

**INTERSETORIALIDADE COMO ELEMENTO DA EFETIVAÇÃO DO PSE:  
experiências do grupo de trabalho intersectorial do município de Contagem (MG)**

**Flávia Andrade Almeida<sup>1</sup>, Adilene Gonçalves Quaresma<sup>2</sup>**

**<sup>1</sup>Mestre em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Local – Centro Universitário UNA(MG) ; <sup>2</sup> Doutora em Educação . Professora no Mestrado Profissional Interdisciplinar em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Local - Centro Universitário UNA(MG)**

**RESUMO**

Trata-se de um estudo de caso de natureza qualitativa que procurou conhecer a maneira como estão sendo conduzidas as práticas do programa de Saúde na Escola desenvolvidas pelo grupo de trabalho intersectorial no município de Contagem (MG). A partir da técnica de observação não-participante procurou-se investigar as estratégias adotadas pelo grupo de trabalho intersectorial do município de Contagem (MG) para o alcance da proposta intersectorial do Programa de Saúde da Escola. Os resultados dessa pesquisa demonstraram que a proposta do grupo de trabalho intersectorial do município de Contagem está pautada na gestão compartilhada das ações permitindo o diálogo entre o setor saúde e o setor educação. O desafio da intersectorialidade permanece mesmo diante de práticas planejadas, uma vez que a sinergia entre os setores deve permanecer no desenvolvimento das ações cotidianas do programa.

**DESCRITORES:** Saúde do Escolar. Promoção da Saúde. Ação intersectorial.

**ABSTRACT**

This is a case study of a qualitative nature that sought to know how the practices are being conducted in the School Health program developed by the group of intersectoral work in the municipality of Count (MG). From the technique of non-participant observation, we sought to investigate the strategies adopted by the group of intersectoral work of the municipality of Count (MG) for achieving intersectoral proposal of the School Health Program. The research results showed that the proposed intersectoral working group of the municipality of Count is based in the shared management of actions enabling dialogue between the health sector and the education sector. The challenge of intersectionality remains even before planned practices, since the synergy between the sectors should remain in the development of the everyday actions of the program.

**KEYWORDS:** School Health. Health Promotion. Intersectoral action.

## 1 INTRODUÇÃO

A intersetorialidade, no âmbito da saúde, pode ser apontada como ferramenta para realização da promoção da saúde e da qualidade de vida, já que surge como uma possibilidade de solução integrada dos problemas do cidadão em sua totalidade e dimensões sociais (ambiente, habitação, educação, trabalho e saúde) (PAPOULA, 2006).

A intersetorialidade parte de “uma articulação das possibilidades dos setores de pensar a questão complexa da saúde, de co-responsabilizar-se pela garantia da saúde como direito humano e de cidadania, e de mobilizar-se na formulação de intervenções que a procriem” (BRASIL, 2010, p. 13).

Na apresentação da Política Nacional de Promoção à Saúde, o Ministério da Saúde descreve que o compromisso do setor saúde na articulação intersetorial tem como premissa tornar cada vez mais visível que o processo de saúde-adoecimento é efeito de múltiplos aspectos sendo, portanto, pertinente a todos os setores da sociedade (BRASIL, 2010, p. 14).

A partir da perspectiva de que “a conquista de uma vida saudável não passa apenas pela saúde, mas pela interação das diversas políticas sociais e pela intersetorialidade” (JUNQUEIRA, 1997, p. 35), é que se estabelecem programas como o Programa de Saúde na Escola (PSE), permitindo um diálogo em rede entre a escola, a saúde e a comunidade.

A escola como *locus* do PSE representa nesse contexto um território transdisciplinar, que permite a interlocução entre diferentes equipamentos sociais, configurando-se a intersetorialidade. A interdisciplinaridade transcende o setor saúde porque deve se referir à população e ao espaço no qual se situa, se tornando um conceito que permite a interface com outras dimensões da cidade, além das dimensões das políticas sociais (JUNQUEIRA, 1998).

Assim, a intersetorialidade representa o elemento básico para a efetivação do PSE em todas as fases, do planejamento à execução. Ela está em intrínseca consonância com a amplitude do objeto saúde, uma vez que seus preceitos vão ao encontro da reestruturação e reunião de vários saberes, peculiares a cada setor, proporcionando uma melhor resposta aos possíveis problemas encontrados no dia a dia (PAULA; PALHA; PROTTI, 2004).

O PSE, como política estratégica assistencial-educativa, vem traduzir a concepção de intersetorialidade em sua essência, exigindo dos atores da escola e da saúde um movimento de construção única para que as ações direcionadas à população escolar possam ser viabilizadas, considerando a característica do território de ação e as possíveis articulações em rede com os equipamentos sociais do entorno, além da participação do escolar e suas famílias.

