



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
NÚCLEO DE ESTUDOS TRANSDISCIPLINARES EM EDUCAÇÃO BÁSICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CURRÍCULO E GESTÃO DA ESCOLA
BÁSICA

REGINALDO CÉLIO ALMEIDA DE OLIVEIRA

**EDUCAÇÃO E SAÚDE: A GESTÃO DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE) NO
MUNICÍPIO DE TUCURUÍ –PA E A MELHORIA DA SAÚDE E APRENDIZAGEM NA
ESCOLA BÁSICA**

BELÉM - PA
2021

REGINALDO CÉLIO ALMEIDA DE OLIVEIRA

EDUCAÇÃO E SAÚDE: A GESTÃO DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE) NO MUNICÍPIO DE TUCURUÍ –PA E A MELHORIA DA SAÚDE E APRENDIZAGEM NA ESCOLA BÁSICA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Currículo e Gestão da Escola Básica, do Núcleo de Estudos Transdisciplinares em Educação Básica, da Universidade Federal do Pará, como requisito para obtenção do título de Mestre em Educação Básica.

Linha de Pesquisa: Gestão e Organização do Trabalho Pedagógico na Escola Básica

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Dinair Leal da Hora

BELÉM - PA
2021

REGINALDO CÉLIO ALMEIDA DE OLIVEIRA

EDUCAÇÃO E SAÚDE: A GESTÃO DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE) NO MUNICÍPIO DE TUCURUÍ –PA E A MELHORIA DA SAÚDE E APRENDIZAGEM NA ESCOLA BÁSICA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Currículo e Gestão da Escola Básica, do Núcleo de Estudos Transdisciplinares em Educação Básica, da Universidade Federal do Pará, como requisito para obtenção do título de Mestre em Educação Básica.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Dinair Leal da Hora (Orientadora)
Programa de Pós-Graduação em Currículo e Gestão da Escola Básica - PPEB
Universidade Federal do Pará - UFPA

Prof.^a Dr.^a Ney Cristina Monteiro de Oliveira
Programa de Pós-Graduação em Currículo e Gestão da Escola Básica - PPEB
Universidade Federal do Pará - UFPA

Prof.^a Dr.^a Tânia Regina Lobato dos Santos
Programa de Pós-Graduação em Educação - PPGED
Universidade Federal do Pará -UFPA

Dedico este trabalho a meus pais (in memoriam), que hoje não podem mais comemorar esta grande conquista. Também dedico a minha esposa, Claudia da Silva Sousa, por não me deixar desistir dos meus sonhos e objetivos nas horas mais difíceis desta trajetória.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela força e coragem de seguir até o final, mesmo passando por dificuldades pessoais e também por este período de pandemia, que tem ceifado a vida de milhares de pessoas, dos quais alguns são amigos e companheiros de trabalho.

Aos amigos de turma e ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Currículo e Gestão da Escola Básica (PPEB/UFPA), pelas suas contribuições, que me possibilitaram ver a educação com um novo olhar, ainda mais crítico e ampliado.

À Prof.^a Dr.^a Dinair Leal da Hora, minha orientadora, pela confiança em mim depositada na realização deste trabalho, assim como pelos seus incentivos e ensinamentos, que engrandeceram meu modo de pesquisar.

Aos avaliadores, interno e externo, por terem aceitado compor a banca de defesa.

A todos os meus amigos, professores de Tucuruí, em especial aqueles do SINTEPP, que direta e indiretamente me ajudaram nesta jornada.

Por fim, um agradecimento especial à coordenadora do PSE de Tucuruí, pela paciência que teve ao me atender ao longo do estudo, quando eu cobrava as informações solicitadas sobre o Programa.

“Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina”

(Cora Coralina)

RESUMO

O estudo é o resultado de uma pesquisa sobre Educação e Saúde, mais especificamente sobre a Gestão do Programa Saúde na Escola (PSE) no município de Tucuruí-PA e a melhoria da saúde e aprendizagem na escola básica. O **objetivo** foi analisar o modo pelo qual a gestão do PSE no município de Tucuruí vem sendo realizada pelas secretarias de Educação e Saúde nos Ciclos de 2017-2018 e 2019-2020. Utilizamos como **método** uma abordagem qualitativa e uma pesquisa do tipo Estudo de Caso. A trajetória metodológica foi dividida em quatro fases: Pesquisa Exploratória, Pesquisa Bibliográfica, Pesquisa de Campo, Tratamento do material empírico coletado e análise das informações obtidas. Na coleta de dados, recolhemos vários documentos que foram divididos em 04 (quatro) grupos: 1 – Documentos da Base Legal do PSE; 2 – Documentos Orientadores do PSE; 3 – Documentos sobre o Planejamento e Organização das ações do PSE; e 4 – Documentos sobre Monitoramento, Controle e Avaliação do PSE. Além disso, foram realizadas duas entrevistas. Na análise e interpretação dos dados, utilizamos a análise de conteúdo, com base nas unidades de análises definidas a priori, sendo elas as seguintes: 1. Organização do Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTI-M); 2. Planejamento, monitoramento e avaliação das ações; 3. Melhoria da qualidade da saúde e do aprendizado dos estudantes. **Resultados:** evidenciamos que o PSE de Tucuruí não possui GTI-M. Também verificamos que o planejamento ocorre de forma fragmentada e as ações desenvolvidas pelo PSE não são avaliadas. Também verificamos que não há instrumento próprio de monitoramento, sendo utilizado o monitoramento oficial pelo SISAB para acompanhar o Programa. Em termos de saúde e aprendizagem não foi possível evidenciar melhorias, mesmo tendo sido citadas pela CPS e pelo gestor escolar. **Considerações finais:** o referencial teórico nos permitiu verificar que a gestão do PSE deve ser organizada e desenvolvida de forma intersetorial com a articulação entre a Saúde (Atenção Básica) e Educação (Educação Básica), de modo que todas as ações de saúde na escola no município sejam desenvolvidas pelo Grupo de Trabalho Intersetorial – Municipal (GTI-M), de modo coletivo, envolvendo outros setores do governo e de fora dele. Entretanto, no município de Tucuruí, a gestão municipal ainda precisa avançar no sentido de instituir o GTI-M, possibilitando a implementação e consolidação da gestão intersetorial no PSE.

Palavras-chave: Educação e Saúde. Programa Saúde na Escola. Gestão Intersetorial. Promoção da Saúde na Escola. Tucuruí.

ABSTRACT

The study is the result of a survey on Education and Health, more specifically on the Management of the Health at School Program (PSE) in the municipality of Tucuruí-PA and the improvement of health and learning in the basic school. The objective was to analyze the way in which the management of the PSE in the municipality of Tucuruí has been carried out by the departments of Education and Health in the 2017-2018 and 2019-2020 cycles. We use as a method a qualitative approach and a Case Study type research. The methodological trajectory was divided into four phases: Exploratory Research, Bibliographic Research, Field Research, Treatment of the empirical material collected and analysis of the information obtained. In data collection, we collected several documents that were divided into 04 (four) groups: 1 - Documents of the Legal Base of the PSE; 2 - PSE Guiding Documents; 3 - Documents on the Planning and Organization of PSE actions; and 4 - Documents on PSE Monitoring, Control and Evaluation. In addition, two interviews were conducted. In the analysis and interpretation of the data, we used content analysis, based on the analysis units defined a priori, which are the following: 1. Organization of the Municipal Intersectoral Working Group (GTI-M); 2. Planning, monitoring and evaluation of actions; 3. Improving the quality of health and student learning. Results: we show that the Tucuruí PSE does not have GTI-M. We also found that the planning occurs in a fragmented way and the actions developed by the PSE are not evaluated. We also found that there is no proper monitoring instrument, and official monitoring by SISAB is used to monitor the Program. In terms of health and learning, it was not possible to show improvements, even though they were mentioned by the CPS and the school manager. Final considerations: the theoretical framework allowed us to verify that the management of the PSE must be organized and developed in an intersectoral way with the articulation between Health (Primary Care) and Education (Basic Education), so that all health actions at school in the municipality to be developed by the Intersectoral - Municipal Working Group (GTI-M), collectively, involving other sectors of the government and outside it. However, in the municipality of Tucuruí, municipal management still needs to move towards establishing the GTI-M, enabling the implementation and consolidation of intersectoral management in the PSE.

