

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE DOUTORADO EM ODONTOLOGIA

IZABEL DO ROCIO COSTA FERREIRA

AVALIAÇÃO DA INTERSETORIALIDADE NO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA

CURITIBA

2012

IZABEL DO ROCIO COSTA FERREIRA

AVALIAÇÃO DA INTERSETORIALIDADE NO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia. Área de concentração: Saúde Coletiva, do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Odontologia.

Orientadora: Professora Doutora Simone Tetu Moysés

CURITIBA

2012

Dados da Catalogação na Publicação
Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI/PUCPR
Biblioteca Central

Ferreira, Izabel do Rocio Costa

F383a Avaliação da intersetorialidade no Programa Saúde na Escola / Izabel do
2012 Rocio Costa Ferreira ; orientadora: Simone Tetu Moysés. – 2012.
235 f. : il. ; 30 cm

Tese (doutorado) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba,
2012

Inclui bibliografias

1. Odontologia. 2. Promoção da saúde. 3. Saúde escolar. 4. Avaliação de
saúde. I. Moysés, Simone Tetu. II. Pontifícia Universidade Católica do
Paraná. Programa de Pós-Graduação em Odontologia. III. Título.

CDD 20. ed. – 617.6



Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Odontologia

TERMO DE APROVAÇÃO

IZABEL DO ROCIO COSTA FERREIRA

AVALIAÇÃO DA INTERSETORIALIDADE NO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como parte dos requisitos parciais para a obtenção do Título de **Doutor em Odontologia**, Área de Concentração em **Saúde Coletiva**.

Orientador (a):

Profª Drª Simone Tetu Moysés
Programa de Pós-Graduação em Odontologia, PUCPR

Prof. Dr. Samuel Jorge Moysés
Programa de Pós-Graduação em Odontologia, PUCPR

Profª Drª Beatriz Helena Sottile França
Programa de Pós-Graduação em Odontologia, PUCPR

Profª Drª Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello
Programa de Pós-Graduação em Odontologia, UFSC

Profª Drª Maria de Fátima Lobato Tavares
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, FIOCRUZ

Curitiba, 13 de fevereiro de 2012.

Dedico este trabalho aos meus pais Valter
Otaviano e Euzenir, aos meus irmãos
Denise e Júnior, aos meus sobrinhos Luis
Otávio e Marina e ao meu marido Miguel,
com todo o meu amor...

AGRADECIMENTOS

Muito tenho a agradecer neste sublime momento de minha vida profissional e pessoal. Quantos aprendizados acadêmicos e pessoais já arraigados em minha vida! Etapa de muito trabalho, empenho e dedicação que jamais esquecerei.

Inicio expressando que compreendo minha vida como uma grande árvore em época de primavera. Primeiramente agradeço a Deus, Pai eterno, Verdade, Luz, Sabedoria, Amor absoluto, Vida que permeia minha existência. Solo sagrado com a seiva que nutre a árvore da minha vida. Muito Obrigada! Aos meus antepassados, raízes fortes desta árvore, que transmitiram os valores familiares aos seus descendentes! Aos meus amados pais Valter Otaviano e Euzenir, tronco robusto, pelo imenso amor e sabedoria que me formaram pessoa feliz, amada e responsável. Exemplos de esforço, dedicação e amor aos filhos e netos! Aos meus queridos irmãos Denise e Júnior, companheiros de toda a vida, unidos como nossos pais nos ensinaram a ser, ramos frondosos! Aos meus sobrinhos Luis Otávio e Marina (filhos de Júnior e da minha cunhada Ana Carolina), frutos abençoados, as crianças que mais amo! Meu amor incondicional e eterno aos dois! Ao meu marido Miguel, ramo de outra árvore que se entrelaçou ao meu, pelo apoio e compreensão por todas as horas em que me dediquei ao doutorado, obrigada querido!

Meu profundo agradecimento à minha orientadora professora Simone Tetu Moysés! Exemplo de profissional e pessoa, dedicada, inteligente, compreensiva e generosa! Muito obrigada por ser parte fundamental desta etapa de minha vida! Você despertou a semente de pesquisadora que estava no meu interior.

Ao Professor Samuel Jorge Moysés por sua sabedoria, ideias e críticas sempre construtivas que percorreram todo o trabalho de concepção da tese.

À querida professora Beatriz Helena Sottile França por sua sabedoria, alegria e elegância (no modo de ensinar e no seu jeito de ser).

À professora Evelise Machado de Souza, minha querida colega de graduação, que brilhantemente contribuiu na banca de qualificação desta tese.

Aos meus queridos colegas (do começo) de doutorado Mariângela, Antônio, Rafael, Lucimara, Maria Lúcia, Graça, Marilisa, Koch (querido colega também de graduação) e Roberto, pelo companheirismo, pela vivência de momentos tão ricos e pelas ideias sempre bem colocadas! À Solena pelo compartilhar de experiências, pelo apoio e amizade! Aos colegas (do final) de doutorado Ernesto, Sandra, Edeny e em especial ao Gerson sempre perspicaz e incentivador! Muito obrigada a todos!

Ao Max pelo apoio e colaboração!

À professora Dilmeire Sant' Anna Ramos Vosgerau pelos ensinamentos, exemplo de dedicação e pela amizade.

Às professoras Márcia Cubas e Márcia Olandowski pelos ensinamentos e compartilhamento de ideias para a tese.

Às professoras Maria de Fátima Lobato Tavares e Ana Lúcia Shaefer Ferreira de Mello que prontamente aceitaram o convite para participar da Banca de defesa da tese.

Ao professor Leo Kriger pelo exemplo de nobreza ao ensinar.

À professora Rosita Saupe, minha orientadora de Mestrado que plantou a semente de pesquisadora em mim!

Aos participantes da Oficina de Trabalho que com significativa contribuição e riqueza de conhecimentos geraram a questão orientadora da avaliação da tese.

Aos respondentes das coordenações nacionais do Programa Saúde na Escola (PSE) do Ministério da Educação e do Ministério da Saúde; dos Setores Saúde e Educação do PSE dos municípios de Brasília, Curitiba, Manaus, Olinda e Rio de Janeiro que prontamente aceitaram participar deste estudo de modo tão acolhedor e responsável.

Aos colegas da Universidade Federal do Paraná Sávio, Dione, Lucí, Terezinha, Lúcia, Christian e Sílvia pelo apoio para que eu pudesse realizar esta tese.

À amiga Sílvia Queiroz que me incentivou a fazer o doutorado.

À Neide Borges, secretária do Programa de Pós-Graduação, que sempre solícita e amiga soube solucionar todas as demandas surgidas.

Não importa a tua idade, idealiza um grande sonho, tão grandioso como o céu! Que o teu sonho transcenda o teu corpo, que suba e cresça e se expanda além... Nas asas do sonho, os jovens avançam e os velhos se renovam.

Masaharu Taniguchi (1893 – 1985)

Ainda que eu falasse as línguas dos
homens e dos anjos, e não tivesse
amor...nada seria.

I Coríntios 13, 1:2

RESUMO

As políticas públicas voltadas aos escolares propiciam oportunidades para que o encontro da saúde com a educação ocorra por meio da intersetorialidade. Esta compreensão é ratificada pela atual proposta de política para saúde escolar no Brasil, determinada pelo Programa Saúde na Escola (PSE), cujo propósito é o desenvolvimento de ações de atenção integral à saúde de estudantes da educação básica pública brasileira, no espaço das escolas e/ou unidades básicas de saúde do Sistema Único de Saúde, realizadas pelas equipes de Saúde da Família. A intersetorialidade no PSE representa uma inovação e ao mesmo tempo um desafio aos gestores e aos profissionais envolvidos no Programa. O objetivo geral desta pesquisa foi 'Avaliar a intersetorialidade no Programa Saúde na Escola para a qualificação das ações e para subsidiar estratégias de apoio à sua implementação no Brasil'. Uma abordagem qualitativa foi empregada para a condução da pesquisa. A *Metodologia de Avaliação Rápida* foi utilizada como condutora dos passos de pesquisa, que contou com a participação de atores-chaves envolvidos na implementação do PSE no Brasil. Os passos metodológicos incluíram: 1) Caracterização da intervenção para a avaliação. 2) Estudo da Viabilidade e Factibilidade da Avaliação. 3) Definição do alcance da avaliação. 4) Definição de fontes e métodos de coleta de informações. 5) Trabalho de campo. 6) Processamento e análise da informação. 7) Comunicação dos resultados e tomada de decisão. Para a análise das informações foi utilizada técnica da análise de conteúdo, com o emprego do *software* ATLAS.ti®, e análise descritiva dos dados. Os resultados revelaram que nos diplomas normativos do PSE a participação dos Setores Saúde e Educação não é equânime, apontando para o protagonismo do Setor Saúde em áreas como o financiamento das ações, centralização no processo de adesão ao PSE e coordenação da Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola (CIESE). Os gestores nacionais da coordenação do PSE demonstraram conhecimento, domínio técnico e uma visão ampla em relação aos arranjos intersetoriais do Programa. A CIESE assume uma coordenação compartilhada, com tomada de decisões exercida de modo equânime, atuando numa proposta intersetorial. Os gestores locais do PSE apresentaram conhecimentos necessários para o trabalho intersetorial, entretanto, é necessário ajuste conceitual. Foi constatada a necessidade de pesquisas avaliativas abordando ações intersetoriais no espaço escolar. É fundamental que os Setores Saúde e Educação trabalhem intersetorialmente, visando à melhoria da qualidade de vida dos estudantes.

Palavras-chave: Promoção da Saúde; Ação Intersetorial; Saúde Escolar; Avaliação Rápida; Avaliação em Saúde.

ABSTRACT

Public policies with regard to school children demand an intersectoral approach between health and education sectors. This is confirmed by the current policy proposal for school health in Brazil, represented by the School Health Program (PSE), whose purpose is the development of actions to comprehensive healthcare for students in Brazilian public schools and primary health units of the Unified Health System, conducted by Family Health teams. The intersectoral approach on the PSE represents an innovation and, at the same time, a challenge to managers and professionals involved in the program. The goal of this study was to assess the intersectorality on the School Health Program for the qualification of actions and developing strategies to support its implementation in Brazil. A qualitative approach was used to conduct the study. The Rapid Assessment Methodology was used as the reference for carrying out the study, which included the participation of key actors involved in the implementation of the PSE in Brazil. The methodological steps included the following: 1) Characterization of the intervention for evaluation; 2) Study and assessment of the feasibility of the evaluation; 3) Definition of the evaluation scope; 4) Definition of sources and methods of gathering information; 5) Fieldwork; 6) Processing and analysis of information; and 7) Communication of results and decision-making. Content analysis techniques, supported by the software ATLAS TI, and descriptive data analysis were employed. The results revealed that in the normative acts of PSE, participation of health and education sectors is not equitable, pointing to the protagonism of the health sector in areas, such as financing activities, centering on the accession process to the PSE, and coordination of the Intersectoral Commission for Education and School Health (CIESE). The managers of the national coordination of the PSE demonstrated knowledge, technical expertise, and a broad view in relation to the intersectoral arrangements of the Program. Furthermore, the CIESE assumes a shared coordination, with decision-making adopted in an equitable and intersectoral way. The local managers of the PSE presented concepts needed for an intersectoral work; however, conceptual adjustment was observed to be necessary. In addition, the need for evaluative research addressing the intersectoral actions at school was also noted. It is essential that health and education sectors work intersectorally, aimed at improving the quality of life of students.

Keywords: Health Promotion; Intersectoral Action, School Health; Rapid Assessment; Evaluation in Health

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 ARTIGO 1 O ENCONTRO DA SAÚDE COM A EDUCAÇÃO: AÇÕES INTERSETORIAIS E O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA	17
3 MANUAL METODOLÓGICO AVALIAÇÃO DA INTERSETORIALIDADE NO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: UTILIZAÇÃO DA <i>METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO RÁPIDA</i> EM UMA EXPERIÊNCIA BRASILEIRA	33
4 ARTIGO 2 DIPLOMAS NORMATIVOS DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: ANÁLISE DE CONTEÚDO ASSOCIADO À FERRAMENTA ATLAS. TI	107
5 ARTGO 3 A VISÃO DE GESTORES NACIONAIS SOBRE A INTERSETORIALIDADE NO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA	133
6 ARTIGO 4 PERCEPÇÕES DE GESTORES LOCAIS SOBRE A INTERSETORIALIDADE NO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA	149
7 CONCLUSÃO	169
REFERÊNCIAS	173
APÊNDICE A PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ	181
APÊNDICE B TEIA RESULTANTE DA ANÁLISE DE CÓDIGOS QUE COMPÕEM A FAMÍLIA CIESE	182
APÊNDICE C TEIA RESULTANTE DA ANÁLISE DE CÓDIGOS QUE COMPÕEM A FAMÍLIA GTI	183
APÊNDICE D CÓDIGOS QUE COMPÕEM A FAMÍLIA RECURSOS FINANCEIROS	184
APÊNDICE E TEIA RESULTANTE DA ANÁLISE DOS INDICADORES QUE COMPÕE O QUE É IMPORTANTE PARA O TRABALHO INTERSETORIAL ENTRE OS SETORES SAÚDE E EDUCAÇÃO	185

APÊNDICE F TEIA RESULTANTE DA ANÁLISE DE INDICADORES QUE COMPÕEM O QUE É IMPORTANTE PARA A INTERSETORIALIDADE ENTRE OS SETORES SAÚDE E EDUCAÇÃO.....	186
APÊNDICE G TEIA RESULTANTE DA ANÁLISE DE INDICADORES QUE COMPÕEM AS DIFICULDADES DO TRABALHO INTERSETORIAL NO PSE.....	187
APÊNDICE H QUESTIONÁRIO ELETRÔNICO PARA REPRESENTANTES DA COORDENAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA DO MS E MEC.....	188
APÊNDICE I QUESTIONÁRIO ELETRÔNICO PARA REPRESENTANTES DO PROGRAMA NA ESCOLA DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO DOS MUNICÍPIOS.....	198
ANEXO A ARTIGO APROVADO PARA PUBLICAÇÃO NO PERIÓDICO 'CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA'.....	210
ANEXO B NORMAS PARA SUBMISSÃO DE ARTIGOS – REVISTA PANAMERICANA DE SALUD PÚBLICA.....	211
ANEXO C NORMAS PARA SUBMISSÃO DE ARTIGOS – REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO.....	230

1 INTRODUÇÃO

A Saúde e a Educação constituem direitos sociais garantidos pela Constituição Brasileira (BRASIL, 1988) a todos os cidadãos residentes no país. Por essa identidade, na esfera das políticas públicas, os Setores Saúde e Educação apresentam muitas similaridades ao se edificarem na universalização dos direitos fundamentais dos cidadãos (BRASIL, 2009).

Desde a década de 1950, várias ações em Saúde objetivaram abordar o espaço escolar, grande parte delas sob uma lógica sanitarista, perpetuando o modelo biomédico focado na doença (BRASIL, 2009).

Profissionais dos Setores Saúde e Educação demonstraram resistência a esse modo de efetuar ações de saúde (VASCONCELOS, 1997; VASCONCELOS, 1999; VASCONCELOS, 2001) no ambiente escolar. Esta objeção fez surgir outras abordagens para o encontro da Saúde com a Educação, especialmente a de focalizar as ações na implementação de políticas públicas intersetoriais (NARVAI, 2003; IPPOLITO SHEPHERD & CERQUEIRA, 2003; PEDROSA, 2006; SILVA & DELORME, 2006; SILVA & DELORME, 2007; BRASIL, 2009).

A intersetorialidade se apresenta como uma prática integradora de ações de diferentes setores que se articulam, completam e interagem para um olhar mais próximo dos problemas e dos modos de enfrentá-los (WIMMER & FIGUEIREDO, 2006). Assim, as ações intersetoriais são geradas por atividades diferenciadas, planejadas e programadas, com compartilhamento de poder e de articulação de interesses, saberes e ações das instituições abrangidas (TEIXEIRA & PAIM, 2000; JUNQUEIRA, 2004). Esse novo modo de gestão requer um processo de aprendizagem, que envolve a capacidade de adaptação às mudanças e superação de modelos de políticas setorializadas (MENDES, BÓGUS & AKERMAN, 2004).

Ao se considerar que saúde é parte integrante da qualidade de vida e está condicionada aos direitos humanos (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8.,1986), a escola se expressa como um espaço fértil que pode proporcionar aos cidadãos assumirem estes direitos por meio da formação de sujeitos sociais críticos, criativos, construtores de conhecimento (BRASIL, 2005). As políticas públicas de saúde atestam que a escola é um ambiente privilegiado para a produção de ações promotoras de saúde, preventivas de doenças, e de educação para a saúde (BRASIL,

2009). Por conseguinte, associar políticas intersetoriais ao fecundo espaço escolar é uma determinação adequada para produzir saúde.

Neste sentido, o Programa Saúde na Escola (PSE) foi instituído por meio do decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, e se expressa como asserção de uma política intersetorial entre os Ministérios da Saúde (MS) e da Educação (MEC) e demais entes federados da União dos Setores Saúde e Educação, com o propósito da atenção integral à saúde de estudantes da educação básica pública brasileira. A intenção é apresentar uma nova proposta política de atenção à saúde escolar no país. A intersetorialidade, entre os Setores Saúde e Educação, alicerça as bases conceituais do Programa (BRASIL, 2007; BRASIL, 2008).

Por representar uma política intersetorial entre os Setores Saúde e Educação, instituída por decreto, a intersetorialidade no PSE se apresenta como uma inovação e ao mesmo tempo um desafio aos gestores e profissionais nele envolvidos. Deste modo, surgiu a necessidade de avaliar a intersetorialidade no PSE, para a qualificação e suporte de suas ações. Desta necessidade emergiu o objetivo geral da tese que foi *'Avaliar a intersetorialidade no Programa Saúde na Escola, para a qualificação das ações e para subsidiar estratégias de apoio à sua implementação no Brasil'*.

A avaliação deve ser compreendida a partir de um conceito emancipatório e colaborativo em que os critérios de julgamento e propósitos são construídos entre diferentes atores sociais, já que cada sujeito é capaz de avaliar suas ações. Nesse sentido, de maneira reflexiva, ele constrói e reconstrói sua prática (BRANDÃO, SILVA & PALOS, 2005).

Partiu-se, então, para a escolha da metodologia, que necessitaria ser participativa, democrática, e ainda fomentar o diálogo e a discussão sobre a articulação da avaliação aos processos de tomada de decisão. A metodologia deveria dar voz aos atores envolvidos na implementação do PSE para que se conhecessem seus interesses no processo avaliativo, com o propósito de aproximar a pesquisa acadêmica às reais necessidades dos serviços. Consequentemente, as questões do estudo emergiriam destes atores. Por contemplar estas condições elegeu-se a *Metodologia de Avaliação Rápida* proposta pelo Centro para o Desenvolvimento e Avaliação de Políticas e Tecnologia em Saúde Pública (CEDETES), da Universidade del Valle, Colombia. O CEDETES conta com suporte do Centro para a Prevenção e

Controle de Doenças dos Estados Unidos da América (EUA), e da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) EUA (SALAZAR, 2004).

A *Metodologia de Avaliação Rápida* foi utilizada como condutora dos passos de pesquisa, que contou com a participação de atores chaves envolvidos na implementação do PSE no Brasil. Os passos metodológicos incluíram: 1) Caracterização da intervenção para a avaliação. 2) Estudo da Viabilidade e Factibilidade da Avaliação. 3) Definição do alcance da avaliação. 4) Definição de fontes e métodos de coleta de informações. 5) Trabalho de campo. 6) Processamento e análise da informação. 7) Comunicação dos resultados e tomada de decisão.

Para atender aos requisitos da metodologia foi necessário evidenciar que o Programa a ser avaliado é de Promoção da Saúde. Foi realizada, então, a contextualização e caracterização do PSE, as quais demonstraram que o mesmo contempla os princípios fundamentais da Promoção da Saúde, os quais, segundo Westphal (2006) incluem a integralidade, a equidade, a participação social, o empoderamento, a autonomia, a sustentabilidade e a intersetorialidade.

Ao mesmo tempo em que se iniciavam os passos da metodologia surgiu o primeiro objetivo específico, o qual se constituiu em *'Apresentar estudos publicados em artigos que confirmem a relevância da temática na realidade brasileira'* realizado por meio da revisão integrativa da literatura, resultando no artigo *O encontro da Saúde com a Educação: ações intersetoriais e o Programa Saúde na Escola*.

Ao perceber as potencialidades da metodologia surgiu o segundo objetivo específico que foi *'Elaborar um Manual Metodológico a fim de facilitar a utilização da Metodologia de Avaliação Rápida e dar suporte àqueles que estão trabalhando com a avaliação de práticas promotoras de saúde no país'*. O resultado foi o Manual Metodológico intitulado *Avaliação da Intersetorialidade no Programa Saúde na Escola: utilização da Metodologia de Avaliação Rápida em uma experiência brasileira*.

Para que se conhecessem as necessidades avaliativas relacionadas à intersetorialidade no PSE, foi realizada uma Oficina de Trabalho, em Curitiba, com um grupo de tomadores de decisão composto, por meio de amostra intencional, por atores da implementação do PSE no Brasil, representados por profissionais dos Setores Saúde e Educação de Manaus, Olinda, Brasília, Rio de Janeiro e Curitiba; representantes da academia da Universidade de Brasília e representantes das coordenações do PSE do MS e MEC. Os critérios de inclusão da amostra foram: ter participado da implementação do PSE em seus municípios, contemplar um município

de cada região do país, indicação do MS e/ou MEC, indicação de atores da implementação do PSE em municípios. Em razão da quantidade de indicadores, resultantes do tipo de informação que estes atores necessitam conhecer, fez-se a seleção dos indicadores mais pertinentes para serem respondidos neste trabalho. Para responder às questões emergidas da Oficina de Trabalho foram elencados gestores do PSE, no âmbito municipal/estadual/Distrito Federal, dos Setores Saúde e Educação, em municípios brasileiros. A amostra foi intencional cujos critérios de inclusão contemplaram representação de um município de cada região do país (norte, nordeste, centro-oeste, sudeste e sul), indicação do MS e/ou MEC e indicação de atores que implementaram o PSE em municípios. Foram incluídos os municípios de Curitiba, Rio de Janeiro, Brasília, Olinda, e Manaus, totalizando dez respondentes. Também participaram um coordenador nacional do PSE do Ministério da Saúde e um do Ministério da Educação.

Com o avançar dos passos metodológicos foram emergindo os outros objetivos específicos. O terceiro foi *'Analisar o Decreto e as Portarias do PSE, a fim de observar a contribuição e a equanimidade na participação dos Setores Saúde e Educação no Programa, com foco na intersetorialidade'*. Como resultado desenvolveu-se o artigo *Diplomas Normativos do Programa Saúde na Escola: análise de conteúdo associado à ferramenta ATLAS. TI*. No artigo referido se apresenta um recorte de tempo dos diplomas normativos emitidos até julho de 2011, os quais foram utilizados para a análise.

O quarto objetivo específico foi *'Avaliar a percepção dos gestores nacionais do PSE (MEC e MS) sobre a intersetorialidade do Programa'* o qual resultou no artigo *A visão de gestores nacionais sobre a intersetorialidade no Programa Saúde na Escola*.

O quinto objetivo específico foi *'Avaliar a percepção dos gestores locais do PSE sobre a intersetorialidade do Programa'* originando o artigo *Percepções de gestores locais sobre a intersetorialidade no Programa Saúde na Escola*.

Estas premissas deram origem à tese intitulada *Avaliação da Intersetorialidade no Programa Saúde na Escola*.

O amadurecimento conceitual sobre a importância da dimensão da intersetorialidade como princípio direcionador no desenvolvimento do PSE não foi apenas evidenciado ao longo do desenvolvimento deste trabalho. Esse amadurecimento alcançou também os gestores do PSE, conforme explicitado pela

modificação do *slogan* inicial (Figura 1), que a partir deste ano de 2011 enfatizou a intersectorialidade no Programa (Figura 2), vindo ao encontro dos objetivos desta tese.



Figura 1: *Slogan* inicial do PSE em 2007.



Figura 2: *Slogan* atual do PSE em 2011.

2 ARTIGO 1

O artigo será submetido à 'Revista Brasileira Saúde da Família'.

O encontro da Saúde com a Educação: ações intersetoriais e o Programa Saúde na Escola

Resumo

As políticas públicas voltadas a escolares requerem que o encontro da saúde com a educação se faça por meio da intersectorialidade. Isto é confirmado pela atual proposta de política para saúde escolar no Brasil, representada pelo Programa Saúde na Escola (PSE). Por ser este um Programa inovador é importante que se avalie como está ocorrendo seu processo de implantação como ação intersectorial. Este estudo teve como objetivo fazer uma revisão integrativa da literatura para apresentar estudos, publicados em artigos indexados, que possam confirmar a relevância da temática na realidade brasileira, pesquisados em Base de Dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), por meio de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), associando ação intersectorial e saúde escolar, bem como, ação intersectorial e avaliação em saúde. Ressalta-se a importância da intersectorialidade em programas que abordem a saúde escolar, bem como, a necessidade de sua avaliação. O estudo evidencia a escassez de pesquisas que integrem os descritores pesquisados ao contexto da escola. Indica-se a necessidade da construção de evidências por meio de estudos/pesquisas avaliativas para que a ação intersectorial no espaço escolar seja exitosa, essencialmente para o PSE, que representa um novo desenho da política de educação e saúde para os estudantes da rede pública de ensino brasileiro.

Palavras-chave: Ação Intersectorial; Saúde Escolar; Avaliação em Saúde; Promoção da Saúde.

Introdução

No âmbito das políticas públicas os Setores Saúde e Educação possuem muitas semelhanças por se alicerçarem na universalização dos direitos fundamentais dos cidadãos. Estes Setores historicamente já foram unidade desdobrada na década de 1950, quando o então Ministério da Educação e Saúde (MES) passou a constituir o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Educação e Cultura (MEC) (BRASIL, 2009a). Este último, em 1985, compôs dois Ministérios, o Ministério da Educação (MEC) e o Ministério da Cultura (MinC) (BRASIL, 1985).

A partir da década de 1950 diversas iniciativas voltadas para a saúde do escolar foram desenvolvidas no espaço da escola, a maioria delas sob uma perspectiva sanitária, reproduzindo o modelo biomédico focado na doença (BRASIL,

2009a). Educadores e sanitaristas reagiram contrariamente a esta forma de realizar ações de saúde (VASCONCELOS, 1997; VASCONCELOS, 1999; VASCONCELOS, 2001) no espaço escolar, surgindo alternativas para abordar o encontro da Saúde com a Educação, sobretudo, visando colocar o foco das iniciativas na implementação de políticas públicas intersetoriais que proporcionassem a articulação de ações e estruturas de saúde e escolares (IPPOLITO-SHEPHERD & CERQUEIRA, 2003; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2003; PEDROSA, 2006; SILVA & DELORME, 2006; SILVA & DELORME, 2007; BRASIL, 2009a).

A escola se apresenta como um local privilegiado para a implementação de ações promotoras da saúde com enfoque integral (IPPOLITO-SHEPHERD & CERQUEIRA, 2003), com ênfase na criação de estratégias de coordenação intersetorial entre os Setores Saúde e Educação, que priorizem a participação comunitária no curso da construção coletiva das ações de saúde no espaço escolar (IPPOLITO-SHEPHERD & CERQUEIRA, 2003; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2003; PEDROSA, 2006; SILVA & DELORME, 2006; SILVA & DELORME, 2007).

Esta concepção é reforçada por Moysés (2008) ao afirmar que a escola, ao tomar como responsabilidade a ação em saúde e o enfrentamento das iniquidades sociais, desenvolve habilidades da comunidade escolar para atuar sobre os determinantes da saúde e da qualidade de vida, e está aberta a estabelecer parcerias intersetoriais que visam o suporte à saúde de sua comunidade.

No Brasil, a Política Nacional de Promoção da Saúde, publicada pelo Ministério da Saúde em 2006, propõe uma política transversal, integrada, com ênfase na intersetorialidade. Apresenta ao setor Saúde o desafio de construir a intersetorialidade com distintos setores governamentais, não governamentais e com a sociedade, tecendo redes de corresponsabilidade a fim de considerarem a melhoria de vida da população quando forem gerar suas políticas específicas (BRASIL, 2006).

A intersetorialidade no encontro da Saúde com a Educação

Desde os anos de 1950 até o início dos anos 2000, diversas iniciativas e abordagens em saúde aspiraram abranger o espaço da escola e seus estudantes.

Entretanto, a maioria delas partia de uma lógica verticalizada, transmissora de informações de higiene e produtora de assistência médica e odontológica que seguiam o paradigma biológico, medicamentoso. No entanto emergiram outros modos de entender a íntima ligação entre a produção de conhecimento e uma vida saudável, centrados no conceito ampliado de saúde, na integralidade, na cidadania (BRASIL, 2009a).

Um desses modos de entender a saúde na escola se concretizou com a criação da Rede Latino-Americana de Escolas Promotoras de Saúde acordada durante o Congresso de Saúde Escolar no Chile, em 1995 (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2003; PERIAGO, 2006). Esta iniciativa teve como objetivo oferecer às futuras gerações conhecimentos e habilidades fundamentais para cuidar de sua própria saúde, da sua família e da comunidade em que se inserem (IPPOLITO SHEPHERD & CERQUEIRA, 2003).

Denominada de Iniciativa Regional Escolas Promotoras de Saúde, oferece suporte aos Setores Saúde e Educação, entre outros, a fim de eleger prioridades para a saúde escolar e para as ações de implementação, criação e manutenção de ambientes escolares saudáveis (PERIAGO, 2006). Se expressa como resposta às condições dos programas de saúde escolar executados nos países da Região das Américas, e como resultado do compromisso da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), desde a década de 1980, com a promoção e a educação para a saúde focalizada na educação integral (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2003; IPPOLITO-SHEPHERD, 2006).

Uma escola que promove saúde deve se alicerçar nos princípios da Carta de Ottawa, produto da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em 1986, que assim define Promoção da Saúde (BRASIL, 2011):

[...] é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo...a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global.

A Escola Promotora de Saúde deve seguir princípios (INTERNATIONAL UNION FOR HEALTH PROMOTION AND EDUCATION, [20..]) como o compromisso de promover a saúde e o bem-estar dos estudantes, já que um aluno saudável aprende melhor. Desta forma, a escola tem de estar voltada para a melhoria dos resultados escolares, determinada a defender os princípios de justiça social e equidade, bem como, a fornecer um ambiente seguro e de apoio. Tem de fomentar a participação dos estudantes e desenvolver as suas competências. Necessita articular as questões e os sistemas da saúde e da educação, também ter a incumbência de abordar as questões de saúde e bem-estar de todo o pessoal da escola. Deve colaborar com os pais dos estudantes e com a comunidade. Necessita integrar a saúde nas atividades correntes da escola, no programa escolar e nos critérios de avaliação. Também o dever de estabelecer objetivos realistas com base em dados precisos e com sólidas evidências científicas. E ainda, procurar uma melhoria constante por meio de uma supervisão e a avaliação contínua.

Desta forma, o espaço escolar deve ser percebido como oportuno e privilegiado para o desenvolvimento crítico, social e político, que interfere na produção coletiva da saúde (BRASIL, 2005; BRASIL, 2009a). Assim, a escola passa a constituir um campo promissor para o desenvolvimento de ações promotoras de saúde e para o desenvolvimento de ações intersetoriais.

Westphal e Mendes (2000) apontam que os Setores Saúde, Educação e Ação Social tendem a ser os parceiros mais comuns quando se avaliam ações intersetoriais, embora muitas dessas iniciativas sejam informais e não envolvam um planejamento prévio, com ações estabelecidas por apenas um setor.

Um estudo realizado em Curitiba demonstrou que a Estratégia Saúde da Família é um fator facilitador de ações intersetoriais nos territórios de atuação, e quando se identificaram os parceiros destas ações, o Setor Educação destacou-se para 94,1% dos respondentes, reafirmando o estreito vínculo entre os Setores Saúde e Educação. Porém, o estudo revelou que o envolvimento entre os setores está focado na disponibilização de espaço físico e não numa ação conjunta e integrada (MORETTI et al, 2010). É necessário que os diferentes setores conheçam os

preceitos de um trabalho intersetorial para que assim possam desenvolver e avaliar suas ações.

A concepção de intersetorialidade envolve a disponibilidade de cada setor envolvido para dialogar, estabelecer vínculos de corresponsabilidade e cogestão, comprometendo-se com um processo de aprendizagem e determinação dos sujeitos, que deve reverter na capacidade de responder às necessidades dos cidadãos de um determinado território pela melhoria da qualidade de vida (CAMPOS, BARROS & CASTRO, 2004; JUNQUEIRA, 2004).

As ações que abrangem diferentes setores devem ter a perspectiva de integrar distintos saberes e experiências, descaracterizando intervenções exclusivamente setoriais. Deste modo, os atores organizacionais e os grupos populacionais devem ser compreendidos como sujeitos com habilidade de percepção integral de seus problemas e de gerar soluções que se adaptem à sua realidade social (JUNQUEIRA, 2000; BYDLOWSKI, WESTPHAL & PEREIRA, 2004). Portanto, as ações intersetoriais devem se desenvolver no cerne de um processo diferenciado em que o planejamento se fundamente no compartilhamento de poder e de acordo com interesses, saberes e práticas dos distintos setores envolvidos (TEIXEIRA & PAIM, 2000; JUNQUEIRA, 2004).

Neste sentido, faz-se emergir a necessidade de avaliar as ações intersetoriais que envolvam os Setores Educação e Saúde para a qualificação e suporte das mesmas.

Como preceito pedagógico na construção de políticas de Promoção da Saúde, a avaliação adota a qualidade de instrumento de responsabilização dos diferentes atores nessa construção, que conduz à reflexão de como e para que avaliar. Sendo indispensavelmente participativa, a avaliação em Promoção da Saúde subentende pactuação, decisão coletiva entre os sujeitos participantes, organização em cogestão e movimento social com a deliberação de transformação e da busca da percepção do que é ou não efetivo numa localidade específica (AKERMAN et al., 2002; PEDROSA, 2004).

Experiências exitosas são apontadas pela ação intersetorial entre os Setores Saúde e Educação que abordam o espaço escolar, estimulando transformação no

relacionamento entre os profissionais da saúde e da escola, visando o planejamento conjunto das ações, rompendo uma cultura de ações pontuais, sem programação conjunta e sem adaptação ao contexto e ao público-alvo (PALMAS, 2006).

Partindo das experiências entre a Saúde e a Educação que já vêm sendo realizadas ao longo do tempo, considerando que saúde é parte integrante da qualidade de vida e encontra-se vinculada aos direitos humanos (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986), a escola se apresenta como um espaço fértil, possibilitando aos cidadãos se constituírem desses direitos, por meio da formação de sujeitos sociais críticos, criativos e construtores de conhecimento (BRASIL, 2005).

Logo, relacionar a intersetorialidade ao rico e fértil território escolar é uma deliberação apropriada de produção de saúde. Neste sentido o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde estabeleceram o Programa Saúde na Escola (PSE) com o objetivo de apresentar uma nova proposta política de atenção à saúde escolar no Brasil. O êxito do PSE se alicerça nas ações intersetoriais entre os Setores Saúde e Educação (BRASIL, 2008a).

O Programa Saúde na Escola

O PSE, instituído pelo Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, é uma política do governo brasileiro centrada na intersetorialidade entre o MS e o MEC, que se fundamenta na pactuação entre os entes federados dos Setores Saúde e Educação, e considera os princípios do SUS (integralidade, universalidade, equidade, descentralização e participação social), garantidos pela Constituição Federal de 1988 como dever do Estado para o direito à saúde (BRASIL, 2008a, BRASIL, 2009a).

O PSE tem o compromisso de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica brasileira por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde. Apresenta como principais objetivos (BRASIL, 2007, art. 2º):

I - promover a saúde e a cultura da paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde, bem como fortalecer a relação entre as redes públicas de saúde e de educação;

II - articular as ações do Sistema Único de Saúde às ações das redes de educação básica pública, de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis;

III - contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos;

IV - contribuir para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos;

V - fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar;

VI - promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes; e

VII - fortalecer a participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde, nos três níveis de governo.

As diretrizes para a implementação do PSE se expressam por meio da descentralização e respeito à autonomia federativa; na integração e articulação das redes públicas de ensino e de saúde; nos princípios da territorialidade; na interdisciplinaridade e intersetorialidade; na integralidade; no cuidado ao longo do tempo; no controle social; e por meio do monitoramento e avaliação permanentes (BRASIL, 2007, art. 3º, § 1º).

O PSE apresenta cinco componentes principais que são representados pela avaliação clínica e psicossocial; por meio de ações de promoção da saúde e prevenção das doenças e agravos; no compromisso da educação permanente e capacitação de profissionais da Educação e Saúde e de jovens para o PSE; pelo monitoramento e avaliação da saúde dos estudantes e monitoramento e avaliação do PSE (BRASIL, 2008a).

Os objetivos, as diretrizes e os componentes do PSE demonstram a proposição de um novo desenho da política de educação e de saúde para a escola ao considerarem a Saúde e a Educação de forma integral para a formação de cidadãos que exerçam plenamente seus direitos. Também, ao promoverem progressiva ampliação das ações realizadas pelas redes de Saúde e de Educação, e, ao fomentarem a articulação de saberes, a participação de estudantes, pais, comunidade

escolar e sociedade em geral na construção e controle político-social. Enfatizam, ainda, a intersetorialidade e a avaliação do Programa (BRASIL, 2007; BRASIL, 2008a).

Mendonça (2008) ressalta que a inovação do PSE é ter sido implementado a partir do modelo brasileiro de atenção primária à saúde, representado pelas equipes de Saúde da Família (ESF), fundamentais para que os municípios façam a adesão ao PSE (BRASIL, 2008a; BRASIL, 2008b; BRASIL, 2010a; BRASIL, 2010b; BRASIL, 2010c).

O PSE se fundamenta nas ações intersetoriais desenvolvidas nos espaços escolar e da unidade básica de saúde, procurando aproximar e integrar estudantes, comunidade e profissionais, valorizando e enaltecendo o território como palco principal para o levantamento das necessidades, debate e resolução das situações que coloquem em risco a saúde daqueles que ali vivem, trabalham e circulam (BRASIL, 2005; BRASIL, 2008a).

A Importância de Avaliar a Intersetorialidade no PSE

Partindo-se do fundamento de que o PSE contempla os valores e princípios da Promoção da Saúde, os quais, de acordo com Westphal (2006) compreendem a integralidade, a equidade, a participação social, o empoderamento, a autonomia, a sustentabilidade e a intersetorialidade, e, que o êxito do PSE se alicerça na intersetorialidade entre os Setores Saúde e Educação (BRASIL, 2008a), é importante avaliar como está ocorrendo este processo intersetorial, por se tratar de uma nova proposta na política de saúde na escola no país.

A especificidade inerente às intervenções de Promoção da Saúde é o seu caráter ampliado, encerrando a colaboração e participação de diferentes atores sociais e a aplicação de múltiplas estratégias. Isto acrescenta complexidade aos métodos usados para medir o impacto das intervenções realizadas em relação à estrutura, ao processo e aos resultados (MOYSÉS, MOYSÉS & KREMPEL, 2004).

Portanto, um dos desafios da Promoção da Saúde é produzir métodos de avaliação que sejam passíveis de valorar processos e resultados em sua dimensão

política, econômica e social, assim como, a sua contribuição para a qualidade de vida das populações, além dos resultados numéricos (SALAZAR & GRAJALES, 2004).

Salazar (2004) explica que a avaliação, as evidências, a tomada de decisões e as políticas públicas denotam quatro conceitos que têm como meta a realização e a manutenção da qualidade de vida individual e da coletividade. A autora relata ainda que enquanto esses quatro conceitos se articulam e se revelam sobre políticas públicas e a Promoção da Saúde, na prática esta articulação está alheia à realidade, pois, pode sofrer influência de fatores como a qualidade e relevância da informação, o contexto político no qual se realiza a avaliação e a capacidade dos avaliadores em comunicar e exercer influência junto aos tomadores de decisão para que estes escolham o melhor curso de ação. Deste modo, a avaliação deve ser um instrumento chave para o êxito dessa articulação.

Para avaliar uma ação de Promoção da Saúde se torna essencial o conhecimento do contexto no qual ela se desenvolve. Potvin (2004) e Poland, Frohlich & Cargo (2008) apontam que a avaliação de ações promotoras da saúde não acontece no vazio, mas, deve estar profundamente comprometida com o contexto social.

A avaliação deve ser compreendida a partir de uma ótica emancipatória e colaborativa em que os critérios de julgamento e propósitos são construídos entre diferentes atores sociais, já que cada sujeito é capaz de avaliar suas ações. Nesse sentido de maneira reflexiva, ele constrói e reconstrói sua prática (BRANDÃO, SILVA & PALOS, 2005).

Salazar (2011) enfatiza que a avaliação é de interesse tanto dos profissionais quanto da comunidade a ser beneficiada pela intervenção, pois gera informação sobre o êxito da mesma.

A partir destas considerações o objetivo deste estudo foi fazer uma revisão integrativa da literatura para apresentar estudos, publicados em artigos indexados, que possam confirmar a relevância da temática na realidade brasileira, pesquisados em Base de Dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), por meio de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), associando ação intersetorial e saúde escolar, bem como, ação intersetorial e avaliação em saúde.

Metodologia

A revisão integrativa é um método que possibilita a síntese do conhecimento sobre determinado tema ou questão (ROMAN & FRIEDLANDER, 1998). Foram percorridos os passos da definição do objetivo da revisão, a busca da literatura em Base de Dados, os critérios para a seleção dos artigos, a avaliação e análise dos dados obtidos (WHITTEMOR & KNAFL, 2005).

Fez-se uma busca da literatura em Base de Dados, com a finalidade de levantar os estudos publicados em artigos de revistas indexadas, que integrem ação intersectorial com a saúde escolar e ação intersectorial com a avaliação em saúde. Investigou-se descritores em português a fim de delimitar o objeto de estudo e o campo de investigação, para apresentar ao leitor a realidade brasileira.

Desta forma, fez-se uma busca ativa de informações na Base de dados da BVS, em 13 de abril de 2011, via DeCS, pelo método integrado, incluindo todos os índices e todas as fontes, agrupando os descritores *ação intersectorial*, *saúde escolar*, utilizando a expressão booleana *AND*, com a finalidade da busca de todos os registros em que ocorressem simultaneamente os termos indicados. Obteve-se um total de 72 resultados. Um primeiro filtro foi utilizado por tipo de publicação. Selecionou-se o ícone *artigo*, obtendo-se um resultado de 12 artigos, sendo 8 na língua portuguesa, 3 na língua inglesa e 1 na língua espanhola. Em relação à data de publicação e o número de artigos obtidos foram dois artigos em 2009 e um artigo nos anos de 2008, 2006, 2004, 2003, 2002, 1996, 1994, 1992, 1991, 1987. Na próxima etapa verificou-se a presença dos descritores nos resumos ou nos textos e também se os textos contemplavam o tema abordado.

Para os estudos que abordavam ação intersectorial e avaliação em saúde, realizou-se uma busca ativa de informações na BVS, em 13 de abril de 2011, via DeCS, pelo método integrado, incluindo todos os índices e todas as fontes, agrupando os descritores *ação intersectorial*, *avaliação em saúde*, utilizando a expressão booleana *AND*, com o objetivo da busca de todos os registros em que ocorressem concomitantemente os termos indicados. Neste caso a meta foi encontrar estudos em que o foco da avaliação fosse a escola. Foram obtidos um total de 80 resultados. Após, fez-se o refinamento por tipo, elegeu-se o ícone *artigo* obtendo-se

um resultado de 24, sendo 23 na língua portuguesa, 1 na língua inglesa e 1 na língua espanhola, um dos artigos apresentou o texto em português e em inglês. Em relação à data de publicação e o número de artigos obtidos foram três em 2009, dois em 2007, um em 2006, quatro em 2005, seis em 2004, um em 2003, um em 2001, um em 2000, um em 1996, um em 1993, um em 1992 e dois em 1991. Foram excluídos 3 artigos não encontrados e dois artigos duplicados, restando 18 artigos. Em relação aos artigos não encontrados dois deles são de autoria anônima e os Periódicos não foram encontrados, e um artigo não consta no Periódico indicado. Na fase seguinte verificou-se a presença dos descritores nos resumos ou nos textos e se os mesmos contemplavam o tema abordado.

Resultados e Discussão

Embora diversos autores afirmem ser essencial que os Setores Saúde e Educação trabalhem de forma intersetorial, visando à melhoria da qualidade de vida dos estudantes (IPPOLITO-SHEPHERD & CERQUEIRA, 2003; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2003; PEDROSA, 2006; SILVA & DELORME, 2006; SILVA & DELORME, 2007; MOYSÉS, 2008), somente um estudo foi encontrado na Base de Dados BVS, publicado como artigo, associando os DeCS *ação intersetorial e saúde escolar*. Este artigo versa sobre a Iniciativa Escolas Promotoras de Saúde desenvolvida no Estado do Tocantins, e ressalta a parceria entre os Setores Saúde e Educação como uma ação intersetorial exitosa. O artigo está publicado na Revista Brasileira Saúde da Família, ano 2006, com o título *Estado promotor da saúde. Escolas Promotoras de Saúde e Estratégia Saúde da Família: ação intersetorial exitosa* (PALMAS, 2006).

Assim sendo, observa-se uma escassez de estudos sobre esta temática, o que se torna motivo de reflexão para futuras pesquisas, já que as políticas públicas cada vez mais requerem e apoiam a intersetorialidade entre os Setores Saúde e Educação nas iniciativas voltadas a escolares.

Também ficou clara a necessidade da avaliação em ações promotoras de saúde (MOYSÉS, MOYSÉS & KREMPEL, 2004; SALAZAR & GRAJALES, 2004; SALAZAR, 2004; POTVIN, 2004; BRANDÃO, SILVA & PALOS, 2005; POLAND, FROHLICH & CARGO, 2008; SALAZAR, 2011). Ao analisar o foco da avaliação dos

18 estudos que associam os DeCS *ação intersetorial e avaliação em saúde*, observa-se que nenhum deles tem na escola o objetivo principal. Isto reforça a necessidade de mais pesquisas avaliativas abordando ações intersetoriais no espaço escolar, sobretudo neste momento em que o país desenvolve uma proposta inovadora integrando saúde e escola, representada pelo PSE.

Considerações Finais

Levando-se em conta a relevância da intersetorialidade para a atual proposta de política de saúde na escola no Brasil, consolidada com a instituição do PSE, e, observando-se a escassez de estudos que integram intersetorialidade, avaliação e saúde escolar, expõe-se a necessidade da construção de evidências por meio de estudos que indiquem o caminho mais adequado, conforme o contexto em que se apresenta, para que a ação intersetorial no espaço escolar seja exitosa ao contemplar as necessidades dos indivíduos e da coletividade que fazem parte de seu ambiente.

A avaliação deve tornar a ação mais adequada e é importante tanto para os tomadores de decisão quanto para a comunidade a qual a ação se destina. Portanto, aproximar pesquisas/estudos às reais necessidades dos serviços parece ser um bom caminho para a construção, avaliação e ajuste de políticas públicas saudáveis no espaço escolar.

Referências:

1. AKERMAN, M.; MENDES, R.; BÓGUS, C. M.; WESTPHAL, M. F.; BICHIR, A.; PEDROSO, M. L. Avaliação em promoção da saúde: foco no "município saudável". **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 5, p. 636-646, out. 2002.
2. BRANDÃO, D. B.; SILVA, R. R.; PALOS, C. M. C. Da construção de capacidade avaliatória em iniciativas sociais: algumas reflexões. **Ensaio: avaliação e políticas Públicas em Educação**, v. 13, n. 48, p. 361-374, jul./set. 2005.
3. BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 91.144, de 15 de março de 1985. Cria o Ministério da Cultura e dispõe sobre a estrutura, transferindo-lhe os órgãos que menciona, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 15 mar. 1985. Seção 1, coluna 2, p. 4773.
4. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. **Relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf. Acesso: 9 jul. 2009.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A educação que produz saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 16 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
7. BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, p. 2, 5 dez. 2007.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Orientações sobre o Programa Saúde na Escola para a elaboração dos projetos locais**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008a. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/geral/orientacoes_pse.pdf Acesso em: 16 abr. 2009.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 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**, Brasília, DF, 24 set. 2008b. Seção 1, p. 39.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. 96 p.: il. (Série B. Textos Básicos de Saúde. Cadernos de Atenção Básica, n. 24).

11. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 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**, Brasília, DF, n. 37, 25 fev. 2010a. Seção 1, p. 32.
12. BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Continuada. Alfabetização e diversidade. **Programas e ações**. Brasília, DF: Ministério da Educação, 2010b. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=14578%3Aprograma-saude-nas-escolas&catid=194%3Asecad-educacao-continuada&Itemid=817>. Acesso em: 17 mar. 2010.
13. BRASIL. Portaria Interministerial nº 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**, Brasília, DF, n. 226, 26 nov. 2010c. Seção 1, p. 64.
14. BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta de Ottawa**. 2011. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/05.pdf>>. Acesso em: 11 maio 2011.
15. BYDLOWSKI, C. R.; WESTPHAL, M. F.; PEREIRA, I. M. T. B. Promoção da saúde. Porque sim e porque ainda não! **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 1, p. 14-24, jan./abr. 2004.
16. CAMPOS, G.W.; BARROS, R.B.; CASTRO, A.M. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n.3, p. 745-749, jul./set. 2004.
17. PALMAS (TO): Estado promotor da saúde. Escolas Promotoras de Saúde e Estratégia Saúde da Família Ação Intersetorial exitosa. **Revista Brasileira Saúde da Família**. Brasília, n.11, p. 7-13, jul./set. 2006.
18. IPPOLITO-SHEPHERD, J; CERQUEIRA M. T. **Las escuelas promotoras de la salud en las Américas: una iniciativa regional**. FNA, a. 33, p. 19-26, 2003.
19. IPPOLITO-SHEPHERD, J. **Escolas promotoras de saúde: fortalecimento da iniciativa regional estratégias e linhas de ação 2003-2012**. Washington, D.C: OPAS, 2006. 72 p. (Série Promoção da Saúde; n. 4).
20. INTERNATIONAL UNION FOR HEALTH PROMOTION AND EDUCATION (IUHPE). **Construindo escolas promotoras de saúde: directrizes para promover a saúde em meio escolar**. Versão 2 do documento anterior denominado "Protocolos e directrizes para as escolas promotoras de saúde" 2009. Disponível em: <http://www.iuhpe.org/uploaded/Publications/Books_Reports/HPS_Guidelines_I_2009_Portuguese.pdf>. Acesso em: 3 mar. 2011.
21. JUNQUEIRA, L. P. Intersetorialidade, transitoriedade e redes sociais na saúde. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 35-45, nov./dez. 2000.

22. JUNQUEIRA, L. P. A gestão intersectorial das políticas sociais e o terceiro setor. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 1, p. 25-36, jan./abr. 2004.
23. MENDONÇA, C. S. [Entrevistas]. **Revista Brasileira Saúde da Família**, Brasília, DF, n. 20, p. 6-7, out./dez. 2008.
24. MORETTI, A. C. et al. Intersetorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba (PR). **Ciência & Saúde Coletiva** [online], Rio de Janeiro, v.15, suppl.1, p. 1827-1834, jan. 2010.
25. MOYSÉS, S. J.; MOYSÉS, S. T.; KREMPEL, M. C. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 627-641, set. 2004.
26. MOYSÉS, S. T. A importância das ações de prevenção e promoção à saúde bucal para a comunidade escolar. **Revista Brasileira Saúde da Família**, Brasília, a. 9, p. 70-74, out./dez. 2008.
27. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Escolas Promotoras de Saúde: fortalecimento da Iniciativa Regional. Estratégias e Linhas de Ação 2003-2012**. Washington, DC: OPAS, 2003. (Série Promoção da Saúde; n. 4).
28. PEDROSA, J. I. D. S. Perspectivas na avaliação em promoção da saúde: uma abordagem institucional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 616-626, jul./set. 2004.
29. PEDROSA, J. I. S. Educação Popular e Promoção da Saúde: bases para o desenvolvimento da escola que produz saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 272 p. (Série Promoção da Saúde; n, 6).
30. PERIAGO, M. R. Prólogo. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 9. (Série Promoção da Saúde; n. 6).
31. POLAND, B.; FROHLICH, K. L.; CARGO, M. Context as a fundamental dimension of health evaluation. In: POTVIN, L.; MCQUEEN, D. **Health promotion evaluation practices in the Americas**. Springer: New York, 2008.
32. POTVIN, L. On the nature of programs: health promotion programs as action. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 731-738, jul./set. 2004.
33. ROMAN, A.R.; FRIEDLANDER, M.R. Revisão integrativa de pesquisa aplicada à enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v. 3, n.2, p. 109-112, jul./dez. 1998.
34. SALAZAR, L. de. **Evaluación de efetividad en promoción de la salud: guía de evaluación rápida**. Santiago de Cali: CEDETES/CDC/OPS, 2004. 207 p.

35. SALAZAR, L. de; 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 & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 545-555, jul./sep. 2004.
36. SALAZAR, L. de. **Reflexiones y posiciones alrededor de La evaluación de intervenciones complejas**. Santiago de Cali, Colômbia: Programa Editorial Universidad Del Valle, 2011.
37. SILVA, C. S.; DELORME, M. I. C.. Apresentação das experiências. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. 272 p. (Série Promoção da Saúde; n. 6).
38. SILVA, C. S.; DELORME, M. I. C. Apresentação das experiências. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 304 p. (Série Promoção da Saúde; n. 6).
39. TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S. Planejamento e programação de ações intersetoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, FGV, v. 34, n. 6, p. 63-80, nov. /dez. 2000.
40. VASCONCELOS, E.M. **Educação popular nos serviços de saúde**. 3.ed. São Paulo: HUCITEC, 1997.
41. VASCONCELOS, E.M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. São Paulo: HUCITEC, 1999.
42. VASCONCELOS, E. M. Redefinindo as práticas de saúde a partir da educação popular nos serviços de saúde. In: VASCONCELOS, E. M. **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde**. São Paulo: Hucitec, 2001.
43. WESTPHAL, M. F; MENDES, R. Cidade saudável: uma experiência de interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, FGV, v. 34, n. 6, p. 47-61, nov./dez. 2000.
44. WESTPHAL, M. F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, G. W. D. S.; AL, E. (Ed.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo; Rio de Janeiro: HUCITEC/FIOCRUZ, 2006. p. 635-667.
45. WHITTEMORE, R; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing** v. 52, n. 5, p. 546-553, nov./dez. 2005.

3 MANUAL METODOLÓGICO

O Manual Metodológico será submetido à Editora Champagnat, da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, para publicação em *E-book*.

Manual Metodológico

**Avaliação da Intersetorialidade no Programa Saúde na Escola: utilização da
Metodologia de Avaliação Rápida em uma experiência brasileira**

CURITIBA

2012

Apresentação

Este documento consiste na descrição (passo a passo) do uso da *Metodologia de Avaliação Rápida* em uma experiência brasileira. A *Metodologia de Avaliação Rápida* se apresenta como uma proposta metodológica para realizar a avaliação de efetividade em Promoção da Saúde. Foi elaborada pela professora Lúcia de Salazar no Centro para o Desenvolvimento e Avaliação de Políticas e Tecnologia em Saúde Pública (CEDETES), da Universidade del Valle, em Santiago de Cali, Colombia. A autora propõe um *Guia de Avaliação Rápida*, no qual são apresentados os elementos conceituais, estratégicos e metodológicos para o alcance de informações como resposta às necessidades e demandas dos responsáveis pela saúde da população e da atribuição dos gastos em saúde. O CEDETES conta com apoio do Centro para a Prevenção e Controle de Doenças (CDC) dos Estados Unidos da América (EUA), e da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS).

A intervenção em Promoção da Saúde escolhida para ser avaliada foi o Programa Saúde na Escola (PSE), especificamente a intersectorialidade entre os Setores Saúde e Educação. O propósito foi dar voz aos atores envolvidos no PSE a fim de conhecer seus interesses no processo avaliativo de modo a aproximar a pesquisa acadêmica às reais necessidades dos serviços.

A intencionalidade do manual é ampliar a divulgação da metodologia, facilitar a sua utilização e dar suporte àqueles que estão trabalhando com a avaliação de práticas promotoras de saúde. O *Guia de Avaliação Rápida* proposto por Salazar (2004) se apresenta como marco lógico desta avaliação, a partir daí fez-se a sua aplicação em uma experiência real, dando concretude ao *Guia* originando este manual.

Introdução

As particularidades da avaliação de práticas de Promoção da Saúde são o seu caráter ampliado, envolvendo a colaboração e participação de distintos atores sociais e o emprego de múltiplas estratégias. Isto acrescenta complexidade aos métodos de medir o impacto das intervenções realizadas em relação à estrutura, ao processo e

aos resultados (MOYSÉS, MOYSÉS & KREMPEL, 2004). Um dos desafios da Promoção da Saúde é desenvolver métodos de avaliação que valorem processos e resultados em sua dimensão política (relações entre os setores), econômica (qual a origem do provimento dos recursos) e social (fomento da participação e do empoderamento) e também em sua contribuição para a qualidade de vida das populações além dos resultados numéricos (SALAZAR & GRAJALES, 2004; SALAZAR, 2011).

Segundo Salazar (2004) a avaliação, as evidências, a tomada de decisões e as políticas públicas representam quatro conceitos que objetivam a realização e a manutenção da qualidade de vida individual e da coletividade para uma vida saudável. A autora afirma que enquanto esses quatro conceitos se articulam e se expressam nos documentos sobre políticas públicas e Promoção da Saúde, na prática esta articulação está muito distante da realidade, pois, pode ser influenciada por fatores como a qualidade e relevância da informação, o contexto político no qual se realiza a avaliação, a capacidade dos avaliadores em comunicar e exercer influência junto aos tomadores de decisão para que estes elejam o melhor curso de ação. Assim sendo, a avaliação deve ser um instrumento chave para o êxito dessa articulação.

Como preceito pedagógico na construção de políticas de Promoção da Saúde, a avaliação assume também a qualidade de instrumento de responsabilização dos diferentes atores nessa construção, que conduza à reflexão de como e para que avaliar. Sendo necessariamente participativa, a avaliação em Promoção da Saúde subentende pactuação, decisão coletiva entre os sujeitos participantes, organização em cogestão e movimento social com a intencionalidade de transformação e da busca de detectar o que é ou não efetivo numa localidade específica (AKERMAN et al, 2002; PEDROSA, 2004). Assim sendo, a avaliação deve ser entendida a partir de uma ótica emancipatória e colaborativa em que os critérios de julgamento e propósitos são construídos entre diferentes atores sociais, já que cada sujeito é capaz de avaliar suas ações. Nesse sentido, de maneira reflexiva, ele constrói e reconstrói sua prática (BRANDÃO, SILVA & PALOS, 2005).

O Objetivo da Metodologia

A utilização da *Metodologia de Avaliação Rápida* tem como objetivo fomentar o diálogo e a discussão sobre a articulação da avaliação aos processos de tomadas de decisões, bem como, o planejamento de políticas, programas e ações que tornem possível alcançar os princípios da Promoção da Saúde. A metodologia se propõe a responder à busca da efetividade das intervenções promotoras da saúde reunindo na sua concepção não apenas os princípios básicos da Promoção da Saúde, mas também, a perspectiva de uma coletividade cujo conceito e necessidades vão além da evidência científica, pretendendo ser uma opção para fomentar o debate público sobre racionalidades e contradições entre os formuladores de políticas e os beneficiários das mesmas (SALAZAR, 2004).

Fundamentos da metodologia

A *Metodologia de Avaliação Rápida* busca aproximar a investigação à política e responder às perguntas de interesse para a tomada de decisões. Representa um passo na busca de sinais que deem conta da efetividade de uma intervenção em Promoção da Saúde, constituindo um processo de sucessivas aproximações (SALAZAR, 2004).

A *Avaliação Rápida* apresenta as seguintes características (SALAZAR, 2004, p.31 e 32):

1. Facilita decisões racionais em circunstâncias reais
2. Orienta-se pelo enfoque da pesquisa aplicada para fornecer informações oportunas e relevantes para os tomadores de decisão
3. Combina abordagens qualitativas e quantitativas para a obtenção de informações sobre o êxito da intervenção
4. Força a uma valoração de sua utilidade, viabilidade e factibilidade não somente diante de critérios de confiabilidade e validez da informação, mas, da relevância e oportunidade da mesma em forma de custo efetividade e considerando a aplicação das recomendações

5. Direciona ações em curto e médio prazos, tornando-se propositiva e chamando a atenção para aspectos chaves: explorar perguntas, hipóteses e proposições para fazer estudos que respondam a novas perguntas da investigação
6. É flexível para que o avaliador explore novas ideias que não foram previstas na planificação do estudo
7. Possui uma alta probabilidade de que os resultados e recomendações sejam levados em conta para a tomada de decisões.

Apresenta certas limitações, como estabelecer relações causais, que gerem evidências de efetividade, entre a intervenção e os resultados. Também, em controlar variáveis que possam gerar viés nos resultados. Outro ponto seria equilibrar interesses entre avaliadores e tomadores de decisão, na maioria das vezes, financiadores da avaliação, em um desenho de avaliação abrangente e relevante, que permita a combinação de diversos enfoques e técnicas a fim de responder suas expectativas. Ainda, de generalizar os resultados a populações diferentes daquela estudada, em algumas ocasiões (SALAZAR, 2004; SALAZAR, 2009).

Deve-se levar em consideração que a factibilidade, a aplicação e a qualidade da avaliação estão relacionadas com a disponibilidade e a qualidade da informação que responda a pergunta que a norteia. Significa que a documentação e a sistematização das intervenções são relevantes para este tipo de avaliação, sendo necessário planejar adequadamente estes processos para que a informação resultante possa ser utilizada em diversos momentos. Nesta metodologia quando se avalia a efetividade indaga-se sobre o cumprimento dos objetivos da intervenção, mudanças esperadas e não esperadas e os fatores que contribuíram para estes resultados. Estes últimos constituem informação-chave para a formulação de recomendações aos tomadores de decisão (SALAZAR, 2004).

Passos Metodológicos da Avaliação Rápida

A metodologia é constituída por sete passos, que são estruturados a partir de tarefas enunciadas no *Guia de Avaliação Rápida* (SALAZAR, 2004). Portanto, ao finalizar as tarefas, os sete passos estarão concluídos obtendo respostas para a questão norteadora da avaliação que serão comunicadas aos tomadores de decisão. A seguir

são descritos os sete passos e suas tarefas correspondentes, utilizando como exemplo a pesquisa intitulada *Avaliação da Intersetorialidade no Programa Saúde na Escola*.

Passo 1: Caracterização da intervenção para a avaliação. É de promoção da saúde?

É necessário um amplo conhecimento da intervenção de Promoção da Saúde que se planeja avaliar. O detalhamento permitirá a ciência dos elementos a serem discutidos com os tomadores de decisão (SALAZAR, 2004; SALAZAR, 2009).

Tarefa 1: Seleção do projeto ou intervenção para avaliação

Por meio das informações geradas nesta tarefa será confirmada a decisão de avaliar a intervenção escolhida aplicando a *Metodologia de Avaliação Rápida*. Para este trabalho de avaliação a intervenção escolhida foi o Programa Saúde na Escola. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (Parecer nº 0003889/10 e Protocolo nº 5345).

A) Enfoque de Promoção da Saúde.

O Programa Saúde na Escola apresenta-se como determinação de uma política intersetorial, entre os Ministérios da Saúde (MS) e da Educação (MEC), no âmbito da atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e jovens da educação básica pública brasileira, incluindo a educação infantil, o ensino fundamental, o ensino médio, a educação profissional e tecnológica e a educação de jovens e adultos (BRASIL, 2007; BRASIL, 2008a). O PSE contempla os valores da Promoção da Saúde, pois, aborda seus princípios fundamentais, os quais, de acordo com Westphal (2006) incluem a integralidade, a equidade, a participação social, o empoderamento, a autonomia, a sustentabilidade e a intersetorialidade.

Assim, o espaço escolar se apresenta como um rico e produtivo território de deliberação profícua de produção de saúde, ampliação de capacidades comunitárias, desenvolvimento de habilidades pessoais para tomar decisões saudáveis e suportar

pressões negativas, como também para apontar a reorientação de serviços para a Promoção da Saúde.

Um fator relevante para que o PSE tenha êxito é a intersetorialidade entre os Setores Saúde e Educação, que se apresenta como um processo de aprendizagem e determinação dos sujeitos, que deve reverter em uma gestão integrada, com capacidade de responder com eficácia a solução de problemas da população de um determinado território (JUNQUEIRA, 2004). O paradigma promocional aponta a exigência de que o processo de produção do conhecimento e das ações no âmbito da saúde, e essencialmente, no âmbito das políticas públicas, faça-se por meio da construção e gestão compartilhadas (BYDLOWSKI, WESTPHAL & PEREIRA, 2004; BRASIL, 2006a).

O PSE norteia-se por ações intersetoriais que estabelecem a oferta de políticas públicas com os Projetos Políticos Pedagógicos (PPP) arraigados no contexto territorial de cada escola. Também, promove a equidade do acesso à informação e oportuniza a participação na tomada de decisões, pelos profissionais da saúde e da educação, pelos estudantes e seus familiares, que exercem influência no processo saúde/doença da comunidade escolar. Logo, se caracteriza como um programa de Promoção da Saúde, sendo esta, uma das estratégias de produção de saúde articulada às demais políticas públicas e ações da sociedade organizada na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde. Além disso, as atividades de responsabilidade do PSE ocorrem nos territórios delimitados de acordo com a área de abrangência das equipes de Saúde da Família (ESF) do Ministério da Saúde, possibilitando o exercício de criação de elos entre os equipamentos públicos da saúde e da educação (BRASIL, 2009a).

B) Estágio de desenvolvimento da intervenção.

O PSE foi instituído pelo decreto presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007 (BRASIL, 2007). Se expressa como política de articulação e integração entre o MS e o MEC, e pretende alcançar pelo menos 26 milhões de alunos de escolas públicas, de

2008 a 2011¹ (BRASIL, 2009b). No ano de 2008, para principiar as ações em 2009, o PSE atingiu um percentual de adesão de 86,73%, o que correspondeu a um número de 608 municípios entre os 701 que estavam dentro dos critérios definidos pela Portaria nº 1.861, de 4 de setembro de 2008 (BRASIL, 2008b). Nesses municípios houve 4.740 Equipes de Saúde da Família envolvidas no programa (BRASIL, 2009c). Desde então os municípios estão aderindo gradativamente ao Programa e já somam 1.253 municípios desenvolvendo ações de saúde e cidadania nas escolas em todo o país, envolvendo 6.560.649 estudantes (BRASIL, 2011a). A implantação do PSE é efetivada pela adesão dos municípios, que tiverem ESF em conformidade com as normas propagadas pela *Política Nacional de Atenção Básica*, articulados com os Estados e Distrito Federal. O êxito do PSE se consolida no comprometimento entre os entes federados e na articulação, em todas as instâncias, dos Setores Saúde e Educação (BRASIL, 2008a).

C) Disponibilidade de informação.

Há possibilidades de acesso a fontes de dados secundários, representados por Decreto, Portarias, material documental do PSE, página da internet do MS e MEC, bem como, a informações primárias coletadas pelos pesquisadores. As instituições a serem pesquisadas autorizaram oficialmente a coleta de dados e demonstraram receptividade ao trabalho de avaliação proposto.

D) Governabilidade para a tomada de decisões no processo avaliativo.

Foi estabelecido um primeiro contato com as coordenações do PSE no MS e no MEC a fim de difundir o objetivo da avaliação e obter informações sobre o interesse dessas coordenações sobre a mesma. Tanto a coordenação do MEC quanto a do MS se mostrou favorável a este estudo avaliativo. Em seguida fez-se contato com coordenações do PSE em vários municípios brasileiros, tanto no Setor Saúde quanto no Setor Educação. Foi escolhido um município de cada região do país, os quais

¹ 2008 a 2011 é o período em que o Programa Mais Saúde: Direito de Todos, lançado pelo Ministério da Saúde, em 2008, busca aprofundar os grandes objetivos da criação do Sistema Único de Saúde, a partir das diretrizes estratégicas organizadas em um conjunto de ações que contemplam 73 medidas e 165 metas. O primeiro eixo de ações estratégicas do Programa Mais Saúde aponta para a efetivação de ações intersetoriais. Nesse eixo, evidencia-se a Medida 1.5, que visa implementar o Programa Saúde na Escola, em articulação com o Ministério da Educação (BRASIL, 2010a).

acolheram de forma positiva à finalidade do estudo. Os pesquisadores propuseram produzir informações sistematizadas que possibilitem a tomada de decisões fundamentada nos processos intersetoriais na formulação de políticas de Promoção da Saúde no contexto escolar.

Tarefa 2: Análise dos componentes da intervenção.

É essencial que os interessados em avaliar uma intervenção ou programa tenham conhecimento de suas intencionalidades e de seu estágio de desenvolvimento, pois, a decisão do que se deseja avaliar depende deste conhecimento. A análise da intervenção é útil para a formulação da pergunta e dos indicadores da avaliação, bem como, para a interpretação de seus produtos. Uma maneira de conhecer uma intervenção é construir um perfil da mesma a fim de analisar seus componentes, os quais são representados pelo problema central, objetivos, produtos, atividades e insumos. Esta tarefa inicia com a identificação do problema de pesquisa a ser resolvido, mediante um processo racional e lógico que correlacione os diferentes níveis de intervenção, em curto, médio e longo prazos, suas estratégias e indicadores para medir o êxito do objetivo alçado. O objetivo deve ser a expressão do resultado que se espera com a intervenção. Os produtos são os fatos cumpridos por meio das atividades da intervenção. Uma atividade é uma ação necessária para cumprir com os produtos esperados da intervenção. Insumos são todos os recursos a serem utilizados na intervenção. Assim, se compõe a Matriz do Marco Lógico, que se constitui em um método para a conceituação, desenho, execução e avaliação de intervenções/ programas e projetos (SALAZAR, 2004; SALAZAR, 2009).

Problema Central

O texto da *Política Nacional de Promoção da Saúde* (BRASIL, 2006a) afirma que o paradigma promocional traz à tona a necessidade de que o processo do conhecimento e das práticas no âmbito da saúde e no âmbito das políticas públicas faça-se por meio da construção e gestão compartilhadas. Esta necessidade também está presente no campo das políticas públicas da Educação. Fato que pode ser

observado na Declaração de Cochabamba² (UNESCO, 2001) a qual anuncia que é necessário gerar mecanismos que assegurem a participação permanente de múltiplos atores e incentivar as ações intersetoriais. Também no Brasil, esta exigência se faz presente, visto que por meio de Portaria Interministerial do MEC e do MS, foi composta a Câmara Intersetorial para a elaboração de diretrizes a fim de subsidiar a *Política Nacional de Educação em Saúde na Escola*. O documento destaca a necessidade de estratégias intersetoriais de educação e saúde (BRASIL, 2005a). Assim, a substituição da lógica de governar setorialmente para uma lógica intersetorial é uma exigência dos projetos governamentais voltados a responder às necessidades da população (COSTA, PONTES & ROCHA, 2006). Entretanto, estes autores identificam que a implementação da intersetorialidade é um grande desafio, pois, implica na necessidade de modificações nas formas de atuação, operação política e gestões institucionais, como também, das pessoas que as integram. Westphal e Mendes (2000) apontam que os Setores Saúde, Educação e Ação Social são parceiros comuns quando se avaliam experiências intersetoriais, entretanto muitas dessas iniciativas sejam informais e não envolvam um planejamento prévio, sendo ações definidas por apenas um setor. **Portanto, o problema central é avaliar a intersetorialidade no PSE.** Os componentes do Programa são apresentados no Quadro 1 (BRASIL, 2007; BRASIL, 2010b; BRASIL, 2010c)

² Declaração aprovada durante a VII Sessão do Comitê Intergovernamental Regional do Projeto Principal para a Educação (PROMEDLAC VII), realizada em Cochabamba, Bolívia, de 5 a 7 de março de 2001, com a presença dos Ministros de Educação da América Latina e do Caribe (UNESCO, 2001).

Quadro 1 Matriz do Marco Lógico do Programa Saúde na Escola

<p>1. Objetivo de desenvolvimento</p> <p>Contribuir para a formação integral dos estudantes da educação básica pública brasileira por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde.</p>	<p>1. Indicadores</p> <p>1-Número de estudantes contemplados pelo PSE, de 2008 a 2011.</p> <p>2-Número de escolas públicas contempladas pelo PSE, de 2008 a 2011.</p> <p>3-Tipo de ações desenvolvidas.</p> <p>4-Número de ações desenvolvidas.</p>
<p>2. Objetivo imediato</p> <p>Propor uma política intersetorial entre os Ministérios da Saúde e da Educação.</p>	<p>2. Indicadores</p> <p>1-Ações intersetoriais entre o MS e o MEC.</p> <p>2-Ações intersetoriais entre os Setores Saúde e Educação nos estados, municípios e Distrito Federal.</p>
<p>3. Produtos</p> <p>1-Avaliação clínica e psicossocial;</p>	<p>3. Indicadores</p> <p>1-Avaliação clínica e psicossocial, desenvolvidos pelos profissionais da ESF pelo menos uma vez ao ano, preferencialmente nos inícios dos períodos letivos.</p>

<p>2-Ações de promoção da saúde e prevenção das doenças e agravos;</p> <p>3-Educação permanente e capacitação de profissionais da Educação e Saúde e de jovens para o PSE;</p> <p>4-Monitoramento e avaliação da saúde dos estudantes;</p> <p>5-Monitoramento e avaliação do PSE.</p>	<p>2-(a) Elaboração de um plano de ação em saúde, que pode ser incluído no Projeto Político Pedagógico.</p> <p>(b) Ações de Promoção da Alimentação Saudável.</p> <p>(c) Ações de Promoção da atividade física.</p> <p>(d) Educação para a saúde sexual e reprodutiva.</p> <p>(e) Prevenção ao uso do álcool, tabaco e outras drogas.</p> <p>(f) Promoção da Cultura de Paz e prevenção das violências e acidentes.</p> <p>3-Capacitação de jovens, professores e profissionais da área da Educação e da Saúde (de forma presencial e também à distância).</p> <p>4-Realização periódica de inquéritos e pesquisas nacionais e regionais sobre fatores de riscos e proteção à saúde dos estudantes.</p> <p>5-Monitoramento e avaliação do PSE realizados por comissão intersetorial constituída em ato conjunto dos ministros de Estado da Saúde e da Educação. A ideia é avaliar sistematicamente e periodicamente o PSE.</p>
<p>4. Atividades</p>	<p>4. Insumos</p>

<p>1-Avaliação clínica e psicossocial, atualização do calendário vacinal, da detecção precoce da hipertensão arterial sistêmica, da avaliação oftalmológica, auditiva, nutricional e da saúde bucal.</p> <p>2-(a) Segurança alimentar e promoção da alimentação saudável, buscando a melhora nutricional dos escolares;</p> <p>(b) Promoção das práticas corporais e atividade física nas escolas, estimulando-os a fazê-los como uma escolha, uma atitude frente à vida;</p> <p>(c) Educação para a saúde sexual, saúde reprodutiva e prevenção das DST/AIDS;</p> <p>(d) Prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas;</p> <p>(e) Promoção da Cultura de Paz e das violências.</p> <p>3- Educação permanente de Jovens para Promoção da Saúde e Educação permanente e capacitação de profissionais da educação nos temas da saúde e constituição das equipes de saúde que atuarão nos</p>	<p>1-Entre as responsabilidades do MEC no PSE estão: a aquisição e distribuição de materiais impressos e equipamentos para o desenvolvimento das ações previstas no Programa: (a) Publicação e distribuição de Materiais do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas, cujo material está sendo distribuído para as Secretarias Estaduais de Educação, com indicação para priorizarem a distribuição aos municípios do PSE; Secretarias Municipais de Educação dos maiores municípios do país e para os grupos gestores estaduais do Projeto; (b) Aquisição e distribuição de Equipamentos médicos, que contemplam os insumos para atuação das equipes de Saúde da Família nas escolas; (c) Disponibilização do Kit do Projeto Olhar Brasil, a serem distribuídos em quantidade para as ESF e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) dos municípios do Programa, bem como às entidades parceiras e aos gestores e alfabetizadores do Programa Brasil Alfabetizado; e, às escolas do ensino fundamental dos municípios que façam parte do Programa Brasil Alfabetizado, mas não estejam no PSE.</p> <p>2- MS: (a) Os recursos financeiros referentes à adesão ao</p>
--	--

<p>territórios do PSE. O projeto de Formação Permanente tem sido elaborado a partir de três eixos:</p> <p>(a) Gestão da formação, (b) Operacionalização e (c) Organização dos diferentes formatos de formação. A formação será oferecida pela Universidade Aberta do Brasil (UAB) (MEC) em interface com os Núcleos de Telessaúde (MS).</p>	<p>PSE se destinam à implantação do conjunto de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, realizadas pelas ESF de forma articulada com a rede de educação pública básica e em conformidade aos princípios e diretrizes do SUS, conforme descrito no art. 4º do Decreto nº 6.286, de 2007 (BRASIL, 2008b).</p> <p>(b) Publicar Cadernos de Atenção Básica para as Equipes de Saúde da Família envolvidas com o PSE.</p>
<p>4-(a) Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (Pense), em parceria com o IBGE.</p> <p>(b) Encarte Saúde no Censo Escolar (Censo da Educação Básica) elaborado e aplicado no contexto da intervenção <i>Saúde e Prevenção nas Escolas</i> (SPE) desde 2005.</p>	<p>3- MS e MEC em conjunto:</p> <p>(a) Promover, respeitadas as competências próprias de cada Ministério, a articulação entre as Secretarias Estaduais e Municipais de Educação e o SUS;</p> <p>(b) Subsidiar o planejamento integrado das ações do PSE nos Municípios entre o SUS e o sistema de ensino público, no nível da educação básica;</p>
<p>5-(a) FORMSUS- realizada por meio de um formulário eletrônico – disponível na página do Departamento de Atenção Básica – DAB (www.saude.gov.br/dab), criado pelo Ministério da Saúde.</p> <p>(b) no Ministério da Educação foi criado o (Sistema Integrado de Monitoramento Execução e Controle do</p>	<p>(c) Subsidiar a formulação das propostas de formação dos profissionais de saúde e da educação básica para implementação das ações do PSE;</p> <p>(d) Apoiar os gestores estaduais e municipais na articulação, planejamento e implementação das ações do PSE;</p> <p>(e) Estabelecer, em parceria com as entidades e associações</p>

<p>Ministério da Educação) SIMEC/PSE, que é direcionado para as ações realizadas nas escolas. É composto por três cadastros: Cadastro Secretaria, Cadastro Escola e Unidade Local Integrada (ULI).</p>	<p>representativas dos Secretários Estaduais e Municipais de Saúde e de Educação os indicadores de avaliação do PSE; (f) definir as prioridades e metas de atendimento do PSE.</p>
--	--

Fonte: BRASIL, 2007; BRASIL, 2010b; BRASIL, 2010c

Tarefa 3: Análise do contexto da intervenção

A avaliação de ações promotoras da saúde não ocorre no vazio, tende a ser complexa, programática e deve estar profundamente envolvida com o contexto social (RYCHETNIK, et al, 2002; POTVIN, 2004; POLAND, FROHLICH & CARGO, 2008).

Contexto pode ser compreendido como situações ou ocorrências que formam o ambiente no qual algo existe ou ocorre. Este “algo” pode significar um comportamento em saúde, um determinante de saúde, uma intervenção ou uma avaliação. Estes eventos fazem parte de um complexo contexto social que fundamentalmente define como um fenômeno se apresenta, como ele ocorre, resiste, ou é modificado (FRANCO DE SÁ & MOYSÉS, 2009).

Conhecer o contexto no qual se desenvolve a ação é importante para a compreensão, análise e explicação dos resultados obtidos, como também, para a identificação dos aspectos relacionados ao êxito ou ao fracasso da mesma (SALAZAR, 2004). Essencialmente em Promoção da Saúde, o contexto está extremamente ligado ao conceito e à mensuração de evidência e efetividade das intervenções (SALAZAR, 2009).

No contexto do ambiente escolar apresentam-se diversos atores (professores, estudantes, merendeiras, porteiros, pais, mães, familiares, voluntários, entre outros) com suas histórias e posições sociais distintas, que refletem na maneira de pensar e agir sobre si e sobre o mundo, que devem entendidas e incorporadas pelas ESF em suas estratégias de cuidado para o enfrentamento conjunto das necessidades daquele ambiente (BRASIL, 2009b).

A) Aspectos Geográficos:

O PSE se apresenta com a perspectiva da atenção integral (prevenção, promoção e atenção) à saúde de estudantes da educação básica pública brasileira, no espaço das escolas e/ou das unidades básicas de saúde, realizadas pelas ESF (BRASIL, 2008a).

Nos estabelecimentos de educação básica do país estão matriculados 43.989.507 estudantes em escolas públicas (BRASIL, 2010d). Esse número representa quase

25% da população brasileira, estimada em 190.755.799 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2011).

O PSE é implementado por meio da adesão dos municípios que tiverem inseridas as ESF, conforme as normas recomendadas pela *Política Nacional de Atenção Básica* (BRASIL, 2006b), articulados com os Estados e Distrito Federal. A Estratégia Saúde da Família dispõe de 32.517 equipes cadastradas pelo MS em 5.273 municípios brasileiros, representando uma cobertura populacional de 52,93% (BRASIL, 2011b). As equipes devem trabalhar de forma interdisciplinar em um território de sua responsabilidade, desenvolvendo ações que vão desde a prevenção de doenças e assistência à saúde até ações de Promoção da Saúde, quando se mobilizam e potencializam os recursos comunitários para o enfrentamento dos problemas vivenciados pela sua população (BRASIL, 2008a).

Deve-se considerar que cada localidade tem suas características e que cada escola está situada em um bairro, em uma região geográfica específica, em uma determinada comunidade que possui histórias, manifestações religiosas, festas, grupos culturais, que tem o seu saber popular, portanto, trata-se de um território vivo. Logo, as práticas de saúde na escola devem garantir construções compartilhadas de saberes tendo como suporte histórias individuais e coletivas dos diferentes contextos apresentados e que façam sentido para os sujeitos que ali vivem (BRASIL, 2005b).

Para se trabalhar intersetorialmente, é fundamental ter uma cartografia da realidade da comunidade escolar a ser abordada, a fim de levantar as necessidades e prioridades a serem trabalhadas. Diversas estratégias podem ser empregadas como a análise epidemiológica, utilizando os principais indicadores de saúde direcionados ao grupo de estudantes, tais como: indicadores de mortalidade (SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade), principais causas de internação hospitalar (SIH - Sistema de Informação Hospitalar), informações sobre gravidez na adolescência (SISPRENATAL - Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento), indicadores alimentares (SIAB - Sistema de Informação de Atenção Básica e SISVAN - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional), entre outros. Além dos indicadores epidemiológicos, que por si só não são suficientes para um diagnóstico situacional, é necessário a identificação de questões comportamentais, sociais e psicológicas, bem como, indicadores de desempenho

escolar, censos e inquéritos escolares, indicadores sociais, como acompanhamento de programas de transferência de renda como o Programa Bolsa-Família, entre outros (BRASIL, 2009b).

Para tanto, uma das condições do processo de adesão ao PSE é o Projeto Municipal, que se propõe a ser uma “leitura técnica” da situação municipal, elaborado para iniciar o processo de construção coletiva para a ação, constituindo-se num documento desenvolvido a partir da articulação de informações de múltiplas fontes, acessíveis nas bases de dados dos órgãos federais, estaduais e municipais. O Projeto Municipal deve indicar as prioridades e aspectos que necessitam ser redimensionados e ou qualificados no espaço das ações de educação e saúde no território municipal (BRASIL, 2010b).

B) Aspectos Históricos:

No âmbito das políticas públicas o relacionamento entre os Setores Educação e Saúde possui muitas afinidades por ser embasado na universalização de direitos fundamentais dos cidadãos. Este relacionamento, historicamente, já foi unidade, quando na década de 1950 houve a dissociação do então Ministério da Educação e Saúde (MES) passando a constituir o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação e Cultura, tanto um quanto o outro passaram a ter autonomia institucional para elaborar e implementar políticas em suas áreas (BRASIL, 2009b). O Ministério da Educação e Cultura, em 1985, compôs dois Ministérios, o Ministério da Educação (MEC) e o Ministério da Cultura (MinC) (BRASIL, 1985).

Dos anos de 1950 até o começo dos anos 2000, passando pela redemocratização do país e pela Constituição Federal de 1988, muitas foram as ações que intencionaram focar o espaço da escola e em particular os estudantes. Em sua maioria essas abordagens foram centradas na transmissão de cuidados com a higiene e a disponibilidade da assistência médica e/ou odontológica (VASCONCELOS, 1997; VASCONCELOS, 1999; VASCONCELOS, 2001; BRASIL, 2009b).

Experiências, que ocorreram nas décadas de 1960 e 1970, demonstraram a descontinuidade das ações, a desvinculação dos profissionais com a comunidade

escolar, bem como, o desenvolvimento de ações de forma não integrada (MENDONÇA, 2008). Estas tentativas de atendimento nas escolas, com exceção de algumas ações de saúde bucal, apresentaram pouca efetividade. Esta forma de pensar a saúde mostrou-se incapaz para fazer do espaço escolar um espaço promotor da saúde (BRASIL, 2005b).

Com a resistência de educadores e profissionais da saúde despontaram outras maneiras de entender a ligação entre produção de conhecimento e um viver com saúde, as quais centraram no conceito ampliado de saúde, na integralidade e na autonomia dos cidadãos (VASCONCELOS, 1997; VASCONCELOS, 1999; VASCONCELOS, 2001; BRASIL, 2009b). Desta maneira, o ambiente escolar deve ser percebido como um local privilegiado para o desenvolvimento de relações, de desenvolvimento crítico e político, assegurando a construção de valores, crenças, modos de viver e de entender o mundo que interferem na produção social da saúde e da doença (BRASIL, 2009b).

Neste sentido, os Ministérios da Saúde e da Educação estão trabalhando o PSE numa proposta intersetorial, que visa contribuir para a transformação da prática educativa em saúde. Assim, a Promoção da Saúde deve ser trabalhada nos diferentes setores da sociedade, como está explicitado no documento da *Política Nacional de Promoção da Saúde* (BRASIL, 2006a), impulsionando a discussão relativa à qualidade de vida das comunidades.

C) Aspectos Políticos:

O PSE foi instituído por decreto presidencial em dezembro de 2007 (BRASIL, 2007), como proposição de uma política intersetorial entre os Ministérios da Saúde e da Educação. Mesmo com a posse de uma nova presidente da República, em janeiro de 2011, houve continuidade do PSE. Em relação ao MEC o Programa foi transferido da Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade (SECAD) para a Secretaria de Educação Básica (SEB) (MEC, 2012). Foram emitidas, ainda, duas Portarias Interministeriais. A Portaria nº 1.910, de 08 de agosto de 2011 (BRASIL, 2011c), que estabelece o Termo de Compromisso Municipal como instrumento para o recebimento de recursos financeiros do Programa Saúde na Escola (PSE) e a Portaria nº 1.911, de 09 de agosto de 2011 (BRASIL, 2011d), que altera a Portaria

Interministerial nº 3.696/MEC/MS, de 25 de novembro de 2010, e 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. Também, houve modificação no logotipo do Programa, destacando a ação intersetorial (Anexo 1)

O Programa se propõe a ser um novo desenho da política de educação em saúde no Brasil, o qual (BRASIL, 2008a, p. 2):

- a) Trata a Saúde e Educação integrais como parte de uma formação ampla para a cidadania e o usufruto pleno dos direitos humanos;
- b) Permite a progressiva ampliação das ações executadas pelos sistemas de Saúde e Educação com vistas à atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e jovens e à educação em saúde; e
- c) Promove a articulação de saberes, a participação de alunos, pais, comunidade escolar e sociedade em geral na construção e controle social da política.

Para tanto é essencial a participação ativa dos diversos integrantes da comunidade escolar, dos profissionais de saúde e, principalmente, dos adolescentes e jovens na construção do Projeto Municipal do PSE, uma vez que as ações inovadoras de saúde na educação deverão progressivamente, ser incorporadas ao Projeto Político Pedagógico da escola, conforme Portaria 1861 de 4 de setembro de 2008 (BRASIL, 2008b).

Para acompanhamento do Programa e da temática de Educação e Saúde nas políticas intersetoriais foi instituída a Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola (CIESE) (BRASIL, 2010b). Sua finalidade é instituir diretrizes da política de educação e saúde na escola, em conformidade com as políticas nacionais de educação e com os objetivos, princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Suas competências estão explicitadas em portaria (BRASIL, 2008c):

- I - Propor diretrizes para a política nacional de saúde na escola;
- II- Apresentar referenciais conceituais de saúde necessários para a formação inicial e continuada dos profissionais de educação na esfera da educação básica;

III - Apresentar referenciais conceituais de educação necessários para a formação inicial e continuada dos profissionais da saúde;

IV - Propor estratégias de integração e articulação entre as áreas de saúde e de educação nas três esferas do governo; e

V - Acompanhar a execução do Programa Saúde na Escola - PSE, especialmente na apreciação do material pedagógico elaborado no âmbito do Programa.

Destaca-se que a inovação do PSE foi ter sido implantado a partir do modelo brasileiro de atenção primária, representado pelas equipes de Saúde da Família (MENDONÇA, 2008). Estas devem realizar visitas periódicas e permanentes às escolas participantes do PSE para avaliar as condições de saúde dos estudantes, bem como proporcionar o atendimento à saúde ao longo do ano letivo, de acordo com as necessidades locais de saúde identificadas (BRASIL, 2007).

A fim de fomentar o processo de implementação do PSE, os Ministérios da Saúde e da Educação, articulados com as Secretarias Estaduais de Saúde e Educação realizaram oficinas de trabalho com os municípios que aderiram ao programa. Ao todo foram realizadas 17 oficinas em todos os estados da federação, atendendo 608 municípios nas quais participaram 1.234 profissionais das áreas da Saúde e Educação. E nos dias 28 a 30 de setembro de 2009, ocorreu em Brasília o *I Encontro Nacional de Representantes Estaduais do PSE*. Participaram representantes da Saúde e Educação dos estados e de cinco municípios, representando as cinco regiões brasileiras, totalizando 100 pessoas (BRASIL, 2010c). De 13 a 15 de junho de 2010, em Brasília, os Ministérios da Saúde e da Educação, em parceria com a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) e Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil (OPAS), promoveram a *I Mostra Nacional do Programa Saúde na Escola (PSE)* e a *IV Mostra Nacional Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE)*. Este evento teve como objetivo o fortalecimento das redes, parcerias e a integração do programa. Participaram profissionais de saúde e da educação, estudantes e representantes de movimentos

sociais de todo o território nacional (MOSTRA NACIONAL DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA, 1.; MOSTRA NACIONAL DE SAÚDE E PREVENÇÃO NAS ESCOLAS, 4., 2010).

D) Aspectos Socioeconômicos:

Os critérios de adesão ao PSE são expressos em Portarias do MS (BRASIL, 2008b, p.39; BRASIL, 2010e, p.64):

I – Municípios com Índice de Desenvolvimento da Educação Básica - IDEB, no ano de 2005, menor ou igual a 2,69 nos anos iniciais do ensino fundamental e que tenham 100% de cobertura populacional por ESF.

II - Até 20 Municípios em cada estado considerando: a) os menores IDEB nos anos iniciais do ensino fundamental, abaixo da média nacional no ano de 2005; e, b) que tenham 100% de cobertura populacional por ESF.

III - Municípios que possuam, em seu território, escolas participantes do programa Mais Educação, considerando somente as escolas especificadas nesse programa.

IV - Municípios com Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB), no ano de 2009, menor ou igual a 4,5 e que tenham 70% ou mais de cobertura populacional por ESF, com base na competência financeira de junho de 2010.

V - Municípios que possuem escolas participantes do Programa Mais Educação de acordo com o número de Equipes de Saúde da Família implantada no território.

Observa-se o cuidado em priorizar escolas mais vulneráveis, pela indicação do baixo IDEB, bem como, a importância da cobertura das ESF.

Para a adesão ao Programa os municípios devem enviar ao MS uma Manifestação de Interesse de Adesão ao PSE, por meio de ofício e por meio eletrônico, para o Departamento de Atenção Básica, MS. A Manifestação de Interesse deve ser

articulada de forma conjunta pelos Secretários Municipais de Educação e de Saúde (BRASIL, 2008b; BRASIL, 2010d).

Os recursos financeiros pela adesão e ao provimento do PSE correm por conta do MS, que realiza os pagamentos e define o valor. Os recursos são transferidos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Municípios e do Distrito Federal (BRASIL, 2008b) e devem fazer parte do Componente Variável do Bloco de Financiamento da Atenção Básica (BRASIL, 2010f).

E) Outras Organizações:

Além dos Ministérios da Saúde e da Educação, espera-se que outras ações sejam incorporadas dos Ministérios da Cultura, do Esporte, do Meio Ambiente, de Ciência e Tecnologia; do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, que, juntos, promovam uma importante articulação das redes de proteção social, à própria Presidência da República, por meio do projeto Escolas Irmãs e do Projovem (MOLL, 2008).

Passo 2: Estudo da Viabilidade e Factibilidade da Avaliação

Traz como objetivo identificar e estudar os aspectos que contribuem para que a avaliação seja viável e factível. Inicia com a identificação dos envolvidos na intervenção, em especial os que podem decidir sobre o curso da mesma. Verificam-se seus interesses frente à avaliação e sua disposição em por em prática as recomendações que venham a emergir do estudo (SALAZAR, 2004).

Para a realização desse passo foram realizadas duas tarefas.

Tarefa 1: Identificação e vinculação dos envolvidos

O grupo de tomadores de decisão foi identificado para participar de uma Oficina de Trabalho a fim de levantar seus interesses no processo avaliativo. No presente estudo, o grupo foi composto, por meio de amostra intencional, por atores da implementação do PSE no Brasil, representados por profissionais da Saúde e da Educação de Manaus, Olinda, Brasília, Rio de Janeiro e Curitiba; representantes da academia da Universidade de Brasília e representantes das coordenações do PSE do MS e MEC. Os critérios de inclusão da amostra foram: ter participado da

implementação do PSE em seus municípios, contemplar um município de cada região do país, indicação do MS e/ou MEC, indicação de atores da implementação do PSE em municípios. Contou-se, ainda, com a participação da autora principal da metodologia, professora Lígia de Salazar. Para reuni-los promoveu-se o evento / *Seminário Saúde na Escola e o VII Seminário Saúde e Prevenção nas Escolas de Curitiba*, nos dias 24 e 25 de maio de 2010, realizado em parceria entre a Pontifícia Universidade Católica do Paraná e a Prefeitura Municipal de Curitiba. Além de oportunizar a discussão em torno do PSE, o grupo apresentou suas experiências na implementação do Programa. Participaram, como público do evento, profissionais e estudantes das áreas da Saúde e da Educação, bem como, representantes da academia. Enquanto dava-se seguimento ao evento, o grupo de tomadores de decisão participou, em separado, da Oficina de Trabalho.

A Oficina de Trabalho teve como objetivos:

- Compreender a percepção do grupo de tomadores de decisão sobre a intersetorialidade no Programa Saúde na Escola, explorando o tipo de informação que necessitariam para a tomada de decisão e o uso que dariam para as informações produzidas.
- Definir a pergunta orientadora da avaliação e estabelecer os objetivos desta.

A oficina foi gravada com recurso audiovisual e transcrita posteriormente. As informações coletadas durante o evento e a Oficina de Trabalho resultaram em um rico material de estudo para responder às necessidades dos atores e dar continuidade aos passos do trabalho.

As informações coletadas foram sistematizadas no quadro 2.

Quadro 2 Grupo envolvido na avaliação do Programa Saúde na Escola

Cargo do envolvido.	Categoria a que pertence. (Tomador de decisão - TD e/ou avaliador).	Ação realizada para motivar e ganhar aprovação do TD/avaliador	Tipo de informação que o TD/avaliador necessita conhecer.	Uso(s) que o TD/avaliador daria à avaliação.
Coordenadora do PSE MEC.	Tomadora de decisão e avaliadora.	Oficina de trabalho realizada em 24/05/2010.	1- Modelo de Gestão do SUS e da Rede de Educação. 2- Linguagem técnica das áreas envolvidas. 3- Cenário situacional das diferentes regiões. 4- Monitoramento intersetorial do PSE. 5- Projeto Político Pedagógico das Escolas.	1- Instituir um desenho intersetorial específico para o PSE - ajuste ou um modelo novo de gestão do Programa. 2- Efetividade da comunicação entre as áreas e compreensão dos papéis sociais. 3- Identificação de vulnerabilidades e potencialidades para proposição estratégica de novas ações. 4- Acompanhamento e controle dos gastos públicos (resposta social). 5- Identificação da orientação sistêmica do Programa.

