 1990 e continham dados analisados para crianças menores de 10 anos. O segundo relatório da pesquisa, publicado em setembro de 1990, contemplava aspectos relacionados à situação do crescimento da população de 0 a 25 anos. O terceiro relatório, de setembro de 1991, analisa as condições nutricionais de adultos e idosos no Brasil (BRASIL, 2016d).

¹⁴ POF – As pesquisas de orçamento familiar obtêm informações gerais sobre domicílios, famílias e pessoas, hábitos de consumo, despesas e recebimentos das famílias pesquisadas, tendo como unidade de coleta os domicílios. Atualiza a cesta básica de consumo e obtêm novas estruturas de ponderação para os índices de preços que compõem o Sistema Nacional de Índices de Preços ao Consumidor do IBGE e de outras instituições (IBGE, 2016).

¹⁵ Vasconcelos *et al.*, (2013). Trata-se de um estudo de corte transversal, com amostra probabilística de escolares do sexto ao nono ano do ensino fundamental das escolas públicas de Niterói. Realizado no primeiro

Os dados epidemiológicos parecem não deixar dúvidas sobre a magnitude e a persistência do problema da obesidade no Brasil e as projeções não são otimistas. De modo geral, o contexto de discussão sobre obesidade está vinculado ao crescimento da morbimortalidade por DCNT, em especial as cardiovasculares que são consideradas responsáveis pela maioria dos óbitos e dos gastos com assistência hospitalar. Alguns fatores vêm sendo destacados na literatura como possíveis condicionantes desse processo, tais como: aumento na intensidade e frequência da exposição aos principais fatores de risco para essas doenças; mudança na pirâmide demográfica; aumento da longevidade; a transição alimentar e nutricional. Os principais fatores de risco considerados modificáveis e reconhecidos como estratégicos para conter o avanço das DCNT são o tabagismo, a inatividade física e a alimentação inadequada (BARRETO *et al.*, 2005). Diversos países, incluindo o Brasil, têm apostado no enfrentamento dessas questões por meio de diferentes estratégias, algumas delas fundamentadas especialmente na “Estratégia Global para Alimentação, Atividade Física e Saúde” da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2004). Esse documento impulsionou fortemente o debate sobre a promoção da alimentação saudável no âmbito do setor saúde (NETO *et al.*, 2013). A OMS tem sido um dos principais organismos internacionais a propor ações de enfrentamento da obesidade para os países (WHO, 2012; 2016).

O reconhecimento da complexidade e dos múltiplos condicionantes da obesidade não tem levado, necessariamente, à construção de estratégias de intervenção voltadas para alterar o conjunto de fatores que contribuem para a conformação deste cenário. Grande parte das intervenções se concentra nos determinantes mais individuais, como o aumento do consumo e redução do gasto energético e desconsideram as dificuldades que os indivíduos enfrentam para alcançar o que seria desejável, segundo padrões clínicos, em termos de atividade física e de alimentação. Portanto, a definição do que é ou não aceitável em relação ao tamanho corporal e aos elementos diretamente relacionados com o ganho de peso vem sendo determinada no contexto da saúde por uma perspectiva clínica e vem contribuindo para o

semestre de 2010, quando 4.545 alunos participavam do ensino fundamental público, distribuídos entre o sexto e o nono ano, totalizando 176 turmas em 12 escolas. Segundo os critérios amostrais utilizados foram selecionados para o estudo 328 alunos, sendo 108 meninos e 220 meninas.

¹⁶ PeNSE – A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar foi realizada pelo Ministério da Saúde em parceria com o IBGE em 2009 por meio de questionário autoaplicável. Foram coletadas informações de 60.973 estudantes em 1.453 escolas públicas e privadas nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal. Uma nova pesquisa foi realizada em 2012 com a finalidade de obter informações sobre fatores de risco e proteção à saúde dos adolescentes, pesquisados entre os escolares do 9º ano do ensino fundamental, bem como informações básicas das escolas fornecidas pelos diretores das unidades selecionadas ou seus responsáveis. A PeNSE 2015 (dados ainda não divulgados) se propôs a investigar em torno de 3.509 escolas em 783 municípios e os dados antropométricos foram incluídos (IBGE, 2010b).

predomínio do modelo biomédico, tanto para definir quanto para propor intervenções (MORTOZA, 2011).

O predomínio do modelo biomédico favorece a concepção da obesidade como doença física em que o tratamento centrado no indivíduo contribui para conformar diretrizes de manejo e tratamento predominantemente pautadas na medicalização como, por exemplo, aquelas contidas nas diretrizes brasileiras de obesidade da ABESO (Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica), uma associação da sociedade civil. Embora apontem que a etiologia da obesidade é complexa e multifatorial, resultado da interação entre fatores genéticos, fatores ambientais, estilos de vida e fatores emocionais, tais diretrizes apresentam a terapia medicamentosa como primeira alternativa de intervenção (ABESO, 2009). Cabe destacar que a produção desse documento, bem como parte de seus autores, foi financiada por laboratórios farmacêuticos. A influência dos interesses do complexo industrial da saúde (GADELHA, 2003) na prática médica e nas atividades acadêmicas tem se dado por meio de distintas estratégias, dentre elas a produção de materiais informativos, de instrumentos orientadores e de protocolos. As formas de disseminação de ideias e argumentos com bases científicas, que se propõe a convencer e influenciar as práticas de profissionais de saúde, são diversas. Na mesma direção, assumindo a estreita relação entre a questão da obesidade e o campo da nutrição, este é provavelmente o que confere maior centralidade à temática. Ainda que a nutrição venha se configurando como um campo interdisciplinar e que os próprios cursos de formação sejam integrados por disciplinas de diferentes tradições acadêmicas, das ciências sociais, biomédicas, das ciências humanas, dentre outras. A abordagem da obesidade ainda expressa certa hegemonia do modelo biologicista, que foca na doença e no risco como elementos centrais de sua prática. A despeito de alguns esforços da saúde coletiva em sua interface com o campo da nutrição, prevalecem intervenções alimentares pautadas em um modelo racional, restritivo e prescritivo que vem sendo entendido como um processo de racionalização e medicalização da dieta (NAVOLAR *et al.*, 2012). A apropriação de comportamentos e vivências humanas pelas profissões da área da saúde, transformando-as em necessidades ou problemas médicos, tem sido caracterizada como um processo de *medicalização social*. Esse processo apontado como limitador da perspectiva terapêutica que desvaloriza a abordagem dos modos de vida, dos fatores subjetivos e sociais relacionados ao processo saúde-doença (POLI NETO, 2006; TESSER *et al.*, 2010). Camargo Jr. (2013), problematiza o conceito e as apropriações que transformaram a medicalização em uma espécie de princípio explicativo universal, esvaziando o conceito de

seu significado e potência, de modo a se conceber sempre um juízo de valor negativo ao termo.

Contudo, no caso das abordagens nutricionais no enfrentamento da obesidade é notório o predomínio de orientações muitas vezes desconectadas das realidades vividas pela população em seu cotidiano. De forma geral, as propostas são centradas na mudança de comportamento e nem sempre se traduzem em uma perspectiva compreensiva sobre os limites impostos pelos arranjos sociais e sistemas alimentares vigentes (GUSTAFSSON *et al.*, 2011; NAVOLAR *et al.*, 2012).

Pode-se considerar que os estudos e políticas no campo da Nutrição em Saúde Pública foram marcados por uma ótica que enfatiza as mudanças de caráter individual, com poucos avanços em relação à compreensão das interações entre práticas alimentares saudáveis e os múltiplos fatores que atravessam o sistema alimentar (DELOMIER *et al.*, 2009). Logo, boa parte de suas políticas é pautada em estratégias prescritivas, como os guias alimentares e a disseminação de informações destinadas a modificar comportamentos em direção a um estilo de vida “desejável”, nos termos da saúde pública (GUSTAFSSON *et al.*, 2011; BURLANDY, 2012).

Diferentes documentos do MS concebem a obesidade como doença, como condição crônica e fator de risco para outras doenças, especialmente as DCNT (BRASIL, 2011b, 2012a, 2013a, b) e também concebem como manifestação da insegurança alimentar e nutricional, mesmo que as ações propostas não reflitam essa abordagem (BRASIL, 2013a). Indicam que a obesidade é resultante de uma alimentação rica em gorduras e açúcares associada à inatividade física, mesmo que se reconheça a complexidade dos elementos envolvidos nesse processo (BRASIL, 2011b, 2012a).

Em 2006, com a publicação de um Caderno de Atenção Básica (CAB) pelo MS, a obesidade ganhou destaque sendo concebida como problema de saúde pública por ser simultaneamente uma doença e um fator de risco para outras doenças como hipertensão e diabetes. O documento enfatiza aspectos individuais tanto na configuração do problema quanto no seu enfrentamento, mas sugere estratégias coletivas de promoção da alimentação saudável (BRASIL, 2006c). O CAB obesidade de 2014 detalha a orientação nutricional no acompanhamento clínico e incluiu um manual para a construção da linha de cuidado para obesidade no âmbito da AB. De forma secundarizada, destaca aspectos relacionados às ações de promoção da saúde (BRASIL, 2014e). A análise dos CAB e dos documentos publicados

nesse intervalo de tempo indica uma preocupação crescente do MS em organizar as ações de enfrentamento da obesidade na AB (BRASIL, 2012c).

A construção de Redes de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2010c) se constitui como estratégia prioritária de organização da atenção à saúde. Esse dispositivo subsidiou a criação da RAS das pessoas com doenças crônicas no âmbito do SUS (BRASIL, 2014d). A publicação em 2007 da Portaria nº 1.569 instituiu diretrizes para a atenção à saúde, buscando à prevenção e assistência ao portador de obesidade que foi revogada em 2013 pela de nº 424 que trata da organização da linha de prevenção e cuidado na obesidade. Em caráter complementar foi publicada a Portaria nº 425, em 2013, que dispõe sobre normas e critérios para o serviço de assistência de alta complexidade para esses pacientes. No entanto, mesmo que as ações de promoção da saúde integrem a proposta, percebe-se que o foco das ações está na prevenção de doenças e suas complicações e no tratamento, com destaque para a cirurgia bariátrica. Cabe problematizar que, ainda que esses instrumentos normativos estejam pautados em uma concepção mais preventiva em torno do sobrepeso e obesidade, eles estabelecem o fluxograma de atenção e de referência e contra referência entre os pontos de atenção à saúde para pessoas com obesidade no território. Sendo assim, compõe as estratégias para o fortalecimento e organização da AB, de modo que a integração na atenção e a intrasetorialidade no território possam ser qualificadas.

A perspectiva de garantia de tratamento cirúrgico, embora reforce a abordagem da obesidade como doença, viabiliza no âmbito do SUS essa alternativa de tratamento como um direito (BRASIL, 2013a). Não há como desconsiderar a importância destas medidas, porém as alternativas propostas são também condicionadas por disputas de interesses em torno dos recursos financeiros, políticos, entre outros, do SUS. Principalmente as que envolvem o setor privado de caráter comercial. Determinadas classes de profissionais, empresas de medicamentos, de produtos hospitalares, prestadores de serviço, dentre outros, que conformam o complexo industrial da saúde, tem forte peso de influência nesse processo (GADELHA, 2003). Portanto, a inclusão de tratamentos medicamentosos e especialmente da cirurgia bariátrica na Portaria nº 424 do MS deve ser analisada à luz desse contexto (BRASIL, 2013a). Assim, as concepções construídas em torno das propostas no nível local podem estabelecer distintos contornos sobre as ações priorizadas.

Vale sinalizar que a obesidade também é tematizada no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil (2011-2022), lançado em 2011 pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do MS (BRASIL, 2011b;

MALTA *et al.*,2011). O plano descreve as ações nos eixos da vigilância, informação, avaliação e monitoramento, promoção da saúde e do cuidado integral, e apresenta metas para a redução da obesidade até 2022 (BRASIL, 2011b; MALTA *et al.*,2011). Ou seja, nesse documento a obesidade é concebida como um fator de risco para as DCNT e privilegia uma abordagem multisetorial, no qual tanto o PNAE quanto o PSE são apontados como estratégicos para o alcance das metas estabelecidas.

Propor medidas ambientais se tornou um imperativo, diante da baixa resolutividade das intervenções focadas apenas no corpo e no atendimento individualizado (ROBERTO *et al.*, 2015). A dificuldade em universalizar medidas de caráter individual (a exemplo das intervenções cirúrgicas), bem como os limites que os próprios indivíduos enfrentam para modificar suas escolhas alimentares em contextos adversos à adoção de práticas saudáveis, reforça a necessidade de outros tipos de enfoque que ultrapassem o que tradicionalmente vem sendo proposto no âmbito da atenção à saúde. Assim, a abordagem da obesidade na perspectiva da PS, ainda no âmbito do SUS, passa a pensar o problema numa ótica não mais referenciada apenas na doença, aportando por meio de suas políticas os novos referenciais da PS.

2.2.2- Obesidade e promoção da saúde e da alimentação adequada e saudável

A construção histórica da obesidade como problema de saúde pública no Brasil tem sido influenciada pelo debate sobre PS, como identificado nas duas versões da PNPS (BRASIL, 2006a; 2014b). A obesidade não é tematizada nessa política. Contudo a Alimentação Adequada e saudável (AAS) e as práticas corporais e de atividade física são consideradas prioritárias e são abordadas numa perspectiva que transcende ações individualizadas. A PNPS destaca a relação desses dois pilares com processos referentes à: PS, SAN, redução da pobreza, inclusão social e garantia do direito humano à alimentação adequada e saudável. Reforça ainda a importância de serem consideradas a autonomia e a singularidade dos sujeitos, das coletividades e dos territórios, partindo do princípio de que as escolhas individuais dependem, não apenas da vontade ou liberdade individual e comunitária, mas estão condicionadas e determinadas pelos contextos social, econômico, político e cultural em que eles vivem (BRASIL, 2006a;2014b).

Souza e Batista (2014) evidenciam o caráter híbrido da PNPS pela identificação de duas grandes abordagens em disputa em torno da concepção de PS: uma denominada “regulatória” e outra “emancipatória”. A primeira concebe a PS como um conjunto de

atividades direcionadas à transformação dos comportamentos dos indivíduos e a outra valoriza modificações nos determinantes sociais do processo saúde-doença e nas condições de saúde. Nesta segunda perspectiva, a saúde é concebida como produto de um conjunto amplo de fatores que incluem alimentação e nutrição, foi definida de forma mais abrangente como direito na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 (BRASIL, 1986). Assim, o escopo de possibilidades de ação é ampliado e as medidas propostas extrapolam a perspectiva de mudança comportamental que caracteriza boa parte das ações de PS em diferentes países (SOUZA, BAPTISTA, 2014).

Neto e col. (2013) indicam a influência dos organismos internacionais tanto na definição da agenda quanto no texto final da PNPS. Ainda que seja baseada num conceito amplo de PS, consideram que as ações propostas são fortemente marcadas por uma perspectiva de prevenção da doença. Esse fato assemelha-se ao observado em outros países, como Canadá, onde a PS está sustentada no paradigma centrado na patologia e nos modelos epidemiológicos de fatores de risco (NETO *et al.*, 2013). Portanto, há uma perspectiva de PS que continua centrada na doença, ou em medidas voltadas para a prevenção da doença e outra que opera numa lógica mais positiva da saúde, socioambiental, voltada para afetar os contextos de vida. Ambas têm influenciado as abordagens sobre obesidade. Portanto, é plausível supor que a obesidade, bem como as soluções apresentadas no âmbito da saúde, possa ser analisada a partir do diálogo sobre diferentes abordagens e modelos de atenção à saúde, onde se considere a perspectiva assistencial e de PS que integram o SUS.

No SUS o enfrentamento da obesidade se encontra especialmente relacionado com as ações da AB, mais especificamente da PNAN que são subsidiadas pela PNPS. Ambas são integradas por diferentes perspectivas sobre a abordagem da obesidade, as ações priorizadas como parte da PNAN e PNPS indicam maior ou menor adesão a perspectiva, biomédica, comportamental e/ou socioambiental que refletem distintas concepções sobre o problema que repercutem nas propostas de intervenção. Na PNAN a obesidade é considerada doença multifatorial complexa e de determinação social e sua crescente prevalência é atribuída ao perfil de consumo alimentar e de prática de atividade física (BRASIL, 2012a). Mesmo concebida como doença, suas propostas avançam para intervenções sobre o ambiente: regulamentação da publicidade de alimentos e criação de ambientes —físico, social, político, econômico e cultural— favoráveis à saúde.

Outras estratégias pretendem, entre outros objetivos, melhorar a assistência por meio da reorganização e fortalecimento das ações da AB, outras se propõem a promover mudanças

no comportamento alimentar das pessoas e há, também, aquelas de natureza regulatória que pretendem intervir na relação do Estado com o Mercado —setores comerciais. Esse conjunto de medidas tem a potencialidade de afetar em maior ou menor grau o ambiente onde as pessoas vivem, incidem, portanto, sobre os condicionantes relacionados aos aspectos institucionais, individuais ou ambientais. Portanto, as ações previstas na PNAN e PNPS podem ganhar oportunidade por meio das ações de programas como PSE e PNAE, no entanto, a construção de processos articulados é condicionada por distintos aspectos inscritos; na história de construção social em torno da abordagem sobre os problemas alimentares e nutricionais, bem como, nas dimensões das ideias, dos programas e das instituições que abrigam os processos de operacionalização das ações.

Sob o ponto de vista histórico no MS a obesidade vem sendo objeto de intervenção da PNAN desde 1999¹⁷, quando teve sua primeira versão lançada. Embora na ocasião a ênfase maior tenha sido dada aos aspectos relacionados com as carências nutricionais, a obesidade já despontava como uma preocupação governamental, visto que os estudos já indicavam crescimentos importantes nas taxas de prevalência. O avanço da obesidade impôs novos desafios para a saúde pública, que passou a enfrentar as consequências da transição nutricional. Sinalizou-se a perspectiva de articular políticas em torno de uma “agenda única de nutrição” com enfoque na promoção da alimentação adequada e saudável (PAAS) e no curso de vida, justificado com base na associação entre má-alimentação, obesidade e DCNT (COUTINHO, GENTIL, 2008). Assim, a PAAS passou a ser considerada estratégica para enfrentar tanto as deficiências nutricionais quanto a obesidade.

Na PNAN de 2012 o problema da obesidade ganhou maior destaque e o diálogo com a política de SAN foi reafirmado. Conforme já destacado, nesse contexto, a PNAN pode ser reconhecida como um elo que conecta as duas políticas, Saúde e SAN, especialmente no que se refere a promoção da alimentação saudável (BRASIL, 1999; BRASIL, 2012a). A partir do diálogo com a política de SAN, para além do conceito de alimentação saudável, alguns documentos da saúde passaram a adotar o conceito de Alimentação Adequada e Saudável (AAS). Este conceito inclui a perspectiva de adequação cultural, social, econômica da alimentação e não apenas nutricional (CONSEA, 2007). A PAAS vem sendo proposta como um dos componentes da promoção da saúde e é compreendida como:

¹⁷ É importante indicar que embora a obesidade tenha sido tematizada como objeto de política pública a partir da década de 90, na história das políticas de alimentação e nutrição registra-se a emergência do processo simultâneo de descoberta científica da fome; de criação da prática profissional em Nutrição e de instituição da política social de alimentação e nutrição após 1930, conforme destaca Vasconcelos (2005).

A alimentação adequada e saudável é a realização de um direito humano básico, com a garantia ao acesso permanente e regular, de forma socialmente justa, a uma prática alimentar adequada aos aspectos biológicos e sociais dos indivíduos, de acordo com o ciclo de vida e as necessidades alimentares especiais, pautada no referencial tradicional local. Deve atender aos princípios da variedade, equilíbrio, moderação, prazer (sabor), dimensões de gênero e etnia, e as formas de produção ambientalmente sustentáveis, livre de contaminantes físicos, químicos, biológicos e de organismos geneticamente modificado (CONSEA, 2007 p9).

A PNAN aponta a PAAS “como um conjunto de estratégias que proporcionem aos indivíduos e coletividades a realização de práticas alimentares apropriadas aos seus aspectos biológicos e socioculturais, bem como ao uso sustentável do meio ambiente” (BRASIL, 2012a). Na PNAN, as ações de PAAS abarcam: (1) medidas de incentivo que visam à difusão de informações; (2) medidas de apoio que visam a facilitar a adesão a práticas saudáveis; (3) e as que visam proteger as pessoas de condições que estimulem práticas não saudáveis. Incluem: a educação alimentar e nutricional; a regulação de alimentos (rotulagem e informação, publicidade e melhoria do perfil nutricional dos alimentos); incentivo à criação de ambientes institucionais promotores de alimentação adequada e saudável, tais como; escolas; ambientes de trabalho; e ainda pequenos comércios de alimentos (BRASIL, 2012a).

Outras ações previstas na PNAN, tais como a oferta de serviços de saúde necessários ao tratamento da obesidade e a prevenção de novos agravos decorrentes do ganho excessivo de peso e a VAN, são marcadas por uma perspectiva mais assistencial individualizada da saúde (BRASIL, 2012a). A VAN tem sido considerada fundamental no monitoramento e análise dos problemas nutricionais, conduzida através de inquéritos, pesquisas populacionais e a partir do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), importante para o planejamento da atenção nutricional; das ações relacionadas à promoção da saúde e da alimentação adequada e saudável; e para a qualidade e regulação dos alimentos, nas esferas de gestão do SUS (BRASIL, 2008a, 2012a). Nesse contexto, a avaliação do estado nutricional por meio da antropometria se destaca como ferramenta fundamental para o monitoramento em saúde e vem sendo priorizada em diferentes programas e políticas públicas de PAAS, incluindo o PNAE e o PSE. O lugar que a avaliação nutricional tem assumido na indicação de “desvios nutricionais” contribuiu para a produção do discurso sobre obesidade como doença, contudo tem sido a ferramenta prioritária para subsidiar distintas estratégias no campo da promoção da saúde e da PAAS (FIGUEIREDO, 2009).

Então, os programas PSE e PNAE que são integrados, tanto por ações de avaliação nutricional quanto por ações de PAAS, apresentam-se como oportunidade para a prevenção e

controle da obesidade. Seja porque o PSE promove o acesso de escolares aos serviços de saúde e as ações de PS de modo a facilitar, em tese, os arranjos intersetoriais no plano local (BRASIL, 2007a). Seja porque no âmbito dos dois programas, PSE e PNAE, está previsto o desenvolvimento de ações de EAN e abordagem pedagógica das questões alimentares de forma transversal (BRASIL, 2009a; 2011d). As ações de EAN, e produção de materiais educativos, como os guias alimentares (BRASIL, 2002; 2006d; 2014f) são medidas priorizadas e que pretendem incidir sobre as escolhas alimentares individuais, subsidiar políticas públicas e profissionais de saúde em torno da PAAS nos territórios, tanto na AB, quanto nas escolas por meio do PAE. Cabe problematizar que a perspectiva de práticas educativas e de educação em saúde vem sendo construídas no âmbito dessas ações de PAAS (SILVA-ARIOLE *et al.*, 2013).

No ambiente escolar, destacam-se algumas modalidades de ação que integram a PNAN e que afetam de modo diferente os condicionantes da obesidade, produção e divulgação de materiais educativos, uso dos guias alimentares indicados acima e a regulação da publicidade e comercialização de alimentos nas escolas são ações que podem afetar, de forma diferenciada, o modo como as questões alimentares são tematizadas e apropriadas pelas escolas. As medidas que se interpõem no limite entre as escolhas individuais e as restrições impostas, por exemplo, sobre entrada e comercialização de alimentos no espaço escolar podem, por vezes, tencionar as relações entre gestores, comunidade escolar e pais de alunos. Assim as medidas que visam, principalmente, intervir nos comportamentos individuais, nos perfis de ingestão alimentar e de gasto energético acabam sendo priorizadas. Desde 2006 o governo brasileiro estabeleceu diretrizes para a promoção da Alimentação Saudável em ambiente escolar público e privado (BRASIL, 2006e). Diferentes dispositivos legais vêm ratificando a necessidade de proteger as crianças da oferta e publicidade de produtos alimentícios cujas características e composição possam representar risco à saúde de escolares. Recentemente o Ministério da Justiça divulgou a Nota Técnica nº3/2016 de interesse da Secretária Nacional do Consumidor (SENACON) que estabelece que o ambiente escolar deverá ser objeto de monitoramento e atuação do órgão de defesa do consumidor (BRASIL, 2016).

Em suma, a crescente prevalência da obesidade vem pautando as justificativas dos governos para a implementação de um conjunto de medidas em diferentes políticas. E o campo da Nutrição tem sido o principal espaço de debate e de construção de propostas de intervenção em torno do problema, entretanto, o cenário de insucesso é vasto. A maioria das

estratégias adotadas para enfrentar a obesidade tem se mostrado pouco eficaz em conter seu avanço. Esse cenário tem mobilizado governos e despertado novos olhares em torno da concepção da obesidade como um problema público.

Esse é o panorama de ações conduzidas pelo setor saúde que integram várias políticas do setor e possuem capacidade variada para afetar diferentes dimensões e condicionantes do sobrepeso e da obesidade nos âmbitos individual, coletivo e ambiental. No entanto, além do novo guia alimentar para a população brasileira, não há nos planos aproximação do debate ou de propostas que incidam sobre os condicionantes relacionados à cadeia produtiva ou acesso aos alimentos em uma perceptiva mais sistêmica. Essa aproximação encontra mais espaço nas propostas originadas nos espaços de governança que tratam das questões de SAN no país e que, de algum modo, vem impactando em programas e políticas de outros setores, como por exemplo, o PNAE, que prevê o estímulo à produção agrícola local com fornecimento para as escolas por meio das compras públicas de modo que a oferta de alimentos in natura, notoriamente, possa afetar, tanto a cadeia produtiva do território quanto a qualidade da alimentação escolar.

Persistem os desafios para a integração das medidas dentro do próprio setor saúde —intra-setorialidade— e, além disto, o diálogo com outros campos de políticas também é frágil —inter-setorialidade— (SWINBURN *et al.*, 1999; DELOMIER *et al.*, 2009). Assim, tais ações do MS, apesar de fundamentais, tem se mostrado insuficientes e implementadas, muitas vezes de forma fragmentada e desarticulada. Não obstante, o processo de construção da política de SAN no país vem contribuindo com novos referenciais para a abordagem das questões alimentares e nutricionais, em que a obesidade tem assumido grande relevância.

2.3- Obesidade no contexto da Política de Segurança Alimentar e Nutricional

A consolidação da PNSAN no Brasil é um importante marco na reorientação de programas e políticas que lidam com as questões alimentares para além do setor saúde. Trata-se de um conceito em construção que vem ganhando lugar importante na agenda de governos e de organizações da sociedade civil. A legislação nacional formalizou uma concepção que considera que a SAN expressa a maneira como uma sociedade organizada, através de suas políticas, pode e deve garantir:

O direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidades suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam: social, econômica e ambientalmente sustentável (BRASIL, 2006b; VALENTE, 2002).

No caso brasileiro, esse processo foi marcado pelo caráter socialmente participativo, pelo protagonismo de diferentes instituições e redes de políticas e pelo desenvolvimento de ações em diferentes níveis: local, regional e nacional. Além disso, a ótica integrada entre diagnóstico e planejamento assumida nas ações de alimentação e nutrição também ajudaram a fortalecer a perspectiva de construção de políticas, programas, planos e ações capazes de relacionar cadeia produtiva; comercialização e acesso aos alimentos no enfrentamento das questões alimentares e nutricionais de modo que o processo saúde-doença seja compreendido em parte como resultado e como condicionante do sistema alimentar (BURLANDY *et al.*, 2012).

O processo de consolidação da política de SAN propiciou a construção de uma nova institucionalidade no Brasil. A promulgação da Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN) (2006) que instituiu o Sistema Nacional de SAN (SISAN), integrado por conselhos e conferências, reunindo órgãos e entidades de diferentes setores em todos os níveis de governo foi um importante marco para conformação de processos e instancias nas políticas e programas sociais (BRASIL, 2006b; BURLANDY *et al.*, 2012). No âmbito federal, destacam-se duas importantes instâncias, quais sejam: o CONSEA, órgão de assessoramento ao Presidente da República composto em 1/3 por setores de governo e 2/3 pela sociedade civil, e a CAISAN, composta pelos ministros de Estado e secretarias federais, sob coordenação da Casa Civil, que tem como função formular a política e o plano nacional de SAN (PlanSAN) (BRASIL, 2003; BRASIL 2004; BRASIL 2006b).

O CONSEA já havia sido instituído formalmente em 1993, mas foi extinto em 1995, na primeira gestão do presidente Fernando Henrique Cardoso e reconstituído em 2003, na primeira gestão do presidente Luís Inácio Lula da Silva em outros termos. A CAISAN foi formalmente institucionalizada pela LOSAN em 2006. Esse cenário possibilitou avanços importantes, na perspectiva do direito, na criação de espaços institucionais voltados para construção da intersetorialidade e no fortalecimento das bases legais para a garantia da SAN, que refletiram em mudanças em outros campos de política (BRASIL, 2010b).

O fortalecimento e a ampliação da concepção de SAN vêm contribuindo com a conformação de uma dada institucionalidade que, segundo estudos, pode favorecer a promoção da intersetorialidade no âmbito da atuação do governo federal na área de alimentação e nutrição (BURLANDY, 2009). Nesse sentido, o enfoque assumido no planejamento de ações para enfrentar a obesidade expressa, por um lado, uma compreensão ampliada sobre o problema e, por outro, a necessidade de integrar diferentes áreas ou setores

de políticas—agricultura, saúde, educação, assistência social, dentre outros—vem fortalecendo a intersectorialidade.

As propostas intersectoriais apresentadas como alternativas para o enfrentamento da obesidade apontam para uma nova inflexão na abordagem do problema pelas políticas públicas. Destaca-se o aporte que a consolidação do campo da SAN trouxe para o debate, especialmente em razão de seu caráter multidisciplinar e intersectorial (NAVOLAR *et al.*, 2012), o diálogo com outros campos científicos e de políticas, conceitos e movimentos sociais tem contribuído com novas perspectivas epistemológica, política, social e cultural sobre saúde e nutrição. Coloca-se, pois, o sistema alimentar e o modelo de desenvolvimento em curso no centro das questões alimentares (LIMA, SAMPAIO, 2015). A obesidade é, então, vista também como uma das consequências do modelo produtivo (TRICHES *et al.*, 2014).

Cabe também destacar a contribuição do setor saúde no processo de construção nacional de SAN, que tem na Conferência Nacional de Alimentação e Nutrição em 1986 um marco de discussão das principais ideias e propostas para a área, que se constituíram em uma das bases do SISAN (RIGON *et al.*, 2016). Esse contexto de aproximação favoreceu a entrada da obesidade, tradicionalmente tratada na perspectiva da saúde, como objeto de política de SAN. O caráter interdisciplinar e intersectorial do campo de SAN viabilizou, em certa medida, a compressão do fenômeno da obesidade em sua interface com o sistema alimentar como problema público complexo, de insegurança alimentar e nutricional, de natureza interdisciplinar que demanda estratégias integradas de distintos setores, tal qual apontada a EIPCO.

Portanto, no âmbito de SAN, a obesidade passou, também, a ser abordada como problema social multidimensional, relacionada ao sistema alimentar vigente, com repercussões na saúde e na qualidade de vida. Esta concepção aponta para a necessidade de intervenções que afetem todo sistema alimentar, tais como: as que incidem sobre os territórios e as condições espaciais para a promoção da qualidade de vida e promoção da alimentação saudável e as que fortalecem a intervenção do Estado sobre as relações com o mercado como, por exemplo, a regulamentação da publicidade de alimentos e as compras institucionais de alimentos como mecanismo de fortalecimento da agricultura de base familiar (BRASIL, 2011c, 2014a).

O Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional apresenta a reversão das tendências de aumento das taxas de excesso de peso e obesidade como um desafio a ser enfrentado e destaca a necessidade de as políticas voltadas para o enfrentamento da obesidade

vincular a discussão do acesso ao alimento com a adequação da alimentação (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2016a). O novo PlanSAN (2016-2019) aponta como macro desafios: a promoção da produção de alimentos saudáveis e sustentáveis, da estruturação da agricultura familiar e do fortalecimento de sistemas de produção de base agroecológica; promoção do abastecimento e do acesso, regular e permanente, da população brasileira a AAS e promovê-la e protegê-la por meio de estratégias de EAN e medidas regulatórias (BRASIL, 2016a).

No caso das ações específicas de enfrentamento da obesidade, o Governo Federal mudou a estratégia inicial de um plano nacional e delegou aos estados e municípios a construção de seus planos por meio da “Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade: recomendações para estados e municípios” (EIPCO), que integra o novo PlanSAN (BRASIL, 2016a). Supõe-se que as dificuldades em estabelecer as negociações entre distritos setores de governo, em torno de um plano nacional, tenham repercutido na escolha de uma alternativa com menor grau de conflito, ou seja, em recomendações às instâncias subnacionais, onde de fato as políticas ganham expressão prática. Além disto, estados e municípios vem sendo induzidos, por diversos mecanismos, a aderirem às propostas federais, dadas as características do sistema federativo brasileiro. No entanto, enfrentam limites na abordagem de questões mais amplas que esbarram nos interesses comerciais de grandes corporações na área de produção de alimentos, por exemplo.

A EIPCO contém um conjunto de medidas integradoras conforme expresso na PNSAN. A estratégia é pautada em seis grandes eixos de ação: 1) disponibilidade e acesso a alimentos adequados e saudáveis, 2) ações de educação, comunicação e informação, 3) Promoção de modos de vida saudáveis em ambientes específicos, 4) Vigilância alimentar e nutricional, 5) atenção integral à saúde do indivíduo com sobrepeso/obesidade na rede de saúde e 6) regulação e controle da qualidade e inocuidade de alimentos (CAISAN, 2014a). Algumas das ações que integram as estratégias já são desenvolvidas pelo setor saúde e, nesse sentido, há um espaço comum de atuação considerando as duas políticas (Saúde e SAN).

As interações entre as duas políticas (Saúde e SAN) podem ser múltiplas, principalmente se for considerada a intersetorialidade como princípio que as fundamentam. Nesse sentido, o setor saúde que, tradicionalmente focou a abordagem da obesidade na dimensão do consumo alimentar, vem interagindo numa via de mão dupla, com as propostas que deslocam o foco das soluções para o conjunto de políticas do SISAN. Ainda que a intersetorialidade estivesse presente nas políticas de saúde, tanto na PNAN quanto na PNPS, foi no âmbito do SISAN que passou a ser um princípio estruturante e identitário de uma

política pública (BURLANDY, 2009). Isto contribuiu para ampliar o leque de estratégias do setor saúde voltadas para afetar os ambientes obesogênicos, para além da RPA e da oferta de alimentação saudável nos locais de ensino e trabalho. Desta forma, a SAN contribui para reorientar a abordagem da obesidade ao estabelecer conexões entre os processos de produção, abastecimento, comercialização, acesso e consumo dos alimentos. Essa perspectiva fortalece determinadas ações que compõem a “agenda única” de nutrição no SUS, especialmente aquelas que visam enfrentar a obesidade e as carências nutricionais por meio da PAAS, que conflitam com as soluções medicalizantes e com os interesses da indústria de alimentos, de sementes, suplementos e biofortificação. Esses reflexos da abordagem da SAN podem ser identificados nos próprios termos do novo GA, nos novos significados sobre AAS, bem como no reconhecimento da obesidade como uma questão de insegurança alimentar.

No contexto de aproximação de setores em torno de agendas convergentes é possível localizar a escola como um espaço potencial de articulação entre programas situados no âmbito das políticas de saúde e SAN, como o PSE e o PNAE, sobretudo nas ações de PAAS que vêm sendo propostas. Além disso, as ações previstas nesses programas oferecem oportunidade para o alcance de objetivos que integram a EIPCO destinada a estados e municípios. Favorece também a aproximação com a política de educação por meio da abordagem dos temas nos planos pedagógicos. Os dois programas propõem que o tema da saúde e da alimentação saudável sejam incorporados aos processos pedagógicos na escola e que possam ser apropriados transversalmente nos currículos escolares, de modo a se constituir em estratégia de PAAS, permanentemente conectada ao cotidiano da escola (BRASIL, 2007a; BRASIL, 2009a).

Além disso, a PNSAN aponta como eixo estratégico a atuação na AB visando à atenção integral à saúde do portador de excesso de peso e obesidade e enfatiza a importância da ação intersetorial para o enfrentamento do problema em uma ótica que considere, sobretudo, sua “determinação social” (BRASIL, 2011a). Essa perspectiva pode sinalizar o papel do PSE na construção e integração da linha de cuidado da obesidade para escolares com sobrepeso e obesidade, considerando que nele estão previstos o diagnóstico e o acompanhamento da criança ou adolescente na rede de saúde. Portanto, a organização da atenção nutricional no âmbito do PSE pode ser vista como uma oportunidade de integração da escola com rede de saúde, balizada pela integralidade na atenção e garantindo o fluxo na assistência desse escolar ou usuário. Como dito, a avaliação do estado nutricional, mais especificamente o diagnóstico antropométrico e a PAAS, são ações previstas tanto no PSE,

quanto no PNAE e poderiam compor a construção da linha de cuidado da obesidade no âmbito da saúde (BRASIL, 2007a; BRASIL, 2009a). Além da atenção integral à saúde, a VAN, a PAAS e a regulação de alimentos são eixos de ação que também integram as políticas e planos do campo da saúde e da SAN (BRASIL, 2010b; 2011a; 2012a; 2014a).

Contudo, a política de SAN propõe a articulação com outros setores como, por exemplo, a agricultura que extrapola os limites das intervenções características do setor saúde. Destacam-se dois eixos inscritos na EIPCO que avançam nesse sentido (BRASIL, 2014a): (1) o primeiro que visa ampliar a disponibilidade e acesso a uma AAS, através de medidas como o apoio a agricultura familiar, a diversificação do modelo produtivo, com investimentos em sistemas produtivos de base ecológica e orgânica, regulamentação de compras institucionais em favor de alimentos naturais e restrição de ultraprocessados (2) e o segundo que se propõe a promover os modos de vida saudáveis em ambientes específicos, através de mudanças estruturais, nos espaços institucionais e urbanos, voltadas à PAAS, atividade física, e acesso à espaços públicos de lazer, buscando também estimular a garantia de espaços que viabilizem ações educativas e de PS que tornem as escolhas alimentares mais saudáveis e factíveis à população, com destaque aos espaços urbanos, ao ambiente de trabalho, ao ambiente escolar, as redes de atenção à saúde e sócio assistenciais (BRASIL, 2014a).

O documento também sinaliza a necessidade de estudos e pesquisas sobre políticas fiscais, como os subsídios de alimentos considerados como “saudáveis” e a taxação de alimentos processados e ultraprocessados (BRASIL, 2014a), essas medidas afetariam diretamente os interesses da indústria de alimentos (BURLANDY *et al.*, 2014).

Outro importante encaminhamento no campo da ampliação do debate sobre o tema da obesidade sugere a introdução de lógicas diferenciadas nos setores econômicos. Essa proposta é tanto, ou mais, desafiadora que a anterior, tendo vista o distanciamento entre demandas e princípios que regem a PNSAN e os arranjos e prioridades da política econômica. Além disso, na EIPCO fica evidente seu papel em dar visibilidade a questão da regulamentação da publicidade de alimentos, o documento elenca todas as legislações municipais, estaduais e os projetos de lei que tramitam no congresso (BRASIL, 2014a). Esse é um ponto que também tenciona as relações entre estado e mercado conforme já indicado (HENRIQUES *et al.*, 2014). A aprovação de projetos de lei tão complexos como esse dependem da mobilização da sociedade para serem apreciados e, nesse sentido, a CAISAN parece se propor a sensibilizar estados e municípios em torno desse debate, chamando a atenção para as legislações

existentes que regulamentam a publicidade e comercialização de alimentos em escolas (BRASIL, 2014a).

Identifica-se também na EIPCO a recomendação para que estados e municípios criem instâncias intersetoriais que viabilizem a articulação necessária ao desenvolvimento das diferentes estratégias no nível local. Esta proposta segue o modelo federal de gestão que instituiu o Comitê Gestor composto por representantes governamentais, representante do CONSEA e da OPAS/OMS. Esse comitê tem papel de assegurar a convergência das ações, a fim de facilitar a coordenação intersetorial das atividades, o monitoramento e avaliação, comunicação, informação, mobilização e “*advocacy*” da EIPCO, bem como a articulação com a sociedade civil (BRASIL, 2014a). Recomenda-se que esses comitês estabeleçam uma agenda de diálogo e parceria com conselhos locais envolvidos com a questão, como o de: saúde, alimentação escolar, desenvolvimento urbano, desenvolvimento rural, assistência social, entre outros.

O enfrentamento da obesidade por meio de estratégias intersetoriais pode significar desafios, por vezes, insuperáveis para as políticas públicas, considerando-se especialmente a natureza do problema e as dificuldades de articulação entre diferentes setores de governo em um contexto tradicionalmente caracterizado pela fragmentação e falta de integração entre políticas (CASTRO, 1989; BURLANDY, 2009; MONNERAT *et al.*, 2014). No entanto, a nova institucionalidade demandada pela EIPCO pode representar um importante avanço no tratamento dos condicionantes das práticas alimentares e, por conseguinte, da obesidade. A incorporação da temática na agenda pública da política de SAN, no país, pode contribuir para a integração de ações na direção da intersectorialidade. A aproximação com as diferentes realidades locais é oportuna porque é no território em que a articulação entre os setores e sujeitos políticos de fato pode ser construída. Contudo, ao retirar da esfera federal e deslocar essa pauta para estados e municípios, o governo federal descentraliza a gestão dos processos necessários para efetivar a estratégia, em um contexto no qual nem sempre as estruturas institucionais e cultura política locais propiciam a articulação intersetorial (BRASIL, 2011c, 2014a).

No caso do PNAE, as recentes mudanças em sua legislação e seu desenho operacional o colocaram como um dos principais programas de promoção de SAN que deve ser conduzido pelas instâncias locais: estados e municípios. Sua capilaridade e extensão contribuem para disseminar os princípios que balizam a política de SAN. A aproximação entre a produção de alimentos advindos da agricultura familiar e o PNAE, por meio de uma política de compras

públicas que se estende para outros setores, é uma estratégia promissora e ao mesmo tempo desafiadora para os estados e municípios por exigir um nível de articulação incomum na história das políticas brasileiras. Essa experiência em curso no país, embora tenha avançado com aumento expressivo na compra da agricultura familiar por meio do PNAE (SARAIVA *et al.*, 2013), ainda enfrenta muitos desafios.

Um dos aspectos que tem caracterizado as iniciativas originadas a partir da política de SAN é a necessidade de mobilização de diferentes setores da sociedade em torno da questão da alimentação em uma perspectiva sistêmica e integrada. Como já destacado, em 2015, foi instituído pela Presidência da República o Pacto Nacional pela Alimentação Saudável (PNAS) que se constitui em um instrumento de mobilização e indução de ações e acordos de cooperação com previsão orçamentária para diferentes estratégias, envolvendo diferentes setores do governo e da sociedade em prol da alimentação saudável. (BRASIL, 2015c).

O fato da obesidade ser objeto da política intersetorial de SAN no Brasil pode favorecer a gestão dos múltiplos processos que condicionam o problema e afetar também os termos das próprias políticas setoriais. Admite-se que a construção de propostas em âmbito nacional é fortemente influenciada e também influencia a construção social de um discurso sobre obesidade que orienta a concepção do problema e seus condicionantes, de modo que esse conjunto de argumentos permeiam as ações propostas.

As políticas aqui destacadas apontam por um lado para o protagonismo do setor saúde nas propostas de ações individualizadas e de medidas socioambientais e por outro, apontam como inovação as propostas originadas a partir do SISAN que enfatizam transformações na forma como os alimentos são produzidos, abastecidos e comercializados. Esta abordagem abarca vários espaços institucionais do governo federal e torna o processo político mais complexo ao exigir maior articulação entre setores e ao ampliar os pontos potenciais de conflito. As propostas, que se refletem nas ações priorizadas pelos distintos campos de políticas, expressam diferentes concepções e abordagens sobre os fatores que condicionam o sobrepeso e a obesidade.

Programas de PS que convergem para o espaço escolar demandam a integração das ações por meio da construção de arranjos articulados envolvendo diferentes setores e sujeitos tanto no nível de planejamento quanto de operacionalização dos programas. Considera-se que as possibilidades de se construir estratégias mais permanentes e intersetoriais para o enfrentamento da obesidade, por meio da PAAS nas escolas, está fortemente relacionada com o modo como o plano local se organiza em torno dessas ações. No entanto, a coordenação e

gestão de atividades integradas remete necessariamente a superação de obstáculos inerentes ao sistema federativo brasileiro que se expressa de forma diferenciada em cada setor. Como já destacado, programas como PNAE e PSE são de origem setorial distintas, sendo, conseqüentemente, afetados tanto pelas relações horizontais no nível local onde são planejados, organizados e executados, como pela relação vertical que define atribuições, institui processos e recursos de forma distinta entre os programas e setores.

Assim, cabe ao município oferecer as estruturas e condições institucionais para a implementação dos programas que obedecem diretrizes e critérios federais para sua operacionalização e contam com financiamento federal. Embora sejam considerados de natureza intersetorial suas estruturas institucionais, relação interferativa e mecanismos de financiamento são setoriais e dificultam a construção de estratégias de articulação no plano local, onde as ações ocorrem. O papel que cada ente da federação assume na condução dos programas pode afetar a capacidade de interlocução horizontal e vertical, criando oportunidades ou obstáculos para o planejamento integrado das ações.

Nesse sentido, a compreensão dos aspectos históricos, do desenho dos programas, dos recursos aportados e das estruturas institucionais é fundamental para a análise das experiências e dos desafios de articulação entre os distintos sujeitos políticos locais. Diante disto, a seguir serão destacadas características específicas do PNAE e PSE, aspectos inscritos nos seus planos e normativas, a fim de oferecer um panorama sobre os desenhos operacionais de cada programa e indicar elementos que podem afetar a construção de processos articulados.

2.4 - Programas de promoção da alimentação adequada e saudável nas escolas.

2.4.1 - O Programa Nacional de Alimentação Escolar

O PNAE integra o conjunto de estratégias que compõe o plano nacional de SAN, no qual a AE é considerada como um direito dos estudantes, sobretudo porque a perspectiva do DHAA é um elemento estruturante da política de SAN. É considerado um dos maiores e mais abrangentes programas na área de alimentação escolar do mundo. Teve seu início em 1955 quando foi assinado o Decreto no. 37.106 que instituiu a Campanha de Merenda Escolar, vinculada ao Ministério da Educação. Na ocasião, os recursos destinados ao programa eram provenientes basicamente da ajuda internacional (SANTOS *et al.*, 2007). A partir da década de 70, o programa incorporou de forma marcante a utilização de alimentos formulados,

principalmente em razão do crescimento da indústria de alimentos, do lobby do setor e da gestão centralizada que caracterizava as políticas públicas sociais no período (SANTOS *et al.*,2007).

A partir da década de 80, outras mudanças marcaram a história do programa: a descentralização, municipalização e a participação comunitária (SANTOS *et al.*,2007). Com a constituição de 1988, os municípios passaram a ser o principal responsável pela educação fundamental e pré-escolar. Cabendo aos Estados e a União a responsabilidade sobre o ensino médio e superior. Além disso, ficou instituído que governos estaduais e municipais deveriam gastar 25% de sua receita disponível em ensino. Nos anos 1990, verifica-se um aumento do número de matrículas do ensino fundamental nos municípios e uma queda das matrículas nas redes estaduais e federais (ARRETCHE, 2004; CASTRO, DUARTE, 2008). Como resultado desse processo, diferente do que ocorreu na saúde, o governo federal não se constitui no principal financiador do ensino fundamental e pré-escolar, no entanto, possui a função de financiar programas de alimentação escolar dos estudantes das escolas públicas e de construção e capacitação das unidades escolares, contando com recursos institucionais mais limitados para coordenar a adoção de objetivos nacionais de política (ARRETCHE, 2004; CASTRO, DUARTE, 2008).