Keywords: Education and Health. Health at School Program. Intersectoral Management. Health Promotion at School. Tucuruí.

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1 - Documentos da base legal do Programa Saúde na Escola.....	23
Quadro 2 - Documentos orientadores do Programa Saúde na Escola.....	24
Quadro 3 - Documentos sobre o planejamento e a organização das ações do PSE desenvolvidas nas escolas do município de Tucuruí-PA	25
Quadro 4 - Documentos sobre o monitoramento e a avaliação do PSE.....	25
Tabela 1 - Evolução das notas do IDEB das escolas públicas de Tucuruí nos anos Iniciais do Ensino Fundamental	98
Tabela 2 - Evolução das notas do IDEB das escolas públicas de Tucuruí nos anos Finais do Ensino Fundamental	100
Tabela 3 - Evolução das notas do IDEB das escolas públicas de Ensino Médio da rede estadual do município de Tucuruí.....	100
Tabela 4 - Evolução das notas do ENEM das escolas públicas de ensino médio da rede estadual do município de Tucuruí (2008 a 2019)	101
Tabela 5 - Municípios da Região do Lago de Tucuruí habilitados a receberem incentivo financeiro referente à implantação dos programas Saúde na Escola e Crescer Saudável	127

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CIESE	Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola
CPS	Coordenadora do PSE na SEMEC
CTA	Centros de Testagem e Aconselhamento
ENEM	Exame Nacional do Ensino Médio
ESF	Estratégia Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GTI	Grupo de Trabalho Intersetorial
GTI-E	Grupo de Trabalho Intersetorial-Estadual
GTI-F	Grupo de Trabalho Intersetorial- Federal
GTI-M	Grupo de Trabalho Intersetorial-Municipal
HEMOPA	Centro de Hemoterapia e Hematologia do
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDEB	Índice de Desenvolvimento Básico da educação
IML	Instituto Médico Legal
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas
IREPS	Iniciativa Regional Escolas Promotoras de Saúde
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
OMS	Organização Mundial da saúde
ONG	Organizações não governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAB	Piso Variável da Atenção Básica
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde

PNS	Plano Nacional de Saúde
PS	Promoção da Saúde
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa Saúde da Família
RE	Relato Escrito das escolas
RI	Região de Integração do Lago de Tucuruí
SAEB	Sistema de Avaliação da Educação Básica
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SEMEC	Secretaria Municipal de educação e Cultura de Tucuruí
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SIMEC	Sistema Integrado de Monitoramento Execução e Controle
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SMAS	Secretaria Municipal de Assistência Social
SMS	Secretaria Municipal de Saúde de Tucuruí
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UNACON	Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
Questões de investigação e objetivos da pesquisa	17
Método e procedimentos metodológicos da pesquisa	18
Método de pesquisa	18
Procedimentos metodológicos da pesquisa.....	20
Pesquisa Exploratória	20
Pesquisa bibliográfica	21
Pesquisa documental	22
Entrevista semiestruturada	26
Tratamento, análise e interpretação dos dados	28
Estrutura da dissertação.....	30
1 EDUCAÇÃO E SAÚDE: A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE NA ESCOLA BÁSICA.....	32
1.1 Educação e saúde: conceitos, diferenciação de termos e enfoques sobre saúde e educação	33
1.1.1 Conceitos de educação e de saúde.....	33
1.1.2 Termos utilizados na relação entre educação e a saúde	36
1.1.3 Enfoques sobre educação e saúde	41
1.2 Promoção da Saúde (PS) e a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) ..	44
1.2.1 A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).....	49
1.3 O PSE como política nacional de saúde na escola	54
2 A GESTÃO DO PSE NA PERSPECTIVA INTERSETORIAL.....	67
2.1 Gestão das políticas públicas de saúde	68
2.2 A gestão do PSE na perspectiva intersetorial	70
2.2.1 Histórico da intersectorialidade.....	71
2.2.2 Características da intersectorialidade.....	72
2.2.3 Instrumentos de gestão e a intersectorialidade.....	75
2.2.4 Grupo de Trabalho Intersectorial Municipal (GTI-M).....	80
2.2.5 Financiamento do PSE	85
2.3 A Gestão escolar e o desenvolvimento de ações de saúde na escola.....	89
3 A GESTÃO DO PSE NO MUNICÍPIO DE TUCURUÍ: AS REPERCUSSÕES TRAZIDAS PELAS AÇÕES DO PSE PARA A MELHORIA DA QUALIDADE DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO NAS ESCOLAS DE TUCURUÍ.....	96

3.1	Histórico e caracterização do município de Tucuruí	96
3.2	Caracterização do PSE de Tucuruí	104
3.3	Análise e interpretação dos dados.....	105
3.3.1	Organização do Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTI-M)	105
3.3.2	Planejamento, monitoramento e avaliação das ações do PSE na escola básica de Tucuruí	112
3.3.3	As repercussões trazidas pelas ações do PSE para a melhoria da qualidade da saúde e da aprendizagem dos educandos nas escolas de Tucuruí.....	128
4	CONCLUSÃO	133
	REFERÊNCIAS	137
	APÊNDICE A - ROTEIRO DA ENTREVISTA COM A COORDENADORA DO PSE.....	145
	APÊNDICE B - ROTEIRO DA ENTREVISTA COM O GESTOR ESCOLAR	147
	APÊNDICE C - OFÍCIO ENVIADO À SEMEC	149
	APÊNDICE D - OFÍCIO ENVIADO À SMS	150
	ANEXO A - OFÍCIO ENVIADO ÀS UNIVERSIDADES LOCAIS	151
	ANEXO B - CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NA WEB PALESTRA	152
	ANEXO C - PLANILHA ORÇAMENTÁRIA	153
	ANEXO D - PLANILHA DE AÇÕES DURANTE A PANDEMIA	154

INTRODUÇÃO

Este estudo é fruto de inquietações vivenciadas ao longo de meu percurso acadêmico, quando cursei graduação em Educação Física, Especialização em Gestão Escolar, Especialização em Saúde na Educação Física Escolar, assim como pela minha atuação profissional na escola básica.

Como professor da escola básica, licenciado pleno em Educação Física, venho atuando na docência, no município de Tucuruí-PA, há pelo menos 20 anos. Durante esse período, tive a oportunidade de atuar com turmas desde o Ensino Fundamental até o Ensino Médio, de modo que, na vivência diária nas escolas, tenho observado como a massificação das tecnologias e o maior acesso às redes sociais têm contribuído para levar nossos jovens ao isolamento social e ao comportamento sedentário. Trata-se justamente de quando deixam de praticar atividades físicas para se ocupar com celulares, redes sociais e jogos eletrônicos, o que pode contribuir para o agravamento de certas doenças.

Isso é o que têm mostrado os resultados de estudos, como a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2015, divulgada pelo IBGE (BRASIL, 2017a), que mostra o perfil da saúde de adolescentes em idade escolar, além do trabalho de Tenório et al. (2010). Ambos identificaram um elevado índice de comportamento e estilo de vida sedentário nos jovens investigados.

Quanto ao isolamento, Silva e Silva (2017) mostraram que o uso excessivo das tecnologias digitais, principalmente as redes sociais, tem levado crianças e jovens em idade entre 11 e 17 anos a apresentarem problemas de isolamento social, algo que tem causado a desestruturação dos relacionamentos interpessoais, principalmente na família e na escola, comprometendo o desempenho escolar.

Aliado a isso, adolescentes e jovens em idade escolar apresentam comportamento de risco ao consumir álcool, usar drogas, não praticar sexo seguro, não fazer ingestão de alimentos saudáveis e não ter o hábito de praticar atividades físicas diárias, como podemos ver nos resultados de alguns estudos apresentados a seguir.

Franklin et al. (2018) estudam a prevalência de comportamentos de risco à saúde em crianças e adolescentes escolares, processo por meio do qual identificaram que a prevalência de consumo de tabaco foi 23,7%, que muitos deles relataram ter experimentado entre os 8 e 9 anos. Quanto ao consumo de álcool, 94% deles relataram que já consumiram algum tipo de bebida alcoólica e 33,8% experimentaram pela primeira vez na faixa etária entre 14 e 15 anos.