Assessor da coordenação do PSE MS.	Tomador de decisão e avaliador.	Oficina de trabalho realizada em 24/05/2010.	<p>1- Forma/modalidade de gestão do PSE que possibilita a ação intersetorial.</p> <p>2- Meios de desenvolver junto às equipes de Saúde e Educação do PSE a apropriação e comprometimento com o território de responsabilidade de modo a promover cidadania e direitos humanos.</p> <p>3- Atitudes necessárias para transformar as ações do Programa em política de Estado. Ou seja, garantir sustentabilidade para as ações do PSE como contexto político brasileiro.</p> <p>4- Práticas/métodos de integração intersetorial implementadas para a efetividade do PSE.</p>	<p>1- Revisão do arcabouço metodológico do PSE e revisão do processo de gestão, apontados para o Programa.</p> <p>2- Discutir e compartilhar a importância do território como ponto de convergência dos esforços para a promoção da atenção integral e saúde integral aos escolares.</p> <p>3- Discutir nacionalmente a importância de incorporação das ações do PSE no cotidiano das equipes como responsabilidade dada.</p>
Representante PSE – Educação – Brasília.	Tomadora de decisão e	Oficina de trabalho realizada	<p>1- Continuidade das ações do PSE.</p> <p>2- Envolvimento dos pais no</p>	<p>1- Trabalhar junto ao Grupo Gestor Interinstitucional pensando soluções para que os objetivos propostos sejam alcançados.</p>

	avaliadora.	em	processo.	
Representante PSE – Saúde -Brasília.	Tomadora de decisão e avaliadora.	Oficina de trabalho realizada em 24/05/2010.	3- Incorporação pela escola da ideia (conceito) de escola promotora de saúde. 1- Meios de avaliação do Programa. 2- Se as equipes locais do PSE entenderam os objetivos/diretrizes/metast do PSE. Se todos estão falando a mesma língua. 3- Meios para incluir o PSE no Projeto Político Pedagógico das escolas. 6- Meios de fazer com que a escola e as Unidades Básicas de Saúde façam o plano de ação juntas.	1- Orientação para a melhoria da intersetorialidade no PSE em minha região. 2- Orientar as Unidades Básicas de Saúde e escolas de que a parceria será benéfica para a saúde dos escolares e não mais um trabalho.
Representante PSE – Academia 1- Brasília (UNB).	Tomadora de decisão e avaliadora.	Oficina de trabalho realizada em	1-Grau de institucionalização e incorporação na gestão e nas práticas locais (mecanismos de sustentabilidade coletivos,	1- Analisaria a pertinência para o contexto do PSE em Brasília e divulgaria em cursos e aulas. Subsidiaria nivelamento conceitual e metodológico. Identificaria se a relação é vertical

		24/05/2010.	<p>intersectorial).</p> <p>2- Quantidade e diversidade dos atores/segmentos envolvidos.</p> <p>3- Visão dos gestores, gerentes, trabalhadores sobre intersectorialidade.</p> <p>4- Meios ou instrumentos utilizados para implementar a intersectorialidade.</p> <p>5-Mecanismos ou meios utilizados para mobilização e participação dos professores, membros da equipe de Saúde da Família e estudantes (corresponsabilização).</p> <p>6-Processo de tomada de decisão (equilíbrio da relação de poder entre os setores e entre os diversos níveis administrativos (central, regional, local) e gestão dos recursos.</p> <p>7- Ferramentas ou instrumentos</p>	ou também horizontal.
--	--	-------------	--	-----------------------

Representante PSE – Academia 2- Brasília (UNB).	Tomadora de decisão e avaliadora.	Oficina de trabalho realizada em 24/05/2010	de informação, comunicação. 8-Fatores facilitadores. 9-Fatores dificultadores. 10- Mecanismos de sustentabilidade. 11- Mudanças ou resultados observados.	
			<p>1- Processo de implantação/implementação do PSE no DF.</p> <p>2- Formação do Grupo de Trabalho Intersectorial (GTI) e da CIESE.</p> <p>3- Setores representados no GTI, CIESE /município.</p> <p>4- Modo como ocorre a tomada de decisões no GTI.</p> <p>5- Representatividade de cada setor envolvido.</p> <p>6- Meios de definir as ações prioritárias na escola.</p> <p>7- Definição do modo de</p>	<p>1- Identificação dos modelos aplicados com maior frequência em cada município.</p> <p>2- Possibilidade de comparação de processos de implantação e representações na efetividade (futura).</p> <p>3- Possibilidade de superar as barreiras identificadas na intersectorialidade na implementação do PSE</p> <p>reestruturação/ampliação da implementação do PSE.</p>

				desenvolvimento e do responsável pelo acompanhamento de cada ação. 8- Barreiras identificadas na implementação do trabalho intersetorial.	
Representante PSE – Educação - Curitiba.	Tomador de decisão e avaliador.	Oficina de trabalho realizada em 24/05/2010.		1- Mecanismos que possibilitem uma real participação do jovem/adolescente no processo de implementação do PSE.	1- Buscar desenvolver formas de trabalho que virem bons resultados do PSE, cujo ponto em comum nos diferentes setores seja a participação de jovens/adolescentes na implementação de Políticas Públicas de juventudes na área de saúde. Efetivar os conselhos de juventude e demais possibilidades de participação neste processo. A considerar os diversos conselhos: educacionais de juventude, de saúde na continuidade do Programa também.
Representante PSE - Saúde – Curitiba.	Tomador de decisão e avaliador.	Oficina de trabalho realizada em 24/05/2010.		1- Envolvimento da comunidade escolar na definição de prioridades, planejamento e programação das ações na implantação do PSE no nível local.	1- Estabelecer ou propor a construção de estratégias, linhas de conduta para a implementação de políticas intersetoriais para a promoção da saúde. 2- A partir da percepção da aceitação e abordagem dos temas, produzir materiais de

Representante PSE – Educação - Manaus.	Tomadora de decisão e avaliadora.	Oficina de trabalho realizada em 24/05/2010.	2- Maneiras como os temas da saúde foram incluídos nos Projetos Políticos Pedagógicos das escolas do PSE. 1- Se os atores que compõem o GTI nos municípios deveriam ser nomeados mediante portaria, de modo que os vinculassem ao Programa 2- Necessidade da institucionalização do GTI. 3- A partir da adesão do município ao PSE, meios com que os gestores das Secretarias de Educação e Saúde prestarão contas dos recursos recebidos.	apoio e destacar aspectos para implementação e aprofundamentos necessários.
Representante PSE – Saúde - Manaus.	Tomadora de decisão e avaliadora.	Oficina de trabalho realizada em 24/05/2010.	1- Atividades/oficinas realizadas nas escolas/UBSF - UBS/comunidade mudariam a realidade local. 2- Meios de adequar as atividades do PSE em relação às atividades	1-Empregaria a intersetorialidade para desenvolver todos os programas de que sejam objetos, autores. Para vincular os representantes do GTI, solicitaria aos gestores a condição de ser portaria de institucionalização do GTI, com os nomes de todos os representantes. Para a prestação de contas dos recursos recebidos faz- se necessário um controle rigoroso da aplicação de todos os recursos. Estabelecer uma tabela de metas pactuadas para os profissionais da saúde que atendem o PSE. 1 - Implementação de atividades/ações em menor número e mais claras.

				assistencialistas necessárias à saúde. 3- Forma de execução do PSE - Manaus está realmente calcada no conceito de intersetorialidade nas esferas GTI - Distrito – Escola.	
Representante PSE – Educação – Olinda.	Tomadora de decisão e avaliadora.	Oficina de trabalho realizada em 24/05/2010.		1- Avaliação da participação efetiva da comunidade escolar.	1-Ampliação das discussões no âmbito do governo municipal e do Comitê Gestor Estadual de Políticas Educacionais. 2-Ampliação das ações de sensibilização da comunidade escolar. 3-Ampliação da articulação nos grupos gestores locais. 4-Ampliação dos serviços ofertados à população. As ações anteriores fortalecem a intersetorialidade e a tomada de decisão no planejamento conjunto.
Representante PSE – Saúde – Olinda.	Tomadora de decisão e avaliadora.	Oficina de trabalho realizada em		1- Instrumentos de registro das ações desenvolvidas. 2- Integração do PSE com outras políticas governamentais.	1- Com os resultados poderemos implementar, redirecionar as ações e fortalecer a intersetorialidade da ação.

Representante PSE – Educação – Rio de Janeiro.	Tomadora de decisão e avaliadora.	24/05/2010. Oficina de trabalho realizada em 24/05/2010.	3- Meios de incluir o PSE no Projeto Político Pedagógico da Escola.	
<p>1- Saber se os atores do processo planejam juntos.</p> <p>2- Verificar se as ações de saúde na escola têm continuidade nas atividades da escola.</p> <p>3- Confirmar se as questões do território (levantamento de problemas/necessidades) consideram as opiniões de todos os atores do território (comunidade, pais, instituições).</p> <p>4- Saber se a busca de soluções envolve outros atores do território.</p> <p>5- Verificar se há participação comunitária e de adolescentes.</p> <p>6- Saber se a escola, a UBS ou ESF e a SMAS (Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social) dialogam em busca dos</p> <p>1- Incrementar progressos nas diversas áreas.</p> <p>2- Buscar implantação de serviços e outros insumos necessários ao território.</p> <p>Monitoramento das ações do PSE. Comprovar que a intersectorialidade é efetiva na implementação de ações e soluções para o território. Evitar duplicidade de ações e otimizar os recursos.</p>				

Representante PSE – Saúde Rio de Janeiro.	Tomador de decisão e avaliador.	Oficina de trabalho realizada em 24/05/2010.	<p>interesses das crianças, jovens e adultos do espaço escolar e da comunidade.</p> <p>7- Verificar se as temáticas e ações estão contempladas no Projeto Político Pedagógico da escola.</p>	
			<p>1- Saber se os setores envolvidos compartilharam objetivos, metas, planejamento, recursos, monitoramento e avaliação para implementar o PSE.</p> <p>2-Verificar se a ação intersetorial não ficou restrita entre os Setores de Educação e Saúde, mas avançou também entre as diferentes esferas de governo e outros parceiros como universidades, ONGs, entre outros como serviços e comunidade.</p>	<p>1- Advogar que a intersectorialidade prevista em diferentes modelos de saúde na escola, que ao longo do desenvolvimento histórico da saúde escolar não ocorreu efetivamente, porque seus conceitos não foram apropriados pelos atores/gestores envolvidos nos Programas.</p> <p>2- Investir na ação intersectorial como uma ação efetiva em promoção da saúde, em que os sujeitos individuais e coletivos se aproximam da participação do poder de decisão na construção coletiva do Programa.</p>

Tarefa 2: Conformação da equipe de avaliação

A equipe de avaliação foi composta pelo grupo de tomadores de decisão/avaliadores participantes da Oficina de Trabalho e pelos pesquisadores. Visto que, este coletivo definiu a pergunta da avaliação, as variáveis específicas e os indicadores, uma vez que trata-se de uma avaliação participativa.

Passo 3: Definição do alcance da avaliação

Tarefa 1: Formulação da pergunta e do objetivo da avaliação

Tarefa 2: Seleção e definição de variáveis e indicadores

A definição da pergunta pelo grupo de tomadores de decisão é fundamental para determinar o processo avaliativo. Portanto, deve ser produto do parecer e negociação de interesses entre os potenciais usuários da informação. As variáveis e os indicadores avaliativos convertem a pergunta em aspectos concretos, específicos e mensuráveis. É importante verificar se a pergunta pode ser respondida em curto prazo, e se é factível de ser respondida na etapa em que se encontra a intervenção (SALAZAR, 2004; SALAZAR, 2011).

A elaboração das tarefas 1 e 2 foram sistematizadas no quadro 3

Quadro 3 Definição do alcance da avaliação

Pergunta de Avaliação de efetividade:	Como se dá a intersetorialidade no Programa Saúde na Escola?			
Objetivo da avaliação:	Conhecer como se dá a intersetorialidade no Programa Saúde na Escola.			
Variáveis:	Conceito	Variáveis específicas	Indicadores	Tipo de indicador
Funcionamento da Comissão Intersectorial de Educação e Saúde na Escola (CIESE).	Comissão intersectorial de Educação e Saúde na Escola, instituída pelos Ministros de Estado da Educação e da Saúde, com a finalidade de estabelecer diretrizes da política de educação e saúde na escola, em conformidade com as políticas nacionais de educação e com os objetivos, princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS.	1- Processo de formação da CIESE. 2- Processo de trabalho na CIESE.	1.1- Institucionalização da CIESE. 1.2- Setores representados na CIESE. 1.3- Coordenação da CIESE. 2.1- Frequência das reuniões. 2.2- Representatividade dos setores para a tomada de decisões.	1.1- Qualitativo 1.2- Qualitativo e Quantitativo 1.3- Qualitativo 2.1- Quantitativo 2.2- Qualitativo

		3- Processo de comunicação na CIESE.	3.1- Tipos de ferramentas ou instrumentos de comunicação entre os componentes da CIESE. 3.2- Estratégias para a resolução de conflitos na CIESE.	3.1-Qualitativo e Quantitativo 3.2-Qualitativo
Funcionamento do Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI).	Grupo de Trabalho Intersetorial constituído de representantes das Secretarias de Saúde e Educação do Município, e, nos territórios onde situarem-se escolas estaduais que desenvolvem o ensino fundamental, representantes da Secretaria Estadual da Educação, além, de representantes de outros órgãos/instituições.	1- Processo de formação do GTI.	1.1- Setor(es) que tomou(aram) a iniciativa de incorporar o PSE no município. 1.2- Institucionalização do GTI. 1.3- Representação do GTI. 1.4- Coordenação do GTI. 1.5- Competências do GTI.	1.1- Qualitativo 1.2-Qualitativo 1.3 - Qualitativo e Quantitativo 1.4- Qualitativo 1.5- Qualitativo

			<p>1.6- Mecanismos de sustentabilidade do GTI.</p> <p>1.7- Definição do responsável pelo acompanhamento das ações.</p> <p>1.8- Frequência das reuniões.</p> <p>2.1- Participação no planejamento das ações.</p> <p>2.2- Equanimidade na tomada de decisões do GTI.</p> <p>3.1- Tipos de ferramentas ou instrumentos de comunicação entre o GTI.</p> <p>3.2- Resolução de conflitos no GTI.</p>	<p>1.6- Qualitativo</p> <p>1.7- Qualitativo</p> <p>1.8- Quantitativo</p> <p>2.1- Qualitativo</p> <p>2.2- Qualitativo</p> <p>3.1- Qualitativo e Quantitativo</p> <p>3.2- Qualitativo</p>
--	--	--	--	---

<p>Processo de trabalho no Programa Saúde na Escola (PSE).</p>	<p>O PSE foi instituído por decreto presidencial e se apresenta como deliberação de uma política intersetorial entre o MEC e o MS, na perspectiva da atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e jovens da educação básica pública brasileira por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde.</p>	<p>1- Modelo de gestão da Saúde e da Educação.</p> <p>2- Modelo de gestão do PSE.</p> <p>3- Formas de avaliação e monitoramento do PSE.</p> <p>4- Comunicação entre as ESF e</p>	<p>1.1- Modelo de gestão da Saúde em relação à promoção da intersetorialidade.</p> <p>1.2- Modelo de gestão da Educação em relação à promoção da intersetorialidade.</p> <p>2.1- Modelo de gestão do PSE em relação à promoção da intersetorialidade.</p> <p>3.1- Instrumentos para avaliação e monitoramento do PSE.</p> <p>4.1- Capacitação para que os profissionais da</p>	<p>1.1-Qualitativo</p> <p>1.2-Qualitativo</p> <p>2.1-Qualitativo</p> <p>3.1- Qualitativo e Quantitativo</p> <p>4.1- Qualitativo</p>
--	--	--	--	---

		<p>comunidade escolar.</p> <p>5- Comunicação entre profissionais do PSE, estudantes e familiares.</p>	<p>educação se apropriassem da linguagem dos profissionais da saúde.</p> <p>4.2- Capacitação para que os profissionais da saúde se apropriassem da linguagem dos profissionais da educação.</p> <p>4.3-Capacitação para que os profissionais da saúde e da educação compreendessem as bases estruturais do PSE.</p> <p>5-1- Envolvimento de estudantes e familiares e outros atores do território na definição de prioridades,</p>	<p>4.2- Qualitativo</p> <p>4.3-Qualitativo</p> <p>5.1- Qualitativo</p>
--	--	---	--	--

			planejamento e programação das ações.	
			5.2- Mecanismos que favorecem a participação do jovem/adolescente no PSE.	5.2-Qualitativo
	6- Processo de trabalho com o território.		6.1- Estratégias para o levantamento das necessidades do território.	6.1- Qualitativo
			6.2- Comprometimento do PSE com o território em relação à promoção de cidadania e direitos humanos.	6.2-Qualitativo
	7- Sustentabilidade do PSE.		7.1- Estratégias de sustentabilidade do PSE para além de um programa de governo e sim como política de	7.1-Qualitativo

		8-Gestão do PSE.	Estado. 8.1-Mecanismos de gestão dos recursos do PSE. 8.2-Instrumentos de registo das ações desenvolvidas.	8.1-Qualitativo 8.2-Qualitativo e Quantitativo
Ações intersetoriais.	Ações que estabelecem vínculos de corresponsabilidade e cogestão de cada setor envolvido pela melhoria da qualidade de vida populacional.	1- Características das ações intersetoriais.	1.1- Tipo de ações intersetoriais. 1.2- Envolvimento dos profissionais da saúde e da educação. 1.3- Envolvimento de outros setores além da Educação e da Saúde. 1.4- Conceito de intersetorialidade. 1.5- Facilidades do trabalho intersetorial. 1.6-Dificuldades do trabalho intersetorial. 1.7- Construção do	1.1- Qualitativo 1.2- Qualitativo 1.3- Qualitativo e Quantitativo 1.4- Qualitativo 1.5- Qualitativo 1.6- Qualitativo 1.7- Qualitativo

			<p>Projeto Político Pedagógico da escola de forma intersetorial, no que se refere à inserção de temas da saúde.</p> <p>1.8- Modificações da realidade local.</p> <p>1.9-Mecanismos que promovem a continuidade das ações.</p> <p>1.10-Mecanismos de mobilização de professores e ESF.</p>	<p>1.8-Qualitativo</p> <p>1.9-Qualitativo</p> <p>1.10-Qualitativo</p>
--	--	--	---	---

Passo 4: Definição de fontes e métodos de coleta de informações

Uma vez realizada a identificação da intervenção/programa em Promoção da Saúde, formulada a pergunta de avaliação e identificadas as variáveis e os indicadores, a tarefa seguinte é identificar e selecionar as fontes de informação disponíveis, qualificar a informação, determinar o tipo e importância da informação disponível e selecionar os métodos de coleta. A prioridade é para os métodos que em menor tempo permitam a obtenção de dados de boa qualidade, que apresentem confiabilidade, validade e representatividade da informação (SALAZAR, 2004). As tarefas estão sistematizadas no quadro 4.

Tarefa 1 Identificação, caracterização e seleção de fontes de informação

Após a identificação das necessidades e fontes de informação para a avaliação podem surgir três situações: disponibilidade de toda a informação; disponibilidade parcial da informação, que deve ser completada; ou que não há disponibilidade de informação (SALAZAR, 2004). Neste estudo avaliativo identificou-se a disponibilidade parcial da informação por meio do Decreto e das Portarias relacionados ao PSE e completada por meio de inquérito com os participantes chaves do PSE nos municípios elencados e das coordenações do PSE/MEC e PSE/MS.

Tarefa 2 Métodos de coleta de informação

De acordo com a disponibilidade de coleta de informações os pesquisadores selecionaram os métodos da Pesquisa Documental e do Inquérito.

Tarefa 3 Construir indicadores alternativos

Os pesquisadores constataram que não seria necessária a construção de indicadores alternativos, pela acessibilidade tanto a dados primários quanto a dados secundários.

Quadro 4 Definição de fontes e métodos de coleta de informações

Indicadores	Tipo de indicador	Fonte	Métodos de coleta de informação	Instrumentos para a coleta de informação
1-Institucionalização da CIESE.	1- Qualitativo.	1.1-Portaria Interministerial nº 675, de 4 de junho de 2008.	1.1-Pesquisa Documental.	1.1-Técnica da Análise de Conteúdo.
2-Setores representados na CIESE.	2- Qualitativo e Quantitativo.	1.2-Portaria Interministerial nº 1.399, de 14 de novembro de 2008. 2.1-Portaria Interministerial nº 675, de 4 de junho de 2008. 2.2-Portaria Interministerial nº 1.399, de 14 de novembro de 2008.	1.2-Pesquisa Documental. 2.1-Pesquisa Documental. 2.2-Pesquisa Documental.	1.2- Técnica da Análise de Conteúdo. 2.1- Técnica da Análise de Conteúdo. 2.2- Técnica da Análise de Conteúdo.
3-Coordenação da CIESE.	3- Qualitativo.	2.3-Coordenação PSE MEC. 2.4-Coordenação PSE MS. 3.1-Portaria Interministerial nº 675, de 4 de junho de 2008.	2.3-Inquérito. 2.4-Inquérito. 3.1-Pesquisa Documental.	2.3-Questionário. 2.4-Questionário. 3.1-Técnica da Análise de Conteúdo.

<p>4-Frequência das reuniões.</p> <p>5- Representatividade dos setores para a tomada de decisões.</p> <p>6- Tipos de ferramentas ou instrumentos de comunicação entre os componentes da CIESE.</p> <p>7- Estratégias para a</p>	<p>4- Quantitativo.</p> <p>5- Qualitativo.</p> <p>6- Qualitativo e Quantitativo.</p> <p>7- Qualitativo.</p>	<p>3.2-Portaria Interministerial nº 1.399, de 14 de novembro de 2008.</p> <p>3.3-Coordenação PSE MEC.</p> <p>3.4-Coordenação PSE MS.</p> <p>4.1-Coordenação PSE MEC.</p> <p>4.2-Coordenação PSE MS.</p> <p>5.1-Coordenação PSE MEC.</p> <p>5.2-Coordenação PSE MS.</p> <p>6.1-Coordenação PSE MEC.</p> <p>6.2-Coordenação PSE MS.</p> <p>7.1-Coordenação PSE MEC.</p>	<p>3.2-Pesquisa Documental.</p> <p>3.3-Inquérito.</p> <p>3.4-Inquérito.</p> <p>4.1-Inquérito.</p> <p>4.2-Inquérito.</p> <p>5.1-Inquérito.</p> <p>5.2-Inquérito.</p> <p>6.1-Inquérito.</p> <p>6.2-Inquérito.</p> <p>7.1-Inquérito.</p>	<p>3.2-Técnica da Análise de Conteúdo.</p> <p>3.3-Questionário.</p> <p>3.4-Questionário.</p> <p>4.1-Questionário.</p> <p>4.2-Questionário.</p> <p>5.1-Questionário.</p> <p>5.2-Questionário.</p> <p>6.1-Questionário.</p> <p>6.2-Questionário.</p> <p>7.1-Questionário.</p>
---	---	---	---	---

GTI.	Quantitativo.	setembro de 2008. Ministério da Saúde. 10.2 - Portaria nº 3.146, de 17 de dezembro de 2009. Ministério da Saúde. 10.3-Portaria interministerial nº 3.696, de 25 de novembro de 2010. 10.4- Gestores da Educação e da Saúde, no âmbito municipal/estadual/Distrito Federal, do PSE nos municípios.	Documental. 10.2-Pesquisa Documental. 10.3-Pesquisa Documental. 10.4-Inquérito	de Conteúdo. 10.2-Técnica da Análise de Conteúdo. 10.3-Técnica da Análise de Conteúdo. 10.4-Questionário.
11- Coordenação do GTI.	11- Qualitativo.	11.1- Gestores da Educação e da Saúde, no âmbito municipal/estadual/Distrito Federal, do PSE nos	11.1-Inquérito.	11.1-Questionário.

<p>12- Competências do GTI.</p>	<p>12- Qualitativo.</p>	<p>municípios.</p> <p>12.1-Portaria nº 1.861, de 4 de setembro de 2008. Ministério da Saúde.</p> <p>12.2 - Portaria nº 3.146, de 17 de dezembro de 2009. Ministério da Saúde.</p> <p>12.3- Portaria interministerial nº 3.696, de 25 de novembro de 2010.</p> <p>12.4- Gestores da Educação e da Saúde, no âmbito municipal/estadual/Distrito Federal, do PSE nos municípios.</p>	<p>12.1-Análise Documental.</p> <p>12.2-Pesquisa Documental.</p> <p>12.3-Pesquisa Documental.</p> <p>12.4-Inquérito.</p>	<p>12.1-Técnica da Análise de Conteúdo.</p> <p>12.2-Técnica da Análise de Conteúdo.</p> <p>12.3-Técnica da Análise de Conteúdo.</p> <p>12.4-Questionário.</p>
<p>13- Mecanismos de sustentabilidade do GTI.</p>	<p>13- Qualitativo.</p>	<p>13.1- Gestores da Educação e da Saúde, no âmbito</p>	<p>13.1-Inquérito.</p>	<p>13.1-Questionário.</p>

<p>14- Definição do responsável pelo acompanhamento das ações.</p>	<p>14- Qualitativo.</p>	<p>municipal/estadual/Distrito Federal, do PSE nos municípios.</p> <p>14.1- Gestores da Educação e da Saúde, no âmbito municipal/estadual/Distrito Federal, do PSE nos municípios.</p> <p>14.2- Portaria nº 1.861, de 4 de setembro de 2008. Ministério da Saúde.</p> <p>14.3 - Portaria nº 3.146, de 17 de dezembro de 2009. Ministério da Saúde.</p> <p>14.4- Portaria interministerial nº 3.696, de 25 de novembro de 2010.</p>	<p>14.1-Inquérito.</p> <p>14.2-Pesquisa Documental.</p> <p>14.3-Pesquisa Documental.</p> <p>14.4-Pesquisa Documental.</p>	<p>14.1-Questionário.</p> <p>14.2-Técnica da Análise de Conteúdo.</p> <p>14.3-Técnica da Análise de Conteúdo.</p> <p>14.4-Técnica da Análise de Conteúdo.</p>
--	-------------------------	--	---	---

15- Frequência das reuniões do GTI.	15- Quantitativo.	15.1- Gestores da Educação e da Saúde, no âmbito municipal/estadual/Distrito Federal, do PSE nos municípios.	15.1-Inquérito.	15.1-Questionário.
16- Participação no planejamento das ações.	16- Qualitativo.	16.1- Gestores da Educação e da Saúde, no âmbito municipal/estadual/Distrito Federal, do PSE nos municípios.	16.1-Inquérito.	16.1-Questionário.
17- Equanimidade na tomada de decisões do GTI.	17- Qualitativo.	17.1- Gestores da Educação e da Saúde, no âmbito municipal/estadual/Distrito Federal, do PSE nos municípios.	17.1-Inquérito.	17.1-Questionário.
18-Tipos de ferramentas ou instrumentos de comunicação entre o GTI.	18- Qualitativo e Quantitativo.	18.1- Gestores da Educação e da Saúde, no âmbito municipal/estadual/Distrito Federal, do PSE nos	18.1-Inquérito.	18.1-Questionário.

<p>19- Resolução de conflitos no GTI.</p>	<p>19- Qualitativo.</p>	<p>municípios. 19.1- Gestores da Educação e da Saúde, no âmbito municipal/estadua/Distrito Federal, do PSE nos municípios.</p>	<p>19.1-Inquérito.</p>	<p>19.1-Questionário.</p>
<p>20- Modelo de gestão da Saúde em relação à promoção da intersetorialidade.</p>	<p>20-Qualitativo.</p>	<p>20.1- Gestores da Educação e da Saúde, no âmbito municipal/estadua/Distrito Federal, do PSE nos municípios.</p>	<p>20.1-Inquérito.</p>	<p>20.1-Questionário.</p>
<p>21- Modelo de gestão da Educação em relação à promoção da intersetorialidade.</p>	<p>21-Qualitativo.</p>	<p>20.2-Coordenação PSE MEC. 20.3-Coordenação PSE MS. 21.1- Gestores da Educação e da Saúde, no âmbito municipal/estadua/Distrito Federal, do PSE nos municípios.</p>	<p>20.2-Inquérito. 20.3-Inquérito. 21.1-Inquérito.</p>	<p>20.2-Questionário. 20.3-Questionário. 21.1-Questionário.</p>

<p>22- Modelo de gestão do PSE em relação à promoção da intersectorialidade.</p>	<p>22- Qualitativo</p>	<p>21.2-Coordenação PSE MEC. 21.3-Coordenação PSE MS. 22.1- Gestores da Educação e da Saúde, no âmbito municipal/estadual/Distrito Federal, do PSE nos municípios. 22.2-Coordenação PSE MEC. 22.3-Coordenação PSE MS.</p>	<p>21.2-Inquérito. 21.2-Inquérito. 22.1-Inquérito.</p>	<p>21.2-Questionário. 21.3-Questionário. 22.1-Questionário.</p>
<p>23- Instrumentos para avaliação e monitoramento do PSE.</p>	<p>23- Qualitativo e Quantitativo.</p>	<p>23.1-Decreto Nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, da Presidência da República. 23.2- Portaria interministerial nº 3.696, de 25 de novembro de 2010.</p>	<p>22.2-Inquérito. 22.3-Inquérito. 23.1-Pesquisa Documental. 23.2-Pesquisa Documental.</p>	<p>22.2-Questionário. 22.3-Questionário. 23.1-Técnica da Análise de Conteúdo. 23.2-Técnica da Análise de Conteúdo.</p>

<p>24- Capacitação para que os profissionais da educação se apropriassem da linguagem dos profissionais da saúde.</p> <p>25- Capacitação para que os profissionais da</p>	<p>24- Qualitativo.</p> <p>25- Qualitativo.</p>	<p>23.3- Gestores da Educação e da Saúde, no âmbito municipal/estadual/Distrito Federal, do PSE nos municípios.</p> <p>23.4-Coordenação PSE MEC.</p> <p>23.5-Coordenação PSE MS.</p> <p>24.1- Gestores da Educação e da Saúde, no âmbito municipal/estadual/Distrito Federal, do PSE nos municípios.</p> <p>24.2-Coordenação PSE MEC.</p> <p>24.3-Coordenação PSE MS.</p> <p>25.1- Gestores da Educação e da Saúde, no âmbito</p>	<p>23.3-Inquérito.</p> <p>23.4 -Inquérito.</p> <p>23.5-Inquérito.</p> <p>24.1- Inquérito.</p> <p>24.2-Inquérito.</p> <p>24.3-Inquérito.</p> <p>25.1-Inquérito.</p>	<p>23.3-Questionário.</p> <p>23.4-Questionário.</p> <p>23.5-Questionário.</p> <p>24.1-Questionário.</p> <p>24.2-Questionário.</p> <p>24.3-Questionário.</p> <p>25.1-Questionário.</p>
---	---	---	--	---

<p>saúde se apropriassem da linguagem dos profissionais da educação.</p> <p>26-Capacitação para que os profissionais da saúde e da educação compreendessem as bases estruturais do PSE.</p> <p>27-Envolvimento de estudantes e familiares e outros atores do território na definição de</p>	<p>26-Qualitativo.</p> <p>27- Qualitativo.</p>	<p>municipal/estadual/Distrito Federal, do PSE nos municípios.</p> <p>25.2-Coordenação PSE MEC.</p> <p>25.3-Coordenação PSE MS.</p> <p>26.1- Gestores da Educação e da Saúde, no âmbito municipal/estadual/Distrito Federal, do PSE nos municípios.</p> <p>26.2-Coordenação PSE MEC.</p> <p>26.3-Coordenação PSE MS.</p> <p>27.1- Gestores da Educação e da Saúde, no âmbito municipal/estadual/Distrito Federal, do PSE nos</p>	<p>25.2-Inquérito.</p> <p>25.3-Inquérito.</p> <p>26.1-Inquérito.</p> <p>26.2-Inquérito.</p> <p>26.3-Inquérito.</p> <p>27.1-Inquérito.</p>	<p>25.2-Questionário.</p> <p>25.3-Questionário.</p> <p>26.1-Questionário.</p> <p>26.2-Questionário.</p> <p>26.3-Questionário.</p> <p>27.1-Questionário.</p>
---	--	--	---	---

<p>prioridades, planejamento e programação das ações.</p> <p>28- Mecanismos que favorecem a participação do jovem/adolescente no PSE.</p> <p>29- Estratégias para o levantamento das necessidades do território.</p>	<p>28- Qualitativo.</p> <p>29-Qualitativo.</p>	<p>municípios.</p> <p>28.1- Gestores da Educação e da Saúde, no âmbito municipal/estadual/Distrito Federal, do PSE nos municípios.</p> <p>29.1- Gestores da Educação e da Saúde, no âmbito municipal/estadual/Distrito Federal, do PSE nos municípios.</p> <p>29.2-Portaria nº 1.861, de 4 de 2 setembro de 2008. Ministério da Saúde.</p> <p>29.3 - Portaria nº 3.146, de 17</p>	<p>28.1-Inquérito.</p> <p>29.1-Inquérito.</p> <p>29.2-Pesquisa Documental.</p> <p>29.3-Pesquisa Documental.</p>	<p>28.1-Questionário.</p> <p>29.1-Questionário.</p> <p>29.2-Técnica da Análise de Conteúdo.</p> <p>29.3-Técnica da Análise</p>
--	--	---	---	--

<p>30- Comprometimento do PSE com o território em relação à promoção da cidadania e garantia de direitos humanos.</p>	<p>30- Qualitativo.</p>	<p>de dezembro de 2009. Ministério da Saúde.</p> <p>29.4- Portaria interministerial nº 3.696, de 25 de novembro de 2010.</p> <p>30.1- Gestores da Educação e da Saúde, no âmbito municipal/estadual/Distrito Federal, do PSE nos municípios.</p>	<p>29.4-Pesquisa Documental.</p> <p>30.1-Inquérito.</p>	<p>de Conteúdo.</p> <p>29.4-Técnica da Análise de Conteúdo.</p> <p>30.1-Questionário.</p>
<p>31- Estratégias de sustentabilidade do PSE para além de um programa de governo e sim como política de</p>	<p>31- Qualitativo.</p>	<p>30.2-Coordenação PSE MEC.</p> <p>30.3-Coordenação PSE MS.</p> <p>31.1- Gestores da Educação e da Saúde, no âmbito municipal/estadual/Distrito Federal, do PSE nos municípios.</p>	<p>30.2-Inquérito.</p> <p>30.3-Inquérito.</p> <p>31.1-Inquérito.</p>	<p>30.2-Questionário.</p> <p>30.3-Questionário.</p> <p>31.1-Questionário.</p>

Estado.		31.2-Coordenação PSE MEC. 31.3-Coordenação PSE MS. 32.1- Gestores da Educação e da Saúde, no âmbito municipal/estadual/Distrito Federal, do PSE nos municípios. 32.2-Coordenação PSE MEC. 32.3-Coordenação PSE MS. 33.1- Gestores da Educação e da Saúde, no âmbito municipal/estadual/Distrito Federal, do PSE nos municípios. 33.2- Portaria Interministerial nº	31.2-Inquérito. 31.3-Inquérito. 32.1-Inquérito. 32.2-Inquérito. 32.3-Inquérito. 33.1-Inquérito. 33.2-Pesquisa	31.2-Questionário. 31.3-Questionário. 32.1-Questionário. 32.2-Questionário. 32.3-Questionário. 33.1-Questionário. 33.2-Técnica da Análise
32-Estratégias de gestão de recursos.	32-Qualitativo			
33-Instrumentos de registro das ações desenvolvidas.	33.1-Qualitativo e Quantitativo.			

		3.696, de 25 de novembro de 2010.	Documental.	de Conteúdo.
34- Tipo de ações intersetoriais desenvolvidas.	34-Qualitativa.	34.1- Gestores da Educação e da Saúde, no âmbito municipal/estadual/Distrito Federal, do PSE nos municípios.	34.1-Inquérito.	34.1-Questionário.
35- Envolvimento dos profissionais da saúde e da educação.	35- Qualitativo.	35.1- Gestores da Educação e da Saúde, no âmbito municipal/estadual/Distrito Federal, do PSE nos municípios.	35.1-Inquérito.	35.1-Questionário.
36-Envolvimento de outros setores além da Educação e da Saúde	36- Qualitativo e Quantitativo.	35.2-Coordenação PSE MEC. 35.3-Coordenação PSE MS. 36.1- Gestores da Educação e da Saúde, no âmbito municipal/estadual/Distrito	35.2-Inquérito. 35.3-Inquérito. 36.1-Inquérito.	35.2-Questionário. 35.3-Questionário. 36.1-Questionário.

<p>37- Conceito de intersetorialidade.</p>	<p>37- Qualitativo.</p>	<p>Federal, do PSE nos municípios. 36.2-Coordenação PSE MEC. 36.3-Coordenação PSE MS. 37.1- Gestores da Educação e da Saúde, no âmbito municipal/estadual/Distrito Federal, do PSE nos municípios. 37.2- Coordenação PSE/MEC. 37.3- Coordenação PSE/MS.</p>	<p>36.2-Inquérito. 36.3-Inquérito. 37.1-Inquérito.</p>	<p>36.2-Questionário. 36.3-Questionário. 37.1-Questionário.</p>
<p>38- Facilidades do trabalho intersetorial.</p>	<p>38- Qualitativo.</p>	<p>38.1- Gestores da Educação e da Saúde, no âmbito municipal/estadual/Distrito Federal, do PSE nos municípios.</p>	<p>37.2-Inquérito. 37.3-Inquérito. 38.1-Inquérito.</p>	<p>37.2-Questionário. 37.3-Questionário. 38.1-Questionário.</p>

<p>39-Dificuldades do trabalho intersetorial.</p>	<p>39- Qualitativo.</p>	<p>38.2-Coordenação PSE MEC 38.3-Coordenação PSE MS. 39.1- Gestores da Educação e da Saúde, no âmbito municipal/estadual/Distrito Federal, do PSE nos municípios.</p>	<p>38.2-Inquérito. 38.3-Inquérito. 39.1-Inquérito.</p>	<p>38.2-Questionário. 38.3-Questionário. 39.1-Questionário.</p>
<p>40- Construção do Projeto Político Pedagógico da escola de forma intersetorial, no que se refere à inserção de temas da saúde.</p>	<p>40- Qualitativo.</p>	<p>39.2-Coordenação PSE MEC. 39.3-Coordenação PSE MS. 40.1- Gestores da Educação e da Saúde, no âmbito municipal/estadual/Distrito Federal, do PSE nos municípios.</p>	<p>39.2-Inquérito. 39.3-Inquérito. 40.1-Inquérito.</p>	<p>39.2-Questionário. 39.3-Questionário. 40.1-Questionário.</p>

<p>41- Modificações da realidade local.</p>	<p>41- Qualitativo.</p>	<p>41.1- Gestores da Educação e da Saúde, no âmbito municipal/estadual/Distrito Federal, do PSE nos municípios.</p>	<p>41.2- Inquérito.</p>	<p>41.2- Questionário.</p>
<p>42- Mecanismos que promovem a continuidade das ações.</p>	<p>42- Qualitativo.</p>	<p>42.1- Gestores da Educação e da Saúde, no âmbito municipal/estadual/Distrito Federal, do PSE nos municípios.</p>	<p>42.1- Inquérito.</p>	<p>42.1- Questionário.</p>
<p>43- Mecanismos de mobilização de professores e ESF.</p>	<p>43- Qualitativo.</p>	<p>42.2- Coordenação PSE MEC. 42.3- Coordenação PSE MS. 43-1- Gestores da Educação e da Saúde, no âmbito municipal/estadual/Distrito Federal, do PSE nos municípios.</p>	<p>42.2- Inquérito. 42.3- Inquérito. 43.1- Inquérito.</p>	<p>42.2- Questionário. 42.3- Questionário. 43.1- Questionário.</p>

Por meio da análise dos quadros 3 e 4 observa-se que as dimensões da intersectorialidade, relativas ao PSE, de interesse do grupo avaliativo estão voltadas à gestão do Programa, ao desenvolvimento das ações intersectoriais e às estratégias de monitoramento, avaliação e sustentabilidade destas ações.

Passo 5: Trabalho de campo

Tarefa 1 Planificação do trabalho de campo

Tem como objetivo o planejamento logístico e administrativo para a coleta de dados (SALAZAR, 2004). O trabalho de campo torna possível a obtenção de informações sobre o objeto de estudo (DESLANDES, 2005) e a forma de efetuar-lo desvela o cuidado científico do pesquisador com a seleção tanto dos fatos a serem coletados como com a maneira de obtê-los (MINAYO, 1999).

A primeira atividade a ser realizada é a validação dos instrumentos escolhidos para a coleta de dados, a fim de verificar se realmente aquele instrumento cumpre com o propósito para qual foi elaborado e se a sua aplicação é viável (SALAZAR, 2004).

A coleta dos documentos foi feita por meio do método da Pesquisa Documental. Os documentos elencados foram o Decreto e as Portarias do PSE. A percepção dos gestores foi coletada pelo método do inquérito, utilizando-se como instrumento o questionário eletrônico. A amostra foi intencional. Os critérios de inclusão contemplaram gestores no âmbito municipal/estadual/Distrito Federal do PSE em municípios brasileiros, com representação de um município de cada região do país (norte, nordeste, centro-oeste, sudeste e sul) conforme indicação do Ministério da Saúde e/ou Ministério da Educação e indicação de atores que implementaram o PSE em municípios. Foram incluídos os municípios de Curitiba (sul), Rio de Janeiro (sudeste), Brasília (centro-oeste), Olinda (nordeste), e Manaus (norte). Estes gestores compreenderam um respondente do Setor Saúde e um do Setor Educação de cada município escolhido, totalizando dez respondentes. Ainda, outro questionário foi

aplicado aos gestores nacionais do PSE, representado por um coordenador do PSE do MEC e um do MS. O questionário eletrônico enviado por *e-mail* para os respondentes foi validado por gestores do PSE municipal. Antes de dar início ao trabalho, os pesquisadores solicitaram a autorização de cada instituição dos respondentes da pesquisa, bem como, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de cada respondente.

Passo 6: Processamento e análise da informação

Tarefa 1 Processamento da informação quantitativa

Os questionários eletrônicos enviados aos gestores nacionais e municipais/estaduais/Distrito Federal continham questões fechadas a serem analisadas.

Tarefa 2 Análise dos dados

As questões fechadas dos questionários foram analisadas descritivamente.

Tarefa 3 Processamento da informação qualitativa

Após levantamento de documentos oficiais relativos ao PSE, seguido de leitura dos mesmos, verificou-se que o Decreto e as Portarias, que constituem seus diplomas normativos, continham as informações necessárias, fidedignas e oficiais para responder aos indicadores da avaliação. Também os questionários eletrônicos enviados aos gestores nacionais e municipais/estaduais/Distrito Federal continham questões abertas a serem analisadas.

Tarefa 4 Análise dos dados

Para análise do Decreto e das Portarias, bem como, das questões abertas dos questionários foi utilizada a técnica da Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2009), associada ao programa computacional ATLAS.ti 5.2®, desenvolvido para auxiliar na análise qualitativa de dados, principalmente quando se trata de textos com grandes volumes de informações.

Tarefa 5 Integração das análises quantitativas e qualitativas

Para a realização da análise integrada dos dados retomou-se a revisão da literatura e o referencial teórico da pesquisa.

Passo 7: Comunicação dos resultados e tomada de decisão

A comunicação dos resultados encerra o processo da avaliação. Em se tratando da *Avaliação Rápida* o propósito é aproximar os resultados da avaliação aos tomadores de decisão. Os pesquisadores têm a responsabilidade de criar mecanismos de comunicação que atinjam pessoas com diferentes inserções e interesses (SALAZAR, 2004). No caso desta avaliação, é necessário que a comunicação chegue aos gestores nacionais e municipais/estaduais/Distrito Federal, profissionais da Educação e da Saúde e membros da academia, todos envolvidos com o Programa Saúde na Escola. Este passo está sistematizado no quadro 5.

Tarefa 1 Identificação dos decisores e seus interesses de informação

Os tomadores de decisão e seus interesses para a avaliação foram identificados no Quadro 2.

Tarefa 2 Definição dos objetivos da comunicação

A comunicação deve contribuir para elevar a oportunizar a utilização dos resultados pelos tomadores de decisão, bem como, influenciar na advocacia para a tomada de decisões (SALAZAR, 2004). Neste sentido deve ser objetiva, promover informação útil, relevante e oportuna.

Tarefa 3 Seleção das estratégias de comunicação

As estratégias são selecionadas a partir das características dos tomadores de decisão e dos profissionais envolvidos no PSE.

Tarefa 4 Valoração dos resultados e da estratégia

É necessário caracterizar os produtos de comunicação que permitam uma comunicação qualificada com os profissionais a quem se destinam.

Quadro 5 Comunicação dos resultados e tomada de decisão

Profissionais envolvidos com o PSE	1.1 Meio de comunicação dos resultados
1-Gestores	1-Resumo Executivo 2-Artigo Científico 3-Manual Metodológico
2-Profissionais dos Setores Saúde e Educação	1-Resumo Executivo 2-Artigo Científico 3-Manual Metodológico
3-Membros da academia	1-Artigo Científico 2-Manual metodológico

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

A utilização da *Metodologia de Avaliação Rápida* foi considerada uma adequada estratégia para os objetivos deste trabalho, já que a proposta seria dar voz aos atores envolvidos no PSE de diferentes municípios brasileiros, da academia e das coordenações do PSE do MEC e MS, a fim de conhecer seus interesses no processo avaliativo, com foco na intersectorialidade do Programa, de modo a aproximar a pesquisa acadêmica às reais necessidades dos serviços.

Durante o processo avaliativo, ao colocar-se em prática os passos desta metodologia, foram visualizados mais fatores facilitadores do que dificultadores. Como facilidades, pode-se destacar a oportunidade de dar voz aos atores envolvidos no PSE, o conhecimento de diversas realidades, bem como a riqueza de informações e de experiências compartilhadas na Oficina de Trabalho e no processo de coleta de dados. Durante o processo avaliativo conheceu-se vários atores do PSE ampliando a rede de trabalho, de conhecimento e de amizades. O processo de trabalho possibilitou um amplo conhecimento do programa avaliado (PSE). A oportunidade da promoção do *I Seminário Saúde na Escola* e o *VII Seminário Saúde e Prevenção nas*

Escolas de Curitiba, em maio de 2010, na cidade de Curitiba, bem como, a participação na *I Mostra Nacional do Programa Saúde na Escola (PSE)* e a *IV Mostra Nacional Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE)*, em junho de 2010, na cidade de Brasília, propiciando contato com profissionais da saúde e da educação de todo o território brasileiro e com suas experiências em programas de saúde escolar. Igualmente, na participação no *III Seminário Brasileiro de Efetividade da Promoção da Saúde*, em maio de 2011, na cidade do Rio de Janeiro, com apresentação de Pôster referente a este trabalho (FERREIRA, MOYSÉS & MOYSÉS, 2011) associado a um vasto compartilhar de experiências avaliativas em Promoção da Saúde, além de acompanhar as palestras de atores renomados nacionalmente e internacionalmente na temática, possibilitou a ampliação da compreensão da importância da avaliação nas ações de Promoção da Saúde.

Como dificuldade pode-se citar a diferença dos tempos técnico, político e acadêmico. Responder as questões levantadas no período em que possa conciliar estes tempos é um desafio. Por isso a reflexão é que de fato faz-se aproximações da realidade a ser avaliada, já que há uma dinâmica que foge ao controle (o que não impossibilita a avaliação) e por isso mesmo estimula à avaliação.

Espera-se que os resultados desta pesquisa avaliativa colaborem para que os tomadores de decisão envolvidos no PSE possam orientar as ações do Programa a fim de que estas sejam exitosas conforme o contexto de cada qual e tenham sustentabilidade ao longo do tempo.

Pretende-se que este manual metodológico fomente a utilização da *Metodologia de Avaliação Rápida*, dando suporte aos que buscam a qualidade das ações promotoras de saúde, por meio de processos avaliativos que vocalizem as necessidades dos atores envolvidos nas intervenções.

Glossário

Avaliação em Saúde: Processo crítico reflexivo, contínuo e sistemático sobre práticas e processos desenvolvidos no âmbito da saúde, sintetizados por indicadores de natureza quantitativa e/ou qualitativa. Sua finalidade é proporcionar informações para auxiliar processos de tomada de decisão (Descritores em Ciências da Saúde BVS, 2011).

Efetividade: É a medida do alcance de intervenções, procedimentos, tratamentos ou serviços em condições reais (rotina de serviço), isto é, do quanto a atenção atende aos seus objetivos (Descritores em Ciências da Saúde BVS, 2011).

Intersetorialidade: A articulação das possibilidades dos distintos setores de pensar a questão complexa da saúde, de responsabilizar-se pela garantia da saúde como direito humano e de cidadania, e de mobilizar-se na formulação de intervenções que a propiciem (BRASIL, 2006a, p. 13).

Promoção da Saúde: é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para construir sua saúde os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do Setor Saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global. Carta de Ottawa, 1986 (BRASIL, 2011e).

Tomadores de decisão em saúde: Pessoas responsáveis pela formulação, implementação e avaliação de políticas, programas, projetos e serviços de saúde, de acordo com o nível de atuação (federal, estadual, municipal). (Descritores em Ciências da Saúde BVS, 2011).

Agradecimentos

À CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) que concedeu bolsa de doutorado à Izabel do Rocio Costa Ferreira.