Talvez um dos maiores desafios da prática intersetorial do PSE, seja a desconstrução dos conceitos setoriais para reconstrução, de forma unificada, da proposta de intervenção transformadora e multifacetária, preservando o núcleo de cada setor, já que a ação intersetorial depende de uma “gestão integrada” resolutiva (JUNQUEIRA, 2004, p. 27).

Para Moretti *et al.* (2010), a prática da intersetorialidade precisa ser inserida na rotina de gestores e profissionais de saúde para que as ações de promoção da saúde não se tornem a repetição de modelos pouco impactantes na melhoria de condições de saúde da população. Para tanto, as ações intersetoriais para a promoção da saúde na estratégia da família dependem da formação de profissionais com capacidade de compreender a complexidade dos problemas dos sujeitos inseridos na sociedade e a elaboração de ações intersetoriais que atendam a essas demandas (SILVA; RODRIGUES, 2010).

As linhas de ação definidas no PSE em prol das ações de promoção à saúde dependem, necessariamente, de um diálogo transdisciplinar em função da concepção holística que fecundam suas diretrizes. Cada área temática (segurança alimentar / promoção da alimentação saudável, promoção das atividades corporais e atividades físicas, educação sexual e reprodutiva, prevenção do uso de álcool e drogas, promoção da cultura de paz e prevenção

de violência, promoção da saúde ambiental e desenvolvimento sustentável) prevê uma articulação intersetorial que exige dos profissionais da saúde e escola a criação de redes de apoio junto às igrejas, as ONGs, as pastorais, conselhos tutelares, lideranças comunitárias e etc.

Em 2011, o Ministério da Saúde, através do Departamento de Atenção básica, publicou um documento que propõe o “Passo a Passo” para execução do PSE, pautado na Política de Atenção Básica nº 2.488/2011, reestruturando algumas diretrizes com o intuito de auxiliar a implantação e definir melhor as responsabilidades no que tange ao processo de gestão do programa, que inclui: monitoramento, avaliação e fluxo de transferência de recursos financeiros.

A gestão do PSE proposta está definida na formação de grupos de trabalho intersetoriais (GTIs) centrada na gestão compartilhada, compostos obrigatoriamente por representantes das Secretarias de Saúde e Educação, pressupondo a interação com “troca de saberes, poderes e afetos entre profissionais da saúde e da educação, educandos, comunidade e demais redes sociais”. A participação de representantes de políticas e movimentos sociais (cultura, lazer, esporte, planejamento urbano, sociedade civil, setor não governamental e privado) é descrita como facultativas (BRASIL, 2011, p. 9).

A formação do GTIs fragmenta-se hierarquicamente em Grupo de Trabalho Intersetorial Federal (GTI-F), Grupo de Trabalho Intersetorial Estadual (GTI-E) Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTI-M), tendo cada instância suas competências específicas. A gestão do PSE, no que tange à operacionalização das ações e definição de metas, deve ser realizada pelo Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTI-M) (BRASIL, 2011).

O ponto de partida para as ações e metas deverá estar pautado na cobertura das redes de saúde e educação, das condições de saúde dos educandos e o reconhecimento do mapeamento da rede pública de saúde e da rede escolar estadual, municipal e federal (BRASIL, 2011b). Para tanto, o município deverá definir o número de equipes de saúde da família que atuarão no PSE, considerando o território escolar segundo o parâmetro essencial: cobertura anual através da avaliação clínica e psicossocial de 500 escolares por equipe de saúde da família e cobertura anual para promoção e prevenção à saúde 1.000 escolares por equipe (BRASIL, 2011).

O Ministério da Saúde alerta para definição do espaço escolar como local de triagem, e não um local destinado para práticas essencialmente curativas e diagnósticas que objetivem a medicalização (BRASIL, 2011). As equipes de saúde da família e as equipes das escolas ficarão responsáveis pelo acompanhamento deste educando na rede de saúde, devendo informar às instâncias da gestão do PSE (GTI-M e GTI –E) quando ocorrer dificuldades de acolhimento e tratamento (BRASIL, 2011).

Autores como Nascimento, Aerts *et al.*, Lemos e Barboza, apontam vários desafios na realização da prática intersetorial em diferentes óticas. Nascimento (2010) descreve que os principais desafios dizem respeito à focalização das políticas no território e em segmentos da população e os resultados e impactos da intervenção. Lemos e Barboza (2011, p. 231) acreditam que “a viabilização da intersetorialidade depende da habilidade de criar e manter grupos e redes que possuam um senso compartilhado e coeso sobre as necessidades da população”. E Aerts *et al.* (2004) apontam o diálogo intersetorial como um enorme desafio para a prática das ações intersetoriais, uma vez que o respeito à visão do outro e a construção para a produção de soluções requer um manejo estratégico repleto de dificuldades.