Em relação ao financiamento, diversos arranjos têm sido construídos sob coordenação do MEC por meio de um conjunto de atos normativos e ações estratégicas de gestão, avaliação e financiamento. A instância responsável por normatizar e executar as transferências legais e voluntárias da União para as unidades subnacionais, a título de assistência financeira, é o Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE). Essa autarquia é responsável pelas transferências legais de programas como o PNAE, o Programa Nacional de Apoio ao Transporte do Escolar (PNATE), o Programa Dinheiro Direto na Escola (PDDE), o Programa de Apoio aos Sistemas de Ensino para Atendimento à Educação de Jovens e Adultos, entre outros (OLIVEIRA, CAVALCANTE, 2014).

A análise do processo de descentralização, sobre a então chamada “merenda escolar”, aponta que as características do próprio desenho operacional do programa favoreceram o pleno alcance da descentralização. O PNAE aporta recursos automáticos aos cofres locais e é diretamente vinculado às populações escolares sob a responsabilidade dos estados e municípios. Esse é um recurso que não está sujeito à negociação política, sendo um programa cujo desenho operacional oferece uma estrutura de incentivos muito favorável à adesão, com poucas exigências para a adesão, ou seja, estados e municípios devem apenas estar em dia

com os impostos federais, cumprir a vinculação constitucional de gasto e criar conselhos de alimentação escolar para inscrever-se junto ao FNDE (ARRECHE, 1999).

Ao longo dessa trajetória, foram estabelecidos critérios técnicos e operacionais com o objetivo de qualificar a gestão do PNAE, tais como: o fortalecimento dos mecanismos de controle social através dos Conselhos de Alimentação Escolar (CAE); a normatização sobre o papel dos nutricionistas como responsáveis técnicos e mais recentemente a criação dos Centros Colaboradores em Alimentação e Nutrição do Escolar (CECANE), estreitando a relação entre universidade e políticas públicas. Os CECANE representam uma parceria entre o Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE) e as universidades federais brasileiras através de seus Cursos de Nutrição instituídos pela portaria Interministerial nº 1010/2006 (BRASIL, 2006e; SANTOS *et al.*, 2007; PEIXINHO, 2013).

Ao longo de sua história o programa registrou avanços importantes, principalmente entre os anos de 1995 e 2010, quando houve ampliação tanto na cobertura quanto na alocação de recursos. A cobertura populacional passou de 33,2 milhões para 45,6 milhões de escolares e a alocação de recursos financeiros passou de 590,1 milhões para três bilhões de reais (PEIXINHO, 2013). O aumento nos recursos destinados ao programa pode estar relacionado à inclusão de estudantes do ensino médio a partir de 2009 e ao reajuste do valor do repasse per capita aos alunos matriculados em 2010, bem como à ampliação do repasse para as creches e as escolas indígenas, quilombolas e de ensino integral (CUSTÓDIO *et al.*, 2013).

A mudança de critérios para planejamento dos cardápios ao longo da história do programa também ajudou a qualificá-lo. Atualmente o programa conta com critérios bem definidos que pretendem garantir uma oferta mínima de frutas e hortaliças, além de limitar a oferta de açúcares, gorduras, sódio e alimentos industrializados. Esses critérios ainda incluem a proibição da oferta de bebidas com baixo valor nutricional, tais quais: refrigerantes e refrescos artificiais, bebidas ou concentrados à base de xarope de guaraná ou groselha, chás prontos para consumo e outras bebidas similares (BRASIL, 2013c). A qualidade do cardápio é um elemento que impacta diretamente a dimensão do acesso à alimentação adequada e saudável, sendo considerado um potente instrumento de promoção da SAN.

Talvez a mudança mais significativa, que reafirmou o PNAE como importante estratégia para a garantia da SAN, foi possibilitada pela promulgação da Lei nº 11.947 de 16 de junho de 2009. A lei ampliou a cobertura do programa para toda a rede pública de educação básica e de jovens e adultos, além disso, estabeleceu que do total dos recursos financeiros repassados pelo FNDE, no mínimo 30% deve ser utilizado na aquisição de

gêneros alimentícios diretamente da Agricultura Familiar e do Empreendedor Familiar Rural ou de suas organizações, priorizando os assentamentos da reforma agrária, as comunidades tradicionais indígenas e comunidades quilombolas (BRASIL, 2009a; 2014c; 2015b). Além disso, a lei possibilitou ao gestor público dispensar o processo licitatório, por meio da Chamada Pública, que foi normatizado pelo FNDE por meio da Resolução nº 38/2009 (BRASIL, 2009a; PEIXINHO, 2013). Ao estabelecer critérios para a garantia da compra de alimentos da agricultura familiar, essa diretriz proporciona, além da aproximação entre produção e consumo, a articulação entre educação, sistema alimentar e saúde (SIDANER *et al.*, 2012).

A despeito de todos os desafios que as medidas legais trazem para o nível local onde são concretizadas, a alimentação escolar tem sido apontada como fator responsável, em determinados contextos, pelo desenvolvimento local, principalmente em razão do apoio aos agricultores familiares. O PNAE potencialmente oferece ganhos aos escolares, agricultores e à comunidade local ao possibilitar a articulação com a produção local de alimentos e o desenvolvimento rural, além de contribuir para transformações no consumo alimentar e indiretamente no quadro de saúde (TURPIN, 2009). Pode também promover a movimentação da economia local, contribuindo com o desenvolvimento regional e com a inclusão social e garantir aos escolares o acesso a alimentos mais frescos (CARVALHO, 2009; SARAIVA, 2013). Portanto, uma vez que o PNAE é a maior, mais antiga e contínua política pública de alimentação e nutrição no Brasil, ele representa a possibilidade de viabilizar estratégias permanentes de PAAS, em consonância com os princípios de SAN, especialmente por conta do seu caráter universal. Neste sentido, é necessário considerar as relações que se estabelecem em torno dos diversos processos e circuitos produtivos que configuram o sistema alimentar no território.

Nos últimos 10 anos o programa vem reafirmando o papel do nutricionista como responsável técnico, de modo a melhor redefinir as funções deste profissional no âmbito de atuação do programa. Neste processo, no entanto, há o desafio de enfrentar o reduzido número de profissionais que são alocados na gestão do programa para atender ao crescente volume de atribuições estabelecidas. Cabe ao nutricionista um conjunto amplo de atividades, tais como: analisar o perfil nutricional dos escolares; planejar, elaborar, acompanhar e avaliar os cardápios; além de realizar ações educativas em alimentação e nutrição que perpassem todo o currículo escolar (CFN, 2010).

A inclusão da EAN no processo de ensino e aprendizagem integra as diretrizes do PNAE e vem sendo pensada de forma articulada com o processo pedagógico. Os principais temas propostos para o currículo referem-se às conexões entre alimentação, nutrição e práticas saudáveis de vida, na perspectiva da SAN (BRASIL, 2009a). Destaca-se a potencialidade da EAN na motivação e na construção de novos sentidos em torno da abordagem deste tema em uma perspectiva do DHAA entre os agentes da escola (BARBOSA *et al.*, 2013).

A EAN tem sido concebida como um importante instrumento de promoção de hábitos alimentares saudáveis e como uma estratégia que integra diferentes instrumentos políticos. Em 2012, o MDS lançou o Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para as Políticas Públicas com o objetivo de promover um campo comum de reflexão e orientação sobre as práticas educativas. Assim, o marco de referência propõe que as ações de EAN sejam consideradas pelos diversos setores que atuam nos processos de produção, distribuição, abastecimento e consumo de alimentos (BRASIL, 2012b). Esta perspectiva conecta os debates sobre sistema alimentar inscritos na trajetória da construção da política de SAN com outros setores, incluindo a educação.

Portanto, o conjunto de mudanças experimentadas na história recente do programa, atribuídas ao novo marco regulatório, localiza o PNAE como estratégia fundamental para a garantia da SAN no território e, sobretudo, para a PAAS no contexto escolar. A universalização do programa, a obrigatoriedade de compra de gêneros alimentícios de 30% da agricultura familiar, a maior equidade na determinação dos valores per capita, a maior valorização das ações de educação alimentar e nutricional e a ampliação dos mecanismos de participação social através dos CAE foram importantes conquistas (PEIXINHO, 2013; SIQUEIRA *et al.*, 2014). Nesse contexto, Siqueira e col. (2014) chamam atenção para um processo de mudança de paradigma caracterizado pelo gradativo declínio da percepção do PNAE como política de caráter assistencialista e pelo incremento da concepção do benefício da alimentação escolar como um direito (SIQUEIRA *et al.*, 2014).

Embora os avanços sejam significativos, contribuindo para a garantia da SAN na perspectiva do DHAA, os desafios ainda são muitos, tendo vista especialmente a abrangência e a natureza intersetorial que caracteriza o programa na fase atual. Identifica-se certa fragilidade dos CAE, das ações de EAN, um número insuficiente de nutricionistas, a presença de refeições monótonas, entre outras questões (CHAVES, 2013; SIQUEIRA *et al.*, 2014).

O caráter intersetorial necessário para a plena execução do PNAE, conforme previsto em seu desenho operacional, traz um cenário de possibilidades, mas também de desafios para

os gestores, profissionais e demais participantes que atuam no território. A diversidade de elementos que compõe os diferentes territórios é capaz de oferecer um panorama muito diverso de possibilidades de experiências que tanto possibilitam quanto desafiam as interações entre estes participantes em torno do programa. É interessante compreender como as conexões e os caminhos são de fato construídos no processo de aproximação entre produtores, consumidores, profissionais e gestores públicos de diferentes setores. Além disto, cabe analisar como a escola e os diferentes segmentos que compõem a comunidade escolar interagem com esse processo, considerando o potencial pedagógico que pauta o PNAE, a vocação central da Escola em torno das atividades de formação e mais recentemente as perspectivas de ações educativas que vêm sendo construídas no âmbito do PSE.

2.4.2- O Programa Saúde na Escola

O Programa Saúde na Escola (PSE), instituído em 2007 pelos MS e MEC, representa um esforço de articulação entre a Escola, a Rede Básica de Saúde e demais redes sociais para o desenvolvimento das ações no território. O programa se propõe a contribuir para a formação do estudante por meio de ações relacionadas à prevenção, atenção e promoção à saúde, incluindo a promoção da alimentação saudável (BRASIL, 2007a).

O PSE retrata uma política intersetorial que pretende estimular a oferta de serviços de forma sustentável, a partir da conformação de redes de corresponsabilidade como estratégia para o desenvolvimento da cidadania e da qualificação das políticas públicas. O programa prevê que as equipes de saúde tenham sob sua responsabilidade as escolas do território, além da população, adscritas. Prevê ainda que as ações de promoção da saúde sejam incluídas nos projetos políticos pedagógicos e estes devem ser construídos no debate com a comunidade escolar, considerando, as necessidades e especificidades do território e sua comunidade (BRASIL, 2007a).

As diretrizes e princípios do PSE estão ancorados nos princípios do SUS, desta forma, sua implementação deve ser conduzida de forma descentralizada, respeitando a autonomia federativa, a partir da integração e articulação das redes públicas de ensino e de saúde fundamentadas segundo a lógica da territorialidade, interdisciplinaridade, intersetorialidade, integralidade, do cuidado ao longo do tempo; incluindo também elementos como o controle social e o monitoramento e avaliação permanentes (BRASIL, 2007a).

O MS figura o principal responsável pelo financiamento, formulação da política nacional de saúde e pela coordenação das ações intergovernamentais. As políticas

implementadas no nível local são fortemente dependentes das transferências federais e das regras definidas pelo MS (ARRETCHE, 2004; VIANA, MACHADO; 2009), como é o caso de programas como o ESF e o PSE (BRASIL, 2007a; BRASIL, 2012c). Apesar do desenho da ESF ter sido gestado em experiências municipais, a estratégia foi encampada pelo governo federal e foi fortemente induzida por meio de regras de funcionamento e critérios para financiamento federal.

Assim, no âmbito do SUS, os princípios da descentralização e da regionalização defendidos desde a VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986 vêm orientando as relações interfederativas ao longo de sua história (BRASIL, 2011e; 2014g). Atualmente o MS conta com uma estrutura institucionalizada na forma de Departamento que se propõe a trabalhar para o fortalecimento da capacidade de gestão e da articulação entre os gestores do SUS nas três esferas da Federação, por meio de instrumentos e mecanismos efetivos de governança. (BRASIL, 2016e). Desse modo, programas fundamentados nos princípios do SUS, como o PSE, refletem as relações estabelecidas nesse contexto.

O PSE integra a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) compondo o conjunto de estratégias de fortalecimento e reorientação desta na conformação das redes de atenção no território (BRASIL, 2012c). A perspectiva de atuação no território se fortalece com a proposta de articulação com as Equipes de Saúde que compõem a ESF.

A ESF foi implantada no Brasil em 1994, articulada ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em curso desde 1991. O PACS se inspirou nas vivências de prevenção de doenças pela aproximação com a comunidade e tinha como perspectiva a reorganização dos serviços de saúde. A ESF, atualmente concebida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial em saúde, encontra-se no centro da organização dos serviços de saúde da Atenção Primária (MENDES, 2012) em que são incluídas as ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde de forma integral e continuada. Além disso, a ESF se estrutura com base no reconhecimento das necessidades da população apreendidas a partir do estabelecimento de vínculos entre os usuários dos serviços e os profissionais de saúde em contato permanente com o território (OLIVEIRA, PEREIRA, 2013).

Pressupõe-se que a compreensão do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções seja construída ao longo do processo de aproximação dos profissionais de saúde com as condições de vida e de saúde das populações por meio da interação entre as famílias e seu ambiente físico e social. Nesse contexto, considera-se que os profissionais que atuam no

território devem conhecê-lo visando à otimização dos recursos disponíveis em um movimento que permita a atenção integral das famílias assistidas.

Embora a lógica de organização da rede de saúde a partir da ESF, em tese, já incluía as escolas dos respectivos territórios como locus de ação e articulação, o PSE se configura como uma estratégia que visa ao estímulo e indução da articulação entre educação e saúde no nível local, notadamente por reconhecer as fragilidades no acesso de escolares às ações de assistência e de promoção da saúde (BRASIL, 2007a).

A análise do desenho operacional do PSE indica que o programa pode potencializar a articulação entre os setores ao instituir processos e instâncias intersetoriais. No entanto, pode dificultar a adequação das ações em diferentes contextos de necessidades e demandas, uma vez que condiciona o repasse de recursos ao cumprimento dos pactos estabelecidos entre os gestores federais e municipais em torno de ações prioritárias que são definidas pelo governo federal (BRASIL, 2007a). Além disso, a imposição de arranjos intersetoriais para o planejamento e execução das atividades previstas pode acirrar conflitos dentro dos setores e entre setores. A gestão municipal de programas desta natureza pode condicionar os setores a repensar suas práticas evidenciando tensões ao longo dos processos e também alternativas que podem contribuir com novos arranjos.

A análise dos documentos oficiais do programa indica que ao longo do tempo o PSE tem sido modificado em diversos aspectos, seja nos critérios de adesão, na cobertura, no financiamento, na definição de competências, na classificação das ações e nos sistemas de informação para monitoramento das ações do programa. Quanto aos critérios de adesão é possível identificar inicialmente uma perspectiva de atendimentos aos territórios socialmente mais vulneráveis. Ao longo dos anos de 2008, 2009, 2010 e 2013 o programa assumiu um caráter mais inclusivo e uma perspectiva de universalização, e a partir de 2013 todos os Municípios do País e todas as equipes de AB passaram a ser considerados aptos a participar¹⁸, outra inovação foi a expansão das ações para as creches e pré-escolas (BRASIL 2008b, 2009b; 2010d; 2013d).

Os documentos apontam uma tendência incremental na cobertura e indicam uma expectativa de universalização do programa. Os municípios por meio dos seus Grupos de Trabalho Intersetoriais (GTIs) —instância de gestão do programa— possuem certa autonomia

¹⁸Critérios iniciais para participação dos municípios eram definidos com base em pontos de corte do índice de desenvolvimento da educação (IDEB), na cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e para municípios que possuíam em seu território escolas participantes do “Programa Mais Educação”. Portanto, combinava critérios de maior vulnerabilidade com capacidade da ESF (BRASIL, 2008b).

para selecionar as escolas participantes, considerando-se as áreas de vulnerabilidade social, os territórios de abrangência das Equipes de AB e os critérios indicados pelo governo Federal para qualificar essa expansão (BRASIL, 2013e, 2014h).

Assim, a seleção das escolas participantes deve considerar os critérios de prioridade definidos pelo governo federal. Embora todos os municípios, todas as Equipes de Saúde da Família/ unidades de atenção básica possam participar do programa, recomenda-se que ao longo da ampliação da cobertura do programa sejam respeitados os critérios de prioridades. Em 2013, esse critério foi detalhado e especificado, ficando definido que 50% das escolas selecionadas deveriam compor o grupo a seguir: todas as creches públicas e conveniadas do Município; todas as escolas do campo; escolas participantes do PSE 2012; escolas participantes do Programa Mais Educação em 2012; escolas participantes do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE) e escolas que tenham dentre os educandos matriculados, pelo menos 50% deles são pertencentes a famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família (PBF) (BRASIL, 2013e). Essa parece ser uma estratégia de preservação dos princípios que norteiam o programa e uma tentativa de manter a perspectiva da equidade. Além disso, parece expressar o caráter incremental, ao colocar como prioridade a participação das escolas pactuadas no ano anterior sugere que, uma vez firmadas, essas deveriam permanecer no programa.

Evidencia-se, por parte das instâncias nacionais, o reconhecimento dos limites concretos dos municípios para atender todo o território, já que muitos municípios ainda apresentam dificuldades na cobertura da ESF, fato que pode justificar a necessidade de definir prioridades, preservando princípios ao longo da ampliação do programa. Quase a totalidade, portanto, dos municípios do país já aderiram ao PSE e o programa ainda está distante da universalização, se for considerada a totalidade de Escolas e escolares de cada município.

As equipes de saúde da ESF, bem como da AB como um todo, são responsáveis, junto com as escolas de seu território, pelas ações que integram os três componentes do programa: (1) o de avaliação das condições de saúde que incluem tanto o diagnóstico quanto o acompanhamento; (2) o de prevenção de doenças e agravos e promoção da saúde e (3) o de formação dos gestores e das equipes de educação e de saúde (BRASIL, 2013e).

Em 2011 a Secretária de Atenção Básica do Ministério da Saúde, em parceria com o MEC, lançou o primeiro passo-a-passo, ou seja, o material de apoio para operacionalização do PSE, com o subtítulo: Tecendo caminhos da intersetorialidade. Nesse documento as ações consideradas prioritárias para os educandos foram as do componente I: Avaliação

antropométrica; Atualização do calendário vacinal; Detecção precoce de hipertensão arterial sistêmica (HAS); Detecção precoce de agravos de saúde negligenciados prevalentes na região —hanseníase, tuberculose, malária etc. Avaliação oftalmológica; Avaliação auditiva; Avaliação nutricional; Avaliação da saúde bucal; Avaliação psicossocial (BRASIL, 2011d). Ou seja, o programa, através dos mecanismos de indução federal, priorizou as ações assistenciais que são classicamente desempenhadas exclusivamente pelos profissionais de saúde.

O manual orientador de 2013 especifica ações consideradas essenciais para cada componente previsto no programa, de forma diferenciada para cada nível de ensino. Essas foram contabilizadas para efeito de repasse de recursos (BRASIL, 2013e). A partir de então, as ações dos outros componentes passam a integrar as prioridades indicando uma nova reorientação do programa. Em 2014, o programa incorporou entre suas ações a suplementação de micronutrientes, trata-se de uma estratégia de fortificação da alimentação infantil com micronutrientes, vitaminas e minerais, em pó – NutriSUS. A ação consiste na adição de um sachê contendo uma mistura de vitaminas e minerais em pó em uma das refeições oferecidas pelo PNAE diariamente às crianças nas creches. Essa ação pode representar a criação de uma área de conflito, tendo em vista que esse tipo de estratégia já foi objeto de debates e controvérsias em décadas passadas. É importante destacar que já no decreto (2007) fica explícito que o planejamento das ações deveria considerar o contexto escolar e social; o diagnóstico local em saúde do escolar; a capacidade operativa em saúde do escolar, uma contradição como a perspectiva de suplementação generalizada dessa proposta.

A gestão do programa, como já mencionado, prevê a formalização de Grupos de Trabalho Intersetorial (GTI) nos diferentes níveis de governo: Federal, Estadual, do Distrito Federal e Municipal. Esses grupos devem ter em sua composição, obrigatoriamente, representante das Secretarias de Saúde e de Educação do Município, além de representantes de outros órgãos ou instituições. Além disso, a partir de 2010, as atribuições de cada nível de governo foram especificadas em portaria (BRASIL, 2010d). A instituição dos grupos de trabalho intersetorial é uma estratégia de institucionalização de mecanismos intersetoriais e, ainda que não garanta, se propõe a induzir os setores ao diálogo para o planejamento, monitoramento e avaliação das ações, mas, particularmente um espaço para aproximação e enfrentamento dos desafios que se impõem em razão dos distintos contextos políticos, históricos e conceituais, especialmente dos dois setores mais diretamente envolvidos com o programa. Nesse caso, indica a participação de membros da comunidade escolar, profissionais

de saúde e outras redes sociais, se constituindo também em dispositivo para participação social.

O registro e o monitoramento do programa parecem ser nós críticos já que o sistema de informação, desde que foi instituído, vem sofrendo modificações. Em 2008, quando foi lançada a primeira portaria com especificações sobre critérios de adesão, ainda não havia uma definição clara sobre o sistema de informação, que seria utilizado para registro do PSE. Essa indefinição permaneceu até 2010, quando ficou estabelecido (BRASIL, 2010d) que as informações deveriam ser lançadas no Sistema Integrado de Monitoramento do Ministério da Educação (SIMEC), caberia ao GTI alimentar o Cadastro nas Secretarias, acompanhar e monitorar o preenchimento e a atualização dos Cadastros das Escolas e ainda caberia aos Diretores das Escolas, com o apoio da ESF, monitorar as ações do programa por meio do preenchimento dos Cadastros da Escola (BRASIL, 2011d, f). Evidencia-se uma tentativa de utilizar o sistema de informação como elemento de aproximação dos setores, na medida em que o procedimento de registro e acompanhamento deveria ocorrer de forma articulada.

Em 2013 ocorreu uma nova mudança no registro de informações, a entrada de um novo sistema vinculado ao setor saúde. Então, as informações referentes ao componente I deveriam ser lançadas no e-SUS da atenção Básica e as do componente II e III no SIMEC (BRASIL, 2013d, e). Contudo, o e-SUS ainda se encontra em fase de implantação em muitos municípios. As lacunas no registro de informações do programa, dada a fragilidade do próprio processo de definição e implementação dos sistemas; fragilidades locais em termos de infraestrutura e pessoal qualificado para essa função; problemas históricos que refletem os processos políticos; a inexistência de uma cultura de avaliação e as desigualdades que ainda persistem no Brasil, ainda desafia a gestão do programa.

Quanto ao financiamento, está prevista a transferência dos recursos financeiros pelo Ministério da Saúde fundo a fundo na modalidade PAB Variável, compondo o bloco de financiamento da atenção básica do Pacto pela Saúde, portanto o recurso entra no montante da atenção básica. É previsto, também, a distribuição de material didático-pedagógico e clínico pelo MEC as escolas pactuadas. Desde 2011, a transferência do recurso financeiro e material do PSE para os municípios credenciados ao Programa Saúde na Escola está condicionada à assinatura pelos secretários municipais de Saúde e Educação, do instrumento de contratualização, o Termo de Compromisso e mais recentemente está também condicionada as metas pactuadas por número de alunos atendidos no momento da adesão (BRASIL, 2011f).

Há, portanto, uma nítida reconfiguração nos critérios de adesão que foram redefinindo também os critérios de financiamento federal do programam que, inicialmente, era por ESF e passa a ser por alunos e metas pactuadas. Observando uma linha do tempo quanto aos critérios para financiamento se percebe que no início o repasse que era integral e em uma única parcela, atualmente passa a ser em duas parcelas 20% no início da adesão e o restante com cumprimento das metas. O rigor para o repasse aumentou, uma vez que passou a ser necessário o cumprimento de ao menos 50% das metas pactuadas e o percentual do recurso repassado no início do ano que já foi integral, passou para 70% e em seguida para 20%. Esse processo se encontra novamente em revisão no MS, segundo a gestora federal entrevistada (BRASIL, 2008b; 2009b; 2011g; 2013d).

Embora o desenvolvimento de ações conjuntas, em destaque, entre os setores da saúde e da educação, faça parte de uma abordagem de PS no âmbito do programa, o processo de implementação pode variar entre os municípios e de uma escola para outra no mesmo município. Essa articulação pode ser muito frágil, inexistente ou, ainda, potencializada considerando os diferentes nexos, convergências e conflitos que se estabelecem em torno do programa em cada contexto local.

Alguns autores consideram que a consolidação de ações articuladas no âmbito do PSE ainda é um desafio, principalmente em razão da fragilidade dos processos de formação e circulação de informações sobre o Programa (JACÓE, 2014). A heterogeneidade de perspectivas de cada setor e mesmo dentro dos setores, quanto as ações de promoção da saúde, afeta de formas distintas a possibilidade de constituição de ações integradas e convergentes (SANTOS *et al.*, 2007). A compreensão de que temas relacionados com a saúde devem compor o cotidiano das escolas de forma transversal e interdisciplinar, conforme recomenda os Parâmetros Curriculares Nacionais (BRASIL, 2001) e o próprio PSE, nem sempre está presente, seja em razão da forma como as equipes de saúde se relacionam com a escola, seja na forma com que a escola interage com as questões da saúde. Embora estudos sobre o PSE sejam escassos, análises históricas sobre as ações de educação em saúde nas escolas indicam seu caráter pontual e a falta de articulação com as demandas das comunidades escolares e com o processo de ensino vivenciado no cotidiano da comunidade escolar (FIGUEIREDO *et al.*, 2010).

A compreensão das concepções sobre promoção da saúde e da alimentação adequada, saudável e obesidade que circulam no cotidiano dos espaços onde os programas operam, bem como as relações que se estabelecem em torno das ações, podem indicar questões relevantes

para o debate sobre estratégias intersetoriais de combate a obesidade. As análises que articulam concepção e práticas podem apontar desafios ou mesmo limites de natureza conceitual que necessitem ser equacionados no curso do planejamento das ações.

Sendo a promoção da alimentação saudável um eixo comum de ações nos dois programas —PNAE e PSE— é importante a análise sobre o diálogo potencial entre os setores em torno dessas ações no nível local, tanto no plano da gestão quanto na escola. Assim, o caráter estratégico desses programas para a política de SAN sugere que a PAAS na escola poderia potencializar a consolidação de estratégias intersetoriais de enfrentamento da obesidade no território.

As demandas exigidas por cada programa, ao mesmo tempo em que podem criar algumas condições favoráveis à construção de estratégias intersetoriais, podem exacerbar conflitos. Até mesmo os planos e desenhos podem constranger processos intersetoriais, além disso, os setores saúde e educação no plano local apresentam institucionalidades específicas que irão reagir de maneira distinta às demandas de cada programa. Portanto compreender de que forma os sujeitos envolvidos com os programas, em tese intersetoriais, lidam e reagem às demandas impostas pelos desenhos, pode indicar como os setores vêm se articulando em torno das ações, se for considerado, sobretudo, a necessidade de mobilizar recursos —políticos, financeiros, materiais, humanos— no curso das ações.

2.4.3 - Desenhos propostos e a perspectiva de articulação intersetorial

Os programas PAE e PSE podem ser estratégicos para a construção de estratégias intersetoriais de prevenção e controle da obesidade, como indicado na EIPCO, se forem considerados aspectos dos desenhos operacionais dos dois programas que, em tese, favoreceriam a aproximação entre sujeitos e ações das redes de saúde e educação. Tanto o PAE como o PSE preveem mecanismos e processos que podem induzir articulações entre as ações dessas redes, ainda que com distinto potencial para afetar os canais de negociação e pactuação entre os setores de política, como será analisado mais adiante.

Assim, conforme destacado no capítulo dois desse estudo, as políticas e programas do setor saúde apresentam concepções sobre a obesidade e seus condicionantes, pautadas, por um lado pela perspectiva de prevenção e recuperação de doenças, centrada em ações que visam as mudanças de comportamento de caráter individual e assistencial e, por outro, por uma determinada abordagem da promoção da saúde que valoriza as mudanças socioambientais e a conformação de ambientes saudáveis.

Considera-se que a polarização em torno de medidas individuais e ambientais não é fértil, visto que a obesidade é uma questão complexa que demanda um conjunto de ações igualmente relevantes para o seu enfrentamento. No cotidiano de vida dos sujeitos afetados pelo problema não há como dissociar aspectos individuais ou particulares dos sociais, ambientais, entre outros. Nesse sentido, a própria abordagem clínica e individualizada, quando construída na perspectiva da atenção integral à saúde, pode contribuir para compreender aspectos singulares da obesidade que são estratégicos para a construção de políticas públicas. Portanto cabe apenas problematizar as concepções que estão em pauta e como elas se apresentam nos programas aqui analisados e no cotidiano de implementação das ações que são propostas.

Nesse sentido, em relação ao PSE, mesmo que as ações de PS estejam previstas no desenho do programa, a análise dos documentos e do seu percurso normativo evidencia um caráter fortemente assistencial (BRASIL 2007a; 2013e; 2014h) que se distancia da chamada abordagem socioambiental da PS e enfatiza os fatores comportamentais nas ações propostas, conforme aponta Cavalcante *et al.*, (2015). Ademais, o protagonismo do setor saúde na condução do programa, nos níveis federal e municipal, favorece a predominância do discurso focado na prevenção de doenças (GOMES, 2012; BRANDÃO, 2014; LUCENA, 2015). No município de Niterói, ainda que esteja sendo feito um investimento na formação dos profissionais de saúde e educação para atuarem na PS e no PSE, na esfera das ações aqui destacadas; tais quais avaliação nutricional, o NutriSUS e as ações de EAN, também foi possível perceber a centralidade dessa abordagem. Contudo, tais ações vêm sendo planejadas por meio de um espaço intersetorial de pactuação e negociação que pode trazer novos contornos ao debate, conforme destacado posteriormente.

No caso do PSE, seu desenho assume relevância na indução da intersectorialidade visto que condiciona o repasse de recursos à pactuação no âmbito político por meio do comprometimento dos setores saúde e educação, no desenvolvimento das ações propostas. No nível técnico, impõe compromissos com processos articulados por meio da indução de uma estrutura de gestão colegiada (GTI) em todos os níveis da federação e, como já destacado, requer negociação entre setores desde o planejamento até a operacionalização.

Os instrumentos legais, os mecanismos de fiscalização e de acompanhamento do programa são capazes de contribuir com os processos institucionais que favorecem a construção de estratégias de articulação intra e intersectorial, como por exemplo o GTI-m. A formalização de espaços de governança, por força de instrumentos jurídicos administrativos

que visam garantir certa institucionalidade, talvez estabeleça melhores chances dos processos resistirem às trocas de governo e à rotatividade dos funcionários. A criação de dispositivos institucionais de coordenação de práticas intersetoriais possibilita a construção compartilhada de projetos entre os diferentes setores envolvidos com vista a operacionalizar intervenções consideradas estratégicas no que concerne o programa. Esse tipo de iniciativa pode ser potente para superar as hierarquias institucionais e as relações de poder entre setores, políticas e segmentos sociais (SILVA *et al.*, 2014). No entanto, a existência de uma dada institucionalidade, não garante por si só a potência dos espaços de governança. Por vezes, as mudanças de governo e de funções entre secretarias e órgãos públicos podem esvaziar processos formalmente instituídos, como ocorreu com o CGI do PBF em Niterói (SENNA, 2013).

Ao considerar a necessária articulação entre saúde e educação no âmbito do PSE, a questão do financiamento setorial ganha visibilidade e pode contribuir para entender a menor inserção da educação no programa. O setor é chamado para participar do programa sem que haja previsão de alocação de recursos para esse fim. Esse aspecto foi destacado pelo G_{FME} entrevistado para justificar o não reconhecimento deste programa pertencente à educação, o que favorece o protagonismo da saúde nos processos. Esse aspecto pode impactar na capacidade do setor de influenciar os processos políticos em torno do programa e assumir compromissos e funções que podem comprometer as atividades consideradas fundamentais ao setor (LOTTA; VAZ, 2015).

Os mecanismos de financiamento e monitoramento, por vezes, se constituem em obstáculos para a articulação de setores em torno de programas intersetoriais, logo as estruturas se mantêm fragmentadas, conforme vários estudos já apontaram (AZEVEDO *et al.*, 2012; SILVA *et al.*, 2014). Elementos como: financiar apenas um dos setores com repasse de recursos; manter dois sistemas de informação, com tratamento da informação de forma setorial e não intersetorial no nível federal; a dificuldade de diálogo entre entes estaduais, mais especificamente na educação, são elementos que dificultam ou constroem as chances de articular diferentes setores de política no nível local. Tais fatores oferecem obstáculos institucionais às possibilidades de produzir experiências de planejamento articulado.

Além disso, o excesso de regras, normas e mecanismos de controle induz a apropriação instrumental do PSE no plano local, elemento que enfraquece a possibilidade de produzir inovações e acolher experiências locais como parte dos programas (SILVA *et al.*,

2015). Portanto, pode limitar o potencial de articulação com a comunidade escolar, como vem ocorrendo na experiência de articulação oportunizada pelo PSE em Niterói.

O PNAE é, atualmente, considerado um componente fundamental da política de SAN na expectativa de que a intersectorialidade ocorra por meio da interlocução com políticas e programas de diferentes setores, ações governamentais e não governamentais para sua execução (BRASIL, 2013c). No entanto, ainda que sua operacionalização possa afetar diferentes dimensões do sistema alimentar, ao ampliar o acesso físico à alimentação adequada e saudável, estimular a produção de base familiar local e favorecer os circuitos curtos de produção (TRICHES *et al.*, 2014), seu desenho é essencialmente setorial. O programa não prevê espaços de negociação e articulação com outros setores, exceto pela perspectiva de articulação com setores da sociedade que favoreçam a compra de alimentos para a AF e por meio do CAE como mecanismo de participação social. Tais espaços poderiam favorecer processos mais articulados e produzir efeitos sobre as percepções dos gestores e trabalhadores da saúde e educação (BURLANDY, 2009). Além disso, as ações indicadas enquanto espaço de articulação são contraditoriamente de responsabilidade do ente educacional, ou seja, de nutricionistas do PAE. Essa prerrogativa estabelece tensões quanto ao papel dos demais profissionais da educação e da saúde no planejamento e desenvolvimento de ações de EAN por exemplo.

De forma distinta, os princípios e as ações previstas na política de SAN e na EIPCO parecem ampliar o espectro de abordagem da obesidade quando sinalizam para uma compreensão do problema de forma indissociada dos fatores que atualmente configuram o sistema alimentar. Essa perspectiva foi importante para caracterizar o PAE como um dos programas que foi fortemente reorientado pelos princípios da política de SAN (SIDANER *et al.*, 2012). Nesse sentido o PAE, no contexto da PNSAN, se destaca como um programa estratégico tanto para a garantia de um ambiente alimentar saudável para os escolares, com todas as implicações em termos educacionais que também estão contempladas nas diretrizes do programa, quanto pela perspectiva de afetar o sistema alimentar por meio do fortalecimento da compra da agricultura familiar (BRASIL, 2009a; 2014a). No entanto, esse conjunto de ações demandaria a construção de processos intersectoriais que não são favorecidos pelo desenho operacional do PAE, visto que não há previsão de espaços intersectoriais de negociação e planejamento de ações.

CAPÍTULO 3 - O CONTEXTO LOCAL: ELEMENTOS PARA UMA ANÁLISE SITUADA DA ARTICULAÇÃO ENTRE O PROGRAMA DE ALIMENTAÇÃO ESCOLAR E O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA.

Niterói é considerado um município de médio porte com características urbanas em praticamente, toda sua extensão territorial de 133 km². Com população estimada, em 2014, de 495.470 habitantes e densidade demográfica 3.640,80 hab./km², apresenta um dos IDH-M mais altos do Brasil (0,837) e o mais alto do estado do Rio de Janeiro (IBGE, 2015b). A taxa de mortalidade infantil é de aproximadamente 12,90 por mil nascidos vivos, menor que a média do estado e a do país; a expectativa de vida ao nascer é de 76,23 anos, superior à média estadual e nacional (IBGE, 2010c). Contudo, ainda convive com altos índices de desigualdade, semelhante às médias do estado e do Brasil. O crescimento urbano tem se dado de forma desigual, com a coexistência de estratos sociais de classe média e alta e territórios de comunidades com menor oferta de serviços e maior vulnerabilidade social (TEIXEIRA *et al.*, 1999). O aumento da violência tem sido observado na cidade nos últimos anos e a população local tem sido submetida a uma permanente sensação de insegurança o que gerou impacto no processo de trabalho dos profissionais de saúde e de educação (MACHADO, 2015).

No período estudado, de abril de 2015 até junho de 2016, a prefeitura do município contava com a gestão do prefeito Rodrigo Neves e vice-prefeito Axel Grael, eleitos em 2012 com a coligação Partido dos Trabalhadores/Partido Verde. Em 2016, período em que se registra o agravamento da crise política no país, o prefeito se desvincula do PT e se filia ao Partido Verde (PV). O PT foi responsável pela gestão da prefeitura do município entre os períodos de 2002 e 2008, com o prefeito Godofredo Pinto, por ocasião da coligação PDT/PT e saída do então prefeito para disputar outro cargo. Em 2009 a gestão municipal retornou para o PDT quando o prefeito Jorge Roberto da Silveira assumiu o cargo. A dinâmica política no município vem sendo desenhada na disputa, mas também em acordos entre esses dois grupos políticos com uma longa história de gestão do PDT na cidade. Entretanto, outro movimento, induzido recentemente pelo PSOL vem mobilizando setores da sociedade em torno de debates para a construção de um projeto político que se propõe ser mais democrático e participativo, com o slogan: Niterói por nós. De forma bastante sintética, esse é o cenário político de disputas em que as políticas públicas estão sendo construídas.

A dinâmica política e eleitoral tem produzido efeitos na alternância de gestores em diferentes secretarias. De 2013 a 2016, durante a atual gestão, os secretários de saúde e

educação foram substituídos devido à ocupação de outros cargos políticos. A secretária de Saúde Solange Regina de Oliveira substituiu o deputado Chico D' Ângelo; a secretária de Educação Prof. Flavia Monteiro de Barros Araújo substituiu o Prof. Waldeck Carneiro. Em 2016, a secretária de Saúde foi novamente substituída por Maria Celia Vasconcelos, ex-secretária executiva do município.

A ex-secretária de Saúde Solange Regina de Oliveira assume a presidência da Fundação Estatal de Saúde de Niterói (FESaúde), recentemente criada por força de lei —lei municipal nº 3133 de 13 de abril de 2015—, aprovada pela câmara dos vereadores em 2015. Trata-se de uma fundação estatal de direito privado destinada a gerir as unidades do PMF. Esse ato da prefeitura tem gerado muita polêmica em torno das discussões sobre privatização da saúde na cidade.

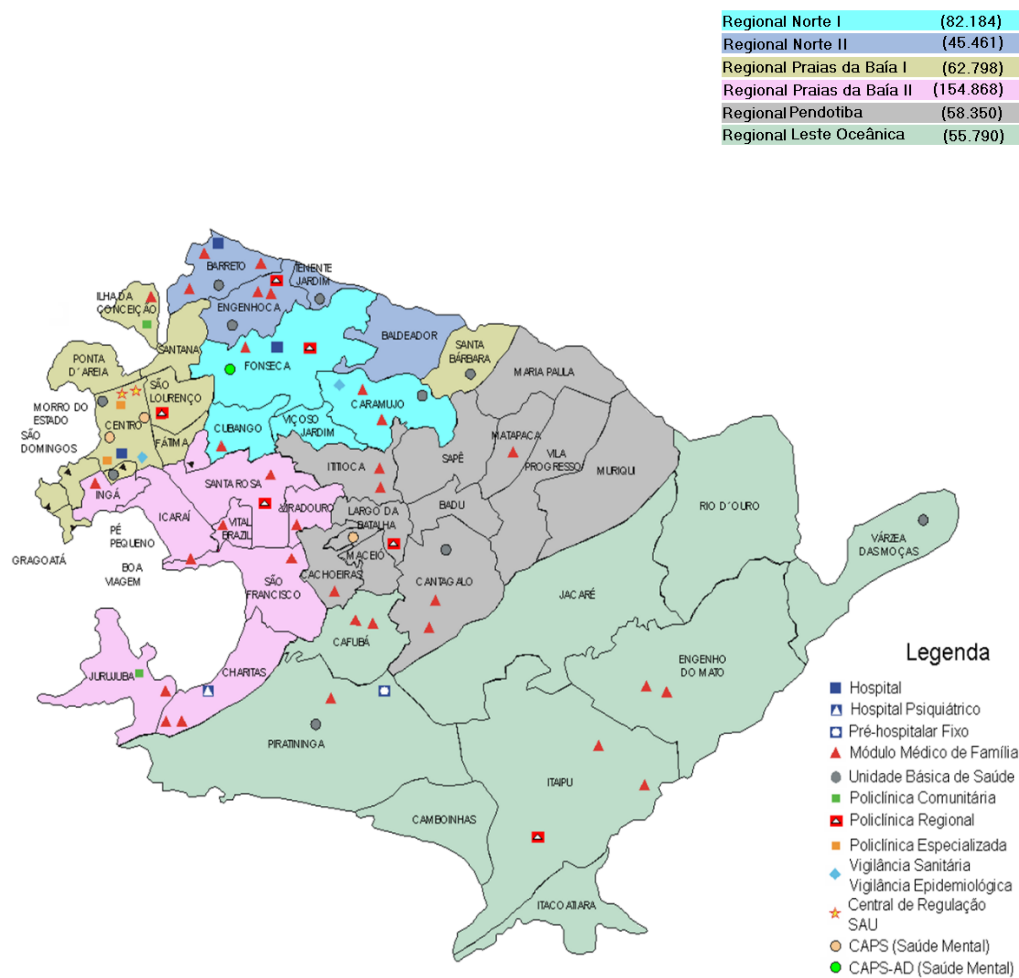
A compreensão das principais características institucionais que marcaram a conformação da atenção básica e a institucionalização na área da saúde, da FMS; na área da educação, FME, é fundamental para a análise sobre o PSE e o PAE. Pretende-se brevemente, nesse capítulo, destacar questões históricas que ajudam a entender a institucionalidade que circunscreve os programas que estão formalmente vinculados à atenção básica, no caso do PSE e ao setor educacional no caso do PAE. Oferece, portanto, uma primeira aproximação com o contexto em que o trabalho empírico foi desenvolvido.

É nesse contexto em que se configuram as mediações entre as instituições públicas do governo municipal, incluindo a gestão dos programas e a comunidade escolar. O presente estudo pretende analisar, caso tenha acontecido, de que modo a convergência dos processos de operacionalização do PAE e do PSE em escolas do município de Niterói possibilitou a articulação de ações implementadas pelas redes de saúde e educação.

3.1- Atenção Básica à Saúde no município de Niterói

Niterói integra o Plano diretor de Regionalização da Saúde do estado do RJ compondo a Região Metropolitana II. O município possui 52 Bairros distribuídos em seis regionais: Norte I, Norte II, Praias da Baía I, Praias da Baía II, Pendotiba e Leste Oceânica. Conforme demonstra o mapa físico da Rede SUS no município (figura 1). Segundo Senna e Cohen (2002), os moradores de Niterói, na ocasião de seu estudo, já contavam com uma boa oferta de serviços e com uma rede de equipamentos de uso coletivo. A capacidade instalada, acima da média nacional, ocasiona a procura por serviços de saúde por parte de municípios vizinhos com pouca infraestrutura no setor (SENNA, COHEN, 2002).

Figura 1- Mapa Físico da rede SUS do município de Niterói



Fonte: FMS- Niterói, anteprojeto do Programa Saúde na Escola (PSE), 2009.

Niterói se destaca por seu pioneirismo em torno da reestruturação do Modelo Assistencial de Saúde, fruto do contexto e do processo que desencadeou a reforma sanitária no Brasil. As mudanças foram iniciadas na década de 80 com a implantação do “Projeto Niterói” que consolidou a hierarquização, a integração e a regionalização dos serviços municipais de saúde (MOYSÉS, 1989). No final da década de 80, a interlocução por meio do intercâmbio técnico-científico com Cuba resultou em um acordo de assessoria técnica para estudo de viabilidades para a adaptação do modelo cubano de medicina familiar à realidade do município. No curso desse processo foi elaborado o Projeto Médico de Família (PMF) que propunha como elemento de sustentação a parceria com o movimento associativo local. O Projeto culminou com a inauguração do primeiro Módulo de Médico de Família em 1992, favorecida, sobretudo, pelo processo de descentralização que já estava em curso nessa conjuntura em todo país (TEIXEIRA *et al.*, 1999).

O PMF se estruturou segundo a lógica da hierarquização e descentralização dos serviços prestados de atenção à saúde, além de definir as áreas de implantação do modelo a partir da interlocução com as organizações sociais. Também foram considerados como critérios para priorizar a implementação do programa a maior vulnerabilidade social, biológica, epidemiológica e ambiental das diferentes microrregiões (TEIXEIRA *et al.*, 1999). A proposta do PMF de Niterói se tornou um modelo para organização do processo de trabalho centrado na vigilância à saúde com base no princípio da territorialidade. Essa abordagem incorpora a perspectiva do território não apenas como área de abrangência, mas como território-processo, compreendido como o espaço onde vivem grupos sociais, suas relações e condições de subsistência, trabalho, renda, habitação, acesso à educação; seu saber, sendo parte integrante do meio ambiente, em que se expressam a cultura, as concepções sobre saúde e doença, família e sociedade (HUBNER, FRANCO, 2007).

Considera-se que a experiência do município inspirou outros projetos de saúde da família, inicialmente no estado do Rio de Janeiro e, em seguida, vários municípios de outros estados brasileiros. Cabe destacar que a UFF tem participado ativamente dos processos de organização da rede de AB de Niterói, desde a criação até a expansão e qualificação do PMF/ESF (MASCARENHAS, 2003; HUBNER; FRANCO, 2007).

Em 1994 o governo federal adotou o PSF como estratégia nacional de construção de um novo modelo de atenção a ESF que atualmente é concebida como uma estratégia de consolidação do SUS em todo o país e não mais como um programa (BRASIL, 2012). Embora a ESF tenha sido adotada nacionalmente como modelo de organização da AB, Niterói ainda permanece com a terminologia de PMF, programa que atualmente tem sido submetido a um processo de transição para a proposta federal, conforme analisa Sousa (2015). No entanto, contraditoriamente, manteve-se excluído do financiamento federal até 1999 e, quando houve o reconhecimento por meio da Portaria nº 1.348, após muita negociação, publicada em 18 de novembro de 1999, foram flexibilizados os critérios para o repasse de recursos, garantindo-o para às estratégias de organização da AB similares ao PSF (BRASIL, 1999; SOUSA, 2015). Registra-se que até então o PMF contava com financiamento municipal.