Referências

1. AKERMAN, M.; MENDES, R.; BÓGUS, C. M.; WESTPHAL, M. F.; BICHIR, A.; PEDROSO, M. L. Avaliação em promoção da saúde: foco no “município saudável”. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 5, p. 636-646, out. 2002.
2. BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.
3. BRANDÃO, D. B.; SILVA, R. R.; PALOS, C. M. C. Da construção de capacidade avaliadora em iniciativas sociais: algumas reflexões. **Ensaio: avaliação e políticas Públicas em Educação**, v. 13, n. 48, p. 361-374, jul./set. 2005.
4. BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 91.144, de 15 de março de 1985. Cria o Ministério da Cultura e dispõe sobre a estrutura, transferindo-lhe os órgãos que menciona, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 15 mar. 1985. Seção 1, coluna 2, p. 4773.
5. BRASIL. Portaria Interministerial nº 749 de 13 de maio de 2005. Constitui a Câmara Intersetorial para a elaboração de diretrizes com a finalidade de subsidiar a Política Nacional de Educação em Saúde na Escola. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 maio 2005a. Seção 1, p. 8.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A educação que produz saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b. 16 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 60 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
8. BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. (Série E. Legislação de Saúde. Série Pactos pela Saúde, v. 4).
9. BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, p. 2, 5 dez. 2007.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Orientações sobre o Programa Saúde na Escola para a elaboração dos projetos locais**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008a. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/geral/orientacoes_pse.pdf Acesso em: 16 abr. 2009.

11. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 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**, Brasília, DF, 24 set. 2008b. Seção 1, p. 39.
12. BRASIL. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 675, de 4 de junho de 2008. Institui a Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 ago. 2008c. Seção1, p. 14.
13. BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade. **Programas e ações**. 2009a. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=14578%3Aprograma-saude-nas-escolas&catid=194%3Asecad-educacao-continuada&Itemid=817>. Acesso em: 01 dez. 2009.
14. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. 96 p.: il. (Série B. Textos Básicos de Saúde. Cadernos de Atenção Básica, n. 24).
15. BRASIL. Ministério da Saúde. **Informe da atenção básica**, Brasília, DF, a. 9, n. 55, nov./dez. 2009c.
16. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Mais saúde: direito de todos: 2008-2011**. 3. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. 138 p. il. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).
17. BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Continuada. Alfabetização e diversidade. **Programas e ações**. Brasília, DF: Ministério da Educação, 2010b. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=14578%3Aprograma-saude-nas-escolas&catid=194%3Asecad-educacao-continuada&Itemid=817>. Acesso em: 17 mar. 2010.
18. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Saúde na Escola**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010c. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/programa_saude_na_escola.php>. Acesso em: 14 abr. 2010.
19. BRASIL. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. **Resumo Técnico: Censo Escolar 2010**. Brasília, DF: MEC, 2010d. Disponível em: <http://download.inep.gov.br/educacao_basica/censo_escolar/resumos_tecnicos/divulgacao_censo2010_revisao_04022011.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2011.
20. BRASIL. Portaria Interministerial nº 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**, Brasília, DF, n. 226, 26 nov. 2010e. Seção 1, p. 64.
21. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 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**, Brasília, DF, n. 37, 25 fev. 2010f. Seção 1, p. 32.
22. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Saúde na Escola**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=14578%3Aprograma-saude-nas-escolas&catid=194%3Asecad-educacao%3Acontinuada&Itemid=817>. Acesso em: 30 mar. 2011.
23. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em: 28 jul. 2011b.
24. BRASIL. Portaria Interministerial nº 1.910, de 08 de agosto de 2011. Estabelece o Termo de Compromisso Municipal como instrumento para o recebimento de recursos financeiros do Programa Saúde na Escola (PSE). **Diário Oficial da União**, n. 152, 9 ago. 2011c. Seção 1, p. 49.
25. 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**, n. 152, 9 ago. 2011d. Seção 1, p. 59.
26. BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta de Ottawa**. 2011e. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/05.pdf>>. Acesso em: 11 maio 2011.
27. BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Básica. **Programa Saúde na Escola**. 2012. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=16796&Itemid=1128> Acesso em: 3 jan. 2012.
28. BYDLOWSKI, C. R.; WESTPHAL, M. F.; PEREIRA, I. M. T. B. Promoção da saúde. Porque sim e porque ainda não! **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 1, p. 14-24, jan./abr. 2004.
29. COSTA, A. M.; PONTES, A. C. R.; ROCHA, D. G. Intersetorialidade na produção e promoção da saúde. In: CASTRO, A.; MALO, M. **SUS: ressignificando a promoção da saúde**. São Paulo: Hucitec: OPAS, 2006. p. 97-115.

30. DESLANDES, S. F. Trabalho de campo: construção de dados qualitativos e quantitativos. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. 244 p.157-184.
31. FERREIRA, I. R. C.; MOYSÉS, S. T.; MOYSÉS, S. J. Avaliação da efetividade da intersectorialidade na implementação do Programa Saúde na Escola: uma proposta metodológica. In: SEMINÁRIO BRASILEIRO DE EFETIVIDADE DA PROMOÇÃO DA SAÚDE. 3., 2011. **Anais...**: resumo pôster. Rio de Janeiro, 2011. 1 CD-ROM.
32. FRANCO DE SÁ, R.; MOYSÉS, S. T. O processo avaliativo em Promoção de Saúde como estratégia de empoderamento e de desenvolvimento de capacidades. **Boletim Técnico do Senac**: a revista da educação profissional, v. 35, n. 2, p. 29-35, maio/ago. 2009.
33. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010**: resultados preliminares do universo. Brasília, DF: IBGE, 2011.
34. JUNQUEIRA, L. P. A gestão intersectorial das políticas sociais e o terceiro setor. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 1, p. 25-36, jan./abr. 2004.
35. MENDONÇA, C. S. [Entrevistas]. **Revista Brasileira Saúde da Família**, Brasília, DF, n. 20, p. 6-7, out./dez. 2008.
36. MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 6. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1999. 269 p.
37. MOLL, J. Entrevistas. **Revista Brasileira Saúde da Família**, Brasília, n. 20, p. 6 - 7, 01 out./dez. 2008.
38. MOSTRA NACIONAL DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA, 1.; MOSTRA NACIONAL DE SAÚDE E PREVENÇÃO NAS ESCOLAS, 4., 2010. **Anais...**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2010. Disponível em: <<http://sistemas.aids.gov.br/saudenaescola2010/>>. Acesso em: 6 out. 2010.
39. MOYSÉS, S. J.; MOYSÉS, S. T.; KREMPEL, M. C. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 627-641, set. 2004.
40. PEDROSA, J. I. D. S. Perspectivas na avaliação em promoção da saúde: uma abordagem institucional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 616-626, jul./set. 2004.
41. POLAND, B.; FROHLICH, K. L.; CARGO, M. Context as a fundamental dimension of health evaluation. In: POTVIN, L.; MCQUEEN, D. **Health promotion evaluation practices in the Americas**. Springer: New York, 2008.

42. POTVIN, L. On the nature of programs: health promotion programs as action. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 731-738, jul./set. 2004.
43. RYCHETNIK, L. et al. Criteria for evaluating evidence on public health interventions. (Theory and Methods). **Journal of Epidemiology & Community Health**, v. 56, n. 2, p. 119-127, 2002. Disponível em: <<http://jech.bmj.com/content/56/2/119.full.pdf+html>>. Acesso em: 24 feb. 2011.
44. SALAZAR, L. de. **Evaluación de efetividad en promoción de la salud: guía de evaluación rápida**. Santiago de Cali: CEDETES/CDC/OPS, 2004. 207 p.
45. SALAZAR, L. de; 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 & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 545-555, jul./sep. 2004.
46. SALAZAR, L. de. **Efectividad en promoción de La salud Y salud pública: reflexiones sobre La práctica en América Latina y propuestas de cambio**. Santiago de Cali, Colômbia: Programa Editorial Del Valle. Colômbia, 2009. 396 p.
47. SALAZAR, L. de. **Reflexiones y posiciones alrededor de La evaluación de intervenciones complejas**. Santiago de Cali, Colômbia: Programa Editorial Universidad Del Valle, 2011.
48. UNESCO. **Declaração de Cochabamba: educação para todos: cumprindo nossos compromissos coletivos**. Cochabamba, Bolívia: UNESCO, 2001.
49. VASCONCELOS, E.M. **Educação popular nos serviços de saúde**. 3.ed. São Paulo: HUCITEC, 1997.
50. VASCONCELOS, E.M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. São Paulo: HUCITEC, 1999.
51. VASCONCELOS, E. M. Redefinindo as práticas de saúde a partir da educação popular nos serviços de saúde. In: VASCONCELOS, E. M. **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde**. São Paulo: Hucitec, 2001.
52. WESTPHAL, M. F; MENDES, R. Cidade saudável: uma experiência de interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, FGV, v. 34, n. 6, p. 47-61, nov./dez. 2000.
53. WESTPHAL, M. F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, G. W. D. S.; AL, E. (Ed.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo; Rio de Janeiro: HUCITEC/FIOCRUZ, 2006. p. 635-667.

Anexo 1: Logotipos do PSE

Primeiro logotipo do PSE (2007).



Atual logotipo do PSE (2011).



4 Artigo 2

Artigo aceito para publicação no periódico 'Ciência & Saúde Coletiva'.

Diplomas Normativos do Programa Saúde na Escola: análise de conteúdo associado à ferramenta ATLAS. TI

RESUMO

O objetivo deste estudo foi analisar os Diplomas Normativos emitidos sobre o Programa Saúde na Escola a fim de observar a contribuição e a participação dos Setores de Saúde e Educação na construção e implementação do Programa, já que seu êxito foi alicerçado na intersectorialidade entre estes. Para a investigação utilizou-se a técnica da Análise de Conteúdo proposta por Bardin, associada ao programa computacional ATLAS. TI 5.2. O estudo revelou que a participação da Saúde e da Educação no Programa Saúde na Escola não é equânime, apontando para o protagonismo da Saúde em áreas como o financiamento das ações, centralização no processo de adesão e coordenação da Comissão Intersectorial de Educação e Saúde na Escola.

Palavras-chave: Promoção da Saúde; Saúde Escolar; Ação Intersectorial, Análise de Conteúdo; Análise Computacional.

Normative Statements of School Health Program: content analysis associated with ATLAS. TI computer program

Abstract

The aim of this study was to analyze the Normative Statements issued about the School Health Program in order to observe the contribution and participation of the Health and Educational Sectors in the creation and implementation of the Program, once its success was rooted in the intersectoral action between them. For the research, we used the technique of content analysis proposed by Bardin, associated with the computer program ATLAS. TI 5.2. The study revealed that the participation of the Health and Education in School Health Program is not fair, pointing to the role of health in areas such as financing and in the centralization of the acceding process and coordination of the Intersectoral Commission of Education and Health in the School.

Keywords: Health Promotion, School Health, Intersectoral Action, Content Analysis, Computational Analysis

Introdução

As políticas públicas de saúde afirmam que a escola é um espaço privilegiado para o desenvolvimento de ações promotoras de saúde, preventivas e de educação para saúde¹. Considerando que a saúde é relacionada à qualidade de vida e aos direitos humanos², a escola se apresenta como um espaço fértil, onde os cidadãos se apropriam do conhecimento sobre esses direitos, quando se tem neste espaço uma proposta de trabalho que leve à formação de sujeitos sociais críticos e construtores de conhecimento³.

No Brasil, o percurso das políticas públicas, entre elas, as da educação e da saúde, conserva distinções entre si, de acordo com os movimentos sociais que as pautaram e as constituíram, da formalização em lei, da diversidade de interesses que engendram suas agendas, bem como das responsabilidades determinadas para cada esfera governamental. Assim, historicamente, políticas de educação e saúde se estruturaram para que o seu funcionamento ocorresse de forma fragmentada, setorialmente⁴. Isto contradiz o paradigma promocional da saúde o qual expõe a necessidade de que o processo de produção do conhecimento e das políticas públicas ocorra por meio da construção e gestão compartilhadas, ou seja, por ações intersetoriais^{5,6} em que haja um grau de abertura em cada Setor para dialogar, estabelecendo corresponsabilidade e cogestão pela melhoria da qualidade de vida populacional⁷.

A indicação da necessidade de participação e corresponsabilidade também está presente nas políticas públicas de Educação. A Declaração de Cochabamba⁸ reforça que é necessário assegurar a participação de múltiplos atores e incentivar as ações intersetoriais. No Brasil, por meio de Portaria Interministerial entre o Ministério da Educação (MEC) e o Ministério da Saúde (MS), foi constituída a Câmara Intersetorial que tem como responsabilidade elaborar diretrizes a fim de subsidiar a Política Nacional de Educação em Saúde na Escola. Esta Portaria ressalta a necessidade de estratégias intersetoriais de educação e saúde⁹, o que é reforçado por Costa *et al*¹⁰ ao inferirem que a substituição da lógica de governar setorialmente para uma lógica intersetorial é uma exigência dos projetos governamentais para responder às necessidades da população.

Portanto, justapor a intersetorialidade, declarada como uma das diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)⁶, reafirmada pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) como essencial para o desenvolvimento das ações de saúde¹¹, ao rico e fecundo território escolar é uma deliberação profícua de produção

de saúde. Neste sentido o MEC e o MS estabeleceram o Programa Saúde na Escola (PSE), instituído por decreto presidencial¹², incorporando a deliberação de uma política intersetorial entre o MEC e o MS, na perspectiva de ações de atenção integral à saúde de estudantes da educação básica pública brasileira (educação infantil, ensino fundamental e médio, educação profissional e tecnológica e educação de jovens e adultos), no espaço das escolas e/ou unidades básicas de saúde (UBS) do Sistema Único de Saúde (SUS), realizadas pelas equipes de Saúde da Família (ESF), fundamentais para que o programa seja implementado^{12,13}.

As ações do PSE são desenvolvidas nos territórios definidos segundo a área de abrangência das ESF, possibilitando a criação de vínculos entre os equipamentos públicos da saúde e da educação¹⁴. Tanto a PNPS⁶ quanto a PNAB¹¹ enaltecem o território como espaço fundamental para o desenvolvimento das ações de saúde.

Outro elemento pertinente ao alcance dos objetivos do PSE é a Educação Integral, que abrange: proteção, atenção e pleno desenvolvimento da comunidade escolar. Define-se como⁴:

[...] ação estratégica para garantir proteção e desenvolvimento integral às crianças e aos adolescentes [...] marcada por intensas transformações: no acesso e na produção de conhecimentos, nas relações sociais entre diferentes gerações e culturas, nas formas de comunicação, na maior exposição aos efeitos das mudanças em nível local, regional e internacional.

Desta forma, as ações inovadoras de saúde na educação deverão, progressivamente, fazer parte do Projeto Político Pedagógico (PPP) da escola¹⁵, como um novo desenho da política de educação em saúde no Brasil¹³.

Ações Intersetoriais

As ações que envolvem distintos setores devem prever a integração de saberes e experiências, sem intervenções meramente setoriais. Assim, os atores organizacionais e os grupos populacionais são percebidos como sujeitos com habilidade na percepção de seus problemas e de soluções que se adéquam à sua realidade social^{16, 5}.

Desta forma, as ações intersetoriais desenvolvem-se por um processo diferenciado, planejado e programado, com compartilhamento de poder e de articulação de interesses, saberes e práticas das instituições envolvidas^{17,18}. Segundo Magalhães e Bodstein¹⁹, as dificuldades centrais para a implementação destas ações surgem à medida que parte significativa dos representantes setoriais traz para os diferentes espaços de negociação uma agenda definida. A intersetorialidade constitui-se, então, em uma prática integradora de ações de distintos setores que se articulam, complementam e interagem para uma aproximação mais intrincada dos problemas e seu enfrentamento^{20,21}.

Os gestores podem ser considerados atores fundamentais para se coordenar ações intersetoriais, visto que no nível local é possível unir os atores sociais em torno de problemas de sua realidade e buscar soluções próprias²². Porém, para Junqueira¹⁸, esse modo de entender a integração das políticas sociais ainda não representa a prática dos gestores, pois a ação intersetorial é um processo de aprendizagem e resolução dos atores envolvidos para que a ação integrada responda aos problemas da população de um território definido saindo do limite da necessidade para o da liberdade.

A intersetorialidade como exercício de gestão possibilita a criação de espaços compartilhados de tomadas de decisões entre diversos setores que influenciam na formulação, implementação e acompanhamento de políticas públicas que exerçam impacto positivo na qualidade de vida individual e coletiva²¹.

Até a data de elaboração desta análise, além do Decreto que institui o PSE, foram publicadas oito portarias referentes ao Programa. O objetivo do presente estudo foi analisar estes documentos, sob a hipótese da equanimidade na participação dos Setores Saúde e Educação no Programa, com foco na intersetorialidade da proposta.

Metodologia

A análise do Decreto e das Portarias que instituíram o programa foi realizada utilizando-se a técnica da Análise de Conteúdo proposta por Bardin²³, associada ao programa computacional ATLAS. TI 5.2, desenvolvido para a análise de dados qualitativos. Não se destina, porém, a automatizar o processo de análise, mas sim, a simplificar o gerenciamento das informações codificadas para que o pesquisador possa interpretá-las²⁴.

As etapas da Análise de Conteúdo propostas por Bardin se ordenam em três polos cronológicos²³ explicitados a seguir.

A) A Pré-Análise

Tem por meta sistematizar e operacionalizar as ideias iniciais produzindo um plano de análise. Inicia-se com a leitura 'flutuante', representando o primeiro contato com os documentos que farão parte da análise. Esta primeira etapa conduz à escolha dos documentos a serem analisados, que representa a segunda etapa. Essa escolha pode depender dos objetivos, ou, inversamente, os objetivos só poderão ser contemplados em função dos documentos disponíveis. Neste trabalho o objetivo proposto fundamentou a escolha dos textos: o Decreto que institui o PSE e as oito Portarias, emitidas até o momento, sobre o mesmo.

A terceira etapa é a formulação das hipóteses de trabalho e objetivos. O objetivo foi analisar o Decreto e as Portarias emitidas sobre o PSE, a fim de observar a participação definida para os setores saúde e educação, já que é um Programa intersetorial.

A hipótese levantada é que, por ser o PSE um programa intersetorial entre a saúde e a educação, os diplomas normativos devem demonstrar que a participação da saúde e da educação é equânime.

Inicialmente, os textos elegidos para a análise foram convertidos do formato *Portable Document Format* para o formato *Microsoft Word*, por meio do programa *Very PDF PDF2 WORD 3.0*. Para na sequência serem agrupados no programa computacional ATLAS. TI, onde são chamados de *primary documents* (documentos primários), principiando uma *Hermeneutic Unit* (Unidade Hermenêutica) a qual foi nomeada Análise de diplomas normativos.

A quarta etapa é a referência dos índices e a elaboração de indicadores. Considera-se que o texto é uma manifestação que contém índices elencados a partir das hipóteses pré-estabelecidas. O índice pode ser a menção explícita de um tema em uma mensagem, o indicador será a frequência deste tema. No ATLAS. TI os indicadores são nominados *codes* (códigos).

A quinta etapa de Bardin envolve a preparação do material. Porém, neste trabalho esta fase foi contemplada na terceira etapa, por exigência do ATLAS. TI.

B) Exploração do material

Consiste essencialmente em examinar, investigar e analisar os documentos primários. Faz-se a codificação dos documentos primários, transformando dados brutos dos textos documentais em informação passível de análise. Para tanto, foram criados códigos para a interpretação que permitiram selecionar no conteúdo o que era relevante para a pesquisa.

A codificação compreende três estágios. O primeiro é a escolha das unidades de sentido e de contexto. No ATLAS. TI a unidade de sentido denomina-se *quotes* (citações), já as unidades de contexto são unidades de compreensão para codificar a unidade de sentido. O segundo estágio da codificação, que busca conceder um nome, código ou conceito à unidade de sentido selecionada, é o referencial teórico essencial para a codificação. Quando um conceito admite diferentes formas de expressão, sendo necessária a criação de vários códigos para contemplar sua diversidade, parte-se para a categorização.

A categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos por diferenciação que são, em seguida, reagrupados com critérios predefinidos. No ATLAS. TI as categorias são chamadas de *families* (famílias). Relata-se a seguir a criação de categorias, denominação utilizada por Bardin²³, ou famílias, termo utilizado no ATLAS. TI. Neste artigo adota-se a terminologia definida pelo ATLAS. TI. Desta forma, também os 'indicadores', termo utilizado por Bardin²³, serão tratados neste documento como 'códigos', como utilizado no ATLAS. TI.

Neste estudo alguns códigos originaram-se do referencial teórico, do objetivo proposto e da hipótese levantada. Outros emergiram durante o processo da exploração do material. A partir dos códigos foram criadas seis famílias: Decreto; Portarias; Programa Saúde na Escola (PSE); Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola (CIESE); Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI) e Recursos financeiros.

A família Decreto foi criada a partir de dezessete códigos (Ações de saúde – considerações; Ações em saúde; Competências MEC; Competências MS; Competências MS e MEC em conjunto; Data; Definição das escolas atendidas; Diretrizes PSE; ESF; Implementação PSE; Monitoramento; Objetivos PSE; Objeto; Origem; Pactuação; Planejamento ações; Recursos financeiros).

A família Portarias foi criada a partir de quatro códigos (Alteração; Interministerial; MS; Objeto).

A família PSE foi criada a partir de sete códigos (Adesão; Critério adesão dos municípios; Projeto aprovação; Projeto conteúdo; Projeto elaboração; Projeto firma; Projeto homologação).

A família CIESE foi criada a partir de dez códigos (Coordenação; Competências; Composição – Conselhos; Composição – MEC; Composição – MS; Designação; Finalidade; Não remunerada; Provimento; Outros representantes).

A família GTI foi criada a partir de cinco códigos (Competência; Composição; Estadual competência; Monitoramento; Nomeação).

A família Recursos Financeiros foi criada a partir de quatro códigos (Adesão PSE; Pagamento; Provimento; Valor).

A codificação e agrupamento em famílias correspondem à análise no campo textual. Por meio deste procedimento se realiza a segmentação e codificação dos textos, com redução dos dados em fragmentos expressivos. Após esta etapa, partiu-se para a análise no campo conceitual, em que foram analisados os fragmentos expressivos selecionados e seus significados. O ATLAS.TI possibilitou o estabelecimento de relações entre estes fragmentos, bem como a criação de representações gráficas dos componentes e suas relações, resultados também evidenciados por Justicia²⁴ ao utilizar o programa computacional na análise de dados qualitativos.

C) Tratamento dos Resultados, inferência e interpretação

Os resultados dos dados brutos foram tratados de modo a se tornarem significativos e válidos. Os analistas, dispoindo de resultados significativos, passaram a propor inferências, procedimento que consente a passagem da descrição à interpretação.

O ATLAS. TI vinculou citações e códigos permitindo aos analistas a visualização da relação lógica estabelecida. Os elementos relacionados foram conectados graficamente em redes.

RESULTADOS

Designações do Decreto

O Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, tem como objeto instituir o Programa Saúde na Escola, e dar outras providências¹².

É constituído por nove artigos que abordam as bases do PSE. O artigo 1º institui, no âmbito do MS e do MEC, o PSE e prescreve sobre sua finalidade. O artigo 2º atribui os objetivos do Programa. O artigo 3º afirma que o PSE constitui estratégia para a integração e a articulação permanente entre as políticas e as ações de educação e de saúde, com a participação da comunidade escolar, envolvendo as ESF e da educação básica; este ainda especifica as diretrizes e o planejamento das ações do Programa. No artigo 4º encontram-se explicitadas as ações em saúde previstas no âmbito do PSE. O artigo 5º mostra as competências do MS e do MEC para a execução do PSE. O artigo 6º aborda o monitoramento e a avaliação do Programa. O artigo 7º estabelece as dotações orçamentárias. O artigo 8º aponta o prazo com que o MS e o MEC coordenarão a pactuação das ações com Estados, Distrito Federal e Municípios. No artigo 9º encontram-se a data da publicação do Decreto e as assinaturas do presidente da República, do Ministro da Educação e do Ministro da Saúde.

O PSE foi instituído a fim de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde. O Programa tem como objetivos¹²: promover a saúde e a cultura da paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde, bem como fortalecer a relação entre as redes públicas de saúde e de educação; articular as ações do SUS às ações das redes de educação básica pública, para ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis; contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos; para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos; fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar; a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes; e fortalecer a participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde, nos três níveis de governo.

O Decreto estabelece as diretrizes para implementação do Programa¹²: descentralização e respeito à autonomia federativa; integração e articulação das redes públicas de ensino e de saúde; territorialidade; interdisciplinaridade e intersetorialidade; integralidade; cuidado ao longo do tempo; controle social; e monitoramento e avaliação permanentes.

O PSE deverá ser implementado por meio de adesão dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios contemplando os objetivos e as diretrizes do programa, formalizada por um termo de compromisso. Deverão ser considerados para o planejamento do PSE¹ o contexto escolar e social; o diagnóstico local em saúde do escolar; e a capacidade operativa em saúde do escolar.

As ações em saúde previstas no PSE deverão ser direcionadas para a atenção, promoção, prevenção e assistência, e se desenvolverão articuladamente com a rede de educação pública básica e conforme os princípios e diretrizes do SUS, podendo abranger¹²: avaliação clínica; avaliação nutricional; promoção da alimentação saudável; avaliação oftalmológica; avaliação da saúde e higiene bucal; avaliação auditiva; avaliação psicossocial; atualização e controle do calendário vacinal; redução da morbimortalidade por acidentes e violências; prevenção e redução do consumo do álcool; prevenção do uso de drogas; promoção da saúde sexual e reprodutiva; controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer; educação permanente em saúde; atividade física e saúde; promoção da cultura da prevenção no âmbito escolar; e inclusão das temáticas de educação em saúde no PPP das escolas.

O MS e o MEC coordenarão a pactuação com Estados, Distrito Federal e Municípios das ações em saúde previstas no âmbito do PSE.

O Decreto delibera que as ESF realizem visitas periódicas e permanentes às escolas participantes do PSE para avaliar as condições de saúde dos estudantes, bem como para fazer o atendimento à saúde ao longo do ano letivo, de acordo com as necessidades locais de saúde identificadas.

Estabelece, também, as competências do MS e do MEC para a execução do PSE, em conjunto¹²: promover, respeitadas as competências de cada Ministério, a articulação entre as Secretarias Estaduais e Municipais de Educação e o SUS; subsidiar o planejamento integrado das ações do PSE nos Municípios entre o SUS e o sistema de ensino público, na educação básica; subsidiar a formulação das propostas de formação dos profissionais de saúde e da educação básica para implementação das ações do PSE; apoiar os gestores estaduais e municipais na articulação, planejamento e implementação das ações do PSE; estabelecer, em parceria com as entidades e associações representativas dos Secretários Estaduais e Municipais de Saúde e de Educação os indicadores de avaliação do PSE; e definir as prioridades e metas de atendimento do PSE.

O Decreto determina que o provimento do material para implementação das ações do PSE compete ao MEC, em quantidade previamente estabelecida com o MS. Para a execução dos encargos no PSE, estes correrão à conta das dotações orçamentárias determinadas à sua cobertura, consignadas distintamente ao MS e ao MEC, de acordo com as despesas de cada qual. O Decreto não determina competências específicas do MS.

Em relação às escolas a serem inseridas no PSE, estas serão definidas pelos Secretários Estaduais e Municipais de Educação e de Saúde, observadas as prioridades e metas de atendimento do Programa.

Os Ministros de Estado, da Saúde e da Educação constituirão uma comissão interministerial para a realização do monitoramento e avaliação do PSE.

Designações das Portarias

Das oito Portarias relativas ao PSE, cinco foram emitidas pelo MS e se referem aos recursos financeiros do PSE. Três foram interministeriais (MS e MEC), destas, duas foram emitidas pelo MEC (se referem à CIESE) e uma pelo MS (referente aos critérios para adesão ao PSE para o ano de 2010). Duas portarias emitidas pelo MS foram alteradas. As alterações versam sobre:

- a) data do pagamento dos recursos financeiros²⁷;
- b) prazo para o envio do Termo de Adesão e do Projeto do PSE Municipal²⁹.

As Portarias, seus objetos e órgãos emissores estão listados no Quadro 1.

Quadro 1. Portarias relativas ao PSE

PORTARIA	OBJETO	ÓRGÃO EMISSOR
Portaria interministerial nº 675, de 4 de junho de 2008.	Institui a Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola.	Ministério da Educação.
Portaria 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.	Ministério da Saúde.

<p>Portaria interministerial nº 1.399, de 14 de novembro de 2008.</p>	<p>Art. 1º - Designar os membros para compor a Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola – CIESE instituída pela Portaria nº 675, de 4 de junho de 2008.</p> <p>Art. 2º - Estabelecer como Coordenador Titular da Comissão o membro Titular da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde e como suplente o membro Titular da Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade do Ministério da Educação.</p>	<p>Ministério da Educação.</p>
<p>Portaria nº 2.931, de 4 de dezembro de 2008.</p>	<p>Altera a Portaria nº 1.861/GM, de 4 de setembro de 2008, que estabelece recursos financeiros pela adesão ao Programa Saúde na Escola – PSE e credencia Municípios para o recebimento desses recursos.</p>	<p>Ministério da Saúde.</p>
<p>Portaria nº 3.146, de 17 de dezembro de 2009.</p>	<p>Estabelece recursos financeiros para Municípios com equipes de Saúde da Família que aderirem ao Programa Saúde na Escola – PSE.</p>	<p>Ministério da Saúde.</p>
<p>Portaria nº 790, de 12 de abril de 2010.</p>	<p>Altera a Portaria nº 3.146/GM, de 17 de dezembro de 2009, que estabelece recursos financeiros pela adesão ao Programa Saúde na Escola</p>	<p>Ministério da Saúde.</p>

	(PSE).	
Portaria nº 1.537, de 15 de junho de 2010.	Credencia Municípios para o recebimento de recursos financeiros pela adesão ao Programa Saúde na Escola – PSE, conforme a Portaria nº 3.146/GM, de 17 de dezembro de 2009.	Ministério da Saúde.
Portaria interministerial nº 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.	Ministério da Saúde.

Programa Saúde na Escola

Os critérios de adesão apresentam-se em Portarias do MS¹⁵ e Interministerial³¹:

- I – Municípios com Índice de Desenvolvimento da Educação Básica - IDEB, no ano de 2005, menor ou igual a 2,69 nos anos iniciais do ensino fundamental e que tenham 100% de cobertura das ESF.
- II - Até 20 Municípios em cada estado considerando: a) os menores IDEB nos anos iniciais do ensino fundamental, abaixo da média nacional no ano de 2005; e, b) que tenham 100% de cobertura das ESF.
- III - Municípios que possuam, em seu território, escolas participantes do Programa Mais Educação.
- IV - Municípios com IDEB no ano de 2009, menor ou igual a 4,5 e que tenham 70% ou mais de cobertura das ESF, com base na competência financeira de junho de 2010.

V - Municípios que possuem escolas participantes do Programa Mais Educação de acordo com o número de ESF implantada no território.

De acordo com a Portaria nº 1.861, de 4 de setembro de 2008¹⁵, para a adesão ao Programa os municípios devem enviar ao MS uma Manifestação de Interesse de Adesão ao PSE (articulada pelos Secretários Municipais de Educação e de Saúde^{15,31}) por meio de ofício e por meio eletrônico, para o Departamento de Atenção Básica, Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício Sede, sala 655, Distrito Federal, CEP: 70.058-900; dab@saude.gov.br.

Conforme a Portaria Interministerial nº 3.696, de 25 de novembro de 2010³¹, para adesão ao PSE os municípios necessitam registrar sua Manifestação de Interesse por intermédio do endereço eletrônico:

http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=5173.

Quanto à elaboração do Projeto do PSE Municipal, é de responsabilidade do GTI, sendo que deve contemplar conteúdos explicitados em duas portarias apresentadas no Quadro 2, já que não consta que uma revoga a outra.

Quadro 2. Portarias relativas à elaboração do Projeto do PSE Municipal

Portaria	Conteúdo
Portaria nº 3.146, de 17 de dezembro de 2009 ²⁸	a) diagnóstico situacional que compreenda questões referentes aos determinantes sociais, ao cenário epidemiológico e às modalidades de ensino das escolas que estão no espectro de atuação das ESF que atuarão no PSE; b) mapeamento da rede SUS de AB/SF e da rede de escolas federais, estaduais e municipais, criando espaços comuns, os territórios de responsabilidade; c) atribuições das ESF e das escolas em cada um dos territórios de responsabilidade, quantificando o número de escolas, de alunos de cada escola e as questões prioritárias do perfil desses alunos, bem como definindo responsáveis das áreas de saúde e educação pelo seguimento do projeto dentro de cada território; d) identificação de cada instituição de ensino atendida

	<p>pelo PSE com definição do professor responsável pela articulação das ações de prevenção e promoção da saúde na escola;</p> <p>e) programação das atividades do PSE que deverão ser incluídas no PPP de cada uma das escolas.</p>
<p>Portaria Interministerial nº 3.696, de 25 de novembro de 2010³¹</p>	<p>a) diagnóstico situacional que compreenda questões referentes aos determinantes sociais, ao cenário epidemiológico da população na faixa etária de 5 a 19 anos e às modalidades de ensino das escolas que estão no espectro de atuação das ESF que atuarão no PSE;</p> <p>b) mapeamento da rede do SUS na Estratégia Saúde da Família (cobertura, número de equipes, número de agentes comunitários de saúde etc.) e da rede de escolas federais, estaduais e municipais, criando territórios de responsabilidade, ou seja, estabelecendo espaços comuns para atuação de escolas e equipes de saúde;</p> <p>c) identificação de cada instituição integrante do PSE, quantificação do número de escolas, de alunos de cada escola e as questões prioritárias do perfil desses estudantes, bem como definindo responsáveis das áreas de saúde e educação pelo acompanhamento do projeto dentro de cada território de responsabilidade, e do professor responsável pela articulação das ações de prevenção e promoção da saúde na escola;</p> <p>d) atribuições conjuntas das ESF e das escolas;</p> <p>e) programação das atividades do PSE que deverão ser incluídas no PPP de cada uma das escolas;</p> <p>f) proposta de funcionamento do GTI periodicidade de reuniões, integrantes e outros;</p> <p>g) Plano de Ação Local contendo o cronograma das ações do Projeto em que constem as diferentes fases</p>

	de implantação e implementação, o prazo e os responsáveis.
--	--

Para a aprovação do Projeto do PSE, que é o mesmo referido como Projeto do PSE Municipal na portaria nº 3.146, de 17 de dezembro de 2009²⁸, a Secretaria Municipal de Saúde deve apresentá-lo ao Conselho Municipal de Saúde e a Secretaria Municipal de Educação deve apresentá-lo ao Conselho Municipal de Educação, quando houver.

Os secretários municipais de educação e de saúde devem firmar o Termo de Adesão e encaminhar, juntamente com o Projeto do PSE, aos Colegiados Gestores Regionais, onde houver, e à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) de seu estado para homologação¹⁵.

A CIB deve homologar o Projeto do PSE e enviar confirmação da adesão no endereço eletrônico: pse@saude.gov.br, juntamente com a ata da reunião de homologação e com a relação de Municípios que tiveram seus Termos de Adesão e Projetos Municipais homologados³¹.

Segundo a Portaria nº 1.861, de 4 de setembro de 2008¹⁵, o GTI, após homologação da CIB, deve enviar o projeto para endereço eletrônico do programa PSE, disponível em: www.saude.gov.br/dab, do MS. Já na Portaria nº 3.696, de 25 de novembro de 2010³¹ o município que tiver seu projeto homologado deve encaminhar ao MS, através do endereço: http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=5349. A versão impressa do projeto e termos de adesão devem ficar nas Secretarias de Saúde e Educação Municipais.

Comissão Intersectorial de Educação e Saúde na Escola

A CIESE^{25,26} é instituída por Portaria Interministerial do MS e do MEC. Os membros e suplentes são indicados pelas instituições identificadas em portaria e designados em ato conjunto do MS e MEC.

A Comissão é composta de um representante de cada uma das seguintes unidades de órgãos públicos e de entidades vinculadas e do setor privado²⁵:

a) MS representado por cinco secretarias (Executiva; de Atenção à Saúde; de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde; de Gestão Estratégica e Participativa, e, de Vigilância em Saúde);

b) MEC representado por quatro secretarias (de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade; de Educação Básica; de Educação Especial; Executiva), e, pelo Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação;

c) Conselhos (Conselho Nacional de Secretários da Saúde; Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde; Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Educação);

d) União Nacional de Dirigentes Municipais de Educação.

A Comissão poderá convidar representantes de órgãos, entidades ou pessoas do setor público e privado para análise de assuntos específicos, sempre que entenda necessária a sua contribuição²⁵.

A coordenação da CIESE tem como titular o representante da Secretaria de Atenção à Saúde, do MS, e, como suplente o representante da Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade, do MEC, designados em ato conjunto dos Ministros da Educação e da Saúde²⁵.

A participação dos representantes da Comissão é considerada de relevante interesse público e não será remunerada²⁵.

A finalidade da CIESE é estabelecer diretrizes da política de educação e saúde na escola, em conformidade com as políticas nacionais de educação e com os objetivos, princípios e diretrizes do SUS e associa-se com suas competências²⁵: propor diretrizes para a política nacional de saúde na escola; apresentar referenciais conceituais de saúde para a formação inicial e continuada dos profissionais de educação na educação básica; apresentar referenciais conceituais de educação para a formação inicial e continuada dos profissionais da saúde; propor estratégias de integração e articulação entre as áreas de saúde e de educação nas três esferas do governo; e acompanhar a execução do PSE, especialmente na apreciação do material pedagógico elaborado no âmbito do Programa.

O apoio administrativo e os meios necessários à execução dos trabalhos da Comissão serão providos pelo MS e MEC.

O Grupo de Trabalho Intersetorial

Os gestores municipais nomeiam o GTI, que deve ser composto por representantes das Secretarias de Saúde e Educação do Município²⁸, além de representantes de outros órgãos/instituições³¹.

Nos territórios onde situarem-se escolas estaduais que desenvolvam o ensino fundamental, bem como que possuam escolas estaduais que integrem o Programa Mais Educação, representantes da Secretaria Estadual da Educação deverão compor o GTI^{15,28}.

As competências do GTI são: elaborar o projeto do PSE¹⁵ e elaborar o termo de adesão ao PSE^{15,28}. Também, articular e apoiar a implementação das ações do Programa no território de responsabilidade e identificar em campo específico, no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), as ESF que atuarão no PSE³¹. A Portaria nº 3.696, de 25 de novembro de 2010³¹ traz a figura do GTI estadual que tem como atividade acompanhar o processo de atualização mensal do SCNES, sob a responsabilidade do município.

Para o monitoramento do PSE o Sistema Integrado de Monitoramento do MEC (SIMEC) é uma das ferramentas de gestão do Programa, sendo composto por três cadastros: Cadastro Secretaria, Cadastro Escola e Unidade Local Integrada (ULI). Cabe ao GTI a alimentação do Cadastro Secretaria e acompanhar e monitorar o preenchimento e a atualização dos Cadastros Escola e ULI, no endereço eletrônico <http://simec.mec.gov.br/>; e os Diretores das Escolas, com o apoio das ESF, devem monitorar as ações do PSE por meio do preenchimento dos Cadastros Escola e ULI³¹.

Recursos Financeiros

Os recursos financeiros referentes à adesão ao PSE se destinam à implantação do conjunto de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, realizadas pelas ESF de forma articulada com a rede de educação pública básica e em conformidade aos princípios e diretrizes do SUS¹⁵. Tais recursos serão transferidos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Municípios e do Distrito Federal¹⁵. Eles devem fazer parte do Componente Variável do Bloco de Financiamento da Atenção Básica²⁸. Seu valor corresponde a uma parcela extra do incentivo mensal às ESF que atuam nesse Programa^{15,28}. Serão pagos a partir da adesão do município ao Programa, em parcela única, com base no número de ESF cadastradas no SCNES²⁸.

Discussão

Os objetivos do Programa concentram-se no fortalecimento da relação entre as redes de saúde e educação e motivam a comunicação entre elas, articulando as ações do SUS, de acordo com os seus princípios e diretrizes, com as ações das

redes de educação básica do ensino público brasileiro. Os objetivos ainda corroboram para a participação comunitária nas políticas de educação básica e de saúde, contribuindo para a formação integral dos estudantes. A PNPS⁶ afirma a necessidade de se estabelecer redes de compromissos e corresponsabilidade visando à redução de vulnerabilidades. As diretrizes do PSE trazem a intersetorialidade, integração e articulação das redes públicas de educação e de saúde, integralidade, monitoramento e avaliação permanentes das ações. Junqueira¹⁸ diz que a intersetorialidade como uma estratégia de intervenção na realidade social requer articulação de instituições e pessoas, a fim de integrar saberes e experiências estabelecendo um conjunto de relações, constituindo uma rede.

Em relação à adesão ao PSE, é formalizada pelo MS, com os critérios de adesão ao Programa que prioriza escolas mais vulneráveis, considerando o IDEB e a cobertura das ESF, bem como a participação no Programa Mais Educação. A seleção das escolas deve ser definida pelos Secretários Estaduais e Municipais de Educação e de Saúde.

A Ilustração 1 demonstra a relação estrutural da CIESE. A participação de outros representantes, os que não designados pelo MS e MEC, depende do convite da Comissão. Os recursos necessários para a execução dos trabalhos da CIESE devem vir do MS e MEC. A coordenação está a cargo de um representante do MS e a suplência de um representante do MEC. As portarias não fazem menção de alternância na coordenação da CIESE. Em se tratando de uma Comissão Intersetorial seria legítimo que se estabelecessem prazos para alternância da coordenação e suplência entre o MS e MEC.

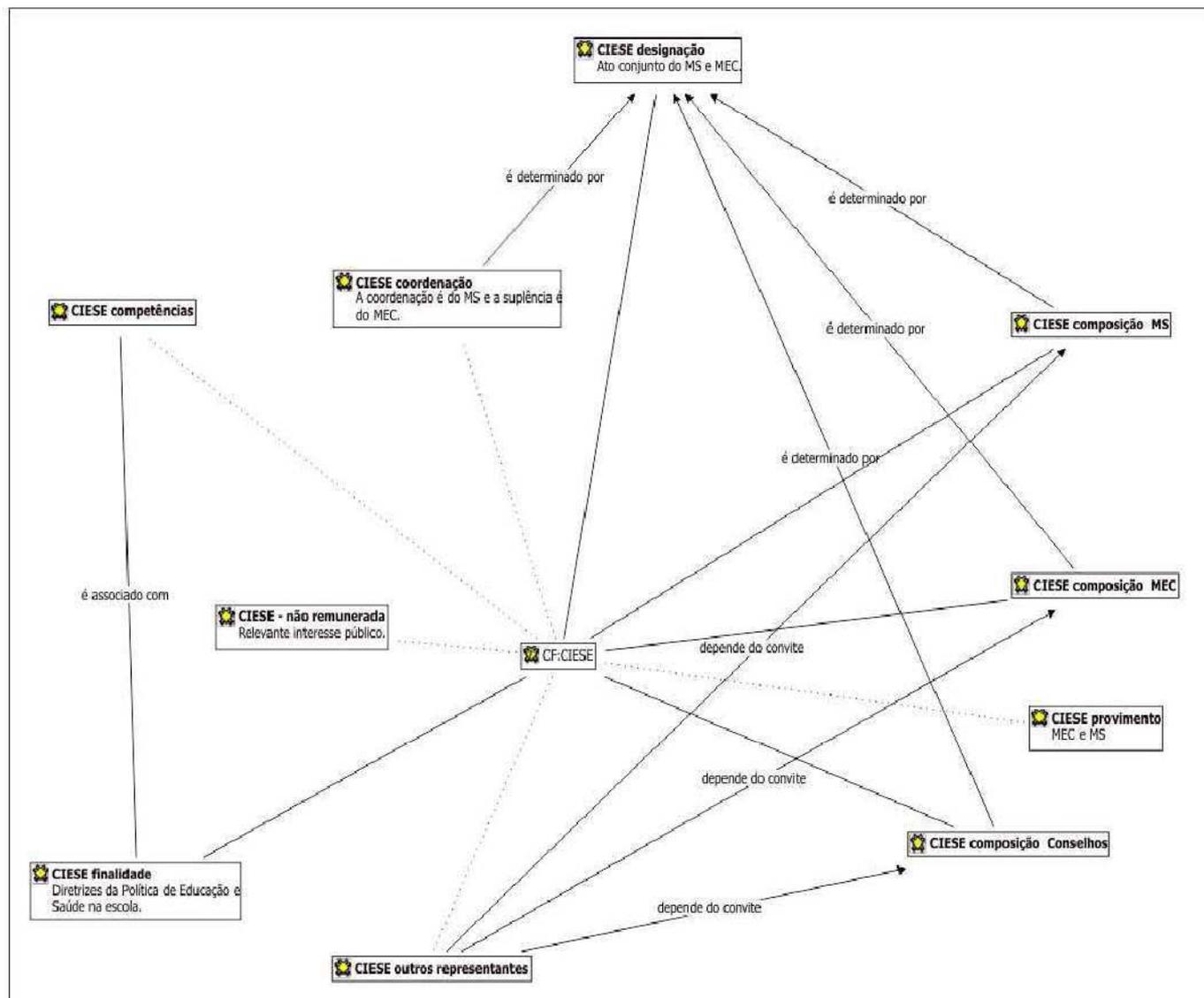


Ilustração 1: Teia resultante da análise de códigos que compõem a família CIESE

Em referência ao GTI, este é nomeado pelos gestores municipais. Mendes *et al*²² relatam que os gestores têm papel central na efetivação das ações intersetoriais por meio da reorientação do desenho institucional, reforçando a comunicação entre dirigentes, profissionais e população. Para tanto, é essencial o delineamento de aprendizagem e inovação que dinamize a capacidade de adaptação às mudanças progressivamente. A implementação de políticas sociais com essa abordagem pressupõe a superação de políticas fragmentadas. As competências do GTI presumem esta superação.

Compete ao GTI elaborar o Termo de Adesão ao PSE, identificar as ESF que atuam no PSE, participar do monitoramento do Programa, além de elaborar o Projeto do PSE que traz à tona questões sobre criação de territórios de responsabilidade entre a saúde e a educação e suas prioridades. Ultimamente vem ocorrendo um impulsionamento na geração de informação e na construção de ferramentas de geoprocessamento, as quais constituem relevante tecnologia a favor do planejamento das políticas públicas pela leitura de informações contextualizadas⁴, contribuindo para o diagnóstico territorial.

O GTI também define os responsáveis das áreas da saúde e da educação pelo seguimento do projeto dentro de cada território e demarca as atividades do PSE que deverão ser incluídas no PPP das escolas, entre outras. Moll³² menciona que o MEC, por meio do Plano de Desenvolvimento da Educação, adapta os objetivos educacionais com a oferta de políticas públicas. Para tanto, orienta-se por ações intersetoriais que articulam políticas públicas com os PPP das escolas radicadas nos territórios.

Ao introduzir a temática da saúde em seu PPP, o espaço escolar passa a promover ações educativas em saúde que conduzam à reflexão sobre o que é ter uma vida saudável. Esta reflexão, a partir da realidade, proporcionará a percepção que não é possível falar de saúde sem pensar nas condições de moradia, trabalho, educação, alimentação, acesso aos serviços de saúde, lazer, na forma como as pessoas interagem com a natureza e o meio ambiente, relacionando-se entre si, na força organizacional das comunidades e nas suas decisões políticas³.

A Ilustração 2 exemplifica a conformação do GTI, trazendo o GTI estadual e a função de monitoramento do PSE, com um delineamento que permite articular estruturalmente o PSE conforme suas exigências.