Diante da complexidade do desenvolvimento das práticas intersetoriais questiona-se como os setores se organizam para viabilizar uma proposta dessa natureza. Esse estudo pretende conhecer a maneira como estão sendo conduzidas as práticas do programa de Saúde

na Escola desenvolvidas pelo grupo de trabalho intersetorial no município de Contagem (MG).

## **2 METODOLOGIA**

O estudo em questão foi elaborado a partir da dissertação Práticas Intersetoriais do Programa de Saúde na Escola: um estudo sobre as ações e interações dos atores sociais envolvidos, desenvolvido no programa de Mestrado em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Local do Centro Universitário UNA – Belo Horizonte (MG). Trata-se de um estudo de caso de natureza qualitativa tendo como campo empírico o município de Contagem (MG).

A execução das ações do PSE no município de Contagem é recente, já que a adesão do município ao programa ocorreu em 2008 mediante a construção coletiva do projeto a partir da parceria entre membros das Secretarias de Saúde e Educação.

A adesão e o planejamento do Programa PSE foram pensados a partir da articulação com escolas com o Programa “Mais Educação” previamente implantado. A proposta está baseada na realização de ações desenvolvidas em 17 territórios da cidade, denominado “território educativo-educador” (TED), que articulam com uma rede de serviços e equipamentos para o atendimento integral dos estudantes (PREFEITURA DE CONTAGEM, 2012).

A pesquisa de campo consistiu em coletar as informações necessárias ao cumprimento do objetivo da pesquisa. A coleta de dados ocorreu a partir da observação sistemática e não participante das ações de planejamento desenvolvidas pelo grupo de trabalho intersetorial municipal (GTI-M) durante a oficina de construção das ações de promoção da saúde do escolar com os atores sociais envolvidos no PSE.

A oficina de construção das ações de promoção da saúde ocorreu em uma escola pertencente ao território educativo (TED 3). A oficina foi conduzida por dois representantes do GTI-M do município de Contagem, sendo um membro da Secretaria de Educação e outro da Secretaria de Saúde, tendo como objetivo discutir as ações de promoção da saúde do escolar. Estavam presentes duas equipes de saúde e duas equipes da escola, formando-se, assim, duas equipes de PSE pertencentes ao território TED 3.

Utilizou-se um roteiro com intuito de nortear e sistematizar a observação, realizando anotações durante as atividades.

A oficina se iniciou com a subdivisão dos participantes em dois subgrupos que, para melhor compreensão, serão descritos como equipe A e equipe B. A equipe A foi composta por dois representantes da unidade de saúde, sendo um enfermeiro e uma técnica de enfermagem, e também por um representante da escola (articulador comunitário). Da equipe B, compareceram três representantes da escola, sendo um articulador comunitário e dois professores; e na equipe de saúde, dois componentes: uma enfermeira e um agente comunitário de saúde.

As coordenadoras da oficina desafiaram os participantes a realizar o diagnóstico das ações de promoção à saúde existente na escola, através do preenchimento do quadro comparativo construído e oferecido pelo GTI-M.

O impresso foi construído, contemplando as linhas de ação propostas pelas diretrizes do PSE, tais como: ações de segurança alimentar e promoção da alimentação saudável; promoção das práticas corporais e atividade física nas escolas; educação para saúde sexual e reprodutiva; prevenção ao uso do álcool, tabaco e outras drogas; cultura de paz e prevenção das violências; promoção da saúde ambiental e desenvolvimento sustentável. As linhas de ação correlacionavam com questões para construção coletiva: “O que é feito?”; “Público alvo”; “Como potencializar?”.

O segundo momento da oficina foi destinado para apresentação em plenária e discussão das ações. A oficina teve duração de quatro horas, iniciando-se às 13h30min e terminando às 17h30min.

O segundo momento de observação foi a reunião do GTI-M - grupo composto por membros centrais das Secretarias de Saúde e Educação envolvidos diretamente no planejamento e monitoramento do PSE. Essa reunião teve como pauta: a discussão das fragilidades das ações do PSE, a escolha da materialidade das ações, a abordagem necessária para a continuidade das ações, a inclusão de agentes multiplicadores nas práticas do PSE, a abordagem familiar, a capacitação de professores e da equipe de saúde e a mobilização de professores. A reunião teve duração de duas horas e meia, iniciando-se às 14h e finalizando-se às 16h30min.

Para a realização da pesquisa, foram seguidos todos os procedimentos éticos recomendados pelas resoluções 196/196 do Conselho Nacional de Saúde que regem a realização das pesquisas envolvendo seres humanos. A pesquisa garantiu, através do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), o anonimato da instituição e dos seus participantes. As falas que aparecem nos resultados dessa pesquisa foram identificadas pelas letras EGM.