O desenho municipal do PMF, por exemplo, não conta com a estrutura dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) conforme preconiza o MS (BRASIL, 2008c). No contexto da AB, o NASF busca qualificar e complementar o trabalho das ESF, com vistas à superação da lógica fragmentada ainda hegemônica no cuidado à saúde, por meio do compartilhamento de saberes e práticas de saúde no cotidiano dos serviços de cada território. Sendo apontada

como uma estratégia capaz de contribuir com a construção de RAS e colaborar com o cuidado dos usuários em uma perspectiva integral (BRASIL, 2008c; NASCIMENTO, OLIVEIRA, 2010).

Em âmbito nacional, a reestruturação do modelo assistencial se constituiu em mola propulsora para o desencadeamento da política da territorialização da AB no Brasil, tornando-se uma proposta de organização da atenção básica em todo o país. A territorialização das políticas é também compreendida como uma técnica de planejamento utilizada para delimitar as áreas de atuação das unidades de AB, especialmente das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e ESF. Nesse sentido, constitui-se um processo de apropriação do espaço pelos serviços de saúde, criando territórios e áreas de atuação desses serviços (FARIA, 2013). Contudo, ao longo do tempo, os territórios, na perspectiva da saúde coletiva, passaram a ser considerados produções coletivas, espaços onde a vida acontece e são estabelecidas relações e interações com o ambiente, com o lugar, com as pessoas e instituições. Essa concepção coexiste com a perspectiva político-administrativa e institucional do setor saúde na conformação dos territórios (MONKEN *et al.*, 2008), mas aponta para uma nova dinâmica de interação referenciada no espaço como um ente vivo concebido, tanto o espaço físico-concreto-natural quanto um produto sócio espacial; local onde as territorialidades são construídas. Conforme aponta Santos (2006 p 39) “o espaço é formado por um conjunto indissociável, solidário e também contraditório, de sistemas de objetos e sistemas de ações, não considerados isoladamente, mas como o quadro único no qual a história se dá”.

O PMF tem como proposta a construção de práticas interdisciplinares, por meio da cooperação entre os setores e atores sociais, alinhado a uma abordagem sobre o território e o estabelecimento de vínculos entre serviço, profissionais e comunidade. Conforme indicam MASCARENHAS e ALMEIDA (2002) a concepção da equipe de trabalho se deu por meio de grupos básicos de trabalho constituídos por um coordenador de área, um grupo de supervisão e por uma equipe básica formada por médicos generalistas e auxiliares de enfermagem, uma dupla para cada território adscrito, que trabalhavam 40 horas semanais na comunidade, divididas em: 20 horas em atendimento no consultório dos módulos; 16 horas de atividades de campo, como visitas domiciliares, hospitalares, ações de educação em saúde e 4 horas de participação em processos de educação continuada. Além disso, o trabalho era supervisionado semanalmente por uma equipe formada por ginecologista, clínico geral, pediatra, profissional de saúde mental, assistente social, enfermeiro e sanitarista (MASCARENHAS, ALMEIDA, 2002).

Uma análise sobre o PMF em Niterói evidenciou avanços importantes quanto à organização e autonomia comunitária (SENNA, COHEN, 2002). Segundo as autoras, a experiência trouxe ganhos em termos de organização da rede, oferta de serviços e na construção de canais em prol da intersectorialidade. Entretanto, destacam um conjunto de dificuldades que produziram tensões entre a rede convencional e o PMF, que foram marcadas por alianças e rupturas em torno de interesses, com períodos de pactuação e de conflitos ao longo do tempo (SENNA, COHEN, 2002). Tais dificuldades são de tal ordem que o programa mantém até hoje uma estrutura autônoma de gerência independente da rede convencional. Mascarenhas e Almeida (2002) também apontam uma gama de dificuldades inscritas na experiência de Niterói, mas não exclusivas do município, que têm afetado a capacidade resolutiva e a integralidade das ações no território (MASCARENHAS, ALMEIDA, 2002). A coexistência do PMF com o chamado modelo tradicional de Atenção Básica dificulta a integração das ações e favorece o paralelismo de ações e os conflitos de interesses (SENNA, COHEN, 2002; SENNA *et al.*, 2010). Esse aspecto também foi evidenciado nesse estudo, seja por relatos de outras coordenações no âmbito da saúde, por observação dos processos em torno do PSE, ou pela própria dificuldade de acesso à coordenação do PMF durante o processo de pesquisa.

Em uma análise mais recente da trajetória de implementação do PMF, conduzida em 2014 por Sousa, foram identificados aspectos que marcaram o esforço de transição do modelo de organização do PMF-Niterói para o desenho proposto pelo governo federal que caracteriza a ESF. Foram identificadas continuidades e mudanças em vários aspectos organizacionais e operacionais do programa, com destaque para: a inclusão de novos profissionais nas equipes, enfermeiro e odontólogo; a restrição de algumas ações —visitas aos pacientes internados; um número menor de encontros com a comunidade e associações de moradores; a redução das atividades de educação permanente; a readequação de algumas policlínicas comunitárias, criação das policlínicas comunitárias da família, com integração entre diferentes tipos de serviços em uma região e coordenação pelas unidades de atenção básica (UBS) (SOUSA, 2015). Adiciona-se aqui, como parte dos elementos observados no presente estudo, uma redução no tempo dos profissionais supervisores no campo, passando os mesmos a disporem, ao invés de quatro turnos, apenas dois turnos por semana em atividades fora das unidades de saúde. Esse aspecto impactou a capacidade de articulação intersectorial e a integração dos profissionais com o território, uma vez que o aumento de demandas internas reduziu o tempo dos profissionais no campo, tanto para as visitas domiciliares quanto para possibilitar a

articulação com escolas do território, aspecto destacado pelo profissional do PMF entrevistado.

Atualmente a AB conta com 32 módulos do PMF, oito UBS, seis policlínicas regionais, quatro policlínicas comunitárias da família e duas policlínicas de especialidades, todas subordinadas à vice-presidência de atenção coletiva, ambulatorial e da família (VIPACAF) da FMS (NITERÓI, 2015). No entanto, registra-se a manutenção de uma coordenação e estrutura de gestão financeira específica para o PMF. As UBS, policlínicas regionais e de especialidades respondem a outra coordenação e mecanismos de financiamento.

Em 2015, a gestão do PMF contava com uma equipe integrada por: coordenação executiva; coordenação técnica; cinco apoiadores regionais; supervisor de enfermagem; supervisor de agentes comunitários; assessoria executiva e assessoria administrativa. Executada por gestão direta através de contratos geridos por Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), por meio da Fundação Estatal de Saúde, recentemente criada, conforme indicado anteriormente. Assim, substituiu a gestão compartilhada da associação de moradores e a FMS, objeto de eventuais tensões quanto aos limites de poder das associações de moradores sobre os profissionais de saúde (SENNA, COHEN, 2002).

Atualmente, 36 unidades estão sob responsabilidade dessa equipe de coordenação — 32 módulos de PMF e quatro clínicas comunitárias— integradas por 101 equipes de PMF, com uma média de funcionários que varia de 800 a 850. Cada equipe de PMF conta com dois agentes comunitários, cada um atende até 1000 usuários em fase de alterações, com vista a atender às orientações do ministério da saúde, que é de 750; um técnico de enfermagem; um médico; um enfermeiro; algumas unidades contam com um dentista e um técnico em saúde bucal. As equipes locais do PMF são supervisionadas e apoiadas por equipes integradas por médicos na área pediátrica, clínica e gineco-obstetrícia; assistente social e profissionais especializados em saúde mental: psiquiatras e psicólogos, conforme já indicado. A estimativa de cobertura populacional da população vulnerável pelas equipes de PMF ficou em torno de 66% em 2015 e a estimativa da população coberta por agentes comunitários em torno de 23% (BRASIL, 2016f).

Nos dois últimos anos, intensificou-se uma série de mudanças que vêm contribuindo para a reorganização da rede de saúde no município. As mudanças, em alguns casos, têm expressado fragilidades na articulação entre as UBS e PMF, pois ambas acabam sendo surpreendidas com novos arranjos acordados nas instâncias superiores de gestão da política de

saúde municipal. Algumas policlínicas e UBS foram transformadas em módulos do PMF ou em policlínicas comunitárias da família, conforme já indicado por Sousa (2015), processo que repercutiu em resistência por parte de profissionais e gestores de algumas unidades (UBS). Os rearranjos que envolvem a rede convencional e o PMF são marcados por conflitos; a permanência de lógicas diferentes no interior da AB tem dificultado a articulação e os mecanismos de negociação entre as duas redes (SENNA, COHEN, 2002; SENNA *et al.*, 2010). Embora existam espaços de negociação e organização regionais, em que as duas redes têm a oportunidade de dialogar com base nas questões que emergem do território, estudos indicam que essa característica fragmentada da gestão municipal afeta a construção de estratégias intra e intersetoriais de programas, como ocorre com o PBF no município, dada a importância do PMF e ESF em seu desenho (MASCARENHAS, ALMEIDA, 2002; SENNA *et al.*, 2010; SENNA, 2013).

Os aspectos históricos e institucionais que configuram a AB, sobretudo o PMF no município, são um importante elemento na análise dos fatores que condicionam o desenvolvimento de ações articuladas dentro do setor saúde e com outros setores de política, a educação, por exemplo. O desenho operacional do PSE induz a aproximação ao menos entre a rede de saúde e a rede de educação por meio da AB, uma vez que prevê espaços de governança intersetorial e ações da ESF nas escolas. Sendo assim, tais aspectos inscritos na história de organização da rede e, também, nas características institucionais, que se impõe ao contexto de operacionalização das ações do programa, afetam as estratégias de articulação entre ações, setores e sujeitos políticos. Cabe, portanto, problematizar quais os elementos desse contexto que favoreceram o desenvolvimento de ações articuladas.

A despeito da longa história do PMF no município e dos avanços na oferta de serviços de saúde na cidade, alguns aspectos da dinâmica organizacional podem indicar características menos favoráveis à construção de processos articulados pautados na integralidade das ações. Tais como: a baixa cobertura do PMF; a ausência do NASF; a alta rotatividade de profissionais dos módulos do PMF; a estrutura fragmentada de gestão da AB, UBS e PMF, com distintas estruturas de gestão e financiamento; a redução do tempo destinado a atividades junto à comunidade e a redução do tempo em atividades de educação permanente são alguns elementos desse contexto que podem afetar a construção de processos articulados já que reduzem o tempo e espaços de negociação e formação que favorecem processos mais articulados.

Considera-se ainda a elevada demanda de usuários e as fragilidades no quantitativo de nutricionistas na rede e sua inexistência nas equipes de supervisão como limitadores das ações de PAAS no território, que impactam na disponibilidade para novos arranjos que demandam tempo adicional para a consolidação de processos mais articulados e permanentes. Assim, uma vez que, o próprio desenvolvimento de ações do setor saúde se encontra fragilizado, potencializar a articulação em torno dessas ações se torna ainda mais complexo.

3.2- A rede de educação, ensino fundamental e infantil no município de Niterói

Na área da educação a gestão municipal da rede de ensino fundamental e infantil vem sendo realizada pela Fundação Municipal de Educação (FME) desde 1991 (Lei nº 924/91 e no Decreto nº 6.172/91). A FME foi criada com o objetivo de “garantir o aperfeiçoamento da gestão educacional e a autonomia necessária para a efetivação de atos administrativos ágeis, especialmente no tocante aos processos relativos às unidades municipais de educação” (NITERÓI, 2007). Atualmente o município conta com 90 escolas distribuídas de acordo com níveis educacionais e tempo de permanência na escola, parcial ou integral. (Quadro 3), atende a aproximadamente 29.000 alunos, distribuídos nos seguimentos de educação infantil e ensino fundamental (Quadro 4) —excluindo as crianças das creches comunitárias e filantrópicas. A FME é, também, responsável pela alimentação escolar de 22 creches comunitárias e cinco filantrópicas.

Quadro 3- Distribuição de Escolas por segmento, período de permanência e território (Polo)¹⁹.

¹⁹Dentre as escolas, nove oferecem o Ensino Fundamental na modalidade EJA - Educação de Jovens e Adultos.

POLO	Unidade Municipal de Educação Infantil		Escola Municipal de Ensino Fundamental		Escola Municipal de Ensino Fundamental c/ Ed. Infantil		Quant. de U.E.
	Integral	Parcial	Integral	Parcial	Integral	Parcial	
1	7	1	1	5	0	0	14
2	5	1	0	5	1	1	13
3	6	0	1	4	0	2	13
4	6	0	0	5	0	2	13
5	3	1	0	4	0	4	12
6	4	0	1	4	0	1	10
7	7	0	0	6	1	1	15
Total	38	3	3	33	2	11	90

Fonte: informações fornecidas pela FME/Niterói.

Quadro 4 - Quantitativos de alunos por segmento matriculados em 2015.

SEGMENTO	QUANTITATIVO
Educação Infantil	8.433
Ensino Fundamental	19.464
Educação de Jovens e Adultos	1.088
Total	28.985

Fonte: informações fornecidas pela FME/Niterói.

A conformação do sistema educacional pode ser considerada relativamente recente no município de Niterói, uma vez que até os anos 1960 o município não contava com escolas sob sua gestão. Segundo Almeida (2010), a afirmação da escola pública no município durante os anos 1970 e 1980 esteve voltada para os segmentos mais empobrecidos da classe trabalhadora, período em que se registra forte pressão dos movimentos populares por ampliação no acesso à educação no país. Nas décadas seguintes, a consolidação e expansão do ensino privado na cidade produziu uma diferenciação na demanda pela escola pública entre os segmentos da classe trabalhadora. A classe trabalhadora com pouca qualificação e os segmentos populacionais residentes em aglomerados subnormais: favelas, invasões, comunidades, grotas, representavam os principais demandantes por escolas públicas, especialmente no segmento da educação infantil. Nos anos 1990 o município experimentou a maior taxa de crescimento de sua rede física, quando comparado a outros períodos (ALMEIDA, 2010).

Entre 1992 e 2007 Niterói triplicou os estabelecimentos de educação pública, principalmente os das creches comunitárias. Desde 2007 até a atual gestão, o número de

unidades escolares se manteve estável e a partir de 2013 foi retomado o plano de expansão. Segundo informações da gestão atual, foram inauguradas 18 novas escolas nos últimos três anos, processo fomentado pela permanente demanda por creches em razão das metas de expansão e qualificação do ensino definidas no Plano Nacional de Educação (PNE) (BRASIL, 2014i), bem como pela perspectiva da gestão em torno da ideia de uma “cidade educadora”, adotada pelo atual prefeito. Segundo relato de gestores diretores e pedagogos, observa-se uma aparente mudança no perfil dos demandantes em algumas regiões do município. As escolas passaram a receber também alunos filhos de trabalhadores de classe média, especialmente em escolas localizadas em regiões economicamente mais favorecidas do município. Assim, as características socioeconômicas das famílias usuárias da escola pública no município podem variar em função da região e do território, segundo o relato de gestores.

No âmbito da discussão pedagógica, observa-se no município um movimento de reestruturação iniciado na década de 90. Desde 1999 o currículo escolar da educação infantil e do ensino fundamental do município passou a ser organizado em ciclos, fruto da proposta pedagógica: Construindo a escola do nosso tempo. A mudança do currículo seriado para o currículo em ciclos, entre outras questões, alterou os critérios de retenção dos alunos, que deixou de ser anual e passou a ser ao final de cada ciclo. Um conjunto de argumentos parece justificar o currículo organizado em ciclos, mas os principais motivadores estavam centrados nos elevados índices de repetência escolar. Por meio da proposta pedagógica em ciclos, pretendeu-se eliminar ou limitar a repetência escolar e propiciar ao aluno um tempo de aprendizagem diferenciado. Essa perspectiva é adensada por um contexto de desigualdade social e perspectiva de construção de uma escola mais inclusiva (BORBOREMA, 2008, AROSA, 2013).

Ainda que essa política curricular tenha sido adotada em outros estados e municípios, a mudança em Niterói gerou e, ainda gera, muita controvérsia na comunidade escolar. As críticas, tanto à proposta em si, quanto ao processo de implementação, repercutiram em uma nova reestruturação que foi conduzida em torno da Proposta Pedagógica intitulada Escola de Cidadania, processo iniciado em 2005. Essa proposta assume como objetivo reestruturar aspectos da Proposta de 1999, considerando a necessidade de construção de um processo coletivo para, efetivamente, implantar os ciclos do currículo. Esse processo foi amplamente estudado por Borborema (2008) que, entre outras considerações, destaca-se que na ocasião do seu estudo, a atuação da FME na formulação da política de ciclos foi integrada por uma concepção de currículo que oscila entre as teorias tradicionais e as teorias pós-críticas, uma

vez que focaliza questões técnicas e de organização, mas também demonstra maior preocupação com as identidades, diferenças e culturas (BORBOREMA, 2008, AROSA, 2013). Quanto à organização curricular, atualmente a educação infantil que é oferecida nas UMEI tem duração de seis anos. O primeiro ciclo do ensino fundamental é integrado por três anos, 1º, 2º e 3º anos; o segundo por dois, 4º e 5º anos; o terceiro por dois, 6º e 7º anos; o quarto por mais dois, 8º e 9º anos.

Na área de educação é possível identificar a contribuição da UFF, particularmente da faculdade de educação, na formação de quadros técnicos e políticos do setor educacional do município, indicado por Almeida (2010). A faculdade de educação representa um forte interlocutor junto à secretaria de educação, seus docentes protagonizaram e, ainda protagonizam, diversos processos no âmbito da política educacional do município, incluindo a construção da proposta pedagógica de ciclos mencionada acima. Destaca-se também o forte componente político que caracteriza essa relação, uma vez que docentes da UFF vêm assumindo cargos de gestão ao longo da história do setor.

Os elementos aqui destacados são importantes para compreender, ainda que tangencialmente, as características da rede escolar que podem afetar o desenvolvimento dos programas, sobretudo dos processos que articulam ações do setor saúde e educação no município. A escola tem sua identidade e os processos que são operados em seu contexto ganham contornos dessa identidade, portanto, indicar aspectos históricos e processuais da construção de projetos curriculares experimentados pelo conjunto de sujeitos que compõem o cotidiano da escola pode oferecer pistas sobre as possibilidades e limites de iniciativas inovadoras que sejam, por exemplo, mais articuladas. Alguns autores sinalizam que a rede educacional de Niterói se caracteriza por uma perspectiva inclusiva, em que o respeito às individualidades e diferenças são princípios que integram a política educacional fomentada nas escolas (BORBOREMA, 2008, AROSA, 2013). No entanto, as perspectivas de formação mais tradicionais coexistem nos processos de formação e indicam, por vezes, obstáculos para pensar a escola para além do seu papel formativo. Outro elemento que torna complexo esse debate são as tensões que se estabelecem em torno das questões financeiras, tendo em vista que a perspectiva de ciclos e as propostas inclusivas incidem, por vezes, em maiores custos para o município e podem, em períodos de crise financeira, tencionar o debate entre concepções e viabilidade financeira dos processos.

Um elemento que compõe o debate nacional da educação e que tem afetado os processos municipais foi a aprovação em 2014 do plano nacional de educação básica (PNE),

que estabeleceu diretrizes e metas para ampliação da oferta de vagas e melhoria na qualidade do ensino por meio de diferentes estratégias (BRASIL, 2014i). Nesse contexto, como já indicado, o município de Niterói vem ampliando o número de unidades escolares, assim como a oferta de escolas em tempo integral e ainda vem promovendo discussões sobre a base nacional comum curricular do ensino fundamental que esteve em consulta pública até março de 2016 (BRASIL, 2016g; NITERÓI, 2016). Esse processo vem caminhando com a conformação do Sistema Nacional de Educação (BRASIL, 2015e) em andamento no país. Esse debate se insere no contexto de demandas por discussão e construção de consensos em torno de concepções sobre o currículo básico e projeto político pedagógico, elemento importante para o debate sobre a perspectiva de transversalidade do tema da saúde e, mais especificamente, da PAAS, prevista tanto no PNAE quanto no PSE.

3.3- O Programa Saúde na Escola no município de Niterói

Esse item tem como objetivo descrever os principais eventos que marcaram a trajetória de implantação do PSE no município de Niterói considerando, sobretudo, sua recente história. Descreve-se uma linha do tempo que indica avanços e retrocessos experimentados desde os primeiros períodos de adesão e implementação das ações nas escolas até o momento do estudo. É interessante indicar, neste primeiro momento, aspectos que podem afetar a capacidade de articulação intra e intersetorial no curso desse programa que se destaca por seu caráter intersetorial.

3.3.1- Antecedentes – primeiros movimentos do Programa Saúde na Escola

O Município de Niterói assinou o termo de adesão ao PSE no ano de 2008. Iniciou-se, no ano posterior, a elaboração do projeto que seria utilizado como referência para a organização das atividades. O documento continha informações gerais sobre: o diagnóstico situacional, determinantes sociais, cenário epidemiológico; o mapeamento das redes de saúde e educação; as atribuições das equipes de ESF nas escolas; a identificação das instituições de ensino e programação das atividades que deveriam ser incluídas no projeto político pedagógico das escolas. O grupo de trabalho responsável pelo projeto foi integrado por representantes da VIPACAF, do PMF, da COVIG/DST-HIV (Coordenação de Vigilância em Saúde) na saúde e de representantes da FME e da Secretaria Estadual de Educação. Ao longo dos anos de 2009 e 2010 foram realizadas por ano, ao menos, quatro reuniões de planejamento e organização. O Programa foi aprovado pelo Conselho municipal de Saúde de

Niterói em 26 de outubro de 2010. Posteriormente ocorreram as pactuações de metas com a assinatura de termos de compromisso para os períodos de: 2011-12; 2012-13; 2013-14; 2014-15.

O projeto inicial previa a participação de três escolas estaduais, cinco municipais e oito módulos do PMF. Em 2008 o município de Niterói contava com nove equipes de PMF cadastradas oficialmente no MS para execução do PSE (BRASIL, 2008b). Inicialmente o programa seria executado nas escolas por médicos e técnicos de enfermagem, seguindo a lógica da composição da equipe do PMF no período. Contudo, os documentos internos que tratam do planejamento, organização e operacionalização do programa, nos anos que se seguiram, revelaram o envolvimento da equipe de coordenação da ATAN do município, de nutricionistas da FME, sobretudo para a execução das ações de avaliação antropométrica. Nesse processo, em novembro de 2010 foi realizado um treinamento em antropometria na sede do Departamento de Supervisão Técnica e Metodológica (DESUM) destinado aos professores de educação física da rede municipal e estadual, nessa ocasião houve uma aproximação entre as nutricionistas da FMS e as nutricionistas responsáveis pela gestão do PAE do município. Registrou-se a tímida participação dos professores, já que muitos não foram liberados de suas funções para participar dessa atividade e o processo não teve continuidade.

Como consta em alguns registros internos do PSE, houve a necessidade de rearranjos para a execução de algumas atividades em 2012, uma vez que as unidades de saúde que figuraram na composição das ações nesse período foram policlínicas e unidades básicas de saúde e não os módulos do PMF, conforme proposto inicialmente. O número de escolas que constavam no planejamento de algumas atividades se restringia a quatro escolas municipais que tinham uma proximidade geográfica com as unidades de saúde. É notória a dificuldade de mobilizar os profissionais dos módulos do PMF para o desenvolvimento das ações pactuadas naquele momento.

Cabe indicar no município que não exista um documento oficial que reúna, informe e sistematize as ações que já foram implementadas no âmbito do PSE ao longo dos anos, elemento que dificulta uma exploração mais detalhada desse panorama. No entanto, é factível inferir que as metas inicialmente estabelecidas nunca chegaram a ser alcançadas: no número de escolas e no número de profissionais e equipes de PMF envolvidos —no quantitativo de escolares participantes das ações do programa e no conjunto das ações elencadas no projeto de adesão. Não obstante, alguns poucos profissionais vinculados ao PMF incluíram em suas

atividades ao menos uma visita ao ano para desenvolver as ações, sobretudo as de avaliação em saúde, escolas e creches municipais e estaduais, independentemente da pactuação para o PSE. As ações do componente II, ou seja, de PS, não vêm sendo priorizadas nesse processo, ainda que sejam desenvolvidas esporadicamente e por conta da semana de mobilização do PSE e/ou pontualmente por profissionais do PMF.

Evidencia-se também o caráter pontual das ações realizadas ao longo dos anos, quase sempre prioritariamente efetivadas na semana de mobilização do PSE que ocorre todo início de ano. Os temas priorizados nos dois últimos anos foram: prevenção da obesidade e promoção da alimentação saudável. Essa temática pode ter contribuído com a aproximação dos nutricionistas dos setores de saúde e educação em torno das ações de avaliação antropométrica e de PAAS durante a semana. Outro elemento que favoreceu essa aproximação foi a dificuldade de firmar a participação de nutricionistas lotadas nas policlínicas e UBS, já que o município não conta com esse profissional no PMF e o quantitativo deste profissional no município parece insuficiente para atender todas as demandas.

Em 2013-2014 foram aliadas 16 escolas e em 2014-2015 foram 20 escolas. As escolas inicialmente pactuadas não foram repactuadas no segundo período de adesão e, entre os dois últimos períodos de ajuste, metade das escolas também não foi repactuada. Embora não haja uma regra objetiva quanto à manutenção das escolas já acordadas nos períodos subsequentes, todo o percurso normativo do programa sugere que, uma vez estipulada, a escola não deva ser substituída, já que o objetivo do programa é que as ações integrem permanentemente as atividades da AB através da ESF nas escolas dos territórios. Muito embora o município esteja aumentando o número absoluto de escolas oficialmente pactuadas, isso não tem representado o compromisso de continuidade nas ações, a perspectiva de universalização que fundamenta o programa indica a necessidade de um processo incremental e permanente de adesão. Há, contudo, um conjunto de justificativas para a troca de escolas nos períodos de pactuação, que podem ser desde dificuldades operacionais junto à escola na articulação com as equipes de saúde, até dificuldades no acesso à comunidade, dominada pelo tráfico, segundo relatos em entrevistas.

Em agosto de 2014, foi realizado o I Encontro Municipal do Programa Saúde da Escola e do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas com participação de representantes da saúde e da educação. O evento marcou a primeira etapa de sensibilização dos profissionais da saúde e educação, além disso, teve como propósito a elaboração de proposta de trabalho,

plano de ação e plano municipal para o PSE (FMS, 2014). Percebe-se então uma lacuna temporal entre adesão e o evento de mobilização que só ocorreu em 2014, meses depois em que a coordenação do programa foi afastada. O panorama administrativo do programa indica dificuldades na condução e planejamento de suas ações, refletindo-se em conflitos que culminaram na fragilidade dos arranjos e das estratégias de articulação.

3.3.2- Desmobilização – mudanças na gestão do Programa Saúde na Escola

Ficou evidenciado um período inicial de mobilização em torno da adesão e do desenvolvimento das primeiras ações do PSE, porém o processo foi esvaziado, culminando no afastamento de alguns profissionais e setores tal qual, por exemplo, o de alimentação e nutrição que se envolveu inicialmente. Conflitos referentes aos processos desarticulados, tais como a falta de comunicação, as decisões verticalizadas, e problemas relacionais produziram o afastamento, conforme o relato do gestor entrevistado. Novos gestores diretos do programa, tanto na FMS quanto na FME, assumiram os cargos no início do ano de 2015.

Por se tratar de um programa estruturado e desenhado como mecanismo de indução federal, a questão do financiamento é fundamental para compreender aspectos do seu funcionamento e os desafios locais para garantir o recebimento dos recursos. Quanto ao repasse de recurso do governo federal, em 2011, o município de Niterói aparece com nove equipes de saúde (PMF) cadastradas e se encontrava habilitado a receber R\$ 60.300,00 que deveriam ser destinados à implementação das ações do programa (BRASIL, 2011g). No entanto, não foi possível obter informações sobre a disponibilidade desse recurso no município. A atual gestão, até o momento, tem tido dificuldade no acesso aos valores disponíveis e aos mecanismos para sua utilização, segundo o relato do gestor.

Em recente portaria publicada pelo MS em 2015, o município de Niterói não figura como habilitado a receber nenhum recurso. Segundo essa portaria, os critérios para determinação dos incentivos se basearam nas informações registradas nos sistemas de monitoramento vigentes (e-SUS AB e SIMEC) e apenas os entes federativos beneficiários que alcançaram, no mínimo, 50% (cinquenta por cento) da meta estabelecida, foram aptos a receber o incentivo financeiro. As ações consideradas para essa avaliação foram realizadas de 1º de agosto de 2013 a 31 de julho de 2014 e registradas nos sistemas de monitoramento até 20 de setembro de 2014 (BRASIL, 2015f). Portanto, dada a conjuntura político-administrativa do período no município, conclui-se que: ou não houve o cumprimento dos critérios mínimos para o financiamento, ou as ações não foram devidamente registradas.

O programa ficou sem coordenação durante alguns meses, entre o final de 2014 e início de 2015. Como dito, a nova coordenação do PSE (FMS) assumiu em março de 2015.

Portanto, a análise aqui empreendida, embora valorize os processos anteriores, pois considera que as experiências prévias afetam as perspectivas atuais e futuras, concentra-se nos acontecimentos do ano de 2015 até meados de 2016, após o início da nova gestão. Esse período se caracteriza pela retomada da mobilização e reorganização do programa e se acredita que sua análise pode indicar como as redes de saúde e educação se articularam em torno desse processo.

3.3.3- Retomada da articulação intersetorial no Programa Saúde na Escola

No período analisado no estudo, de abril de 2015 a junho de 2016, o município estava com 20 escolas pactuadas, 16 municipais e quatro estaduais, com um total de 4862 alunos na faixa etária de seis (6) meses a 17 anos. Utilizou-se como critério a participação de creches públicas e escolas que tinham, dentre os educandos matriculados, pelo menos 50% deles pertencentes a famílias beneficiárias do PBF e unidades escolares localizadas próximas à unidade de saúde e ainda aspectos relacionados às dificuldades na relação da equipe PMF e escolas. Essa pactuação parece ter garantido o recebimento de 20% (R\$ 5.000,00) do total do recurso que deverá ser de R\$ 25.000,00, caso as metas sejam cumpridas. O novo período de adesão até o mês de julho de 2016 ainda não estava aberto.

Durante o estudo foram identificadas estratégias de mobilização e articulação, como visitas e reuniões com coordenação de diferentes programas na saúde e educação, reuniões ampliadas com profissionais dos dois setores de política, conduzidas pela nova equipe de coordenação, integrada inicialmente por uma coordenadora do PSE na saúde e outra na educação. Na saúde essa coordenação se encontra vinculada ao DESUM e na educação é exercida pela coordenação do Núcleo de Ações Integradas (NAI). Essa instância da FME é responsável por implementar estratégias de capacitação de professores em diferentes temáticas e assume o papel de facilitar a interlocução entre a saúde e a educação, configurando-se assim como canal de comunicação com as escolas. Uma importante mudança na estrutura organizacional do programa foi registrada na saúde quando, com a mudança de coordenação, o PSE deixou de ser subordinado ao NEPP (Núcleo de Educação Permanente) e passou a ser subordinado à VIPACAF, conforme indicado. Essa reconfiguração pode ter facilitado a interlocução com as outras coordenações dentro do próprio setor saúde, que também estão subordinadas à VIPACAF, inclusive o próprio PMF.

Nota-se que o protagonismo da figura do coordenador da saúde, que tem assumido papel de referência para o programa, ganha visibilidade na fala de diferentes profissionais da saúde e da educação (ATAN-m, GM_{PSE-E}). Os depoentes destacam as características do gestor, tanto para justificar processos desarticulados em períodos anteriores ao estudo quanto para enfatizar avanços na atual gestão. Elementos intrínsecos ao perfil do gestor, as individualidades e aos traços pessoais podem favorecer ou dificultar a construção de acordos e ações conjuntas. Posturas centralizadoras, pouco democráticas, arrogantes, minam as chances de aproximar sujeitos. Por outro lado, pessoas com maior capacidade relacional, que valorizam a escuta, o diálogo, o compartilhamento de saberes e poderes, favorecem a construção de canais de comunicação que podem contribuir, dentre outras coisas, para os arranjos intersetoriais. Nesse sentido, no caso do PSE, a troca de coordenação do programa, tanto na saúde quanto na educação, pode ser indicada como um dos elementos que contribuiu para o fortalecimento dos arranjos mais articulados. A entrada de novos sujeitos nas funções de coordenação facilitou não apenas as relações dentro dos setores quanto entre setores.

O representante da FME na coordenação do programa se configura como um mediador entre a equipe de gestão do programa e as escolas. Como parte das estratégias de aproximação entre a coordenação do PSE e demais coordenações de programas e ações, desenvolvidas tanto por profissionais de saúde quanto de educação, foram realizadas inicialmente diversas reuniões com coordenadores de programas específicos de saúde e com a equipe de gestão da alimentação escolar (FME). Em seguida, vários representantes de programas e áreas temáticas dos dois setores passaram a ser chamados para participar de encontros quinzenais ou mensais para aproximação, mobilização, organização e planejamento das ações.

Durante o ano de 2015 ocorreram sete reuniões ampliadas e tantas outras em separado com cada subsetor e/ou coordenação de programas. As reuniões continuaram acontecendo no decorrer de 2016. Como parte da metodologia do estudo, houve acompanhamento presencial como observadora nas sete reuniões em 2015 e em três outras reuniões sobre o tema específico do planejamento das estratégias de ação em torno da avaliação antropométrica e construção de fluxos entre a rede de saúde e educação em 2016.

Nas reuniões ampliadas participaram representantes do PMF com participação de profissionais de alguns módulos e das diversas coordenações de programas na área da saúde do município, tais como: Coordenação Saúde da Criança e Adolescente; Coordenação de Fonoaudiologia; Coordenação de Alimentação e Nutrição; Coordenação de Violência;

Coordenação do Programa DST/AIDS e Hepatites virais; Setor de Informação, Educação e Comunicação em Saúde (IEC), Centro de controle de Zoonoses, pela saúde. Pela educação, participam a coordenadora de referência do PSE que é também é coordenadora do NAI, as Coordenações de Alimentação Escolar do município, de Educação Física, de Assuntos de Violência na escola / Assessoria Especial de Articulação Pedagógica, e de Fonoaudiologia da educação. Mobilizou-se nesse processo um conjunto amplo de sujeitos que tiveram inserções variadas nas reuniões e processos desencadeados como parte do planejamento das ações ao longo do ano.

A constituição desse espaço, em um primeiro momento, contribuiu para ampliar o nível de informação sobre o programa pouco conhecido pelos participantes e para identificar e mapear as atividades desenvolvidas pelos diferentes programas e setores nas escolas, independente do PSE. Esse canal de escuta e troca de informação foi sendo consolidado como espaço prioritário de articulação para o PSE. As reuniões com subsetores específicos continuaram a ocorrer em função da necessidade de pactuações internas de cada subsetor, subárea, coordenação de programas. A estratégia da coordenação se desenha por meio da perspectiva de institucionalização desse grupo, como sendo o GTI-m. Embora o grupo ainda não esteja formalizado, em portaria, percebe-se que, com essa estratégia, pretendeu-se caracterizar a gestão como compartilhada, numa abordagem em que tanto o planejamento quanto a execução das ações pudessem ser construídos coletivamente.

Cabe indicar as dificuldades de interlocução com representantes da educação no nível estadual, fundamental para a aproximação e articulação com as escolas estaduais. Por solicitação da coordenação municipal —saúde— foram enviadas pela Secretaria Estadual de Educação, em períodos distintos, duas pessoas que teriam o papel de fazer essa mediação e facilitar a circulação de informações e garantir a aproximação com a saúde para o desenvolvimento das ações do programa nas escolas estaduais, processo que ainda se encontra bastante fragilizado, o que acaba repercutindo em uma relação mais complexa com as escolas estaduais do que com as escolas municipais.

Observou-se uma permanente dificuldade em se estabelecer pessoas de referência do nível estadual que se apropriassem da temática da saúde na escola e do PSE de modo a se reconhecerem como facilitadores na relação com as escolas, com vistas a apoiar o programa. A expectativa de que fosse possível manter a conexão entre as equipes de saúde e as escolas estaduais, por meio de um representante da educação do nível estadual, ainda não ganhou sustentação. Considerando a atual crise financeira no Estado do Rio de Janeiro, onde se prevê

grave impacto em diferentes setores, incluindo a saúde e a educação, essa é uma questão que parece não ter solução simples e nem tão pouco imediata (RIO DE JANEIRO, 2016).

No contexto de planejamento das ações assistenciais, ou seja, as de avaliação em saúde, foram identificados processos de construção dos fluxos e estratégias de encaminhamento de educandos aos serviços de saúde que, após avaliação de saúde, foram diagnosticados com algum tipo de alteração tais como: alterações nutricionais; alterações de fonoaudiologia e outras alterações clínicas, conforme elenco de ações previstas no programa. Esses fluxos e propostas estão sendo construídos e aprovados coletivamente pelo GTI-m.

Essa estratégia aparece em resposta às lacunas já identificadas pelos próprios profissionais de saúde e de educação quanto aos aspectos de continuidade e integralidade das ações no território. Tais lacunas marcaram a trajetória do programa no município até o momento, uma vez que os encaminhamentos dificilmente ocorriam e a comunicação entre PMF e as escolas não era fluida quanto à circulação e troca de informações. Identificou-se uma preocupação sistemática do grupo constituído como GTI-m no que diz respeito aos desdobramentos e demandas para os serviços de saúde a fim de garantir a assistência e o retorno para as escolas. Preocupação que se manifesta em razão das dificuldades dos serviços de absorverem essa demanda, da ausência de fluxos já construídos e pactuados pelos dois setores e, ainda, dos problemas em relação ao fluxo das informações entre setores junto à escola e aos profissionais. Diretores e profissionais das escolas indicam que não obtém retorno das informações referentes às ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde, fator que pode gerar ruídos no processo de comunicação, integração das ações e adesão da escola aos processos.

Durante o processo de fortalecimento do GTI-m se observou pouco espaço e oportunidade para aprofundar o debate sobre os desafios de articulação entre as equipes de saúde e a escola em um sentido mais amplo, para além do operacional, ainda que esse tema tenha sido abordado em alguns encontros do GTI-m por profissionais de saúde e educação que participavam desse processo. Essa é uma questão central para o programa e uma lacuna reconhecida por profissionais dos dois setores, saúde e educação. O fortalecimento dos canais de interlocução direta entre o programa e a escola, exercido pela coordenação do NAI, tem figurado como principal estratégia de superação desse obstáculo, mas tem sido insuficiente para desenvolver um planejamento integrado ao contexto pedagógico escolar, de modo a ultrapassar a abordagem informativa. Esse fortalecimento dos canais de interlocução entre o programa e a escola tem se dado mais especificamente em resposta às lacunas quanto à falta

de comunicação que gera desencontros quanto ao agendamento da visita dos profissionais de saúde.

O nível de informação sobre o programa nos diferentes setores pode ser considerado baixo e assimétrico entre os profissionais de saúde e educação, mesmo dentro dos setores entre diferentes coordenações ou subsetores, conforme observado nos encontros do GTI-m, nas entrevistas com participantes dos programas. Além disso, os próprios gestores apontam essa dificuldade. Nesse cenário, um dos movimentos iniciais da coordenação do PSE na saúde foi difundir informações sobre o desenho e características do programa em reuniões com coordenações de outros programas e com outros setores e nas atividades de formação, dados obtidos em entrevistas com gestor e observação em reunião de planejamento - GTI-m. Nesse processo foram utilizados como referência os aspectos mais normativos do programa, com destaque para situar as ações do PSE nas atividades já desenvolvidas por cada programa da saúde ou educação. Esse movimento parece ter sido um indutor da aproximação dos profissionais envolvidos com tais ações aos objetivos de desenvolver ações mais articuladas, considerando que estas já estão previstas no PSE, em uma perspectiva de contribuição e otimização esforços.

No contexto de integração das ações assistenciais e de PS, componente II e III, estão sendo desenvolvidas algumas estratégias como a priorização do planejamento integrado de oficinas de formação profissionais de saúde e educação, tendo como eixo condutor as ações previstas no PSE. Identificaram-se algumas experiências conclusas quanto ao planejamento integrado de ações durante o período do estudo que serão indicadas, porém se reconhece que outros processos estão em curso, mas que por razões cronológicas e recorte analítico não foram tratadas no presente estudo.

Destaca-se a experiência das ações de Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE) que foi desenvolvida por meio do planejamento coletivo de capacitação para profissionais de educação e de saúde para atuarem nas escolas, com vistas a trabalhar com temáticas de saúde sexual e reprodutiva por meio de abordagem participativa. Embora esse exemplo não esteja diretamente relacionado com a temática central desse estudo, recorre-se a ele apenas para exemplificar a estratégia de integrar ações já desenvolvidas pelos dois setores —saúde e educação— por meio do SPE na saúde e de profissionais da educação. O desenho da ação previu a formação de profissionais de ambos os setores para que pudessem atuar como multiplicadores nas escolas.

A promoção da saúde sexual e reprodutiva já vinha sendo desenvolvida em algumas escolas do município como parte das ações do programa Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE) sem que figurasse como uma das ações do PSE. A entrada do PSE na agenda do município aproximou os dois programas (SPE e PSE), mesmo em períodos anteriores, como sugere o evento de sensibilização realizado em conjunto em 2014. Contudo, parece que apenas em 2015 foi possível articular profissionais do SPE na saúde com profissionais que lidam com essa temática na educação em um processo de formação envolvendo os dois setores saúde e educação. Nesse sentido, as ações do SPE passaram a compor o conjunto de ações do PSE, no qual se prevê participação de profissionais da saúde, educação, da escola e dos alunos no processo.

Essa estratégia tem se consolidado no curso do planejamento do PSE a partir de 2015 no qual se priorizou um mapeamento inicial do que cada setor e subsetor desenvolve nas escolas, se estabeleceu o diálogo entre as partes envolvidas que lidam com a questão e posterior planejamento com a integração da equipe. Percebe-se o intuito de evitar a superposição de ações e equacionar diferenças de entendimentos sobre a temática ou sobre a atividade em questão para produzir algo diferente do que estava sendo desenvolvido separadamente por cada setor. Entretanto, no caso do SPE, o programa permanece com sua agenda própria e oportunamente, integra o PSE. Nesse sentido exemplifica, em parte, a forma como os subsetores e setores se relacionam no processo de integração de ações convergentes de distintos programas. Existe uma preocupação em manter a identidade do programa que já está institucionalizado e reconhecido e é anterior a inclusão do PSE na agenda da saúde e educação.

Em relação aos processos de formação das equipes de educação e de saúde que atuam no PSE, como já sinalizado, houve um investimento em organizar atividades de formação por áreas temáticas relacionadas às ações previstas nos componentes I e II do programa, conforme prevê as normativas. Até o momento final deste estudo estavam em andamento alguns outros processos de formação e articulação, além dos já descritos, como capacitação para os profissionais das escolas municipais para ações de promoção da alimentação saudável — desenvolvido pela equipe do PAE — , capacitação em prevenção e notificação de violência para profissionais da educação e saúde e capacitação para profissionais dos módulos de PMF e da educação para orientação na utilização dos instrumentos do programa — ficha de acompanhamento, ficha de encaminhamento, planilha de coleta dados do PSE, mapa atividades coletivas e-SUS.

De modo geral, as atividades de PS são desenvolvidas por diferentes grupos de profissionais em função das temáticas abordadas, porém de forma bastante pontual, quase sempre vinculadas à semana de mobilização do PSE ou às demandas específicas das escolas. No âmbito das ações que conectam o PAE e o PSE em torno da PAAS para o enfrentamento da obesidade, destaca-se a avaliação antropométrica como ação que, em tese, subsidia e respalda as demais ações de PAAS. Identificam-se semelhanças quanto ao modo de integrar setores e sujeitos em torno de uma ação prevista no PSE, conforme estratégia adotada nas ações relacionadas à saúde sexual e reprodutiva.

As ações de PAAS têm sido conduzidas prioritariamente pela equipe de nutricionistas do PAE por meio de palestras, cursos de formação, mas não têm contado como ações do PSE, exceto quando ocorrem por ocasião da semana de mobilização do programa. Apenas em 2015, por meio da solicitação da coordenação do PSE na saúde, é que o conjunto de ações desenvolvidas pela equipe do PAE foi enviado para ser contabilizado no âmbito das ações do PSE. No entanto, esse processo não parece ter sido simples, visto que essas ações são reconhecidas pela maioria das nutricionistas do PAE como parte deste programa e do esforço de trabalho do setor de AE escolar da FME. Nesse sentido, identifica-se um ponto de tensão quanto à identidade das ações desenvolvidas, se devem contar para PAE, para o PSE ou para ambos? Quem e o que se ganha ou perde ao contabilizar para os dois programas? São dilemas inaugurados pela convergência de ações setoriais de distintos programas com estruturas de financiamento e gestão diferentes.

A semana de mobilização do PSE realizada em 2015, teve como tema central proposto pelo MS: “Alimentação Saudável”. Seis escolas participaram, na qual foram realizadas avaliação de peso e altura; verificação da pressão arterial; verificação da situação vacinal; avaliação da saúde bucal, escovação supervisionada e atividades de educação em saúde, com destaque para as ações de PAAS, estímulo ao consumo de alimentos saudáveis, prevenção da obesidade. No mesmo período em que essas ações foram realizadas, a equipe de gestão do PAE do município planejou e tentou realizar a avaliação antropométrica em uma dessas escolas, o que indica a fragilidade nos processos de diálogo entre os setores para o planejamento de ações convergentes. Nessa ocasião a diretora não permitiu a realização de nova avaliação com os alunos. Desta maneira, essa ação expressa uma excelente oportunidade para construção de processos mais articulados, pois está prevista como parte da agenda de trabalho de profissionais envolvidos com o PAE e com o PSE na saúde e na educação. No

entanto, por outro lado, exacerba conflitos que tencionam as relações entre profissionais e setores no curso do planejamento e operacionalização da ação.

Destaca-se o caráter amplo e variado de ações do PSE, que embora fundamentais ao contexto escolar, extrapolam o escopo desse estudo e, portanto, não serão destacadas nesse item²⁰.

Avaliação antropométrica como ação indutora da articulação intersetorial.

Como um produto das discussões no contexto do planejamento da ação de formação em avaliação antropométrica, produziu-se um fluxo de assistência para os escolares identificados com alterações nutricionais que incluiu a definição de atribuições para os setores saúde e educação. Nesse contexto, estratégias para facilitar a comunicação entre os setores foram estruturadas por meio de um instrumento informativo sobre o fluxo de avaliação antropométrica e ações intersetoriais na assistência ao escolar com desvios nutricionais. A proposta de construção de fluxo da atenção nutricional aos escolares estabeleceu para a educação, sem que fosse definido qual subsetor ou área técnica da educação, a função de abordar o tema da Alimentação Saudável com alunos e responsáveis, incentivar e promover a atividade física e discutir de forma interdisciplinar a temática, refere-se à avaliação antropométrica. Também coube ao setor saúde o atendimento médico, a realização de grupos educativos nas unidades de saúde (de PAAS) e o encaminhamento por meio de referência e contra referência para nutricionistas da área.