Outro estudo sobre a prevalência de comportamentos de risco para a saúde em estudantes de 14 e 18 anos mostrou uma elevada proporção de sedentarismo e uma alimentação

menos saudável para os meninos. Sobre o uso de cigarros, mais de 32% já experimentaram; para bebidas alcoólicas, foram mais de 80%. Outro achado importante foi a maioria dos estudantes já ter-se relacionado sexualmente; desses, mais de 60% das meninas e pelo menos 45% dos meninos não usam preservativos nas relações, aumentando o risco de gravidez precoce e de doenças sexualmente transmissíveis (LIMA; FONSECA; GUEDES, 2010). Na mesma pesquisa, os autores também apontaram um baixo consumo de alimentos saudáveis e um elevado consumo de alimentos hipercalóricos.

Raizel et al. (2016, p. 292) apontam que os comportamentos de risco à saúde, tais como “[...] nível insuficiente de atividade física, tabagismo, baixa ingestão de frutas e hortaliças e consumo abusivo de bebida alcoólica, têm sido frequentemente encontrados na população adolescente”. Além disso, esses comportamentos estão “[...] associados a doenças crônicas, como obesidade, diabetes, hipertensão arterial, doenças respiratórias, dislipidemias, câncer e doenças cardiovasculares, que lideram as causas de óbito na vida adulta, no país” (RAIZEL et al., 2016, p. 292).

Outro agravamento a acometer essa faixa-etária da população são as doenças crônicas não transmissíveis, dentre as quais aquelas mais comuns e observadas entre os estudantes são a obesidade, o diabetes e a hipertensão. Sobre essas doenças, Tenório et al. (2010, p. 105) afirmam que “existe uma relação inversa entre o nível de atividade física e o risco de ocorrência de diversas doenças crônicas não transmissíveis” – quanto mais se pratica atividade física, menor é o risco de se desenvolver esse tipo de doença.

Nos noticiários em nível nacional, observamos a veiculação de todo tipo de violência a que são submetidos os adolescentes e jovens em idade escolar, como violência física, sexual e *bullying* ou assédio moral, violência familiar e assaltos; e essa população, na sua maioria, frequenta as escolas diariamente. São situações que geralmente também acontecem dentro da própria escola, a exemplo de brigas, roubos e consumo de álcool e drogas.

Todas essas questões apresentadas, relacionadas aos jovens estudantes, são mais bem visualizadas na terceira edição da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), realizada em 2015 pelo Governo Federal, a qual ouviu amostras de estudante de 13 a 17 anos em todas as regiões do país. Nessa pesquisa, foram investigadas diversas questões relacionadas aos estudantes das escolas da educação básica. Os resultados apresentados mostram que: 56,1% dos estudantes ouvidos relataram que ficavam mais de três horas por dia sentados assistindo à televisão e/ou usando computador, jogando vídeo game ou fazendo outras atividades; 18,4% já haviam experimentado cigarro; 55,5% já experimentaram bebida alcoólica; 9,0% já usaram drogas ilícitas; 27,5% disseram que já tiveram relação sexual alguma vez e, destes, 61,2%

responderam ter usado preservativo na primeira vez que tiveram relação sexual; e cerca de 16,4% dos entrevistados disseram que já se sentiram sozinhos, na maioria das vezes ou sempre, nos 12 meses que antecederam a pesquisa.

Essa problemática do sedentarismo, do comportamento de risco, das doenças não transmissíveis e da violência que atingem os jovens em idade escolar precisa ser combatida fora e dentro da escola. Neste sentido, por meio de ações de promoção da saúde, o Programa Saúde na Escola (PSE) pode ser um grande aliado nessa tarefa de promover a saúde e combater a doença.

O PSE é um programa do Governo Federal criado em 2007, pelo Decreto nº 6.286 de 5 de dezembro de 2007, e que completou em 2020 mais de uma década de existência. São exatamente 12 anos de vigência no Brasil, com a finalidade 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” (BRASIL, 2007a, p. 1). O Programa tem como um de seus principais objetivos “fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades no campo da saúde que possa comprometer o pleno desenvolvimento escolar” (BRASIL, 2007a, p. 1), trazendo como diretriz principal, dentre outras, a “integração e articulação das redes públicas de ensino e de saúde” (BRASIL, 2007a, p. 2).

Diante do exposto, verificamos que é indispensável a promoção da saúde nas escolas sob a ótica do PSE, para prevenir e combater os comportamentos de risco sedentário, além de doenças e todo tipo de violência. Isso se dá porque a atuação desse Programa na escola pode contribuir com a elaboração de uma proposta pedagógica que inclua ações de promoção da saúde capazes de contribuir com o ensino aprendizagem, oportunizando aos alunos e alunas um conhecimento importante sobre como promover saúde e combater doenças (BRASIL, 2007a).

O contexto apresentado nos permitiu tecer questionamentos acerca de como a gestão do PSE em Tucuruí poderia atuar na escola, de modo a contribuir para a formação dos estudantes no que diz respeito à prevenção e à promoção da saúde. Tal questionamento nos levou a apresentarmos o seguinte **problema**: de que modo a gestão do PSE no município de Tucuruí vem sendo realizada pelas secretarias de educação e saúde?

Esse problema tem-nos inquietado e despertado nosso interesse em aprofundar os conhecimentos sobre esse Programa, mais especificamente sobre a gestão do PSE no município de Tucuruí-PA, realizada pelas Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e Secretaria Municipal de Educação e Cultura (SEMEC).

A escolha desse município deu-se por ele possuir algumas características que o diferenciam dos demais municípios que compõem a Região de Integração do Lago de Tucuruí¹. Por exemplo, de acordo com o IBGE (BRASIL, 2019a), ele possui a menor área territorial, mas em contrapartida tem a maior população e possui a maior arrecadação dessa Região. Além disso, recebe o maior repasse de recursos do PSE, pactuou o maior número de escolas e estudantes no programa nos dois ciclos que serão investigados (ver Tabela 5, p. 127), e foi um dos 4 (quatro) municípios da região que não aderiu ao Programa Crescer Saudável (ver Tabela 5, p. 127), um programa de grande importância para prevenir, enfrentar e combater a obesidade na infância, pois consiste em um

[...] conjunto de ações a serem implementadas com o objetivo de contribuir para o enfrentamento da obesidade infantil no país por meio de ações a serem realizadas no âmbito do Programa Saúde na Escola (PSE), para as crianças matriculadas na Educação Infantil (creches e pré-escolas) e Ensino Fundamental I. As ações, que compõem o programa, abrangem a vigilância nutricional, a promoção da alimentação adequada e saudável, o incentivo às práticas corporais e de atividade física, e ações voltadas para oferta de cuidados para as crianças que apresentam obesidade. Esta é uma agenda coordenada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), na qual prevalece a articulação intersetorial, primordialmente com a Educação, em função da complexidade dos determinantes da obesidade e da influência dos ambientes no seu desenvolvimento. Por estar inserido no âmbito do Programa Saúde na Escola (PSE), podem participar do Programa Crescer Saudável 2019-2020 os municípios que aderiram ao PSE no ciclo 2019/2020 (BRASIL, 2019b, p. 6).

Considerando o exposto, essa pesquisa tem como **objeto**: a gestão do PSE no município de Tucuruí, nos ciclos de 2017-2018 e 2019-2020.

O recorte temporal que compreende esses dois ciclos deu-se pelo fato de, em um levantamento exploratório na SEMEC, verificarmos que há um histórico de trocas de coordenadores na SMS e na SEMEC, mas que nesses dois últimos ciclos se mantém a mesma coordenadora² na SEMEC, enquanto a SMS – até o momento da coleta desses dados (11/2019) – estava sem coordenador.