### **3 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A gestão municipal no PSE é coordenada pelo GTI-M sendo composta por representantes das Secretarias de Educação e Saúde em parceria com a gestão local da escola (núcleos regionais de educação, centros municipais de educação integral integrada – EDUCARTES) e da saúde (diretoria dos distritos sanitários).

A gestão do PSE está alicerçada na concepção de gestão participativa, envolvendo gestores locais e atores sociais da ponta, criando espaços de discussão e planejamento compartilhado. Para os membros do GTI-M, “a gestão democrática deve ocorrer no território (...), então, a primeira coisa é colocar a equipe de saúde e escola para conversar (...) estabelecer um diálogo de aproximação” (EGM 2).

Na construção interna das ações de PSE em 2009, o GTI-M levou para discussão com os gestores locais, as diretrizes do PSE e a interlocução do programa com a delimitação dos territórios (TEDs). Evoluiu propondo oficinas de integração que permitam o reconhecimento das funções de cada setor (escola e saúde) e reuniões mensais para discussão das ações e monitoramento do programa.

A coordenação do PSE de Contagem acredita que o monitoramento do programa deve ser feito pela gestão local, incluindo núcleos regionais de educação, gerências de unidade de saúde e distritos sanitários, alegando que “além de não ter perna para fazer esse tipo de monitoramento (...), não é função do nível central” (EGM 1). Diante dessa premissa, os membros do GTI-M de Contagem se reúnem mensalmente com o intuito de discutir os avanços e problemas do PSE, bem como redefinir ações e elaborar estratégia de sensibilização, monitoramento e avaliação, tendo como continuidade a gestão local.

Na observação da reunião mensal do grupo do GTI-M, que aconteceu numa tarde de quarta-feira, com duração de duas horas e trinta minutos, assistiu-se a discussões de questões referentes às fragilidades das oficinas de integração e planejamento; à escolha da materialidade das ações; à abordagem da continuidade das ações a partir de agentes multiplicadores e à abordagem das famílias e capacitação de professores.

Nessa reunião, especificamente, apreendeu-se que os membros do GTI-M têm clareza das fragilidades do PSE e buscam através dessas reuniões discutir soluções. Os membros do GTI-M acreditam na participação para a mudança de comportamento, e para isso propõem discussões para criação de estratégias de mobilização de professores e a inserção de

agentes multiplicadores nos projetos internos. Percebeu-se, também, uma posição conscienciosa do grupo frente à problemática que circunda as ações do programa, reconhecendo a resistência dos profissionais para com o PSE e a relação desta com a desvalorização salarial, as deficiências de comunicação e a caracterização do PSE como mais um programa a ser executado.

Os membros do GTI-M estabelecem um fluxo de planejamento das ações de promoção da saúde do PSE a partir da criação de duas oficinas principais: oficina de integração e oficina de avaliação / planejamento, que podem acontecer em dois momentos, ou mais, dependendo da necessidade do grupo participante. A oficina de planejamento consiste numa reunião geral com todas as escolas e equipes de saúde ingressantes no programa, pertencentes a territórios diferentes, tendo como finalidade discutir as funções dos atores do setor saúde e do setor educação (o que fazem o enfermeiro, coordenador de território, professor, articulador comunitário?), bem como a congruência das funções dentro de cada território e sua interlocução com o PSE.

A segunda oficina é estruturada para grupos menores, separando-se as equipes de saúde e das escolas a partir da delimitação territorial do município (TEDs), ou seja, cada oficina é planejada integrando as escolas e equipes de saúde de uma dada região/território, levando-se em conta as características de cada território (vulnerabilidades sociais, parcerias, etc.). Essa oficina propõe a construção coletiva das ações do PSE, partindo-se da premissa de que o fluxo pensado para cada território pode não ser efetivo na prática por conta das características dos territórios e das equipes das escolas e equipes da saúde.

As oficinas são sempre coordenadas pelos membros do GTI-M a partir da distribuição da responsabilidade dos TEDs entre seus membros, ficando sempre organizados em duplas, tendo na composição um representante da Secretaria de Educação e um da Secretaria de Saúde.

É importante salientar que o PSE do município de Contagem vive duas situações na atualidade: a gestão do PSE das escolas/equipes ingressantes em 2010, e a gestão das escolas/equipes ingressantes em 2012. As escolas/equipes com ingresso antigo, além de participarem das oficinas de integração e planejamento, já realizaram oficinas para as devolutivas das ações realizadas, oportunizando um momento de discussão das falhas e acertos, dificuldades e facilidades na realização das ações.

A oficina aconteceu numa tarde de quarta-feira, numa das escolas pertencentes ao território, estando presentes duas equipes de saúde pertencentes a duas unidades de saúde e duas equipes das escolas, além de duas representantes do GTI-M, sendo uma da Secretaria de Saúde e outra da Secretaria de Educação, coordenando a atividade. A articuladora comunitária da escola, que recepcionou a oficina, alocou previamente de uma sala de aula para realização da atividade, organizando o espaço físico e dispondo as cadeiras em dois círculos. Chamou a atenção a organização do ambiente e a receptividade da escola para com os demais membros participantes, bem como o cuidado com a oferta de um lanche para os visitantes e a disposição da escola em receber as equipes dentro do horário de trabalho.