A escola foi incluída como agente ativo na proposta, de forma inovadora e por meio do professor de educação física. Houve a preocupação em não contribuir com a construção de estigmas e rótulos em torno dos resultados obtidos: obesidade, magreza, por exemplo, no âmbito da ação em si, pesar e medir, e do diagnóstico. A articulação das redes de saúde e de educação foi fortalecida pela coordenação da ATAN-m que promoveu reuniões com as nutricionistas da rede de saúde com o objetivo de discutir o fluxo da assistência nutricional na rede para adequá-lo e organizá-lo de modo a atender a demanda dos alunos diagnosticados com algum problema nutricional encaminhados pela equipe do PSE. Até 2015 não havia

²⁰O PSE é integrado por um conjunto amplo de ações que poderiam ser articuladas em torno dos distintos propósitos do programa, no entanto, em razão do desenho do estudo e da impossibilidade de acompanhar todos os processos, essa análise não se deteve nas demais ações do PSE, quais sejam: componente I – verificação da situação vacinal, saúde bucal, saúde ocular, saúde auditiva, desenvolvimento de linguagem, identificação de sinais relacionados às doenças negligenciadas e em eliminação; componente II- promoção da cultura de paz, saúde mental, saúde e prevenção nas escolas(saúde sexual, reprodutiva e prevenção DST/Aids, prevenção ao uso do tabaco, crack e outras drogas), prevenção de acidentes, saúde ambiental, práticas corporais e de atividade física); componente III: capacitação para profissionais atuarem nas temáticas descritas nos componentes I e II.

nenhuma pactuação entre os setores saúde e educação quanto a integrar os profissionais da escola nessa atividade de forma negociada, ainda que a proposta de integrar professores de educação física tenha sido apresentada pela ATAN-m nas fases iniciais de implantação do programa, porém sem continuidade.

Profissionais com distintas formações acadêmicas, incluindo médicos, enfermeiros, nutricionistas e educadores físicos, integraram o contexto de discussão dessa atividade na perspectiva de que as ações fossem pautadas numa abordagem interdisciplinar. Participaram do planejamento a coordenação do PSE na saúde, a equipe de gestão da ATAN-m, os profissionais do PMF, as nutricionistas da FME vinculadas ao PAE, representantes do NAI, representante da coordenação de educação física da rede municipal de educação, além de professores e estagiários de nutrição da UFF.

A atividade de formação em antropometria que foi realizada oportunizou a troca de experiências e de informações entre profissionais da saúde e da educação por meio da escuta dos limites e das dificuldades que cada setor possui no seu cotidiano de trabalho. Também foram relatados, por profissionais de saúde e educadores, episódios que indicaram a falta de articulação observada nas ações desenvolvidas no âmbito do PSE, com apresentação de alternativas e propostas de construção de canais de comunicação até então inexistentes. O quanto desse processo será de fato operacionalizado ainda não é possível indicar, mas o canal de comunicação entre professores de educação física e profissionais do PMF começou a ser construído. Portanto, essa pode ser considerada uma importante ação capaz de mobilizar profissionais que atuam nas redes de saúde e educação, incluindo a comunidade escolar, em torno do planejamento, execução e acompanhamento do estado nutricional dos escolares.

A construção da proposta de formação foi motivada pelo reconhecimento, por parte dos gestores e profissionais da saúde e membros da comunidade escolar, quanto ao contexto desarticulado das ações do PSE nas escolas. A entrada dos profissionais de saúde tem sido caracterizada pela frágil articulação com o contexto e a comunidade escolar. De modo geral, os profissionais adentram a escola com um roteiro prévio de atividades, na maioria das vezes restrita à avaliação clínica, incluindo a antropometria e, em um esquema de mutirão, realizam as ações uma ou duas vezes ao ano, que de modo geral não tem tido continuidade. O fluxo de informações ainda é precário com dificuldades na devolutiva às escolas e as mesmas não integram esse processo em uma perspectiva pedagógica, ou seja, as atividades desenvolvidas não têm tido significado para a escola e nem para os escolares. Não há um espaço pedagógico para problematizar tal ação que acaba sendo compreendida como uma avaliação clínica que os

profissionais de saúde desenvolvem com os escolares. Além disso, existe pouca articulação com professores e os resultados da avaliação acabam não cumprindo o papel de monitoramento, identificação e resolução de problemas. Por vezes, a avaliação antropométrica é realizada por professores de educação física, como parte de sua rotina de trabalho, por profissionais de saúde do PMF e por nutricionistas do PAE em uma mesma escola, sem que haja planejamento prévio e/ou troca de informações entre os setores.

A observação das reuniões de planejamento, GTI-m e formação em antropometria, permitiu identificar que a fragilidade das ações de nutrição na atenção básica e o quantitativo reduzido de nutricionistas capazes de dar suporte à demanda proveniente das escolas, desafio indicado pela ATAN-m, foi considerado na construção dos fluxos de atenção nutricional. Cenário nada incomum na grande maioria dos municípios (GEUS, 2011; VASCONCELOS, BATISTA FILHO, 2011). Embora sejam os mesmos usuários das redes de saúde e de educação que residem no território, a forma como são organizadas as ações de AB e especialmente as ações da área de nutrição, que no caso de Niterói não estão presentes na estrutura do PMF, limita a possibilidade de atender novas demandas. Esse é um aspecto da estrutura institucional e organizacional que pode limitar a capacidade de construir propostas articuladas capazes de afetar o enfrentamento de questões nutricionais complexas como a obesidade no território. A participação de nutricionistas nos NASF tem sido considerada estratégica para o fortalecimento da nutrição no SUS, de modo a possibilitar o diálogo com o campo da SAN e qualificar a atuação da nutrição no âmbito do SUS (GEUS, 2011, RIGON *et al.*, 2016).

No entanto, a dificuldade de definir responsabilidades foi evidenciada no curso do planejamento dessa formação, pois, em um dado momento houve tensão em torno da decisão de estabelecer a quem caberia a convocação dos diretores das escolas; seria uma atribuição da coordenação de Educação Física ou do NAI? Tal instabilidade repercutiu na ausência dos diretores na atividade de formação, aspecto fortemente criticado pelos professores de educação física que indicaram a necessária anuência e cumplicidade destes para viabilizar o trabalho pretendido. A ausência dos diretores poderia resultar em problemas na sua relação com os professores. A proposta envolvia a participação do professor regente, no caso das UMEI e do professor responsável pela turma como apoiador. Esse aspecto foi destacado pelos participantes do evento para justificar a necessidade da presença do diretor, tendo em vista que a aula de educação física, momento em que a avaliação antropométrica seria realizada, representa um tempo livre —utilizado para planejamento— para os demais professores, já que

as turmas ficam sob a responsabilidade do professor de educação física. Fica evidente a necessidade de estabelecer canais permanentes de negociação para o planejamento integrado não apenas entre profissionais de saúde e a escola, mas também canais de comunicação dentro do setor educacional e dentro da própria escola.

Além disso, no contexto de planejamento e condução da atividade de formação, perdeu-se a oportunidade de debater o papel das práticas corporais na promoção da saúde de escolares junto aos educadores e profissionais de saúde presentes. Observa-se que as ações do PSE são tratadas de forma independente, o que impõe dificuldades para abordagens mais integradas sobre as questões de saúde, indicando um reflexo do uso muito instrumental do programa e das estruturas institucionais e áreas do saber fragmentadas.

A experiência de participação da equipe de nutricionistas do PAE na operacionalização das ações do PSE produziu tensões especialmente relacionadas com a definição de atribuições dos participantes da atividade de avaliação antropométrica, PMF, professor de educação física, nutricionistas do PAE, que tem se refletido em um menor envolvimento do setor. Essa participação se dá por meio da manutenção de uma nutricionista de referência para o PSE que representa o PAE nas reuniões ampliadas do Grupo de Trabalho Intersetorial-m (GTI-m) e em outras reuniões pontuais. Além disso, a equipe participa em reuniões mensais desde o início do planejamento e implementação do NutriSUS. Esse tipo de arranjo intersetorial tem mais dificuldade de consolidação, pois a participação por meio da indicação de um representante para lidar com as questões intersetoriais tende a produzir níveis diferenciados de inserção dos setores.

A gestão central do PAE se mostra favorável à articulação do setor com a saúde, porém, sobressai a participação mais tímida dos profissionais de educação do PAE no processo. Embora por meio de representação a equipe tenha participado das reuniões de planejamento, identifica-se por vezes desconforto de alguns nutricionistas do PAE no envolvimento com as ações do PSE. A avaliação nutricional de escolares já compõe o esforço de trabalho da equipe do PAE e as experiências negativas anteriores repercutem na frágil integração com as ações do PSE. A narrativa destacada exemplifica elementos de tensões entre os setores responsáveis pelo PAE e a Saúde.

[...] e no seminário eles apresentaram os resultados, porém ainda culpavam a merenda escolar pelo estado das crianças, ficamos sem graça em relação ao que eles falaram [...] eles só falaram que a culpa era nossa e da merenda. Mesmo esses profissionais de saúde próximos da escola, até hoje não falaram nada de intervenção nas escolas, nada em conjunto e nenhuma outra parceria de intervenção [...] (GM_{PAE-2}).

O entrevistado faz referência a um evento já destacado anteriormente que foi promovido pela antiga coordenação do PSE, no qual foram apresentados dados sobre o perfil nutricional dos escolares. Segundo relato da GM_{P_{AE}-2} e de outras nutricionistas se atribuiu a responsabilidade da elevada prevalência da obesidade à alimentação escolar, aspecto que constrangeu a equipe responsável pelo PAE no município. Esse fato sugere pouca familiaridade de alguns profissionais de saúde com o PAE desenvolvido no município.

Outros dilemas ganharam visibilidade, como o monitoramento das ações que é realizado com base em dois sistemas de informação incomunicáveis, um no SUS/MS e outro no MEC, como já destacado. Se há uma perspectiva em desenvolver ações intersetoriais, articuladas e integradas, como manter dois sistemas distintos sem que se criem problemas para os respectivos setores. As ações do componente I, avaliação em saúde, no qual a avaliação nutricional está incluída, devem ser registradas no e-SUS. No entanto, o sistema não possibilita o registro da participação dos profissionais da educação. Além disso, a avaliação nutricional é também uma atividade do PAE, portanto, também contabilizada no âmbito deste programa. Isso não necessariamente configuraria um problema, pois poderia servir como mecanismo para otimizar esforços. Contudo, as responsabilidades e os compromissos setoriais são priorizados pelos profissionais que atuam nas respectivas redes de saúde e educação, pois as exigências para o cumprimento de metas são realizadas de forma setORIZADA e essas metas em geral estão atreladas ao repasse de recursos. Portanto, esse aspecto do desenho operacional dos programas cria impasses que podem constranger a relação entre setores de políticas que lidam com o mesmo escopo de ações. Por outro lado, a decisão de manter dois sistemas, um na saúde e outro na educação, pode indicar uma estratégia para preservar alguma atribuição no âmbito do MEC, conforme sugere o gestor entrevistado “A manutenção do Simec e do e-SUS é mais uma coisa política, a gente entende que se concentrar tudo no e-SUS vai romper tudo com educação” (GF_{PSE-S}).

Estratégia NutriSUS - mobilização, tensões e contradições

Ressalta-se ainda no escopo das ações de promoção da SAN e da PAS, como está descrito no desenho do PSE, que Niterói participou da estratégia de fortificação da alimentação infantil com micronutrientes em pó (NutriSUS) desde o segundo semestre de 2014. O lançamento nacional dessa estratégia aconteceu em 2015 no município, com a presença do ministro da Saúde, Arthur Chioro, e da ministra do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Tereza Campello, o ministro da Educação, Cid Gomes, não esteve presente.

Participaram também autoridades locais, como prefeito, vice-prefeito, secretários de saúde e educação e o reitor da UFF. Este foi um evento político com relativa repercussão que garantiu visibilidade à essa estratégia. Cabe registrar que dias depois do lançamento da estratégia NutriSUS no município, a pasta da Educação no MEC foi assumida por Renato Janini que foi substituído ainda em 2015 por Aluísio Mercadantes. Desta forma, a instabilidade no MEC estava visível, o que pode justificar parcialmente a ausência do ministro na ocasião do lançamento da estratégia.

A estratégia NutriSUS foi implementada em cinco creches pactuadas no PSE, uma delas sediou o lançamento da estratégia e foi também oportunamente selecionada para esse estudo. As crianças que participam recebem os sachês de vitaminas e minerais em uma das refeições oferecidas na creche por profissionais treinados, merendeiras, para a manipulação. Cada criança deveria receber um sachê/dia na refeição, totalizando mínimo de 36 e máximo 60 saches por ciclo, durante três ciclos. No final de 2015, o município de Niterói completou o terceiro ciclo de participação do NutriSUS. O primeiro ciclo aconteceu de setembro até dezembro de 2014 e contemplou um total de 124 crianças. O segundo ciclo aconteceu de maio até julho de 2015 com participação de 84 crianças e o terceiro de outubro até dezembro de 2015, contemplando 106 crianças, de acordo com informação fornecida pela coordenação do PSE na saúde. Até o momento, segundo o gestor do PSE na saúde, não há confirmação sobre a continuidade desta ação por parte do MS, de acordo com informações fornecidas pela gestão do PSE.

A estratégia de suplementação nutricional por meio do NutriSUS também foi capaz de mobilizar a FMS e FME em torno da organização e implementação do programa. Embora essa ação não se proponha a afetar aspectos relacionados com a obesidade, ela pressupõe a medicalização como solução para deficiências nutricionais que estão incluídas no bojo das ações consideradas de PAAS priorizadas no âmbito do PSE.

Nesse cenário, o desenho operacional do PSE e do NutriSUS indica que as ações mais individualizadas ganham maior expressão e acabam se refletindo nas práticas que orientam o programa no nível local, como visto na priorização da avaliação nutricional e na estratégia NutriSUS. No entanto, algumas tensões foram registradas, especialmente por parte dos profissionais vinculados à educação, que foram sendo superadas ao longo do desenvolvimento do programa no município.

O NutriSUS demandou dos setores a construção de canais de articulação, planejamento e acompanhamento da estratégia em diferentes etapas. Na FME ficaram

envolvidos os seguintes segmentos: profissionais do Núcleo de Ações Integradas da Educação; da Coordenação de Alimentação Escolar; na FMS; profissionais da ATAN-m; do PMF; do Programa Saúde da Criança e da Coordenação de Farmácia do Município de Niterói para viabilização do controle dos sachês e descarte adequado dos mesmos.

A importância política que o PAE possui para o setor educacional, associada as suas características de gestão setorial impostas pelo desenho e estrutura institucional que envolve o programa, além do financiamento setorial do PSE que privilegia a saúde, pode justificar as prioridades da FME e o menor envolvimento da educação nas ações do PSE. A fala de um dos gestores da educação é significativa quanto a perspectiva de articulação em torno das ações do PSE.

[...]O NutriSus é um braço do PSE e por isso a educação não acompanha muito isso. Pois o fundo cai direto para saúde. Às vezes a educação se isenta um pouco disso, a relação com a saúde melhorou um pouco esses anos. E temos problemas com práticas intersetoriais, trabalhar território é uma grande dificuldade. Tem muita coisa do lado pessoal, pois às vezes a diretora do Posto fica amiga daquela diretora, aí as coisas fluem melhor. Temos nossos problemas da educação, falta de livros, cadernos. Integrar a educação com a saúde é muito difícil, mas melhorou bastante [...] (G_{FME})

Contudo, na escola a operacionalização mobilizou a direção, a equipe pedagógica e as merendeiras. Além disso, os pais dos escolares foram informados, orientados e puderam optar pela adesão dos seus filhos ao processo. Ainda que se possa questionar a necessidade de suplementação, bem como a incoerência com a proposta de PAAS do PAE e ainda a natureza essencialmente política da decisão pela adesão, a estratégia mobilizou os dois setores (saúde e educação) em torno da sua operacionalização. Contudo, a natureza frágil das relações estabelecidas e a própria falta de consenso no nível federal ameaçam a continuidade desse processo. Até o momento, o município não foi informado da continuidade ou não da estratégia.

No nível federal foram registrados problemas com fornecimento e custo dessa estratégia que poderá inviabilizá-la em tempos de crise, além das divergências entre saúde e educação em relação à adequação da estratégia aos princípios pedagógicos defendidos pelo setor educacional. As recentes inflexões na política educacional, após o impedimento da Presidenta Dilma Rousseff, não nos permitem nenhum cálculo de previsibilidade em relação aos princípios defendidos pelo MEC e sua interação com outros setores de política daqui em diante.

O protagonismo da saúde na condução do PSE, em todos os níveis da federação, pode ter facilitado o processo de adesão ao NutriSUS. A saúde lida com o discurso da suplementação medicamentosa mais facilmente do que a educação, nesse contexto um dos

argumentos que pode estar balizando a aderência ao NutriSUS está na dificuldade de disseminação por exemplo, do programa de suplementação de ferro (PSF²¹) nas unidades de saúde, no qual se constata uma resistência de parte dos médicos. O programa vem sendo esvaziado, com frágil adesão no município, a hipótese é de que a suplementação por meio da escola pode ter se configurando em alternativa às fragilidades da suplementação de ferro nas unidades de saúde. Cabe considerar que mesmo no âmbito federal o MEC foi refratário a ideia do NutriSUS desde o seu início.

Observa-se que, embora a estratégia NutriSUS integre o conjunto de ações do PSE, seu planejamento e implementação foram conduzidos quase que de forma paralela, ou seja, como um programa à parte do conjunto de discussões mais gerais sobre o PSE. Essa fragmentação, que demonstra a existência de dois programas distintos, se confirma ao se verificar a existência de distintas estruturas de gestão e os desafios de integração com o MEC, conforme o relato da gestora federal do PSE.

[...]o NUTRISUS fica na CGAN²², que é outra subcoordenação [...]o NUTRISUS ocorreu vinculado ao PSE, com pactuações conjuntas, com provas de funcionamento demonstrado por meio de estudos, porém o diálogo com o MEC sobre ele não foi fácil ele não era a favor no NUTRISUS. Pra gente o NUTRISUS é bem legal e bem-vindo ao PSE, porém como é vinculado ao PSE os problemas refletem no PSE. Temos que trabalhar o PSE junto com o NUTRISUS para que fortaleça os dois juntos, o NUTRISUS ainda enfrenta dificuldades em relação ao fornecedor e o custo [...] (GF_{PSE-S}).

No curso do planejamento e operacionalização do programa a participação do setor de alimentação escolar foi considerada estratégica, funcionando como canal direto de aproximação com diretores e merendeiras das escolas. O processo necessitava de treinamento específico de merendeiras que são as principais responsáveis pela manipulação do sachê, contendo o suplemento. O fato do sachê do NutriSUS necessitar ser administrado junto às refeições e exigir a observação direta de um profissional favoreceu a inclusão dessa atribuição nas tarefas desempenhadas pelas merendeiras.

Contudo, não foi um processo fácil, pois a decisão pela adesão foi tomada no gabinete do prefeito e os setores tiveram que se organizar para operacionalizar a ação. Em verdade, da

²¹A discordância com os critérios de suplementação de ferro adotados pelo MS tem produzido resistências por parte dos médicos da atenção básica no município de Niterói. Além disso, estudos sugerem que a suplementação com sulfato ferroso é frequentemente negligenciada ou esquecida pelas mães e profissionais de saúde (AZEREDO *et al.*, 2013).

²²CGAN é a Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição subordinada ao Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde e tem como principal missão implementar ações de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) com vistas a garantia de condições de saúde e alimentação adequadas à população brasileira, responsável também pelo NutriSUS.

mesma forma que o PSE e o PNAE, a estratégia de fortificação NutriSUS representa mais um programa com indução, financiamento e critérios de monitoramento do governo federal, que foi acoplado ao PSE, em razão da sua capilaridade. A autonomia do município, portanto, é relativa, tendo em vista o custo político da não adesão. Essa é uma discussão que remete à forma de relacionamento entre os entes da federação. A tendência de ampliação e fortalecimento da coordenação federal das políticas publicasse expressa na criação de sistemas, planos ou programas nacionais com incentivos à adesão dos entes subnacionais, com previsão de contrapartidas, criando certos padrões de execução das políticas (ARRECHE, 2004; LOTTA, *et al.*, 2014).

Esta tendência é justificada pelo propósito de reduzir desigualdades de receita e qualidade na oferta de serviços entre as unidades federativas e criar incentivos para alinhar as prioridades dos governos locais às prioridades do governo federal (LOTTA, *et al.*, 2014). A fala destacada a seguir indica como a decisão sobre a adesão ao NutriSUS chegou ao setor de alimentação escolar.

[...] recebemos um ofício do prefeito falando da nossa adesão ao programa federal NutriSUS. ...ficou por conta da a gente capacitar as professoras, diretoras e pais dos alunos, ficou tudo muito solto. [...] A única coisa que me questiono para a saúde é que dá onde veio esse resultado, pois dá onde que veio esse resultado mostrando que essa criança tem deficiência de ferro. Segundo ponto, nossa alimentação já oferece isso através das proteínas[...] (GM_{P_{AE-1}})

A discussão sobre medicalização ganha contornos específicos nesse caso, já que a massificação de estratégias de suplementação pode constranger princípios que balizam o PAE, sendo assim, a imposição de uma ação intersetorial dificultaria a construção de processos articulados, uma vez que não há convergência entre os princípios que fundamentam os dois programas que pretendem se articular. Contudo, a decisão política alinhada ao protagonismo da saúde e ao desenho intersetorial garantiu a implementação da ação com algum grau de mobilização, na qual foram definidas atribuições a cada setor e seguimentos envolvidos.

O lançamento da estratégia trouxe grande visibilidade para o município com a presença de ministros e autoridades locais. A decisão política pode ser estratégica para viabilizar a articulação intersetorial (AKERMAN *et al.*, 2014), no entanto, a dependência do nível federal para o financiamento da proposta, em caráter excepcional e não permanente e integrado aos recursos já destinados aos municípios, pode enfraquecer o potencial de continuidade dos processos, especialmente em cenários de incerteza e contenção orçamentária. A equação entre a coordenação federal e a autonomia local tenciona as relações

federativas nos distintos setores de política, no quais as questões de desigualdade na oferta de serviços na saúde e nos padrões de gastos na educação ainda desafiam os governos locais (ARRETCHE, 2004).

A coordenação municipal do PSE é fortemente dependente das diretrizes do governo federal e conta com a estrutura de apoio regional do estado (PINHEIRO *et al.*, 2014). Embora o principal mecanismo de incentivo seja o financiamento, algo além da disponibilização do recurso parece favorecer a adesão dos municípios, já que se identifica um sério problema tanto no repasse quanto no acesso ao recurso no nível local, aspecto destacado por gestores federal, estadual e municipal do PSE. Conforme destacam os trechos a seguir:

Não é fácil conseguir, na tentativa de entender o que foi recebido e o que a gente tem para a compra de material, o próprio Estado nos últimos relatórios não tem informações, então temos que fazer um termo de solicitação de material para o setor financeiro para eles avaliarem de acordo com o recurso que eles têm, que eu não sei quanto é, mas o que temos visto é que é muito difícil conseguir (GM_{PSE-S})

Esse recurso entra pelo fundo nacional e entra todo no bolo junto com o resto, esse dinheiro não tem um carimbo que pode usar apenas com o PSE. Alguns gestores dos municípios que reclamam da gestão desse dinheiro do PSE (GE_{PSE-S}).

Existe uma dificuldade em relação ao acesso do sistema do PSE e sobre o funcionamento do financiamento, que pode ser devido a fragilidade do GTI em dialogar com o gestor ou seja pelo esvaziamento do gestor e falta de diálogo. Falta entendimento do financiamento do programa e sua importância para aplicação do mesmo no PSE propriamente (GF_{PSE-S}).

Algo interessante e que me chamou atenção no PSE, foi que primeiro demorei uns 3 meses para entender o porquê era daquele jeito e mais 3 meses para entender como funcionava o repasse do recurso, e até hoje eu acho que não entendi direito, muito complicado eu acho que foi feito para não ser repassado (GF_{PSE-S}).

Em todos os níveis de gestão do PSE, federal, estadual e municipal, é registrada a menor inserção do MEC, da secretaria estadual do RJ e do município de Niterói. Segundo a GF_{PSE-S} entrevistada, houve um rompimento com o MEC que se agravou com o esvaziamento de seus profissionais desde 2014.

Além disso, o MEC não era a favor da estratégia, com críticas quanto à abordagem medicalizante no contexto escolar e quanto à dificuldade de conciliar a estratégia aos princípios pedagógicos defendidos pelo setor. Com base nesse estudo, atualmente também se registram fragilidades nos espaços de governança no nível federal e estadual e o fortalecimento do papel de liderança da saúde em todos os níveis de governo, aspectos

semelhantes aos observados por Köptcke e col (2015) em um estudo que teve como referência o Distrito Federal (KÖPTCKE *et al.*, 2015).

Os GTI, federal, estadual e municipal, representam o principal espaço de negociação e articulação intersetorial. Seu funcionamento regular garante o mínimo de representação dos setores e subsetores, como as coordenações de programas específicos de distintos setores no planejamento de ações. A inoperância em nível federal e estadual tem reflexos na capacidade municipal de envolvimento dos setores no plano local. Mesmo que haja indicação de representantes, dependendo do grau de dependência do setor no planejamento dessa ação as negociações de agendas podem se complexificar, além disso, o sucesso no planejamento intersetorial nem sempre se reflete na operacionalização das ações de forma articulada (MAGALHÃES, BODSTEIN, 2009).

A perspectiva de um envolvimento mais orgânico e compartilhado nas ações do PSE, como um todo, ainda não ganhou espaço de relevância no setor de AE. Cabe lembrar que o papel que o setor deveria assumir junto ao NutriSUS parece já ter sido definido previamente, como sugere o trecho da fala do gestor: “ficou por conta da gente capacitar as professoras, diretoras e pais dos alunos, ficou tudo muito solto”. Com pouco espaço de negociação em torno da proposta, percebe-se pouca oportunidade para pensar o PSE para além do contexto operacional, junto a equipe responsável pelo PAE.

Durante o ano de 2015 no curso do planejamento das ações, foram apresentadas, pelos membros participantes do GTI-m e pela coordenação do PSE de saúde e educação, propostas para a garantia da articulação no território. Embora ainda não seja uma realidade, a coordenação do PSE de saúde e educação apresentou como proposta de organização de reuniões locais por regionais da área da saúde com participação dos módulos de PMF, das escolas selecionadas, policlínicas, parceiros locais e representantes da educação e da saúde. A sustentabilidade dos processos de articulação e aproximação com as demandas do território poderia ser favorecida nesse processo, pois garantiria um espaço de diálogo, negociação e planejamento mais próximo da realidade das escolas e das unidades de saúde.

Outra proposta apresentada foi a inclusão das ações do PSE na agenda político-pedagógica das escolas e na agenda dos módulos do PMF de forma permanente. E também, a indicação de um interlocutor, professor ou coordenador pedagógico, em cada escola para atuar como um articulador que pudesse fomentar e facilitar o desenvolvimento das ações a nível local e um profissional de cada módulo de PMF para atuar como interlocutor e referência para o nível central e para a escola do seu território. No entanto, destaca-se que

essas propostas, suscitadas nas reuniões de planejamento, ainda carecem de materialidade e institucionalidade.

Durante os encontros do GTI-m foi indicada a utilização do Comitê Gestor Intersetorial (CGI) como oportunidade de integração no território. Esse espaço foi criado a partir de 2006 por ocasião da necessidade de articular ações no âmbito do PBF com a finalidade de coordenar as iniciativas regionais de ações intersetoriais que foram estruturadas de forma descentralizada no município (SENNA, 2013). Naquela ocasião, os comitês foram estruturados nas seis regionais por meio de uma comissão intersetorial composta por dois representantes do setor saúde, coordenador de área do PMF e diretor da policlínica regional, um representante da educação e representantes da assistência social vinculadas ao CRAS (Centro de Referência em Assistência Social).

A atuação dessa comissão previa a articulação das ações intersetoriais nos diversos bairros e localidades que compunham cada regional e servia como um incentivo à definição de problemas prioritários que deveriam ser enfrentados conjuntamente (ERBAS, 2010; SENNA, 2013). Segundo relatos no GTI-m, presenciados por ocasião da observação nas reuniões, esse espaço já havia sido bastante potente, mas no momento se encontra esvaziado. O que corrobora os achados de Senna (2013) que, ao estudar as ações intersetoriais vinculadas ao PBF no município, indica que após 2008 a mudança na gestão municipal decorrente da entrada da coligação PDT/PT no poder promoveu alterações na estrutura administrativa da Secretaria Municipal de Assistência Social (SMAS). Tais alterações culminaram na mudança de atribuições e na transferência da gestão do programa para a Chefia de Gabinete da Prefeitura e favoreceram, desta forma, o esvaziamento do CGI. A aproximação e interlocução dos profissionais que atuam no PSE com essa institucionalidade surgiu como proposta para aproximar os setores no território nos quais as questões concretas emergem. Até o momento não houve uma aproximação visível dessa experiência com questões específicas do PSE no âmbito do GTI-m. Cabe indicar também a ausência de representantes da SMAS no GTI-m.

Em um balanço preliminar do programa se indica que das 20 escolas selecionadas em 2015, segundo informações da própria gestão, apenas nove escolas desenvolveram algum tipo de ação vinculada ao PSE. Apontam-se fragilidades que repercutem na incapacidade do cumprimento das metas pactuadas. No entanto, observam-se avanços especialmente relacionados com a capacidade de mobilização e articulação em torno das ações do programa no nível do planejamento, mas ainda com poucos reflexos nas escolas.

A análise dos documentos disponibilizados, o relato dos entrevistados e a observação dos encontros do GTI-m permitem apontar que o PSE experimentou períodos de mobilização, tentativa de organização e articulação, períodos de desarticulação e desmobilização e a retomada da articulação intersetorial por meio do planejamento integrado de ações com a atual equipe de gestão. Esses processos foram atravessados por mudanças de governo e mais recentemente por trocas de coordenações, como já apontado anteriormente. A permanente troca de gestores municipais e coordenações de programa, por ocasião de processos eleitorais ou por demanda de novos arranjos políticos administrativos, é identificada como fator fortemente relacionado com o esvaziamento na participação de sujeitos em períodos de desmobilização.

Contudo, parece que alguns elementos mais subjetivos que caracterizam o perfil dos gestores, coordenadores de programas, figuram como um forte componente capaz de dinamizar ou obstaculizar processos de articulação. A capacidade de mobilização dos sujeitos que assumem papel de coordenar programas e processos parece se vincular a um perfil mais democrático de gestão, no qual os canais de comunicação sejam mais facilmente acessados pelos diferentes profissionais. A disposição para o diálogo, relatada por gestores da saúde e educação e observada em reuniões por ocasião da pesquisa, da atual coordenação aproximou sujeitos e setores que já haviam se distanciado do programa em sua fase inicial, o que parece ter favorecido o início da conformação de um espaço de planejamento integrado (GTI-m). No futuro esse espaço poderá ser configurado como um espaço de governança prioritário para o programa.

As estratégias utilizadas pela nova gestão do PSE para aproximar os profissionais e gestores, os subsetores e os setores da saúde e educação em torno do planejamento e implementação das ações do PSE nas escolas vem possibilitando maior articulação entre e dentro dos setores de saúde e educação. Estas estratégias são construídas por meio de reuniões com cada coordenação de programa, com NAI, com a coordenação do programa de alimentação escolar e ainda por meio de reuniões ampliadas com vistas a consolidar o GTI-m, conforme indicado. O método de envolver os participantes a partir do reconhecimento do seu fazer em saúde ou do seu fazer em educação pode ter facilitado a adesão a esse novo movimento de mobilização. Este movimento já havia sido iniciado na gestão anterior, mas não logrou êxito na conformação de estratégias mais permanentes, tendo em vista que naquela ocasião houve menor mobilização de sujeitos e de instâncias intrasetoriais e setoriais.

A despeito dos avanços observados no nível de planejamento e relacionados com a maior mobilização dos sujeitos se identificou residualmente certa frustração inicial associada à participação dos mesmos sujeitos em novos movimentos em torno das ações do PSE. Aqueles que já haviam participado dos primeiros movimentos de implantação do PSE em atividades consideradas positivas, em período anterior ao estudado, por vezes expressam certo desconforto em relação à retomada do planejamento das ações, como se tudo que havia sido desenvolvido tivesse sido perdido. Percebe-se, por parte daqueles que tiveram problemas com a coordenação anterior e que reportaram experiências negativas, uma desconfiança quanto à possibilidade de fazer diferente e do resultado ser mais produtivo e articulado. Esse é um elemento subjetivo que modula e tenciona o envolvimento dos participantes no atual momento e que encontra na rotatividade de gestores um processo mais objetivo que se relaciona com algum grau de incerteza em torno da adesão as novas propostas.

É importante destacar maior dificuldade na constituição de pactos com as coordenações do PMF, nem a coordenadora executiva e nem a coordenadora técnica estiveram presentes nas reuniões ampliadas do PSE. Essa coordenação é especialmente estratégica para o PSE, tendo em vista que o programa se fundamenta a partir da articulação das equipes de saúde dos módulos de PMF com as escolas de seu território. Não obstante, profissionais de saúde vinculados ao PMF estiveram presentes em diversos momentos ao longo do ano, garantindo um canal de comunicação mais direto com os responsáveis pelas ações nas escolas.

O nível de adesão dos profissionais, especialmente os médicos, que atuam nos módulos do PMF às ações do PSE tanto na gestão e planejamento quanto nas atividades junto às escolas ainda é baixo. O município, desde o início da implantação do PSE, teve dificuldade de o vincular ao PMF de forma mais sistemática e permanente, aspecto que pode ser observado em atas de reuniões internas do PSE, em entrevista com profissional do PMF e relatos no grupo focal. Tal dificuldade fundamentou as escolhas em torno das UBS que deveriam se articular para a sua implementação nos primeiros momentos de organização do programa. As dificuldades na articulação do PMF no âmbito das ações da AB e a fixação de profissionais de saúde, especialmente médicos, já foram constadas em outros estudos (MASCARENHAS, ALMEIDA, 2002; SENNA *et al.*, 2010; SENNA, 2013).

[...] O maior desafio é a adesão das equipes ao PMF ao trabalho com PSE, esse é o maior desafio. Pois com a mudança de sistema, as equipes perderam contato, poucos médicos eu consigo levar, isso pra mim é um grande desafio [...] GF_{GTI}

A baixa adesão dos módulos e equipes do PMF ao programa limita o potencial de ampliação de sua cobertura que já enfrenta obstáculos para atender todo o território programado. Alguns desafios se colocam nesse cenário, como a inexistência de NASF no município e as recentes mudanças no PMF, com redução de tempo de atividade junto à comunidade, aspecto que pode repercutir em menores chances de aproximação com o território, as escolas e os sujeitos locais.

De modo geral, a percepção dos gestores e profissionais envolvidos nas atividades do PSE na fase atual é que houve avanços significativos em relação aos processos de planejamento e discussão sobre o programa, ou seja, o programa foi qualificado em 2015. Esse aspecto foi recorrentemente atribuído ao perfil mobilizador da nova gestão que favoreceu novos engajamentos. A qualificação dos processos e das relações institucionais, observada no âmbito da gestão do PSE, experimentada em 2015, até então não foi observada nas escolas. Mesmo que as ações de formação estejam sendo conduzidas de forma mais ampla, a implementação do programa ainda reflete um desenho desarticulado e descontínuo das ações, no qual ainda são priorizadas as atividades de avaliação clínica e antropométrica dos estudantes. A construção de diálogo permanente, considerando o contexto de demandas de saúde da escola e o diálogo com a suas propostas pedagógicas, permanece sendo um desafio para o programa.

Essa característica do PSE não é exclusividade do município de Niterói, a própria coordenação nacional reconhece que esse é o perfil de desenho predominante na maioria das experiências brasileiras. A forma com a qual os setores saúde e educação vêm lidando com aquilo que prevê o programa ganhou um caráter mais instrumental nos contextos locais, nos quais o cumprimento das metas pactuadas assumiu centralidade com pouca integração com o contexto da escola, elemento comum em grande parte das experiências já estudadas (SILVA, BODSTEIN, 2016). Uma hipótese razoável que fortalece essa perspectiva é a combinação entre os aspectos históricos que caracterizam a relação entre saúde e educação e o caráter fortemente normativo que o programa impõe ao nível local.

Esses elementos, associados ao perfil descentralizado das ações e centralizado do monitoramento, podem favorecer a consolidação de um programa com perfil instrumental, ou seja, os municípios executam as ações e respondem ao governo federal que regula o repasse de recursos por meio do condicionamento ao cumprimento das metas pactuadas. De acordo com a fala da gestora federal do programa esse aspecto difere do padrão de financiamento da saúde que normalmente transfere previamente os recursos antes da execução das ações. Tal

aspecto estava sendo revisto e é possível que os critérios sejam modificados e o repasse seja integral no início de cada pactuação que também deverá ser a cada dois anos, segundo relato da GF_{PSE-S}.

O programa exige dos setores uma grande capacidade de articulação no planejamento e desenvolvimento das ações tendo como referência o território, ou seja, espera-se que ao menos os profissionais da saúde e da educação sejam capazes de identificar necessidades, fragilidades e potencialidades locais, a fim de juntos garantirem por meio das ações de prevenção, promoção e assistência à saúde o desenvolvimento integral de crianças e jovens adultos. Nesse caso, não é possível desenvolver, ainda que precariamente, ações previstas no programa sem que um mínimo de aproximação e pactuação ocorra entre setores. Esse é um aspecto que talvez explique parcialmente a mobilização observada.

O argumento que tem se destacado para garantir a adesão a esse novo empreendimento intersetorial se concentra mais nos benefícios para os escolares e menos nos possíveis ganhos para os setores, a exemplo da otimização de esforços e recursos, tendo em vista que existem ações sobrepostas. Entretanto, também é verdade, parece haver certa motivação para um novo fazer, no sentido de que para alguns o processo em si pode qualificar o trabalho que já vinha sendo feito e isso talvez contribua para fortalecer os vínculos.

Identifica-se um consenso dos envolvidos com o PSE em relação à necessidade de articular setores, sujeitos e ações, com vistas a melhor atender as demandas de saúde da população. Portanto, a perspectiva de articulação parece figurar como demanda de grande parte dos envolvidos com o programa no nível do planejamento, o que pode ter favorecido a aproximação e continuidade dos processos ao longo de 2015 até junho de 2016, período em que se encerrou o estudo. O município, segundo algumas falas do GF_{GTI}, seja na área da saúde, seja na área da educação se encontra em um momento positivo quanto ao apoio político dos secretários de saúde e educação em relação as demandas setoriais, mesmo que sejam registrados problemas com a disponibilidade de recursos. Esse aspecto parece favorecer a interlocução entre os setores no nível técnico, ainda que no nível político, entre secretarias esse diálogo não se expresse com a mesma perspectiva.

Admite-se que o movimento desencadeado por demanda do PSE também parece ter relação com o desenho do programa que aparenta ser mais indutor do que outras experiências intersetoriais, como por exemplo²³ o PBF, uma vez que demanda dos setores diferentes níveis

²³ Embora não sejam pertinentes análises sobre o PBF, tendo em vista que não foi objeto desse estudo, justifica-se a comparação apenas com o objetivo de indicar diferenças quanto ao desenho de programas que possuem a mesma característica intersetorial. Nesse sentido, indica-se que no caso do PBF são registradas

de interação no nível mais operacional do programa. O PSE, ainda que em tese não estabeleça nada de novo em termos de atividade fim esperada para os dois setores, impõe, na prática, um conjunto de ações que acaba por representar novas demandas tanto para a saúde quanto para a educação. No caso da saúde o PMF é chamado para desenvolver um leque de ações na escola que na pior das hipóteses precisa alterar rotinas e abrir as portas da escola para profissionais de saúde. Além disso, espera-se que os agentes/sujeitos da educação sejam coparticipes das ações de promoção da saúde e de formação e incluam em seus planos pedagógicos as questões de saúde elencadas pelo programa.

A demanda por recursos humanos, materiais e relacionais parece exigir maior articulação intra e intersetorial durante toda a cadeia de implementação do programa. No caso do PSE, não há ação na escola reconhecida como do PSE, se não houver mínimo planejamento integrado, que de fato é muito precário. Não obstante, as lacunas não são poucas no processo, mas parece existir algo diferenciado no desenho do PSE que de algum modo cria melhores condições para aproximação em diferentes níveis no planejamento, na operacionalização e no monitoramento, mesmo que não sejam suficientes para garantir o nível de articulação necessário.

A experiência de planejamento integrado, possibilitada a partir dos encontros sistemáticos no espaço prioritário de governança municipal do PSE, parece fortalecer os canais e os mecanismos de comunicação entre os sujeitos e os setores, mesmo que não esteja ainda formalizado por força de legislação municipal. A possibilidade de conhecer o trabalho do outro, identificar pontos de intercessão com seu próprio trabalho e qualificá-lo aparece como elemento favorável para a consolidação de estratégias mais permanentes de articulação. A conformação do GTI-m, por meio de reuniões ampliadas e permanentes, é evocada pelos seus membros como uma das principais ações do PSE que possibilitou a partilha, troca de

grandes dificuldades na articulação entre saúde, educação e assistência (SENNÁ, 2013), talvez maiores do que no caso do PSE. A hipótese é que é possível que o PBF consiga ser implementado na ponta da cadeia sem a necessidade de articular os setores de política envolvidos, mesmo que esteja previsto uma gestão intersetorial por meio de sua institucionalidade, o que é exigido dos setores é, de certa forma, independente de uma articulação para o desempenho das ações previstas por cada um, em tese os setores não precisam sair da zona de conforto e desempenhar atividade diferente do que já faz. A educação já faz controle de frequência escolar, a saúde já acompanha as crianças e gestantes e a assistência talvez seja o setor que mais acumulou novas funções com monitoramento do programa e é ela que recebe o recurso. De certo que na prática as lacunas históricas da assistência e do monitoramento dos usuários da saúde exigiram maior nível de organização, mas nesse caso os setores não foram chamados a desempenhar conjuntamente algo novo. Além disso, no caso do PBF cada setor é independente do outro para cumprir suas tarefas no âmbito do programa, ainda que esteja previsto um espaço formal de articulação (CGI).

informações e construção coletiva que foi capaz de se constituir em estratégia de promoção da intersectorialidade, mesmo que se reconheçam os desafios do trabalho integrado.

Nesse sentido, parece que existe, ao menos no nível dos técnicos que participaram das reuniões de planejamento no GTI-m, uma demanda por novas formas de trabalho integrado como uma ideia disseminada, conforme aponta o enunciado abaixo.

[...] eu nunca vi um consenso tão grande e tão forte a respeito da necessidade do trabalho intersectorial, não só do trabalho intersectorial, mas dessa aproximação dentro da própria saúde, das pessoas se conhecerem, saberem umas o que as outras fazem, eu nunca vi um consenso tão grande a respeito disso, em todos esses anos. Acho que o PSE, um pouco encampou essa ideia, acho consensual esse ano e tá fazendo um trabalho que tende aí a ter uma duração maior que em outros momentos em que isso aparecia, mas era ali quase que uma iniciativa particular, em determinado território, em determinado espaço, acabava que a coisa não conseguia seguir. Hoje eu acho que a gente tem no município como um todo uma ideia muito forte em todos os setores, eu acho, eu vou na assistência social, o pensamento é o mesmo, eu vou na justiça o pensamento é o mesmo e isso eu acho que traz um certo alento, de que talvez as coisas sigam nessa direção [...] (GF_{GTI})

Em um estudo realizado com gestores que atuavam no PSE também foi percebida uma percepção favorável aos processos mais articulados, embora tenham reportado a exigência do programa, os participantes destacaram que o trabalho colegiado e intersectorial oportunizado pelo PSE expressa um “modelo baseado na democracia, transparência, construção coletiva, cogestão” (FERREIRA *et al.*, 2014a).

Silva e col. (2014), em um estudo sobre abordagem socioambiental da promoção da saúde em experiências exitosas desenvolvidas em seis municípios da região metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, também observou nos discursos dos gestores setoriais e coordenadores de práticas de promoção da saúde o reconhecimento da necessidade de ações intersectoriais para potencializar os resultados. No entanto, no presente estudo essa percepção provém mais nitidamente dos sujeitos vinculados ao setor saúde e ao PSE do que ao setor da Educação ou vinculados ao PAE.

Em síntese, alguns aspectos institucionais podem ter contribuído para a articulação entre subsetores da saúde e entre saúde e educação, considerando, o caráter intersectorial do desenho do PSE, tais como: perfil e estratégia de gestão; mudança de lócus institucional do PSE; constituição do GTI-m; fortalecimento das atividades de formação continuada e planejamento conjunto de ações. No entanto, aspectos como a história prévia do programa no município, as dificuldades no acesso aos recursos, o financiamento setorial, o protagonismo da saúde com participação secundária do setor educacional, as dificuldades na interlocução com representantes do setor educacional no estado, as fragilidades na negociação com a

coordenação do PMF, as dificuldades na circulação de informações e apropriação instrumental do programa parecem desafiar a construção de estratégias intersetoriais que caracterizem planejamento e operacionalização integradas em todas as etapas do programa.

3.4- Programa de Alimentação Escolar (PAE) no município de Niterói

Esse item aborda aspectos diretamente relacionados com a execução do PAE no nível municipal em 2015. Diferente da abordagem sobre o PSE, não coube recuperar a linha do tempo desse programa, tendo em vista a sua longevidade e a existência de estudos sobre outras experiências municipais disponíveis na literatura (SANTOS *et al.*, 2007; CARVALHO, 2009; SARAIVA, 2013; CUSTODIO *et al.*, 2013; SIQUEIRA *et al.*, 2014). Além disso, sua execução tem sido historicamente conduzida de forma setorial, portanto, pretendeu-se destacar elementos que podem afetar a capacidade do programa de promover a articulação com outros setores e, sobretudo, no que toca a relação com as ações de PAAS. No sentido dessas ações foram consideradas as recentes inflexões do programa, principalmente sua configuração, como uma política de SAN, elemento central para a perspectiva de construção de estratégias intersetoriais de enfrentamento da obesidade, tendo como referência a escola.

O PAE do município tem sua gestão conduzida pela Coordenação Geral de Nutrição e Merenda Escolar, estrutura subordinada ao departamento de políticas pedagógicas da FME. A estrutura administrativa da educação do município é composta pela atual Secretaria Municipal de Educação, Ciência e Tecnologia e pela FME que é a autarquia responsável pela gestão dos recursos financeiros e administrativos do Sistema Municipal de Ensino. É oportuno indicar que, recentemente na atual gestão municipal, promoveu-se a fusão da Secretaria de Educação com a Secretaria de Ciência e Tecnologia em apenas uma secretaria. Essa mudança, segundo depoimento de um gestor da FME entrevistado, aproximou a Secretaria de Educação, Ciência e Tecnologia e a FME que até então eram pouco articulados e essa aproximação tem facilitado a gestão mais articulada entre aspectos financeiros e pedagógicos.

A FME é a instância responsável pela gestão de recursos provenientes do FNDE destinados ao PAE. Em 2015 o município gastou cerca de R\$ 11.000.000,00 com a alimentação escolar, dos quais R\$ 3.134.996,00, cerca de 28%, foram transferidos pelo FNDE (FNDE, 2016). Destaca-se que o FNDE recomenda que o município invista ao menos 50% a mais do valor do recurso transferido pelo governo federal na alimentação escolar e Niterói tem feito investimento quase três vezes superior ao recurso transferido pelo governo federal, o que pode ter contribuído para a qualificação do programa nos últimos anos.

Atualmente, registra-se uma forte crise financeira no setor, especialmente em razão dos investimentos realizados com construção de escolas, obras de melhorias, compromissos assumidos com plano de cargos e salários na rede, quadro agravado pela crise nacional que repercute na menor arrecadação municipal. Até o momento, segundo entrevistado RC_{FME} não houve cortes na alimentação escolar, mas não se descarta esse risco para o próximo ano. Contudo, professores de uma das escolas estudadas indicaram algumas mudanças na variedade de alimentos oferecidos nas escolas. De fato, em 2015 não houve licitação para a alimentação escolar, o município está comprando com base no processo licitatório anterior que pôde ser estendido. Isso garantiu a compra dos alimentos sem reajuste, tendo como referência o registro de preços antigos, o que tem significado uma estratégia de economia para o município, segundo relato desse mesmo gestor entrevistado.