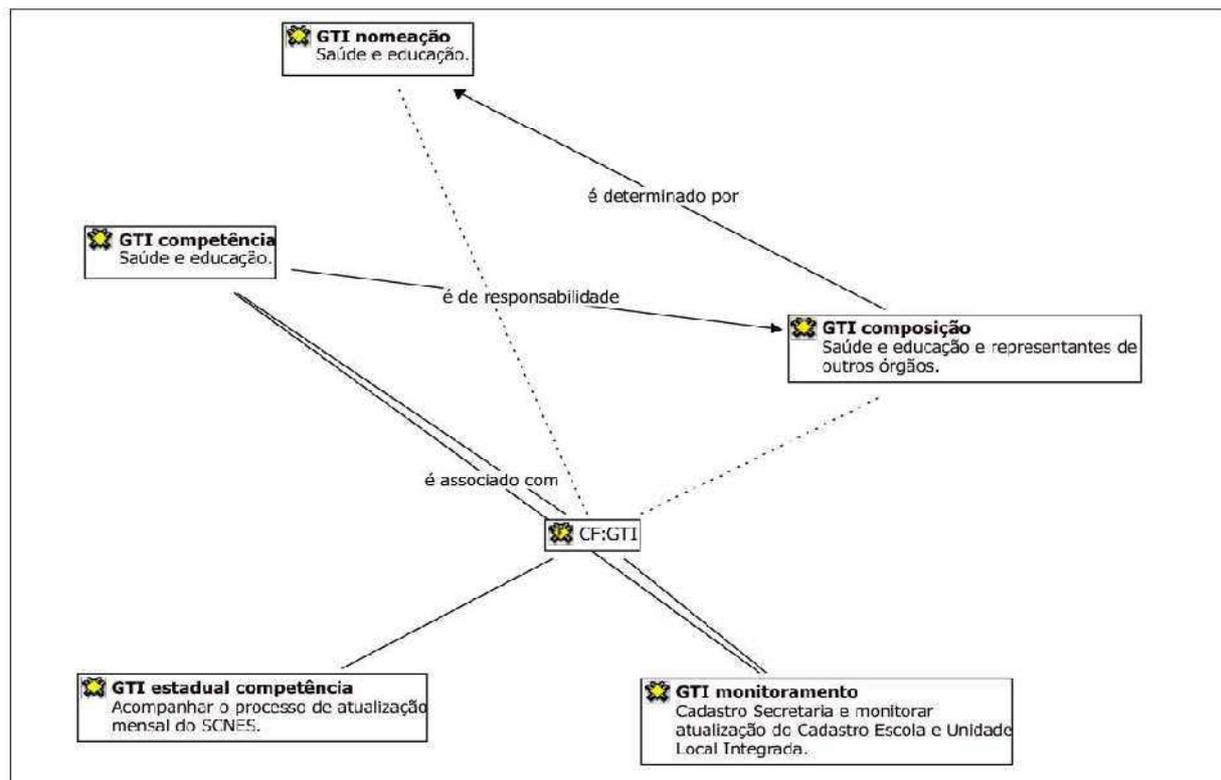


Ilustração 2: Teia resultante da análise de códigos que compõem a família GTI

Em referência aos recursos financeiros, a Ilustração 3 revela que a adesão e o provimento do PSE correm por conta do MS, que realiza os pagamentos e define o valor. Os recursos são transferidos do FNS aos Fundos de Saúde dos Municípios e do Distrito Federal¹⁵ e devem fazer parte do Componente Variável do Bloco de Financiamento da Atenção Básica²⁶. Sendo um programa intersetorial pode ser conflitante que as portarias sobre os recursos financeiros sejam emitidas apenas pelo MS, mais ainda, que somente este financie a adesão e provimento ao PSE, pois, segundo as portarias, o MEC não participa com recursos financeiros para estes fins, e sim para o fornecimento do material para implementação das ações do Programa, porém, nem o decreto tampouco as portarias explicitam esses materiais.

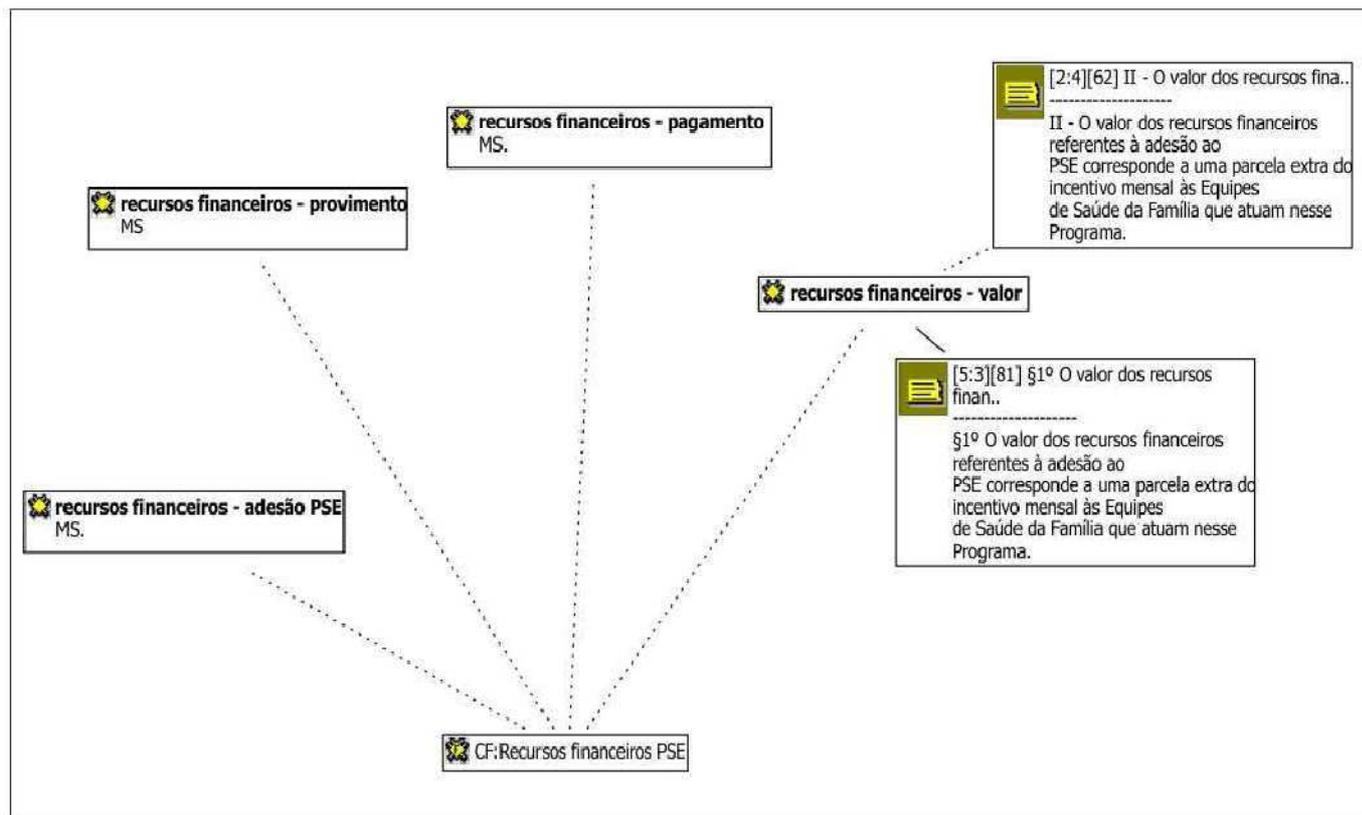


Ilustração 3: Códigos que compõem a família Recursos Financeiros

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em relação ao objetivo do trabalho e à hipótese levantada: os diplomas normativos do PSE apontam parceria da educação e da saúde no que diz respeito à maior parte da estruturação do Programa. Explicitam-se, também, contradições como a coordenação da CIESE, o financiamento das ações do Programa e a centralização no processo de adesão dos municípios, todos protagonizados pelo MS. Conclui-se, portanto, que os diplomas normativos publicados até o momento demonstram que a participação da saúde e da educação no Programa Saúde na Escola não é equânime.

REFERÊNCIAS

- 1 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola**. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 96 p. il. (Série B. Textos Básicos de Saúde, Cadernos de Atenção Básica; n. 24).
- 2 Brasil. Ministério da Saúde. Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 1986. [acessado 2009 jul 9]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf
- 3 Brasil. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A educação que produz saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. 16p. il. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).
- 4 Brasil. **Programa Mais Educação: gestão intersetorial no território**. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade; 2009. 104p. il. (Série Mais Educação)
- 5 Bydlowski CR, Westphal MF, Pereira IMTB. Promoção da saúde. Porque sim e porque ainda não! **Saúde Soc**. 2004;13(1):14-24.
- 6 Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 60p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- 7 Campos GW, Barros RB, Castro, AM. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. **Cien Saude Colet** 2004; 9(3):745-749.
- 8 Cochabamba, Bolívia: UNESCO; 2001. Declaração de Cochabamba. **Educação para todos: cumprindo nossos compromissos coletivos**.
- 9 Brasil. Portaria Interministerial nº 749 de 13 de maio de 2005. Constitui a Câmara Intersetorial para a elaboração de diretrizes com a finalidade de subsidiar a Política

Nacional de Educação em Saúde na Escola. *Diário Oficial da União* 2005; 18 maio. p. 38. n. 94: Seção 1.

10 Costa AM, Pontes ACR, Rocha DG. Intersetorialidade na produção e promoção da saúde. In: Castro A, Malo M. *SUS: ressignificando a promoção da saúde*. São Paulo: Hucitec: OPAS; 2006. p. 97-115.

11 Brasil. Ministério da Saúde. *Política nacional de atenção básica*. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Série E. Legislação de Saúde. Série Pactos pela Saúde; v. 4).

12 Brasil. Presidência da República. Poder Executivo. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF 2007; 5 dez. p. 2.

13 Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. *Orientações sobre o Programa Saúde na Escola para a elaboração dos projetos locais*. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

14 Brasil. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade. Programas e ações. [Internet]. 2010. [acessado 2010 mar 17]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=14578%3APrograma-saude-nas-escolas&catid=194%3Asecad-educacao-continuada&Itemid=817

15 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 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* 2008; 24 set. p.39. n. 185: Seção 1.

16 Junqueira LP. Intersetorialidade, transitoriedade e redes sociais na saúde. *Rev. Adm. Pública*. Rio de Janeiro 2000; 34(6):35-45.

17 Teixeira CF, Paim JS. Planejamento e programação de ações intersetoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida. *Rev. Adm. Pública*. Rio de Janeiro 2000; 34(6):63-80.

18 Junqueira LP. A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. *Saúde Soc*. 2004; 13(1):25-36.

19 Magalhães R, Bodstein R. Avaliação de iniciativas e programas intersetoriais em saúde: desafios e aprendizados. *Cien Saude Colet* 2009; 14(3):861-868.

20 Wimmer GF, Figueiredo GO. Ação coletiva para qualidade de vida: autonomia, transdisciplinaridade e intersetorialidade. *Cien Saude Colet* 2006; 11(1):145-154.

21 Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. *O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios*. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009. 480p. il color + 1 CD-ROM (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

22 Mendes R, Bógus CM, Akerman M. Agendas urbanas intersetoriais em quatro cidades de São Paulo. *Saude Soc*. 2004; 13(1):47-55.

23 Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2009.

24 Justicia JM. *Análisis cualitativo de datos textuales con ATLAS.ti 5*. España: Universitat Autònoma de Barcelona; 2005.

25 Brasil. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 675, de 4 de junho de 2008. Institui a Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola. *Diário Oficial da União* 2008; 27 ago. p. 14. n. 165: Seção 1.

26 Brasil. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 1.399, de 14 de novembro de 2008. Designa os membros para compor a Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola - CIESE instituída pela Portaria nº 675, de 4 de junho de 2008. Estabelece como Coordenador Titular da Comissão o membro Titular da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde e como suplente o membro

Titular da Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade do Ministério da Educação. **Diário Oficial da União** 2008; 17 nov. p.10. n. 223: Seção 2.

27 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.931, de 4 de dezembro de 2008. Altera a Portaria nº 1.861/GM, de 4 de setembro de 2008, que estabelece recursos financeiros pela adesão ao Programa Saúde na Escola - PSE e credencia Municípios para o recebimento desses recursos. **Diário Oficial da União** 2008; 5 dez. p.46. n. 237: Seção 1.

28 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 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** 2010; 25 fev. p.32. n. 37: Seção 1.

29 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 790, de 12 de abril de 2010. Altera a Portaria nº 3.146/GM, de 17 de dezembro de 2009, que estabelece recursos financeiros pela adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE). **Diário Oficial da União** 2010; 13 abr. p.35. n. 69: Seção 1.

30 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n 1.537, de 15 de junho de 2010. Credencia Municípios para o recebimento de recursos financeiros pela adesão ao Programa Saúde na Escola - PSE, conforme a Portaria nº 3.146/GM, de 17 de dezembro de 2009. **Diário Oficial da União** 2010; 16 jun. p.83. n.113: Seção 1.

31 Brasil. Portaria Interministerial nº 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** 2010; 26 nov. p. 64. n. 226: Seção 1.

32 Moll J. [Entrevista]. **Rev. Bras. Saúde Fam**, Brasília: Ministério da Saúde; 2008. n.20: p. 8-9.

5 Artigo 3

O artigo será submetido ao Periódico 'Revista Panamericana de Saúde Pública'.

A visão de gestores sobre a intersetorialidade no Programa Saúde na Escola no Brasil

RESUMO

O estudo teve como objetivo analisar a visão de gestores da coordenação nacional do Programa Saúde na Escola (PSE), do Ministério da Educação (MEC) e do Ministério da Saúde (MS) brasileiros, sobre a intersetorialidade no Programa. Utilizou-se abordagem qualitativa. A amostra foi intencional, constituída por um coordenador de cada Ministério. Para a coleta de informações aplicou-se um questionário eletrônico. As questões fechadas foram submetidas à análise descritiva. Para análise das questões abertas utilizou-se a técnica da Análise de Conteúdo, associada ao programa computacional ATLAS.ti®. O estudo explicitou o conhecimento conceitual e técnico destes gestores sobre a intersetorialidade no Programa. Demonstrou dificuldades de comunicação entre as redes de ensino municipais e estaduais, fato que deve servir de reflexão para o planejamento de estratégias para as possíveis soluções. Sugere-se o nivelamento conceitual entre os profissionais da saúde e educação municipais/estaduais/Distrito Federal para a qualificação das ações e aproximação dos mesmos.

Palavras-chave: Promoção da Saúde; Saúde Escolar; Ação Intersetorial; Avaliação em Saúde.

INTRODUÇÃO

O Brasil assumiu um novo modelo de política em saúde escolar ao instituir em 2007¹ o Programa Saúde na Escola (PSE). O Programa se expressa como deliberação de uma política intersetorial entre o Ministério da Educação (MEC) e o Ministério da Saúde (MS) e os entes federados nos três níveis de governo, no propósito de oferecer atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e jovens da educação básica pública brasileira representada pela educação infantil, ensino fundamental e médio, educação profissional e tecnológica e educação de jovens e adultos².

Esta atenção deve compreender ações de prevenção, promoção e atenção à saúde no espaço de ação das escolas e/ou unidades básicas de saúde (UBS) do Sistema Único de Saúde (SUS), realizadas pelas equipes de Saúde da Família (ESF), consideradas essenciais para que o programa seja implementado^{1,2}.

No âmbito nacional, os Ministros de Estado da Saúde e da Educação constituíram em ato conjunto, por meio de Portaria Interministerial, a Comissão

Intersetorial de Educação e Saúde na Escola (CIESE) designada para o estabelecimento de diretrizes da política de educação e saúde na escola³.

Nas esferas municipal/estadual/Distrito Federal é nomeado o Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI), composto por representantes das Secretarias de Saúde e Educação do município⁴, além de representantes de outros órgãos/instituições⁵. O GTI tem por responsabilidade, entre outras, elaborar o projeto do PSE municipal⁶ bem como, o termo de adesão ao PSE^{4,6}.

O PSE tem como objetivo colaborar para a formação integral dos estudantes por meio das referidas ações, visando o enfrentamento das vulnerabilidades que põem em risco o pleno desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino brasileiro⁷. De acordo com as diretrizes do Programa, as novas ações de saúde na educação deverão, gradualmente, ser incorporadas ao Projeto Político Pedagógico (PPP) da escola⁶, assinalando um novo desenho da política de educação em saúde no Brasil².

Por representar uma política intersetorial entre os Setores Saúde e Educação, a intersetorialidade no PSE é considerada inovadora, portanto um desafio aos gestores. Assim, o objetivo deste estudo foi avaliar a visão de gestores nacionais do MEC e MS, responsáveis por sua implementação e garantia de princípios no contexto nacional, sobre a intersetorialidade no Programa Saúde na Escola, com base nos consensos e controvérsias explicitadas.

MÉTODOS

Esta pesquisa constitui um estudo avaliativo descritivo, com abordagem qualitativa, por meio de amostra intencional cujo critério de inclusão foi contemplar um coordenador nacional do PSE do MEC e um do MS.

A amostra intencional de acordo com Minayo⁸ e Gil⁹ fundamenta-se na seleção de um subgrupo da população (conjunto estabelecido de elementos que detém determinados atributos) que com base nas informações disponíveis possa ser considerado representativo do universo a ser estudado, reforçando o aprofundamento da compreensão de suas respostas. Gil⁹ afirma que a amostra intencional requer do pesquisador significativo conhecimento da população e do subgrupo selecionado. Minayo⁸ explica que a abordagem qualitativa não se fundamenta no critério numérico para garantir sua representatividade e sim no aprofundamento e abrangência da compreensão dos sujeitos da pesquisa.

Os pesquisadores elegeram como instrumento para a coleta de informação um questionário eletrônico enviado por *e-mail* para os respondentes. O questionário foi validado por gestores municipais do PSE e incluiu questões norteadoras, fechadas e abertas, sobre a Gestão do PSE, Ações intersetoriais, Monitoramento e Avaliação, e Sustentabilidade do PSE que compreenderam as quatro categorias preestabelecidas para a análise, possibilitando o alcance do objetivo proposto.

As questões fechadas do questionário foram analisadas descritivamente. Para análise das questões abertas foi utilizada a técnica da Análise de Conteúdo proposta por Bardin¹⁰ que se ordena em três polos cronológicos. Iniciou-se com a *Pré-Análise*, na qual foi realizada a “leitura flutuante” dos documentos a serem analisados, neste estudo representados pelas questões abertas dos questionários. Após, realizou-se a *Exploração do Material*, etapa na qual fez-se a codificação dos documentos a partir das categorias preestabelecidas e das subcategorias, o referencial teórico e o objetivo proposto foram essenciais nesta fase.

A categoria *Gestão do PSE* compreendeu as subcategorias:

- 1) Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola
- 2) Setores representados na CIESE
- 3) Coordenação da CIESE
- 4) Alternância na coordenação da CIESE
- 5) Equanimidade na tomada de decisões na CIESE
- 6) Frequência das reuniões da CIESE
- 7) Instrumentos de comunicação na CIESE
- 8) Estratégias utilizadas em situação de divergência na CIESE

A categoria *Ações Intersetoriais* incluiu as subcategorias:

- 1) Apoio técnico e político
- 2) Capacitações
- 3) Facilidades do trabalho intersetorial no PSE
- 4) Dificuldades do trabalho intersetorial no PSE
- 5) Estratégias que favorecem o envolvimento dos profissionais da saúde e da educação no PSE
- 6) Modelos de Gestão

- 7) Importante para o trabalho intersetorial entre os setores saúde e educação
- 8) Outros setores que se envolvem intersetorialmente com o PSE

A categoria *Monitoramento* abrangeu a subcategoria:

- 1) Monitoramento das ações do PSE em nível nacional

A categoria *Avaliação e sustentabilidade do PSE* incluiu as subcategorias:

- 1) Avaliação do PSE em nível nacional
- 2) Sustentabilidade do PSE

Finalizou-se com a etapa de *Tratamento dos resultados, inferência e interpretação*. Os resultados brutos foram submetidos a tratamento de modo a serem significativos. A técnica da Análise de Conteúdo foi associada ao programa computacional ATLAS.ti 5.2® que possibilitou o estabelecimento de relações e a criação de representações gráficas dos componentes resultantes dos textos das questões abertas.

Antes de iniciar a coleta de dados os pesquisadores obtiveram autorização do MEC e do MS, bem como, a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de cada respondente. Os questionários foram respondidos no período de 26 de julho a 1º de agosto de 2011.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (Parecer nº 0003889/10 e Protocolo nº 5345).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Respondentes

Os dois respondentes possuem curso de mestrado e participam da Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola.

Gestão do PSE

Os setores representados na Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola, identificados pelos respondentes, foram: Ministério da Saúde; Ministério da Educação; Conselho Nacional de Secretários de Saúde e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. O representante do MEC, além destes setores,

também identificou o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Educação e a União Nacional de Dirigentes Municipais de Educação, demonstrando um equilíbrio entre os Setores que representam a Saúde e a Educação.

A CIESE foi instituída por meio da Portaria Interministerial nº 675, de 4 de junho de 2008³. Tem como competências propor diretrizes para a política nacional de saúde na escola; apresentar referenciais conceituais de saúde necessários para a formação inicial e continuada dos profissionais de educação na esfera da educação básica; apresentar referenciais conceituais de educação necessários para a formação inicial e continuada dos profissionais da saúde; propor estratégias de integração e articulação entre as áreas de saúde e de educação nas três esferas do governo; e acompanhar a execução do PSE, especialmente na apreciação do material pedagógico elaborado no âmbito do Programa. A referida portaria indica como representantes da CIESE o Ministério da Saúde, o Ministério da Educação, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde, o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Educação e a União Nacional de Dirigentes Municipais de Educação. A Comissão poderá convidar representantes de órgãos, entidades ou pessoas do setor público e privado para questões específicas, sempre que entender necessária a sua contribuição para o alcance dos seus objetivos³.

O representante do MS também reconheceu como 'outros setores' que se envolvem intersetorialmente com o PSE a UNESCO (Organização das Nações Unidas para a Educação a Ciência e a Cultura), a UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância) e o Sindicato dos Trabalhadores da Educação. Moysés, Moysés e Krempel¹¹ observam que a implementação de políticas públicas saudáveis pressupõe uma agenda de gestão que envolva arranjos intersetoriais conectados a um conjunto de estratégias entre distintos setores sociais, governamentais, da sociedade civil, entre outros.

Em relação à coordenação da CIESE, o representante do MEC mencionou que esta é de incumbência do MS, e, o representante do MS observou que a coordenação cabe ao MS e ao MEC. Sobre haver alternância na coordenação da CIESE, o representante do MS respondeu que não há alternância e afirmou que as coordenações (MEC e MS) praticam uma gestão compartilhada. Também relatou que não vivenciou, até o momento, conflito em relação a não alternância na coordenação da CIESE. O representante do MEC respondeu que sim (há alternância) e que o

coordenador é designado em portaria em ato conjunto dos Ministros da Saúde e da Educação. Houve consenso na percepção de ambos os representantes que a tomada de decisões na CIESE é feita de forma equânime.

A coordenação da CIESE é citada em duas portarias e cabe ao MS, e a suplência compete ao MEC, sendo designadas (coordenação e suplência) em ato conjunto pelos Ministros da Saúde e da Educação^{3,12}, não havendo citação de previsão de alternância na coordenação. A despeito de oficialmente não haver alternância na coordenação, este fato parece não interferir no trabalho da referida Comissão, demonstrando um compartilhamento de responsabilidades o que foi confirmado quando ambos revelaram que há equanimidade na tomada de decisões. Esta forma de gestão compartilhada e equânime na CIESE se faz importante na medida em que esta se destina a firmar diretrizes da política de educação e saúde na escola de acordo com as políticas nacionais de educação e com os objetivos, princípios e diretrizes do SUS³. Silva e Rodrigues¹³ ressaltam que a intersetorialidade subentende a superação de hierarquias e das relações de poder entre setores, instituições e segmentos sociais.

Houve consenso dos respondentes em relação à frequência semestral das reuniões da CIESE. As ferramentas ou instrumentos de comunicação identificados como sendo utilizados entre os componentes da CIESE foram *e-mail*, atas, memoriais de reuniões e telefonemas.

As respostas sobre estratégias utilizadas em situação de divergência na CIESE demonstraram que há comunicação, corresponsabilidade e pactuação entre seus componentes, até que se chegue a um consenso. A intersetorialidade como conduta de gestão estabelece condições para a criação de espaços compartilhados de tomadas de decisões entre os distintos setores que influenciam na formulação, implementação e acompanhamento de políticas públicas que exerçam impacto positivo na qualidade populacional¹⁴. As estratégias evidenciadas pelos respondentes indicam compromisso, responsabilidade e bom senso, demonstrando que a CIESE está atuando numa proposta intersetorial.

Ações Intersectoriais

Sobre o que consideram importante para um trabalho intersectorial entre o Setor Saúde e o Setor Educação, as respostas relacionaram-se ao conhecimento, à comunicação e à gestão, como demonstra a Ilustração 1.

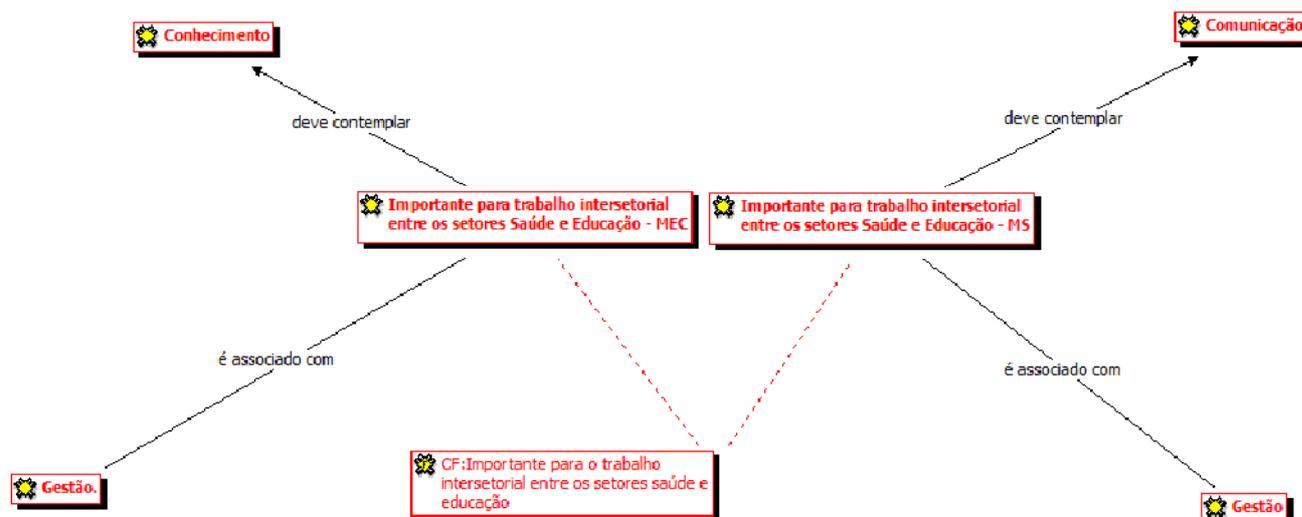


Ilustração 1: Teia resultante da análise dos indicadores que compõe o que é importante para o trabalho intersetorial entre os Setores Saúde e Educação

Foram citados temas referentes ao conhecimento e comunicação, como o balizamento técnico conceitual para um bom entendimento das questões referentes a ambos os Setores, qualificando a discussão, a negociação, a mediação e o diálogo. Também, questões relativas à gestão intersetorial, para que esta seja uma prática cotidiana. Estas respostas vão ao encontro das observações de Comerlatto *et al*¹⁵ ao inferirem que exercer a intersectorialidade ocasiona modificações nas ações e na cultura organizacional dos setores implicados, exigindo uma revisão conceitual e de formação dos profissionais envolvidos neste novo modo de agir.

Ambos concordaram que o modelo de gestão do Setor Saúde possibilita a ação intersetorial. Porém, foi observado pelo representante do MEC que:

“No entanto, é necessária uma aproximação de olhares para que a ação intersetorial possa acontecer”.

E completou:

“A definição de papéis das três esferas de governo é fundamental”.

Estas respostas expressam a necessidade de se estreitar relacionamentos entre os Setores envolvidos no PSE, bem como, de clareza no estabelecimento de atribuições dos governos Federal, Estadual e Municipal.

O representante do MS afirmou que:

“Na saúde há uma prática já incorporada na gestão de compartilhamento de saberes, experiências e tomada de decisões...”.

Esta declaração fundamenta-se na perspectiva ampliada de saúde determinada no campo do movimento pela Reforma Sanitária, do SUS e das Cartas de Promoção da Saúde, em que os profissionais devem compreender que somente o Setor Saúde não dá conta da resolução da diversidade de situações relativas ao adoecer. O comprometimento com o território de ação, a criação de vínculos entre profissionais da saúde, usuários e outros atores do território aproxima ações de corresponsabilidade, além disso, a Política Nacional de Promoção da Saúde expõe ao Setor Saúde o desafio da construção da intersetorialidade¹⁶.

Houve controvérsia entre os respondentes em relação ao modelo de gestão do Setor Educação possibilitar a ação intersetorial. O respondente do MEC assinalou que sim e reafirmou a necessidade da aproximação de olhares para ocorrer a ação intersetorial. Já, o respondente do MS indicou que não, e, mencionou a pouca articulação nas três esferas do governo, que se reflete nas escolas e numa rede de educação territorial com pouca articulação e diálogo, completando que:

“Há uma disponibilidade de ação intersetorial entre a coordenação do PSE MEC e a coordenação PSE MS”.

Silva e Rodrigues¹³ explicam que é fundamental a construção de ambientes comunicativos que concedam o estabelecimento de conceitos e objetivos comuns dando condições ao planejar participativo. Também, a intersetorialidade implica em mudança de valores, da cultura organizacional¹⁷ o que pode levar algum tempo para se ajustar ao novo modelo proposto.

Os gestores concordaram que o modelo de gestão do PSE possibilita a ação intersetorial. O representante do MS destacou que:

“... a proposta de gestão através dos Grupos de Trabalho Intersetoriais... facilita o fomento da intersetorialidade”.

Assim como revelou o desafio da intersetorialidade para os grupos nos três níveis de governo:

“A vivência desses grupos revela, porém, um conjunto de desafios para o alcance da intersetorialidade”.

Aqui, revela-se uma questão contestante, já que ao mesmo tempo em que o modelo de gestão do PSE por meio dos GTIs promove a intersetorialidade, esta não deixa de se apresentar como um desafio aos mesmos. A experiência de trabalho nos GTIs, com o passar do tempo, deve superar estes desafios para que as ações do Programa se desenvolvam.

O representante do MEC observou que:

“No âmbito da Educação as redes de ensino estaduais não dialogam com as redes de ensino municipais, ainda que no mesmo território”.

Observa-se que as questões relativas à dificuldade na comunicação no Setor Educação foram destacadas tanto pelo representante do MS, em relação ao modelo de gestão do Setor Educação, quanto pelo representante do MEC ao referir-se sobre o modelo de gestão do PSE. Este fato deve servir de reflexão aos gestores e profissionais envolvidos com o PSE, a fim de se avaliar as razões desta dificuldade e partir para o planejamento de estratégias que levem às soluções possíveis em cada contexto. Rangel¹⁸ ressalta que o vínculo entre os mecanismos de comunicação, educação e mobilização social é essencial para as práticas de promoção da saúde. Junqueira¹⁹ explica que a intersetorialidade pressupõe conceito de integração, de território, de equidade, indo ao encontro dos direitos sociais, constituindo um modo inovador de abordagem das questões sociais. Já que a tendência de cada política social é encontrar a seu modo uma solução para o enfrentamento dos problemas sem atentar para o curso de outras políticas sociais que muitas vezes estão na tentativa de resolução do mesmo problema.

Sobre a intersetorialidade na gestão dos recursos do PSE o representante do MEC concordou que há e o representante do MS concordou parcialmente. A intersetorialidade se apresenta como uma nova forma de gestão e naturalmente isto inclui a gestão dos recursos, se fazendo presente como um exercício constante aos gestores.

Em referência às facilidades do trabalho intersetorial no PSE, as respostas foram relacionadas ao funcionamento dos GTIs; ao apoio e compromisso das Secretarias Estaduais da Saúde e da Educação com os municípios; aos projetos municipais elaborados com autonomia, e ao território de responsabilidade. O que é ressaltado por Mendes *et al*²⁰ ao observarem que a municipalização e descentralização da gestão colaboram para a resolução de uma política local mais autônoma, proporcionando a geração de novas instâncias de decisão, reunindo práticas de controle social e de democratização da gestão.

Sobre as dificuldades do trabalho intersetorial no PSE, as respostas foram relacionadas à integração das gestões dos Setores Saúde e Educação, demonstrando um contrassenso, já que ao responderem sobre as facilidades do

trabalho intersetorial no PSE indicou-se o suporte das Secretarias Estaduais e Municipais da Saúde e da Educação, revelando que há dificuldade de integração entre as mesmas. Wimmer e Figueiredo²¹ explicam que a ação intersetorial resulta em uma integração de ações de distintos setores que se completam e interagem para um olhar mais ampliado dos problemas. O saber fragmentado se mostra incapaz de compreender os problemas e tampouco a ação setorial é capaz de resolvê-los. Moysés, Moysés e Krempel¹¹ observam que o conceito ampliado de saúde requer que profissionais e instituições tomem para si a determinação de agir como mediadores entre os diferentes interesses que perpassam o modo de produzir saúde.

As dificuldades, ainda, se relacionaram ao acompanhamento dos educandos com necessidades de saúde; à avaliação das ações e ao monitoramento das mesmas. Moysés, Moysés e Krempel¹¹ explicam que o caráter ampliado da avaliação das ações de promoção da saúde implica no envolvimento e na cooperação de diversos atores sociais e na aplicação de múltiplas estratégias. Isto acrescenta complexidade aos métodos de medir o impacto das intervenções realizadas em relação à estrutura, ao processo e aos resultados.

Em relação à afirmação “As capacitações para o PSE que ocorreram no âmbito nacional foram suficientes para que os profissionais da saúde se apropriassem da linguagem dos profissionais da educação, e para que os profissionais da educação se apropriassem da linguagem dos profissionais da saúde, visando uma melhor integração para o desenvolvimento do Programa”. Ambos discordaram.

Igualmente, ambos discordaram da afirmação: “As capacitações para o PSE que ocorreram no âmbito nacional foram suficientes para que os profissionais da saúde e da educação compreendessem as bases estruturais do PSE”.

Com a finalidade de fomentar o curso de implementação do PSE, o MS e o MEC, juntamente com as Secretarias Estaduais de Saúde e de Educação realizaram oficinas de trabalho com os municípios que aderiram ao programa. Foram realizadas dezessete oficinas, contemplando seiscentos e oito municípios, nas quais participaram mil duzentos e trinta e quatro profissionais dos Setores Saúde e Educação. Da mesma forma, em setembro de 2009 aconteceu em Brasília, o *Encontro Nacional de Representantes Estaduais do PSE*, com a participação de profissionais da saúde e da educação dos estados e de cinco municípios, um de cada região brasileira, totalizando cem pessoas²². Além disso, em junho de 2010, em Brasília, os Ministérios da Saúde e da Educação, em parceria com a UNESCO, a

UNICEF, o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), promoveram a *I Mostra Nacional do Programa Saúde na Escola (PSE)* e a *IV Mostra Nacional Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE)*. O objetivo do evento foi o fortalecimento das redes, parcerias e a integração do PSE. O público participante foi composto por profissionais dos Setores Saúde e Educação, estudantes e representantes de movimentos sociais de todo o país²³. Para os respondentes estas capacitações não foram suficientes para que os profissionais da saúde e da educação se apropriassem do novo modelo de saúde na escola. Por ter o PSE um desenho inovador é natural que as adaptações levem um tempo para ocorrerem, demonstrando a necessidade de novas e contínuas capacitações.

Em referência às estratégias que favorecem o envolvimento entre profissionais da saúde e da educação nas ações do PSE, as respostas do representante do MS foram relativas à **“Formulação de materiais pedagógicos contendo as diretrizes de implementação do PSE”** e ao **“Apoio institucional cotidiano aos estados e municípios para a qualificação das ações”**. Para o representante do MEC as estratégias estão voltadas à formação e à frequência das reuniões dos grupos de trabalho. Uma questão importante é a habilidade de motivar todos os atores, proporcionando nitidez conceitual, meios de conhecimento, clareza de informações e compartilhamento de poder¹¹. A formação dos profissionais envolvidos no PSE, como o nivelamento conceitual para a qualificação das ações, parece ser pertinente para a aproximação dos profissionais da saúde com os da educação.

Monitoramento

Sobre o monitoramento do PSE ambos indicaram o SIMEC (Sistema Integrado de Monitoramento Execução e Controle do Ministério da Educação), determinado em portaria⁵. O respondente do MEC ainda acrescentou o SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional).

Avaliação e sustentabilidade do PSE

Ao serem questionados como avaliam o desenvolvimento do PSE hoje em nível nacional, os avanços e as principais dificuldades, evidenciou-se a expansão do Programa, atingindo dois mil oitocentos e doze municípios. A gradativa compreensão da base conceitual do PSE na medida em que mais profissionais da saúde, da

educação e outros se apropriam da concepção do Programa. Investimentos nos municípios mais pobres do país e a perspectiva de universalização do PSE para todos os municípios brasileiros, tendendo à diminuição das desigualdades sociais. A consolidação da gestão intersetorial, do PSE MEC e MS, que é essencial para o avanço desta política. Temas de relevância social na pauta das escolas com orientação da inclusão nos Projetos Políticos Pedagógicos. Moll²⁴ observa que o MEC, por meio do Plano de Desenvolvimento da Educação, ajusta os objetivos educacionais com a oferta de políticas públicas orientando-se por ações intersetoriais que articulam políticas públicas com o PPP das escolas radicadas nos territórios.

Quanto às dificuldades, o respondente do MS indicou a “**insipiência**” na gestão intersetorial nos estados e municípios. A baixa qualificação dos profissionais da saúde e da educação para a implementação das ações do PSE, o que é explicado por Silva e Rodrigues¹³ ao observarem que um dos desafios da intersectorialidade é a capacitação de profissionais que tenham a habilidade de perceber a complexidade das necessidades sociais e de constatar a importância das ações intersetoriais para o enfrentamento de tais necessidades.

Mencionou-se que o monitoramento e a avaliação não são rotineiros para as equipes de gestão e execução do PSE. Talvez, pela complexidade de se avaliar ações promotoras de saúde¹¹ e por não se oferecer suficiente capacitação para a avaliação. O pouco comprometimento dos gestores locais com a execução do PSE, também foi destacado. Entretanto, Mendes, Bógus e Akerman²⁰ observam que os gestores são considerados estratégicos para a coordenação de ações intersetoriais. Também, que a proximidade, no nível local, com os atores do território e a possibilidade do enfrentamento dos problemas específicos são maiores, direcionando o esforço conjunto para ações que influenciem na qualidade de vida da população.

Em relação à afirmação “O PSE tem promovido a cidadania e a garantia de direitos humanos nos territórios de atuação”. O representante do MEC concordou, enquanto o representante do MS concordou parcialmente. É necessário que cada Grupo de Trabalho Intersetorial em conjunto com os atores locais, levante as necessidades de seus territórios de ação e planejem as prioridades e a maneira de se solucionar cada demanda emergida. Sem a participação dos atores do território não é possível alcançar a intersectorialidade. Mendes, Bógus e Akerman¹⁹ indicam a necessidade do envolvimento do cidadão tanto no planejamento como na avaliação

de ações e serviços. A saúde como qualidade de vida está estreitamente vinculada aos direitos humanos.

Na visão dos gestores nacionais, há consenso sobre o fato de que a sustentabilidade do PSE como política de Estado está vinculada ao fortalecimento da gestão municipal do Programa, com maior integração das escolas como parte dos territórios operativos sob responsabilidade cotidiana das equipes de Saúde da Família.

É necessária a garantia da manutenção da rede de atores envolvidos, alicerçada em bases políticas que suportem a continuidade das ações, independente de mudanças político-administrativas¹¹. Isto implica no reconhecimento e fortalecimento da estratégia de territorialização e corresponsabilização no campo da saúde, com o comprometimento dos distintos atores e instituições envolvidas.

Igualmente quando o comprometimento dos vários atores envolvidos no Programa se edificar no médio e longo prazos, o PSE terá grande probabilidade de se estabelecer como política de Estado.

AGRADECIMENTOS

À CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) que concedeu bolsa de doutorado à Izabel do Rocio Costa Ferreira.

REFERÊNCIAS

1. Brasil, Presidência da República. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 2007 5 dez., p. 2.
2. Ministério da Saúde (Brasil); Ministério da Educação (Brasil). Orientações sobre o Programa Saúde na Escola para a elaboração dos projetos locais. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2008. [acesso 16 abr. 2009]. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/geral/orientacoes_pse.pdf
3. Ministério da Educação (Brasil). Portaria Interministerial nº 675, de 4 de junho de 2008. Institui a Comissão Intersectorial de Educação e Saúde na Escola. Diário Oficial da União. 2008 27 ago. Seção1, p. 14.
4. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 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. 2010 25 fev.; n. 37. Seção 1, p. 32.
5. Brasil. Portaria Interministerial nº 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. 2010 26 nov.; n. 226. Seção 1, p. 64.
6. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria 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. 2008 24 set. Seção 1, p. 39.
7. Ministério da Educação (Brasil), Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e diversidade: programas e ações [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Educação; 2010. [acesso 17 mar. 2010]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=14578%3Aprograma-saude-nas-escolas&catid=194%3Asecad-educacao-continuada&Itemid=817>.
8. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 7ª. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO; 2000. 269 p.
9. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6ª. ed. São Paulo: Atlas; 2009.
10. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2009.
11. Moysés SJ, Moysés ST, Krempel MC. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. Cienc Saúde Colet. 2004 set.; 9(3): 627-641.

12. Ministério da Educação (Brasil). Portaria Interministerial nº 1.399, de 14 de novembro de 2008. Designa os membros para compor a Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola - CIESE instituída pela Portaria nº 675, de 4 de junho de 2008. Estabelece como Coordenador Titular da Comissão o membro Titular da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde e como suplente o membro Titular da Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade do Ministério da Educação. Diário Oficial da União. 2008 17 nov. Seção 2, p. 10.
13. Silva K NL, Rodrigues AT. Ações intersetoriais para promoção da saúde na estratégia Saúde da Família: experiências, desafios e possibilidades. Rev Bras Enferm [Internet]. 2010 sept-oct. [acesso 20 jul. 2011]; 63(5): 762-769. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000500011>>.
14. Ministério da Saúde (Brasil), Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. 3ª. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009. 480 p. + 1 CD-ROM (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).
15. Comerlatto D; Matiello A, Colliselli, L, Renk EC, Kleba ME. Gestão de políticas públicas e intersetorialidade: diálogo e construções essenciais para os conselhos municipais. Rev Katalysis. 2007 jul-dez.; 10: 265-271.
16. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
17. Junqueira LP. Intersetorialidade, transitoriedade e redes sociais na saúde. Rev Adm Pública 2000 nov-dez.; 34(6): 35-45.
18. Rangel-s ML. Dengue: educação, comunicação e mobilização na perspectiva do controle: propostas inovadoras. Interface. 2008 abr-jun.; 12(25): 433-441.
19. Junqueira LP. A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. Saúde soc. 2004 jan-abr.; 13(1): 25-36.
20. Mendes R, Bógus CM, Akerman M. Agendas urbanas intersetoriais em quatro cidades de São Paulo. Saúde Soc. 2004 jan-abr.; 13(1): 47-55.
21. Wimmer GF, Figueiredo GDO. Ação coletiva para qualidade de vida: autonomia, transdisciplinaridade e intersetorialidade. Cienc saúde colet. 2006 jan-mar.; 11(1): 145-154.
22. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde na Escola. [acesso 14 abr. 2010]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/programa_saude_na_escola.php>.
23. 1º. Mostra Nacional do Programa Saúde na Escola; 4º. Mostra Nacional de Saúde e Prevenção nas Escolas; 2010, Brasília, DF. Anais... [Internet].

Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2010. [acesso 06 jun. 2010]. Disponível em: <<http://sistemas.aids.gov.br/saudenaescola2010/>>.

24. Moll J. [Entrevistas]. Rev Bras Saúde Fam. 2008 out-dez.; (20): 6 - 7.

6 Artigo 4

O artigo será submetido ao periódico 'Revista Brasileira de Educação'.

PERCEPÇÕES DE GESTORES LOCAIS SOBRE A INTERSETORIALIDADE NO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA

RESUMO

O objetivo do estudo foi analisar a percepção de gestores locais, da coordenação do Programa Saúde na Escola, acerca da intersectorialidade do Programa. Trata-se de um estudo avaliativo, descritivo, com abordagem qualitativa, e amostra intencional. O instrumento para coleta de dados foi um questionário eletrônico. Para a avaliação das questões fechadas realizou-se a análise descritiva dos dados. Para a análise das questões abertas, utilizou-se a técnica da Análise de Conteúdo proposta por Bardin, associada ao programa computacional ATLAS.ti®. Os resultados revelaram que os respondentes demonstram conhecimentos necessários para o trabalho intersectorial, ainda que precisem de ajustes conceituais. Não observou-se participação dos estudantes na definição de prioridades, planejamento e programação das ações. Concluiu-se que capacitações são necessárias para aproximação dos profissionais envolvidos no PSE a fim de qualificar a comunicação e o entendimento das bases conceituais do Programa.

Palavras-chave: Promoção da Saúde; Saúde Escolar; Ação Intersectorial; Avaliação em Saúde.

PERCEPTIONS OF LOCAL MANAGERS OF INTERSECTORIALITY IN THE SCHOOL HEALTH PROGRAM

ABSTRACT

The aim of this study was to analyze the coordination of School Health Program (PSE) and the perception of local managers about the intersectionality of the Program. This is evaluative, with descriptive, qualitative, and intentional sample. The instrument for data collection was an electronic questionnaire. For the evaluation of closed questions, a descriptive analysis of data was carried out. For the analysis of open questions the technique of content analysis proposed by Bardin, along with the computer program ATLAS TI®, was employed. The results revealed that the respondents had the necessary knowledge for intersectoral work; however, they still needed conceptual adjustments. Furthermore, students' participation in setting priorities, planning, and scheduling of actions was not observed. Therefore, it was concluded that training is needed to approach the professionals involved in the PSE to qualify for the communication and understanding of the conceptual foundations of the Program.

Keywords: Health Promotion; School Health; Intersectoral Action; Assessment in Health.

Introdução

O decreto presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007 (Brasil, 2007) instituiu o Programa Saúde na Escola (PSE), que dá concretude a uma política intersetorial entre os Ministérios da Saúde (MS) e da Educação (MEC), abrangendo os entes federados nos três níveis de governo (federal, estadual e municipal). Esta política tem como concepção a oferta de ações de atenção integral (prevenção, promoção e atenção) à saúde de estudantes da educação básica pública brasileira, que compreende a educação infantil, o ensino fundamental e médio, a educação profissional e tecnológica e a educação de jovens e adultos, no espaço das escolas e/ou unidades básicas de saúde (UBS) do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2008a). As ações de saúde na escola são realizadas pelas equipes de Saúde da Família (ESF), indispensáveis para que o programa seja efetivado (Brasil, 2007; Brasil, 2008a), o que é destacado por Mendonça (2008) ao observar que a singularidade do PSE é ter sido implementado segundo o modelo brasileiro de atenção primária à saúde. As ações do Programa Saúde na Escola são produzidas nos territórios determinados, de acordo com a área de abrangência das ESF, estimulando a criação de vínculos entre os equipamentos públicos da saúde e da educação (Brasil, 2010a).

O objetivo do PSE é contribuir para a formação integral dos estudantes por meio das referidas ações, visando o enfrentamento das vulnerabilidades que põem em risco o pleno desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino brasileiro (Brasil, 2010a). O Programa prevê que gradativamente, as novas ações de saúde escolar deverão ser introduzidas ao Projeto Político Pedagógico (PPP) das escolas (Brasil, 2008b; Brasil, 2010b), determinando um novo desenho da política de educação em saúde no Brasil (Brasil, 2008a).

Os gestores do PSE estão ordenados, no âmbito nacional, por meio da Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola (CIESE) designada para o estabelecimento de diretrizes da política de educação e saúde na escola (Brasil, 2008c). Nas esferas municipal/estadual/Distrito Federal, a ordenação acontece por meio do Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI), composto por representantes das Secretarias de Saúde e Educação do município (Brasil, 2010c), além de representantes de outros órgãos e instituições (Brasil, 2010b). O GTI tem por

incumbência, entre outras, elaborar o projeto do PSE municipal (Brasil, 2008b) bem como, o termo de adesão ao Programa (Brasil, 2008b; Brasil, 2010c).

Por representar uma política intersetorial entre os Setores Saúde e Educação instituída por decreto, a intersetorialidade no PSE representa uma inovação e ao mesmo tempo um desafio aos gestores. Assim sendo, o objetivo deste estudo foi analisar a percepção de gestores locais sobre a intersetorialidade na condução do Programa em municípios selecionados.

Método

Trata-se de um estudo avaliativo, descritivo, com uma abordagem qualitativa. Utilizou-se uma amostra intencional, a qual segundo Minayo (2000) e Gil (2009) se alicerça na escolha de um subgrupo da população (conjunto estabelecido de elementos que detém determinados atributos) que com base nas informações disponíveis possa ser considerado representativo do universo a ser estudado, reforçando o aprofundamento da compreensão deste subgrupo. Minayo (2000) observa que a abordagem qualitativa não se alicerça no critério numérico para assegurar sua representatividade e sim no aprofundamento e abrangência da compreensão dos sujeitos da pesquisa. Gil (2009) observa que a amostra intencional exige do pesquisador significativo conhecimento da população e do subgrupo selecionado.