A oficina teve início às 13h30min com a divisão dos participantes em dois grupos, delimitados de acordo com as equipes de formação do PSE, sendo grupos compostos por atores das escolas e da equipe de saúde, que compuseram a equipe A e a equipe B do PSE. Na equipe A, estavam presentes três representantes da saúde e um representante da educação, e na equipe B, dois representantes da saúde e três representantes da escola.

Os membros do GTI-M iniciaram a atividade distribuindo um impresso para a construção coletiva do diagnóstico das ações de promoção da saúde existentes na escola. Esse instrumento foi elaborado pelo GTI-M com o intuito de direcionar a atividade, tendo como base as ações que a escola já realiza em função dos programas e projetos incorporados pelas

escolas, através da Escola Integral Integrada e dos projetos oriundos de parcerias com ONGs e instituições privadas.

Os membros do GTI-M reforçam essa premissa através de um discurso frequente e comum de ambos os representantes da secretaria de educação e saúde, representados nesta fala:

*(...) Nos não vamos reinventar a roda. A escola já tem muitas ações para a promoção da saúde (...). É preciso fortalecer as ações, e não reinventar (...) seja ampliando o número de turmas ou incrementando um conteúdo, ou trazendo uma nova perspectiva de construção (EGM1).*

O instrumento utilizado pelo GTI-M contempla as linhas de ação propostas pelas diretrizes do PSE (ações de segurança alimentar e promoção da alimentação saudável; promoção das práticas corporais e atividade física nas escolas; educação para saúde sexual e reprodutiva; prevenção ao uso do álcool, tabaco e outras drogas; cultura de paz e prevenção das violências; promoção da saúde ambiental e desenvolvimento sustentável), correlacionando com as questões norteadoras “O que é feito?”; “Público alvo”; “Como potencializar?”

Observou-se que a construção do instrumento possibilitou a discussão interna entre os grupos a partir da ilustração das ações de promoção da saúde da escola, as parcerias, as limitações referentes à comunidade, às famílias e à escola.

A equipe B demonstrou possuir diversas ações consolidadas no cotidiano escolar, estabelecidas através de parcerias com projetos específicos ofertados pela Arcelor Mittal (Projeto PEAS), Mercantil do Brasil (Projeto Cidadão), Projeto TAMAR e Bacia da Pampulha. Além das movimentações internas para construções de ações que dialogam com o Projeto Político Pedagógico da escola, há uma articulação com as disciplinas e as atividades do Programa Mais Educação representado pela: discussão da alimentação saudável com pais e alunos; confecção do cardápio escolar pela nutricionista da Prefeitura de Contagem; aulas de educação física com inclusão de danças, teatro, “fanfarra” para além das atividades esportivas e pela presença de palestrantes externos para debates de temas específicos. A escola da equipe A, com uma articulação intersetorial mais tímida, demonstrou algumas ações ainda com características pontuais e sem muita continuidade, apesar das parcerias com o segundo setor e a interlocução como o Programa Mais Educação.

Após a alimentação do instrumento pelas equipes de trabalho, as coordenadoras da atividade abriram para as apresentações e discussões em plenária, constituindo-se, assim, o segundo momento da oficina. No momento da discussão, ficou evidente o envolvimento dos participantes no desenvolvimento da atividade e na preocupação em pontuar as experiências satisfatórias que vivenciaram.

Percebeu-se que a leitura que os atores da escola e da saúde fizeram da comunidade escolar e da comunidade do entorno eram semelhantes no que tange ao posicionamento das famílias frente aos cuidados com filhos e/ou atitudes preventivas, à exposição às vulnerabilidades sociais e às limitações sociais da população lotadas nesse território. Os fatores sociais intervenientes da prática escolar, trazidas pela escola, foram reforçados nos relatos da equipe de saúde, reafirmando que “o mesmo aluno que frequenta a escola, frequenta os outros espaços da comunidade, a igreja, o posto de saúde, a praça” (EGM2).

As discussões das temáticas mais debatidas ficaram concentradas nas questões referentes à alimentação saudável, à educação ambiental e à sexualidade. As temáticas referentes à prevenção de uso de álcool e drogas e cultura de paz nas escolas quase não foram debatidas com aprofundamento, uma vez que os participantes consideraram que estas precisavam ser desenvolvidas em parceria com outros setores e equipamentos sociais do município em virtude da complexidade temática. De todas as ações discutidas, o eixo

referente às questões da sexualidade foi o mais debatido em função dos tabus que envolvem a temática e as limitações que a escola encontra quando se propõe trabalhar o assunto. Limitações estas que envolvem a resistência das famílias e falta de capacitação dos professores na discussão de gênero, sexo e sexualidade com o devido aprofundamento.