A Coordenação Geral de Nutrição e Merenda Escolar conta com um quadro técnico de nutricionistas responsáveis pela execução do PAE. Esse quadro tem se mostrado historicamente vulnerável ao contexto político com alta rotatividade e redução do quantitativo de nutricionistas contratadas. Observam-se períodos de oscilação de maior e menor investimento na contratação de profissionais para atuar no programa, repercutindo em variações no quantitativo de profissionais, problemas na continuidade das ações e nas possibilidades de engajamento desses profissionais em outros processos que extrapolam as atividades setoriais. Embora na última troca de governo municipal e de gestão da FME o número de contratações foi substantivamente ampliado, quase quadruplicando o quadro de funcionários. Isso permitiu maior qualificação da atuação desse setor e participação nos processos que envolveram a organização de algumas ações do PSE, mais especificamente a avaliação nutricional e a estratégia NutriSUS.

Atualmente, o setor conta com onze nutricionistas sendo três concursadas e oito contratadas. Assim, o vínculo institucional difere entre esses profissionais, como ocorre também em grande parte dos serviços de saúde no município. A vulnerabilidade dos profissionais contratados ainda é uma realidade em razão da precariedade dos contratos temporários e dos baixos salários. Em 2016, registra-se a realização de concurso público, no entanto, no caso de nutricionistas, destina-se a formação de quadro de reserva de profissionais. A abertura de vagas para o setor parece necessária para minimizar o déficit de profissionais exigidos pela categoria para essa função (CFN, 2010).

Um dos mecanismos de gestão utilizado pela equipe se baseia na alocação de uma nutricionista por polo regional que conta também com uma coordenadora pedagógica para

acompanhar as atividades relacionadas com a AE. Embora exista o apoio, por meio da coordenação pedagógica, os aspectos pedagógicos da AE são coordenados e conduzidos prioritariamente pelas nutricionistas, percebe-se pouco espaço para articulação de ações entre professores e nutricionistas da FME. Deste modo, a abordagem pedagógica se insere no cotidiano do acompanhamento da AE e nas oportunidades de aprendizado identificadas por ocasião das visitas técnicas realizadas nas escolas. Portanto, mesmo que a estratégia organizacional estabeleça uma dupla de profissionais, nutricionista e professor, para o acompanhamento da dinâmica da AE nas escolas por polo regional, ela não garantiu o desenvolvimento de ações de PAAS conjuntas entre esses profissionais de forma sistemática. Segundo relato de nutricionistas do setor, as ações consideradas de PAAS, como as capacitações e ações educativas, de modo geral, são conduzidas por nutricionistas e estagiários de nutrição.

A gestão central do programa é conduzida por uma professora que possui longa história de vínculo com a rede escolar. Uma das nutricionistas concursadas é registrada como Responsável Técnico (RT) do PAE no município junto ao FNDE. A precariedade dos vínculos dos profissionais contratados é evidente, refletindo-se na escassa carga horária de dedicação às atividades, o que tem favorecido esquemas de plantão com alternância de dias de trabalho. O fato da coordenação do programa não ser exercida por uma nutricionista por vezes suscita tensões, mormente quando a decisão técnica esbarra na decisão operacional e política do programa. Esse é um desafio reconhecido por gestores do setor (GM_{PAE-1}). Conciliar capacidade de gestão e competência técnica é uma demanda do programa para profissionais que precisam atuar junto ao PNAE.

O PAE conta obrigatoriamente com uma instância de controle social, o Conselho de Alimentação Escolar (CAE), que tem sido considerada fundamental na qualificação do programa, mesmo que sejam identificadas limitações na atuação desse espaço de monitoramento (SILVA, DANELON, 2013). Em Niterói, ainda que formalizado e institucionalizado com espaço físico adequado e viabilidade de funcionamento pelo poder público que disponibiliza a infraestrutura de funcionamento, o CAE tem tido dificuldade de reunir todos os seus membros com a periodicidade necessária, o que sugere certa fragilidade como canal de participação e controle social, conforme observado em outros estudos (CHAVES, 2013; SIQUEIRA *et al.*, 2014). É importante registrar que o CAE tem obrigação, entre outras atribuições, de acompanhar e aprovar as contas referentes à utilização dos

recursos provenientes do FNDE, não cabe, portanto, ingerência sobre os recursos investidos pelo município.

Ao longo do período estudado, 2015 e 2016, além do planejamento dos cardápios, das planilhas de custo, das compras de equipamentos para as cozinhas escolares e dos respectivos empenhos orçamentários para aquisição de alimentos, foram também desenvolvidas pela equipe de nutricionistas do PAE, como estratégia de EAN, capacitações para merendeiras, professores, pedagogos e diretores das escolas em diversos momentos ao longo do ano.

Assim, boa parte do esforço de trabalho da equipe é canalizada para essas ações de EAN, que embora sejam de responsabilidade de toda a equipe como parte da estratégia de divisão do trabalho, vem sendo centrada em uma nutricionista que assumiu as capacitações como função central. Assim dada a importância dessas ações para o PAE e para o PSE, cabe problematizar em que medida os arranjos propostos possibilitam ações de EAN articuladas.

3.4. 1 - Educação Alimentar e Nutricional: desafios para ações articuladas.

As diretrizes do PNAE apontam as ações de EAN como espaço de articulação intersetorial, com vista à adoção voluntária “de práticas e escolhas alimentares saudáveis” (BRASIL, 2013c). As práticas contínuas e permanentes, transdisciplinares, intersetoriais e multiprofissionais figuram como meio para a PAAS, no entanto, não se registram no desenho do PNAE mecanismos institucionais que facilitem a articulação com outros setores, como saúde, assistência social, entre outros (BRASIL, 2013c). O único mecanismo de articulação imposto pelo desenho do programa está vinculado à obrigatoriedade da compra da agricultura familiar.

Em relação às ações de EAN se destaca a quase centralidade da participação das nutricionistas da equipe de gestão da AE e de estagiários de nutrição nessas ações, seja como parte do PSE ou do PAE. A participação de outros setores nessas ações dificilmente é registrada. São ações que se caracterizam pelo estímulo às práticas alimentares saudáveis, sob o formato de palestras, integradas, eventualmente, por atividades práticas junto aos escolares. Grande parte do esforço no âmbito das ações de EAN se concentra em cursos ou oficinas de capacitação voltadas para formação de merendeiras, professores e diretores das escolas para a PAAS. São atividades de formação que se propõem a atualizar esses profissionais quanto as orientações nutricionais, rever conceitos e orientar as boas práticas de armazenamento, manipulação e distribuição de alimentos, e incentivar atividades de EAN nas escolas. Contam exclusivamente com a participação de nutricionistas como palestrantes e diretores, pedagogos

e merendeiras como público das atividades em que predominam abordagens mais informativas por meio de exposição oral. Não foram registrados espaços e estratégias de articulação entre setores em torno do planejamento dessas ações.

A percepção de que nutricionistas são também educadores encontra vínculo predominantemente nas ações de EAN, que ganha destaque no PNAE. Segundo diretrizes do programa, as ações de EAN são de responsabilidade do ente público educacional (BRASIL, 2009a; 2013c). Como, nesse caso, o foco é a escola, impasses podem ser gerados pela entrada de outros profissionais de saúde para desenvolverem ações de EAN. A compreensão desses dilemas pode ajudar a indicar os desafios de se construir arranjos intersetoriais sem que haja uma ruptura nas atribuições desempenhadas pelos setores e seus profissionais. De fato, no contexto estudado, é no âmbito do PAE que as ações de PAAS ganham mais materialidade, mesmo que componham também o elenco de ações do PSE e sejam pontualmente desenvolvidas por outros profissionais. As ações de EAN no âmbito do PAE e PSE tem se mostrado de natureza setorial, quase com exclusividade de participação da equipe de nutricionistas do PAE, com predominância de abordagem focada na adoção de comportamentos e práticas saudáveis.

Uma revisão bibliográfica de estudos de intervenção no campo da EAN em escolares sugere que, a despeito da relevância deste tema, as pesquisas científicas nesse campo têm se mostrado frágeis. Identificou-se certa incipiência das publicações sobre a temática no período estudado, além do predomínio de ações educativas baseadas em metodologias mais tradicionais e de estudos que avaliam as ações educativas com base em seus impactos no quadro epidemiológico. Essa análise aponta para a necessidade de desenvolvimento de ações educativas com base em metodologias inovadoras de educação em saúde (RAMOS *et al.*, 2013; SILVA-ARIOLI *et al.*, 2013).

3.4. 2 - O desafio institucional e intersetorial da compra de alimentos da agricultura familiar

O município, por meio da gestão da AE, realizou e concluiu o processo de chamada pública para aquisição de alimentos da AF apenas em 2013 e em 2016. Em 2013 conseguiu adquirir alimentos diretamente de uma cooperativa de pescadores e agricultores familiares do município de Araruama. Na ocasião, segundo relato de gestores, foram utilizados os 30% dos recursos repassados pelo FNDE, contudo as informações que constam no FNDE apontam gastos em torno de 18%, registrado em 2014 —segundo informes no sítio eletrônico do FNDE esses dados podem estar ainda incompletos, portanto sujeitos a modificações—

(BRASIL, 2016h). Segundo relato de gestores do PAE, houve no município uma tentativa de realização da chamada pública para a agricultura em 2014 que não foi finalizada visto que embates ocorridos, em razão de divergências quanto aos critérios de seleção e desempate, resultaram no cancelamento do processo.

Como dito, em 2015 não houve a chamada pública, os argumentos dos gestores segundo relatos (GM_{PAE-1} , GM_{PAE-2} , M_{CAE}) giram em torno da alegação de que o município não possui agricultores por ser essencialmente urbano. Na verdade, alguns aspectos podem indicar dificuldades político administrativas que inviabilizaram o processo, tais como: a experiência frustrada no ano anterior, a dificuldade em ter alguém no setor para substituir o Responsável Técnico (RT) do PAE na função de coordenar os processos que envolvem a compra da agricultura familiar, que esteve em licença a maternidade. Além disso, a crise financeira já repercutia na FME, os custos desse processo, como divulgação e operacionalização da chamada pública também foram destacados. Tal processo demanda do setor um elevado nível de comprometimento e especificidade, assim, o amplo conjunto de atribuições e a pouca familiaridade dos demais profissionais com os procedimentos, podem ter contribuído para inviabilizar a chamada pública neste ano. Soma-se aqui a inexistência de um setor que seja capaz de lidar com a questão da AF no município que possa dialogar com a equipe do PAE, tanto na aproximação com agricultores no município e região quanto na acessória técnico jurídica na FME. Cabendo a EMATER, essa função.

Segundo relato da representante do CAE entrevistada (M_{CAE}) o tema da agricultura familiar é recorrentemente objeto de discussão, mas com poucos avanços concretos que garantam a oferta permanente desses alimentos.

[...]A agricultura familiar é um tema que está sempre em debate nas reuniões do CAE, devido sua importância para os alunos, porém nunca é tomada nenhuma decisão. É a pauta principal das reuniões do CAE. Infelizmente, muitos componentes do CAE não conseguem ver a real importância da agricultura familiar, devido à falta de conhecimento sobre o assunto[...]
(M_{CAE})

Os principais motivos para o insucesso no processo de compra da AF em anos anteriores, segundo gestores (GM_{PAE-1} , GM_{PAE-2}), referem-se à dificuldade de identificar o fornecedor habilitado com o Documento de Aptidão ao PRONAF (DAP) que se interesse em vender para o município. A divulgação insuficiente, problemas com transporte até as escolas e quantidade de alimentos insuficiente são aspectos que comprometem a logística do processo. Deste modo, durante o período do estudo, a AE do município não contou com alimentos

provenientes da AF nas escolas, o que dificultou a observação e análise dos processos em tempo real, além disso, a pouca experiência municipal não permitiu análises mais consistente sobre o efeito da compra e oferta desses alimentos no contexto escolar. O ineditismo desse processo, tanto para a gestão pública quanto para os agricultores familiares, vem impondo a necessidade de mudanças institucionais que são atravessadas por resistências. A integração entre o agricultor familiar e os setores públicos requer revisão de processos relacionados à estrutura das compras públicas, das regulamentações sanitárias e de outras exigências do PAE que, de algum modo, cria obstáculos ao processo (TRICHES; SCHNEIDER, 2012).

Em 2016, o processo de compra da AF foi retomado, sendo realizada uma chamada pública no mês de junho, referente ao recurso do ano anterior. A chamada pública, apesar de ter sido concluída com sucesso, a perspectiva de incorporar esses alimentos de forma contínua ao logo do ano ainda não ganhou possibilidade no município. Outros dilemas se interpõem na decisão política ou administrativa de identificar o agricultor familiar como um fornecedor prioritário para AE, como as dificuldades em romper com as estruturas de fornecimento historicamente consolidadas em que os interesses comerciais de grandes fornecedores podem limitar o acesso de agricultores ao mercado institucional público, especialmente em contextos onde ainda não há interesse do ente público consolidado, como tem sido verificado em outras experiências (ROZENDO *et al.*, 2013).

Considera-se que as ações dos programas podem afetar o cotidiano de atividades de distintos segmentos de profissionais nas escolas. Embora a compra da AF não envolva, em tese, a articulação entre os setores da saúde e da educação, que é o foco do presente estudo, a proximidade entre agricultores e a escola pode sugerir outro tipo de articulação, por exemplo, entre a comunidade escolar e os agricultores, o que poderia dinamizar processos pedagógicos em torno da AE. Ao considerar a possibilidade de articulação na escola em torno das atividades de PAAS, a garantia do acesso permanente aos alimentos provenientes da AF poderia, em tese, favorecer processos mais articulados entre agentes do PAE e do PSE. No entanto, o potencial de articulação do PAE difere do PSE, em princípio sua estrutura de gestão, na grande maioria dos municípios, vincula-se apenas ao setor educacional e, do ponto de vista dos instrumentos legais, apenas mais recentemente a exigibilidade do diálogo com setores que lidam com a questão da AF vem sendo instituída formalmente por força de lei (BRASIL, 2009a). Ainda assim, a construção de todo processo que viabilize a oferta de alimentos da AF no município fica a cargo, exclusivamente, da equipe de gestão do programa e das nutricionistas da FME. Nesse sentido, não se encontram, na institucionalidade pública

municipal, mecanismos que favoreçam processos articulados em torno da compra de alimentos da AF. Esse cenário ganha outros limites dada a fragilidade das estruturas de gestão do PAE e o recente aumento das demandas para a FME.

[...] A equipe gerencial se manteve pequena mesmo com o crescimento da rede e é difícil convencer o gestor de aumentar o número de pessoas. O volume de atribuições é muito grande e a educação tem que dar conta de tudo e todo mundo tem projeto de educação e temos que dar conta de tudo isso [...] é mais comprimento da legislação, pois fazemos gestão por pressão. Temos falta de assessoria que gera um peso pra gente. E é aquilo de obrigação mesmo[...] (G_{FME}).

Embora esse tema tenha assumido centralidade nas reuniões do CAE, nos últimos anos, argumenta-se que ainda existe pouca valorização do processo por parte de alguns membros do CAE e da própria gestão político administrativa da FME que ainda percebe o processo de forma muito residual. O próprio RC_{FME} entrevistado reconhece que a compra da AF ainda é vista como uma obrigatoriedade, do ponto de vista do gestor é uma lei que precisa ser cumprida, carece ainda de uma compreensão mais ampla que ultrapasse o aspecto normativo. A observação da última chamada pública permitiu identificar a existência de potencial para o fornecimento de maiores quantidades de alimentos durante todo o ano. No entanto o edital se restringiu ao fornecimento por três meses, tempo necessário para utilizar o recurso do FNDE retido do ano anterior, um indício de que essa decisão está fundamentada no dever de fazer. Mesmo que se reconheça a importância desse processo para os escolares e para a sociedade, o grau de dificuldade e o esforço de trabalho necessário dificultam sua operacionalização.

Em um estudo realizado no Estado do Rio Grande do Norte, Rozendo e col. (2013) também constataram que entre os gestores municipais raramente a política (PNAE) era compreendida como uma estratégia importante para o desenvolvimento rural e para o fortalecimento da AF ou como uma política de SAN. A concepção que predomina é a de que a compra da AF constitui uma atribuição a mais em que os mecanismos para viabilizá-la ainda não estão suficientemente claros (ROZENDO *et al.*, 2013). A forma residual como essa pauta é tratada no plano local afeta seu potencial para mobilizar diferentes sujeitos e setores, em torno de uma gestão colegiada e menos verticalizada, até porque essa função acaba sendo centrada no responsável técnico do PAE, assim não perpassa a gestão pública por outros canais ou interlocutores. E a sobrecarga de tarefas e compromissos com alto nível de cobrança das instâncias federais fragilizam a possibilidade dos agentes envolvidos com o PAE de

dispor de tempo e motivação para processos articulados que não integram a lista de prioridades do setor.

Saraiva e col. (2013) destacam a importância do processo de compra da AF de se constituir como uma ação transversal dentro de políticas setoriais e aponta como necessário o estabelecimento de mecanismos que sejam capazes de prever os desafios. Nesse sentido, a adequação das estruturas institucionais se faz necessária, no que toca, por exemplo, a assessoria técnica para agricultores, adequação da infraestrutura de logística e armazenagem, diagnóstico e interação com a realidade agrícola local/regional e a criação de espaços ou fóruns participativos de debate e planejamento, envolvendo agricultores, gestores e escolas (SARAIVA *et al.*, 2013).

A compra de alimentos especialmente de hortifrúteis provenientes da produção local de AF poderia impor mudanças substantivas na lógica de funcionamento das compras públicas, fortalecer vínculos locais e processos educativos diferenciados. A aproximação entre agricultores locais, instituições de apoio técnico, gestão pública de recursos e gestão de programas, como o PAE, aponta para a possibilidade de pensar ações socioambientais de PAAS mais permanentes. A perspectiva de ampliar a abordagem sobre as questões alimentares, de modo a favorecer a conexão entre acesso, consumo de alimentos e processos produtivos e sistema alimentar nas escolas podem ser proporcionados pelo contato cotidiano com a temática da agricultura e produção local de alimentos pela AF.

Um indício desse potencial pode ser exemplificado pela análise das concepções e ideias sobre fatores condicionantes da obesidade que foram observadas no grupo focal com merendeiras de uma das escolas que havia recebido alimentos da agricultura familiar em 2014. Quando solicitadas a falar sobre o que pode ser feito para enfrentar esse problema da obesidade, evocaram aspectos positivos relacionados à disponibilidade de alimentos AF nas escolas e, quanto aos aspectos negativos, destacaram-se como fatores condicionantes o uso de agrotóxico, o consumo de alimentos prontos e ultraprocessados. O que sugere que a proximidade da prática profissional com os fornecedores, com o alimento e seu preparo, ajuda a conectar os processos de produção de alimentos, em suas diferentes dimensões, ao contexto de aumento da obesidade. Ainda que a escola tenha recebido esses alimentos por pouco tempo, presume-se que é possível que a proximidade AF e merendeiras tenha contribuído com a construção de um discurso diferenciado nesse grupo. Também é interessante sinalizar que, com exceção de uma merendeira, todas lidavam diretamente com o problema da obesidade no

contexto familiar, a obesidade então compunha o contexto de relação com alimento no cotidiano de vida desses participantes.

Um aspecto que poderá no futuro fortalecer esse processo é a consolidação da institucionalidade do SISAN no município. O processo de construção de uma política municipal de SAN foi retomado recentemente por meio da institucionalização de uma subsecretaria de SAN, da realização da III Conferência Municipal de SAN e da formalização do COMSEA. Trata-se de um processo ainda incipiente, sem força política e com uma institucionalidade frágil. No entanto, há indícios de que os setores saúde e educação estão sensíveis aos temas e aos processos políticos que envolvem a SAN, mesmo que as ideias e concepções dos sujeitos envolvidos com os programas ainda não reflitam essa perspectiva sobre as questões alimentares e nutricionais no contexto estudado. Representantes da saúde, incluindo a ATAN e da AE, na educação, participaram da última conferência municipal de SAN e indicaram representantes para compor o Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional (COMSAN). Embora a consolidação do SISAN no município ainda esteja longe de se configurar em uma institucionalidade estável, o espaço do COMSEA tem possibilitado minimamente um canal de comunicação e disseminação de informações entre representantes da saúde, educação e de distintos segmentos da sociedade local.

3.4.3- Complexidade do Programa de Alimentação Escolar como desafio para intersectorialidade.

Cabe destacar que todos os procedimentos exigidos para garantir o cumprimento da legislação do PNAE representam um grande desafio para os profissionais, responsáveis técnicos, que precisam se apropriar de questões que extrapolam o que tradicionalmente lhes foi exigido no cumprimento da função de nutricionistas da AE. O PNAE tem se tornado um programa complexo em sua operacionalização, valorizado enquanto política social, com nível de cobrança elevado, o que parece contribuir com sua qualificação, mas também tem conduzido a um grande volume de atribuições para o setor que quase sempre conta com quantitativo insuficiente de profissionais. Esse elemento afeta a capacidade das nutricionistas de participarem de outros processos que requeiram investimento de tempo e esforço de trabalho. A construção de processos articulados demanda muito investimento do setor que nem sempre consegue atender a sua própria demanda setorial. Contudo, estudos apontam que nos locais em que as aquisições públicas foram utilizadas como instrumento de desenvolvimento sustentável, foi possível demonstrar que a estrutura pode ser modificada a

partir dos atores e de seu poder de agência e facilitar, assim, o diálogo de várias instâncias governamentais e entre os diversos atores (TRICHES, GRISA, 2015).

Alguns desafios setoriais podem também limitar o diálogo com outros setores, já que representam lacunas que podem fragilizar politicamente a gestão setorial. Foram percebidos, por meio dos relatos da própria gestão do PAE, de nutricionistas ligadas ao programa e da observação de campo, os seguintes desafios: (a) a garantia da qualidade dos alimentos licitados, uma vez que foram registradas dificuldades quanto à manutenção da qualidade dos alimentos ao longo do ano; (b) a adequação das estruturas das unidades de produção da alimentação das escolas às exigências dos parâmetros sanitários legais, embora tenham sido registradas melhorias na infraestrutura de muitas escolas nos últimos anos; (c) o quantitativo insuficiente de merendeiras diante do volume e das características das refeições oferecidas, agravado pelos problemas de saúde ocupacional que afetam essa categoria de forma contundente e que repercutem em sistemáticos períodos de afastamento.

No período do estudo, no decurso de 2015, houve problemas com a contratação de merendeiras que ocasionaram remanejamentos e readequação das atribuições desses profissionais nas escolas. Esse problema foi menos evidente nas UMEIs, em que o quantitativo de merendeiras é maior. Em alguns períodos de transição de governos, como ocorreu recentemente, foi possível identificar prejuízo no fornecimento de alimentos para as escolas, em razão dos problemas com os processos licitatórios e com a disponibilidade de recursos.

Algumas questões complexificaram esse panorama: o enquadramento funcional dos profissionais que lidam com o preparo das refeições na categoria de merendeira. Essa categorização parece não refletir o trabalho desempenhado, que deixou de ser apenas o de servir a merenda ou lanche, como já ocorreu em outros períodos da história do programa. As atribuições, o tipo de atividade, as responsabilidades e a própria refeição produzida e servida caracterizam o profissional como um manipulador de alimentos, que recebe, pré-prepara, confecciona e serve grandes refeições.

Além disso, é um profissional que assume o papel de promover a alimentação saudável junto aos escolares, podendo ser, portanto, considerado um educador. De fato, são profissionais muito próximos ao cotidiano das crianças e atuam estimulando os escolares e desenvolvendo estratégias de valorização da AE. Nesse sentido, por vezes, considera-se que o enquadramento de merendeira subestima o trabalho e desvaloriza o profissional, repercutindo em salários baixos, na autoestima desses profissionais e na manutenção dos profissionais na

rede. Esses são elementos que integram o contexto operacional do programa e são capazes de afetar as relações entre os sujeitos no contexto escolar e refletir na instabilidade desse profissional na rede, de modo que a possibilidade de construção de processos articulados pode ser afetada.

Recentemente, por conta da implementação do programa NutriSUS, merendeiros (as) foram chamados para participar do programa, controlando a distribuição deste suplemento. Este contexto aproximou profissionais da saúde e a comunidade escolar, uma vez que o desenho da estratégia exigia capacitação das merendeiras, controle da escola sobre os sachês e fluxo de descarte da embalagem junto a unidade de PMF de referência. Nesse caso, a valorização da merendeira no processo facilitou a adesão em torno do planejamento coletivo da ação.

O conjunto de atividades desenvolvidas como parte das ações do PAE tem garantido uma alimentação de boa qualidade nutricional aos escolares, favorecida especialmente pela melhora na estrutura de gestão, com ampliação do quadro técnico de nutricionistas, que permitiu maior apoio in loco às escolas. Além disso, o investimento municipal na AE é superior ao recomendado pelo FNDE o que permite melhorar, tanto a qualidade dos cardápios quanto a promoção de melhorias na infraestrutura das unidades de alimentação e nutrição escolares, que vem ganhando apoio técnico na parceria com a Faculdade de Nutrição/UFF. Além disso, a retomada do processo de compra da AF, ainda que de forma residual e instrumental, apenas para cumprimento de exigência federal, tem qualificado o engajamento do setor de AE nos processos que envolvem a chamada pública o que é uma novidade para os municípios.

Outros aspectos institucionais, no entanto, ainda representam desafios, tanto para viabilizar as atividades do setor de AE, quanto para permitir engajamentos em processos que exigem maiores níveis de pactuação com outros setores. A estrutura de gestão, essencialmente setorial; o elevado peso político do programa para a FME, observado por meio do alto nível de preocupação dos gestores com a imagem do programa —uma vez que o programa, por vezes, é vislumbrado como um recurso político—, e pela centralidade deste para as escolas, conforme destaca o gestor entrevistado.

[...]hoje a alimentação na escola tem centralidade, tem que ter cozinha adequada, leite especial e higiene correta. Tem criança que chega na escola segunda feira quase desmaiando, pois conta apenas com aquela comida[...]
(G_{FME})

Essas questões associadas à inexistência de um setor no município que lide com a questão da AF, a fragilidade dos contratos temporários do quadro de nutricionistas e a

dinâmica organizacional em esquemas de plantão dificultam a continuidade e o engajamento mais permanente do setor em espaços de negociação e articulação. Outrossim, a recente crise política e financeira nacional com repercussões municipais torna complexo o contexto de possibilidades e limites que envolvem as escolhas e prioridades setoriais, relegando a um segundo plano processos que requeiram maiores níveis de investimento pessoal, financeiro e político, os empreendimentos intersetoriais. Assim, as relações horizontais estabelecidas a partir da operacionalização de programas federais, em contextos locais, requerem a compreensão das características de gestão de cada programa a fim de identificar elementos que condicionam as possibilidades de construir processos articulados em torno das ações de PAAS nas escolas.

Diante das características históricas, dos desenhos de cada programa, de seus avanços e desafios, cabe analisar como a convergência do PAE e do PSE nas escolas oportuniza encontros, estabelecimento de pactos e mecanismos de articulação entre profissionais de distintas formações, áreas do saber e setores de política por meio de suas ações. Como esses processos vêm ocorrendo no plano local das escolas? Considerando que tanto PAE quanto o PSE objetivam promover SAN e PAAS e monitorar a situação nutricional dos escolares, qual tem sido a possibilidade de articulação entre esses dois programas em torno dessas ações nas escolas?

3.5 - Contradições e perspectivas intersetoriais para a promoção da alimentação saudável nas escolas.

Este item tem como propósito analisar como o PAE e o PSE são percebidos pela comunidade escolar, e como essa convergência para a escola possibilita ou não a construção de processos articulados em torno das ações de avaliação nutricional e de PAAS desenvolvidas nas escolas, seja como parte dos programas analisados ou como parte das iniciativas pedagógicas desenvolvidas pelos membros da comunidade escolar.

Na escola, lugar onde os programas são desenvolvidos no dia-a-dia, a percepção que predomina entre os membros da comunidade escolar é a de que o PAE oferece refeições de ótima qualidade e saudáveis, ainda que dificuldades eventuais sejam apontadas. Contudo, parte dos profissionais de saúde, notadamente aqueles vinculados ao PMF, possui pouca ou nenhuma aproximação com o cotidiano da AE. De modo geral, tem pouca proximidade com o PAE, as impressões construídas se dão, por vezes, por ocasião de problemas pontuais

ocorridos no fornecimento de alimentos ou com o quantitativo de merendeiras, momentos em que o PAE pode ganhar visibilidade negativa.

A relação entre profissionais de saúde que atuam no território e profissionais envolvidos com gestão do PAE é marcada apenas por encontros pontuais. A fala a seguir sugere a natureza episódica da relação no nível de gestão do PAE com PMF e sinaliza uma certa expectativa entorno do papel da escola e dos profissionais de saúde que afeta negativamente o potencial para estabelecer compromissos compartilhados.

[...]nós não temos relação com o PMF, a escola tem relação. Eu só me envolvi com elas quando teve a questão do NutriSUS. Quando eu trabalhava na escola acionava bastante eles para dar palestra na escola e para os pais. A escola tem que procurar mais, pois é a saúde que oferta esse serviço, logo quem tem que pedir é o interessado[...] (GM_{PAE-1}).

O contato de profissionais de saúde com a escola, por vezes, assume uma perspectiva de prestação de serviços de saúde. De fato, as escolas podem ter dificuldades em resolver e dar encaminhamento às demandas de saúde dos escolares e em criar expectativas assistenciais em torno das ações da saúde na escola. A percepção dos professores quanto a entrada dos profissionais de saúde na escola e a possibilidade de desenvolver ações conjuntas também é afetada pela natureza da relação estabelecida entre escola e PMF no curso das ações do PSE. A falta de clareza sobre do papel de cada um nesse processo limita o potencial para ações de promoção de saúde e PAAS de forma compartilhada.

[...]veio ano passado, eles mediram, pesaram e olharam a carteira de vacinação. Depois disso, não voltaram mais. Veio o NutriSUS, com um grupo ano passado. Eles não planejam nenhuma ação com a gente e nem com as crianças[...] (GFP_{UMEI1}).

[...]A única ação foi encaminhar as crianças para saúde bucal, aplicação de flúor. E eles não fazem nenhuma atividade lúdica com as crianças, nada para distrair as crianças. Eles apenas aplicam o flúor e vão embora. As crianças não gostam deles, acham estranho e tem até criança que nem abre a boca[...] (GFP_{UMEI1}).

Identifica-se uma percepção da comunidade escolar e dos demais profissionais da educação que atuam junto ao programa no nível do planejamento de que o PSE não é um programa da educação e sim da saúde.

As distintas percepções sobre o papel da escola contemporânea traduzem os desafios que essa instituição enfrenta para se legitimar em contexto de permanentes mudanças sociais, em que um amplo conjunto de demandas desafia a gestão escolar. Equacionar as diferentes

demandas por qualidade, diferença, igualdade, saúde e garantir seu papel como espaço privilegiado de socialização democrática do conhecimento não são questões resolvidas (GABRIEL, CASTRO, 2013). No campo da saúde o que é esperado dessa instituição? Essa é uma questão complexa, pois implica em pactuação do que deve ser legitimado e validado para ser priorizado na escola em contextos de incerteza sobre quem detém legitimidade para falar sobre saúde, alimentação e nutrição. Disputas em torno do domínio do conhecimento e das prioridades e limites da própria escola compõe esse contexto de desafios para viabilizar projetos articulados que exigem compartilhamento de saber e poder (COMERLATTO *et al.*, 2007).

Percepções distintas sobre a AE e sobre seu potencial como política de PAAS são observadas por meio das falas de profissionais da saúde e da educação e se relacionam com a maior ou menor proximidade com o cotidiano dessa política. Sujeitos diretamente envolvidos com o programa, seja no nível de gestão ou na escola, destacam o PAE como importante oportunidade para os escolares acessarem uma alimentação saudável, considerada quase sempre melhor —mais saudável— do que a oferecida em casa pelos pais.

A análise das atividades desenvolvidas nas UMEI que compuseram parte do trabalho de campo desse estudo indica que ambas vêm assumindo o compromisso institucional com a PAAS. Desse modo, diretores, pedagogos, professores e merendeiras se reconhecem como agentes ativos nos processos educativos. Os professores têm adotado o papel de estimular e apoiar as crianças a adotarem escolhas mais saudáveis em que a AE é utilizada como recurso pedagógico. As principais ferramentas pedagógicas relatadas foram; a culinária e as dinâmicas com alimentos que incluem degustação, preparo, uso dos sentidos, sendo articuladas com outros recursos didáticos como livros e músicas e histórias contadas. Essas iniciativas emergem do cotidiano da sala de aula e são desenvolvidas pelos professores, com apoio das merendeiras e dos pais. O formato pode variar entre as escolas; o tema pode ser abordado no formato de projeto, em que todas as turmas trabalham o mesmo tema por meio de diferentes abordagens, ou como tema transversal, sem definição de projeto e sim acompanhando o planejamento de cada turma, trabalhando a temática em diferentes momentos. A perspectiva da transversalidade temática se materializa em temas que são reconhecidos com estratégicos e confere visibilidade a visões e valores que são eleitos como prioritários por parte das políticas e instituições públicas (BONZO, VEIGA, 2007).

O reconhecimento do potencial estratégico que a PAAS vem adquirindo nessas escolas se insere no contexto de contradições na medida que, por vezes, a responsabilidade sobre as

práticas alimentares inadequadas dos escolares recai sobre as famílias e às vezes se reconhece o quão complexo pode ser esse processo e se destacam os limites sociais impostos pelas condições e possibilidades na adoção de práticas alimentares mais favoráveis à saúde pelas famílias. A argumentação em torno da responsabilidade familiar sobre o problema da obesidade ou da má alimentação aparece vinculada aos limites em que a escola possuiu em afetar as práticas das crianças.

[...]Com certeza vemos a obesidade como problema de família, essa questão está mais gritante e cada dia mais jovens. O bebê chegou aqui já obeso, devido à alimentação em casa e tão novinho. A gente atribui a alimentação inadequada que vem dos pais, como excesso de massas, refrigerantes, biscoitos, pipocas e salgados[...] (D_{UME11})

[...]no início do ano, nós alertamos sobre alimentação saudável para os pais, porém não adianta nada, pois os pais mandam doces e biscoitos para as crianças comerem na escola, as vezes de manhã cedo já estão com doce na boca. Às vezes isso é um prêmio, carinho ou agrado para os filhos por estarem na escola estudando e se alimentando bem. Nós que ficamos nove horas com essa criança aqui e ela come quatro refeições saudáveis, aí pensamos até onde esse agradinho dos pais vai levar essas crianças. Essa culpabilidade dos pais deve ser inconsciente e os pais querem agradar devido ao incentivo da mídia também. Existe muita mãe preguiçosa, que trabalha também e que não tem tempo de fazer nada, aí só faz miojo, batata frita, pastel e linguça e existe muitos que fazem isso[...] (D_{UME11}).

[...]tem que ver a realidade da comunidade, que tem dificuldade com água na localidade, pois é mais prático abrir um pacote e comer do que limpar, lavar, cortar e lavar[...] a praticidade também é um fator, pois quem trabalha o dia todo, é muito difícil ter tempo de preparar um alimento quando chega em casa cansada[...] (GFP_{UME12}).

Sobre as atividades de PAAS na escola, destaca-se o caráter pedagógico do trabalho desenvolvido pelas merendeiras. O objetivo de promover AAS tem favorecido a construção de estratégia complementares aos planos pedagógicos desenvolvidos por professores. A mobilização da comunidade escolar em torno do propósito de PAAS pode ajudar a estabelecer a escola como um campo de possibilidades de ações com distintas experiências de educação em saúde (SILVA-ARIOLI *et al.*, 2013). A cooperação dos pais fortalece os vínculos com os processos educativos. No entanto, a dinâmica do trabalho das merendeiras e dos professores, por vezes, limita o planejamento integrado. A fala dos professores sobre a realização de trabalho conjunto oferece indício sobre o modo como a comunidade escolar se articula em torno desse propósito.

[...]geralmente com as merendeiras, a gente se encontra e passa pra elas. Temos sempre muito apoio, com os pais também pois sempre que pedimos algo na agenda eles nos dão retorno. Independente do filho comer ou não aquele legume, eles sempre nos ajudam[...] (GFP_{UME11})

[...]A gente fez uma salada, toda com participação deles (comunidade). Fizemos cenoura ralada, de tudo, beterraba, alface, tomate. Foi um sucesso, essa menina aqui adorou, ela não comia nada disso. Todos os profissionais são comprometidos pra fazer algo assim com as turmas e a direção nos apoia em tudo. Organizamos junto com as merendeiras e as faxineiras para fazer e limpar o ambiente, para não mudar muito a rotina das atividades. Os professores, também degustam as preparações[...] (GFP_{UMEH})

Além de tudo, segundo relato da pedagoga, outras parcerias com a FME e com a companhia de limpeza de Niterói, estão sendo consolidadas para a construção de hortas em uma das escolas que já possui canteiros e um pequeno pomar com pé de manga, banana, limão, mamão e pitanga. De forma geral as escolas recebem diferentes projetos e ações que objetivam prevenir doenças e promover saúde, parcerias com diferentes cursos da UFF são frequentemente relatadas. A natureza da relação parece episódica e prevalecem abordagens focadas nas questões de higiene pessoal, conforme relato de uma coordenadora que esteve junto a direção por ocasião da entrevista.

[...]os médicos da UFF também vem aqui nos acompanhar, durante uns 2 anos, que fala sobre verminose e faz exame de fezes em todo mundo, inclusive nos professores e as crianças fazem vermes com massinha de modelar. Também tem uma equipe da vigilância sanitária da UFF que vem aqui nos ajuda também, uma equipe de enfermagem também fizeram oficina de lavagem das mãos sobre higiene das mãos com tinta[...]

Em uma das escolas se evidenciou certo componente de insegurança quanto às questões mais técnicas que geraram dúvidas quanto às condutas mais adequadas sobre as estratégias de incentivo à Alimentação Adequada e Saudável utilizadas no cotidiano dos professores. O único apoio técnico de referência é o contato esporádico com as nutricionistas do PAE. Esse dilema ganha reforço na escassez de referências nacionais sobre a abordagem da educação em saúde (MONTEIRO, BIZZO, 2013). A abordagem da saúde no contexto pedagógico, segundo opinião do G_{FME}, é apenas residual. Os debates que ocorreram sobre esse tema na FME caminharam apenas para a discussão sobre saúde do trabalhador, sem avançar para perspectivas mais pedagógicas. Embora a PAAS tenha sido observada como parte do contexto pedagógico, não foi registrado nenhum instrumento orientador para que professores possam se amparar na abordagem dessas questões. O tema da obesidade e sobrepeso não tem sido pautado nas escolas como objeto de intervenção, mas se destacam casos específicos que chamam a atenção dos professores e pedagogos. A aproximação entre os processos que envolvem a operacionalização do PAE junto à comunidade escolar

representa a principal estratégia de fortalecimento da inclusão da alimentação saudável como tema transversal nas escolas.

Percebe-se que a disseminação de um discurso favorável à Promoção da Alimentação Adequada e Saudável pode estar fortemente relacionada aos diferentes mecanismos de incentivo e formação oportunizados pelo PAE, contudo, o papel da direção é determinante para que a escola adote a função pedagógica da PAAS. Nas escolas estudadas se reconheceu esse comprometimento da direção, pois algumas posições assumidas fortaleceram o espaço escolar como ambiente alimentar saudável, tais como: não permitir que as crianças levem alimentos de casa para a escola; não permitir a venda de alimentos dentro da escola e nem nas proximidades de acessos a escola como, por exemplo, barraquinhas de doces; orientar os professores para que realizem refeições junto aos escolares, como forma de incentivá-los a consumirem a AE —decisão que já conta com respaldo jurídico (BRASIL, 2016).

As concepções e práticas que os adultos disseminam têm sido consideradas relevantes neste processo, particularmente no espaço da escola, em que professores são quase sempre referência para crianças e suas atitudes em relação à alimentação podem repercutir nas práticas infantis (COULTHARD, BLISSET, 2009; SICHIERI, SOUZA, 2008). No entanto, o debate sobre o projeto político pedagógico nas escolas ainda necessita ser qualificado e formalmente instituído, o que facilitaria maior institucionalização dessa pauta pedagógica nas demais escolas de forma transversal. O recente debate sobre a base curricular comum gerou a proposição de um documento base, ainda em discussão, que aporta o tema da saúde relacionado a temáticas como esporte e práticas corporais, diversidade, ideias e práticas religiosas e questões ambientais. A alimentação equilibrada aparece pontualmente na proposta, no entanto é possível localizar diferentes possibilidades de introdução da PAAS, de forma transversal, na proposta de currículo básico, contudo essa ainda parece ser uma decisão da escola e não uma pauta nacional (BRASIL, 2016g).

A qualidade das relações e das ações desenvolvidas nas escolas é altamente dependente do perfil do diretor (a) da escola, ou na relação com profissionais de saúde nas relações entre membros da comunidade escolar, ou na relação com a equipe de gestão do PAE. Esses aspectos estão relacionados com o modo do diretor de pensar o papel da escola, que se revela na ideia de uma escola inclusiva e participativa, ainda que com limites concretos na participação nos diferentes processos que envolvem o PSE e PAE. Nos casos estudados, ambos os diretores eram receptivos à ideia de profissionais de saúde desenvolverem ações nas escolas, embora fossem destacadas críticas sobre forma como os mesmos adentram a escola e

não mantém um fluxo de informações satisfatório. No caso da relação com a equipe de gestão do PAE parece que o canal de comunicação com a escola é mais fluido, mas pouco frequente, segundo profissionais das escolas. Tensões podem permear as relações em casos em que a postura fiscalizadora da gestão do PAE se sobrepõe ao apoio institucional, principalmente junto às merendeiras, de modo a afetar a possibilidade de reconhecer a FME como parceira e não como fiscal.

[...]O departamento de nutrição nos auxilia bastante, está sempre presente em todas as nossas necessidades, mas acreditamos que nossa responsabilidade como escola é maior. Temos obrigação na parte pedagógica de oferecer nosso conhecimento em relação à importância da alimentação da criança e como isso é importante pra eles, tentamos vínculo com a fundação para mostrar aos pais dos alunos a importância da alimentação saudável para saúde da criança[...] (D_{UMEI1})

Embora o município disponha de uma lei que proíbe a comercialização, a aquisição, a confecção, a distribuição e a publicidade de produtos que contribuam para a obesidade infantil nas escolas (NITERÓI, 2009), segundo relatos de gestores do PAE essa não é a realidade de todas as unidades escolares, sobretudo as do ensino fundamental. Essas possuem desafios concretos: venda de alimentos ultraprocessados —balas, doces, biscoitos— por funcionários da própria escola, as chamadas “cantinas de armário”; venda desses produtos na porta da instituição e entrada de alimentos trazidos pelas crianças. Tais questões conferem particular dificuldade de mobilizar os sujeitos em torno de pactos que requeiram reorientação de suas práticas, desafios que a gestão do PAE enfrenta em seu cotidiano de acompanhamento da adesão da escola como espaço de promoção de saúde e PAAS.

O compromisso institucionalizado de adotar essa pauta pedagógica nas UMEI tem impacto no envolvimento de toda a comunidade escolar. É imprescindível que as iniciativas da comunidade escolar sejam compartilhadas entre seus pares, entre familiares de escolares e entre profissionais de saúde no território. Todavia, a dinâmica do trabalho nas escolas, particularmente, em razão da escassez de tempo inibe o compartilhamento para além dos seus muros. São atividades que necessitam ser identificadas e compartilhadas entre gestores e profissionais de saúde e educação, visto que são orgânicas, construídas pela comunidade escolar e que se conectam às demandas dos escolares com todas as suas particularidades. A construção ou apropriação de espaços formais de articulação pelos setores de política ajuda a conectar processos desarticulados.

Espaços como o GTI-m, oportunizado pelo desenho do PSE, pode favorecer a construção de novas experiências no campo das ações de promoção de saúde e de PAAS, sobretudo ultrapassando o caráter pontual que ainda predomina em suas ações. Conquanto,

precisam de maior proximidade e participação da comunidade escolar. A troca de informações entre os profissionais de educação física e os profissionais de saúde, oportunizada pela formação em antropometria, forneceu uma mostra do quanto ouvir os dilemas da escola e das unidades de saúde ajuda a reconhecer o esforço de trabalho de cada setor e a encontrar caminhos favoráveis às dinâmicas de cada processo de trabalho.

O PAE não favorece a participação de outros setores, sua gestão é essencialmente setorial, exceto pela aproximação também instrumental com processos de compra da AF e pontual nas ações de avaliação nutricional e do NutriSUS vinculadas ao PSE. Entretanto, o programa promove a AAS que se aproxima da abordagem socioambiental da PS. O compartilhamento de objetivos e ações entre profissionais de saúde e educação com demais membros da comunidade escolar, pode proporcionar a construção de novas percepções que ajudam a fortalecer a integração de ações de PAAS oportunizadas pelo PSE e pelo PAE convergentes com os objetivos pedagógicos.

3.6- Mediações no processo de operacionalização dos programas no nível local; potencialidades e desafios para a intersetorialidade

Esse item analisa de que forma a convergência do processo de operacionalização dos dois programas nas escolas afetou, caso tenha ocorrido, a construção de processos articulados entre as ações da rede de saúde e de educação no nível municipal de gestão e nas unidades de educação infantil estudadas.

A análise indica os principais fatores que estiveram relacionados com a perspectiva de articulação de ações organizados nas seguintes dimensões: (a) as ideias em disputa que são concepções sobre a obesidade e as ações de PAAS presente nas políticas, nos desenhos operacionais dos programas e nas falas dos sujeitos; (b) o desenho operacional dos programas e as mediações proporcionadas pelo processo de operacionalização dos programas no nível local —ações, recursos, demandas aportadas pelos programas e espaços político institucionais previstos— e (c) o contexto institucional e de gestão local, ou seja, características da gestão, da estrutura institucional —espaços e arranjos institucionais— e estratégias desenvolvidas para implementação das ações.

Foram destacadas as ações implementadas pelo PAE e PSE nas escolas; as estratégias conjuntas que resultaram em algum tipo de articulação; os sujeitos envolvidos; a existência de espaços institucionais de articulação intersetorial ou de processos que oportunizaram ações

articuladas; os conflitos e convergências de ideias e interesses estabelecidos em torno dos programas no nível do planejamento e nas escolas.

Como já destacado, a avaliação antropométrica e a estratégia NutriSUS foram as principais ações previstas pelo PSE, em torno das quais se observou algum tipo de pacto entre as redes de saúde e educação. Isto pode ter ocorrido, não por conta de alguma característica específica dessas ações que favoreça por si só a articulação entre os setores, mas porque foram essas as ações prioritariamente implementadas no âmbito do programa. A avaliação antropométrica faz parte do conjunto de ações propostas em diferentes políticas públicas para a construção de diagnósticos sobre a situação nutricional de populações, baseados nas classificações de peso adequado, baixo peso, excesso de peso e obesidade. Desse modo é considerada como uma ferramenta para o monitoramento da situação nutricional dos escolares, sobretudo na perspectiva de subsidiar as ações de PAAS no âmbito do PAE e do PSE.

A experiência de formação em antropometria indicou a relevância da abordagem intersetorial, cujo processo incluiu o planejamento integrado das ações e a perspectiva de garantir a integralidade na atenção em saúde aos escolares, por meio de ações de prevenção, promoção e assistência. Foram previstos: diagnóstico nutricional; fluxo da atenção nutricional; definição de papéis de cada setor, como saúde e educação, de ações de PAAS e fluxo das informações entre escola; unidade de saúde e nível central de gestão —saúde e educação— e registro das informações de modo a conectar serviços de saúde e escola. No entanto cabe problematizar o tipo de relação que se estabeleceu em torno dessas ações, o propósito de promover a equidade e o desenvolvimento de mecanismos de integração de objetivos, de processos administrativos e de financiamento compartilhado não foram identificados nessa experiência (AKERMAN *et al.*, 2014). De modo que os setores contribuíram com o seu fazer de maneira articulada (JUNQUEIRA, 2000; SCHUTZ, MIOTO, 2010).