No recorte temporal é importante destacar que o último ano do 2º ciclo (2020), o período mais importante da pesquisa, porque aqui ocorreu a pesquisa de campo, foi justamente no ano

¹ Esta região é formada por sete municípios (Breu Branco, Goianésia do Pará, Itupiranga, Jacundá, Nova Ipixuna, Novo Repartimento e Tucuruí, e é entrecortada pelo Rio Tocantins e pelas rodovias BR-230/Rodovia Transamazônica e PA-150). Esta RI Lago de Tucuruí detém uma área total de pouco mais de 40 mil quilômetros quadrados, o que representam 3% da área total do Pará (PARÁ, 2008).

² Utilizamos estes termos “coordenadora”, “coordenador” e “coordenação” como sinônimos de GTI-M, uma vez que não identificamos a formação do GTI-M no município; e o PSE, no momento da pesquisa de campo, era gerido por uma coordenadora na SEMEC.

que o mundo foi tomado por uma pandemia do novo Coronavírus, onde Tucuruí também foi acometido por esta doença. A pesquisa de campo neste período foi importante porque nos possibilitou, também, verificar como se deu a gestão do PSE durante a pandemia.

Para melhor compreender o objeto aqui estudado, tornou-se necessário conhecê-lo mais profundamente. Para isso, investigamos desde adesão do município ao ciclo 2017-2018 até o ciclo atual, 2019-2020. Neste sentido, foi necessário indagar os sujeitos que faziam parte da coordenação do PSE do ciclo anterior e que ainda estão na coordenação do ciclo atual.

Questões de investigação e objetivos da pesquisa

Para fazermos o estudo deste objeto “a gestão do PSE no município de Tucuruí, nos ciclos de 2017-2018 e 2019-2020”, **lançamos as seguintes indagações:** como vem sendo realizada a gestão do PSE em Tucuruí? De que modo o PSE, por meio da gestão das secretarias de Educação e Saúde, vem desenvolvendo as ações para promover a saúde e combater as doenças?

Para responder a essas indagações, surgiu a seguinte **questão principal:** de que modo vem sendo realizada a gestão do PSE no município de Tucuruí, pelas secretarias de educação e saúde?

Para responder a esta questão principal, lançamos alguns **questionamentos secundários:**

a) Quais os procedimentos utilizados pela gestão do PSE no planejamento, monitoramento e avaliação das ações de PS na escola básica?

b) Quais as ações desenvolvidas dentro do programa do PSE na escola básica do município de Tucuruí?

c) Quais resultados, em termos de saúde e aprendizagem, foram obtidos mediante as ações do PSE nas escolas do município de Tucuruí?

Diante de tais questões, destacamos os seguintes objetivos:

Objetivo geral: analisar o modo pelo qual a gestão do PSE no município de Tucuruí vem sendo realizada pelas secretarias de educação de saúde nos Ciclos de 2017-2018 e 2019-2020.

Esse objetivo maior foi desdobrado nos seguintes **objetivos específicos:**

1 - Identificar os procedimentos utilizados pela gestão do PSE no planejamento, monitoramento e avaliação das ações de promoção da saúde na escola básica;

2 - Mapear as ações desenvolvidas dentro do programa do PSE nas escolas da rede municipal de Tucuruí;

3 - Verificar os resultados em termos de saúde e aprendizagem trazidos pelas ações do PSE desenvolvidas nas escolas de Tucuruí e registrados nos relatórios dos órgãos responsáveis pelos relatos das escolas atendidas.

Diante dessa pesquisa sobre o modo como a gestão do PSE no município de Tucuruí vem sendo feita pelas secretarias de educação e saúde, vemos o quanto é relevante em razão de os resultados consistirem em informações importantes para os gestores desse Programa, justamente para aprimorar cada vez mais o desenvolvimento de ações mais eficazes e que possam trazer resultados tanto na saúde quanto na aprendizagem dos estudantes.

A pesquisa apresenta relevância acadêmica por investigar como a SEMEC e a SMS vêm gerindo o PSE em Tucuruí, de modo a poder apontar novas descobertas sobre esse programa pertinente para profissionais de saúde e de educação que têm interesse pela temática da promoção da saúde na escola; além disso, há o ineditismo do seu objeto (o PSE no município de Tucuruí), uma vez que, na busca por referenciais teóricos para elaboração do projeto, encontramos diversas produções sobre promoção da saúde e algumas sobre a promoção da saúde na escola, mas pouca produção específica sobre o Programa Saúde na Escola e nenhuma obra sobre o PSE no município de Tucuruí.

Uma pesquisa com essa temática mostra relevância profissional por poder trazer contribuições para a ampliação das discussões e do conhecimento tanto na área da saúde quanto da educação, assim como por aprofundar os referenciais para nosso desenvolvimento profissional e pessoal.

Método e procedimentos metodológicos da pesquisa

Método de pesquisa

Para analisar o modo como a gestão do Programa Saúde na Escola (PSE) no município de Tucuruí vem sendo realizada pelas Secretarias Municipais de Educação e de Saúde, esta pesquisa foi desenvolvida com base em uma abordagem qualitativa.

Para Minayo (2009, p. 21), essa abordagem é definida como “[...] aquela que responde a questões muito particulares [...] com um nível de realidade que não deveria ser quantificado [...]”. Esta autora também aponta que a abordagem tem como característica trabalhar com o

sujeito “[...] o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes” (MINAYO, 2009, p. 21).

Esses fenômenos humanos, apontados por Minayo (2009, p. 21), fazem parte da realidade social do sujeito, “[...] pois o ser humano se distingue não só por agir, mas pensar sobre o que faz e por interpretar sua ação dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes”.

A opção pela abordagem qualitativa se justificou por aqui ela se interessar em desvelar as concepções e práticas dos sujeitos que lidam com o PSE em Tucuruí, o que nos ajudará a conhecer mais a fundo o Programa nesse município. Sua escolha também se deu pelo fato de que essa abordagem não possui um padrão único, já que considera “[...] a realidade fluente e contraditória e os processos de investigação dependem também do pesquisador que implica sua concepção, seus valores, seus objetivos” (CHIZZOTTI, 2010, p. 26). Entretanto, esse mesmo autor alerta o pesquisador para não se furtar ao rigor e à objetividade que uma pesquisa séria exige.

Mediante a relação com os sujeitos, aqueles que atuam na coordenação do Programa e na direção das escolas que receberam as ações, encontramos respostas às indagações sobre o objeto da pesquisa, que teve como *locus* a SEMEC, a SMS e uma escola onde atua o gestor escolar que mais teve envolvimento com as ações do PSE.

Para melhor investigar a gestão do PSE no município de Tucuruí, utilizamos uma pesquisa do tipo Estudo de Caso por ser aquela que mais se aproximou da natureza do nosso objeto de estudo “a gestão do PSE no município de Tucuruí, nos ciclos de 2017-2018 e 2019-2020”.

Para Triviños (1987, p. 133), o Estudo de Caso “[...] é um tipo de pesquisa [...] cujo objeto é uma unidade que se analisa aprofundadamente”. No caso desta pesquisa, vamos investigar todas as variáveis possíveis por meio de várias fontes como documentos, entrevistas e outras possíveis que se apresentaram ao longo da coleta de dados.

O Estudo de caso se caracteriza, de acordo com Yin (2001, p. 33), por enfrentar “[...] uma situação tecnicamente única em que haverá muito mais variáveis de interesse do que pontos de dados, e, como resultado, baseia-se em várias fontes de evidências [...]”. O autor também afirma que outra característica da pesquisa do tipo Estudo de caso é que ela “[...] compreende um método que abrange tudo - com a lógica de planejamento incorporando abordagens específicas à coleta de dados e à análise de dados. Ou seja: este (sic) tipo de pesquisa é uma estratégia de pesquisa abrangente” (YIN, 2001, p. 33).

Stake (1983, p. 11) caracteriza o Estudo de caso como um tipo de pesquisa em que “[...] o pesquisador necessita especificar o caso a ser estudado, o que geralmente é uma tarefa difícil. O caso pode ser um programa federal adaptado a certo local [...]”. Nessa pesquisa, nosso caso é definido como: a gestão do Programa Saúde na Escola no município de Tucuruí.