Após a explanação dos fatores intervenientes das ações de promoção da saúde nas escolas, a oficina foi finalizada às 17h30min sem soluções práticas para a ação. O conteúdo dos discursos revelou problemáticas da comunidade escolar que não foram debatidas nem incluídas na proposta de trabalho. A questão referente à forma de potencializar as ações existentes na escola foi esquecida, deixando em aberto elementos essenciais para a proposta intersetorial do programa, o que pode ter resultado numa interrogação: Por onde começar?

O fluxo dessa oficina, criada pelo GTI-M, respeita as necessidades de cada equipe e as estratégias ocorrem de acordo com a realidade de cada TED, o que não impede que seja criada uma terceira oficina para discutir questões não finalizadas. Apesar das coordenadoras da atividade terem mencionado, ao final da oficina, a necessidade de um terceiro momento de discussão, essa proposta não se concretizou, e as equipes, então, partiram para as ações assistenciais.

O GTI-M preza pela “autonomia da equipe” na condução da ação e “a ideia é transferência de poder para o comitê local” a partir da segunda oficina. Os membros do GTI-M reconhecem que as dúvidas não esgotam na realização das oficinas e, portanto, apesar da transferência de poder para a gestão local, se propõem retornar à escola ou ir ao encontro da equipe do PSE, caso se faça necessário.

Diante da definição de poder, as ações de promoção da saúde ocorrem sem a participação direta do GTI-M. Cabe à equipe do PSE, composta por atores sociais da escola e da saúde, a organização das atividades e definição das intervenções para a continuidade. Portanto, o diálogo antes de caráter central passa a ser configurado como responsabilidade local.

As cenas observadas durante a pesquisa, registradas em diário de campo, demonstram a existência de um diálogo entre a forma como o GTI-M conduz e planeja as ações do PSE. As estratégias adotadas no município para execução da proposta intersetorial do PSE utilizam três elementos fundamentais que sustentam essa proposta: a gestão democrática e participativa, a descentralização do poder e a aproximação interdisciplinar entre os setores.

A gestão democrática, movimento que as escolas e outros setores vêm utilizando para possibilitar maior envolvimento dos profissionais na democratização da gestão escolar (BERALDO; PELOZO, 2007), é trazido para esse contexto na tentativa de descentralizar o poder e permitir a participação dos envolvidos na tomada de decisão para os problemas de saúde do território, com um olhar para uma determinada microárea. A gestão participativa e descentralizada pressupõe uma discussão coletiva que envolve a divisão das responsabilidades, definição das funções de cada um e fluxo dos encaminhamentos e ações concretas (UNESCO, 2004, p. 39).

A transferência do poder central, ou seja, das Secretarias da Saúde e da Educação para instâncias locais (distritos sanitários e núcleos educacionais e etc.), conferem a estes últimos a possibilidade de desenvolver competências direcionadas para as necessidades e características do território. Afinal “quando se transfere poder, transferem-se competências” (JUNQUEIRA; NOJOSA; KOMATSU, 1997, p. 14).

As diretrizes do PSE não determinam fluxos de gestão do GTI-M sob o ponto de vista do perfil hierárquico das instâncias e suas competências (locais e centrais) e a descentralização do processo de gestão. As normas descrevem apenas as responsabilidades do GTI-M no que tange à garantia dos princípios e diretrizes do PSE no planejamento e monitoramento, avaliação e gestão de recursos, bem como as competências do GTI-F e GTI-

(BRASIL, 2011). Por outro lado, deixa claro que a proposta intersetorial deve estar pautada na gestão compartilhada, tanto no planejamento quanto na execução das ações realizadas, permitindo “a troca de saberes, poderes e afetos entre os profissionais de saúde e educação, educandos e comunidades e demais redes sociais” (BRASIL, 2011, p. 9).

Assim, pode-se considerar que a elaboração das oficinas de capacitação dos atores envolvidos nas ações do PSE e as reuniões periódicas do GTI-M respeitam os preceitos da gestão compartilhada, propiciando uma articulação intersetorial das redes públicas de saúde e educação, favorecendo parcerias diretas com outros equipamentos sociais.

A forma como o GTI-M pensa a transferência de poder confere a esse município uma atitude inovadora para um processo de gestão, tendo como pano de fundo o compartilhamento e a participação. No entanto, pode-se observar uma fragilidade no processo participativo de planejamento e monitoramento das ações do PSE no que tange ao envolvimento de atores da ponta e a gestão local.