Nesse sentido, a organização da atenção nutricional iniciada no município a partir do PSE poderia oportunizar o debate sobre a construção da linha de cuidado do usuário com sobrepeso e obesidade na rede de saúde que se encontra ainda muito incipiente. E assim contribuir também com uma perspectiva mais integral do cuidado e com as ações de promoção da saúde no território. O município vem promovendo mudanças em seu modelo de atenção, com vista a aproximá-lo da proposta nacional da ESF e, nesse sentido, organização da atenção nutricional no âmbito do PSE conectada às mudanças no modelo por meio da

inclusão do NASF, por exemplo, poderia indicar uma oportunidade para o debate sobre a inserção de nutricionistas nesse equipamento que parece ser viável, segundo relatos da gestora do PMF entrevistada.

A inclusão da escola como uma das portas de entrada para o sistema de saúde minimiza as lacunas dos serviços de saúde quanto ao acesso às ações de PS. Essa é uma perspectiva que integra a EIPCO que fortalece a consolidação da rede de atenção no âmbito da saúde, de modo que a articulação entre a saúde e a educação permita ampliar as possibilidades de construção de estratégias de PAAS que afetem diferentes condicionantes da obesidade. E considera a escola como um dos pontos de atenção fora do sistema de saúde. (BRASIL, 2014a).

Cabe considerar que a avaliação nutricional realizada como ação do PSE abarca apenas as escolas pactuadas, os demais escolares permanecem sem o monitoramento e possibilidade de assistência nos serviços de saúde, ao menos não por meio das estratégias desenvolvidas no âmbito do PSE. Embora se reconheça o caráter incremental da proposta, a apropriação do programa no plano local, por meio de estratégias articuladas, (ARRETCHE, 2001, DRAIBE, 2001) não parece garantir avanços quanto às iniquidades no acesso aos serviços e ações em saúde ofertados, já que os critérios de seleção das escolas não necessariamente favoreceram aquelas localizadas em territórios de maior vulnerabilidade social, conforme sugere diretrizes do programa (AKERMAN *et al.*, 2014).

A percepção sobre obesidade e seus condicionantes que predomina entre os sujeitos envolvidos com os programas no plano local —representantes do nível central de gestão dos programas e representantes da comunidade escolar— é fortemente conectada a perspectiva de prevenção de doenças, ou seja, como fator de risco, e contribui para a valorização da avaliação antropométrica como ferramenta diagnóstica. A perspectiva clínica e biomédica ainda se impõe na definição de ações que são priorizadas. Nota-se que a consolidação da obesidade como um problema de saúde pública é fortemente sustentada na relação com o risco de DCNT, estabelecida na correlação com o Índice de Massa Corporal (IMC). Concebida como doença ou como fator de risco, a delimitação entre doentes e não doentes por meio do IMC pode ter implicações nas medidas propostas. O risco representa uma forma de avaliar o perigo em termos de probabilidade num contexto de incerteza (SPINK *et al.*, 2002, BECK 2011) e integra os argumentos que justificam as medidas de intervenção adotadas pelo setor saúde. A linguagem social dos riscos é amplamente difundida no campo da prevenção de

doenças em que predominam o uso de indicadores clínicos e intervenções na esfera individual (FOUCAULT, 1977; SPINK, MENEGON, 2005).

Um exemplo do enfoque biomédico e individualizado que compõe as ideias sobre o enfrentamento da obesidade pode ser exemplificado por meio da fala da gestora da ATAN-m. Quando perguntada sobre o que pensa da obesidade e os fatores relacionados com a questão e o enfrentamento nas ações do município, o foco da sua abordagem foi a obesidade mórbida, os casos graves e as demandas das nutricionistas para encaminhamento para cirurgia bariátrica, conforme enunciado abaixo.

[...]A obesidade está crescendo de uma forma que todo mundo a percebe... também está crescendo muito a taxa de pessoas com obesidade mórbida e para o tratamento disso elas ligam para saber como encaminhar para a cirurgia bariátrica (ATAN-m).

Tais concepções podem ter criado um ambiente favorável para a priorização das ações de caráter mais clínico e individualizado, no qual a perspectiva da assistência nutricional ganhou maior destaque e o predomínio do modelo biomédico contribuiu para que a promoção da saúde e da AAS assumisse uma posição secundária nas ações do setor (RIGON et al., 2016). Mesmo que as ações de PS estejam integrando a proposta de formação, não se avançou para debates conceituais e nem sobre como operacionalizá-las. Tais ações ditas de PAAS aparecem como de responsabilidade dos profissionais nas unidades de saúde e da equipe do PAE nas escolas. Cabe também à escola o papel de integrar as temáticas no contexto pedagógico. Segundo análise de Silva, Bodstein (2016) prevalece ainda o discurso da biomedicina no desenho das políticas de saúde, assim como nas concepções de educação.

Em suma, a priorização de ações em torno da avaliação antropométrica possibilitou a organização de fluxos na atenção nutricional ao escolar por meio do compartilhamento de responsabilidades entre saúde e educação. O predomínio de ideias e concepções em favor da valorização do diagnóstico nutricional como ferramenta de triagem, em uma perspectiva preventiva, é convergente com o desenho do PSE. Supõe-se que a proximidade com o uso de medidas corporais, como peso e estatura, na formação e no contexto das profissões da área da saúde pode ter facilitado a adesão destes profissionais ao planejamento e operacionalização dessa ação. O desenho condiciona a gestão das ações à consolidação de espaços intersetoriais de governança, assim as ações de avaliação nutricional criaram um ambiente favorável à adesão dos setores e profissionais da saúde e educação.

Como dito, a estratégia de suplementação nutricional, por meio do NutriSUS, aproximou FMS e a FME em torno de sua organização e implementação. Embora essa ação

não se proponha a afetar aspectos relacionados à obesidade, ela pressupõe a medicalização como solução para deficiências nutricionais que estão incluídas no bojo das ações consideradas de PAAS que foram priorizadas no âmbito do PSE.

A operacionalização do NutriSUS foi permeada por tensões na relação entre os profissionais do setor saúde e da educação. Embora a adesão a essa estratégia tenha se dado exclusivamente por decisão política, a ação demandou dos setores a construção de canais de comunicação, planejamento e acompanhamento da estratégia em diferentes etapas. Essa experiência possibilitou algum grau de articulação intersetorial que foi facilitada pela percepção favorável do setor saúde em torno da ideia de suplementação como possibilidade de intervenção. Além disso, o desenho do PSE e do NutriSUS que envolve os setores em diferentes etapas, o protagonismo da saúde no PSE e a decisão política do prefeito também foram fatores que induziram a mobilização dos profissionais do Núcleo de ações Integradas da Educação; da Coordenação de Alimentação Escolar; profissionais da ATAN-m; do PMF; do Programa Saúde da Criança e da Coordenação de Farmácia do Município de Niterói para viabilização do controle dos sachês e descarte adequado.

A adesão à estratégia se insere no contexto de indução e coordenação do governo federal que impõe um custo político elevado aos municípios que não aderem às propostas federais. As contradições entre princípios que fundamentam a suplementação massificada e as propostas de PAAS do PNAE, bem como as tensões com setor educacional e com a equipe de nutrição do PAE, não impediram uma dada articulação em torno da proposta. Isso sugere o papel que a decisão política verticalizada pode assumir na condução dos processos municipais de interesse do gestor (AKERMAN *et al.*, 2014). Ainda que tenham sido relatadas dificuldades e tensões nesses processos e que a expectativa de envolvimento do setor educacional esteja aquém do desejado pelos gestores da saúde, o fato é que foram essas ações que permitiram o estabelecimento de mínimos pactos entre os setores. De certo que os pactos estabelecidos parecem expressar mais uma experiência de parceria do que propriamente uma articulação intersetorial.

Destaca-se, também, que o desenho operacional do programa e sua apropriação instrumental nos contextos locais não estão em consonância com a perspectiva socioambiental da PS. Há indício de que as ações mais individualizadas ganham maior expressão no desenho que acaba se refletindo nas práticas que orientam o programa no nível local, como visto na priorização da avaliação nutricional e na estratégia NutriSUS. As concepções dos sujeitos moldam o desenho dos programas no contexto local e vice-versa. As mediações entre

programas, ações, sujeitos e setores produzem novos desenhos e novas ideias que disputam espaço com concepções e práticas já institucionalizadas (FREEMAN, MAYBIN, 2011; GRIGGS, HOWARTH, 2011).

Surpreende o fato de que ações com esse perfil sejam capazes de garantir o comprometimento dos setores e dos profissionais do nível central de planejamento e da escola. Tendo em vista que, em tese, esse tipo de ação parece requerer menor nível de mobilização, visto que são ações pontuais e de caráter prático —pesar, medir, distribuir sachê. As ações que pretendem afetar condicionantes socioambientais parecem exigir dos profissionais e dos setores a construção de processos mais articulados, em vista da conformação de ambientes institucionais saudáveis e promotores da AAS que demanda um amplo conjunto de pactos entre distintos segmentos, tanto no que tange a gestão quanto da própria escola de forma permanente. As dificuldades na operacionalização desse tipo de ação favorecem a adoção das ações mais familiares e menos complexas, assim os processos articulados ocorrem, com seus limites, sobre essas ações priorizadas.

3.7- Processos e mecanismos institucionais que afetaram a construção da intersetorialidade no plano local (gestão municipal e escolas)

A despeito da característica intersetorial do PSE, a forma com que os setores são induzidos e precisam responder ao governo federal pode favorecer processos articulados. Assim, um dos fatores relacionados aos processos e mecanismos institucionais relevante para facilitar a aproximação dos setores foi a mudança de gestor. A transição para um novo contexto local de oportunidades foi experimentada ao longo de 2015 e representou a reconfiguração de novos pactos e alianças, caracterizando um período de mudança institucional favorecida pelo abandono dos frágeis consensos anteriores. A perda de poder de negociação da gestão anterior parece ter criado oportunidade para a nova gestão (LEVI, 1991). A análise da participação do conjunto de sujeitos envolvidos nos processos políticos anteriores ao período estudado, seja por ocasião de sucesso ou insucesso da experiência, pode indicar o movimento de adesão a novas referências e soluções que parecem atender melhor as lacunas deixadas anteriormente (HALL, 1993; ROCHA, 2005).

Além disso, a estratégia de gestão, mobilização e institucionalização dos espaços de negociação foram relevantes para as experiências de planejamento integrado no que consta as ações do PSE. O GTI-m possibilitou a articulação com as diferentes coordenações de programas, tanto na saúde quanto na educação. Em um primeiro momento os arranjos

apresentavam características multisetoriais e uma compreensão interdisciplinar das questões de saúde. O planejamento integrado foi se consolidando a partir das ações já tradicionalmente desenvolvidas pelos sujeitos em cada setor. Percebeu-se um esforço de articular e coordenar as estruturas setoriais já existentes (BONZO, VEIGA, 2007). Contudo, a conformação do GTI-m fortalece a perspectiva de pensar um tipo de articulação, possivelmente, mais estável (BURLANDY, 2009; BONZO E VEIGA, 2007).

Os encontros setoriais e intersetoriais (GTI-m) possibilitaram alguns processos articulados de planejamento que envolveram os serviços de saúde, o setor de AE, professores de educação física e o apoio da Faculdade de Nutrição da UFF. Portanto, institucionalidades, com estruturas de gestão e atividades bastante distintos, se reuniram para o planejamento e o desenvolvimento de uma atividade de formação em uma avaliação nutricional voltada para diretores, professores de educação física —de escolas pactuadas no PSE e profissionais de saúde do PMF— de referência para essas escolas. A proposta incluiu a construção do fluxo assistencial com vista a garantir: a integralidade nas ações, a definição de atribuições, o fluxo das informações e a construção de canais de comunicação entre profissionais de saúde, professores de educação física e nutricionistas do PAE.

No caso do PSE, a mudança de lócus institucional do NEPP para a VIPACAF parece ter favorecido a articulação com a coordenação de outros programas também subordinados à essa instância na FMS. Essa mudança institucional foi fundamental para a retomada do diálogo e aproximação no interior da secretaria de saúde que parece assumir uma perspectiva mais permanente com a criação de vínculos estruturais e funcionais entre diferentes programas da saúde e entre os setores saúde e educação por meio da organização das ações do PSE. Nesse contexto, a articulação intrasetorial ganhou fôlego, no entanto a perenidade dessas relações precisa ser melhor estudada no curso do fortalecimento e ampliação do programa no município.

Outro elemento do contexto institucional que parece ter afetado a possibilidade de articulação foi a característica do próprio gestor. A capacidade de coordenar processos de articulação complexos envolve reconhecer o caráter subjetivo do ato de gerir pessoas e processos. Nesse sentido, a dimensão relacional ou comunicacional, no presente estudo, apareceu como elemento fortemente conectado à capacidade de integração e adesão a empreendimentos intersetoriais. O papel de um gestor transcende o domínio da técnica e incorpora habilidades relacionadas à criação, intuição e interação (MUNARI, BEZERRA, 2004). Assim os planos locais refletem as relações interpessoais, sociais e institucionais que

ocorrem simultaneamente no contexto de operacionalização das ações (MOYSES, FRANCO DE SÁ, 2014). A desarticulação e as inabilidades comunicacionais foram evocadas como elementos que justificaram o afastamento dos sujeitos e das coordenações de programas em períodos anteriores. Por outro lado, a possibilidade de novos arranjos que superassem esse desafio foi fundamental para reaproximar os sujeitos e facilitar novas adesões ao empreendimento intersetorial em construção.

A história prévia dos programas e políticas vem sendo indicada como elemento que afeta o que acontece na conjuntura atual (SABATIER, P. A.; MAZMANIAN, 1996). No caso de Niterói, o legado de experiências de articulação em anos anteriores pode ter criado melhores condições para novas iniciativas. Índícios de articulação intersetorial foram identificados por ALMEIDA (2010) ao estudar a construção de políticas voltadas para a infância por meio da dinâmica das políticas públicas de saúde, educação e assistência, entre os anos 2007 e 2008 em Niterói. O autor evidenciou que as práticas de determinados segmentos profissionais vinculados à esfera pública municipal e sujeitos coletivos conseguiram forjar redes sociais e tramas institucionais que, embora fossem atravessadas pelas contradições e disputas, favoreceram o desenvolvimento de experiências intersetoriais no município (ALMEIDA, 2010). É possível que um ambiente favorável a processos mais articulados esteja sendo conformado no decorrer do tempo e que a incursão por novos empreendimentos esteja ganhando maior possibilidade de se concretizar com desenhos mais integrados e articulados.

A mudança do perfil de gestão e de lócus institucional, em uma atmosfera de ideias já disseminadas acerca da necessidade de qualificar a articulação intra e intersetorial, em prol da integralidade na atenção ao escolar, caracterizou o contexto institucional e de gestão que favoreceu o planejamento de ações articuladas por meio da indução do PSE.

Contudo, a forma como o setor se articula indica que o grau de envolvimento com propostas articuladas pode ser muito variado. A indicação de um profissional com representante em todos os processos que extrapolam a atuação estritamente setorial se configura como principal mecanismo de articulação entre a gestão do PAE e o PSE. Desse modo, o potencial de articulação se restringe a ação de um agente, assim a falta de organicidade no arranjo e nos processos pode induzir a construção de vínculos frágeis entre os setores.

No caso da experiência de aproximação entre PAE e PSE, experimentada em período anterior ao estudo, relatou-se que a superposição da avaliação antropométrica vinha ocorrendo porque os canais de comunicação entre os setores eram frágeis. Por vezes, tais ações eram

realizadas por profissionais de educação física, por profissionais do PMF e por nutricionistas do PAE. De fato, os processos que envolveram a reorganização do PSE aproximaram sujeitos e setores em torno do planejamento dessa ação. No entanto, deram também visibilidade às incoerências, aos conflitos e divergências quanto aos papéis de cada um em relação à ação em si e em relação aos desenhos dos programas PSE e PAE. Com relação aos avanços, alguns constrangimentos e tensões indicam que as dificuldades comunicacionais e a dificuldade de definir atribuições dos setores e dos profissionais em torno das ações permanecem existindo, bem como a assimetria no nível de informação sobre o programa. O protagonismo de um dos setores pode criar dificuldades para definir responsabilidades que envolvem os programas que possuem como princípio a intersetorialidade. Desse modo, as relações que se estabelecem são caracterizadas pela conveniência de parceria com outros setores necessários ao desenvolvimento das atividades previstas nos programas.

Além disso, as dificuldades de socialização das informações para o setor de AE geraram desconfiança do setor quanto a investir em novas experiências. O equilíbrio entre garantir a identidade e os interesses do setor em relação às ações —que tradicionalmente já são desenvolvidas— e ao investimento em novos arranjos, exige dos profissionais e gestores certo cálculo de viabilidade e de ganhos que nem sempre irá favorecer incursões em terrenos instáveis e, por vezes, desgastantes, como os arranjos intersetoriais. É importante reconhecer que na esfera da política pública existe hierarquia de poder e as questões financeiras assumem centralidade. Os setores sofrem interferências econômicas que trazem à tona os interesses de distintas ordens, de modo que divergências podem tensionar as relações e dificultar processos articulados que ainda encontram resistência na demanda por especialização e maximização do desempenho dos órgãos públicos (NASCIMENTO, 2010).

Ao mesmo tempo a necessidade de demarcar espaços de atuação inibe, de certa forma, o compartilhamento de poder, nesse espaço que é institucionalmente vinculado ao setor educacional, como é o caso das nutricionistas do PAE. A preocupação com a identidade setorial, por meio da preservação do espaço das ações setoriais específicas, é especialmente evidenciado nas ações convergentes oportunizadas pelos dois programas, o que impõe dificuldades na definição ou redefinição de atribuições no planejamento integrado das ações, fato que ocorreu, notoriamente, na avaliação antropométrica.

A formação em nutrição caracteriza o nutricionista como profissional de saúde, porém, no âmbito do PNAE, ele passa a assumir outras atribuições que necessitam de proximidade com o contexto educacional e de gestão de política pública. A atuação em nutrição no SUS se

relaciona à gestão das políticas e à dimensão da assistência, pertinente aos componentes da promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento e reabilitação em saúde (GAUS, 2011; VASCONCELOS, 2011, JUNQUEIRA, COTTA, 2014). Diferenças quanto às atribuições e os interesses profissionais de nutricionistas nos serviços de saúde e na educação podem explicar parcialmente as limitações das ações de PAAS no âmbito do PSE.

Identifica-se uma dificuldade de envolvimento das nutricionistas da rede de saúde nos processos vinculados ao PSE, ficando essa tarefa restrita à equipe de coordenação da ATAN-m. O reduzido quadro de nutricionistas da rede de saúde e sua inexistência no PMF explica as prioridades assumidas por essa coordenação na organização dos processos que envolveram a colaboração com o PSE. Tais processos foram focados na construção do fluxo da assistência aos escolares. Em outras experiências municipais, as ações de PAAS desenvolvidas como parte do PSE contam com efetiva participação do NASF (SILVA *et al.*, 2015). A organização da AB no município, além de não contar com NASF, também não conta com nutricionistas nas equipes de supervisão do PMF, o que impõe dificuldades à consolidação de estratégias abrangentes de PAAS no que se refere ao setor saúde. De certo que outros profissionais podem e devem lidar com o enfrentamento dessa questão de forma interdisciplinar, entretanto, há um entendimento de que o profissional mais diretamente envolvido com o tema seja o nutricionista em razão de sua formação mais específica (BOOG, 2008).

Embora o presente estudo tenha se detido nos processos e sujeitos vinculados às instituições do governo municipal, na esfera da FMS e da FME e com o contexto das escolas, sinaliza-se que nos processos estudados, relacionados com as ações do PSE, não foram verificados canais de comunicação e participação da sociedade no planejamento das ações, o que representaria outro nível de articulação e perspectiva de construção da intersetorialidade (JUNQUEIRA, 2000; INOJOSA, 2001; BONZO, VEIGA, 2007). Os processos de conformação do GTI no domínio do PSE até o momento incluíram, prioritariamente, os profissionais da saúde e da educação envolvidos, direta ou indiretamente, no planejamento e na execução das ações do programa. Também não se verificou representação de outros setores da gestão pública, exceto da saúde e da educação, durante o período estudado. A comunidade escolar também não teve representação direta nesse fórum. É oportuno indicar que as relações estabelecidas entre gestores do PSE e a faculdade de nutrição da UFF, expressas no apoio institucional aos processos de formação em antropometria, foram inauguradas por ocasião desta pesquisa.

Ainda que se reconheça a indução por meio do desenho do PSE em torno da necessidade de negociação entre setores e entre profissionais de saúde e a escola, na prática, no caso de Niterói, essa articulação foi evidenciada mais entre profissionais da saúde de diferentes programas e entre os gestores da saúde e da educação no nível do planejamento mais central das ações. A perspectiva de articulação com a comunidade escolar ainda é frágil, exceto pela participação de professores de educação física na atividade de formação. Em outras experiências municipais se verificou que os arranjos intersetoriais se restringiram ao processo de planejamento no nível macro da gestão, com exclusão dos sujeitos que desenvolvem as ações (SILVA *et al.*, 2014). A dificuldade de manter os processos articulados em todas as etapas da ação pública parece desafiar, mormente, os profissionais que executam a ação.

As possibilidades de arranjos são diversas envolvendo profissionais de diferentes áreas do saber e de diferentes setores na esfera pública, no entanto a perspectiva de articulação mais permanente e transversal nas ações do PSE nas escolas, considerando as estratégias e ações já desenvolvidas até o momento são ainda desafiadoras no caso do município de Niterói (BONZO, VEIGA, 2007; BURLANDY, 2009; SCHUTZ, MIOTO, 2010).

A adesão dos participantes aos processos articulados pode estar relacionada com diferentes fatores, tais como as concepções ou ideias dos sujeitos em torno das propostas e das ações prioritizadas, a história prévia de políticas e programas no contexto local, o desenho dos programas e as estruturas institucionais e de gestão no plano local.

A demanda de trabalho também parece afetar o potencial dos setores de se articularem em torno das ações intersetoriais que, somadas às fragilidades na infraestrutura de gestão do próprio setor e as demandas de operacionalização dos programas, podem dificultar o atendimento das exigências setoriais e inviabilizar o envolvimento em outros processos, como é o caso da compra da AF pelo PAE, que representa mais uma demanda para o setor, com alto grau de complexidade. A energia para o envolvimento nas ações do PSE pode ficar comprometida. Um estudo realizado em sete municípios do estado de Pernambuco, que teve como foco a análise do desenvolvimento de ações do PSE nas escolas, evidenciou que nutricionistas do PAE dos municípios se sentem pouco satisfeitos com as condições de trabalho, o que resulta em excesso de atribuições e afeta a qualidade do trabalho. E assim consideram o PSE como mais uma atribuição o que reflete na pouca inserção destes no programa (SOUZA *et al.*, 2015).

Os desenhos e suas demandas parecem ainda representar uma ferramenta de convencimento para adesão aos processos, instrumentalizando gestores para sensibilizar e garantir a adesão dos profissionais. Ou, no caso de profissionais técnicos de necessitar a sensibilização de gestores políticos. Para o PSE as legislações, normas, mecanismos de monitoramento formais parecem servir mais ao convencimento dos sujeitos envolvidos com a operacionalização do programa. No caso do PAE, além de instrumentalizar os profissionais que lidam com a questão da alimentação escolar, legislação e outros mecanismos de fiscalização e controle que também assumem uma função estratégica de convencimento para os diferentes níveis de gestão, se conformando no principal argumento para convencer gestores políticos —secretário de Educação e presidente da FME— da necessidade de atender a exigências legais dos programas e garantir os engajamentos, ainda que frágeis, a construção de estratégias articuladas.

Todavia, a integração entre saúde e educação, induzida pelo PSE (BRASIL, 2007) e previstas como atividade da AB (BRASIL, 2009c), esbarra em uma realidade em que a infraestrutura institucional da rede de saúde ainda enfrenta desafios para atender as necessidades do território e as ações de PS e de formação que se encontram mais fragilizadas (AZEVEDO *et al.*, 2012). Ademais, os principais mecanismos de monitoramento estão centrados em indicadores relacionados à assistência e ainda existem fragilidades na consolidação de indicadores de promoção da saúde, o que tem contribuído para definição de prioridades em função das ações assistenciais (SALAZAR L, GRAJALES, 2004; FERREIRA, *et al.*, 2014b).

Outro importante fator que pode criar dificuldades adicionais no que envolve a gestão de processos articulados é a forma com a qual as redes de saúde e educação se organizam em territórios e áreas de atuação diferenciadas (FARIA, 2013; MONNERAT, SOUZA, 2010). O que dificulta uma atenção integral aos escolares, principalmente quando se pretende avançar no enfrentamento de questões sociais complexas como a obesidade, que demandam abordagem integrada e intersetorial no território.

A experiência de articulação entre os setores em torno das ações do PSE ainda merece ser qualificada quanto a PS em uma perspectiva socioambiental que priorize a constituição de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes sustentáveis, a reorientação dos serviços de saúde, o fortalecimento de ações comunitárias e o desenvolvimento da capacidade individual e comunitária (SILVA-ARIOLI, 2013). A organização intersetorial entre os programas pode se concretizar em graus diferentes nas políticas, de modo a se caracterizar

como uma efetiva integração ou apenas como uma justaposição de ações. A efetividade dos arranjos intersetoriais ganha maior potência quando a integração é pensada desde o planejamento até o monitoramento das políticas (LOTTA, FAVARETO, 2016). Isso exige que cada setor conheça o trabalho do outro, compartilhe informações e respeite os desafios setoriais (SILVA, 2010). Assim, a possibilidade de que a convergência de objetivos se transforme em campo de disputas e tensões pode ser minimizada. Rezende e col. (2015) destacam como elementos-chave para a construção da articulação intersetorial o compartilhamento de poder e a disponibilidade para o diálogo, ou seja, processos que possibilitem a colaboração e a troca de recursos de várias ordens no curso da estratégia.

Os enunciados sobre PAAS, na fala dos profissionais de saúde e de educação, expressam concepções que valorizam as ações voltadas, tanto para a mudança de estilos e hábitos de vida, relacionadas à prática de atividade física, alimentação, etc. quanto focadas nos determinantes sociais da saúde, como as diferentes concepções sobre PS que podem ser identificadas na PNPS (SILVA *et al.*, 2014; SILVA, BAPTISTA, 2014). Especificamente por parte ATAN-m, a PAAS é também associada ao acesso a políticas públicas como a EMPACS, Rede Amamenta Alimenta, PBF, AE vinculada à discussão sobre PAAS, que são referências próximas ao universo de atuação dos nutricionistas no âmbito da gestão de políticas de alimentação e nutrição. Com base na fala dos representantes da saúde, a disponibilidade de alimentos saudáveis nas escolas, os hábitos familiares e a baixa renda apareceram residualmente. Aspectos como violência urbana e ausência de espaços públicos foram relatados como fatores sociais que desafiam as possibilidades de manutenção de estilo de vida saudável. Profissionais de saúde e educação, de modo geral, destacaram o papel que a mídia e a publicidade de alimentos assumem, sobretudo, na conformação de hábitos alimentares de crianças.

Tais concepções, embora tragam uma compreensão mais ampla sobre os fatores que condicionam as práticas alimentares, também sugerem limites de atuação que são percebidos pelos profissionais de saúde nas questões que envolvem acesso aos alimentos, hábitos e escolhas alimentares e outras intervenções no que cabe às estratégias de regulação sobre o ambiente alimentar. A integração dos enfoques biológico e social na compreensão dos condicionantes da obesidade ainda desafia o setor a fortalecer os canais de articulação com outros setores em direção ao planejamento intersetorial de ações que escapam à tradicional atuação dos profissionais de saúde (RIGON *et al.*, 2016). Essas questões conceituais são confrontadas pelas práticas tradicionais do setor saúde no campo da PS e pelos contextos

históricos que circunscrevem a relação saúde e educação e reflete, de certa forma, as expectativas dos agentes da escola quanto à apropriação de questões de saúde no contexto escolar. As práticas preventivistas da saúde e a apropriação pela escola do referencial do cuidado são centradas nas atitudes e comportamentos individuais como meios prioritários de garantir boa saúde (GUIMARÃES, 2010, MONTEIRO, BIZZO, 2013, BARROS, LUZ, 2015).

A retórica da perfeita saúde e do risco, de modo a orientar as escolhas para um estilo de vida produtivo, parece disseminada no contexto das ações de PS nas escolas (BARROS, 2013). Mesmo que as ações educativas sejam fundamentais, elas são insuficientes para proporcionar efeitos sustentáveis sobre as práticas alimentares. Nesse sentido a perspectiva socioambiental da PAAS, ainda que pouco explorada nas ações de saúde especialmente voltadas para a escola (RIGON *et al.*, 2016), ganha maior possibilidade no contexto de operacionalização do PAE. Contudo, a perspectiva da construção de processos articulados em torno das ações conduzidas pela FME, seja nas ações vinculadas ao PAE, seja nas ações desenvolvidas pelas escolas de forma autônoma, ainda carece de experiências robustas.

No âmbito da FME a perspectiva de intervenção sobre o ambiente se materializa na oferta de alimentos saudáveis nas escolas, na construção de capacidades junto às merendeiras, diretores e professores, na oportunidade de compra de alimentos da agricultura familiar e nas experiências de integração da temática nos planos pedagógicos. Estas ações contam com pouca ou nenhuma articulação com outros setores no cenário estudado. Com exceção dos espaços do CAE, do COMSEA municipal e da relação interinstitucional com Faculdade de Nutrição/UFF não foram identificados canais de comunicação ou outros espaços que favoreçam a construção de arranjos intersetoriais em torno das ações do PAE. A expectativa de que ações sobre o ambiente ofereçam maior oportunidade para a construção de arranjos intersetoriais é limitada pelos desenhos dos programas, pelo peso político para o setor e pelas estruturas de gestão fragmentada.

O PAE propicia o acesso a um ambiente capaz de criar condições concretas para que a comunidade escolar estabeleça vínculos sociais entre alimentação, saúde, produção, distribuição, acesso aos alimentos e escolhas alimentares em uma perspectiva pedagógica. O acesso físico aos alimentos tem sido considerado uma das barreiras enfrentadas pelos diferentes grupos e populações para que se possa conseguir uma AAS. Há a ideia de que ambientes obesogênicos, favorecidos pela atual configuração do sistema alimentar, tem contribuído para a revisão de estratégia de intervenção (SWINBURN *et al.*, 1999, 2015;

TRASANDE, 2010; MONTEIRO *et al.*, 2016). A vasta oferta de alimentos ultraprocessados, provenientes do modelo agroalimentar contemporâneo, encontra-se no centro do debate sobre o aumento do sobrepeso, obesidade e doenças crônicas. Além de outros aspectos que compõem o panorama das implicações desse modelo para a sociedade, tais como: pobreza; exclusão; insegurança alimentar; perda da biodiversidade; produção excessiva de lixo; uso irracional da água; entre outras.

Essas questões colocam a alimentação como uma questão pública e, portanto, é de responsabilidade do Estado promover ambientes que propiciem o bem-estar da população por meio das políticas públicas (TRICHES, *et al.*, 2014), de modo a reconhecer que “todo o tempo estamos imersos numa rede de saberes e poderes que constroem e destroem opções, que abrem e fecham caminhos, que libertam e constroem escolhas” (CAMPOS *et al.*, 2004 p 747). Assim, as instituições públicas como as escolas passam a ter um papel estratégico, uma vez que o setor educacional oferece o maior conjunto de equipamentos públicos com grande capilaridade nos municípios e com acesso físico a uma AAS garantida por lei, em um contexto favorável a processos educativos que incidem sobre a possibilidade de opções mais adequadas e saudáveis em torno da alimentação (BRASIL, 2009a).

Contudo, no que implica a gestão, há uma percepção de que a escola tem ampliado suas atribuições, criando expectativas, de que precisa resolver todos os problemas sociais, como sugere o G_{FME} . Até mesmo em relação à alimentação escolar, mormente em contextos de racionalização de gastos, o papel da escola na oferta qualificada da alimentação escolar, nos moldes exigidos pelo FNDE, pode ser questionado. Na perspectiva da gestão financeira, em um cenário de crise no qual diversos gastos são revistos, emergem questões, como o que cabe à escola, no enfrentamento dos dramas sociais, questão levantada pelo gestor entrevistado. Por mais que o PNAE seja hoje reconhecido como uma importante política social, fortemente institucionalizada, não se pode desconsiderar, sobretudo no cenário político atual de crise política e financeira marcada pelo aprofundamento da agenda “neoliberal”, a possibilidade de relativização ou flexibilização dos direitos que passa a ganhar novos contornos em 2016²⁴.

²⁴A política econômica conduzida pelo governo de Michael Temer, que assumiu a liderança do país após o “impeachment” da presidenta eleita Dilma Rousseff, é caracterizada pela austeridade fiscal, aumento do superávit primário e livre câmbio que implica em cortes de investimentos e em gastos sociais do Estado com retirada de direitos dos trabalhadores. Nesse contexto, as propostas de Emenda à Constituição (PEC) 241/2016 e 257/2016 engendradas por esse governo limitam os gastos com saúde e educação por 20 anos. Essa limitação de investimentos terá impacto no conjunto de programas e ações de educação e saúde, de modo que o caráter provisório de qualquer análise ganha especial ênfase na atual conjuntura político econômica (SILVA, *et al.*, 2016).

Nesse sentido, questiono se cabe problematizar qual o papel da escola na promoção da saúde dos escolares e da comunidade escolar. A falta de clareza sobre esse aspecto pode, por vezes, limitar a participação da escola em processos que não se enquadram no seu reconhecido papel, portanto, não caberia a escola. Por outro lado, o mesmo ocorre na abordagem da saúde em ambiente escolar, em que profissionais de saúde dificilmente se aproximam, previamente, do contexto, do cenário, dos dilemas que a escola enfrenta para planejar ações nesse espaço. Talvez porque as ações desenvolvidas sejam percebidas como de exclusividade dos profissionais de saúde e, por isso, não se reconheça uma atribuição para a escola e seus membros no processo.

De certo que a dinâmica de trabalho, tanto dos profissionais de saúde quanto dos pedagogos, professores e merendeiras também imponham um conjunto de compromissos que se sobreponham à possibilidade de disponibilizar tempo com planejamento de atividades que não são reconhecidas como atividades fins de cada segmento. É de suma importância que os profissionais, que se encontram nesse espaço de convergências de ações e objetivos, oportunizem esse debate e promovam a reflexão sobre o papel da saúde na escola e o papel da escola no campo da saúde, de modo a fortalecer processos de educação em saúde conectados ao contexto e aos territórios (SILVA-ARIOLI *et al.*, 2013).

São inúmeros os estudos que tratam dos desafios para a consolidação da intersetorialidade, desafios esses que, a despeito das especificidades de cada pesquisa, foram também identificados no contexto aqui estudado (SILVA *et al.*, 2014, REZENDE *et al.*, 2015, SILVA, BODSTEIN, 2016). No plano das ideias, destacam-se: (1) as diferentes concepções sobre os programas e sobre as ações de PAAS; (2) os conflitos de interesse, profissionais, políticos e comerciais que contribuem para que aquisição de alimentos da agricultura familiar ocupe um lugar residual nas compras institucionais para o PAE; (3) a importância política dos programas para os setores e para os profissionais responsáveis pela execução.

Quanto aos desenhos dos programas é possível indicar elementos que dificultam a construção de processos mais articulados, tais como: os critérios de alocação de recurso que repercutem na seletividade setorial no financiamento e monitoramento dos programas intersetoriais; desenhos sem previsão de espaços e mecanismos de negociação e pactuação intersetorial. No contexto institucional, alguns aspectos impactam na releitura, que os sujeitos fazem, dos programas no plano local: (1) os diferentes níveis de inserção dos setores nos processos políticos e operacionais dos programas que impactam na indefinição de atribuições no âmbito das ações e dos programas; (2) o uso instrumental dos programas que limita sua

apropriação para além do que o desenho define; (3) a fragilidade dos espaços de governança produzidos por processos políticos que fragilizam os vínculos institucionais; (4) a necessidade de construção de espaços sólidos de negociação e participação; (5) a prerrogativa dos compromissos setoriais em relação aos intersetoriais; (6) a fragmentação da estrutura político administrativa da saúde, AB e PMF; (7) a inexistência de estruturas de gestão que lidem com as questões da agricultura no município; (8) as distintas relações verticais, interfederativas, entre os setores de política que necessitam compartilhar processos e recursos em torno das ações compartilhadas. Esses elementos desafiam a possibilidade de se construir soluções sinérgicas para questões de saúde complexas, como a obesidade.

Outrossim, os programas estudados ainda carecem de aproximação com o território, visto que a participação da comunidade não tem sido favorecida pelos arranjos experimentados, exceto de forma bastante pontual em processos conduzidos pelas escolas que envolvem diretamente os escolares e suas famílias. A promoção da saúde nas escolas, em uma perspectiva intersetorial, deve considerar todos os níveis de complexidade da gestão e da atenção aos escolares e é necessário mobilizar a comunidade e os profissionais de saúde e educação como protagonistas na organização do processo compartilhado (CAMPOS *et al.*, 2004). A construção de políticas e planos de ação locais podem possibilitar a democratização das relações entre os diversos atores, além de otimizar o acesso aos direitos sociais e reduzir iniquidades socioterritoriais, sem excluir singularidades e diversidades locais de cada território. O reconhecimento e valorização das potencialidades ativas nas relações sociais que se constroem no território podem favorecer a construção de arranjos intersetoriais mais permanentes (MOYSES, FRANCO DE SÁ, 2014).

A recente proposta intersetorial de enfrentamento da obesidade (EIPCO) traz desafios para o poder público local, exige novas formas de gestão das políticas que considere as especificidades dos territórios e demanda múltiplas estratégias integradas e ações articuladas entre programas operados sob distintas lógicas (BRASIL, 2014a). A longa história de insucesso no tratamento dessa questão sob a ótica mais individualizada vem recaído sob novas formas de pensar seus condicionantes (GUSTAFSSON *et al.*, 2011), de modo que, mesmo as instituições internacionais de saúde que contribuíram para a conformação da obesidade como doença e que tradicionalmente lidam com essa pauta tem revisto suas orientações a respeito da obesidade. A OMS, uma dessas instituições, vêm reconhecendo que apenas através de uma abordagem multisetorial, com um pacote abrangente e integrado de intervenções que abordam o ambiente obesogênico, a dimensão do curso de vida e o setor da

educação, algum progresso pode ser esperado. Isto requer o compromisso do governo e liderança, investimento em longo prazo e engajamento de toda a sociedade para proteger os direitos das crianças para uma boa saúde e bem-estar (WHO, 2016).

Dessa forma, o planejamento, o desenvolvimento e o monitoramento integrado de ações e programas, com todos os seus desafios, parecem indicar o caminho virtuoso para se alcançar efeitos sustentáveis e efetivos nas políticas que pretendem afetar diferentes condicionantes da obesidade. A combinação de ações de prevenção, assistência e promoção da saúde e da alimentação adequada e saudável, oportunizadas por programas como PSE e PAE, tem como possibilidade a integração das ações desenvolvidas no contexto escolar e no território, garantindo o fluxo assistencial, a consolidação de ambientes saudáveis e também influência sobre as ações pedagógicas que conectem a alimentação adequada e saudável e configuração do sistema alimentar. No entanto, é necessário avançar na organização da administração e gestão de políticas públicas para que os processos articulados sejam, de fato, reconhecidos como um caminho irreversível para viabilizar maior efetividade nas ações convergentes de diferentes setores. A integração da comunidade escolar em todas as etapas das ações de PAAS é fundamental para a institucionalização de processos mais orgânicos à realidade escolar e seu complexo contexto de diversidade de demandas.

Cabe salientar a necessidade de uma compreensão ecossistêmica da saúde em que os modelos de atenção à saúde considerem o território ambiente na programação das ações em saúde na organização dos processos de trabalho (JUNGES, J.R; BARBIANI, 2013). O enfrentamento dos desafios requer comprometimento político e engajamento dos setores em torno de questões convergentes que mobilizam os sujeitos. Oportunizar debates conceituais sobre promoção da saúde e sobre a contribuição de cada setor nesse processo parece fundamental para garantir um mínimo de possibilidade de consenso em torno do modo de se articular e alinhar expectativas sobre as distintas possibilidades de inserção setorial nos processos conjuntos. E fundamentalmente requer desprendimento suficiente para conhecer o fazer de cada setor, seus desafios e suas possibilidades nas ações no campo da promoção da saúde e PAAS.

4- CONCLUSÕES

O Brasil vem protagonizando a construção de abordagens intersetoriais de prevenção e controle da obesidade. Os programas aqui analisados se inscrevem nesse processo e a análise de sua operacionalização no município estudado indicou desafios tanto para a intersetorialidade, concebida numa ótica de planejamento integrado das ações de saúde e educação, quanto para um tratamento mais específico da obesidade no plano local.

A intersetorialidade vem sendo proposta para um conjunto amplo de políticas no país e o estudo indicou a importância de analisar a operacionalização desse princípio em programas que tem desenhos operacionais específicos e buscam articular setores com contextos históricos e institucionais particulares.

Ainda assim, a análise dos processos que envolveram a convergência de ações do PSE e do PAE para o espaço escolar, no contexto estudado, indicou que essa convergência oportunizou algum grau de aproximação e pactuação entre os setores saúde e educação. Fatores relacionados com o desenho dos programas, com distintos aspectos da infraestrutura institucional e de gestão dos respectivos setores bem como com as percepções e práticas dos sujeitos, ora favoreceram, ora criaram tensões e obstáculos à intersetorialidade.

O PAE e o PSE possuem distintos desenhos operacionais, mecanismos de indução e tempo de implementação que afetaram de forma diferenciada os processos locais relacionados como o desenvolvimento de cada programa e as possibilidades de articular setores em torno das ações no plano da gestão municipal e nas escolas. Deste modo, a análise dos aspectos relacionados ao desenho operacional dos programas indicou que o desenho do PSE é mais indutor de arranjos intersetoriais, entre as ações das redes de saúde e educação, do que o PAE. O PSE, por meio da obrigatoriedade de institucionalização de um espaço de governança intersetorial como o GTI-m e por meio da exigência de articulação em toda cadeia de planejamento e operacionalização, favoreceu a mobilização desses setores e das respectivas coordenações de programa. Essa mobilização, no entanto, não implica em intersetorialidade em todas as dimensões possíveis desse processo.

As ações de avaliação nutricional e a estratégia de suplementação nutricional NutriSUS foram priorizadas no âmbito do PSE e é possível considerar que o enfoque centrado na prevenção de doenças prevaleceu, e que a abordagem na perspectiva de transformar o ambiente obesogênico foi frágil ao longo do processo de planejamento. As ações não foram necessariamente pensadas numa ótica intersetorial, mas ocorreram por motivos outros, seja pela possibilidade de implementar intervenções “concretas” e mais imediatas como a

avaliação nutricional, seja por outros tipos de perspectivas e interesses, inclusive políticos, como no caso do NutriSUS que ocorreu por forte indução do governo Federal. Ainda assim, por meio dessas ações, o programa induziu a aproximação entre profissionais com distintas formações acadêmicas, como médicos, enfermeiros, nutricionistas, educadores físicos, ainda que isso não caracterize intersetorialidade na ótica de planejamento integrado de ações. Sua operacionalização requer no mínimo ações multidisciplinares, pois suas ações incluem distintas temáticas que exigem formações específicas. As ações previstas no PSE parecem afetar mais a AB do que a rede de ensino, considerando o desenho do programa que prioriza as ações tradicionalmente desenvolvidas pela AB, além das fragilidades de inserção do setor da educação ao longo do processo de operacionalização.

Outros aspectos específicos do contexto local podem ter contribuído para a aproximação intra e intersetorial experimentada, tais como: o perfil do atual gestor e a estratégia de gestão adotada; a mudança de lócus institucional do PSE; o legado de experiências prévias de articulação intersetorial, além de uma ideia disseminada entre os profissionais participantes do GTI-m quanto à necessidade de organização conjunta e qualificação das ações para garantir a integralidade na atenção aos escolares.

As estratégias de gestão, pautadas no mapeamento de sujeitos e de ações convergentes com objetivos do PSE nos dois setores, favoreceram a aproximação entre a rede de saúde e educação por meio da construção de fluxos de atenção nutricional ao escolar; o que caracterizou uma parceria com alguma possibilidade ser configurada, ao longo do tempo, como uma relação intersetorial. Além disso, a conexão da escola com as unidades de saúde, PMF e UBS e policlínicas, fortaleceu a perspectiva de organização dos serviços em prol da atenção nutricional integral ao escolar.

Observou-se também a construção de pactos entre os setores em torno da estratégia de suplementação nutricional NutriSUS, cuja operacionalização foi facilitada pela percepção favorável do setor saúde em torno da ideia de suplementação como possibilidade de intervenção e seu protagonismo na condução dos processos. A decisão política nos escalões superiores da gestão pública também condicionou a adesão setorial e certa parceria entre os setores. A perspectiva de articulação intersetorial em torno dessa ação carece de sustentação quando se analisam os mecanismos e processos que induziram a participação do setor educacional em todos os níveis de governo. De modo que se trata de uma proposta originada na saúde que aproveita a capilaridade do PSE como forma de se institucionalizar. Assim, em um desenho *top-down* e com muitas resistências passa a figurar como estratégia do PSE que

exige negociação com gestores do PAE. Tal aproximação coloca luz sobre incoerências entre os princípios que fundamentam o PAE e a estratégia NutriSUS. Portanto, ainda que em termos operacionais o NutriSUS tenha mobilizado a aproximação entre os setores, a perspectiva intersetorial é frágil pois trata-se de um processo fortemente induzido por um setor, qual seja, a saúde e de uma ação planejada de forma setorial que “depende” de um outro setor para ocorrer e procura induzir essa cooperação de alguma forma.

A infraestrutura institucional e de gestão municipal, que é demandada para a operacionalização do PSE, apresentou limites no sentido de mobilizar tanto as coordenações quanto os médicos do PMF, em torno das ações do programa. A inexistência de NASF também contribui para fragilizar tanto a articulação com o PMF quanto o desenvolvimento das ações de PAAS. Essas questões expressam os desafios do próprio PMF em relação à frágil articulação no âmbito da AB, sua baixa cobertura no município e as dificuldades em atender as demandas dos territórios, o que implica na menor possibilidade de envolvimento do PMF com o PSE.

Estruturas institucionais e de gestão fragmentadas indicam desafios adicionais para viabilizar processos mais articulados. Ademais, ainda que no município o GTI-m tenha sido potencializado, as outras instâncias intersetoriais, no âmbito federal e estadual, encontram-se fragilizadas, o que pode refletir na menor participação de setores da educação no PSE em todos os níveis de governo.

O desenvolvimento de mecanismos de integração de objetivos e processos administrativos do PSE, por parte da coordenação do programa no setor saúde, contribuiu para uma gestão diferenciada e mais integrada do planejamento das ações das redes de saúde e educação. No entanto, aspectos como: financiamento setorial; a difícil integração com o contexto escolar; a leitura instrumental dos programas — pautada pela implementação prioritária das ações que implicam em repasse de recursos federais — com implicações na abordagem fragmentada das ações; a predominância dos interesses setoriais com reflexos em distintos graus de inserção e participação dos setores e a fragilidade nos mecanismos de comunicação entre os setores e dentro da escola, sintetizam os limites e desafios da experiência de articulação induzida pelo PSE e ainda desafiam a capacidade do programa se constituir em uma experiência intersetorial satisfatória.