Para André (2013, p. 97), quem lança mão desse tipo de pesquisa deve “[...] focalizar um fenômeno particular, levando em conta seu contexto e suas múltiplas dimensões”. Para ela, no Estudo de Caso, “[...] valoriza-se o aspecto unitário, mas ressalta-se a necessidade da análise situada e em profundidade” (ANDRÉ, 2013, p. 97). Baseada em estudiosos que discutem a utilização do Estudo de Caso em pesquisas, André apresenta duas formas de utilização desse tipo de pesquisa, as quais o pesquisador deve considerar ao escolher esse método: na primeira, o caso a ser estudo deve ter “[...] uma *particularidade* que merece ser investigada” (ANDRÉ, 2013, p. 98); e a segunda forma deve considerar “[...] a *multiplicidade* de aspectos que caracteriza o caso, o que vai requerer o uso de múltiplos procedimentos metodológicos para desenvolver um estudo em profundidade” (ANDRÉ, 2013, p. 98).

No caso desta pesquisa sobre o Programa Saúde na Escola (PSE) no município de Tucuruí, optamos pela segunda forma (*multiplicidade*), haja vista que estamos investigando os aspectos da gestão do PSE; das ações desenvolvidas nas escolas; dos procedimentos utilizados pela coordenação do PSE e dos resultados em termos de saúde e aprendizagem nas escolas.

Neste sentido, percebemos que as características da pesquisa do tipo Estudo de Caso afinam-se ao objeto desse estudo, uma vez que nos permitiu investigar o Programa Saúde na Escola (PSE) no município de Tucuruí como sendo um caso único, a partir de várias fontes de evidências, utilizando abordagens específicas de coleta de dados e de análise de dados.

Procedimentos metodológicos da pesquisa

Para melhor investigar o objeto de pesquisa, nossa trajetória metodológica foi dividida em quatro fases: Pesquisa Exploratória, Pesquisa Bibliográfica, Pesquisa documental, Entrevista semiestruturada; além do tratamento do material empírico coletado e análise das informações obtidas.

Pesquisa Exploratória

Com a proposta de investigar o Programa Saúde na escola (PSE) em Tucuruí-PA, partimos para um levantamento no portal eletrônico do Ministério da Saúde, na página do Painel

de Adesões do Programa Saúde na Escola, para verificar se o município de Tucuruí havia aderido ao Programa Saúde na Escola nos últimos dois ciclos (2017-2018 e 2019-2020). Nesse acesso, encontramos apenas informações sobre a adesão do município ao Programa no segundo ciclo 2019-2020 (BRASIL, 2019c). As informações sobre o primeiro ciclo (2017-2018) obtivemos da SMS (ver Doc. 18, Quadro 3) e, de acordo com esse documento, o município também aderiu ao Ciclo 2017-2018.

Com a adesão do município confirmada nos dois Ciclos do PSE, partimos em seguida para uma visita (exploratória) à coordenação desse programa, na SEMEC e na SMS. Fomos lá para uma conversa informal com a coordenação e indagar sobre alguns aspectos do PSE, importantes para a manutenção do nosso tema e ratificação do objeto de pesquisa “a gestão do PSE no município de Tucuruí, nos ciclos de 2017-2018 e 2019-2020”.

Pesquisa bibliográfica

Na etapa seguinte, realizamos uma pesquisa bibliográfica na busca do referencial teórico. Esse tipo de pesquisa para Lakatos e Marconi (2003, p. 158) “[...] é um apanhado geral sobre os principais trabalhos já realizados, revestidos de importância, por serem capazes de fornecer dados atuais e relevantes relacionados com o tema”. Ela “[...] abrange toda bibliografia já tornada pública em relação ao tema de estudo, desde publicações avulsas, boletins, jornais, revistas, livros, pesquisas, monografias, teses, material cartográfico etc.” (LAKATOS; MARCONI, 2003, p. 183); e uma de suas características é servir “[...] como primeiro passo, para se saber em que estado se encontra atualmente o problema, que trabalhos já foram realizados a respeito e quais são as opiniões reinantes sobre o assunto” (LAKATOS; MARCONI, 2003, p. 186).

Para Gil (2008, p. 50), “[...] a pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos”. Sua principal vantagem “[...] reside no fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente” (GIL, 2008, p. 50).

A pesquisa bibliográfica deve ser disciplinada quanto aos critérios de escolha dos autores e dos textos, crítica por estabelecer um diálogo reflexivo entre as teorias e outros estudos, assim como ampla, porque deve dar conta do estado atual do conhecimento (MINAYO, 2009).

Utilizamos a pesquisa bibliográfica na busca dos dados teóricos para aprofundar conceitos de educação, saúde, educação e saúde, promoção da saúde na escola, programa saúde na escola e enfoques sobre Educação e Saúde. Também a utilizamos para conceituar e diferenciar termos, como Educação e Saúde, Educação em saúde, Educação na Saúde, Gestão Escolar, Gestão do PSE, Intersetorialidade, Programa de Saúde, PNPS e ainda para aprofundar a discussão sobre o PSE.

O resultado dessa busca levou a apoiarmo-nos, entre outros, nos seguintes escritos: Freire (1997, 2003), Ghiraldelli Jr (2006) e Gadotti (2003), que nos ajudaram a aprofundar o conceito sobre educação; Czeresnia (2003), Scliar (2007), Bezerra e Sopreso (2016) forneceram informações para que avançássemos sobre os conceitos de saúde; Stotz (2007), Falkenberg et. al. (2014), Brasil (2009), e Valla, Guimarães e Lacerda (2007), que nos permitiram diferenciar os termos Educação e Saúde, Educação em Saúde e Educação na Saúde, e também contribuíram com a discussão sobre os enfoques de educação e saúde; com Brasil (2002, 2008a, 2008b, 2008c, 2008d, 2009, 2010a, 2010b, 2010c, 2014a, 2014b), Bezerra e Sopreso (2016), aprofundamos a discussão sobre a relação entre saúde e educação, a promoção da saúde e a promoção da saúde na escola em suas formas de promoção; Gomes (2012) e Barilli e Pessoa (2013) nos possibilitaram aprofundar a discussão sobre o aspecto da intersetorialidade na relação entre educação e saúde; por fim, em Cavalcanti, Lucena e Lucena (2015) mergulhamos nas características sobre o PSE.

Pesquisa documental

Na etapa seguinte, realizamos a Pesquisa Documental. Esse tipo de pesquisa, de acordo com Gil (2008, p. 51), “[...] assemelha-se muito à pesquisa bibliográfica, a única diferença entre ambas está na natureza das fontes”. Para esse autor “[...] a pesquisa bibliográfica se utiliza fundamentalmente das contribuições dos diversos autores sobre determinado assunto” (GIL, 2008, p. 51), diferente dessa, a pesquisa documental “[...] vale-se de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa” (GIL, 2008, p. 51).

Esse tipo de pesquisa se caracteriza por seguir os “[...] mesmos passos da pesquisa bibliográfica. Apenas há que se considerar que o primeiro passo consiste na exploração das fontes documentais, que são em grande número” (GIL, 2008, p. 51). Esse mesmo autor diz que existem “[...] de um lado, os documentos de primeira mão, que não receberam qualquer tratamento analítico, tais como: documentos oficiais, reportagens de jornal, cartas, contratos,

diários, filmes, fotografias, gravações etc.” (GIL, 2008, p. 51). Ele também diz que “[...] de outro lado, existem os documentos de segunda mão, que de alguma forma já foram analisados, tais como: relatórios de pesquisa, relatórios de empresas, tabelas estatísticas etc. (GIL, 2008, p. 51).

A escolha pela Pesquisa Documental se deu porque, conforme Sá-Silva, Almeida e Guindani (2009, p. 2), “o uso de documentos em pesquisa deve ser apreciado e valorizado. A riqueza de informações que deles podemos extrair e resgatar justifica o seu uso em várias áreas [...]”.

Portanto, utilizamos esse tipo de pesquisa para coletar documentos, como decretos, portarias, cartilhas, manuais, relatórios, planilhas e relatos, que possam oferecer informações sobre o objeto da pesquisa, “a gestão do PSE no município de Tucuruí, nos ciclos de 2017-2018 e 2019-2020”; as escolhas se deram pela relevância dos documentos, pois eles são fontes importantes para responder aos questionamentos do estudo e alcançar os objetivos propostos.