Das equipes que participaram das atividades de planejamento conduzidas pelo GTI-M a partir do diagnóstico das ações da escola, ficou evidente que durante a construção grupal, um grupo aderiu mais a proposta que o outro grupo. A maneira como as informações foram registradas no impresso do diagnóstico e o nível das discussões desencadeadas pelos participantes revelaram o real envolvimento com a proposta. Isso se deu tanto às concepções particulares de cada grupo (escola e equipe de saúde) quanto ao entendimento sobre a relação entre o diagnóstico das ações realizadas pela escola e a proposta do PSE. A resistência ou o pouco envolvimento de alguns participantes pode interferir diretamente na continuidade das ações. A fala do entrevistado do GTI-M ilustra a problemática que envolve todas as questões anteriores, corroborando com o fato observado:

*Os TEDs caminham de formas diferentes, em alguns territórios a liga é imediata, em outro não. Tem lugar que é mais difícil, a equipe fica ao lado da escola, mas as equipes não frequentam as reuniões. Outras vezes participam daquele jeito, estão, mas não estão (...) (EGM2).*

Outra situação vivenciada nesta pesquisa, que também pode ser ilustrada para além das observações das oficinas, se refere à relação da gestão local desenvolvida pelo Distrito Sanitário e pelas equipes de saúde gerenciadas por ele. Em um dos contatos com Distrito Sanitário, para a autorização da pesquisa, foi percebida certa fragilidade da gestão local no se referem às informações quanto ao andamento das atividades realizadas pelas equipes do PSE de um dos territórios, fato que não ocorreu quando as informações eram solicitadas pelo gestor da esfera central (GTI-M).

Numa sondagem inicial para a definição do território a ser pesquisado, entende-se que o Distrito Sanitário não trazia informações elementares das ações já realizadas, uma vez que conferia esse poder à gerência e aos enfermeiros das unidades de saúde ou gestão central, desenvolvendo uma gestão à margem da ação, ou seja, os sujeitos do Distrito Sanitário pareciam não se responsabilizar pelo desenvolvimento das ações do programa.

Esse fato vem confirmar o alerta de Junqueira, Inojosa e Komatsu (1997) referente à relação sinérgica da descentralização e participação. Para os autores, a participação é um fator que viabiliza a descentralização, mas não a garante. Assim, mesmo a descentralização sendo uma condição necessária para participação, ela não é muitas vezes suficiente para o desenvolvimento da participação e corresponsabilidade.

É percebido, então, que a gestão do programa funciona enquanto as ações são conduzidas pelos membros do GTI-M, contrapondo o efeito sinérgico da intersetorialidade esperado para se alcançar resultados integrados como sugere Inojosa (2001). Quando o poder alcança outra esfera, no caso a local, o processo de gestão fica fragilizado pela ausência de

participação, envolvimento e liderança. A fala do entrevistado ilustra a afirmativa “quando o gestor (local) compra a ideia, é um entusiasta, o negócio flui” (EGM2).

Dessa forma, a falta de resolução por parte do gestor local desencadeia um processo de retroalimentação, ou seja, questões que poderiam ser sanadas com a intervenção local são devolvidas para a gestão central. A gestão central, ao contrário do que se espera na concepção intersetorial, passa a ser uma “liderança setORIZADA”, com ações não articuladas, trazendo prejuízo para a continuidade da ação. Para os Ministérios da Saúde e Educação, os avanços das ações do PSE só poderão ser impulsionados com a gestão intersetorial fortalecidas pelos GTIs, pautada na articulação intersetorial das redes públicas de saúde e educação, propiciando a sustentabilidade das ações a partir da conformação de redes de corresponsabilidade (BRASIL, 2011).

Estrategicamente, o GTI-M do município de Contagem tem adotado ações de mobilização na tentativa de fortalecer o processo de gestão local, uma vez que reconhecem “as limitações das relações para construção da autonomia como valor promotor de mudanças e emancipação sociopolítica dos indivíduos”, como descreve Gohn (2011, p. 41).

As estratégias de mobilização estão pautadas no investimento da divulgação do programa através da confecção de *banner*, cartazes e *folder*, bem como a realização de oficinas devolutivas das ações realizadas e seminários com intuito de promover discussões da proposta do programa e aproximação de parceiros para a articulação em rede. Outra preocupação é a mobilização da comunidade territorial que já foi iniciada com o envio da “Carta à Comunidade”, informando a proposta do PSE e a importância da parceria para o desenvolvimento do território.

Esse movimento está condizente com a “ética inclusiva”, que fomenta o dimensionamento da participação ativa de diversos interlocutores e sujeitos, vislumbrando a formação de cidadãos críticos, já que os Ministérios da Saúde e da Educação entendem que a articulação das redes públicas de saúde, educação e das demais redes sociais devem propiciar a sustentabilidade mediante a conformação da rede de corresponsabilidade, construindo redes de produção e saberes (BRASIL, 2011, p. 5 -17).