Os critérios de inclusão contemplaram gestores no âmbito municipal/estadual/Distrito Federal do PSE em municípios brasileiros, com representação de um município de cada região do país (norte, nordeste, centro-oeste, sudeste e sul) conforme indicação do Ministério da Saúde e/ou Ministério da Educação e indicação de atores que implementaram o PSE em municípios. Foram incluídos os municípios de Curitiba (sul), Rio de Janeiro (sudeste), Brasília (centro-oeste), Olinda (nordeste), e Manaus (norte). Os respondentes compreenderam um gestor do Setor Saúde e um do Setor Educação de cada município escolhido, totalizando dez respondentes.

Os pesquisadores elegeram como instrumento para a coleta de dados um questionário eletrônico enviado por *e-mail* para os respondentes. Previamente, o questionário foi validado por gestores municipais do PSE e incluiu questões fechadas e abertas sobre as dimensões da intersetorialidade relativas ao PSE. O roteiro do questionário foi composto por questões norteadoras que possibilitaram o alcance do

objetivo proposto. Para tanto foram preestabelecidas quatro categorias que compreenderam 1) Gestão do PSE, 2) Desenvolvimento das ações intersetoriais 3) Monitoramento e avaliação das ações e 4) Sustentabilidade do PSE.

As questões fechadas do questionário foram submetidas à análise descritiva. Para análise das questões abertas utilizou-se a técnica da Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2009), que é ordenada em três polos cronológicos. Principiou-se com a *Pré-Análise*, na qual foi realizada a “leitura flutuante” representando o primeiro contato com os documentos a serem analisados. Neste estudo realizou-se a leitura das questões abertas do questionário. Em seguida, fez-se a *Exploração do Material* etapa na qual a partir das categorias preestabelecidas e das subcategorias realizou-se a codificação, para tanto o referencial teórico e o objetivo proposto foram fundamentais.

A categoria *Gestão do Programa Saúde na Escola* incluiu as subcategorias:

1. Instituição do GTI municipal
2. Coordenação do GTI
3. Conflito não alternância coordenação GTI
4. Competências GTI
5. Mecanismos de controle rotatividade GTI
6. Equanimidade nas decisões no GTI
7. Estratégias divergências GTI
8. Setores representados no GTI

A Categoria *Desenvolvimento das ações intersetoriais* abrangeu as subcategorias:

1. Informações para as ações do PSE
2. Mecanismos que favorecem a participação do Jovem/adolescente no PSE
4. Ações do PSE relevantes para o município
5. Importante para intersetorialidade entre a saúde e a educação
6. Facilidades do trabalho intersetorial
7. Dificuldades do trabalho intersetorial
8. Capacitações
9. Setores governamentais que se envolvem com o PSE municipal
10. Setores não governamentais que se envolvem com o PSE municipal

11. Envolvimento de estudantes e familiares no PSE
12. Modelo de gestão do setor Saúde possibilita a ação intersetorial
13. Modelo de gestão do setor Educação possibilita a ação intersetorial
14. Modelo de gestão do PSE possibilita a ação intersetorial
15. Inserção das ações do PSE no Projeto Político Pedagógico das escolas
16. Gestão de recursos

A categoria *Monitoramento e avaliação das ações* compreendeu a subcategoria:

1. Instrumentos avaliação/monitoramento PSE municipal

A categoria *Sustentabilidade do PSE* abrangeu a subcategoria:

1. Estratégias para a sustentabilidade do PSE como política de Estado

Conclui-se com a etapa de *Tratamento dos resultados, inferência e interpretação*. Nesta etapa os resultados dos dados brutos sofreram tratamento de modo a se tornarem significativos, então, os pesquisadores passaram a propor inferências consentindo a passagem da descrição à interpretação. A técnica da Análise de Conteúdo foi associada ao programa computacional ATLAS.ti 5.2® que possibilitou o estabelecimento de relações e a criação de representações gráficas dos componentes resultantes dos textos das questões abertas.

Antes de iniciar a coleta de dados os pesquisadores solicitaram a autorização de cada instituição em que os respondentes atuam, bem como, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de cada respondente. Os questionários foram respondidos no período de quinze de julho a sete de agosto de 2011.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (Parecer nº 0003889/10 e Protocolo nº 5345).

Resultados e discussão

Perfil dos respondentes, gestores do Programa Saúde na Escola dos setores saúde e educação dos municípios

Todos os respondentes possuíam curso de graduação. Nove deles fizeram curso de pós-graduação (incluindo especialização, mestrado e doutorado). Todos participam ou já participaram do Grupo de Trabalho Intersetorial em seu município.

Gestão do Programa Saúde na Escola

Em relação aos setores que tomaram a iniciativa de incorporar o PSE no município, os Setores Saúde e Educação, em conjunto, foram resposta para quatro respondentes, somente o Setor Educação para um respondente, somente o Setor Saúde para quatro respondentes. Para um respondente também houve a participação da Secretaria de Assistência Social, juntamente com os Setores Saúde e Educação. Observou-se que o Setor Saúde apareceu na resposta de nove respondentes (unicamente ou associado a outros setores). O Setor Educação foi declarado na resposta de seis respondentes (unicamente ou associado a outros setores). Desta forma, destacou-se o Setor Saúde na iniciativa de incorporar o PSE nos municípios estudados. Este evento pode estar relacionado ao fato das portarias relativas à adesão ao PSE (Brasil, 2008b; Brasil, 2010b; Brasil, 2010c; Brasil, 2008d; Brasil, 2010d; Brasil, 2010e) serem emitidas pelo Ministério da Saúde, portanto mais próximas ao Setor Saúde e à sua atuação.

Em referência à instituição do Grupo de Trabalho Intersetorial municipal, a maioria dos respondentes mencionou a participação das Secretarias de Saúde e de Educação, tanto municipais quanto estaduais. A Secretaria de Assistência Social foi participante, juntamente com as Secretarias de Saúde e de Educação, para dois respondentes. Para um respondente a instituição do GTI partiu do Setor Saúde. Para um respondente partiu do Setor Educação. Deste modo destacaram-se as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde e de Educação. Isto vai ao encontro do que é estabelecido em portarias do PSE (Brasil, 2008b; Brasil, 2010b; Brasil, 2010c) ao definirem que os Secretários de Saúde e Educação devem instituir o GTI no âmbito municipal, estadual e Distrito Federal. O GTI deve incluir, obrigatoriamente, representantes das Secretarias de Saúde e de Educação do Município (Brasil, 2010c), além de representantes de outros órgãos/instituições (Brasil, 2010b).

Em relação aos setores representados no GTI, os Setores Saúde e Educação foram consenso entre todos os respondentes, seguidos pela Universidade para quatro respondentes. Cinco respondentes ainda indicaram 'outros setores' (podendo indicar mais de um setor). Destes, destacaram-se as Organizações não governamentais (ONGs), seguidas pela Secretaria de Assistência Social. Este fato converge para o conceito que as ações intersetoriais devem ser concebidas no

espaço central de uma ação diferenciada na qual o ato de planejar se alicerça no compartilhamento de poder e em consonância com interesses, saberes e práticas dos diferentes setores envolvidos (Teixeira e Paim, 2000; Junqueira, 2004).

Destacou-se a Secretaria de Assistência Social na parceria com o PSE, que segundo os respondentes, participou em alguns casos na iniciativa de incorporar o PSE no município, na instituição do GTI municipal e na representação do GTI. Fato que também foi observado em um estudo de Westphal e Mendes (2000) ao inferirem que os Setores Saúde, Educação e Ação Social tendem a ser os parceiros mais comuns em ações intersetoriais.

Quanto à coordenação do GTI, para quatro respondentes é realizada em conjunto entre os Setores Saúde e Educação. Para dois respondentes a coordenação é conjunta entre os Setores Saúde, Educação e Assistência Social. Para dois respondentes não existe uma coordenação, sendo o GTI um colegiado, uma mesa redonda. Para dois respondentes o Setor Saúde coordena o GTI. Assim sendo, oito respondentes indicaram para uma coordenação compartilhada. Esta tendência de compartilhamento de gestão fundamenta o processo intersetorial, salientando-se que nenhuma das portarias do PSE faz referência a qual setor deve coordenar o GTI. Silva e Rodrigues (2010) observam que na intersetorialidade está latente a transposição de hierarquias e relações de poder entre setores, instituições e segmentos sociais.

Questionados se há alternância na coordenação do GTI, seis respondentes indicaram 'não', dois não sabiam e para dois há alternância. Não foram mencionados conflitos em relação a não alternância na coordenação do GTI, o que representa consenso entre os grupos e uma disposição ao trabalho intersetorial. Ressaltaram que há compartilhamento e coordenação colegiada no GTI, também comentaram que não sentem necessidade de ter uma coordenação. Junqueira (2004) observa que a ação intersetorial deve ser integrada e deve ocasionar modificações nas práticas e na cultura das instituições gestoras.

As competências atribuídas ao GTI estão descritas em portarias (Brasil, 2008b; Brasil, 2010b; Brasil, 2010c). Em relação ao cumprimento das mesmas observou-se a disposição a seguir.

Todos os respondentes afirmaram terem cumprido as competências *“Identificação de cada instituição integrante do PSE, quantificação do número de escolas, de alunos de cada escola e as questões prioritárias do perfil desses estudantes”* e *“Alimentação do Cadastro Secretaria com as informações solicitadas, acompanhamento e monitoramento do preenchimento e a atualização dos Cadastros Escola e Unidade Local Integrada, no endereço eletrônico <http://simec.mec.gov.br>”*.

Nove respondentes asseguraram terem cumprido as competências *“Mapeamento da rede do SUS na Estratégia Saúde da Família e da rede de escolas federais, estaduais e municipais, criando territórios de responsabilidade, ou seja, estabelecendo espaços comuns para atuação de escolas e equipes de saúde”*; *“Definição dos responsáveis das áreas de saúde e educação pelo acompanhamento do projeto municipal dentro de cada território de responsabilidade”*; *“Proposta de funcionamento do GTI, periodicidade de reuniões e integrantes”*; *“Plano de Ação Local”*; *“Elaboração do projeto do PSE municipal”* e *“Elaboração do termo de adesão ao PSE”*.

Ao se tratar das competências *“Realização do diagnóstico situacional que compreenda questões referentes aos determinantes sociais, ao cenário epidemiológico e às modalidades de ensino das escolas que estão no espectro de atuação das equipes Saúde da Família que atuam no PSE”*; *“Definição das atribuições conjuntas das equipes Saúde da Família e das escolas”* e *“Identificação em campo específico, no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), das equipes Saúde da Família que atuam ou atuarão no PSE”*, oito respondentes afirmaram tê-las cumprido.

Em relação às competências *“Definição do professor responsável pela articulação das ações de prevenção e promoção da saúde na escola”* e *“Programação das atividades do PSE que deverão ser incluídas no Projeto Político Pedagógico de cada uma das escolas”* sete respondentes certificaram tê-las cumprido.

Observa-se que para cada competência sete a dez respondentes afirmaram cumpri-la. Isto demonstra comprometimento dos GTIs, já que o PSE é um programa inovador que requer novas articulações entre os setores. As competências assumidas por sete respondentes estão relacionadas ao ambiente escolar, como *“Definição do*

professor responsável pela articulação das ações de prevenção e promoção da saúde na escola” que talvez possa ser explicado pela não apropriação por parte dos profissionais da escola dos preceitos de prevenção e promoção da saúde. Entre as áreas temáticas de ação do PSE apresenta-se a proposta de educação permanente e capacitação de profissionais da saúde e da educação (Brasil, 2008a) a fim de facilitar a comunicação e a compreensão dos profissionais de ambos os setores de modo a fortalecer vínculos e atender às expectativas mútuas (Brasil, 2009a). Também foi realizada por sete respondentes, a “Programação das atividades do PSE que deverão ser incluídas no Projeto Político Pedagógico de cada uma das escolas”.

Um mecanismo essencial para a garantia da institucionalização e sustentabilidade das ações é o estímulo à inserção dos temas da promoção da saúde no PPP da escola. Para tanto se faz necessária uma aproximação entre os profissionais dos Setores Saúde e Educação, para a reflexão conjunta, e ajuste conceitual, de ambos os setores, para inclusão das ações na rotina da escola (Brasil, 2009a).

Além disso, três respondentes declararam assumir também outras competências relacionadas à capacitações das ESFs, dos gestores e dos responsáveis do PSE das escolas; formação de grupos de monitoramento e de comitês locais; organização e execução de Mostras e Seminários visando à divulgação das atividades do PSE.

Quanto à frequência das reuniões do GTI, seis respondentes realizam reuniões mensais, dois bimestrais e dois quinzenais. Em relação à rotatividade de representantes nas reuniões, sete responderam que não há rotatividade e para três há rotatividade. Os mecanismos de controle da rotatividade foram relacionados ao controle da presença, comunicação da ausência ao gestor hierarquicamente superior, saída do representante e solicitação de outro, bem como, à institucionalização do GTI (“**portaria conjunta saúde e educação**”). Para que o GTI possa cumprir com suas atribuições presume-se a importância de um grupo coeso e compromissado. Já que o enfrentamento dos problemas sociais requer a aproximação de vários olhares, compartilhamento de distintos saberes para a elaboração integrada de estratégias que garantam a qualidade de vida dos indivíduos (Junqueira, 2004).

Houve controvérsia em relação à questão se a tomada de decisões no GTI é realizada de forma equânime, pois, cinco ‘concordaram’ e cinco ‘discordaram’. Tanto os respondentes do Setor Saúde quanto os do Setor Educação destacaram a predominância do Setor Saúde na tomada de decisões. Entretanto, todos os respondentes citaram a comunicação, o diálogo e a busca de consenso como estratégias utilizadas em situação de divergência no GTI. Ressalta-se que os respondentes do Setor Educação, também, foram a favor da representatividade, por meio de **“votação”** e **“decisão pela maioria”**. É fundamental estabelecer canais comunicativos que possibilitem a definição de objetivos comuns que permitam o planejamento conjunto das ações intersetoriais (Teixeira e Paim, 2000). Nota-se que estes gestores estão passando por um processo de aprendizagem.

Mendes e Akerman (2004) observam que a etapa inicial deve representar a capacidade gradativa de adaptação às mudanças, superação de modelos de políticas setorializadas e fragmentadas.

Em relação aos tipos de ferramentas ou instrumentos de comunicação utilizados entre os componentes do GTI, *e-mail* e telefonemas foram citados por todos os respondentes, seguidos por atas e memoriais de reuniões.

Desenvolvimento das ações intersetoriais

Sobre o que é importante para um trabalho intersetorial entre os Setores Saúde e Educação, os respondentes de ambos os Setores citaram questões relativas à integralidade, à responsabilidade e ao diálogo, conforme a Ilustração 1. Em relação à integralidade pôde-se destacar: **“processo democrático na tomada de decisões”** e **“orçamento participativo”** mencionados por respondentes do Setor Educação, **“compartilhar dos objetivos, interesses, e recursos”** mencionado por respondentes do Setor Saúde. Quanto à responsabilidade destacou-se o compromisso, o envolvimento e a participação. Os respondentes do Setor Saúde, ainda, citaram questões relativas ao diálogo como **“ter a capacidade de escuta...”**. As respostas demonstraram que estes atores do PSE trazem consigo os conhecimentos necessários para o êxito de um trabalho intersetorial, pois a intersetorialidade fundamenta-se em ações integradoras de diferentes setores que devem se articular, interagir e se complementarem para o enfrentamento dos problemas (Wimmer e Figueiredo, 2006; Brasil, 2009b).

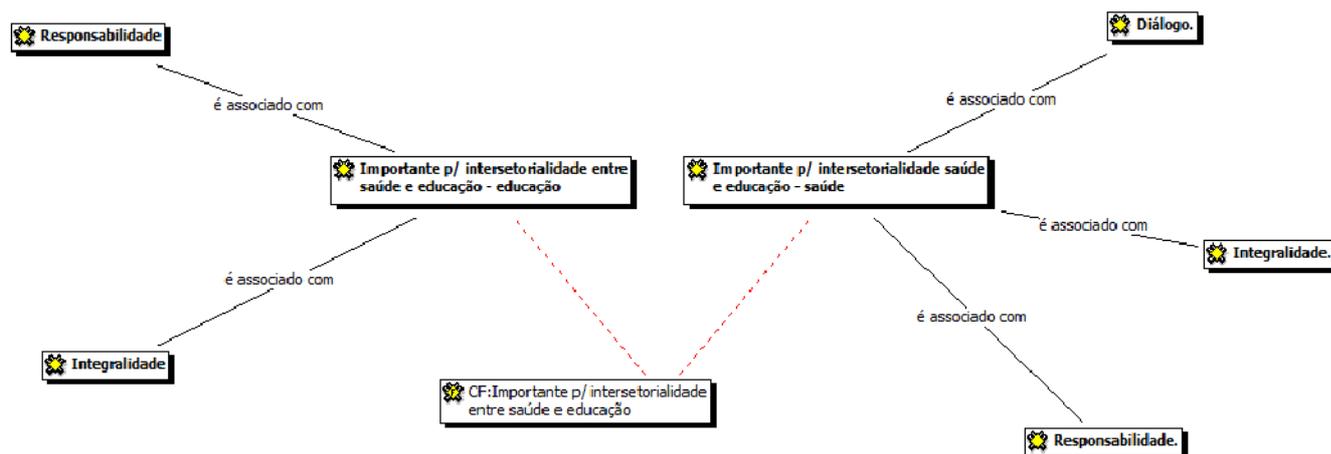


Ilustração 1: Teia resultante da análise de indicadores que compõem o que é importante para a intersectorialidade entre os Setores Saúde e Educação

Em relação ao modelo de gestão do Setor Saúde possibilitar a ação intersectorial, três respondentes (um do Setor Educação e dois do Setor Saúde) assinalaram 'não', os outros sete respondentes indicaram 'sim'. Os que assinalaram 'não' ressaltaram a setorização na forma do Setor Saúde trabalhar e até mesmo que este **"...abusa de seu protagonismo nas articulações com outros setores..."**. Os sete que responderam 'sim' destacaram a integração do Setor Saúde com outros setores. Destes, um respondente da educação ressaltou que **"há uma tendência à centralização nas tomadas de decisões"** embora haja esforços para mudanças.

Em relação ao modelo de gestão do Setor Educação possibilitar a ação intersectorial, três respondentes (um da educação e dois da saúde) responderam 'não'. Para os sete restantes a resposta foi 'sim'. Os que responderam 'não' revelaram que **"...a escola é muito fechada em seus processos"**, **"a gestão é setorizada"** e **"a conversa é difícil pela dificuldade de escuta do outro..."**. Para os sete que responderam 'sim', o modelo de gestão é integrado, influente na vida do território.

Em relação ao modelo de gestão do PSE possibilitar a ação intersectorial, nove responderam 'sim' e um respondeu 'não'. O respondente que assinalou 'não' observou que **"é preciso... que os programas municipais estejam cristalizados em seus propósitos, pois as solicitações do PSE Nacional... tendem a ser verticais"**. Os que responderam 'sim' reforçaram a possibilidade de se trabalhar intersectorialmente, já que é uma exigência do Programa. Destacaram a possibilidade

do exercício constante do trabalho colegiado e intersetorial e que o PSE representa um **“modelo baseado na democracia, transparência, construção coletiva, cogestão”**.

O conceito de intersetorialidade pressupõe a disposição de cada setor ao diálogo, ao estabelecimento de vínculos de corresponsabilidade e cogestão (Junqueira, 2004; Campos e Barros, 2004). Entretanto, vale destacar que os três respondentes que discordaram, em relação ao modelo de gestão do Setor Saúde possibilitar a ação intersetorial, ressaltaram questões relativas ao abuso do Setor Saúde em seu protagonismo. Os três respondentes que discordaram, em relação ao modelo de gestão do Setor Educação possibilitar a ação intersetorial, destacaram que a escola é fechada e o diálogo é difícil. Aqui, cabe uma reflexão, se a escola é fechada à comunicação, esta, abre uma lacuna importante para que o outro setor manifeste seu protagonismo nas ações. Neste sentido faz-se necessário desenvolver estratégias para estreitar os laços, aproximar olhares, entre os Setores Saúde e Educação.

Quanto às facilidades do trabalho intersetorial no PSE, estas foram associadas às parcerias (**“compartilhamento de responsabilidades”**), à avaliação do PSE, à **“otimização de recursos financeiros e humanos”**, à qualidade dos trabalhos e às ações (**“maior abrangência e cobertura”**).

Ao tratarem sobre as dificuldades do trabalho intersetorial no PSE, os respondentes do Setor Educação destacaram a **“Centralidade na tomada de decisões”**, a **“Integração em trabalho coletivo”**, a **“Burocracia dos setores”**, o **“Planejamento conjunto das ações”**. Os respondentes do Setor Saúde destacaram **“Conciliar agenda com diversos atores”**, **“Aceitação de profissionais de outras áreas”**, **“Rotatividade de representantes”**, ainda, que as ações do PSE Nacional são inviáveis localmente, como demonstra a Ilustração 2. Para o trabalho intersetorial deve haver compromisso com um processo de aprendizagem e determinação dos atores envolvidos, que necessita converter na habilidade de dar respostas às necessidades dos cidadãos do território pela melhoria da qualidade de vida (Junqueira, 2004; Campos e Barros, 2004). Evidencia-se que os gestores do PSE estão num momento de rito de passagem, para um novo modelo de gestão, que implica em mudanças muitas vezes difíceis de conceber de imediato.

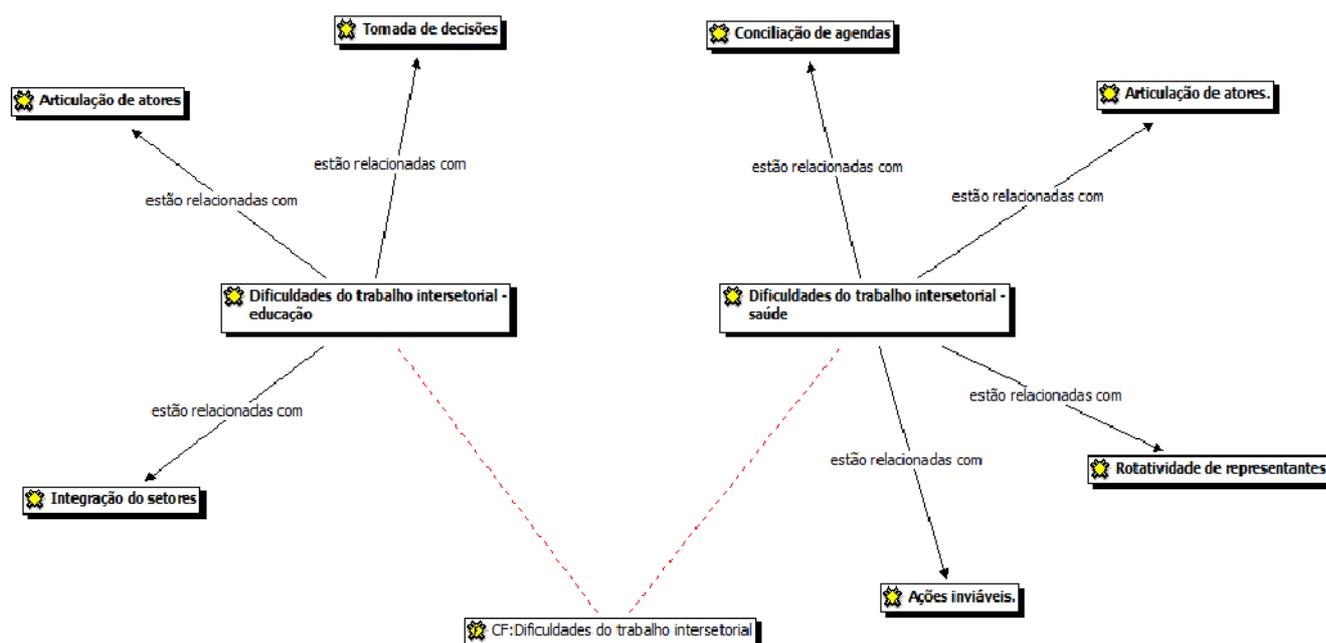


Ilustração 2: Teia resultante da análise de indicadores que compõem as dificuldades do trabalho intersetorial no PSE

Quando questionados se houve capacitação, no município, para que os profissionais da saúde se apropriassem da linguagem dos profissionais da educação, e para que os profissionais da educação se apropriassem da linguagem dos profissionais da saúde, sete responderam 'sim', dois 'não' e um 'não sei'. Também foram questionados se houve capacitação, no município, para que os profissionais da saúde e da educação compreendessem as bases estruturais do PSE. Todos responderam 'sim'. Entre as áreas temáticas das ações do Programa está o processo de capacitação dos gestores e dos profissionais dos Setores Educação e Saúde que atuam no PSE (Brasil, 2008a). As capacitações se fazem importantes na medida em que estas promovam uma aproximação dos profissionais envolvidos no PSE, fomentem a discussão de estratégias para o Programa, proporcionem um nivelamento técnico conceitual, de modo que estes profissionais tenham condições de qualificar a comunicação e o entendimento das bases conceituais do PSE.

Em relação aos outros setores governamentais que se envolvem intersetorialmente nas ações desenvolvidas pelo PSE no município, foram citados a Secretaria da Cultura; as Universidades Federais e Estaduais; as Secretarias de Trabalho e Família; os Conselhos Tutelares, sendo a mais citada a Secretaria de Assistência Social. Quanto aos setores não governamentais, que se envolvem

intersetorialmente nas ações desenvolvidas pelo PSE no município, foram citados o comércio; o MOVPAZ (Cultura da Paz); Universidades; Centro de Promoção da Saúde (CEDAPS); Centro de Criação de Imagem Popular (CECIP); Centro Paranaense de Cidadania (CEPAC); Instituto de Defesa dos Direitos Humanos (IDDHEA); Conselhos de Crianças e Adolescentes e ainda pesquisadores das Universidades. Observa-se que os representantes dos GTIs buscam estabelecer parcerias com outros setores ao desenvolverem suas ações nos territórios. Ao se tratar de um espaço dinâmico para além do compromisso individual é necessário mobilizar as organizações presentes na realidade de cada território (Brasil, 2009a). Aqui houve destaque novamente para a Secretaria de Assistência Social, indicando uma adequada escolha para parceria com o PSE.

Na percepção de quatro respondentes os estudantes e seus familiares foram envolvidos na definição de prioridades, planejamento e programação das ações locais do PSE. Este envolvimento foi relatado por meio de oficinas, reuniões, em eventos gerais com cobertura jornalística e gravação de vídeos realizados por alunos das escolas. Entretanto não se observa uma participação efetiva na definição de prioridades, planejamento e programação das ações. Por representar um novo desenho da educação em saúde no país, é fundamental a participação dos estudantes, pais e comunidade na construção e controle social desta política (Brasil, 2008a).

Houve consenso entre respondentes do Setor Educação e os respondentes do Setor Saúde, que o protagonismo juvenil é um mecanismo que pode favorecer a participação do jovem/adolescente no PSE. Porém, se observa mais uma vez, que esta participação deve ser estimulada para que o PSE tenha uma atuação efetiva dos estudantes. Os respondentes do Setor Educação também citaram “**recursos**”, para apoio técnico, transporte e apoio às ações.

Houve consenso entre todos os respondentes sobre a integração do PSE com outras políticas e programas desenvolvidos por outros setores focados na atenção escolar. Este fato é relevante, já que o PSE deve se articular localmente com outros projetos e programas voltados à atenção escolar para reforçar as iniciativas já existentes (Brasil, 2008a).

Em relação se houve levantamento das necessidades do território para as ações do PSE, um respondente ‘não soube responder’ e nove assinalaram ‘sim’. Este é um fato significativo, pois, a intersectorialidade compreende a prática de ações territoriais constituindo-se numa nova abordagem aos problemas sociais (Junqueira, 2000). Para estes nove respondentes, os participantes do levantamento foram (podendo indicar mais de uma resposta) o GTI citado por seis; os profissionais da escola citados por oito; os profissionais das unidades de saúde citados por oito; a comunidade e estudantes citados por três. As informações para o levantamento foram pesquisadas nas escolas, unidades de saúde, comunidades, censo escolar, relatório de acompanhamento da Saúde, nas bases de dados da Saúde e Educação, nas Secretarias de Saúde e Educação. Estas informações foram utilizadas para definição de metas, objetivos, priorização das ações; **“mapeamento de dados”**; **“planejamento das ações...”**; **“formação de banco de dados”**; **“questionários fóruns e reuniões”**. As fontes do levantamento foram abrangentes proporcionando uma ampla estratégia para coleta das informações as quais devem ter sido empregadas de modo a construir e fortalecer as ações para o PSE local.

Perguntados sobre as ações do PSE que foram relevantes para o município, as respostas foram relacionadas à prevenção de doenças e atenção à saúde (**“educação sexual e reprodutiva”**; **“prevenção de DSTs e gravidez na adolescência”**; **“ações de saúde bucal”**; **“controle de peso...”**; **“prevenção do tabagismo”**; **“implantação do Projeto Olhar Brasil”**; **“distribuição de óculos”**; **“levantamento de alterações posturais”**), e com o envolvimento (**“acompanhamento familiar”**; **“planos de ação local”**; **“trabalho em equipe”**; **“valorização da escuta e descentralização das ações”**; **“envolvimento dos professores”**; **“fóruns...; seminários e encontro locais”**), e promoção da saúde, se as ações descritas contemplarem seus princípios e valores, que de acordo com Westphal (2006) incluem a integralidade, a equidade, a participação social, o empoderamento, a autonomia, a sustentabilidade e a intersectorialidade.

Em relação à afirmação: “A maioria das escolas que participa do PSE no seu município desenvolveu propostas para a inserção dos temas da saúde no PPP de forma intersectorial”. Sete respondentes ‘concordaram’, dois ‘discordaram’ e um não ‘soube precisar’. As bases estruturais do PSE designam que as ações inovadoras de

saúde na escola deverão gradativamente, ser incluídas ao Projeto Político Pedagógico da escola (Brasil, 2008a).

Questionados “se no seu município, a gestão dos recursos do PSE é feita de forma intersetorial”. Seis respondentes ‘concordaram’, dois ‘discordaram’ e dois não ‘souberam precisar’. A referida gestão deve ser intersetorial tendo como responsável o GTI municipal (Brasil, 2011).

Monitoramento e avaliação das ações

Quanto aos instrumentos utilizados para a avaliação e monitoramento das ações do PSE, no município, as respostas foram relativas aos questionários de monitoramento; ao instrumento do MEC e MS; ao instrumento elaborado pelo GTI; ao SIMEC (Sistema Integrado de Monitoramento Execução e Controle do Ministério da Educação); ao banco de dados da Secretaria da Saúde; aos núcleos de monitoramento; às reuniões com as Equipes de Saúde da Família e escola; e aos relatórios. Estes instrumentos vão além do que está definido em portaria (Brasil, 2010b) que aponta o SIMEC como instrumento de monitoramento.

Para nove respondentes o PSE tem promovido a cidadania e a garantia de direitos humanos nos territórios de atuação. A afinidade entre os setores saúde e educação sobressai no âmbito das políticas públicas por serem alicerçados na universalização dos direitos fundamentais dos cidadãos (Silva e Rodrigues, 2010).

Sustentabilidade do PSE

Em referência às estratégias importantes para a sustentabilidade do PSE como política de Estado, as respostas estão relacionadas ao fortalecimento da inserção do PSE nos municípios e territórios; na rotina das ESFs e escolas e nas metas do governo. Igualmente, ao financiamento com previsão e destinação orçamentária; à autonomia, até mesmo para modificar o desenho inicial do Programa se for a necessidade da comunidade local. Também, à participação mais efetiva dos gestores e a ampliação das ESFs, equipes do PSE e do Programa Mais Educação.

A sustentabilidade do PSE para além de um programa de governo em uma política de Estado implica na superação do modelo biomédico de atenção aos estudantes para

uma proposta promotora de saúde, com a participação efetiva dos gestores, profissionais da ESF e da escola, e comunidade escolar (estudantes, pais, comunidade do entorno) no enfrentamento de suas necessidades específicas, proporcionando o trabalho com capacidades individuais e coletivas existentes.

Considerações finais

Os respondentes deste estudo apresentam conhecimentos necessários para o trabalho intersetorial. Ficou evidenciado, no entanto, que estes gestores estão passando por um processo de aprendizagem que inclui capacidade de mudanças e superação do modelo antigo de gestão, fazendo-se necessário um ajuste conceitual para fortalecer este processo, que deve ser contemplado por meio de capacitações contínuas e permanentes para os gestores e profissionais envolvidos no PSE, o que já está previsto nas ações do Programa.

Agradecimentos

À CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) que concedeu bolsa de doutorado à Izabel do Rocio Costa Ferreira.

Referências

1. BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.
2. BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, p. 2, 5 dez. 2007.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Orientações sobre o Programa Saúde na Escola para a elaboração dos projetos locais**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008a. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/geral/orientacoes_pse.pdf Acesso em: 16 abr. 2009.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 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**, Brasília, DF, 24 set. 2008b. Seção 1, p. 39.
5. BRASIL. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 675, de 4 de junho de 2008. Institui a Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 ago. 2008c. Seção1, p. 14.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.931, de 4 de dezembro de 2008. Altera a Portaria nº 1.861/GM, de 4 de setembro de 2008, que estabelece recursos financeiros pela adesão ao Programa Saúde na Escola - PSE e credencia Municípios para o recebimento desses recursos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 04 dez. 2008d. Seção 1, p. 46.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. 96 p.: il. (Série B. Textos Básicos de Saúde. Cadernos de Atenção Básica, n. 24).
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009b. 480 p. + 1 CD-ROM (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).
9. BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Continuada. Alfabetização e diversidade. **Programas e ações**. Brasília, DF: Ministério da Educação, 2010a. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=14578%3Aprograma-saude-nas-escolas&catid=194%3Asecad-educacao-continuada&Itemid=817>. Acesso em: 17 mar. 2010.
10. BRASIL. Portaria Interministerial nº 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**, Brasília, DF, n. 226, 26 nov. 2010b. Seção 1, p. 64.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 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**, Brasília, DF, n. 37, 25 fev. 2010c. Seção 1, p. 32.
 12. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 790, de 12 de abril de 2010. Altera a Portaria nº 3.146/GM, de 17 de dezembro de 2009, que estabelece recursos financeiros pela adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 abr. 2010d. Seção 1, p. 35.
 13. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n 1.537, de 15 de junho de 2010. Credencia Municípios para o recebimento de recursos financeiros pela adesão ao Programa Saúde na Escola - PSE, conforme a Portaria nº 3.146/GM, de 17 de dezembro de 2009. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 15 jun. 2010e. Seção 1, p. 83.
 14. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Instrutivo PSE**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011. xx p. il. (Série C. Projetos, programas e relatórios).
 15. CAMPOS, Gastão Wagner; BARROS, Regina Benevides de; CASTRO, Adriana Miranda de. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n.3, p. 745-749, jul./set. 2004.
 16. JUNQUEIRA, Luciano Prates. Intersetorialidade, transitoriedade e redes sociais na saúde. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 35-45, nov./dez. 2000.
 17. JUNQUEIRA, Luciano Prates. A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 1, p. 25-36, jan./abr. 2004.
 18. MENDES, Rosilda; BÓGUS, Cláudia Maria; AKERMAN, Marco. Agendas urbanas intersetoriais em quatro cidades de São Paulo. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n.1, p.47-55, jan./abr. 2004.
 19. MENDONÇA, Claunara. Schilling. [Entrevistas]. **Revista Brasileira Saúde da Família**, Brasília, DF, n. 20, p. 6-7, out./dez. 2008.
 20. MOYSÉS, Samuel Jorge; MOYSÉS, Simone Tetu; KREMPEL, Márcia Cristina. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 627-641, set. 2004.
 21. SILVA, Kenia Lara; RODRIGUES, Andreza Trevenzoli. Ações intersetoriais para promoção da saúde na estratégia Saúde da Família: experiências, desafios e possibilidades. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 63, n. 5, p. 762-769, set./out. 2010.

22. TEIXEIRA, Carmen Fontes; PAIM, Jairnilso Silva. Planejamento e programação de ações intersetoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, FGV, v. 34, n. 6, p. 63-80, nov. /dez. 2000.
23. WESTPHAL, Marcia Faria; MENDES, Rosilda. Cidade saudável: uma experiência de interdisciplinaridade e intersectorialidade. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, FGV, v. 34, n. 6, p. 47-61, nov./dez. 2000.
24. WESTPHAL, Márcia Faria. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; AL, E. (Ed.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo; Rio de Janeiro: HUCITEC/FIOCRUZ, 2006. p. 635-667.
25. WIMMER, Gert Ferreira; FIGUEIREDO, Gustavo de Oliveira. Ação coletiva para qualidade de vida: autonomia, transdisciplinaridade e intersectorialidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 145-154, jan./mar. 2006.

7 Conclusão

O objetivo geral da tese foi avaliar a intersetorialidade no Programa Saúde na Escola, para a qualificação das ações e para subsidiar estratégias de apoio à sua implementação no Brasil. A *Metodologia de Avaliação Rápida* se mostrou adequada ao objetivo do estudo, propiciando a vocalização dos atores envolvidos na implementação do PSE, aproximando a pesquisa acadêmica às necessidades emergidas dos serviços, e com isso possibilitando suporte à tomada de decisão. Das necessidades destes atores despontou a pergunta da avaliação.

Após o contexto apresentado, a fim de finalizar a tese, mas, não a discussão, retorna-se à pergunta da avaliação “*Como se dá a intersetorialidade no PSE?*”, respondida em cada produto da tese, porém, aqui sintetizada.

Os diplomas normativos do PSE analisados, no recorte de tempo deste estudo, evidenciam parceria entre os Setores Saúde e Educação em relação à maioria dos componentes que estruturam o Programa. Porém, são reveladas contradições como o protagonismo do Ministério da Saúde ao centralizar a coordenação da Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola, o financiamento das ações do Programa e o processo de adesão dos municípios. Ressalta-se que das seis portarias relativas à adesão ao PSE e aos recursos financeiros, todas tiveram como Órgão Emissor o Ministério da Saúde, as cinco primeiras foram assinadas apenas pelo Ministro da Saúde e somente a última portaria foi interministerial, logo, assinada também pelo Ministro da Educação. Este fato pode ter interferido no processo inicial de adesão ao PSE, pois destaca-se o Setor Saúde na iniciativa de incorporar o PSE nos municípios estudados, bem como, o seu protagonismo na tomada de decisões que pode ter sido influenciado pelo fato de que segundo as portarias, também os recursos financeiros para as ações do PSE partem do Ministério da Saúde. É natural que as Secretarias Estaduais e Municipais da Saúde, pela proximidade às portarias emitidas pelo Ministério da Saúde, centralizem a iniciativa de incorporar o Programa no município. Por se tratar de um Programa intersetorial as portarias deveriam ser interministeriais (MS e MEC), além de explicitar os recursos financeiros de responsabilidade do MS e MEC. Ainda, deveriam prever um processo compartilhado entre os dois Ministérios para a adesão dos municípios ao Programa, além de contemplar a alternância na coordenação da CIESE, manifestando equanimidade entre ambos os setores. Isto se faz importante, na medida em que os gestores

municipais/estaduais/Distrito Federal devem se fundamentar nos diplomas normativos do PSE para orientar suas ações.

Embora oficialmente a Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola seja coordenada pelo Ministério da Saúde, este fato não demonstra interferência no trabalho da Comissão, que assume uma coordenação compartilhada com tomada de decisões exercida de modo equânime. Observa-se que os gestores da coordenação nacional do PSE (MEC e MS) apresentam um amadurecimento das bases conceituais da intersectorialidade do PSE. Ao apontarem os desafios e as dificuldades do trabalho intersectorial no PSE demonstraram ter domínio técnico e uma visão ampla em relação aos arranjos intersectoriais do Programa. No âmbito nacional do PSE, das coordenações do MEC e MS, a intersectorialidade está em processo de consolidação. A CIESE atua numa proposta intersectorial.

Quanto às dificuldades do trabalho intersectorial no PSE, destaca-se a avaliação e o monitoramento do Programa. Estes devem ser motivo de incentivo às pesquisas que avaliem o Programa, bem como, de capacitação e suporte para que os gestores tenham meios de trabalhar com avaliação e monitoramento do PSE. Constata-se a necessidade de pesquisas avaliativas abordando ações intersectoriais no espaço escolar.

Ressalta-se, tanto pelos gestores nacionais quanto pelos gestores municipais/estaduais/Distrito Federal, a dificuldade de comunicação com e entre as redes de ensino municipais e estaduais. Evidencia-se a necessidade contínua de construção de estratégias que facilitem a comunicação, bem como, dos processos de capacitação dos atores envolvidos no Programa, a fim de proporcionar clareza conceitual para qualificar a discussão e o entendimento da proposta do PSE. A intersectorialidade envolve laços de confiança que exigem tempo.

Em relação aos gestores municipais/estaduais/Distrito Federal, estes, apresentam conhecimentos essenciais para o trabalho intersectorial, evidencia-se, no entanto, que os mesmos estão passando por um processo de aprendizagem que inclui capacidade de mudanças e superação do modelo antigo de gestão, fazendo-se necessário um ajuste conceitual para fortalecer este processo, que deve ser contemplado por meio de capacitações contínuas e permanentes para os gestores e profissionais envolvidos no PSE, o que já está previsto nas ações do Programa. É indispensável a construção de capacidades (individual, coletiva e institucional) para fazer as mudanças necessárias.

Na maior parte dos municípios estudados, não houve envolvimento dos estudantes e seus familiares na definição de prioridades, planejamento e programação das ações locais do PSE. Por representar um novo desenho da educação em saúde no país, é fundamental este envolvimento. Aqui cabe destacar a importância do trabalho no território de responsabilidade, pois, sem a participação de seus atores não é possível o desenvolvimento de um trabalho intersetorial. Porém, é necessário ressaltar o pioneirismo dos municípios estudados ao implementarem uma política inovadora, com a assunção de todos os encargos e mudanças consequentes. Também, deve-se considerar que o fator tempo é importante no processo avaliativo, pois, há mudanças nas condições sociais, nas políticas e nos contextos.

Destaca-se a Secretaria de Assistência Social na parceria com o PSE nos municípios. Importante potencializar esta parceria e estendê-la aos outros municípios participantes do Programa.

Constata-se que o PSE se integra com outras políticas e programas voltados à saúde escolar, bem como, que o Programa tem promovido cidadania e garantia dos direitos humanos.

O modelo de gestão do PSE possibilita a ação intersetorial, ainda que, o desafio da intersetorialidade nos três níveis do governo tenha sido destacado.

Evidencia-se a expansão do PSE, a gradual compreensão da sua base conceitual, investimentos nos municípios menos favorecidos do país, a expectativa da universalização do PSE para todos os municípios brasileiros, e temas de importância social na pauta das escolas.

A sustentabilidade do PSE, para além de um programa de governo em uma política de Estado, necessita do fortalecimento da inserção do PSE nos municípios, nos territórios de ação, na rotina das ESFs e escolas e nas metas do governo. Da mesma forma de financiamento com previsão e destinação orçamentária; autonomia, até mesmo para modificar o desenho inicial do Programa se for a necessidade da comunidade local. Também, da participação mais efetiva dos gestores e a ampliação das ESFs, equipes do PSE e do Programa Mais Educação.

Além disso, no momento em que as ações do Programa forem reconhecidas como indispensáveis, por gestores, profissionais, estudantes, pais e comunidade nos territórios de ação, e quando o comprometimento, dos vários atores envolvidos no Programa, se edificar no médio e longo prazos, o PSE terá grande probabilidade de se estabelecer como política de Estado.

Este estabelecimento implica na superação do modelo biomédico de atenção aos estudantes para uma proposta promotora de saúde, com a participação efetiva dos gestores, profissionais da ESF e da escola, e comunidade escolar (estudantes, pais, comunidade do entorno) no enfrentamento de suas necessidades específicas, proporcionando o trabalho com capacidades individuais e coletivas existentes. De tal maneira que demande até mesmo a ampliação das ESFs a fim de que mais escolas possam aderir ao PSE restringindo possíveis iniquidades entre os territórios contemplados ou não com o Programa.

Além disso, quando as ações do PSE contribuem para o desenvolvimento do território, bem como, para a assunção dos direitos humanos, do direito à saúde, do direito à educação integral, entre outros, o PSE irá ao encontro de seu estabelecimento como política de Estado.

É fundamental que os Setores Saúde e Educação trabalhem de forma intersetorial, visando à melhoria da qualidade de vida dos estudantes.

REFERÊNCIAS

1. AKERMAN, M.; MENDES, R.; BÓGUS, C. M.; WESTPHAL, M. F.; BICHIR, A.; PEDROSO, M. L. Avaliação em promoção da saúde: foco no “município saudável”. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 5, p. 636-646, out. 2002.
2. BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.
3. BRANDÃO, D. B.; SILVA, R. R.; PALOS, C. M. C. Da construção de capacidade avaliatória em iniciativas sociais: algumas reflexões. **Ensaio: avaliação e políticas Públicas em Educação**, v. 13, p. 361-374, jul./set. 2005.
4. BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 91.144, de 15 de março de 1985. Cria o Ministério da Cultura e dispõe sobre a estrutura, transferindo-lhe os órgãos que menciona, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 15 mar. 1985. Seção 1, coluna 2, p. 4773.
5. BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
6. BRASIL. Portaria Interministerial nº 749 de 13 de maio de 2005. Constitui a Câmara Intersetorial para a elaboração de diretrizes com a finalidade de subsidiar a Política Nacional de Educação em Saúde na Escola. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 maio 2005. Seção 1, p. 8.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A educação que produz saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 16 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
9. BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série E. Legislação de Saúde. Série Pactos pela Saúde, v. 4).
10. BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, p. 2, 5 dez. 2007.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Orientações sobre o Programa Saúde na Escola para a elaboração dos projetos locais**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/geral/orientacoes_pse.pdf Acesso em: 16 abr. 2009.
12. BRASIL. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 675, de 4 de junho de 2008. Institui a Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 ago. 2008. Seção1, p. 14.
13. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 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**, Brasília, DF, 24 set. 2008. Seção 1, p. 39.

14. BRASIL. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 1.399, de 14 de novembro de 2008. Designa os membros para compor a Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola - CIESE instituída pela Portaria nº 675, de 4 de junho de 2008. Estabelece como Coordenador Titular da Comissão o membro Titular da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde e como suplente o membro Titular da Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade do Ministério da Educação. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 17 nov. 2008. Seção 2, p. 10.
15. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.931, de 4 de dezembro de 2008. Altera a Portaria nº 1.861/GM, de 4 de setembro de 2008, que estabelece recursos financeiros pela adesão ao Programa Saúde na Escola - PSE e credencia Municípios para o recebimento desses recursos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 04 dez. 2008. Seção 1, p. 46.
16. BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade. **Programas e ações**. 2009. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=14578%3Aprograma-saude-nas-escolas&catid=194%3Asecad-educacao%3Aeducacao-continuada&Itemid=817>. Acesso em: 01 dez. 2009.
17. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 96 p.: il. (Série B. Textos Básicos de Saúde. Cadernos de Atenção Básica, n. 24).
18. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009. 480 p. + 1 CD-ROM (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).
19. BRASIL. Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade. **Programa Mais Educação: gestão intersetorial no território**. Brasília: 2009. 104 p. il. (Série Mais Educação).
20. BRASIL. Ministério da Saúde. **Informe da atenção básica**, Brasília, DF, a. 9, n. 55, nov./dez. 2009.
21. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 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**, Brasília, DF, n. 37, 25 fev. 2010. Seção 1, p. 32.
22. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 790, de 12 de abril de 2010. Altera a Portaria nº 3.146/GM, de 17 de dezembro de 2009, que estabelece recursos financeiros pela adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 abr. 2010. Seção 1, p. 35.

23. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n 1.537, de 15 de junho de 2010. Credencia Municípios para o recebimento de recursos financeiros pela adesão ao Programa Saúde na Escola - PSE, conforme a Portaria nº 3.146/GM, de 17 de dezembro de 2009. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 15 jun. 2010. Seção 1, p. 83.
24. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Mais saúde: direito de todos: 2008-2011**. 3. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 138 p. il. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).
25. BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Continuada. Alfabetização e diversidade. **Programas e ações**. Brasília, DF: Ministério da Educação, 2010. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=14578%3Aprograma-saude-nas-escolas&catid=194%3Asecad-educacao-continuada&Itemid=817>. Acesso em: 17 mar. 2010.
26. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Saúde na Escola**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/programa_saude_na_escola.php>. Acesso em: 14 abr. 2010.
27. BRASIL. Portaria Interministerial nº 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**, Brasília, DF, n. 226, 26 nov. 2010. Seção 1, p. 64.
28. BRASIL. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. **Resumo Técnico: Censo Escolar 2010**. Brasília, DF: MEC, 2010. Disponível em: <http://download.inep.gov.br/educacao_basica/censo_escolar/resumos_tecnicos/divulgacao_censo2010_revisao_04022011.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2011.
29. BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta de Ottawa**. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/05.pdf>>. Acesso em: 11 maio 2011.
30. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Saúde na Escola**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=14578%3Aprograma-saude-nas-escolas&catid=194%3Asecad-educacao-continuada&Itemid=817>. Acesso em: 30 mar. 2011.
31. BRASIL. Portaria Interministerial nº 1.910, de 08 de agosto de 2011. Estabelece o Termo de Compromisso Municipal como instrumento para o recebimento de recursos financeiros do Programa Saúde na Escola (PSE). **Diário Oficial da União**, n. 152, 9 ago. 2011. Seção 1, p. 49.
32. 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**, n. 152, 9 ago. 2011. Seção 1, p. 59.

33. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Instrutivo PSE**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011. xx p. il. (Série C. Projetos, programas e relatórios).
34. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Disponível em:
< http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf.php >
Acesso em: 28 jul. 2011.
35. BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Básica. **Programa Saúde na Escola**. 2012. Disponível em:
<http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=16796&Itemid=1128> Acesso em: 3 jan. 2012.
36. BYDLOWSKI, C. R.; WESTPHAL, M. F.; PEREIRA, I. M. T. B. Promoção da saúde. Porque sim e porque ainda não! **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 1, p. 14-24, jan./abr. 2004.
37. CAMPOS, G.W.; BARROS, R.B.; CASTRO, A.M. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n.3, p. 745-749, jul./set. 2004.
38. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. **Relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em:
http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf. Acesso: 9 jul. 2009.
39. COSTA, A. M.; PONTES, A. C. R.; ROCHA, D. G. Intersetorialidade na produção e promoção da saúde. In: CASTRO, A.; MALO, M. **SUS: ressignificando a promoção da saúde**. São Paulo: Hucitec: OPAS, 2006. p. 97-115.
40. COMERLATTO, D. et al. Gestão de políticas públicas e intersetorialidade: diálogo e construções essenciais para os conselhos municipais. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 10, p. 265-271, jul./dez. 2007.
41. DESLANDES, S. F. Trabalho de campo: construção de dados qualitativos e quantitativos. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. 244 p. 157-184.
42. FERREIRA, I. R. C.; MOYSÉS, S. T.; MOYSÉS, S. J. Avaliação da efetividade da intersetorialidade na implementação do Programa Saúde na Escola: uma proposta metodológica. In: SEMINÁRIO BRASILEIRO DE EFETIVIDADE DA PROMOÇÃO DA SAÚDE. 3., 2011. **Anais...: resumo pôster**. Rio de Janeiro, 2011. 1 CD-ROM.

43. FRANCO DE SÁ, R.; MOYSÉS, S. T. O processo avaliativo em Promoção de Saúde como estratégia de empoderamento e de desenvolvimento de capacidades. **Boletim Técnico do Senac**: a revista da educação profissional, v. 35, n. 2, p. 29-35, maio/ago. 2009.
44. GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2009.
45. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010**: resultados preliminares do universo. Brasília, DF: IBGE, 2011.
46. INTERNATIONAL UNION FOR HEALTH PROMOTION AND EDUCATION (IUHPE). **Construindo escolas promotoras de saúde**: directrizes para promover a saúde em meio escolar. Versão 2 do documento anterior denominado "Protocolos e directrizes para as escolas promotoras de saúde" 2009. Disponível em: <
http://www.iuhpe.org/uploaded/Publications/Books_Reports/HPS_GuidelinesII_2009_Portuguese.pdf>. Acesso em: 3 mar. 2011.
47. IPPOLITO-SHEPHERD, J; CERQUEIRA M. T. **Las escuelas promotoras de la salud en las Américas**: una iniciativa regional. FNA, a. 33, p. 19-26, 2003.
48. IPPOLITO-SHEPHERD, J. **Escolas promotoras de saúde**: fortalecimento da iniciativa regional estratégias e linhas de ação 2003-2012. Washington, D.C: OPAS, 2006. 72 p. (Série Promoção da Saúde; n. 4).
49. JUNQUEIRA, L. P. Intersetorialidade, transitoriedade e redes sociais na saúde. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 35-45, nov./dez. 2000.
50. JUNQUEIRA, L. P. A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 1, p. 25-36, jan./abr. 2004.
51. JUSTICIA, J. M. **Análisis cualitativo de datos textuales con ATLAS.TI 5**. Barcelona, España: Universitat Autònoma de Barcelona, 2005.
52. MAGALHÃES, R.; BODSTEIN, R. Avaliação de iniciativas e programas intersetoriais em saúde: desafios e aprendizados. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 861-868, maio/jun. 2009.
53. MENDES, R.; BÓGUS, C. M.; AKERMAN, M. Agendas urbanas intersetoriais em quatro cidades de São Paulo. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n.1, p.47-55, jan/abr. 2004.
54. MENDONÇA, C. S. [Entrevistas]. **Revista Brasileira Saúde da Família**, Brasília, DF, n. 20, p. 6-7, out./dez. 2008.
55. MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 6. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1999. 269 p.
56. MINAYO, Maria C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 7. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2000. 269 p.

57. MOLL, J. Entrevistas. **Revista Brasileira Saúde da Família**, Brasília, n. 20, p. 6 - 7, 01 out./dez. 2008.
58. MORETTI, A. C. et al. Intersetorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba (PR). **Ciência & Saúde Coletiva** [online], Rio de Janeiro, v.15, suppl.1, p. 1827-1834, jan. 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000700095>>. Acesso em: 28 jul. 2011.
59. MOSTRA NACIONAL DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA, 1.; MOSTRA NACIONAL DE SAÚDE E PREVENÇÃO NAS ESCOLAS, 4., 2010. **Anais...** Brasília, DF: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2010. Disponível em: <<http://sistemas.aids.gov.br/saudenaescola2010/>>. Acesso em: 6 out. 2010.
60. MOYSÉS, S. J.; MOYSÉS, S. T.; KREMPEL, M. C. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 627-641, set. 2004.
61. MOYSÉS, S. T. A importância das ações de prevenção e promoção à saúde bucal para a comunidade escolar. **Revista Brasileira Saúde da Família**, Brasília, a. 9, p. 70-74, out./dez. 2008.
62. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Escolas Promotoras de Saúde: fortalecimento da Iniciativa Regional. Estratégias e Linhas de Ação 2003-2012**. Washington, DC: OPAS, 2003. (Série Promoção da Saúde; n. 4).
63. PALMAS (TO): Estado promotor da saúde. Escolas Promotoras de Saúde e Estratégia Saúde da Família Ação Intersetorial exitosa. **Revista Brasileira Saúde da Família**. Brasília, n.11, p. 7-13, jul./set. 2006.
64. PEDROSA, J. I. D. S. Perspectivas na avaliação em promoção da saúde: uma abordagem institucional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 616-626, jul./set. 2004.
65. PEDROSA, J. I. S. Educação Popular e Promoção da Saúde: bases para o desenvolvimento da escola que produz saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 272 p. (Série Promoção da Saúde; n. 6).
66. PERIAGO, M. R. Prólogo. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 9. (Série Promoção da Saúde; n. 6).
67. POLAND, B.; FROHLICH, K. L.; CARGO, M. Context as a fundamental dimension of health evaluation. In: POTVIN, L.; MCQUEEN, D. **Health promotion evaluation practices in the Americas**. Springer: New York, 2008.
68. POTVIN, L. On the nature of programs: health promotion programs as action. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 731-738, jul./set. 2004.

69. RANGEL-S, M. L. Dengue: educação, comunicação e mobilização na perspectiva do controle - propostas inovadoras. **Interface, Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, SP, v. 12, n. 25, p. 433-441, abr./jun. 2008.
70. ROMAN, A.R.; FRIEDLANDER, M.R. Revisão integrativa de pesquisa aplicada à enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v. 3, n.2, p. 109-112, jul./dez. 1998.
71. RYCHETNIK, L. et al. Criteria for evaluating evidence on public health interventions. (Theory and Methods). **Journal of Epidemiology & Community Health**, v. 56, n. 2, p. 119-127, 2002. Disponível em: <<http://jech.bmi.com/content/56/2/119.full.pdf+html>>. Acesso em: 24 feb. 2011.
72. SALAZAR, L. de. **Evaluación de efetividad en promoción de la salud**: guía de evaluación rápida. Santiago de Cali: CEDETES/CDC/OPS, 2004. 207 p.
73. SALAZAR, L. de; 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 & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 545-555, jul./sep. 2004.
74. SALAZAR, L. de. **Efectividad en promoción de La salud Y salud pública**: reflexiones sobre La práctica en América Latina y propuestas de cambio. Santiago de Cali, Colômbia: Programa Editorial Del Valle. Colômbia, 2009. 396 p.
75. SALAZAR, L. de. **Reflexiones y posiciones alrededor de La evaluación de intervenciones complejas**. Santiago de Cali, Colômbia: Programa Editorial Universidad Del Valle, 2011.
76. SILVA, K. N. L.; RODRIGUES, A. T. Ações intersetoriais para promoção da saúde na estratégia Saúde da Família: experiências, desafios e possibilidades. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília. DF, v. 63, n. 5, p. 762-769, set./out. 2010.
77. SILVA, C. S.; DELORME, M. I. C.. Apresentação das experiências. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Escolas promotoras de saúde**: experiências do Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. 272 p. (Série Promoção da Saúde; n. 6).
78. SILVA, C. S.; DELORME, M. I. C. Apresentação das experiências. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Escolas promotoras de saúde**: experiências do Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 304 p. (Série Promoção da Saúde; n. 6).
79. TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S. Planejamento e programação de ações intersetoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, FGV, v. 34, n. 6, p. 63-80, nov. /dez. 2000.
80. UNESCO. **Declaração de Cochabamba**: educação para todos: cumprindo nossos compromissos coletivos. Cochabamba, Bolívia: UNESCO, 2001.

81. VASCONCELOS, E.M. **Educação popular nos serviços de saúde**. 3.ed. São Paulo: HUCITEC, 1997.
82. VASCONCELOS, E.M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. São Paulo: HUCITEC, 1999.
83. VASCONCELOS, E. M. Redefinindo as práticas de saúde a partir da educação popular nos serviços de saúde. *In*: VASCONCELOS, E. M. **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde**. São Paulo: Hucitec, 2001.
84. WESTPHAL, M. F.; MENDES, R. Cidade saudável: uma experiência de interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, FGV, v. 34, n. 6, p. 47-61, nov./dez. 2000.
85. WESTPHAL, M. F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. *In*: CAMPOS, G. W. D. S.; AL, E. (Ed.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo; Rio de Janeiro: HUCITEC/FIOCRUZ, 2006. p. 635-667.
86. WHITTEMORE, R; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing** v. 52, n. 5, p. 546-553, nov./dez. 2005.
87. WIMMER, G. F.; FIGUEIREDO, G. D. O. Ação coletiva para qualidade de vida: autonomia, transdisciplinaridade e intersetorialidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 145-154, jan./mar. 2006.

APÊNDICE A PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ

**Núcleo de Bioética
Comitê de Ética em Pesquisa
Ciência com Consciência**

PARECER CONSUBSTANCIADO DE PROTOCOLO DE PESQUISA

Parecer Nº **0003889/10**

Protocolo CEP Nº **5345**

Título do projeto **Avaliação da efetividade da implementação do programa saúde na escola em municípios brasileiros**

Grupo **III**
Versão **9**

Protocolo CONEP **0462.0.084.000-09**

Pesquisador responsável **Izabel do Rocio Costa Ferreira**

Instituição **PUCPR**

Objetivos

Objetivos

- Avaliar a efetividade da Implantação do Programa Saúde na Escola em municípios brasileiros, com foco na intersectorialidade.
- Descrever a construção coletiva, entre profissionais da saúde e da educação, dos projetos propostos.
- Analisar como se dá a intersectorialidade na construção dos projetos locais.

Comentários e considerações

Serão coletados dados por meio de entrevistas com os participantes chaves representantes de cada região do Brasil, total 35.

Termo de consentimento livre e esclarecido e/ou Termo de compromisso para uso de dados.

TCLE - Adequado conforme resolução 196/96.

Recomendações

Orçamento - informar e encaminhar ao CEP o resultado da solicitação da Fundação Araucária.

Conclusões

Aprovado, de acordo com as determinações da RES. 196/96, do CNS.

Devido ao exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa da PUCPR, de acordo com as exigências das Resoluções Nacionais 196/96 e demais relacionadas a pesquisas envolvendo seres humanos, em reunião realizada no dia: **12/05/2010**, manifesta-se por considerar o projeto **Aprovado**.

Situação Aprovado

Lembramos aos senhores pesquisadores que, no cumprimento da Resolução 196/96, o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deverá receber relatórios anuais sobre o andamento do estudo, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância, além do envio dos relatos de eventos adversos, para conhecimento deste Comitê. Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do estudo.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP-PUCPR de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificado e as suas justificativas.

Se a pesquisa, ou parte dela for realizada em outras instituições, cabe ao pesquisador não iniciá-la antes de receber a autorização formal para a sua realização. O documento que autoriza o início da pesquisa deve ser carimbado e assinado pelo responsável da instituição e deve ser mantido em poder do pesquisador responsável, podendo ser requerido por este CEP em qualquer tempo.

Curitiba, 12 de Maio de 2010.


Prof. MSc. Naim Akel Filho
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
PUC PR

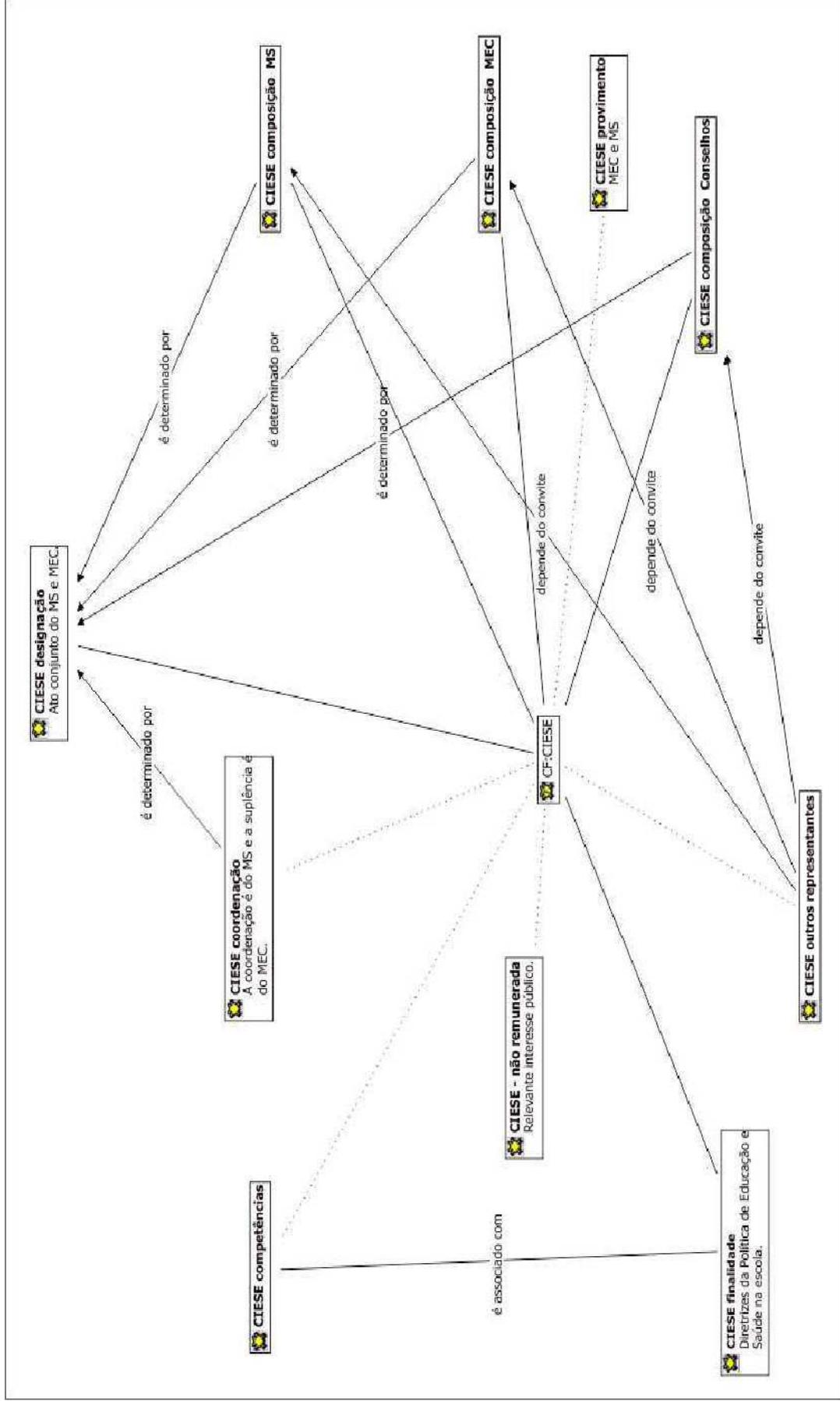
SUBMISSÃO ONLINE

Você já pode submeter o seu projeto em qualquer versão, via internet.

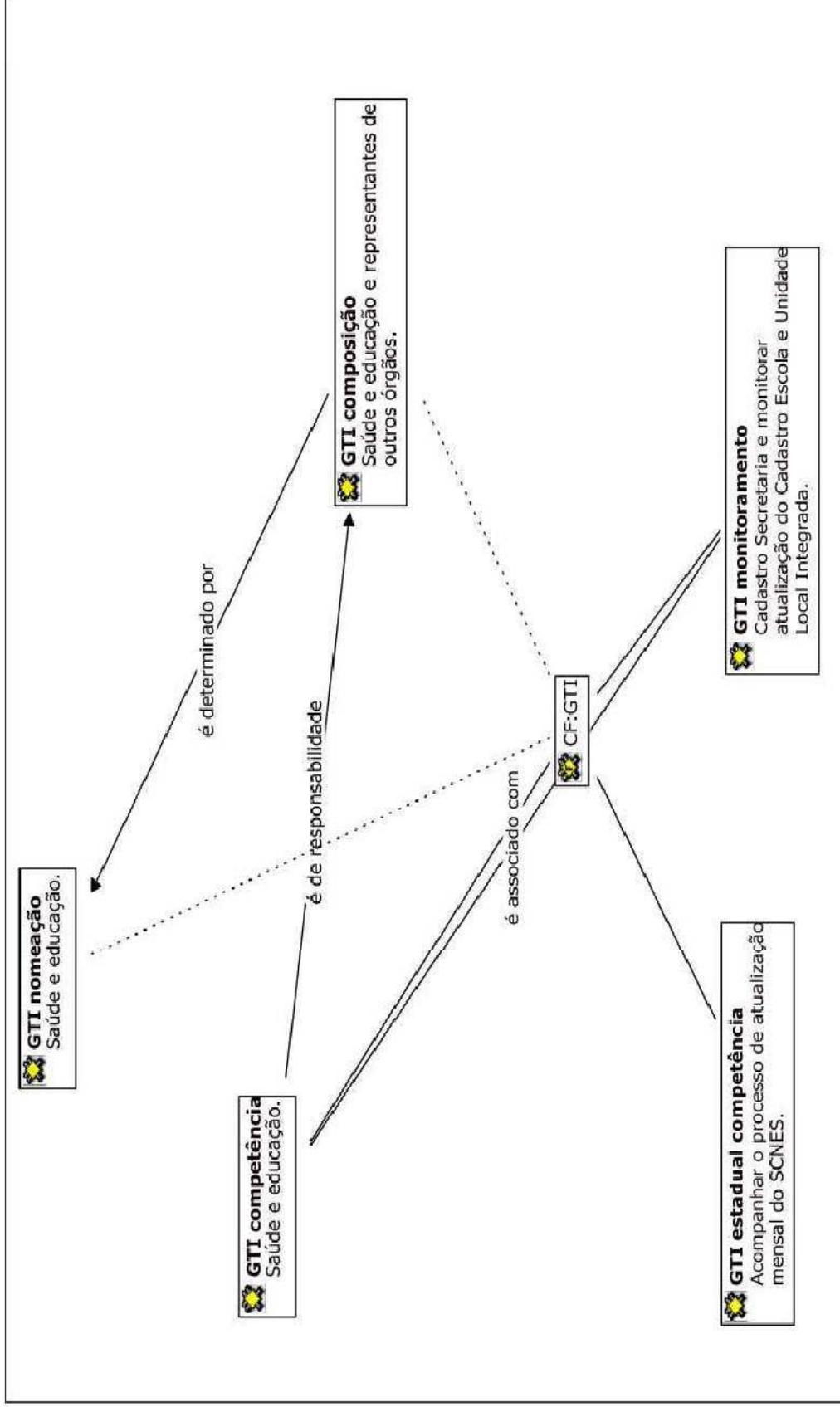
Acesso: www.pucpr.br/cep



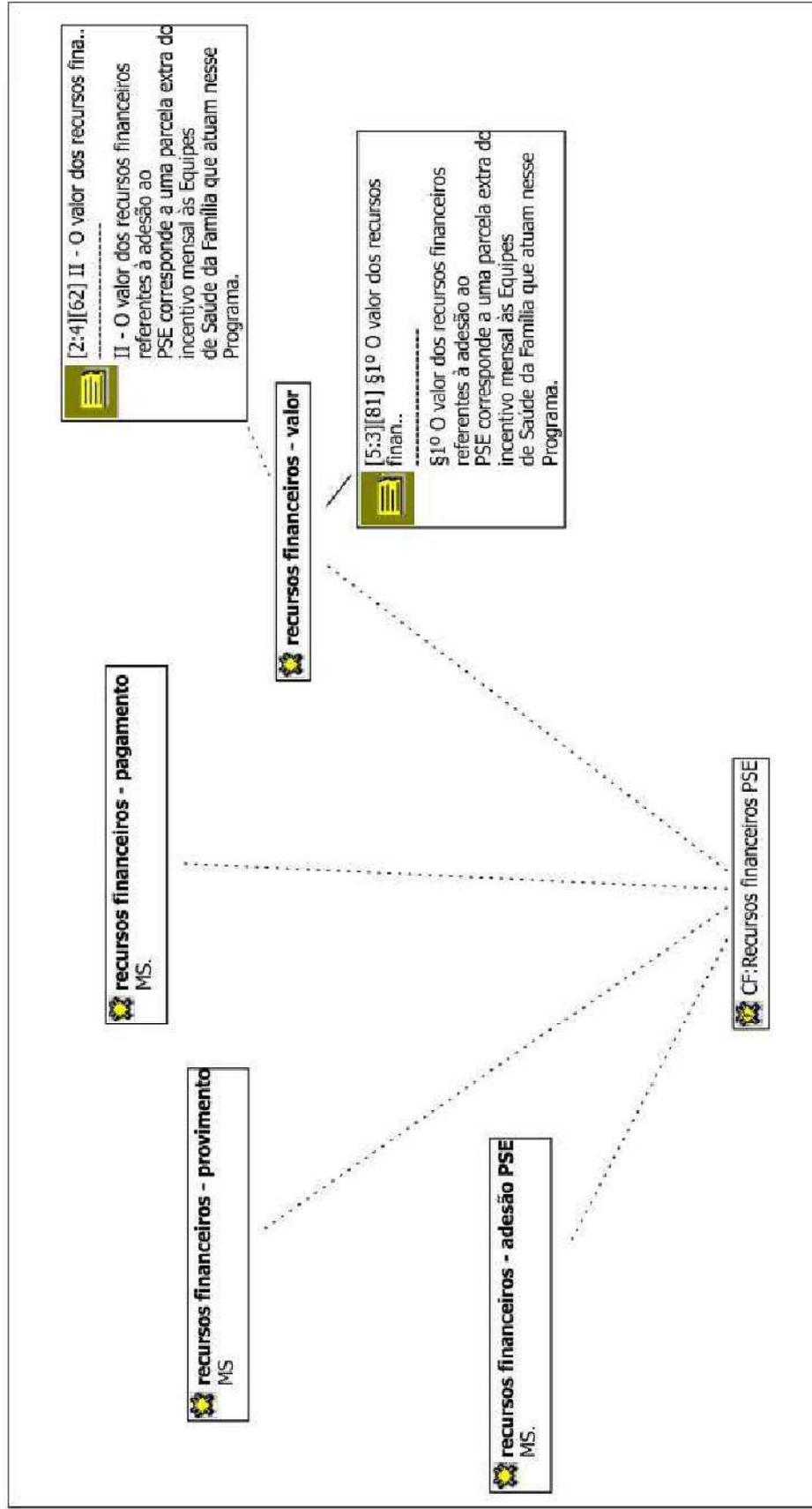
APÊNDICE B TEIA RESULTANTE DA ANÁLISE DE CÓDIGOS QUE COMPÕEM A FAMÍLIA CIESE



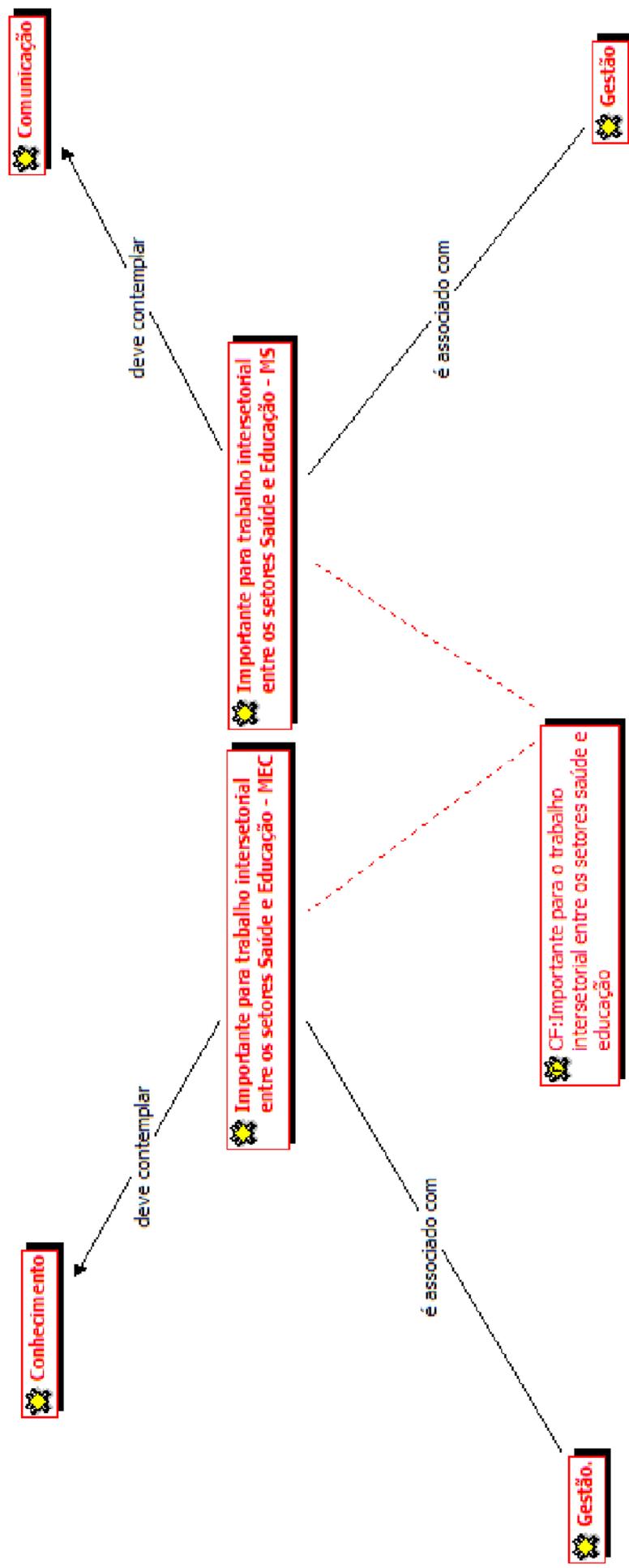
APÊNDICE C TEIA RESULTANTE DA ANÁLISE DE CÓDIGOS QUE COMPÕEM A FAMÍLIA GTI



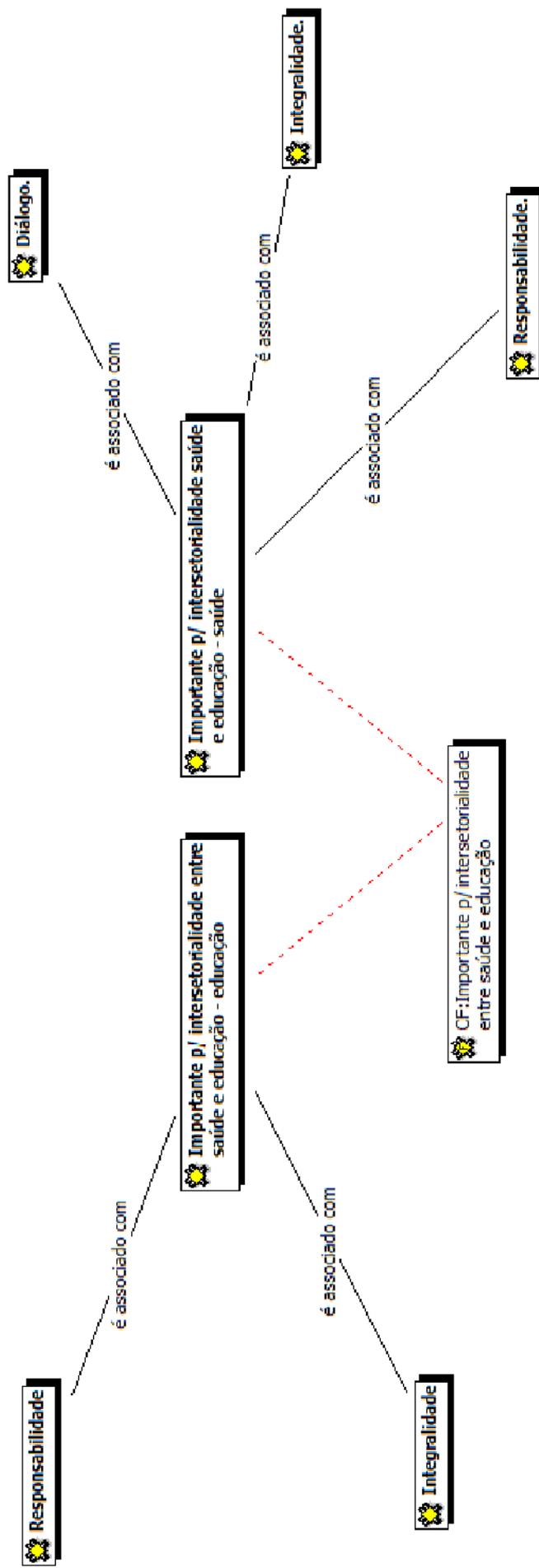
APÊNDICE D CÓDIGOS QUE COMPÕEM A FAMÍLIA RECURSOS FINANCEIROS



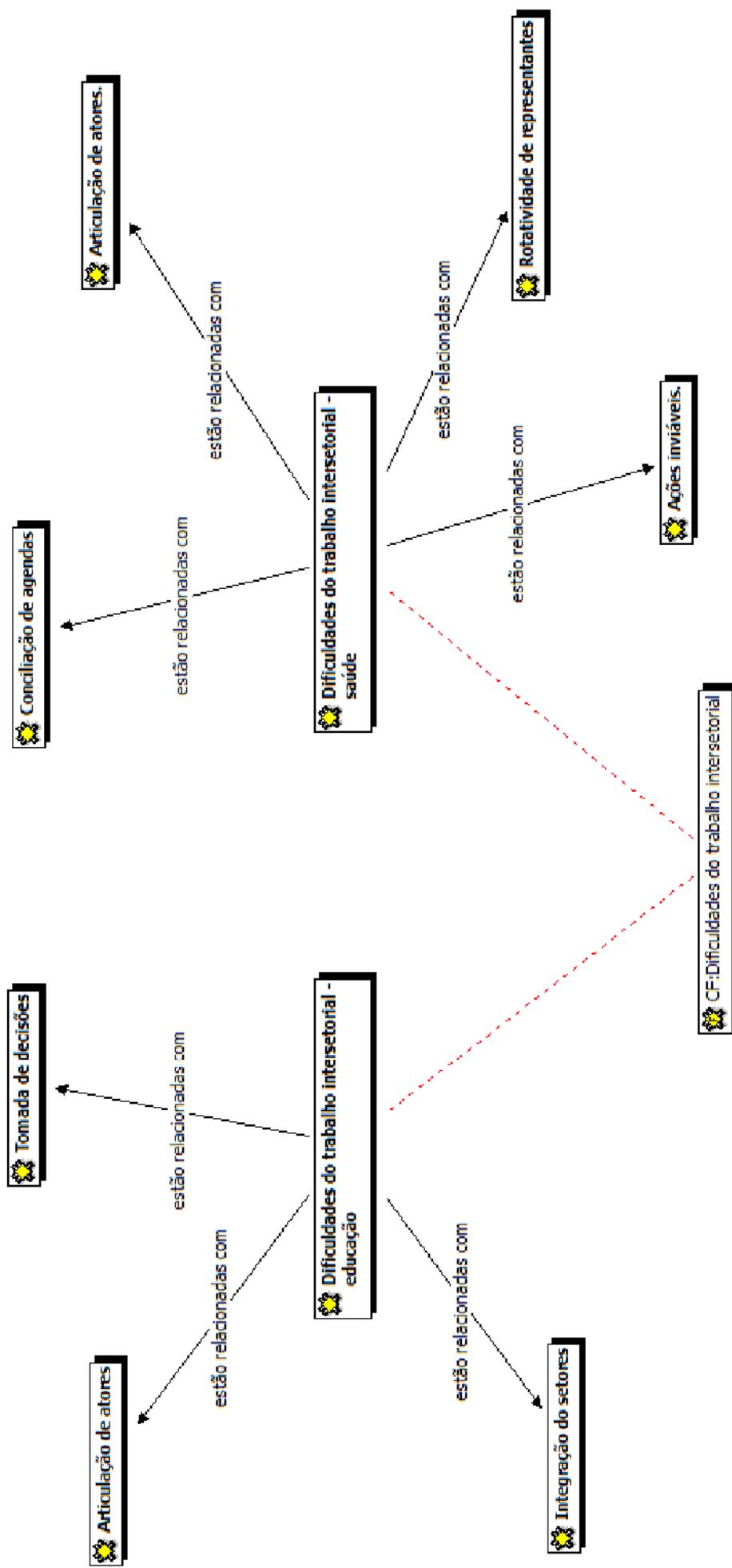
APÊNDICE E TEIA RESULTANTE DA ANÁLISE DOS INDICADORES QUE COMPÕE O QUE É IMPORTANTE PARA O TRABALHO INTERSETORIAL ENTRE OS SETORES SAÚDE E EDUCAÇÃO



APÊNDICE F TEIA RESULTANTE DA ANÁLISE DE INDICADORES QUE COMPÕEM O QUE É IMPORTANTE PARA A INTERSETORIALIDADE ENTRE OS SETORES SAÚDE E EDUCAÇÃO



APÊNDICE G TEIA RESULTANTE DA ANÁLISE DE INDICADORES QUE COMPÕEM AS DIFICULDADES DO TRABALHO INTERSETORIAL NO PSE



APÊNDICE H QUESTIONÁRIO ELETRÔNICO PARA REPRESENTANTES DA COORDENAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA DO MS E MEC

Questionário eletrônico para representantes da coordenação do Programa Saúde na Escola (PSE) do Ministério da Saúde (MS) e do Ministério da Educação (MEC).

*Obrigatório

1) Que setor você representa no PSE ? *

- Educação
- Saúde

2) Área de atuação: *

- Educação
- Saúde

3) Há quanto tempo você atua no PSE ? *

0 1 2 3 4

Anos	<input type="checkbox"/>						
------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--	--

Mês(es) *

4) Qual sua formação ? * (Marque e complete quantas alternativas forem necessárias à resposta).

- Graduação
- Especialização
- Mestrado
- Doutorado
- Outro

Graduação em:

Especialização em:

Mestrado em:

Doutorado em:

Outro

5) Você participa ou já participou da Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola (CIESE) ? *

- Sim
- Não

6) Se a sua resposta foi não, você se considera capaz de responder questões sobre a CIESE ?

- Sim
- Não

Tecnologia [Google Docs](#) [Denunciar abuso](#) - [Termos de Serviço](#) - [Termos Adicionais](#)

Questionário eletrônico para representantes da coordenação do Programa Saúde na Escola (PSE) do Ministério da Saúde (MS) e do Ministério da Educação (MEC).

***Obrigatório**

7) Que setores você identifica que são representados na CIESE ? (Marque quantas alternativas forem necessárias à resposta). * No caso de selecionar outro como resposta, especifique o representante.

- Ministério da Saúde
- Ministério da Educação
- Conselho Nacional de Secretários de Saúde
- Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
- Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Educação
- União Nacional de Dirigentes Municipais de Educação
- Outro:

8) Quem coordena a CIESE ? * No caso de selecionar outro como resposta, especifique o representante

- Representante do MS
- Representante do MEC

- Outro:

9) Está prevista a alternância na coordenação da CIESE ? *

- Sim
- Não
- Não sei

Se a sua resposta foi sim, explique de que forma se dá a alternância.

Se a sua resposta foi não, explique se este fato gera algum tipo de conflito na CIESE.

10) Qual é a frequência das reuniões da CIESE ? * No caso de selecionar outro como resposta, especifique.

- Semanal
- Quinzenal
- Mensal
- Bimestral
- Semestral
- Outro:

11) Você considera que a tomada de decisões na CIESE é feita de forma equânime em relação à representação dos setores participantes ? *

- Sim
- Não
- Não sei

Se a sua resposta foi não, justifique-a.

« Voltar Continuar »

Tecnologia [Google Docs](#) [Denunciar abuso](#) - [Termos de Serviço](#) - [Termos Adicionais](#)

2 QUESTIONÁRIO ELETRÔNICO PARA REPRESENTANTES DA COORDENAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE) DO MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS) E DO MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO (MEC).

*Obrigatório

12) Quais os tipos de ferramentas ou instrumentos de comunicação são utilizados entre os componentes da CIESE ? * Marque quantas alternativas forem necessárias à resposta / No caso de selecionar outro como resposta, especifique.

- E-mail
- Cartas
- Memorial de Reuniões
- Atas
- Telefonemas
- Redes Sociais (Orkut, Messenger, Twitter, Facebook, etc.)
- Outro:

2.1 13) EM SITUAÇÕES DE DIVERGÊNCIA NA CIESE, QUAIS ESTRATÉGIAS SÃO UTILIZADAS ?

Cite até duas estratégias.

Estratégia 1 *

Estratégia 2

14) Além dos setores representados na CIESE, quais outros setores se envolvem intersetorialmente com o PSE ? * Especifique sua resposta nos campos abertos

- Outro(s) setor(es) governamental (ais)
- Organizações não-governamentais
- Outro(s)

Outro(s) setor(es) governamental (ais). Qual (ais) ?

Organizações não-governamentais. Qual (ais) ?

Outro (s). Qual (ais) ?

2.2 15) O QUE VOCÊ CONSIDERA IMPORTANTE PARA O DESENVOLVIMENTO DE UM TRABALHO INTERSETORIAL ENTRE O SETOR SAÚDE E O SETOR EDUCAÇÃO ?

Até dois itens

Item 1 *



Item 2



16) O modelo de gestão do Setor Saúde possibilita a ação intersectorial ? * Justifique sua resposta

- Sim
- Não
- Não sei

Justificativa da resposta à pergunta 16 *



17) O modelo de gestão do Setor Educação possibilita a ação intersectorial ? * Justifique sua resposta

- Sim
- Não
- Não sei

Justificativa da resposta à pergunta 17 *



18) O modelo de gestão do PSE possibilita a ação intersetorial ? * Justifique sua resposta

- Sim
- Não
- Não sei

Justificativa da resposta à pergunta 18 *



19) A gestão dos recursos do PSE é feita de forma intersetorial *

- Concordo totalmente
- Concordo parcialmente
- Concordo
- Não sei precisar
- Discordo
- Discordo totalmente

2.3 20) CITE ATÉ DUAS FACILIDADES DO TRABALHO INTERSETORIAL NO PSE.

Facilidade 1 * Facilidade 2

2.4 21) CITE ATÉ DUAS DIFICULDADES DO TRABALHO INTERSETORIAL NO PSE.

Dificuldade 1 * Dificuldade 2

22) As capacitações para o PSE que ocorreram no âmbito nacional foram suficientes para que os profissionais da saúde se apropriassem da linguagem dos profissionais da educação, e para que os profissionais da educação se apropriassem da linguagem dos profissionais da saúde, visando uma melhor integração para o desenvolvimento do Programa. *

- Concordo totalmente
- Concordo parcialmente
- Concordo
- Não sei precisar
- Discordo
- Discordo totalmente

23) As capacitações para o PSE que ocorreram no âmbito nacional foram suficientes para que os profissionais da saúde e da educação compreendessem as bases estruturais do PSE. *

- Concordo totalmente
- Concordo parcialmente

- Concordo
- Não sei precisar
- Discordo
- Discordo totalmente

2.5 24) IDENTIFIQUE ATÉ DUAS ESTRATÉGIAS QUE FAVORECEM O ENVOLVIMENTO ENTRE PROFISSIONAIS DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO NAS AÇÕES DO PSE.

Estratégia 1 *

Estratégia 2

25) Como é feito o monitoramento e avaliação das ações do PSE em nível nacional ?

*

26) Como você avalia o desenvolvimento do PSE hoje, em nível nacional ? Quais os ganhos/avanços? Quais as principais dificuldades? *

27) O PSE tem promovido a cidadania e a garantia de direitos humanos nos territórios de atuação. *

- Concordo totalmente

- Concordo parcialmente
- Concordo
- Não sei precisar
- Discordo
- Discordo totalmente

2.6.28) A SUSTENTABILIDADE DO PSE DEVERIA GARANTIR QUE ESTE SE CONSTITUÍSSE PARA ALÉM DE UM PROGRAMA DE GOVERNO, EM UMA POLÍTICA DE ESTADO. APONTE ATÉ DUAS ESTRATÉGIAS QUE VOCÊ CONSIDERA IMPORTANTES PARA A SUSTENTABILIDADE DO PSE COMO POLÍTICA DE ESTADO.

Estratégia 1 *

Estratégia 2

« Voltar

Enviar

Tecnologia [Google Docs](#) [Denunciar abuso](#) - [Termos de Serviço](#) - [Termos Adicionais](#)

APÊNDICE I QUESTIONÁRIO ELETRÔNICO PARA REPRESENTANTES DO PROGRAMA NA ESCOLA DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO DOS MUNICÍPIOS

Questionário eletrônico para representantes do Programa Saúde na Escola (PSE) da saúde e da educação dos municípios.

***Obrigatório**

1) Que setor você representa no PSE ? *

- Educação
- Saúde

2) Há quanto tempo você atua no PSE ? *

0 1 2 3 4

Anos	<input type="checkbox"/>					
------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--

Mês(es) *

3) Qual sua formação ? * Marque e complete quantas alternativas forem necessárias à resposta

- Graduação
- Especialização
- Mestrado
- Doutorado
- Outro

Graduação em:

Especialização em:

Mestrado em:

Doutorado em:

Outro

3) Que setor(es) tomou(aram) a iniciativa de incorporar o PSE no município ? * Marque quantas alternativas forem necessárias à resposta. Caso marque outro, especificar sua resposta.

- Educação
- Saúde
- Outro(s)

Se você marcou outro(s) na pergunta anterior, especifique sua resposta - outro(s),

Qual(is) ? 

4) Na proposta estrutural do PSE cada município deveria constituir um Grupo de Trabalho Intersectorial (GTI). Como foi instituído o GTI no seu município ? *



5) Você participa ou já participou do GTI do seu município ? * Caso marque outro(s), especificar sua resposta.

- Sim
- Não

6) Que setores estão representados no GTI no seu município. * Marque quantas alternativas forem necessárias à resposta

- Saúde
- Educação
- Universidade
- Outro(s)

Se você marcou outro(s) na pergunta anterior, especifique sua resposta - outro(s),

Qual(is) ? 

7) Quem coordena o GTI no seu município ? * Se sua resposta for outro, especifique quem.

- Saúde
- Educação
- Outro:

8) Há alternância na coordenação do GTI? *

- Sim
- Não
- Não sei

Se a sua resposta foi não para a pergunta anterior, explique se este fato gera algum

tipo de conflito no GTI.

▲

▼

◀

▶

9) Das competências listadas abaixo marque aquelas que estão sendo assumidas pelo GTI do seu município. * Marque quantas alternativas forem necessárias à resposta

- Realização do diagnóstico situacional que compreenda questões referentes aos determinantes sociais, ao cenário epidemiológico e às modalidades de ensino das escolas que estão no espectro de atuação das equipes de Saúde da Família que atuam no PSE
- Mapeamento da rede do SUS na Estratégia Saúde da Família e da rede de escolas federais, estaduais e municipais, criando territórios de responsabilidade, ou seja, estabelecendo espaços comuns para atuação de escolas e equipes de saúde.
- Identificação de cada instituição integrante do PSE, quantificação do número de escolas, de alunos de cada escola e as questões prioritárias do perfil desses estudantes.
- Definição dos responsáveis das áreas de saúde e educação pelo acompanhamento do projeto municipal dentro de cada território de responsabilidade.
- Definição do professor responsável pela articulação das ações de prevenção e promoção da saúde na escola.
- Definição das atribuições conjuntas das equipes de Saúde da Família e das escolas.

- Programação das atividades do PSE que deverão ser incluídas no Projeto Político Pedagógico de cada uma das escolas.
- Proposta de funcionamento do GTI, periodicidade de reuniões e integrantes.
- Plano de Ação Local.
- Elaboração do projeto do PSE municipal.
- Elaboração do termo de adesão ao PSE.
- Identificação em campo específico, no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), das equipes de Saúde da Família que atuam ou atuarão no PSE.
- Alimentação do Cadastro Secretaria com as informações solicitadas, acompanhamento e monitoramento do preenchimento e a atualização dos Cadastros Escola e Unidade Local Integrada, no endereço eletrônico <http://simec.mec.gov.br>.
- Outro(s)

Se você marcou outro(s) na pergunta anterior, especifique sua resposta - outro(s),

Qual(is) ?

10) Qual a frequência das reuniões do GTI no seu município? (Marque somente uma alternativa). *

- Semanal
- Quinzenal
- Mensal
- Bimestral
- Outro:

11) Para que o GTI possa cumprir com suas atribuições presume-se a importância de um grupo coeso e comprometido. Há rotatividade de representantes nas reuniões e nas outras atividades do GTI no seu município ? *

- Sim
- Não

12) Cite até dois mecanismos de controle da rotatividade de representantes no GTI

Até dois itens

Mecanismo 1 *



Mecanismo 2

[Continuar »](#)Tecnologia [Google Docs](#) [Denunciar abuso](#) - [Termos de Serviço](#) - [Termos Adicionais](#)**Questionário eletrônico para representantes do Programa Saúde na Escola (PSE) da saúde e da educação dos municípios.*****Obrigatório**

13) Você considera que a tomada de decisões no GTI do seu município é feita de forma equânime em relação à representação dos setores participantes ? * Se sua resposta for não, justificar.

- Sim
- Não

Se a sua resposta foi não para a pergunta anterior, justifique-a:



14) Quais os tipos de ferramentas ou instrumentos de comunicação são utilizados entre os componentes do GTI no seu município ? * Marque quantas alternativas forem necessárias à resposta

- E-mail
- Cartas
- Memorial de reuniões
- Atas
- Telefonemas
- Redes sociais (Orkut, Messenger, Twitter, Facebook, etc.)
- Outro:

15) Em situações de divergência no GTI, quais estratégias são utilizadas. Cite até duas estratégias.

Estratégia 1 *

Estratégia 2

16) O que você considera importante para o desenvolvimento de um trabalho intersetorial entre o Setor Saúde e o Setor Educação ?

Item 1 *

Item 2

17) O modelo de gestão do setor Saúde possibilita a ação intersetorial ? * Marque somente uma alternativa e justifique-a

- Sim
- Não
- Não sei

Justifique a resposta da pergunta anterior *



18) O modelo de gestão do setor Educação possibilita a ação intersectorial ? * Marque somente uma alternativa e justifique-a

- Sim
- Não
- Não sei

Justifique a resposta da pergunta anterior *



19) O modelo de gestão do PSE possibilita a ação intersectorial ? * Marque somente uma alternativa e justifique-a

- Sim
- Não
- Não sei

Justifique a resposta da pergunta anterior *



20) Cite até duas facilidades do trabalho intersectorial

Facilidade 1 *

Facilidade 2 **21) Cite até duas dificuldades do trabalho intersetorial.**Dificuldade 1 * Dificuldade 2

22) Houve capacitação, no seu município, para que os profissionais da saúde se apropriassem da linguagem dos profissionais da educação, e para que os profissionais da educação se apropriassem da linguagem dos profissionais da saúde ? *

- Sim
- Não
- Não sei

23) Houve capacitação, no seu município, para que os profissionais da saúde e da educação compreendessem as bases estruturais do PSE ? *

- Sim
- Não
- Não Sei

24) Além da Educação e da Saúde, quais outros setores se envolvem intersetorialmente nas ações desenvolvidas pelo PSE, no seu município ? *

- Outro(s) setore(es) governamental(ais)
- Organizações não-governamentais.
- Nenhum outro setor
- Outro:

Outro(s) setor(es) governamental(ais). Qual(ais)?