A característica essencialmente setorial do desenho do PAE, sem previsão de estruturas institucionais de negociação e articulação com a saúde, limita as possibilidades de construção de processos articulados em torno de suas ações. As ações do programa

prescindem da participação de outros setores, especialmente da saúde. Apesar das percepções positivas sobre o PAE e sua potente característica de afetar distintos condicionantes das práticas alimentares, a perspectiva de articulação intersetorial não conta com experiências no município, exceto nos frágeis arranjos em torno das ações do PSE. A relação com a agricultura familiar, baseada na proposta intersetorial da SAN que imprime ao PNAE uma perspectiva de articular as ações de produção, comercialização e consumo de alimentos, demanda para sua realização o fortalecimento do próprio SISAN no plano municipal.

Aspectos referentes à política de gestão do PAE dificultam a continuidade e engajamentos mais permanentes do setor em espaços de negociação e articulação, tais como: a fragilidade dos contratos temporários do quadro de nutricionistas e a dinâmica organizacional em esquemas de plantão. Todavia, a recente ampliação de nutricionistas e a valorização das merendeiras pode ter favorecido, mesmo que de forma frágil, os arranjos entre saúde e educação observados.

A possibilidade de articulação permanente com agricultores e outros setores, em torno do processo de compra da AF, esbarra na forma residual como essa pauta é tratada no plano local pelos gestores. O responsável técnico do PAE não conta com interlocutores na gestão pública que favoreçam processos articulados. Nesse sentido, a política de gestão destacada acima e a crescente complexidade do processo de trabalho dos profissionais envolvidos com o PAE impõe certos limites para o deslocamento de energia em atividades consideradas não prioritárias ou que demandem a construção de novos canais de comunicação e negociação.

A relação interinstitucional com a Faculdade de Nutrição da UFF pode ser destacada como um elemento que amplia os canais de aproximação entre os setores de política do município. O apoio técnico, logístico e operacional das ações no âmbito do PAE e do PSE pode por vezes equacionar impasses que resultariam em complicadores para a condução dos processos de negociação em torno das ações. A atual relação entre o grupo de professores e alunos da faculdade com gestores de ambos os programas por vezes assume o papel de conectar processos setoriais e fortalecer os canais de comunicação.

A experiência do PSE, no campo do planejamento integrado por meio da instituição de um espaço intra e intersetorial de articulação, aponta para a construção de um canal de comunicação possível, e favoreceu uma abordagem interdisciplinar dos processos. No entanto, necessita ganhar institucionalidade e aporte de recursos que viabilizem estratégias para qualificar os mecanismos de articulação, as ações e ampliar sua cobertura.

No caso do PAE, apesar do programa não prever a existência de estruturas intersetoriais de gestão, a compra da AF favorece a conexão entre alimentação e sistema alimentar que pode contribuir para uma abordagem mais ampliada sobre a obesidade e seus condicionantes. Não obstante, o fato de sua gestão ser praticamente exercida por nutricionistas, diferente do PSE que envolve profissionais de diversas áreas, contribui para que o planejamento e a operacionalização de ações pautadas na interdisciplinaridade se restrinja aos raros processos desenvolvidos junto às escolas ou por meio da aproximação com o PSE.

Admite-se que as ações de PAAS desenvolvidas possam afetar as concepções que os agentes constroem em torno de cada programa e o modo como são previstas possa afetar a questão da obesidade. Tais concepções estão também condicionadas pelo desenho dos programas, pelas ações propostas e pela familiaridade que cada programa propicia com o tema da alimentação. Assim o caráter cotidiano das ações do PAE na escola contribuiu para a valorização das ações de PAAS; o caráter mais eventual das ações do PSE e a centralidade dada à avaliação antropométrica parecem contribuir para dar mais visibilidade ao diagnóstico da obesidade em si e não tanto à compreensão do perfil alimentar dos alunos e dos fatores condicionantes.

No entanto, a questão da obesidade como mobilizadora de ações específicas dos programas analisados, ainda que presente na EIPCO em nível federal, não foi identificada no nível local. A obesidade é indiretamente afetada pelas ações de PAAS previstas nos programas, mas não é uma questão que mobiliza a ação local nesses programas e nem o planejamento integrado de ações. Ainda assim, as concepções sobre como enfrentar a obesidade – ou sobre como promover alimentação adequada e saudável – podem ser indiretamente identificadas na própria forma como os programas se organizam. O investimento no NutriSUS pode indicar tensões em torno das possíveis estratégias de enfrentamento da obesidade por meio da PAAS, e sinalizar as concepções em disputa sobre a própria PAAS, ou seja, por meio da oferta de alimentação in natura e transformação em longo prazo de práticas alimentares ou via suplementação.

Cabe destacar a importância dos diferentes tipos de ação no enfrentamento de problemas complexos como o sobrepeso e a obesidade, tanto as de caráter mais individual quanto as que se propõe a afetar os ambientes obesogênicos. Mesmo que se reconheçam os limites das intervenções, quando implementadas de forma isolada, não parece fecundo desqualificar ou desvalorizar a contribuição de cada uma para a construção de soluções

sinérgicas e complementares. As ações individualizadas e pautadas na integralidade podem aproximar sujeitos, arenas, espaços e instituições, de forma a potencializar a construção de novos arranjos em que se combinem abordagens individuais, coletivas e ambientais e que ao mesmo tempo oportunizem arranjos e desenhos multisetoriais, intrasetorial ou intersetoriais que sejam mais adequados aos contextos locais.

A conexão da escola com os serviços de saúde pode fortalecer a perspectiva da promoção da saúde orientada para a conformação de ambientes e contextos de vida saudáveis, nos quais as ações de PAAS estejam alinhadas à vertente da PS, sobretudo porque o ambiente escolar já é percebido pela comunidade que o integra como favorável à uma alimentação saudável, seja por oferecer alimentos de qualidade, seja por estimular práticas alimentares saudáveis. O setor educacional, por meio das ações de PAAS em suas diferentes dimensões, pode oferecer aos profissionais de saúde uma nova perspectiva de PAAS que seja capaz de valorizar a dimensão socioambiental e dinamizar as relações, de forma a construir pactos e consensos que ampliem o escopo das ações de ambos os programas.

As estruturas sociais como a escola são relações entre pessoas em torno de processos que são afetados de forma interdependente pelas instituições. Desta maneira, o planejamento integrado de ações deve considerar toda a complexidade do espaço escolar, reconhecer a natureza incremental das ações que ali ocorrem e valorizar os pequenos esforços que as instituições e os sujeitos empreendem em favor do trabalho articulado. Desta forma, pode contribuir para o legado de experiências capazes de redefinir ideias e reconstruir a própria institucionalidade em favor da intersetorialidade. O encontro do PSE e do PAE na escola pode ser considerado uma oportunidade para qualificar as ações de PAAS e a integralidade na atenção nutricional dos escolares do município, de modo a retroalimentar e reorientar os atuais desenhos em favor de arranjos interdisciplinares e intersetoriais.

Por fim, cabe compreender que qualquer verificação empírica sobre as experiências de gestão intersetorial deve estar atenta aos aspectos incrementais das mudanças na organização e nos processos de gestão. O processo cumulativo e gradual de mudanças nas práticas e valores parece melhor representar os contextos analisados nos quais convivem movimentos de aproximação e distanciamento dos sujeitos envolvidos, além de distintas percepções, desenhos de programas e características institucionais que afetam de forma variada e provisória a possibilidade de construir a intersetorialidade neste campo de política pública.

5-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABESO. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica Diretrizes brasileiras de obesidade 2009/2010 / ABESO - 3.ed. - Itapevi, SP: AC farmacêutica, 2009.
- ABRAHÃO, A.L.; CORDEIRO, B.C; MARQUES, D. et al., A pesquisa como dispositivo para o exercício no PET-Saúde UFF/FMS Niterói. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v 35, n3, p 435-40, 2011.
- AGENCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Disponível em <<http://www.anvisa.gov.br/alimentos/rotulos/resolucoes.htm>> Acesso em: 15 de março de 2016.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Resolução RDC no 24, de 15 de junho de 2010. Dispõe sobre a oferta, propaganda, publicidade, informação e outras práticas correlatas cujo objetivo seja a divulgação e a promoção comercial de alimentos considerados com quantidades elevadas de açúcar, gordura saturada, gordura trans, sódio e de bebidas com baixo teor nutricional. Diário Oficial da União 2010; 14 jul.
- ALA-HARJA, M; HELGASON, S. Em direção às melhores práticas de avaliação. *Revista do Serviço Público*, Brasília DF, ano 51, n. 4, out/dez. 2000.
- ALBUQUERQUE, T.I.P.; FRANCO DE SA, R. M. P.; ARAUJO JUNIOR, J. L.A.C. Perspectivas e desafios da “nova” Política Nacional de Promoção da Saúde: para qual arena política aponta a gestão? *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v21, n6, p1695-1706, 2016.
- ALMEIDA, FILHO N. Intersetorialidade, transdisciplinaridade e saúde coletiva: atualizando um debate em aberto. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v 34, n6, p 11-34, nov/dez. 2000.
- ALMEIDA, NEY LUIZ TEIXEIRA DE. Educação e infância na cidade: dimensões instituintes da experiência de intersetorialidade em Niterói. Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Educação da Universidade Federal Fluminense, 2010.
- ALVES, K.P.S; JAIME, P.C. A Política Nacional de alimentação e Nutrição e seu diálogo com a Política Nacional de Segurança alimentar e Nutricional. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v19, n11, p 4331-40, 2014.
- ANJOS, L.A; BARBOSA, T.B.C; WAHRLICH, V. Padrão de atividade física em um dia típico de adultos de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil: resultados da Pesquisa de Nutrição, Atividade Física e Saúde (PNAFS). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v28, n10, p1893-1902, out, 2012.
- ANJOS, L.A; CASTRO, I.R.R; ENGSTROM, E.M. et al., Crescimento e estado nutricional em amostra probabilística de escolares no Município do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v19, n1, p171-9, 2003.
- ANJOS, LUIZ ANTONIO DOS. *Obesidade e saúde pública*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.

- ARAÚJO, C.; TORAL, N.; SILVA, A.C. *et al.*, Estado nutricional dos adolescentes e sua relação com variáveis sociodemográficas: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), 2009. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v15 n2, p3077-84, 2010.
- ARAÚJO, J.P.; SILVA, R.M.M; COLLET, N. *et al.*, História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v67 n6, p1000-7, 2014.
- ARKES, J. How the economy affects teenage weight. *Social science and medicine*, v 68, n11, p1943-7, 2009.
- AROSA, A. C. As políticas educacionais de Niterói entre 2002 e 2008. *Educação em foco*, Juiz de Fora, v17 n 3, p.133-51, 2013.
- ARRETCHE, M. Tendências no estudo sobre avaliação. In: RICO, E M. (Org.). *Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate*. São Paulo: Cortez, 1998. p. 29-39.
- ARRETCHE M. Federalismo e políticas sociais no Brasil problemas de coordenação e autonomia. *São Paulo em perspectiva*, v18, n2, p 17-26, 2004.
- AZEVEDO, E. Alimentação saudável: uma construção histórica. *Revista Simbiótica Espírito Santo*, n.7, dez. 2014.
- AZEVEDO, E.; PELICION, I.M.C.F; WESTPHAL, M.F. Práticas intersetoriais nas políticas públicas de promoção de saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v 22, n 4, p 1333-56, 2012.
- BAPTISTA, T. W. F.; MATTOS, R. A. Sobre Política (ou o que achamos pertinente refletir para analisar políticas). In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. *Caminhos para análise das políticas de saúde*, Rio de Janeiro, 2011. p.52-91. Disponível em: <www.ims.uerj.br/ccaps>.
- BAPTISTA, T.W.F, MATTOS, R, A (org). *Caminhos para Análise das Políticas de Saúde*, ENSP/FIOCRUZ/ IMS, 2011.
- BARBOSA, NVS; MACHADO, NMV; SOARES *et al.*, Alimentação na escola e autonomia - desafios e possibilidades. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v 18, n 4, p. 937-45, 2013.
- BARNES ME, MATKA, E, SULLIVAN, H. Evidence, Understanding and Complexity – evaluation in non-linear systems. *Evaluation*, v 9, n 3, p265-84, 2003.
- BARNES, M.E; MATKA, E.; SULLIVAN H. *Building Capacity for Collaboration Evaluation of Health Action Zones, Context Strategy and Capacity: Interim Findings from Strategic Level Analysis*, Publication: 3992, Birmingham: The University of Birmingham, 2001.
- BARRETO, S.M; PINHEIRO, A.R; SICHIERI, R. Análise da Estratégia Global para Alimentação, Atividade Física e Saúde, da Organização Mundial da Saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, DF, v14, n1, p41-68, 2005.

- BARROS, J.P.P. Biopolítica e Educação: relações a partir das discursividades sobre saúde na escola. *Educação e Realidade*, Porto Alegre, v. 38, n. 1, jan./mar. p. 361-81, 2013.
- BARROS, MSC; TARTAGLIA J.C. A política de alimentação e nutrição no Brasil: breve histórico, avaliação e perspectiva. *Alimentação e Nutrição de Araraquara*. São Paulo, v14, n 1, p109-21, 2003.
- BARROS, J.P.P; LUZ, P.C.M. Saúde na escola: que discursos circulam entre profissionais de saúde e educação? *Revista Interinstitucional Artes de Educar*. Rio de Janeiro, v1, n1, p115-132, 2015.
- BELIK, W. *A reestruturação da indústria agroalimentar e abastecimento: uma nova agenda para discussão*. In: GALEAZZI, M.A.M (org). Segurança alimentar e cidadania. Campinas: Mercado das Letras, 1996. p. 295-300.
- BLANCO, I; GOMÀ, R. Gobiernos locales y redes participativas: retos e innovaciones. *Reforma y Democracia*. Caracas, n 26, Jun. 2003.
- BONZO, C, VEIGA, L. Intersetorialidade e políticas de superação da pobreza: desafios para a prática. *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n 92, p 5-21, nov. 2007.
- BOOG, M.C.F. Atuação do nutricionista em saúde pública na promoção da alimentação saudável. *Revista Ciência e Saúde*, v1, p33-42, 2008.
- BORBOREMA, CAROLINE DUARTE LOPES DE. Política de ciclos na perspectiva do ciclo de políticas: interpretações e recontextualizações curriculares na rede municipal de educação de Niterói/RJ. Rio de Janeiro, 2008. Dissertação (Mestrado em Educação), Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.
- BOVELL-BENJAMIN AC, HATHORN CS, IBRAHIM S *et al.*, Healthy food choices and physical activity opportunities in two contrasting Alabama cities. *Health Place*, v 15, n 2, p 429–38, 2009.
- BRANDÃO, ROBERTO EDUARDO ALBINO. A implementação do Programa Saúde na Escola no território de Manginhos (RJ): estratégias de privatização na política pública. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde), Fundação Oswaldo Cruz, 2014.
- BRASIL. Decreto Nº 7.272, de 25 de agosto de 2010. Regulamenta a Lei no 11.346, de 15 de setembro de 2006 e institui a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - PNSAN, 2010. Diário Oficial da União. 26 ago. 2010b.
- BRASIL. Lei nº 11.947 de 16 de junho de 2009. Dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar e do Programa Dinheiro Direto na Escola aos alunos da educação básica. Diário Oficial da União. 16 jun. 2009a.
- BRASIL. Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN). Plano Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade: promovendo modos de vida e alimentação adequada e saudável para a população brasileira. Versão para a Consulta Técnica – 23/09/2011, 2011c.

- BRASIL. Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN). Plano Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade: promovendo modos de vida e alimentação adequada e saudável para a população brasileira. Sumário executivo, 2012.
- BRASIL. Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN). Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional. Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade: recomendações para estados e municípios. Brasília: CAISAN, 2014a, 108p.
- BRASIL. Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN). Consumo alimentar adequado e saudável: proposições e desafios. Subsídios para discussão na XII Plenária do CONSEA. Brasília: CAISAN outubro de 2013.
- BRASIL. Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN). Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional: 2012/2015. Brasília: CAISAN, 2011a, 132 p.
- BRASIL. Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional. Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional: 2016/2019. Brasília: CAISAN, 2016a, 68 p.
- BRASIL. Decreto no 5.079 de 12 de maio de 2004. Dispõe sobre a composição estruturação competência e funcionamento do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional e dá outras providências. Diário Oficial da União. 13 mai. 2004.
- BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União 29 jun. 2011e.
- BRASIL. Decreto nº 8.553, de 3 de novembro de 2015. Institui o Pacto Nacional para Alimentação Saudável. Diário Oficial da União. 04 nov. 2015c.
- BRASIL. Decreto-Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Diário Oficial da União. 18 set. 2006b.
- BRASIL. Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE). Dados da agricultura Familiar. <<http://www.fnde.gov.br/programas/alimentacao-escolar/alimentacao-escolar-consultas/dados-da-agricultura-familiar>>Acesso em: 20 de julho de 2016.
- BRASIL. Lei no 10.683 de 28 de maio de 2003. Dispõe sobre a organização da presidência da república e dos Ministérios e dá outras providências. Diário Oficial da União. 29 mai. 2003.
- BRASIL. Lei nº 12.982, de 28 de maio de 2014. Altera a Lei nº 11.947, de 16 de junho de 2009, para determinar o provimento de alimentação escolar adequada aos alunos portadores de estado ou de condição de saúde específica. Diário Oficial da União. 29 mai. 2014c.
- BRASIL. Lei nº 13.005, de 25 de junho de 2014. Aprova o Plano Nacional de Educação – PNE e dá outras providencias. Diário Oficial da União 26 jun. 2014i.

- BRASIL. Ministério da Educação (MEC). Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação. Disponível em: <<https://www.fnde.gov.br/sigefweb/index.php/liberacoes?ano=2015&programa=C7&cnpj=&estado=RJ&cidade=330330&tipoEntidade=todos&confirmar=Confirmar>> Acessos em: 05 de abril de 2016.
- BRASIL. Ministério da Educação (MEC). Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação. Disponível em: <http://www.fnde.gov.br/programas/alimentacao-escolar/alimentacao-escolar-consultas/dados-da-agricultura-familiar>. Acessos em: 20 de setembro de 2016h.
- BRASIL. Ministério da Educação (MEC). Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação. Resolução nº 4, de 2 de abril de 2015. Altera a redação dos artigos 25 a 32 da Resolução/CD/FNDE nº 26, de 17 de junho de 2013, no âmbito do Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE). Diário Oficial da União 08 de abr. 2015.
- BRASIL. Ministério da Educação (MEC). Resolução/CD/FNDE nº 38 de 16 de julho de 2009. Dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar aos alunos da educação básica no Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE). Diário Oficial da União. 16 jun. 2009.
- BRASIL. Ministério da Educação (MEC). Resolução/FNDE/MEC nº 26, de 17 de junho de 2013. Dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar aos alunos da educação básica no âmbito do programa nacional de alimentação escolar - PNAE. Diário oficial da união 17 jun. 2013c.
- BRASIL. Ministério da Educação (MEC). Secretaria de Articulação com os Sistemas de Ensino – SASE/MEC. Diretoria de Articulação com os Sistemas de Ensino. Instituir um Sistema Nacional de Educação: agenda obrigatória para o país. Brasília, junho de 2015e.
- BRASIL. Ministério da Educação (MEC). Secretaria de Educação Fundamental. Parâmetros curriculares nacionais: terceiro e quarto ciclos: apresentação dos temas transversais. Brasília: MEC/ SEF, 2001.
- BRASIL. Ministério da Educação (MEC). Base nacional comum curricular. Proposta preliminar segunda versão revista. Abril, 2016g.
- BRASIL. Ministério da Justiça. CGEMM/DPDC/SENACON. Nota Técnica n 3 de 12 de maio de 2016. Disponível em:<<http://sei.autentica.mj.gov.br> > Acesso em: 20 de outubro de 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria Nº 483, de 1º de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Diário oficial da união 02 de abr. 2014d.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). A promoção da saúde no contexto escolar. *Rev. Saúde Pública*, v. 36 n. 4, p 533-5, 2002.

- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. Caderno de Atenção Básica n 38. Brasília: Ministério da Saúde, 2014e, 212p.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável. Brasília: Ministério da Saúde, 2006d, 210p.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Guia alimentar para a população brasileira. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014f, 156p.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). NutriSUS: caderno de orientações: estratégia de fortificação da alimentação infantil com micronutrientes (vitaminas e minerais) em pó. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a. 23 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Obesidade. Caderno de Atenção Básica n 12 Brasília: Ministério da Saúde, 2006c, 108p.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Passo a passo PSE- Programa Saúde na Escola: tecendo caminhos da intersetorialidade. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, Ministério da Educação. Brasília: Ministério da Saúde, 2011d, 46 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b, 160p.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Plano nacional de redução de consumo de sal. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a, 84p.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c, 108p.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b, 32p.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Política Nacional de Promoção. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portal da Saúde. Informações sobre a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS). Disponível em <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/673-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/doencas-cronicas-nao-transmissiveis/l2-doencas-cronicas-nao-transmissiveis/14127-pesquisa-nacional-de-saude-pns>> Acesso em: 20 de julho de 2016b.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria GM nº154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília; 2008. Diário Oficial da União 25 jan. 2008c.

- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria Nº 1.260, DE 27 de agosto de 2015. Habilita Municípios ao recebimento do repasse de recursos financeiros relativos ao Programa Saúde na Escola 2013. Diário Oficial da União 28 de ago. 2015f.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 1.920, de 5 de setembro de 2013. Institui a estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) -Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 3.014, de 20 de dezembro de 2011, que “Habilita Municípios e o Distrito Federal para o recebimento do repasse de recursos financeiros relativos ao Programa Saúde na Escola (PSE). Diário Oficial da União 21 dez. 2011g.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 3.092 de 4 de dezembro de 2007. Institui uma força tarefa com o objetivo de discutir e propor ações conjuntas a serem implementadas para a melhoria da oferta de produtos alimentícios e promoção da alimentação saudável. Diário Oficial da União 05 dez. 2007b.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário oficial da união 31 de dez. 2010c.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 424/GM/MS, de 19 de março de 2013. Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. Diário oficial da união 28 jun. 2013a.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 425, de 19 de março de 2013. Estabelece regulamento técnico, normas e critérios para o Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo com Obesidade. Diário oficial da união 15 de abr. 2013b.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 710, de 10 de junho de 1999. Política Nacional de alimentação e Nutrição, 1999. Diário oficial da união 15 jun. 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Saúde na escola. Cadernos de Atenção Básica, n 24. Brasília: Ministério da Saúde, 2009c. 96 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Termo de Compromisso entre o Ministério da Saúde e as Associações Brasileiras das indústrias de Alimentação, de 28 de agosto de 2012. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde e Ministério da Educação. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Programa saúde na Escola. Diário Oficial da União 6 dez. 2007a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. MS/SAS/DAB/IBGE. Dados Cobertura ESF. Município de Niterói. Disponível em:<http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php> Acesso: 25 de mar 2016f.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Política nacional de promoção da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a, 60 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Informações sobre Estudo Nacional de despesas Familiares (ENDEF). <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_vigilancia_alimentar.php?conteudo=endef> Acesso em: 20 de julho de 2016c.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Informações sobre Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição (PNSN) <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_vigilancia_alimentar.php?conteudo=pnsn> Acesso em: 20 de julho de 2016d.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Principais marcos normativos da gestão interfederativa do SUS. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Articulação Interfederativa. 1. ed., Brasília: Ministério da Saúde. v 2, t 2, 2014g. 202 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2015d, 152 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde/ Ministério da Educação (MS/MEC). Manual Instrutivo/ Programa de Saúde na Escola 2013. Brasília, 2013e.
- BRASIL. Ministério da Saúde/ Ministério da Educação (MS/MEC). Passo a Passo PSE para adesão– Programa de Saúde na Escola 2014. Brasília, 2014h.
- BRASIL. Ministério da Saúde/ Ministério da Educação (MS/MEC). Portaria (MS) nº 1.861, de 4 de setembro de 2008 - Estabelece recursos financeiros pela adesão ao PSE para Municípios com equipes de Saúde da Família, priorizados a partir do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica - IDEB, que aderirem ao Programa Saúde na Escola – PSE. Diário Oficial da União 24 set. 2008b.
- BRASIL. Ministério da Saúde/ Ministério da Educação (MS/MEC). Portaria interministerial nº 1.010 de 8 de maio de 2006. Diário Oficial da União 09 mai. 2006e.
- BRASIL. Ministério da Saúde/ Organização Pan Americana de Saúde. Escolas Promotoras de Saúde. Experiências no Brasil. Brasília: MS. OPAS, 2006.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) / territórios da cidadania. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/segurancaalimentar/desenvolvimentoterritorial/territorios-da-cidadania-1>> Acesso em: 01 de fevereiro de 2015.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas. Brasília: MDS; 2012b, 68p.
- BRASIL. Portaria 3.146, de 17 de dezembro de 2009. Estabelece recursos financeiros para Municípios com equipes de Saúde da Família, que aderirem ao Programa Saúde na Escola - PSE. Diário Oficial da União 18 dez. 2009b.

- BRASIL. Portaria interministerial 3.696, de 25 de novembro de 2010. Estabelece critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE) para o ano de 2010 e divulga a lista de Municípios aptos para Manifestação de Interesse. Diário Oficial da União 26 nov. 2010d.
- BRASIL. 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. Diário Oficial da União 11 jul. 2013d.
- BRASIL. Portaria interministerial nº 1.911, de 8 de agosto de 2011. Altera a Portaria Interministerial nº 3.696/MEC/MS, de 25 de novembro de 2010, que estabelece critérios para transferência de recursos aos Municípios credenciados ao Programa Saúde na Escola (PSE) e define lista de Municípios aptos a assinarem Termo de Compromisso Municipal. Diário Oficial da União 09 ago. 2011f.
- BRASIL. Portaria nº 1.348, de 18 de novembro de 1999. Brasília, 1999. Diário Oficial da União 19 nov. 1999. Disponível em: www.sna.saude.gov.br. Acesso em: 02 de fevereiro de 2015.
- BRASIL. Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN na assistência à saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a. 61 p.
- BURLANDY, L. A construção da política de segurança alimentar e nutricional no Brasil: estratégias e desafios para a promoção da intersetorialidade no âmbito federal de governo. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v14, n3, p851-860, 2009.
- BURLANDY, L.; GOMES, F.S; CARVALHO, C.M.P *et al.*, Intersetorialidade e potenciais conflitos de interesse entre governos e setor privado comercial no âmbito das ações de alimentação e nutrição para o enfrentamento de doenças crônicas não transmissíveis. *Vigilância Sanitária em Debate*, v2, n4, p124-29, 2014.
- BURLANDY, L.; MALUF, R.; ROCHA, C. Construção da política e da institucionalidade da segurança alimentar e nutricional no Brasil. In: LIMA, S.C *et al.*, Segurança alimentar e nutricional na comunidade dos países de língua portuguesa; desafios e perspectivas. Oficina de segurança alimentar e nutricional na CPLP, *World Nutrition Rio 2012*, Rio de Janeiro, 2012.
- BUSS PM, CARVALHO AI. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v14, n6, p2305-16, 2009.
- BUSS, P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v5, n1, p163-177, 2000.
- CALLE, E.E; THUN, M.J; PETRELLI. *et al.* Body-mass index and mortality in a prospective cohort of U.S. adults. *New England Journal of Medicine*, n341, p1097-105, 1999.
- CAMARGO JR, K.R Medicalização, farmacologização e imperialismo sanitário. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v29, n5, p844-846, 2013.

- CAMELO, R.S; MACKENZIE, P.A.T; MACKENZIE, C.C.S.S. Alimentação, Nutrição e Saúde em Programas de Transferência de Renda: Evidências para o Programa Bolsa Família. *Economia, Selecta*, Brasília (DF), v10, n4, p.685–713, 2009.
- CAMPOS, G.V.; BARROS, R.B.; CASTRO, A.D. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v9, n3, p. 745-749, 2004.
- CANELLA, D.S; NOVAES, H.M.D.; LEVY. Influência do excesso de peso e da obesidade nos gastos em saúde nos domicílios brasileiros. *Caderno de Saúde Pública*, v31, n11, p 2331- 41, 2015.
- CARVALHO, D.B.; MALTA, D.C; DUARTE, E.C *et al.* Estudo de caso do processo de formulação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição no Brasil. *Epidemiologia e Serviço de Saúde*, Brasília, v20, n4, p 449-458, 2011.
- CARVALHO, D.G. Licitações sustentáveis, alimentação escolar e desenvolvimento regional: uma discussão sobre o poder de compra governamental a favor da sustentabilidade. *Planejamento e políticas públicas*, n32, p115-148, 2009.
- CARVALHO, M. C. MARTINS, A. A obesidade como objeto complexo: uma abordagem filosófico-conceitual. *Ciência e Saúde Coletiva*, v9, n4, p1003-12, 2004.
- CASTRO, M.H. Interesses organizações e processos decisórios. Campinas: Unicamp: Núcleo de Estudos de Políticas Públicas NEPP; 1989.
- 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 e Contextos*, Porto Alegre, v14, n2, p387 - 402, 2015.
- CHAVES, L.G.; SANTANA, T.C.M; GABRIEL, C.G.L.F.R *et al.* Reflexões sobre a atuação do nutricionista no Programa Nacional de Alimentação Escolar no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, v18, n4, p917-26, 2013.
- CHOPRA, M.; GALBRAITH, S.; DARNTON-HILL, I. A global response to a global problem: The epidemic of overnutrition. *Bulletin of the World Health Organization*, v80, n12, p952-8, 2002.
- CHOR D, FAERSTEIN E. Um enfoque epidemiológico da promoção da saúde: as ideias de Geoffrey Rose. *Cadernos de Saúde Pública*, v16, n1, p241-44, 2000.
- COHEN, E; FRANCO, R. Avaliação de Projetos Sociais. Petrópolis, Vozes, 2004, p71.
- COHEN, M. M. Programa Médico de Família de Niterói (RJ): uma alternativa urbana do Programa Saúde da Família. *Saúde em Debate*, Londrina, v26, n61, p186-197, 2002.
- COHN A. “Políticas Sociais e Pobreza no Brasil”. *Planejamento e políticas públicas*, Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica, v6, n12, p1-18, 1995.
- COMMERLATTO. D, MATIELLO, A; COLLISELLI, L *et al.* Gestão de Políticas Públicas e intersetorialidade: diálogo e construções essenciais para os conselhos municipais. *Revista Katalisys*, v10, n2, p 265-71, 2007.

- CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS (BRASIL). Resolução nº 358 de 18 de maio de 2005. Dispõe sobre as atribuições do nutricionista no âmbito do Programa de Alimentação Escolar (PAE) e dá outras providências. Disponível em: <http://www.cfn.org.br/novosite/pdf/res/2005/res358.pdf>, Acesso em: 01 de janeiro de 2014.
- CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS (BRASIL). Resolução nº 465 de 25 de agosto de 2010. Dispõe sobre as atribuições do nutricionista, estabelece parâmetros numéricos mínimos de referência no âmbito do Programa de Alimentação Escolar (PAE) e dá outras providências. Disponível em: <http://www.cfn.org.br/novosite/arquivos/Resol-CFN-465-atribuicao-nutricionistaPAE.pdf>, Acesso em: 01 de janeiro de 2014.
- CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL (CONSEA). Ata da XII Plenária do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Brasília/DF. 02 de outubro de 2013.
- CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL (CONSEA). Exposição de Motivos. nº 004 - 2015/CONSEA. Brasília/DF, 06 de maio de 2015.
- CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL (CONSEA). Exposição de Motivos. nº 008-2012/CONSEA, Brasília/DF, 10 de outubro de 2012.
- CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL (CONSEA). GT – Alimentação Adequada e Saudável. Relatório Final, Brasília/DF, março 2007.
- COTTA, R.M.M.; MACHADO, J.C. Programa Bolsa Família e segurança alimentar e nutricional no Brasil: revisão crítica da literatura. *Revista Panamericana de Salud Publica*, Washington, v33, n1, p54-60, 2013.
- COULTHARD H.; BLISSET J. Fruit and vegetable consumption in children and their mothers. Moderating effects of child sensory sensitivity. *Appetite*, v52, n2, p410–5, 2009.
- COUTINHO, J.G.; GENTIL, P.C.; TORAL, N. A. desnutrição e a obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição. *Caderno de saúde pública*, Rio de Janeiro, v24, s332-s340, 2008.
- CUNHA, G.T.; CAMPOS, G.W.S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. *Saúde Sociedade*, São Paulo, v20, n4, p961-70, 2011.
- CUSTÓDIO, M.B.; YUBA, T.Y.; CYRILLO, D.C. Política de segurança alimentar e nutricional no Brasil: uma análise da alocação de recursos *Revista Panamericana de Salud Publica*, Washington, v33, n2, 2013.
- DAROLT, M. R.; LAMINE C.; BRANDEMBURG, A. A diversidade dos circuitos curtos de alimentos ecológicos: ensinamentos do caso brasileiro e francês. *Agriculturas*, v. 10 - n. 2, junho de 2013.

- DELOMIER, T.; FROHLICH, K.L.; POTVIN, L. Food and eating as social practice. Understanding eating patterns as social phenomena and implications for public health. *Sociology of Health & Illness*, v31, n2, p215- 28, 2009.
- DRAIBE, S. M. Avaliação de implementação: esboço de uma metodologia de trabalho em políticas públicas, In: BARREIRA, M.C.R.N.; CARVALHO, M.C.B. (org). Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais. São Paulo: IEE/PUC- SP, 2001. p14-42.
- DREWNOWSKI, A.; DARMON, N. The economics of obesity, dietary energy density and energy cost. *American Journal Clinical Nutrition*, v82, n1, pS265–S73, 2005.
- ERBAS, D.S. Uma análise da intersetorialidade no cumprimento das condicionalidades da saúde do Programa Médico de Família a partir das interfaces com o Programa Médico de Família de Niterói. Dissertação de mestrado em Política Social, Programa de estudos pós-graduados em política social. Niterói: ESS/ UFF, outubro de 2010.
- FARIA, C.A.P. Ideias, conhecimento e políticas públicas: um inventário sucinto das principais vertentes analíticas recentes. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v18, n51, p21.29, 2003.
- FARIA, R.M. A territorialização da atenção primária à saúde no sistema único de saúde e a construção de uma perspectiva de adequação dos serviços aos perfis do território. *Revista brasileira de Geografia Médica e da Saúde-Hygeia*, v9, n16, p131 - 47, 2013.
- FERREIRA, D.M et al. *Formação de profissionais para promoção da alimentação saudável nas escolas públicas de ensino fundamental no município de Niterói/RJ: experimento de uma proposta metodológica de educação nutricional*. Relatório de pesquisa, Edital Extpesq, Faperj, 2015.
- FERREIRA, I.R.C.; MOYSÉS, S.J.; FRANÇA, B.H.S et al. *Avaliação da intersetorialidade no Programa Saúde na Escola: utilização da metodologia de avaliação rápida*. Curitiba: Editora Champagnat, 2014b. p70.
- FERREIRA, I.R.C; MOYSÉS, S.J; FRANÇA, B.H.S et al. Percepções de gestores locais sobre a intersetorialidade no Programa Saúde na Escola. *Revista Brasileira de Educação*, Rio de Janeiro, v19, n56, 2014a.
- FERREIRA, V.A.; MAGALHÃES, R. Obesidade entre os pobres no Brasil: a vulnerabilidade feminina. *Ciência e Saúde Coletiva*, v16, n4, p2279-87, 2011.
- FIGUEIREDO, Simone Pallone. Medicalização da obesidade: a epidemia em notícia. Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Política Científica e Tecnológica da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP: [s.n.], 2009, p 236.
- FIGUEIREDO, T.A.M.; MACHADO, V.L.T.; ABREU, M.M.S. A saúde na escola: um breve resgate histórico. *Ciência e Saúde Coletiva*, v15, n2, p397-402, 2010.
- FOUILLEUX, E. Analisar a mudança: políticas públicas e debates num sistema em diferentes níveis de governança. *Estudos sociedade e agricultura*, v19, n1, p88-125, 2011.

- FREEMAN, R.; MAYBIN, J.O. Documents, practices and policy. *Evidence & Policy*, n7, p 155-170, 2011.
- FRENCH, S.; STORY, M.; JEFFERY, R. Environmental influences on eating and physical activity. *Annual Review of Public Health*, v22, p309-35, may, 2001.
- FREY, K. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. *Planejamento e políticas públicas*, Brasília, IPEA, n.21, p 211-59, jun., 2000.
- FRANZESE, C.; ABRUCIO, F. L. A combinação entre federalismo e políticas públicas no Brasil pós-1988: os resultados nas áreas de saúde, assistência social e educação. In: Franzese, C. *Reflexões para Ibero-América: avaliação de programas sociais*. Brasília: Escola Nacional de Administração Pública. p.25-42. 2009.
- GABRIEL, C. T; CASTRO, M. M. Conhecimento escolar: objeto incontornável da agenda política educacional contemporânea. *Revista Educação em Questão*, Natal, v45, n31, p82-110, 2013.
- GEUS, L.M.M, MACIEL CS, BURDA ICA, *et al.* A importância da inserção do nutricionista na saúde da família. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v16, p797-804, 2011.
- GIGANTE, D.P.; MOURA, E.C.; SARDINHA, L.M.V. Prevalência de excesso de peso e obesidade e fatores associados, Brasil, 2006. *Revista de Saúde Pública*; v43, (Supl. 2), p83-9, 2009.
- GOMES, F.S. Conflitos de interesse em alimentação e nutrição. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v31, n10, p2039-46, 2015.
- GOMES, F.S.; CASTRO, I.R.R.; MONTEIRO, C.A. Publicidade de alimentos no Brasil: avanços e desafios. *Ciência e Cultura*, São Paulo, v62, n4, p 48-51, 2010.
- GOMES, LÍVIA CARDOSO. O desafio da intersetorialidade: a experiência do Programa Saúde na Escola (PSE) em Manguinhos, no município do Rio de Janeiro. 2012. 173 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.
- GRIGGS, S.; HOWARTH, D. Discourse and practice: using the power of well-being. *Evidence & Policy*, v7, n2, p213–26, 2011.
- GRISA, C. Diferentes olhares na análise de políticas públicas: considerações sobre o papel do Estado, das instituições, das ideias e dos atores sociais. *Sociedade e Desenvolvimento Rural*, v4, n1, 2010.
- GUIMARÃES, A.M. Novos regimes de ver, ouvir e sentir afetam a vida escolar. *Educação*, Santa Maria. v35, n3, p413-430, 2010.
- GUSTAFSSON, U.; WILLS, W.; DRAPER, A. Food and public health: contemporary issues and future directions, *Critical Public Health (on line)*, p 1-9, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/09581596.2011.625759>. Acesso em: 02/02/2015.

- HALL, P.A.; TAYLOR, R.C.R. As três versões do neo-institucionalismo. *Lua Nova*, São Paulo, n58, p. 193-223, 2003.
- HALL, PA. The role of interests, institutions and ideas in the comparative political economy of the industrialized nations, 1996.
- HENRIQUES, P.; DIAS, P.C.; BURLANDY, L. A regulamentação da propaganda de alimentos no Brasil: convergências e conflitos de interesses. *Caderno Saúde Pública*, v30, n6, p1219-28, 2014.
- HESPAHOL, R.A.M. A adoção da perspectiva territorial nas políticas de desenvolvimento rural no Brasil. *Campo-território: Revista de geografia agrária*, v5, n10, p123-47, 2010.
- HÖFLING, E.M. Estado e políticas (públicas) sociais. *Cadernos Cedes*, ano XXI, nº 55, p 30-41, nov, 2001.
- HÜBNER, L.C.M.; FRANCO, T. B. O Programa Médico de Família de Niterói como Estratégia de Implementação de um Modelo de Atenção que Contemple os Princípios e Diretrizes do SUS. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v17, n1, p173-91, 2007.
- INOJOSA, R.M. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersetorialidade. *Cadernos Fundap*, São Paulo, n 22, p 102-110, 2001.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DO CONSUMIDOR (IDEC). Martins APB (Org.). Rotulagem de alimentos e doenças crônicas: percepção do consumidor no Brasil. *Cadernos Idec*. Série Alimentos. São Paulo: IDEC, v3, 2014.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=330330>> Acesso em: 30 de janeiro 2015b.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/pesquisas/pesquisa_resultados.php?id_pesquisa=25> Acesso em: 20 de julho de 2016.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos do Brasil*. Brasília: IBGE, 2010a.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde. Brasil e grandes regiões. Rio de Janeiro: IBGE, 2015a.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2009 (PeNSE). Avaliação do estado nutricional dos escolares do 9º ano do ensino fundamental: municípios das capitais e Distrito Federal*. Rio de Janeiro: IBGE, 2010b.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD: Suplemento Saúde*. Rio de Janeiro: IBGE, 2010c.

- INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). *Brasil em desenvolvimento: Estado, planejamento e políticas públicas*. Brasília: IPEA, 2009.
- JACÓE, N. B.; AQUINO, N.M.; PEREIRA, S.C.L *et al.* O olhar dos profissionais de uma unidade básica de saúde sobre a implantação do Programa Saúde na Escola. *Revista Médica de Minas Gerais*, Minas Gerais, v24, n1, S43-S4844, 2014.
- JAIME, P.C.; SILVA, A.C.F.; LIMA, A.M.C; *et al.* Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no governo brasileiro. *Revista de Nutrição*, Campinas, v24, n6, p809-24, 2011.
- JUNGES, J.R; BARBIANI, R. Interfaces entre território, ambiente e saúde na atenção primária: uma leitura bioética. *Revista bioética*, v21, n2, p207-17, 2013.
- JUNQUEIRA, L. A. P. Descentralização, intersetorialidade e rede como estratégias de gestão da cidade. *Revista FEA-PUC-SP*, São Paulo, v1, p57-72, nov, 1999.
- JUNQUEIRA, L.A.P. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v34, n6, p35-45, 2000.
- JUNQUEIRA, T.O. COTTA RMM. Matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção básica de Saúde: referencial para a formação do nutricionista no contexto da educação por competências. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v 19, p1459-74, 2014.
- KNOPP, G.; ALCOFORADO, F. Governança social, intersetorialidade e territorialidade em políticas públicas: o caso da OSCIP centro mineiro de alianças intersetoriais (CEMAIS). III Congresso Consad de Gestão Pública. Painel 29/111 - A governança social e a intersetorialidade: formação de redes em torno de políticas públicas. Brasília/DF, mar 2010.
- KÖPTCKE, 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 coletiva*, Brasília, v9, n3, p213-232, set, 2015.
- LEITE, C.K.S; FONSECA, F. Federalismo e políticas sociais no Brasil: impasses da descentralização pós-1988. *Organizações & Sociedade*, Salvador, v18, n56, p 99-117, 2011.
- LEVI, M. Uma lógica de mudança institucional. *Dados-Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, IUPERJ, Rio de Janeiro, v34, n1, 1991.
- LIMA, A.E.F.; SAMPAIO, J. L. F. Segurança alimentar nutricional: uma perspectiva interdisciplinar e sua contribuição para as ciências humanas e ambientais. *REDE, Revista Eletrônica do PRODEMA*, Fortaleza, v9, n2, p93-110, 2015.
- LIMA, L.D.; MACHADO, C.V.; GERASSI, C.D.O neo-institucionalismo e a análise de políticas de saúde: contribuições para uma reflexão crítica. In MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. *Caminhos para análise das políticas de saúde*, 2011. p.111-137 . Disponível em: www.ims.uerj.br/ccaps.
- LIMA; D'ASCENZI. Implementação de políticas públicas: perspectivas analíticas. *Revista Sociologia Política*, Curitiba, v21, n48, p101-110, 2013.

- LOTTA, G. O papel das burocracias do nível da rua na implementação de políticas públicas: entre o controle e a discricionariedade. In: FARIA, C. A (org). *Implementação de Políticas Públicas*. Teoria e Prática. Editora PUCMINAS, Belo Horizonte, 2012.
- LOTTA, G.; FAVARETO, A. Desafios da integração nos novos arranjos institucionais de políticas públicas no Brasil. *Revista de Sociologia Política*. v24, n57, p49-65, 2016.
- LOTTA, G.S.; GONÇALVES, R.; BITELMAN, M. A coordenação federativa de políticas públicas: uma análise das políticas brasileiras nas últimas décadas. *Cadernos Gestão Pública e Cidadania*, São Paulo, v19, n64, 2014.
- LOTTA, G.S.; VAZ, J.C. Arranjos institucionais de políticas públicas: aprendizados a partir de casos de arranjos institucionais complexos no Brasil. *Revista do Serviço Público*, Brasília, v66, n2, p171-194, 2015.
- LUCENA, CARLA MOUSINHO FERREIRA. *Dicotomias conceituais: análise sobre a concepção de promoção da saúde utilizada no programa saúde na escola e na estratégia saúde da família*. Dissertação de mestrado apresentada ao programa de pós-graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, 2015, 141p.
- LUDWIG, D.S.; PETERSON, K.E.; GORTMAKER, S.L. Relation between consumption of sugar-sweetened drinks and childhood obesity: a prospective, observational analysis. *Lancet*, v357, n9255, p505-8, 2001.
- LUZ MT. Complexidade do Campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas – análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. *Saúde Sociedade*. São Paulo, v18, n2, p304-311, 2009.
- MACHADO, C.B. A violência urbana e as repercussões nas ações de cuidado no território da saúde da família. Dissertação de mestrado apresentada ao programa de pós-graduação em Ciências do Cuidado em Saúde da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense. UFF, 2015, 106p.
- MAGALHÃES, R. (COORD). Avaliação de Ações Intersetoriais em Saúde, Edital Cidades Saudáveis, Fiocruz, 2010 (relatório de pesquisa).
- MAGALHÃES, R.; BODSTEIN, R. Avaliação de iniciativas e programas intersetoriais em saúde: desafios e aprendizados. *Ciência e Saúde Coletiva*, v14, n3, p861-868, 2009.
- MAGALHÃES, R.; SENNA, M. D.E. C. Local implementation of the Family Health Program in Brazil. *Caderno de Saúde Pública*, v22, n12, p549-59, 2006.
- MALTA, D.C. SILVA, J.B. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil após três anos de implantação, 2011-2013. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, v23, n3, p389-95, 2014.
- MALTA, D.C.; MORAIS, NETO, O.L.; SILVA JUNIOR, J.B. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v20, n4, p425-38, 2011.