No processo de seleção dos documentos, consideramos todos aqueles que, de alguma forma, contêm informações relevantes à pesquisa, mesmo que à primeira vista nos pareçam insignificante. Neste ponto, Sá-Silva, Almeida e Guindani (2009, p. 8) dizem que “[...] torna-se essencial saber compor com algumas fontes documentais, mesmo as mais pobres, pois elas são geralmente as únicas fontes que podem nos esclarecer sobre uma determinada situação”.

Para ter acesso às informações referentes ao Programa Saúde na Escola (PSE), foram coletados diversos documentos, divididos em 4 (quatro) grupos: 1) Documentos da Base Legal do PSE, coletados nas páginas oficiais do Governo Federal; 2) Documentos Orientadores do PSE, encontrados nas páginas oficiais do Governo Federal; 3) Documentos sobre o Planejamento e Organização das ações do PSE, coletados na SMS e na coordenação do PSE/SEMEC e na SMS; 4) Documentos sobre Monitoramento e Avaliação do PSE, coletados na coordenação do PSE/SEMEC e na SMS.

Quadro 1 - Documentos da base legal do Programa Saúde na Escola

Nº	Documento	Objetivo do documento
01	Lei do PSE (Decreto nº 6.286/2007)	Instituir o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências.
02	Portaria nº 1.861, de 4 de setembro de 2008	Estabelecer 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.
03	Portaria Interministerial nº 3.696, de 25 de novembro de 2010	Estabelecer 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.

04	Portaria Interministerial nº 1.910, de 8 de agosto de 2011	Estabelecer o Termo de Compromisso Municipal como instrumento para o recebimento de recursos financeiros do Programa Saúde na Escola (PSE).
05	Portaria Interministerial nº 1.413, de 10 de julho de 2013	Redefinir as regras e critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE) por Estados, Distrito Federal e Municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações.
06	Portaria Interministerial nº 1.055, de 25 de abril de 2017	Redefine as regras e os critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola - PSE por estados, Distrito Federal e municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações.
07	Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017- MS	Aprovar a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
08	Portaria nº 2.264 de 10 de setembro de 2019 2º CILCO	Definir Municípios com adesão aos Programas Saúde na Escola (PSE) e Crescer Saudável para o ciclo 2019/2020, os habilita ao recebimento do teto de recursos financeiros pactuados em Termo de Compromisso e dá outras providências.

Fonte: MS/MEC.

A seleção dos *documentos da base legal* para consulta ocorreu pela importância de cada um deles na busca das respostas às questões da pesquisa e alcançar os objetivos apresentados. Nós os consultamos porque encontramos neles as finalidades, os objetivos, as diretrizes e ações que o Programa preconiza, além das diretrizes sobre a gestão intersetorial e sobre o financiamento. Neles também foi possível identificar de que forma o PSE pode desenvolver as ações de saúde na escola e quais as medidas que a gestão municipal pode tomar para aderir ao programa.

Quadro 2 - Documentos orientadores do Programa Saúde na Escola

Nº	Documento	Objetivo do documento
09	Caderno do Gestor 2015	Orientar as ações desenvolvidas pelo PSE, e a forma de gestão do Programa
10	Manual de adesão do PSE 2017 – 2018	Determinar como os municípios devem proceder para aderir e pactuar as ações do PSE
11	Manual de adesão do PSE 2019-2020	Determinar como os municípios devem proceder para aderir e pactuar as ações do PSE
12	Documento orientador de indicadores do PSE 2017 2018	Orientar sobre o planejamento, o monitoramento e a avaliação do PSE
13	Documento orientador de indicadores do PSE 2019 -2020	Orientar sobre o planejamento, o monitoramento e a avaliação do PSE

Fonte: páginas eletrônicas do MS e do MEC

A escolha dos *documentos orientadores* deu-se pela sua importância para a busca de informações sobre orientação dada aos gestores do PSE. Nós os consultamos porque neles encontramos as principais informações sobre o Programa. O Caderno do Gestor ajudou a compreender de que modo o Programa deve orientar as ações que vêm sendo realizadas pela

gestão do PSE no município de Tucuruí. Os Manuais mostraram como os municípios devem proceder para aderir e pactuar as ações do PSE, e os Documentos Orientadores orientam sobre o planejamento, o monitoramento e a avaliação do PSE.

Quadro 3 - Documentos sobre o planejamento e a organização das ações do PSE desenvolvidas nas escolas do município de Tucuruí-PA

Nº	Tipo de Documento	Objetivo do documento
14	Planilha do cronograma de ações do PSE - 2017-2018 e 2019 (PSE/SEMEC)	Organizar o cronograma e calendário das ações que serão desenvolvidas nas escolas pelo PSE
15	Bloco de notas (PSE/SEMEC)	Organização dos procedimentos adotados pela coordenação do PSE/SEMEC para a elaboração do cronograma das ações nas escolas.
16	Termo de compromisso PSE 2017-2018 (SMS e SEMEC)	Pactuar compromisso, para o PSE, entre SMS, SEMEC e o Governo Federal para o primeiro ciclo
17	Termo de compromisso PSE 2019-2020 (SMS e SEMEC)	Pactuar compromisso, para o PSE, entre SMS, SEMEC e o Governo Federal para o segundo ciclo
18	Ofício com informações sobre o PSE 2017-2018 e 2019-2020 (SMS)	Mostra diversas informações sobre o PSE, dentre outras, a estrutura de saúde no município, a equipe de saúde e os serviços de saúde ofertados.
19	Ofício com informações sobre o PSE 2017-2018 e 2019-2020 (SEMEC)	Mostrar diversas informações sobre o PSE, dentre outras, a equipe do PSE, as ações e a formação continuada dos educadores.
20	Memorando da Coord. PSE/SEMEC 2017	Solicitar materiais à Secretaria de educação para realização de ações do PSE.

Fonte: próprio autor/documentos coletados na SEMEC e SMS

Os documentos sobre *planejamento e organização* das ações do PSE foram coletados porque neles encontramos informações sobre como ocorreu o processo de adesão ao PSE, como vem ocorrendo o processo de gestão do programa, como são programadas e organizadas as ações do PSE. Eles também possibilitaram a identificação dos procedimentos utilizados pela gestão do PSE na organização das ações de saúde na escola básica.

Quadro 4 - Documentos sobre o monitoramento e a avaliação do PSE

Nº	Documentos	Objetivo do documento
21	Planilha com as escolas prioritárias e atendidas no Ciclo 2017-2018 e no ano de 2019 (PSE/SEMEC)	Apresentar as escolas, prioritárias e não prioritárias, que foram pactuadas e atendidas pelo programa no Ciclo 2017-2018 e no ano de 2019.
22	Listagem dos alunos atendidos na escola 2019 (PSE/SEMEC)	Controlar o quantitativo de alunos que foram atendidos pelo programa na escola com e sem Cartão SUS.
23	Relatório do PSE 2017-2018 (PSE/SEMEC)	Mostrar como vem sendo organizada a gestão do PSE, no que tange ao planejamento, à execução e ao monitoramento das ações.
24	Comunicado (PSE/SEMEC)	Informar as escolas sobre o cadastro do Cartão SUS.

Fonte: próprio autor/documentos coletados na coordenação do PSE/SEMEC

Já os documentos que tratam sobre o *monitoramento e avaliação* do PSE foram utilizados para consolidar, ou não, algumas informações captadas nas entrevistas. Esses documentos possibilitaram que verificássemos especificamente as informações sobre o monitoramento e a avaliação do PSE, e se tais procedimentos vêm sendo realizados.

Entrevista semiestruturada

Utilizamos como técnica de coleta de dados a entrevista semiestruturada. Para Triviños (1987), esse tipo de entrevista é a mais adequada para realizar a coleta de dados na pesquisa qualitativa que investiga fenômenos sociais, assim como aponta que, no enfoque qualitativo, podem ser usadas a entrevista estruturada, ou fechada, a semiestruturada e a entrevista livre ou aberta.

Nesta pesquisa sobre o PSE, utilizamos a entrevista semiestruturada porque esse tipo de entrevista “[...] ao mesmo tempo que valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação” (TRIVIÑOS, 1987, p. 146). O autor afirma ainda que a entrevista semiestruturada “[...] favorece não só a descrição dos fenômenos sociais, mas também sua explicação e a compreensão de sua totalidade [...]” (TRIVIÑOS, 1987, p. 152).