▲

▼

◀

▶

Organizações não-governamentais. Qual(ais) ?

25) Os estudantes e seus familiares foram envolvidos na definição de prioridades, planejamento e programação das ações do PSE local ? *

- Sim
- Não
- Não sei

26) De que forma foi o envolvimento ? *

« Voltar Continuar »

Tecnologia [Google Docs](#) [Denunciar abuso](#) - [Termos de Serviço](#) - [Termos Adicionais](#)

Questionário eletrônico para representantes do Programa Saúde na Escola (PSE) da saúde e da educação dos municípios.

***Obrigatório**

27) Em sua opinião, quais os mecanismos que podem favorecer a participação do jovem/adolescente no PSE ?

Cite até dois

Mecanismo 1 *

Mecanismo 2

28) No seu município, há integração do PSE com outras políticas e programas desenvolvidos por outros setores governamentais focados na atenção escolar. *

- Concordo totalmente
- Concordo
- Concordo parcialmente
- Não sei precisar
- Discordo
- Discordo totalmente

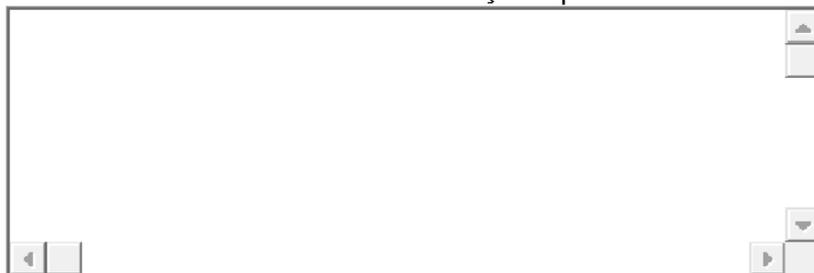
29) Em seu município foi realizado o levantamento das necessidades do território, para as ações do PSE ? *

- Sim
- Não
- Não sei

30) Quem participou deste levantamento, em seu município ? Marque quantas alternativas forem necessárias à resposta

- GTI
- Comunidade
- Profissionais da escola
- Profissionais das Unidades de Saúde
- Estudantes
- Outro:

31) Onde foram buscadas as informações para o levantamento ?

A large empty rectangular text area with a thin border, intended for the user to write the source of information for the survey. It includes small navigation icons (back, forward, up, down) in the corners.

32) Como foram utilizadas as informações para o planejamento das ações locais do

PSE ?

33) Cite até duas ações do PSE que foram ou são relevantes para o seu município e modificaram a realidade local.

Ação 1 *

Ação 2

34) A maioria das escolas que participa do PSE, no seu município, desenvolveu propostas para a inserção dos temas da saúde no Projeto Político Pedagógico de forma intersetorial. *

- Concordo totalmente
- Concordo
- Concordo parcialmente
- Não sei precisar
- Discordo
- Discordo totalmente

Tecnologia [Google Docs](#) [Denunciar abuso](#) - [Termos de Serviço](#) - [Termos Adicionais](#)

Questionário eletrônico para representantes do Programa Saúde na Escola (PSE) da saúde e da educação dos municípios.

***Obrigatório**

35) No seu município, a gestão dos recursos do PSE é feita de forma intersetorial. *

- Concordo totalmente
- Concordo
- Concordo parcialmente
- Não sei precisar

- Discordo
- Discordo totalmente

36) Que instrumentos são utilizados para avaliação e monitoramento do PSE no seu

município ? *

37) O PSE tem promovido a cidadania e a garantia de direitos humanos nos territórios de atuação. *

- Concordo totalmente
- Concordo
- Concordo parcialmente
- Não sei precisar
- Discordo
- Discordo totalmente

38) A sustentabilidade do PSE deveria garantir que este se constituísse para além de um programa de governo, em uma política de Estado. Aponte até duas estratégias que você considera importantes para a sustentabilidade do PSE como política de Estado.

Estratégia 1 *

Estratégia 2

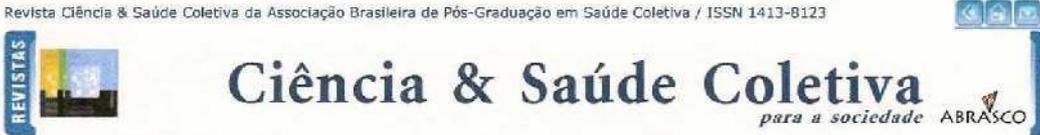
39) Qual município você representa nesta pesquisa ? *

- Curitiba
- Brasília
- Manaus
- Rio de Janeiro
- Olinda

« Voltar | Enviar

Anexo A Artigo aprovado para publicação no periódico 'Ciência & Saúde Coletiva'.

Revista Ciência & Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva / ISSN 1413-8123



REVISTAS

[Meus Artigos](#)

[Desconectar](#)

[Sobre a Revista](#)

[Edições e Assinatura](#)

[Artigos e Avaliação](#)

[Corpo Editorial](#)

[Parcerias](#)

[Fale Conosco](#)

Ciência & Saúde Coletiva

para a sociedade ABRASCO

Artigos Aprovados

3 0965/2011 - Diplomas Normativos do Programa Saúde na Escola: análise de conteúdo associado à ferramenta ATLAS TI

Aprovado em 06/09/2011

Novo Artigo

Selecione o tipo de artigo a enviar:

[Envie seu artigo para avaliação.](#)

Artigos Online no Scielo

Pesquisar:

no campo:

[Pesquisar](#)

Leia matéria sobre artigo na C&SC contendo pesquisa inédita sobre Aborto no Brasil de autoria de Debora Diniz e Marcelo Medeiros

Artigos em Avaliação

Você não possui artigos aguardando avaliação.

Selecione o tipo de artigo a enviar:

[Envie seu artigo para avaliação.](#)

Revista Ciência & Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
 Av. Brasil, 4036, sala 700 - Manguinhos - CEP 21040-361 - Rio de Janeiro - RJ
 (21) 3882-9153 e (21) 2290-4893 - Todos os direitos reservados para ABRASCO.

Desenvolvido por ZANDA Multimídios de Informação.

ANEXO B Normas para submissão de artigos – Revista Panamericana de Salud Pública



INSTRUÇÕES AOS AUTORES

Objetivos

A Revista Panamericana de Salud Pública / Pan American Journal of Public Health é a principal revista de informação técnica e científica da Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS, substituindo os antigos Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana e Bulletin of the Pan American Health Organization. A revista é um importante veículo para divulgar os avanços mais recentes da pesquisa em saúde pública nas Américas, em função dos objetivos fundamentais da OPAS: promover as ações e coordenar os esforços dos países da Região para preservar a saúde, combater as doenças, prolongar a vida e estimular a melhoria da qualidade física, mental e social de seus habitantes.

A Revista objetiva divulgar informações de interesse para a saúde pública, sobretudo as relacionadas com os programas de cooperação técnica da Organização, bem como notícias sobre políticas, ações e resultados da própria OPAS e dos Estados Membros na busca por melhorar as condições de saúde e fortalecer o setor de saúde em todo o hemisfério.

Critérios para a aceitação de manuscritos

A RPSP/PAJPH reserva todos os direitos legais de reprodução de seu conteúdo. Os manuscritos aprovados para publicação somente são aceitos com o entendimento de que não tenham sido publicados, parcial ou totalmente, em nenhuma outra parte e de que não o serão republicados sem a autorização expressa da OPAS. Os artigos serão considerados simultaneamente para publicação em inglês, espanhol ou português (ver seção II.C - Idioma).

A seleção do material proposto para publicação se baseia nos seguintes critérios gerais: grau de prioridade do tema para a Organização e os Estados Membros;

solidez científica, originalidade, atualidade e oportunidade da informação; possibilidade de que a experiência descrita seja aplicável em âmbito regional e não somente no lugar de origem; respeito às normas de ética médica no que se refere à experimentação com seres humanos e animais; respeito pelos Estados Membros e pelos povos que representam; variedade dos temas e da procedência geográfica da informação. A aceitação ou recusa de um manuscrito depende de um processo de seleção objetivo que está descrito mais adiante (ver seção II.O - Processo de seleção).

Enfatiza-se especialmente a importância de que o trabalho tenha uma apresentação apropriada (forma de abordar o problema proposto e plano para alcançar o objetivo do estudo), uma vez que as falhas nesse aspecto invalidam toda a informação e são a causa mais freqüente da recusa de manuscritos.

Os manuscritos apresentados em reuniões e conferências não os qualificam necessariamente como artigos científicos, já que não se ajustam aos objetivos e estrutura requeridos. Não são aceitos artigos sobre resultados preliminares, mas somente os definitivos. Em geral, tampouco são aceitos artigos destinados à publicação em série relacionados a diversos aspectos de uma única investigação.

As opiniões expressas pelos autores são de sua exclusiva responsabilidade, não refletindo necessariamente os critérios nem a política da Organização Pan-Americana da Saúde, nem dos Estados Membros. A menção de determinadas sociedades comerciais ou do nome comercial de certos produtos não implica que a OPAS os aprove ou recomende preferencialmente a outros similares.

Conteúdo da revista

Os artigos originais sobre saúde pública e disciplinas afins formam a parte principal da RPSP/PAJPH. Informações sobre os princípios, decisões e resultados da PAHO também são publicadas.

Entre os temas específicos que são abordados figuram os de saúde materna e infantil, doenças transmissíveis, doenças crônicas, alimentação e nutrição, prevenção de acidentes, saúde mental, saúde do trabalhador, saúde dos idosos, assistência aos

incapacitados, saúde dental, higiene ambiental, desastres, saúde pública veterinária, epidemiologia, estatística sanitária, informática, pesquisa e tecnologia, informação científica e técnica, administração, legislação, políticas, planejamento estratégico, sistemas e serviços de saúde, recursos humanos, financiamento e custos, participação comunitária, educação para a saúde, coordenação intersetorial e muitos outros.

O conteúdo é organizado da seguinte forma:

1. **Reflexões do Diretor.** À moda de editorial, divulga os princípios políticos da Organização, as tendências atuais e prioridades da saúde pública na Região das Américas.

2. **Artigos.** Podem ser informes de pesquisas originais, revisões críticas, revisões bibliográficas ou comunicações de experiências particulares aplicáveis em âmbito regional. Ocasionalmente, são publicadas comunicações breves com o objetivo de divulgar novas técnicas ou metodologias ou resultados que ofereçam interesse particular.

3. **Temas da atualidade.** Esta seção inclui comentários de menor extensão que os artigos, relatos de experiências e acontecimentos nacionais e regionais, informes sobre o desenvolvimento de projetos e programas, resultados de reuniões, simpósios e conferências nos quais participam a Organização e os países membros, bem como outras comunicações relativas à prática da saúde.

4. **Instantâneas** (somente em espanhol). Nesta seção aparecem resumos de artigos recém-publicados em outras revistas destacadas ou em jornais, assim como press releases. Os materiais são selecionados segundo a sua pertinência no contexto da saúde pública da Região.

5. **Publicações.** Aqui são apresentados pequenos resumos de novas publicações, assim como resenhas esporádicas de livros recém-publicados sobre os diversos aspectos da saúde pública e temas afins. Os leitores são convidados a enviar resenhas de obras sobre temas no campo de sua competência, com o entendimento

de que a sua publicação é responsabilidade da equipe editorial e dependerá em grande medida da observação das normas para a redação de resenhas. Estas serão enviadas por correio sob solicitação.

6. **Cartas.** Cartas dirigidas à Redação são publicadas com a intenção de esclarecer, discutir ou comentar de maneira construtiva as idéias expostas na RPSP/PAJPH. Devem ser assinadas pelo autor, e incluir sua afiliação profissional e endereço completo.

Instruções para a apresentação de manuscritos propostos para publicação

A. Especificações

A RPSP/PAJPH segue, em geral, as normas definidas no documento "Requisitos uniformes para preparar manuscritos enviados a revistas biomédicas", elaborado pelo Comitê Internacional de Diretores de Revistas Médicas (5a. ed., 1997). Tais normas são conhecidas também como "normas de Vancouver" (ver Bibliografia).

A seguir, são oferecidas instruções práticas para elaborar o manuscrito, ilustradas com exemplos representativos. Os autores que não obedecerem as normas de apresentação se expõem à recusa imediata de seus artigos.

B. Envio do manuscrito

O original, três cópias e um disquete com o texto completo do manuscrito (ver seção II.E - Extensão e apresentação) devem ser enviados ao Chefe do Programa de Publicações e Serviços Editoriais (DBI), que acusará o recebimento do manuscrito mediante carta ao autor.

C. Idioma

A RPSP/PAJPH publica artigos em espanhol, inglês e português, embora sejam aceitos manuscritos redigidos em qualquer dos idiomas oficiais da OPAS (inglês, francês, português e espanhol). É recomendado encarecidamente aos autores que

escrevam em sua língua materna; o uso inadequado de uma língua estrangeira obscurece o sentido e enfraquece o rigor científico.

Os artigos selecionados para a RPSP/PAJPH nem sempre serão publicados no idioma em que foram originalmente escritos; o idioma de publicação será decidido segundo a procedência do público para o qual o conteúdo apresente maior interesse científico e prático.

D. Direitos de autor (Copyright)

Cada artigo deverá ser acompanhado de uma declaração especificando que o manuscrito não foi publicado previamente e que não será apresentado a nenhuma outra revista antes de a decisão da OPAS ser conhecida. Os autores anexarão ainda uma declaração assinada indicando que, se o manuscrito for aceito para publicação, os direitos de autor pertencerão à OPAS.

Solicita-se aos autores que incluam informações completas sobre qualquer bolsa de estudos ou subvenções recebidas da OMS, da OPAS ou de outro organismo para custear o trabalho no qual o artigo é baseado.

Os autores assumirão a responsabilidade de obter as permissões necessárias para reproduzir qualquer material protegido por direitos autorais. O manuscrito deverá ser acompanhado da carta original outorgando essa permissão; nela deverá ser especificado com exatidão o número do quadro ou figura ou o texto exato que será citado e como será usado, além da referência bibliográfica completa (ver seção II.J - Referências bibliográficas).

Somente devem constar como autores aqueles que tenham participado diretamente da pesquisa ou da elaboração do artigo, e que poderão ser publicamente responsabilizados pelo seu conteúdo. A inclusão de outras pessoas como autores, por amizade, reconhecimento ou outras razões não científicas, constitui falta de ética.

E. Extensão e apresentação

O manuscrito completo não deverá exceder 15 a 20 folhas tamanho carta (8,5 x 11") ou ISO A4 (212 x 297 mm). Estas devem ser datilografadas com tinta preta em um só lado do papel, com espaço duplo ou triplo e com margens superior e inferior de cerca de 2,4 cm. As margens direita e esquerda deverão medir pelo menos 2,4 cm. As palavras não deverão ser hifenizadas ao final das linhas. As páginas deverão ser numeradas sucessivamente. O original deverá ser acompanhado de três cópias de boa qualidade. Não serão aceitas cópias feitas com carbono.

Dá-se preferência aos manuscritos preparados em computador ou processador de textos, sendo que uma versão em disquete (de 3,5" ou 5,25") deve ser enviada junto com a versão final impressa. Embora seja aceito qualquer equipamento compatível com IBM ou Macintosh, o melhor programa é Microsoft Word. O autor deve indicar o programa que foi usado na elaboração do artigo.

Não serão aceitos manuscritos que não cumpram as especificações aqui detalhadas. No caso de trabalhos ou citações traduzidos, em parte ou na sua totalidade, uma cópia do texto no idioma original deverá acompanhar o manuscrito.

Os artigos aceitos serão submetidos a um processamento editorial que pode incluir, se necessário, a condensação do texto e a supressão ou adição de quadros, ilustrações e anexos. A versão editada será remetida ao autor para sua aprovação.

F. Título e autores

O título deve limitar-se a 10 palavras, se possível, e não deve exceder 15. Deve descrever o conteúdo de forma específica, clara, breve e concisa. Palavras ambíguas, jargões e abreviaturas deverão ser evitados. Um bom título permite aos leitores identificar o tema facilmente e, além disso, ajuda aos centros de documentação a catalogar e classificar o material com exatidão.

Imediatamente sob o título, deverão figurar o nome e o sobrenome de cada autor, bem como o nome da instituição em que trabalha. A RPSP/PAJPH não publica os títulos, distinções acadêmicas etc. dos autores.

É preciso informar o endereço completo do autor principal ou daquele que deverá se encarregar de responder toda a correspondência relativa ao artigo. Se uma caixa postal for usada, também é necessário indicar outro endereço onde possa chegar um serviço de entrega comercial.

G. Resumo e palavras-chave

Cada trabalho, incluindo as comunicações breves, deverá ser acompanhado de um resumo — de cerca de 150 palavras se for descritivo, ou de 250 se for estruturado — que indique claramente: a) os propósitos do estudo; b) lugar e datas de sua realização; c) procedimentos básicos (seleção de amostras e métodos de observação e análise); d) resultados principais (dados específicos e, se for o caso, sua interpretação estatística); e e) as principais conclusões. Deve-se enfatizar os aspectos novos e relevantes.

Nenhuma informação ou conclusão que não apareça no texto deverá ser incluída. É conveniente redigi-lo em estilo impessoal e não incluir abreviaturas, remissões ao texto principal ou referências bibliográficas.

O resumo permite aos leitores determinar a pertinência do conteúdo e decidir se lhes interessa ler o documento em sua totalidade. De fato, é a única parte do artigo que muitas pessoas lêem e, junto com o título, a que é incluída nos sistemas de disseminação de informação bibliográfica, como o Index Medicus.

Depois do resumo, 3 a 10 palavras-chave ou frases curtas devem ser indicadas para fins de indexação em bases de dados como o Index Medicus, cuja lista "Cabeçalhos de assuntos médicos" (Medical Subject Headings) deve servir de guia.

H. Corpo do artigo

Em geral, os trabalhos que apresentam pesquisas ou estudos se dividem nas seguintes seções correspondentes ao chamado "formato IMRED": introdução, materiais e métodos, resultados e discussão. Os trabalhos de atualização e revisão bibliográfica costumam requerer outros títulos e subtítulos de acordo com o conteúdo.

No caso das comunicações breves, as divisões habituais deverão ser suprimidas, mantendo-se entretanto essa seqüência no texto.

I. Notas de rodapé

São as explicações que, num tipo de letra menor, aparecem na parte inferior de uma página. Serão utilizadas para identificar a afiliação (instituição e departamento) e endereço dos autores e algumas fontes de informação inéditas (ver seção J.4 - Fontes inéditas e resumos). Essas notas deverão ser separadas do texto mediante uma linha horizontal e identificadas por números consecutivos ao longo do artigo, colocados como expoentes.

J. Referências bibliográficas

São essenciais para identificar as fontes originais de conceitos, métodos e técnicas provenientes de pesquisas, estudos e experiências anteriores; para apoiar os fatos e opiniões expressos pelo autor, e orientar o leitor interessado a informar-se com maior detalhe sobre determinados aspectos do conteúdo do documento.

Com exceção dos artigos de revisão bibliográfica e das comunicações breves, a RPSP/PAJPH requer no mínimo 20 referências bibliográficas pertinentes e atualizadas. Os artigos de revisão em geral terão um maior número de fontes, e as comunicações breves, um máximo de 15.

Todas as referências devem ser citadas no texto com números consecutivos, entre parênteses, da seguinte forma:

"Observou-se (3, 4) que..."

Ou:

"Vários autores (1-5) assinalaram que..."

A lista de referências deverá ser numerada consecutivamente seguindo a ordem das citações no texto. Por sua vez, as fontes bibliográficas consultadas mas não citadas no texto serão denominadas "bibliografia" e serão ordenadas alfabeticamente pelo sobrenome dos autores.

A lista de referências ou a bibliografia deverá ser apresentada em folhas separadas, ao final do artigo, e elaborada de acordo com as normas descritas a seguir.

1. Artigos de revistas. É necessário fornecer a seguinte informação: autor(es), título do artigo, título abreviado da revista em que foi publicado (sublinhado ou em itálico); ano; volume (em números arábicos), número (pode ser omitido se a revista tiver paginação contínua ao longo de um volume) e páginas inicial e final. Toda a informação será apresentada na língua original do trabalho citado. Os seguintes exemplos ilustram o "estilo de Vancouver" para a elaboração e pontuação de citações bibliográficas que devem ser observadas.

a. Autores individuais. Os sobrenomes e iniciais dos primeiros seis autores deverão ser mencionados; se são mais, a expressão "et al." deverá ser usada. Exemplos:

Brownie C, Habicht JP, Cogill B. Comparing indicators of health and nutritional status. *Am J Epidemiol* 1986;124:1031-1044.

Herrero R, Brinton L, Hartge P, Reeves W, Brenes M, Urcuyo R, et al. Determinants of the geographic variation of invasive cervical cancer in Costa Rica. *Bull Pan Am Health Organ* 1993; 27:15-25.

b. Artigos que possuem várias partes

Fitzharding PM, Stevens EM. The small-for-date infant: II, neurological and intellectual sequelae. *Pediatrics* 1972; 50:50-57.

c. Autor corporativo. Se consta de vários elementos, mencionar da maior para a menor. Em revistas publicadas por organismos governamentais ou internacionais, os trabalhos sem autor podem ser atribuídos ao organismo responsável:

Pan American Health Organization, Expanded Program on Immunization. Strategies for the certification of the eradication of wild poliovirus transmission in the Americas. Bull Pan Am Health Organ 1993; 27:287-295.

d. Artigo sem autor dentro de uma seção regular de uma revista:

World Health Organization. Tuberculosis control and research strategies for the 1990s: memorandum from a WHO meeting. Bull World Health Organ 1992;70:17-22.

e. Tipos especiais de artigos e outras comunicações. São indicados entre colchetes:

Wedeen RD. In vivo tibial XFR measurement of bone lead [editorial]. Archives Environ Health 1990; 45:69-71.

f. Suplemento de um volume:

Maheshwari RK. The role of cytokines in malaria infection. Bull World Health Organ 1990; 68 (suppl):138-144.

2. Trabalhos apresentados em conferências, congressos, simpósios etc.

Somente devem constar nas referências se as atas correspondentes tiverem sido publicadas.

Koeberle F. Pathologic anatomy of entero-megaly in Chagas' disease. Proceedings of the 2nd biennial meeting of the Bockus Alumni International Society of Gastroenterology, Rio de Janeiro. 1962;92-103.

3. Livros e outras monografias. Deverão ser incluídos os sobrenomes e iniciais de todos os autores (ou editores, compiladores etc.) ou o nome completo da entidade coletiva; título sublinhado (ou em itálico); número da edição; lugar de publicação, casa editora e ano. Quando procedente, os números do volume e as páginas consultadas deverão ser acrescentados, assim como a série a que pertence e o seu número correspondente na série.

a. Autores individuais:

Eisen HN. Immunology: an introduction to molecular and cellular principles of immune response. 5th ed. New York: Harper and Row; 1974: 215-217.

b. Autor corporativo que é também editor:

World Health Organization. The SI for the health professions. Geneva: WHO; 1977.

c. Como citar um capítulo:

Weinstein L, Swartz MN. Pathogenic properties of invading microorganisms. In: Sodeman WA Jr, Sodeman WA, eds. Pathologic physiology: mechanisms of disease. Philadelphia: WB Saunders; 1974:457-472.

d. Como indicar o número de volumes ou citar um volume em particular:

Pan American Health Organization. Volume II: Health conditions in the Americas. 1990 ed. Washington, DC: PAHO;1990. (Scientific publication 524).

Pan American Health Organization. Health conditions in the Americas. 1990 ed. Washington, DC: PAHO; 1990. (Scientific publication 524; 2 vol).

e. Como citar um volume que tem título próprio:

World Health Organization, Volume 2: Instruction manual. In: International Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th rev. Geneva: WHO; 1992.

f. Atas publicadas de congressos, simpósios, conferências etc.:

DuPont B. Bone marrow transplantation in severe combined immunodeficiency with an unrelated MLC compatible donor. In: White HJ, Smith R, eds. Proceedings of the

third annual meeting of the International Society for Experimental Hematology. Houston: International Society for Experimental Hematology; 1974: 44-46.

g. Informes e documentos completos sem autor. Somente serão oferecidos detalhes sobre informes escritos que os leitores possam solicitar e obter. É importante indicar o nome exato da entidade coletiva responsável pelo documento, título completo, cidade, ano e número. Se possível, deve-se dar a fonte do documento. Exemplos:

National Center for Health Services Research. Health technology assessment reports, 1984. Rockville, Maryland: National Center for Health Services Research; 1985; DHHS publication no (PHS) 85-3373. Available from: National Technical Information Service, Springfield, VA 22161.

4. Fontes inéditas e resumos (abstracts). Não são consideradas referências apropriadas os resumos (abstracts) de artigos, os artigos que ainda não tenham sido aceitos para publicação, as teses quando ainda são inéditas e os trabalhos não publicados mesmo que tenham sido apresentados em conferências. Excetuam-se os artigos já aceitos mas ainda não publicados (no prelo). Se for absolutamente necessário citar fontes inéditas, deve-se mencioná-las no texto (entre parênteses) ou como notas de rodapé. A citação no texto deverá ser feita da seguinte maneira:

Observou-se¹ que . . .

e ao pé da mesma página do manuscrito aparecerá a nota correspondente:

1 Herrick JB, [and others]. [Letter to Frank R Morton, Secretary, Chicago Medical Society]. Herrick papers. [1923]. Located at: University of Chicago Special Collections, Chicago, Illinois.

No caso de artigos já aceitos mas ainda não publicados (no prelo), deve-se seguir o exemplo:

It has been demonstrated (Little DA, Ecology Center of New York, unpublished observations, 1990) that . . .

5. Comunicações pessoais. Devem ser incluídas unicamente quando oferecerem informação essencial não obtível de uma fonte pública. Somente figuram no texto entre parênteses, sem nota de rodapé, da seguinte forma:

Dr. D.A. Little (Ecology Center of New York, personal communication, 1991) has pointed out that . . .

6. Outros materiais. Devem seguir em geral as indicações para referenciar um livro, especificando sua procedência (autores ou entidade responsável), título, tipo do material, local de publicação e data. Também devem ser descritos os sistemas necessários para o uso de informação em formatos eletrônicos.

a. Videocassetes:

World Health Organization. Before disaster strikes [videocassette]. Geneva: WHO; 1991.

b. Diapositivos (slides):

Sinusitis: a slide lecture series of the American Academy of Otolaryngology—Head and Neck Surgery Foundation [slide show]. Washington DC: The Academy; 1988. [54 slides and a guide by HC Pillsbury and ME Johns].

c. Programas de computador:

Wechsler interpretation system [computer program]. Wakefield, Rhode Island: Applied Innovations; 1983. [1 diskette; 1 guide].

d. Audiocassetes:

Clark RR, et al, eds. American Society for Microbiology prods. Topics in clinical microbiology [audiocassette]. Baltimore: Williams and Wilkins; 1976. [24 audiocassettes: 480 min; accompanied by 120 slides and one manual].

e. Bases de dados / CD-ROMs:

Compact library: AIDS [CD-ROM database updated quarterly]. Version 1.55a. Boston: Massachusetts Medical Society, Medical Publishing Group; 1980. [1 compact disk; operating system: IBM PC, PS/2 or compatible; 640K memory; MS-DOS 3.0 or later].

f. Sites na Internet:

Pritzker TJ. An early fragment from Central Nepal [Internet site]. Ingress Communications. Available: <http://www.ingress.com/~astanart/pritzker/pritzker.html>. Accessed 8 June 1995.

g. Materiais instrucionais:

Card No. 8 Use of cervical mucus examination as a method for avoiding pregnancy. In: World Health Organization and Blithe Centre for Health and Medical Education. Education on family fertility: instructional materials on natural methods of family planning for use by educators [pamphlets, cards, and posters]. Geneva: WHO; 1982.

K. Quadros (ou tabelas)

Os quadros são conjuntos ordenados e sistemáticos de valores agrupados em linhas e colunas. Devem ser usados para apresentar informação essencial de tipo repetitivo — em termos de variáveis, características ou atributos — em uma forma facilmente compreensível para o leitor. Podem mostrar frequências, relações, contrastes, variações e tendências mediante a apresentação ordenada da informação. Devem ser compreensíveis por si mesmos e complementar — não duplicar — o texto. Os quadros não devem conter excesso de informação estatística porque resultam incompreensíveis, diminuem o interesse do leitor e podem chegar a confundi-lo.

Cada quadro deve ser apresentado em uma folha separada ao final do artigo, e ser identificado com um número correspondente. Deverá apresentar um título breve e claro de maneira que o leitor possa determinar sem dificuldades quais dados foram tabulados e o que indicarão, além do lugar, data e fonte da informação. O cabeçalho de cada coluna deve incluir a unidade de medida e ser o mais breve possível; a base das medidas relativas (porcentagens, taxas, índices) deve ser indicada claramente quando forem utilizadas. Somente devem ser deixados em branco os espaços correspondentes a dados que não são aplicáveis; se falta informação porque não foram feitas observações, os espaços deverão ser preenchidos por um pontilhado.

Linhas verticais não deverão ser usadas, assim como somente três horizontais deverão aparecer: uma após o título, outra após os cabeçalhos de coluna e a última ao final do quadro, antes das notas, se houver. As chamadas para as notas ao final do quadro deverão ser feitas mediante letras colocadas como expoentes, em ordem alfabética; cifras, asteriscos ou outros símbolos quaisquer não deverão ser utilizados com esse propósito.

As comunicações breves poderão apresentar até o limite máximo de dois quadros ou figuras.

L. Figuras

As ilustrações (gráficos, diagramas, desenhos lineares, mapas, fotografias etc.) devem ser utilizadas para destacar tendências e ilustrar comparações de forma clara e exata. Devem ser fáceis de compreender e agregar informação, não duplicá-la. As figuras deverão ser apresentadas em forma de desenhos manuais ou fotografias em branco e preto em papel brilhante, ou geradas por computador. Os desenhos e legendas devem ser bem elaborados para que possam ser reproduzidos diretamente; deverão ser enviados entre folhas de papelão duro que os protejam durante o transporte. Todas as figuras deverão ser perfeitamente identificadas no verso. Seus títulos serão tão concisos quanto possível e, ao mesmo tempo, bastante explícitos. Notas não deverão ser utilizadas na figura, mas a fonte deverá ser indicada no caso de haver sido retirada de outra publicação.

Os títulos de todas as figuras deverão ser anotados em ordem numérica numa folha separada. Se houver espaço suficiente, a explicação dos gráficos ou mapas poderá ser incluída dentro da própria figura, mas se não for possível, será incorporada ao título da figura. Os mapas e desenhos apresentarão uma escala em unidades SI (ver seção II.N - Unidades de medida).

As fotografias são preferíveis em branco e preto, devendo ter grande nitidez e excelente contraste, e incluir antecedentes, escala, fonte de origem e data. Cada fotografia deverá ser identificada no verso com um número e incluir um título claro e breve. Essa informação deverá ser escrita numa etiqueta adesiva no verso da fotografia.

O excesso de quadros, material gráfico ou ambos diminui o efeito que se deseja alcançar. Essa razão, mais o fato de que os quadros e ilustrações são custosos e ocupam muito espaço, obriga a uma seleção cuidadosa para realçar o texto.

M. Abreviaturas e siglas

Serão utilizadas o menos possível. É preciso definir cada uma delas na primeira vez em que aparecer no texto, escrevendo o termo completo e em seguida a sigla ou abreviatura entre parênteses, por exemplo, Programa Ampliado de Imunização (PAI). Serão citadas em espanhol ou português, por exemplo, DP (desvio padrão) e não SD (standard deviation), exceto quando correspondam a entidades de alcance nacional (FBI) ou sejam conhecidas internacionalmente por suas siglas não espanholas ou portuguesas (UNICEF), ou se refiram a substâncias químicas cujas siglas inglesas estejam estabelecidas como denominação internacional, como GH (hormônio do crescimento), e não HC. (Ver também a seção II.N - Unidades de medida).

N. Unidades de medida

Deverão ser usadas as unidades do Sistema Internacional (SI), que é essencialmente uma versão ampliada do sistema métrico decimal (ver bibliografia).

De acordo com esse sistema, os símbolos das unidades não são expressos no plural (5 km e não 5 kms), nem são seguidos de ponto (10 mL e não 10 mL.), salvo se estiverem no final de uma frase e que por razões ortográficas deverão levá-lo. Em português, os números decimais são expressos usando-se a vírgula. As cifras devem ser agrupadas em trios, dispostos à direita e à esquerda da vírgula decimal, e separados entre si por um espaço simples. Não devem ser separados por nenhum sinal de pontuação.

Forma correta:

12 500 350 (doze milhões quinhentos mil trezentos cinquenta)

1 900,05 (mil novecentos e cinco centavos)

Formas incorretas:

12,500,350 / 1.900,05 / 1,900.05

O. Processo de seleção

Os manuscritos recebidos passam por um processo de seleção mediante o sistema de arbitragem por especialistas na matéria. Numa primeira revisão, é determinado se o manuscrito obedece os critérios gerais descritos anteriormente. Na segunda revisão, são examinados o valor científico do documento e a utilidade de sua publicação; esta parte é responsabilidade de profissionais especialistas no tema, que avaliam os manuscritos independentemente.

Na terceira revisão, baseando-se nos critérios gerais, no valor científico do artigo e na utilidade de sua publicação, toma-se uma decisão que pode ser: recusa, em cujo caso o documento é devolvido ao autor; aceitação condicional, segundo a qual se solicita ao autor para redigir um novo texto revisado, incorporando os comentários e recomendações dos especialistas; ou aceitação definitiva.

Os textos revisados são submetidos a uma quarta revisão para verificar se as condições e exigências feitas na aceitação condicional foram cumpridas; se sim, o manuscrito é aceito de forma definitiva; do contrário, é recusado.

Toda decisão é comunicada por escrito ao autor com a maior rapidez possível. O prazo depende da complexidade do tema e da disponibilidade de revisores especialistas.

P. Publicação do artigo aceito

Os manuscritos serão aceitos com o entendimento de que o editor se reserva o direito de fazer revisões visando uma maior uniformidade, clareza e conformidade do texto com o estilo da RPSP/PAJPH.

Os manuscritos aceitos para publicação serão editados e enviados ao autor responsável pela correspondência para que responda às perguntas ou esclareça dúvidas editoriais, aprove as correções. As provas tipográficas não serão enviadas aos autores, razão pela qual estes deverão ler detidamente o manuscrito editado. Recomenda-se enfaticamente a devolução do manuscrito aprovado pelo autor no prazo indicado na carta que o acompanha, para que a programação do número correspondente da revista possa ser cumprida. Salvo circunstâncias excepcionais, decorrem aproximadamente três meses entre a data do recebimento do artigo aprovado pelo autor e sua publicação.

Q. Exemplos enviados ao autor

O autor receberá 10 exemplares da revista em que aparece seu artigo tão logo seja publicada.

Bibliografia

American Medical Association. Manual for authors and editors: editorial style and manuscript preparation. 7th ed. Los Altos, California: Lange Medical Publications; 1981.

Day RA. How to write and publish a scientific paper. 3rd ed. Phoenix, Arizona: Oryx Press; 1988.

Fishbein M. Medical writing: the technique and the art. 4th ed. Springfield, Illinois: Charles C. Thomas, Publisher; 1972.

Huth EJ. How to write and publish papers in the medical sciences. 2nd ed. Philadelphia, Pennsylvania: ISI Press; 1986.

Huth EJ. Medical style and format: an international manual for authors, editors and publishers. Philadelphia, Pennsylvania: ISI Press; 1986.

International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. *J Am Med Assoc* 1993; 269: 2282-2286.

Riegelman RK, Hirsch RP. Studying a study and testing a test: how to read the medical literature. 2nd ed. Boston: Little, Brown; 1989.

Style Manual Committee, Council of Biology Editors. Scientific style and format: the CBE manual for authors, editors, and publishers. 6th ed. Cambridge: Cambridge University Press; 1994.

World Health Organization. The SI for the health professions: prepared at the request of the thirtieth World Health Assembly. Geneva: WHO; 1977.

ANEXO C Normas para submissão de artigos – Revista Brasileira de Educação

REVISTA
BRASILEIRA DE
EDUCAÇÃO

ISSN 1413-2478 *versão
impressa*
ISSN 1809-449X *versão
online*

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Escopo e política](#)
- [Forma e preparação de manuscritos](#)
- [Envio de manuscritos](#)

Escopo e política

A **Revista Brasileira de Educação** aceita para publicação artigos inéditos de autores brasileiros e estrangeiros que tratem de educação, resultantes prioritariamente de pesquisas, assim como estudos teóricos que contribuam para o avanço do conhecimento sobre o tema abordado e fomentem a realização de novos estudos e pesquisas.

São publicados também documentos, resenhas e notas de leitura. Na seção Documentos, são divulgados textos coletivos elaborados pela ANPEd ou por associações afins, bem como documentos recentes (leis, pareceres, normalizações), emanados de órgãos governamentais e que abordem questões de interesse para a área educacional. Textos que tratem de temas polêmicos ou que debatam algum assunto, com defesa de posicionamentos, são publicados na seção Espaço Aberto.

A publicação de artigos está condicionada a dois pareceres de membros do Conselho Editorial ou colaboradores *ad hoc*. Em caso de divergência, é solicitado um terceiro parecer. Recursos e problemas específicos são examinados e decididos pela Comissão Editorial.

A seleção de artigos para publicação toma como critérios básicos sua contribuição à educação e à linha editorial da **Revista**, a originalidade do tema ou do tratamento dado ao mesmo, assim como a consistência e o rigor da abordagem teórico-metodológica. Eventuais modificações de estrutura ou de conteúdo, sugeridas pelos pareceristas ou pela Comissão Editorial, só serão incorporadas mediante concordância dos autores.

Forma e preparação de manuscritos

NORMAS PARA COLABORAÇÕES

1. A **Revista Brasileira de Educação** aceita para publicação artigos inéditos de autores brasileiros e estrangeiros que tratem de educação, resultantes de estudos teóricos, pesquisas, reflexões sobre práticas e discussões polêmicas. Excepcionalmente poderão ser publicados artigos de autores brasileiros ou estrangeiros editados anteriormente em livros e periódicos que tenham circulação restrita no Brasil.
2. Os trabalhos podem ser encaminhados em português, inglês, francês ou espanhol.
3. Os artigos devem ter no mínimo 40 mil e no máximo 70 mil caracteres com espaços, incluindo as referências bibliográficas e as notas (contar com Ferramentas do processador de textos – Word ou Star Office, por exemplo).
4. A publicação de artigos está condicionada a pareceres de membros do Conselho Editorial ou de colaboradores *ad hoc*. A seleção de artigos para publicação toma como critérios básicos sua contribuição à educação e à linha editorial da *Revista*, a originalidade do tema ou do tratamento dado a ele, assim como a consistência e o rigor da abordagem teórico-metodológica. Eventuais modificações de estrutura ou de conteúdo, sugeridas pelos pareceristas ou pela Comissão Editorial, só serão incorporadas mediante concordância dos autores.
5. A **Revista Brasileira de Educação** também publica documentos, resenhas e notas de leitura. Na seção Documentos, serão divulgados textos coletivos elaborados pela ANPEd ou por associações afins, bem como documentos (leis, pareceres, normas), emanados de órgãos governamentais e que abordem questões de interesse para a área educacional.
6. As Resenhas não devem ultrapassar 10 mil caracteres com espaços e as Notas de leitura, 5 mil caracteres. É indispensável a indicação da referência bibliográfica completa da obra resenhada ou comentada. A digitação e a formatação devem obedecer à mesma orientação dada para os artigos.
7. Textos que tratem de temas polêmicos ou que debatam algum assunto, com defesa de posicionamentos, poderão ser publicados na seção Espaço Aberto. Neste caso, os textos

devem obedecer ao limite de 50 mil caracteres e atender aos demais requisitos dos artigos.

8. Os originais devem ser encaminhados à Secretaria da Revista por meio do sistema SciELO. Orientações quanto aos procedimentos constam no site

<http://www.scielo.br/revistas/rbedu/pinstruc.htm#003>. Dúvidas e sugestões devem ser enviadas para rbe@anped.org.br.

9. Os artigos e outros textos para publicação devem ser digitados em um dos programas de edição de texto em formato padrão para PC. As orientações para formatação estão especificadas ao final destas Normas.

10. As menções a autores, no correr do texto, devem subordinar-se à forma (Autor, data) ou (Autor, data, p.), como nos exemplos: (Silva, 1989) ou (Silva, 1989, p.95). Diferentes títulos do mesmo autor, publicados no mesmo ano, deverão ser diferenciados adicionando-se uma letra depois da data, por exemplo: (Garcia, 1995a), (Garcia, 1995b) etc.

11. As Referências devem conter exclusivamente os autores e textos citados no trabalho e ser apresentadas ao final do texto, em ordem alfabética, obedecendo às normas atualizadas da ABNT. Matérias que não contenham as referências bibliográficas ou que as apresentem de forma incorreta não serão consideradas para exame e publicação. Observa-se que as bibliotecárias das Universidades estão aptas a oferecer orientações relativas ao uso correto das normas. Exemplos da aplicação das normas da ABNT encontram-se ao final destas Normas.

12. As notas de rodapé devem ser exclusivamente explicativas. Todas as notas deverão ser numeradas e aparecer no pé de página (usar comando automático do processador de textos: Inserir/Notas).

13. Todos os artigos devem conter, ao final, título, indicação de pelo menos três palavras-chave e resumo (em português, inglês e espanhol), que não ultrapassem 1.000 caracteres cada.

14. Ao final do texto o autor deve também registrar dados relativos à sua maior titulação, instituição, bem como indicar o endereço eletrônico e o endereço completo para correspondência.

15. Os quadros, gráficos, mapas, imagens etc. devem ser apresentados em folhas separadas do texto (indicando-se os locais em que devem ser inseridos), devendo ser numerados e

titulados e apresentar indicação das fontes que lhes correspondem. Sempre que possível, deverão ser confeccionados para sua reprodução direta.

16. O envio de qualquer colaboração implica automaticamente a cessão integral dos direitos autorais à ***Revista Brasileira de Educação***.

Orientação para a formatação dos textos

1. Digitar todo o texto na fonte *Times New Roman*, tamanho 12, entrelinha simples, sem fontes ou atributos diferentes para títulos e seções.
2. Utilizar letras maiúsculas em negrito para o título principal; nos subtítulos das seções negrito e primeira letra maiúscula, seguida de minúsculas.
3. Para ênfase ou destaque, no interior do texto, utilizar apenas itálico; assinalar os parágrafos com um único toque de tabulação e dar *Enter* apenas no final do parágrafo.
4. Separar títulos de seções, nome do autor etc. do texto principal com um duplo *Enter*.
5. Para as transcrições, usar a fonte *Times New Roman*, tamanho 11, separadas do texto principal com duplo *Enter* e introduzidas com dois toques de tabulação.

Orientações para a aplicação das Normas da ABNT

1. **Livros:** sobrenome do autor (Maiúscula)/VÍRGULA/Seguido do nome (Maiúscula e Minúscula)/PONTO/Título da obra (em itálico)/DOIS PONTOS (se houver subtítulo)/Subtítulo (se houver)/PONTO/Edição, de forma abreviada e se não for a primeira/PONTO/Local da publicação/DOIS PONTOS/ESPAÇO/Editora/VÍRGULA/Data de publicação/PONTO

Exemplo: APPLE, Michael W. *Educação e poder*. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

2. **Artigos:** sobrenome do autor (Maiúscula)/VÍRGULA/Seguido do nome (Maiúscula e Minúscula)/(SE HOUVER OUTRO AUTOR, REPETIR ESTA OPERAÇÃO SEPARANDO OS NOMES ATRAVÉS DE PONTO E VÍRGULA)/PONTO/Título do artigo/PONTO/Título do periódico (em itálico)/VÍRGULA/Local (sede de publicação da revista)/DOIS PONTOS/Entidade à qual a revista é vinculada/PONTO E VÍRGULA/Local da publicação/DOIS

PONTOS/Editora/VÍRGULA/Volume do periódico (se houver)/VÍRGULA/Número do periódico/VÍRGULA/Páginas correspondentes ao artigo/VÍRGULA/Mês (abreviado)/Data de publicação/PONTO.

Exemplo: ZAGO, Nadir. Do acesso à permanência no ensino superior: percursos de estudantes universitários de camadas populares. *Revista Brasileira de Educação*, Rio de Janeiro: ANPEd; Campinas: Autores Associados, v. 11, n. 32, p. 226-237, maio/ago. 2006.

3. **Coletâneas:** sobrenome do autor do capítulo (Maiúscula)/VÍRGULA/Seguido do nome (Maiúscula e Minúscula)/PONTO/Título do capítulo/PONTO/Escrever "In:"/ Sobrenome do organizador (Maiúscula)/VÍRGULA/Iniciais do nome do organizador (SE HOUVER OUTRO ORGANIZADOR, REPETIR ESTA OPERAÇÃO SEPARANDO OS NOMES ATRAVÉS DE PONTO E VÍRGULA)/ Escrever, quando for o caso, "(Org.)"/PONTO/Título da coletânea (em itálico)/DOIS PONTOS (se houver subtítulo)/Subtítulo (se houver)/PONTO/Edição, de forma abreviada e se não for a primeira/PONTO/Local da publicação/DOIS PONTOS, ESPAÇO/Nome da editora/PONTO/Nome do tradutor, quando houver/VÍRGULA/Data de publicação/PONTO.

Exemplo: ROMÃO, José E. Alfabetizar para libertar. In: GADOTTI, Moacir; TORRES, Carlos A. (Orgs.). *Educação popular: utopia latino-americana*. São Paulo: Cortez, 1994.

4. **Teses:** sobrenome do autor (Maiúscula)/VÍRGULA/ Seguido do nome (Maiúscula e Minúscula)/PONTO/Título da obra (em itálico)/DOIS PONTOS (se houver subtítulo)/Subtítulo (se houver)/PONTO/Data da defesa/PONTO/Número de folhas/PONTO/Grau acadêmico a que se refere/TRAVESSÃO/Instituição onde foi apresentada/VÍRGULA/Local da publicação/PONTO.

Exemplo: BARREIRA, Luis. *História e historiografia: as escritas recentes da história da educação brasileira (1971-1988)*. 1995. 220f. Tese (Doutorado em História da Educação) – UNICAMP, Campinas.

5. **Trabalhos apresentados em congressos:** sobrenome do autor (Maiúscula)/VÍRGULA/Seguido do nome (Maiúscula e Minúscula)/PONTO/Título do trabalho apresentado/PONTO/Escrever "In:"/nome do evento(Maiúscula)/VÍRGULA/numeração do evento (se houver)/PONTO/VÍRGULA/Data de publicação/VÍRGULA/Local de realização/PONTO/Título do documento/Local de realização/DOIS

PONTOS/Editora/VÍRGULA/Período de realização do evento/VÍRGULA/Mês (abreviado)/data de publicação/PONTO/página inicial e final da parte referenciada/PONTO.

Exemplo: MALDONADO FILHO, Eduardo. A transformação de valores em preço de produção e o fenômeno da absorção e liberação de capital produtivo. In: ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA, 15., 1975, Salvador. *Anais...* Salvador: ANPEC, 1-4, dez. 1975. p. 157-75.

6. Trabalhos em meio eletrônico: sobrenome do autor (Maiúscula)/ VÍRGULA/Seguido do nome (Maiúscula e Minúscula)/PONTO/Título/ PONTO/Título do Periódico (em itálico)/VÍRGULA/Local da publicação/DOIS PONTOS/Entidade a qual a revista é vinculada/PONTO E VÍRGULA/Editora/VÍRGULA/Volume do periódico/VÍRGULA/Número do periódico/VÍRGULA/Data de publicação/PONTO/Disponível em/DOIS PONTOS/ endereço eletrônico (entre os sinais < >)/PONTO/acesso em/DOIS PONTOS/data da consulta/PONTO.

Exemplo: SAVIANI, Dermeval. Formação de professores: aspectos históricos e teóricos do problema no contexto brasileiro. *Revista Brasileira de Educação*, Rio de Janeiro: ANPEd; Autores Associados, v. 14, n. 40, jan./abr. 2009.

Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-24782009000100012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01 mar. 2011.

Envio de manuscritos

A *Revista Brasileira de Educação* recebe artigos para análise e eventual publicação.

Pedimos que encaminhe seu artigo por meio do link <http://submission.scielo.br/index.php/rbedu/index>

1. Acesse o seu cadastro. Caso não possua, crie um cadastro no site.
2. Clique em Página do Usuário
3. Clique em Autor
4. Aparecerá a opção para envio de artigos.