- MALTA, D.C.; SILVA JUNIOR, J.B. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v22, n1, p151-64, 2013.
- MALUF, R. Segurança alimentar e nutricional. Rio de Janeiro: Vozes; 2007
- MARQUES, E.C. Notas críticas à literatura sobre Estado, Políticas Estatais e Atores Políticos. *Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais- BIB*, Rio de Janeiro, v43, p67-102, 1997.
- MARTINS, A.P.; LEVY, R.B.; CLARO, R.M *et al.* Participação crescente de produtos ultraprocessados na dieta brasileira (1987-2009). *Revista de Saúde Pública*, v47, n4, p656-65, 2013.
- MASCARENHAS, M.; ALMEIDA, C. M. O Programa Médico de Família de Niterói (PMFN): uma agenda para reflexão. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v26, n60, p82-102, 2002.
- MASCARENHAS, MÔNICA TEREZA MACHADO. Avaliando a implementação da atenção básica em saúde no município de Niterói, RJ: Estudos de caso em Unidade Básica de Saúde e Módulo do Programa Médico de Família, Tese defendida na Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), 2003.
- MAZZOCCANTE, R.P; MORAES, J.F.V.N; CAMPBELL, C.S.G. Gastos públicos diretos com a obesidade e doenças associadas no Brasil. *Revista de Ciências Médicas*, Campinas, v21, n1-6, p25-34, 2012.
- MENDES, E.V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família [Internet]. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf>. Acesso em: 04 de fevereiro de 2015.
- MENDONÇA, C.P.; ANJOS, L.A. Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso/obesidade no Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, v20, n3, p698-709, 2004.
- MONKEN, M.; PEITER, P.; BARCELLOS, C *et al.* O território da saúde: construindo referências para a análise em saúde e ambiente. In: MIRANDA AC; BARCELOS C; MOREIRA JC (org). *Território ambiente e saúde*, Editora Fiocruz, 2008.p 23-41.
- MONNERAT, G. L.; SOUZA, R.G. Política social e intersetorialidade: consensos teóricos e desafios práticos. *SER Social*, Brasília, v12, n26, p200-20, 2010.
- MONNERAT, G.L.; ALMEIDA, N.L.T.; SOUZA, R.G. (Org). A intersetorialidade na agenda das políticas sociais. Campinas, *Papel Social*; 2014.
- MONTEIRO CA, CANNON G, LEVY RB *et al.* NOVA. A estrela brilha. [Classificação dos alimentos. Saúde Pública]. *World Nutrition*. Janeiro-Março, v7 n 1-3, p28-40, 2016

- MONTEIRO, C.A.; LEVY, R.B.; CLARO, R.M *et al.* Increasing consumption of ultra-processed foods and likely impact on human health: evidence from Brazil. *Public Health Nutrition*, v14, n1, p5–13, 2011.
- MONTEIRO, P.H.N.; BIZZO, N. A saúde na escola: análise dos documentos de referência nos quarenta anos de obrigatoriedade dos programas de saúde, 1971-2011. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p653-73, 2013.
- MORTOZA, A.S. *A obesidade como expressão de questão social: nutrição e estigma*. Tese de doutorado defendida no Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade de Brasília, 2011. p201.
- MOYSÉS, N.M.N. Projeto Niterói: uma tentativa de recuperação da história recente. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, v23, n1, p46-63, 1989.
- MOYSES, S.T.; FRANCO DE SA, R. Planos locais de promoção da saúde: intersectorialidade(s) construída(s) no território. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v19, n11, p 4323-30, 2014 .
- MULLER PIERRE. L'analyse cognitive des politiques publiques: vers une sociologie politique de l'action publique. *Revue française de science politique*, v50, n2, p189-208, 2000.
- MULLER, P.; SUREL, Y. 2010. A análise das políticas públicas. 3 ed, Pelotas: Educat, 2010
- MUNARI D.B.; BEZERRA, A. L.Q. Inclusão da competência interpessoal na formação do enfermeiro como gestor. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília (DF), v57, n4, p 484-6, 2004.
- NASCIMENTO, D.D.G, OLIVEIRA, M.A.C. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *O mundo da saúde*, São Paulo, v34, n1, p92-6, 2010.
- NASCIMENTO, S. Reflexões sobre a intersectorialidade entre as políticas públicas. *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n. 101, p. 95-120, mar, 2010
- NAVOLAR, T.S.; TESSER, C.D.A.; AZEVEDO, E. Contribuições para a construção da nutrição complementar integrada. *Interface (Botucatu)*, v16, n41, p 515-28, 2012.
- NETO, J.L.F.; KIND, L.; RESENDE, M.C.C *et al.* Processos da construção da Política Nacional de Promoção da Saúde. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v29, n10, p1997-2007, 2013.
- NITERÓI. Lei nº 2659, de 19 de novembro de 2009 -. Proíbe a comercialização, a aquisição, a confecção, a distribuição e a publicidade de produtos que contribuem para a obesidade infantil e dá outras providências. *A Tribuna*, de 20 de nov, 2009.
- NITERÓI. FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO.
<<http://www.educacaoniteroi.com.br/2016/03/rede-municipal-de-niteroi-debate-base-nacional-comum-curricular/>> Acesso em: 11 de abril de 2016.

- NITERÓI. FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE. Núcleo de Educação Permanente. I Encontro Municipal do Programa Saúde da Escola e do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (folder do evento), agosto, 2014.
- OLIVEIRA, M.A.C, PEREIRA, I.C. Atributos essenciais da atenção Primária e a estratégia Saúde da família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v66 (supl), p158-64, 2013.
- OLIVEIRA. A. Burocratas da linha de frente: executores e fazedores das políticas públicas. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v46, n6, p1551-73, 2012.
- OLIVEIRA RF, CAVALCANTI CR. Relações federativas no financiamento da educação básica: compreendendo o papel da União por meio dos atos normativos do FNDE. *Revista Educação Online*, n15, p 36-56, 2014.
- OMS. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas sanitarias mundiales, 2012. p178.
- PEIXINHO, A.M.L. A trajetória do Programa Nacional de Alimentação Escolar no período de 2003-2010: relato do gestor nacional. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v18, n4, Apr. 2013.
- PINHEIRO, R.; PERES, A.M.A.M.; VELLOSO, G.; CALDAS, M.S. Apoio regional no estado do Rio de Janeiro, Brasil: um relato de experiência. *Interface (Botucatu)*, v18, n1 (supl), p1125-33, 2014.
- PINHEIRO, R; MATTOS, R.A (Org). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2009. 184p.
- POLI NETO, P. A medicalização da beleza. Dissertação de mestrado apresentada na Universidade Federal de Santa Catarina; Florianópolis, 2006. Disponível em: <<http://www.tede.ufsc.br/teses/PSPB0122.pdf>> Acesso em: 20 de setembro de 2016.
- POTVIN, L. On the nature of programs: health promotion programs as action. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v9, n3, p731-738, 2004.
- POTVIN, L.; BISSET, S. There is more to methodology than method. In: POTVIN, L.; MCQUEEN, D (eds.). *Health Promotion Evaluation Practices in the Americas: Values and Research*, Springer Science Business Media, NY, 2008. p63-78.
- RAMOS, F.P.; SANTOS, L.A.S.; REIS, A.B.C. Educação alimentar e nutricional em escolares: uma revisão de literatura. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v29, n11, p2147-61, 2013.
- RAMOS, S. C.; TAKAHASHI, A. R. W.; ROGLIO, K. D. Análise da Produção Nacional sobre Processo Decisório no Período de 2004-2014. Contextus - Revista Contemporânea de Economia e Gestão, v. 13, n. 3, p. 156-184, 2015.
- RECINE, E.; VASCONCELLOS, A.B. Políticas nacionais e o campo da Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva: cenário atual. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v16, n1, Rio de Janeiro, 2011.

- REIS, C.E.G.; ARAGÃO, I.L.; BARROS, J.F.N. Políticas públicas de nutrição para o controle da obesidade infantil. *Revista Paulista de Pediatria*, São Paulo, v29, n4, p625-33, 2011.
- REZENDE, M.; BAPTISTA, T.W.F.; FILHO, A.A. O legado da construção do sistema de proteção social brasileiro para a intersetorialidade. *Revista Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v13, n.2, p301-22, 2015.
- RIGO, L.C.; SANTOLIN, C.B. Combate à obesidade: uma análise da legislação brasileira. *Movimento*, Porto Alegre, v18, n2, p279-96, 2012.
- RIGON, S.A.; SCHMIDT, S.T.; BÓGUS, C.M. Desafios da nutrição no Sistema Único de Saúde para construção da interface entre a saúde e a segurança alimentar e nutricional. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v32, n3, e00164514, mar, 2016.
- RIO DE JANEIRO (Estado). Decreto nº 45.692 de 17 de junho de 2016. Declara estado de calamidade pública, no âmbito da administração financeira do estado do rio de janeiro, e dá outras providências. *Diário oficial do Estado do Rio de Janeiro*, 17 jun. 2016.
- ROCHA, C.V. Neoinstitucionalismo como modelo de análise para as Políticas Públicas, algumas observações. *Civitas*, Porto Alegre, v5, n1, p11-28, 2005.
- ROZENDO, C.; BASTOS, F.; MOLINA, W.S.L. Desafios institucionais para a inclusão da agricultura familiar no Programa Nacional de Alimentação Escolar. *Cronos: Revista do Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais da UFRN*, Natal, v14, n2, p23 – 35, 2013.
- SABATIER, P. A.; MAZMANIAN, D. A. La implementación de la política pública: un marco de análisis. In: VAN METER, D. S.; VAN HORN, C. E.; REIN, M.; RABINOVITZ, F. F.; ELMORE, R. (dirs.). *La implementación de las políticas*, México: Miguel Angel Porrúa, 1996.
- SALAZAR, L.; GRAJALES, C.D. La evaluación-sistematización: una propuesta metodológica para la evaluación en promoción de la salud. Un estudio de caso en Cali, Colombia. *Ciência e Saúde Coletiva*, v9, n3, p545-55, 2004.
- SANTOS, A. M.; SCHERER, P.T. Reflexões acerca das políticas públicas no enfrentamento a obesidade no Brasil. *Sociedade em Debate*, Pelotas, v17, n1, p219-36, 2011.
- SANTOS, L.M.P.; SANTOS, S.M.C.; SANTANA, L.A.A *et al.* Avaliação de políticas públicas de segurança alimentar e combate à fome no período 1995-2002. 4 – Programa Nacional de Alimentação Escolar. *Caderno Saúde Pública*, v23, n11, p2681-93, 2007.
- SANTOS, M. *A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção*. 4 ed. São Paulo: Edusp, 2006.
- SARAIVA, E. B.; SILVA, A.P.F.; SOUSA, A. A *et al.* Panorama da compra de alimentos da agricultura familiar para o Programa Nacional de Alimentação Escolar. *Ciência e Saúde Coletiva*, v18, n4, p927-36, 2013.
- SÁ-SILVA, J.R.; ALMEIDA, C.D.; GUINDANI, J.F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Revista brasileira de História e Ciências Sociais*, ano 1. n1, Jul, 2009.

- SCHUTZ, F.; MIOTO, R.C.T. Intersetorialidade e política social: subsídios para o debate. *Sociedade em Debate*, Pelotas, v6, n1, p59-75, 2010.
- SENN, M. C. M.; COHEN, M. M. Modelo assistencial e estratégia saúde da família no nível local: análise de uma experiência. *Ciência e Saúde Coletiva*, v7, n3, p523-535, 2002.
- SENN, M.C.M. Ações intersetoriais envolvendo assistência social e saúde: o programa bolsa família em questão. *O Social em Questão*, Ano XVII, v30, p245-72, 2013.
- SENN, M.C.M.; COSTA, A.M.; SILVA, L.N. Atenção à saúde em grandes centros urbanos: desafios à consolidação do SUS. *Sociedade em Debate*, Pelotas, v16, n1, p121-137, 2010.
- SERAFIM, R.P.; DIAS, M.P. Análise de política: uma revisão da literatura. *Cadernos Gestão Social*, Rio Grande do Sul, v3, n1, p121-34, 2012.
- SEVERO, S.B.; SEMINOTTI, N. Integralidade e transdisciplinaridade em equipes multiprofissionais na saúde coletiva. *Ciência e Saúde Coletiva*, v15, n1, p1685-98, 2010.
- SICHERI, R.; SOUZA, R.A. Estratégias para prevenção da obesidade em crianças e adolescentes. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v24, n2, pS209-S234, 2008.
- SIDANER, E.; BALABAN, D.; BURLANDY, L. The Brazilian school feeding programme: an example of an integrated programme in support of food and nutrition security. *Public Health Nutrition*, v16, n6, p 989-994, 2012.
- SILVA, C.S.; BODSTEIN, R.C.A. Referencial teórico sobre práticas intersetoriais em Promoção da Saúde na Escola. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v21, n6, p1777-88, 2016.
- SILVA, K.L.; SENA, R.R.; AKERMAN, M *et al.* Intersetorialidade, determinantes socioambientais e promoção da saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v19, n1, p4361-70, 2014.
- SILVA, K.L.; SENA, R.R.; SILVA, P. M *et al.* Institucionalização de programas de promoção da saúde: definições na gestão municipal. *Revista de enfermagem UFPE*, Recife, v9, n12, p1190-7, 2015.
- SILVA, M.R; PIRES G. L; PEREIRA, R. S. (Editorial) A base nacional comum curricular da educação básica em tempos de neoconservadorismo e de “neoliberalismo que saiu do armário”; mas também de tempos de resistência: fora temer!!! *Motrivivência*, Florianópolis, v. 28, n48, p 7-14, set, 2016.
- SILVA, M.V; DANELON M.S. Conselhos de Alimentação Escolar (CAEs): análise dos pareceres conclusivos sobre a execução do Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE). *Segurança Alimentar e Nutricional*, Campinas, v20, n1, p122-35, 2013.
- SILVA-ARIOLI, I.G.; SCHNEIDER, D.R.; BARBOSA, T.M.; *et al.* Promoção e Educação em Saúde: Uma Análise Epistemológica. *Psicologia: ciência e profissão*, v33, n3, p672-87, 2013.
- SIQUEIRA, R.L.; COTTA, R.M.M.; RIBEIRO, R.C.L *et al.* Análise da incorporação da perspectiva do Direito Humano à Alimentação Adequada no desenho institucional do

- Programa Nacional de Alimentação Escolar. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v19, n1, p301-310, 2014.
- SOUSA, CAMILLE MELO BARRETO. *A trajetória de implementação do Programa Médico de Família em Niterói: continuidades e mudanças nos anos 2000*. Dissertação apresentada na Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP, 2015.
- SOUSA, F.G.M.; ERDMANN, A.L, MOCHEL, E.G. Condições limitadoras para a integralidade do cuidado à criança na atenção básica de saúde. *Texto e Contexto, Enfermagem*, Florianópolis, v 20, (Esp), p263-71. 2011.
- SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. *Sociologias*, Porto Alegre, v8, n16, p20-45, 2006.
- SOUZA, N.P.; LIRA, P.I.C.; ANDRADE, L *et al.* O programa saúde na escola e as ações de alimentação e nutrição: uma análise exploratória. *Revista de Atenção Primária a Saúde*, Juiz de Fora; MG, v18, n3, p360 – 367, 2015.
- SPINK, M.J.; MEDRADO, B.; MELLO, R.P.P. Probabilidade e Oportunidade: A Linguagem dos Riscos na Mídia. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v15, n1, p151-64, 2002.
- SPINK, M.J.; MENEGON, V.M. Práticas discursivas como estratégia de governamentalidade: a linguagem dos riscos em documentos de domínio público. In: INIGUEZ, L. (org). *Análise do discurso em ciências sociais*. Petrópolis: Editora Vozes; 2005. p. 258-303.
- SPOSATI, A. Gestão pública intersetorial: sim ou não? Comentário de experiência. *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n85, p133-141, mar, 2006.
- STARFIELD B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde; 2002.
- SUMAR N.; FAUSTO M.C.R. *Atenção Primária à Saúde: a construção de um conceito ampliado*. *J Manag Prim Health Care*; v 5, n 2, p202-212, 2014.
- SWINBURN, B.; EGGER, G.; RAZA, F. Dissecting Obesogenic Environments: The Development and Application of a Framework for Identifying and Prioritizing Environmental Interventions for Obesity. *Preventive Medicine* n29, p563–570, dec, 1999.
- SWINBURN, B.; KRAAK V.; RUTTER, *Het al.* Strengthening of accountability systems to create healthy food environments and reduce global obesity. www.thelancet.com. Published online, v18, Feb, 2015. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61747-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61747-5) Acesso em: 20 de setembro de 2016.
- TEIXEIRA, S.C.S.; MONTEIRO, V.O.; MIRANDA, V.A. Programa médico de família no município de Niterói. *Estudos Avançados*, São Paulo, v13, n35, p 147-55, 1999.
- TENÓRIO, F. G.VILLELA L. E.; DIAS, A.F *et al.* Critérios para a avaliação de processos decisórios participativos deliberativos na implementação de políticas públicas. In: III Encontro de administração pública e governança, 2008, Salvador. Anais. Curitiba: Anpad, 2008.

- TESSER, C.D.; POLI NETO, P.; CAMPOS, G.W.S. Acolhimento e (des) medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v15, Supl. 3, p3615-24, 2010.
- TRASANDE, L.; CRONK, C.; DURKIN, M *et al.* Environment and Obesity in the National Children's Study. *Ciência e Saúde Coletiva*, v15, n1, p195-210, 2010.
- TRICHES, R. M; GRISA, C. Entre mudanças e conservadorismos: uma análise dos programas de aquisição de alimentos (PAA e PNAE) a partir da retórica da intransigência. *Revista Nera*, v18, n26, p 10-27, 2015.
- TRICHES, R.M.; GERHARDT, T.E.; SCHNEIDER, S. Políticas alimentares: interações entre saúde, consumo e produção de alimentos. *Interações*, Campo Grande, v15, n1, p109-120, 2014.
- TRICHES, R.M; SCHNEIDER, S. Desestruturar para construir: interfaces para a agricultura familiar acessar o programa de alimentação escolar. *Estudos Sociais e Agricultura*, Rio de Janeiro, v20, n1, p66-105, 2012.
- TUMELERO, S.M. Intersetorialidade na gestão social de políticas públicas. VI ENAPEGS, 2012.
- TURPIN, M.E. A alimentação escolar como fator de desenvolvimento local por meio do apoio aos agricultores familiares. *Segurança Alimentar e Nutricional*, v16, Supl. 2, p20-42, 2009.
- VALENTE, L.S.F. Segurança alimentar e nutricional: transformando natureza em gente. In: VALENTE, L.S.F. (org.). *Direito humano à alimentação: desafios e conquistas*, São Paulo: Cortez, 2002. p103-136.
- VASCONCELLOS, M.; ANJOS, L.A.; VASCONCELLOS, M.T.L. Estado nutricional e tempo de tela de escolares da Rede Pública de Ensino Fundamental de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v29, n4, p713-722, 2013.
- VASCONCELOS FAG, BATISTA FILHO M. História do campo da Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva no Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2011; 16 (1):81-90.
- VASCONCELOS, F.A.G. A inserção do nutricionista no Sistema Único de Saúde. In: TADDEI JAAC, LANG RMF, LONGO-SILVA G, TOLONI MHA (org). *Nutrição em saúde pública*. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2011, p. 423-35.
- VASCONCELOS, F.A.G. Combate à fome no Brasil: uma análise histórica de Vargas a Lula. *Revista de Nutrição*, Campinas, v18, n4, p439-457, 2005.
- WANDERLEY, E.M.; FERREIRA, V.A. Obesidade: uma perspectiva plural. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v15, n1, p185-94, 2010.
- WHO. Obesity and other hyperalimentation (E65-E68). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10) - WHO Version for 2016. <<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en#/E65-E68>>. Acesso em: 10 de junho de 2016.

- WHO. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation (WHO Technical Report Series 894), 253p, 2000.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Population-based approaches to childhood obesity prevention. Geneva: World Health organization, 2012. 54p
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Report of the commission on ending childhood obesity. Geneva: World Health organization, 2016. 53p
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). The global strategy on diet and physical activity and health. Geneva: World Health organization, 2004.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). WHO. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. WHO Technical Report Series, Geneva: World Health organization, n854, 1995. 452p
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO/FAO) Expert Consultation. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. WHO Technical Report Series, Geneva: World Health organization, n916, 2003. 149p

APÊNDICES

APÊNDICE A - ROTEIROS DE ENTREVISTAS E GRUPOS FOCAIS

1- ROTEIRO DE ENTREVISTAS:

1.1-Gestores do PSE (saúde e educação)

- Apresentação e aproximação: identificação do entrevistado, formação do entrevistado, função que ocupa no momento e tempo na função e trajetória até o momento.
- O que pensa sobre a questão da obesidade, especialmente entre escolares, e sobre os possíveis fatores que vem contribuindo para o problema.
- O município vem desenvolvendo alguma estratégia ou ação com vistas a afetar a obesidade e ou as práticas alimentares de escolares?
- O que você acha que a escola poderia fazer para enfrentar essa questão?
- Como as equipes do programa médico de família lidam com a obesidade no cotidiano do trabalho no território? Existe alguma iniciativa mais específica sendo implementada em algum território? E nas escolas?
- No município quem é responsável e quem participa das ações do PSE? Qual o papel da rede convencional (Atenção Básica) e dos módulos do PMF em um mesmo território? Como ocorre o planejamento das ações? Como se dá a organização do PMF com as escolas, apenas para a saúde?
- Quais são as ações que estão sendo desenvolvidas? Por quem?
- Você saberia me dizer que critérios foram utilizados para selecionar as escolas para participar do PSE?
- Como ocorre o planejamento das atividades do PSE no nível de gestão e no nível local? Que tipos de informações são consideradas neste processo?
- Como você avalia a estratégia NUTRISUS? Como vem sendo implementado no município? Como se deu a organização e articulação com a educação?
- Como você acha que as ações do PSE podem contribuir com a promoção da saúde e da alimentação saudável da comunidade escolar?
- Existe algum espaço ou mecanismo de articulação entre diferentes setores do governo municipal (GTIs)? Se existe, como é sua dinâmica? Quem participa?
- Como são mobilizados os recursos para a implementação das ações do PSE?
- Que sistemas de informação estão sendo utilizados para o registro das informações do PSE? Como é essa dinâmica?
- Existe algum espaço formal ou informal de articulação entre a equipe de gestão da alimentação escolar e as equipes do PSE, ainda que no nível de gestão? Vocês têm acesso ao cardápio oferecido nas escolas?
- A implementação do PSE afetou de alguma forma o trabalho que vinha sendo desenvolvido no município, seja na gestão central ou nas escolas? De que forma?
- Considerando a convergência do PNAE e do PSE nas escolas, fale sobre experiências que considera interessantes e experiências que considera negativas relacionadas a esses programas.
- Como você avalia o impacto do modelo de organização da atenção básica do município sobre as ações do PSE, considerando a especialmente a inexistência de NASFs (apenas para a saúde)?

1.2- Área Técnica de Alimentação e Nutrição (ATAN)

- Apresentação e aproximação: identificação do entrevistado, formação do entrevistado, função que ocupa no momento e tempo na função, trajetória até o momento.
- O que pensa sobre a questão da obesidade, especialmente entre escolares e sobre os possíveis fatores que vem contribuindo para o problema?
- Na sua opinião como essa questão deve ser enfrentada?
- Você tem conhecimento de alguma estratégia ou ação desenvolvida pelo município com vistas a afetar a obesidade e/ou as práticas alimentares de escolares? E em outros grupos populacionais?
- Que papel você acha que a escola tem no enfrentamento desse problema?
- Como a área técnica de alimentação do município lida com a obesidade? Existe alguma iniciativa mais específica sendo implementada em algum território? E/ou nas escolas?
- A área técnica de alimentação conta com espaços formais ou informais de interlocução com a coordenação do PMF no município? Quais são os espaços? Como é a dinâmica?
- O PSE vem sendo implementado no município de que forma e desde quando? Qual o papel de cada setor? Qual o papel da rede convencional (Atenção Básica) e dos módulos do PMF em um mesmo território? Como ocorre o planejamento das ações?
- O PSE vem sendo desenvolvido em quantas escolas do município? Quais? Como ocorre o planejamento das atividades do PSE? Como foi a definição das escolas? Quais critérios foram utilizados?
- Quais as ações que estão sendo desenvolvidas? Por quem?
- Como você avalia a estratégia NUTRISUS? Nessa estratégia, como se deu a organização? E articulação com a educação?
- Existe algum espaço ou mecanismo de articulação entre diferentes setores do governo municipal (GTIs)? A área técnica de alimentação participa? Como?
- Você saberia dizer de que forma são mobilizados os recursos para a implementação das ações do PSE?
- Vocês, da área técnica de NA, têm acesso aos sistemas de informação do PSE? Como estão sendo utilizados para o registro das informações do PSE? Como é essa dinâmica?
- Como você acha que as ações do PSE podem contribuir com a promoção da saúde e da alimentação saudável da comunidade escolar?
- Você acha que a implementação do PSE afetou de alguma forma o trabalho que vinha sendo desenvolvido no município, seja na gestão central ou nas escolas?
- Fale sobre experiências que considera interessantes e experiências que considera negativas relacionadas com o PSE na escola.
- Como você avalia o papel de programas como PSE e o PNAE no enfrentamento da obesidade?
- Como você avalia o impacto do modelo de organização da atenção básica do município sobre as ações do PSE, considerando especialmente a inexistência de NASFs.

1.3-Gestor do PMF

- Apresentação e aproximação: identificação do entrevistado, formação do entrevistado, função que ocupa no momento e tempo na função, trajetória até o momento.
- O que pensa sobre a questão da obesidade, especialmente entre escolares, e sobre os possíveis fatores que vem contribuindo para o problema.
- O município vem desenvolvendo alguma estratégia ou ação com vistas a afetar a obesidade e ou as práticas alimentares de escolares?
- O que você acha que a escola poderia fazer para enfrentar essa questão?
- Como as equipes do programa médico de família lidam com a obesidade no cotidiano do trabalho no território? Existe alguma iniciativa mais específica sendo implementada em algum território? E nas escolas?
- Como você acha que as ações do PSE podem contribuir com a promoção da saúde e da alimentação saudável da comunidade escolar?
- Fale sobre a organização da AB e PMF no município.
- (As questões a seguir sobre o PSE foram suprimidas, pois a entrevistada não tinha muita informação sobre o PSE. As questões deveriam ser tratadas em outra entrevista com a coordenadora técnica do PMF) – entrevista não realizada
- No município quem participa das ações do PSE? Qual o papel da rede convencional (Atenção Básica) e dos módulos do PMF em um mesmo território? Como ocorre o planejamento das ações? E organização do PMF com as escolas? Quais as ações que estão sendo desenvolvidas? Por quem?
- Você saberia me dizer que critérios foram utilizados para selecionar as escolas para participar do PSE?
- Como ocorre o planejamento das atividades do PSE, no nível de gestão e no nível local? Que tipos de informações são consideradas neste processo?
- Existe algum espaço ou mecanismo de articulação entre diferentes setores do governo municipal (GTIs)? Se existe, como é sua dinâmica? Quem participa?
- Como são mobilizados os recursos para a implementação das ações do PSE?
- Que sistemas de informação estão sendo utilizados para o registro das informações do PSE? Como é essa dinâmica?
- O PMF participou da estratégia NUTRISUS? Como você avalia? Como se deu a organização e articulação com a educação?
- Existe algum espaço formal ou informal de articulação entre a equipe de gestão da alimentação escolar e as equipes do PSE, ainda que no nível de gestão? Vocês têm acesso ao cardápio oferecido nas escolas?
- Considerando a convergência do PNAE e do PSE nas escolas, fale sobre experiências que consideram interessantes e experiências que consideram negativas relacionadas com esses programas.
- Como você avalia o impacto do modelo de organização da atenção básica do município sobre as ações do PSE, considerando a especialmente a inexistência de NASFs.
- A implementação do PSE afetou de alguma forma o trabalho que vinha sendo desenvolvido pelas equipes dos PMF no município, seja na gestão central ou nas escolas? De que forma?

1.4- Profissionais de Saúde - PMF

- Apresentação e aproximação: identificação do entrevistado, formação do entrevistado, função que ocupa no momento e tempo na função, trajetória até o momento.
- O que pensa sobre a questão da obesidade, especialmente entre escolares e sobre os possíveis fatores que vem contribuindo para o problema?
- O município vem desenvolvendo alguma estratégia ou ação com vistas a afetar a obesidade e/ou as práticas alimentares de escolares?
- Como a questão da alimentação é tratada nas ações desenvolvidas pela equipe?
- Como as equipes do programa médico de família lidam com a obesidade no cotidiano do trabalho no território? Existe alguma iniciativa mais específica sendo implementada em algum território? E nas escolas?
- Como a equipe lida com as demandas das escolas?
- Existe alguma experiência de articulação em torno de ações de promoção da saúde desenvolvidas junto as escolas do território? Quais? Como ocorreram?
- Fale um pouco do processo de implementação do PSE e de sua inserção no programa. Como você avalia a relação entre os módulos e seus profissionais e a escola? Quais são os principais desafios?
- Como se dá a articulação entre a coordenação do PMF e o PSE?
- Como se dá a comunicação entre a equipe PMF e as escolas?
- Vocês participam de alguma instância ou processo no qual também participam profissionais de outros setores? Quais? O que geralmente é discutido?
- Que tipo de atividade de promoção da saúde as equipes do PMF desenvolvem?
- Você já participou ou tomou conhecimento de alguma ação sendo articulada com a alimentação escolar?
- Como você avalia a estratégia NutriSUS?
- Você acha que a implementação do PSE afetou de alguma forma o trabalho que vinha sendo desenvolvido no território e nas escolas? E no âmbito da gestão?
- Fale sobre experiências que considera interessantes e experiências que considera negativas relacionadas ao PSE.

1.5- Gestores do PNAE

- Apresentação e aproximação: identificação do entrevistado, formação do entrevistado, função que ocupa no momento e tempo na função, trajetória até o momento.
- O que pensa sobre a questão da obesidade, especialmente entre escolares, e sobre os possíveis fatores que vem contribuindo para o problema?
- O município vem desenvolvendo alguma estratégia ou ação com vistas a afetar a obesidade e/ou as práticas alimentares de escolares?
- As escolas desenvolvem algum tipo de ação para enfrentar a obesidade? O que você acha que a escola poderia fazer para enfrentar esse problema?
- Como está organizada a área técnica responsável pela AE no município?
- Como a gestão do PNAE no município organiza a divisão das escolas em polos? Quais critérios são utilizados para agrupar as escolas em um mesmo território?
- Como vem ocorrendo o processo de compra da agricultura familiar? Como é o contato com agricultores? Quais os alimentos que vem sendo comprados da agricultura familiar? Quais são os produtores? Que escolas recebem alimentos da agricultura familiar? Existe contato da escola com o agricultor?
- Considerando a compra da agricultura familiar, como se dá o planejamento dos cardápios no município?
- A FME vem participando de alguma forma da implementação do PSE? Como tem sido esse processo?
- No curso do planejamento e execução do PSE como se dá a relação com a saúde? Quem participa deste processo?
- Como as equipes do programa médico de família se relacionam com a escola, no curso das ações do PSE?
- Como ocorre o planejamento das atividades do PSE, no nível de gestão e no nível local — escola e equipe do PMF ou nutricionista da FME — ? Que tipos de informações são consideradas neste processo de planejamento?
- A secretaria de educação conta com algum recurso do governo federal para implementação do PSE?
- Como você avalia a estratégia NUTRISUS? Como se deu a organização e a articulação com a saúde? Como você avalia essa estratégia e o seu processo de implementação?
- Você acha que as mudanças mais recentes no PNAE e a implementação do PSE afetaram de alguma forma o trabalho que vinha sendo desenvolvido no município, seja na gestão central ou nas escolas?
- Fale sobre experiências que considera interessantes e experiências que considera negativas relacionadas com o PNAE e o PSE na escola.
- Você acha que o PNAE e o PSE podem afetar de alguma forma o problema da obesidade? Como?

1.6– Secretaria Estadual de Saúde

- Apresentação e aproximação: identificação do entrevistado, formação do entrevistado, função que ocupa no momento e tempo na função, trajetória até o momento.
- Qual tem sido seu papel no PSE?
- Quais tem sido as atribuições da secretaria estadual de saúde no PSE, especialmente na relação com os municípios?
- Quais são os setores envolvidos com o programa? E mais especificamente, na saúde, quem está envolvido no programa?
- Como se dá a articulação entre as diferentes coordenações de programa no âmbito da saúde em torno do PSE?
- Qual tem sido o papel da secretaria estadual de educação no PSE?
- Existe algum espaço de articulação com outros setores envolvidos com o PSE? GTI-E? Qual é dinâmica de organização e funcionamento do GTI-E?
- A estrutura de gestão regional descentralizada da saúde tem tido alguma relação com PSE, nos espaços regionais — Comissão Intergestora Regional (CIR), Grupo Técnico da AB —? O PSE vem sendo abordado nesses espaços?
- Você acredita que o GTI vem afetando a relação entre os gestores de diferentes setores?
- Como se dá a relação com a esfera federal em relação ao PSE?
- A implementação do PSE afetou de alguma forma o trabalho que vinha sendo desenvolvido aqui na secretaria? Se sim, de que forma?
- Como você avalia a relação entre o trabalho já desenvolvido pela ESF e as demandas de ações para PSE?
- Como você acha que as ações do PSE podem contribuir com a promoção da saúde e da alimentação saudável da comunidade escolar?
- O tema da obesidade tem sido considerado em algum espaço de discussão ou no planejamento das ações do PSE? De que forma?

1.7- Diretores e pedagogos

- Apresentação e aproximação: identificação do entrevistado, formação do entrevistado, função que ocupa no momento e tempo na função, trajetória até o momento.
- O que pensa sobre a questão da obesidade, especialmente entre escolares, e sobre os possíveis fatores que vem contribuindo para o problema.
- Você identifica alguma estratégia ou ação sendo desenvolvida com vistas a afetar a obesidade e ou as práticas alimentares de escolares no município? Mais especificamente com foco na escola.
- Como o tema da obesidade e da alimentação saudável é tratado no contexto pedagógico?
- Você identifica atividades de promoção da saúde e de alimentação saudável na escola? Pode descrever alguma experiência? Quem participa delas?
- Como você percebe o papel dos professores e pedagogos na promoção da saúde e alimentação saudável?
- Você ou outro colega professor já participaram de alguma atividade junto com as merendeiras da escola? Caso já, como você avalia essa experiência?
- Como você avalia o programa de alimentação escolar? Você já participou de alguma atividade vinculada ao programa? Caso tenha participado, como foi?
- Quais ações desenvolvidas na escola estão relacionadas com o PSE? Como conheceu o programa? O que você conhece desse programa?
- A escola ou professores mantem algum tipo de contato com as unidades de saúde do território? Como as demandas de saúde — acidentes, emergências — dos escolares são conduzidas pela escola?
- Você identifica mudanças recentes no PNAE? Fale sobre elas.
- A implementação do PSE afetou de alguma forma o trabalho que vinha sendo desenvolvido na escola? Como?
- Fale sobre experiências que considera interessantes e experiências que considera negativas relacionadas com o PNAE e o PSE na escola.
- Considerando esses dois programas, a comunidade escolar já participou de alguma formação tendo como foco esses dois programas? E sobre obesidade e alimentação saudável?

1.8- Representante do CAE

- Apresentação e aproximação: identificação do entrevistado, formação do entrevistado, função que ocupa no momento e tempo na função, trajetória até o momento.
- Fale sobre o funcionamento do CAE. Quem participa? Como é a dinâmica?
- Como o CAE percebe a alimentação escolar do município? Quais são os principais desafios?
- O tema da obesidade aparece no CAE? De que forma?
- O que pensa sobre o que pode ser feito para enfrentar o problema e quais os desafios deste processo?
- O que pensa sobre o papel da escola e quais os desafios deste processo?
- Existem atividades sendo desenvolvidas pelas escolas com vistas enfrentar a obesidade discutidas pelo CAE?
- O que pensa sobre as potencialidades do PNAE e do PSE no enfrentamento da obesidade? Comente experiências que considera interessantes e experiências negativas relacionadas com o PNAE e o PSE na escola.
- O PSE vem sendo objeto de discussão no CAE. De que forma?
- Percebeu alguma relação sendo estabelecida entre PNAE e PSE?

1.9-Gestor da FME

- Apresentação e aproximação: identificação do entrevistado, formação do entrevistado, função que ocupa no momento e tempo na função, trajetória até o momento.
- Gostaria que você falasse um pouco sobre a estrutura de gestão da secretaria de educação e da FME. Qual tem sido o papel da FME? Especialmente em relação ao PNAE?
- Como você analisa essa última gestão da FME, avanços, tensões e desafios?
- Qual o contexto de discussão e demanda que ocorreu a expansão da rede de educação nesse período?
- Hoje quais são as principais preocupações e desafios da rede de educação?
- Como a saúde aparece no debate sobre base curricular mínima?
- Na sua perspectiva, como você analisa historicamente o PNAE no município?
- Quanto ao PNAE, qual o investimento municipal dedicado ao programa? Especialmente no último ano, como se dá a prestação de contas desse recurso? É diferente do recurso do FNDE?
- O que você pensa sobre a legislação que trata da compra da agricultura familiar? Você acompanhou esse processo no município?
- Você acompanhou a adesão do município ao NUTRISUS? Como foi essa decisão e esse processo?
- Como você avalia a relação do município com o estado e governo federal no que toca o setor educacional e PNAE? Quais são os principais desafios encontrados?
- Existe algum espaço formal de diálogo e articulação entre as diferentes esferas de governo, do qual a secretaria de educação é chamada a participar?
- Como você analisa o diálogo da educação com outros setores? Poderia trazer exemplos onde tenha ocorrido trabalho conjunto com outros setores? Quem participa? Como?
- Quais são na sua opinião as maiores dificuldades para implementar o trabalho compartilhado?

- Na sua opinião como a atual crise política impactou no trabalho da FME, e no PNAE?
- Considerando a dinâmica do processo político eleitoral, como você analisa o impacto das trocas, substituições de ocupantes de cargos de gestão, na condução das políticas setoriais?

1.10- Representante da EMATER

- Apresentação e aproximação: identificação do entrevistado, formação do entrevistado, função que ocupa no momento e tempo na função, trajetória até o momento.
- Gostaria de você falasse um pouco do papel que a EMATER tem assumindo quanto a política de compras públicas, especialmente no que toca a agricultura familiar e orgânica.
- Quais foram os avanços mais recentes no estado do Rio?
- Como você analisa os desafios nesse processo? Quais são os principais avanços?
- Como vocês tem observado e enfrentado os desafios dos municípios para a adesão a política de compras públicas, especialmente naquele com características urbanas descritas em seus planos diretores, como é o caso de Niterói?
- Com base na experiência da EMATER, e sua mesmo, quais são os principais entraves e desafios para operacionalização da compra dos 30% da agricultura familiar pelo PNAE?
- O trabalho da EMATER, em relação à agricultura familiar, requer que tipo de parceria e articulação no curso das ações? Com que instituições, ou parceiros? Como se dão esses arranjos?
- Fale sobre o papel das secretarias de agricultura nos municípios, na relação com a EMATER. Você acredita que a inexistência de uma secretaria de agricultura no município de Niterói dificulte o processo de compra da agricultura familiar pelo PNAE?
- Quais são os setores que mais dialogam com a EMATER? Esse diálogo com os diferentes setores tem sido marcado por algum tipo de conflitos?
- Gostaria que você falasse sobre a natureza da relação entre EMATER, governo federal e governos municipais.

1.11- Cooperativa de Agricultores Familiares

- Apresentação e aproximação: identificação do entrevistado, formação do entrevistado, função que ocupa no momento e tempo na função, trajetória até o momento.
- Qual o papel da cooperativa junto aos agricultores no processo de aproximação com as compras públicas? Especialmente para o PNAE?
- Como você avalia o impacto da legislação do PNAE para organização dos agricultores familiares?
- Quais são os principais desafios que os agricultores familiares enfrentam para fornecer para o PNAE?
- Como você avalia essa chamada pública que acabamos de participar? Considerando que você já participou da outra que ocorreu anteriormente no município e de outras em outros municípios que análise você faz desse processo?
- Quais são os principais fatores que favorecem a participação dos AF no fornecimento para o PNAE?

1.12 - Responsável técnico do PNAE

- Apresentação e aproximação: identificação do entrevistado, formação do entrevistado, função que ocupa no momento e tempo na função, trajetória até o momento.
- O que pensa sobre a questão da obesidade, especialmente entre escolares e sobre os possíveis fatores que vem contribuindo para o problema?
- O município vem desenvolvendo alguma estratégia ou ação com vistas a afetar a obesidade e/ou as práticas alimentares de escolares?
- As escolas desenvolvem algum tipo de ação para enfrentar a obesidade? O que você acha que a escola poderia fazer para enfrentar esse problema?
- Como você avalia a atual e a última gestão da Secretaria de educação e FME, no que toca a investimento na educação, avanços e retrocessos? Quais são os recursos municipais para a AE? Como são controlados e como funciona a prestação de contas?
- Me parece que o município estava discutindo o PPP das escolas, vocês tiveram oportunidade de participar desse processo? Como foi?
- Como o CAE vem atuando em sua opinião? O que conquistou nos últimos anos e quais são ainda os principais desafios?
- A organização das escolas em polo se baseia em que critérios? As escolas Maria Luiza Sampaio e Odete Rosa estão em territórios diferentes. Como você percebe esses territórios, diferenças e proximidades?
- Quais são os elementos considerados no planejamento dos cardápios no município? Quais são os principais desafios para a atender ao exigido pelo PNAE?
- Qual é a sua opinião sobre a lei que regula a compra da AF? Fale um pouco do processo de compra da agricultura familiar. Quais são os avanços e desafios?
- Fale um pouco da recente visita do ministério público e do CECANE.
- Como tem sido a participação do setor de alimentação escolar no PSE? E NUTRISUS?
- No curso do planejamento e execução do PSE como se dá a relação com a saúde?
- Como você observa a relação entre o PMF e a escola, no curso das ações do PSE?
- A secretaria de educação conta com algum recurso do governo federal para implementação do PSE?
- Você acha que as mudanças mais recentes no PNAE e a implementação do PSE afetaram de alguma forma o trabalho que vinha sendo desenvolvido no município, seja na gestão central ou nas escolas?
- Fale sobre experiências que considera interessantes e experiências que considera negativas relacionadas ao PNAE e ao PSE na escola.
- Você acha que o PNAE e o PSE podem afetar de alguma forma o problema da obesidade? Como?

2- ROTEIROS DO GRUPO FOCAL

2.1- Merendeiras

- O que pensam sobre a questão da obesidade, especialmente entre escolares e sobre os possíveis fatores que vem contribuindo para o problema?
- O que pensam sobre o que pode ser feito para enfrentar o problema e quais as dificuldades deste processo?
- O que pensam sobre o papel da escola para enfrentar a obesidade? E a alimentação inadequada?
- Como vocês avaliam a alimentação escolar? Quais as dificuldades para cumprir o planejamento das nutricionistas?
- Como é a relação de você com professores, diretores, pedagogos e com a equipe de nutrição da FME?
- Qual o papel das merendeiras e dos professores na alimentação das crianças?
- Vocês conhecem o PSE? O que pensam sobre esse programa?
- Qual a opinião de vocês sobre o NUTRISUS? Como foi o processo de implementação? E como se dá a relação com os pais nesse processo?
- Comentem experiências que consideram interessantes e experiências negativas relacionadas com o PNAE e o PSE na escola.

2.2- Nutricionistas do PAE

- O que pensam sobre a questão da obesidade, especialmente entre escolares e sobre os possíveis fatores que vem contribuindo para o problema?
- O que pensam sobre o que pode ser feito para enfrentar o problema e quais os desafios deste processo?
- O que pensam sobre o papel da escola e quais os desafios deste processo?
- Existem atividades sendo desenvolvidas pelas escolas com vistas a enfrentar a obesidade?
- O que pensam sobre as potencialidades do PNAE e do PSE no enfrentamento da obesidade? Comentem experiências que consideram interessantes e experiências negativas relacionadas com o PNAE e o PSE na escola.
- Como se dá a relação entre os módulos de PMF e as escolas?

2.3- Professores

- Como vocês lidam com o tema da saúde no cotidiano escolar? E da alimentação?
- Existe alguma iniciativa sendo desenvolvida na escola relacionadas com essas temáticas? Quem participa? Que tipo de atividade vem sendo desenvolvida?
- Quais são os principais desafios para realização de trabalhos conjuntos?
- Vocês participaram de algum debate sobre a base curricular comum? Ou construção do PPP nas escolas? O tema da saúde apareceu, como?
- Qual tem sido a participação de vocês nas atividades do PSE?
- Ocorre alguma aproximação com os profissionais de saúde? Como?

2.4- GTI-m

- Como vocês avaliam esse processo de organização em torno das ações do PSE? O que trouxe de novo e diferente do que já vinha sendo desenvolvido? Quais são os principais avanços?
- Quais os principais desafios para o trabalho articulado?
- Vocês já participaram de algo parecido com o que vem ocorrendo em torno do PSE no município? Que situações e momentos?

APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFF

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: “Estratégias intersetoriais de enfrentamento da obesidade: convergência de ações para o espaço escolar”.

Pesquisador Responsável: Patricia Camacho Dias

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: Universidade Federal Fluminense

Telefones para contato do Pesquisador: (21) 997819352 - (21) 2629-9839

Nome do voluntário: _____

Idade: _____ anos, R.G. _____.

Você está sendo convidado para participar do projeto “Estratégias intersetoriais de enfrentamento da obesidade: convergência de ações para o espaço escolar”, desenvolvido pelo Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social e pela Faculdade de Nutrição ambos da Universidade Federal Fluminense.

O objetivo geral do estudo é analisar se, e como, as conexões e interações que possam ter se estabelecido entre gestores, profissionais, integrantes da comunidade escolar e demais segmentos envolvidos com o PNAE e com o PSE em escolas do município de Niterói, indicam oportunidades e desafios para a construção de estratégias intersetoriais de enfrentamento da obesidade.

A sua participação consistirá em conceder uma entrevista ou participar de um grupo focal conduzido pelas pesquisadoras do projeto. A sua indicação para participação na pesquisa se deve a sua vinculação com escolas do município de Niterói, com gestão ou implementação dos programas de Alimentação Escolar e/ou Programa Saúde na Escola.

Caso você esteja de acordo, a entrevista e/ou grupo focal serão gravados para transcrição posterior, visando facilitar o processamento do material. Entretanto, você pode solicitar à pesquisadora que não grave ou que interrompa a gravação a qualquer momento. Os arquivos de áudio e as transcrições serão armazenados pela coordenadora do projeto e usados somente para a pesquisa em questão.

A metodologia da pesquisa envolve uma série de estratégias metodológicas, incluindo as entrevistas, grupos focais, análise documental e de bases de dados. As entrevistas com dirigentes, técnicos municipais e especialistas desempenham um papel importante para a compreensão da conjuntura das políticas sociais no país.

As informações obtidas por meio da entrevista e/ou grupos focais serão processadas pelas pesquisadoras do projeto e analisadas em conjunto com as outras entrevistas e material de outras fontes de pesquisa, sendo os resultados da análise de responsabilidade da equipe de pesquisadores.

Na divulgação dos resultados, os entrevistados poderão eventualmente ser identificados, dada a relevância do cargo, funções e posições institucionais ocupadas, mediante autorização prévia.

Ressaltamos que a sua participação como entrevistado trará como benefício a contribuição para a geração de conhecimento sobre as políticas sociais e de saúde no Brasil. Os únicos riscos eventuais de sua participação na pesquisa se relacionariam à sua identificação como entrevistado direta ou indiretamente.

Destacamos ainda que sua participação não implicará em gastos adicionais e nem em nenhum tipo de compensação financeira.

Você receberá uma via deste termo no qual consta o telefone e o endereço da pesquisadora responsável, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação agora ou a qualquer momento.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFF. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma, o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção dos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Contato com a pesquisadora responsável: Patricia Camacho Dias

Função: Professora Adjunta da Faculdade de Nutrição da UFF

Telefones (21) 997819352/ 2629-9839, e-mail: diaspc2@gmail.com

Contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFF: os participantes de pesquisa e a comunidade em geral poderão entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina/Hospital Universitário Antônio Pedro para obter informações específicas sobre a aprovação deste projeto ou demais informações: e-mail: etica@vm.uff.br, Tel/fax: (21) 2629-9189.

Assinale se concorda em participar da pesquisa:

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Assinale a sua opção quanto à autorização para gravar a entrevista:

Sim, autorizo a gravação da entrevista. Não autorizo a gravação da entrevista.

Em relação à sua identificação como participante dessa pesquisa, assinale abaixo a opção que lhe for mais conveniente:

Autorizo a identificação do meu nome como participante da pesquisa em uma relação geral de entrevistados e, eventualmente, vinculado à informações fornecidas.

Autorizo a identificação do meu nome como participante da pesquisa somente em uma relação geral de entrevistados;

Não autorizo a identificação do meu nome como participante da pesquisa.

Nome e assinatura do participante

Nome e assinatura do pesquisador