Minayo (2009) diz que essa relação entre pesquisador e sujeito pesquisado é algo que fica mais evidente a partir da coleta de dados, a qual pode ser realizada por meio da entrevista semiestruturada, capaz de permitir ao pesquisador a flexibilidade para a discussão (MINAYO, 2009).

Portanto, reafirmamos o uso da entrevista semiestruturada nessa pesquisa como instrumento de coleta de dados, justamente por entender que ela foi a mais adequada para investigar nosso objeto – “a gestão do PSE no município de Tucuruí, nos ciclos de 2017-2018 e 2019-2020”. Isso se dá porque esse tipo de entrevista nos permite uma relação mais profunda com o sujeito pesquisado. Desse modo, durante a entrevista, com a flexibilidade que ela permite, combinamos as perguntas fechadas e as abertas, para que o entrevistado tivesse a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão, sem se prender à indagação formulada.

Partimos de questionamentos básicos, sempre apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa. Na medida em que recebemos as respostas do informante, vamos avançando nas indagações, dessa forma “[...] o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa” (MINAYO, 2009, p. 146).

Neste sentido, esse tipo de entrevista nos permitiu indagar os sujeitos para extrairmos o máximo de informações, as quais ajudaram na análise e compreensão sobre o modo como a gestão do PSE no município de Tucuruí vem sendo realizada pelas secretarias de educação e saúde, o que talvez não fosse possível alcançar com outro tipo de instrumento.

A entrevista foi aplicada a 2 (dois) sujeitos: a coordenadora atual do PSE na SEMEC, e o gestor escolar que mais se destacou nas parcerias com o Programa e a escola, na opinião da coordenadora do PSE. Os entrevistados tiveram que assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), autorizando o uso da entrevista na pesquisa.

A coordenadora do PSE/SEMEC é servidora efetiva lotada na coordenação do PSE/SEMEC, licenciada em Biologia, com pós-graduação em docência do ensino superior, e está concluindo uma pós-graduação em Biologia Aplicada à Saúde no IFPA. Escolhê-la para a entrevista se algo que se deu por ela ser a única servidora que esteve atuando no Programa no primeiro ciclo (2017-2018), e se mantém no ciclo atual (2019-2020). Além disso, por ela atuar no Programa, forneceu-nos dados importantes para pesquisa, a exemplo de informações sobre a adesão ao PSE, as dificuldades para implantação e manutenção do programa, as vantagens e desvantagens do PSE, as ações desenvolvidas, os procedimentos adotados e as escolas atendidas.

O gestor escolar selecionado para entrevista é pedagogo com Especialização em Psicopedagogia e em Direito Educacional. A escolha por ele ocorreu em razão de, segundo a coordenadora do PSE na SEMEC, ele ser quem mais atuava em parceria com o PSE pelas ações de saúde na escola. Desse modo, poderia ter mais informações sobre as ações desenvolvidas pelo Programa na escola e sobre os resultados em termos de saúde e aprendizagem percebidos nos estudantes por meio das ações de saúde desenvolvidas via PSE.

Na elaboração dos roteiros da entrevista (Apêndices A e B) aplicados aos sujeitos, tivemos a preocupação em formular perguntas, dispostas em itens, que indagassem e pudessem ajudar a responder às questões de investigação e aos objetivos da pesquisa.

O roteiro utilizado com a coordenadora do PSE na SEMEC e o representante da SMS foi organizado da seguinte forma:

No item 1 do roteiro, o objetivo das perguntas foi verificar a composição do Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTI-M)³, como ocorreu a adesão e implantação do PSE em Tucuruí, suas dificuldades de implantação e continuidade;

³ GTI-M é o grupo que coordena o PSE e deve composto, obrigatoriamente, por gestores das secretarias de Saúde e de Educação, representantes das equipes de Atenção Básica e representante dos educadores que atuarão no PSE, representantes das escolas, dos jovens e das pessoas da comunidade local,

No item 2, objetivamos identificar os procedimentos utilizados pela gestão do PSE no planejamento das ações de promoção da saúde na escola básica;

No item 3, buscamos mapear as ações desenvolvidas dentro do programa do PSE no âmbito das escolas da rede municipal de Tucuruí;

No item 4, nosso objetivo foi verificar os resultados, em termos de saúde e aprendizagem, trazidos pelas ações do PSE, desenvolvidas nas escolas de Tucuruí e registrados nos relatórios dos órgãos responsáveis e nos relatos das escolas atendidas.

O roteiro da entrevista utilizado com o gestor escolar foi organizado da seguinte forma:

No item 1, objetivamos verificar como se dava a participação da escola no planejamento e organização das ações de saúde desenvolvidas pelo PSE;

No item 2, buscamos verificar os resultados, em termos de saúde e aprendizagem, trazidos pelas ações do PSE, desenvolvidas nas escolas de Tucuruí;

No item 3, objetivamos captar as considerações e/ou sugestões do gestor escolar sobre a relação do PSE com a escola.

No contato com os entrevistados, tivemos a preocupação de agendar previamente o local e horário de forma que não atrapalhasse sua rotina diária de trabalho. Já com as entrevistas realizadas, fizemos a transcrição na íntegra e apresentamos a análise e os resultados no capítulo 3.

Tratamento, análise e interpretação dos dados

Após a finalização da coleta dos dados, realizamos o tratamento, a análise e a interpretação do material empírico e documental, objetivando compreender e interpretar esses dados, sempre os confrontando com a teoria de fundamentação do trabalho e com outras leituras teóricas que se mostraram necessárias.

Para interpretação dos dados empíricos e documentais coletados, utilizamos a técnica de **análise de conteúdo**. Talvez esta etapa de análise e interpretação dos dados seja a mais difícil, se comparada às outras que compõem a pesquisa; isso, porque sempre há “[...] dificuldades de como tratar os achados empíricos e documentais” (MINAYO, 2012, p. 622).

Neste sentido, temos que ter muito cuidado e atenção com alguns detalhes que precedem a análise desses dados. Se forem feitas entrevistas e estas forem gravadas, elas devem ser transcritas logo ao final da coleta, de modo que só se deve realizar outra após a análise daquela (TRIVIÑOS, 1987).

Para Bardin (2009, p. 44), “[...] a análise de conteúdo procura conhecer aquilo que está por trás das palavras sobre as quais se debruça [...]”, ou seja, por detrás do discurso aparente esconde-se um sentido que cumpre desvendar. Essa mesma autora ainda aponta como características da análise de conteúdo, três etapas básicas: pré-análise, descrição analítica e interpretação inferencial.

Segundo Pimentel (2001, p. 84), a execução dessas etapas é tão importante que “dependendo do objetivo do estudo, a análise de documentos pode se caracterizar como instrumento complementar ou ser o principal meio de concretização do estudo [...]”. Diz ainda a autora que “[...] essa etapa consistiu num processo de codificação, interpretação e de inferências sobre as informações contidas nas publicações, desvelando seu conteúdo [...]” (PIMENTEL, 2001, p. 189).

Utilizamos a análise de conteúdo para analisar e interpretar os dados por entendê-la como a mais adequada para lidar com nossos dados coletados. Sua escolha deu-se pelo fato de ela nos permitir extrair dos documentos e das entrevistas um conjunto de informações importantes para desvelar aquilo que se esconde por detrás do conteúdo dos documentos e das entrevistas, algo que uma simples leitura não nos permitiria perceber.

Neste sentido, seguindo as orientações de Silva e Fossá (2015) e Bardin (2011), realizamos a análise e interpretação dos dados com base nas três fases da análise de conteúdo propostas por esses autores: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Sobre a primeira fase, a *pré-análise*, Silva e Fossá (2015) orientam que devemos sistematizar as ideias iniciais colocadas pelo quadro referencial teórico e estabelecer indicadores para a interpretação das informações coletadas. Neste sentido, a partir dos apontamentos de Bardin (2011), realizamos a leitura geral dos capítulos teóricos e, a partir dos elementos em comum identificados em todo o corpus da pesquisa, definimos a priori as unidades de análises, sendo elas as seguintes: 1) Organização do Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTI-M); 2) Planejamento, monitoramento e avaliação das ações; 3) Financiamento do PSE; 4) Melhoria da qualidade da saúde e da educação dos estudantes.