### **3 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

No município de Contagem, observou-se que o GTI-M tem buscado soluções para minimizar os entraves que permeiam a integração entre os atores sociais envolvidos, com adoção de iniciativas condizentes com as orientações preconizadas pelo Ministério da Saúde e Educação. Procuram realizar oficinas de integração, seminários e reuniões na tentativa de apresentar a proposta e trabalhar as dificuldades; e prezam pela gestão compartilhada e participação em prol da construção da autonomia das equipes, para criação de projetos internos que dialoguem com as características e necessidades de cada território.

Entretanto, a clareza da proposta intersetorial pelo GTI-M e de suas atribuições no processo de trabalho intersetorial não são suficientes para transpor a concepção imposta, trazida de maneira impositiva pela instância federal, para o patamar que possa viabilizar a apropriação dos territórios com a causa intersetorial. O alicerce político do PSE, representado pelos Ministérios da Saúde e Educação, favorece a prática da intersetorialidade, mas não garante a sua aplicabilidade prática.

## REFERÊNCIAS

AERTS, Denise *et al.* Promoção de saúde: a convergência entre as propostas da vigilância da saúde e da escola cidadã. **Caderno de Saúde Pública** [online], v. 20, n. 4, p. 1020-102, jul/ago. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n4/17.pdf>>. Acesso em: 04 abr. 2012.

BERALDO, Fernando; PELOSO, Rita de Cássia B. A gestão participativa na escola pública: tendências e perspectivas. **Revista Científica Eletrônica de Pedagogia é uma publicação semestral da Faculdade de Ciências Humanas de Garça FAHU/FAEF**, ano V, n. 10, jul. 2007. Disponível em: <<http://www.revista.inf.br/pedagogia10/pages/artigos/edic10-anov-art08.pdf>> Acesso em: 11 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**: Portaria n°. 2488, de 21 de outubro de 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2011 .

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

GOHN, Maria da Glória. **Educação não formal e o educador social**: atuação no desenvolvimento de projetos sociais. São Paulo: Cortez, 2010.

INOJOSA, Rose Marie. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersectorialidade. **Caderno FUNDAP**, n. 22, p. 102-110, 2001.

JUNQUEIRA, Luciano A. Prates. A gestão intersectorial das políticas sociais e o terceiro setor. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 13, n. 1, p. 25-36, jan/abr, 2004.

JUNQUEIRA, Luciano A. Prates; INOJOSA, Rose Marie; KOMATSU, Suely. Descentralização e Intersectorialidade na gestão pública municipal do Brasil: a experiência de fortaleza. In: XI Concurso de Ensayos Del CLAD “**El Tránsito de la cultura Burocrática al Modelo de La Gerencia Pública**: Perpectivas,Posibilidades y limitaciones”. Carancas, 1997.

JUNQUEIRA, Luciano A. Prates. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersectorialidade. **Saúde e Sociedade**, v. 6, n. 2, 1997.

JUNQUEIRA, L. A. P. Descentralização e intersectorialidade: a construção de um modelo de gestão municipal. **Revista de Administração Pública**, v. 32, n. 2, Rio de Janeiro, 1998.

LEMOS, Viviane Gonçalves da Silva; BARBOZA, Renato. A intersectorialidade das ações na Unidade de Saúde da Família Km 43: a experiência de uma rede voltada à promoção à saúde no município da Cajamar. **O mundo da saúde**, São Paulo, v. 2, n. 35, p-225-232, 2011.

MORETTI, Andreyra Cristina *et al.* Intersetorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba (PR). **Ciência e saúde coletiva**, v. 15, supl. 1, p. 1827-183, 2010.

NASCIMENTO, Sueli do. Reflexões sobre a intersetorialidade entre as políticas públicas. **Serv. Soc. Soc.**, n. 101, p. 95-120, 2010.

PAPOULA, Suzana Rezende. **O processo de trabalho intersetorial das equipes de saúde da família no município de Petrópolis –RJ**: fatores restritivos e facilitadores. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

PAULA, Kelly Andressa de; PALHA, Pedro Fredemir; PROTTI, Simone Teresinha. **Intersetorialidade**: uma vivência prática ou um desafio a ser conquistado? O Discurso do Sujeito Coletivo dos enfermeiros nos núcleos de Saúde da Família do Distrito Oeste - Ribeirão Preto. *Interface (Botucatu)* [online]. 2004, v. 8, n.15, pp. 331-348. ISSN 1414-3283.

PREFEITURA DE CONTAGEM. **Integrar**: Revista de educação integral integrada. Contagem (MG), ano 1, n.1, jan, 2012.

UNESCO. Ministério da Educação. **Escolas inovadoras**: experiência bem sucedidas em escolas públicas. Brasília: UNESCO, 2004, p. 25-28.

---