Em seguida, na fase de *exploração do material*, seguimos as orientações de Silva e Fossá (2015) e analisamos os documentos selecionados. Desse modo, realizamos a leitura da base legal do PSE, dos documentos orientadores do programa, dos documentos sobre o planejamento e organização, monitoramento e avaliação do PSE, e das ações desenvolvidas nas escolas, e por fim, transcrevemos as entrevistas; a ideia era selecionarmos no final dessa fase, para a fase de exploração, somente os documentos que poderiam nos ajudar a responder as questões da

pesquisa (Quadros 1, 2, 3 e 4). A leitura desse material nos permitiu ratificar as unidades de análises definidas a priori.

Na terceira fase, *tratamento dos resultados, inferência e interpretação*, Silva e Fossá (2015) apontam que devem ser captados os conteúdos manifestos e latentes contidos nos documentos selecionados e explorados. Aqui, a partir das unidades de análises definidas, que representam a dinâmica do modo como a gestão do PSE no município de Tucuruí vem sendo realizada, fizemos a inferência explicando tudo com a ajuda do referencial teórico apresentado nesse estudo.

Estrutura da dissertação

Intitulado “Educação e saúde: a gestão do Programa Saúde na Escola (PSE) no município de Tucuruí-PA e a melhoria da saúde e aprendizagem na escola básica”, o presente estudo está organizado em três capítulos, que se desdobram em diversos tópicos para melhor elucidar os pontos centrais do estudo.

No **primeiro capítulo**, “Educação e Saúde: a política nacional de saúde na escola”, abordamos o conceito de saúde, de educação, e diferenciamos termos como educação e saúde, educação *na* saúde e educação *em* saúde. Ainda nessa seção, apresentamos os enfoques em educação e saúde, e a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), de modo geral. Sobre a PNPS, elencamos os principais programas de promoção da saúde, com destaque para a promoção da saúde na escola. Por fim, apresentamos o PSE como Política Nacional de Saúde na Escola, abordando a história da promoção da saúde na escola no Brasil, o decreto de criação do PSE, a sua reformulação, a sua implementação a partir da intersetorialidade e as ações vinculadas ao Programa em nível federal e algumas experiências exitosas sobre o PSE.

No **segundo capítulo**, “A gestão do PSE na perspectiva intersetorial”, discutimos a gestão de políticas públicas, de políticas de saúde e gestão escolar e as ações de saúde na escola. Aqui apresentamos os conceitos e as características das gestões. Ainda nessa seção, discutimos a gestão do PSE na perspectiva intersetorial, resgatando o decreto de criação desse programa, abordando os aspectos da gestão na perspectiva intersetorial, diferenciando os Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI), com foco no Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTI-M), além de abordar algumas questões sobre o financiamento do PSE.

No **terceiro capítulo**, “A gestão do PSE no município de Tucuruí: as repercussões trazidas pelas ações do PSE para a melhoria da qualidade da saúde e da educação nas escolas de Tucuruí”, destacamos o Programa Saúde na Escola nesse município. Aqui abordamos o

histórico e a caracterização do município de Tucuruí nos aspectos demográfico, político, econômico, de saúde e de educação, com foco na atenção à educação básica. Nesse capítulo, caracterizamos o PSE de Tucuruí e também mostramos como ocorreu a implantação do PSE no município, a sua adesão ao programa, a formação da primeira coordenação local e a questão de o GTI-M não ter sido organizado, até o momento da coleta dos dados.

Seguimos adiante discutindo sobre o planejamento, o monitoramento e a avaliação das ações do PSE na escola básica de Tucuruí, mostrando como são organizadas as ações do PSE nas escolas. Finalizamos este último capítulo apresentando as repercussões trazidas pelas ações do PSE para a melhoria da qualidade da saúde e da educação nas escolas de Tucuruí, a partir da análise dos documentos e das entrevistas transcritas.

1 EDUCAÇÃO E SAÚDE: A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE NA ESCOLA BÁSICA

A educação e a saúde são sustentadas por um corpo de conhecimentos próprios que legitimaram sua interface especialmente depois da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em 1986, cujo marco foi o reconhecimento de que a promoção da saúde trata do processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação individual e coletiva. Ao assumir isso, educação e saúde se tornaram instrumentos do mesmo movimento de capacitação para a vida

(BALDISSERA, 2011, p. 7).

Nesse movimento de capacitação para a vida, a Educação e a Saúde, como macroáreas de conhecimento, possibilitam inúmeras pesquisas isoladamente. Quando juntas, convergem para temáticas como, por exemplo, Educação *em* Saúde; Educação *na* Saúde; e Educação *e* Saúde, as quais possibilitam uma gama de estudos. Assim, trataremos da temática da Educação e Saúde com maior destaque neste estudo, por possibilitar a discussão sobre a promoção da saúde de forma geral e promoção da saúde na escola.

Considerando o exposto, organizamos esta seção em três tópicos. No primeiro tópico, apresentamos o conceito de educação de acordo com os apontamentos de Freire (1997, 2003) e Ghiraldelli Jr (2006). o conceito de saúde é formulado segundo a visão de Czeresnia (2003), Scliar (2007), Bezerra e Sopreso (2016); na diferenciação dos termos educação *na* saúde, educação *em* saúde e educação *e* saúde, utilizamos Brasil (2007b, 2011a, 2020a), Falkenberg et al. (2014), Alves e Aerts (2011), Stotz (2007), e Valla, Guimarães e Lacerda (2007); para apresentar os enfoques de educação e saúde, utilizamos como base o texto de Stotz (2007) e o *Caderno de Educação Popular e Saúde* (BRASIL, 2007b).

No segundo tópico, abordamos a Promoção da Saúde (PS), a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e a promoção da saúde nas escolas. De início, resgatamos o conceito ampliado de saúde e, em seguida, apresentamos a PNPS, como consta em Brasil (2006a, 2006b, 2007a, 2007b, 2007c, 2007d, 2014a, 2014b, 2019a, 2019b, 2019c, 2019d, 2019e). Depois discutimos sobre a promoção da saúde a partir de Brasil (2008a, 2008b, 2008c, 2008d, 2010a, 2010b, 2010c, 2014a, 2014b), e Bezerra; Sopreso (2016). Finalizando esse tópico, discutimos sobre a Promoção da saúde na escola a partir das ideias de Silva (2019), Cavalcanti, Lucena e Lucena (2015), Casemiro, Fonseca e Secco (2014) e em Brasil (2007a, 2007b, 2007c, 2007d, 2008a, 2008b, 2008c, 2008d, 2009).

O terceiro e último tópico traz o PSE como política nacional de saúde na escola. Aqui apresentamos o ato de criação do PSE, Decreto nº 6.286 de 5 de dezembro de 2007 (BRASIL,

2007a), e a Portaria Interministerial nº 1.055, de 25 de abril de 2017 (BRASIL, 2017b), que o redefiniu. Para isso, ancoramo-nos em Brasil (2007a, 2017b). Aqui também discutimos o PSE como política nacional de saúde na escola, com base em Brasil (2002, 2010, 2011a, 2015).

Seguimos nesse tópico abordando a proposta da intersetorialidade e a gestão do PSE a partir do Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI), de acordo com Brasil (2011a, 2015). Aqui mostramos o que compete a cada GTI: Grupo de Trabalho Intersetorial Federal (GTI-F), Grupo de Trabalho Intersetorial Estadual (GTI-E) e Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTI-M). Fechamos com o debate do financiamento do PSE, de acordo com: a Portaria nº 1.861, de 4 de setembro de 2008 (BRASIL, 2008a), a Portaria interministerial nº 1.413, de 10 de julho de 2013 (BRASIL, 2013) e a Portaria interministerial no 1.055, de 25 de abril de 2017 (BRASIL, 2017b).

1.1 Educação e saúde: conceitos, diferenciação de termos e enfoques sobre saúde e educação

Estudar a temática da educação e saúde em um desdobramento que pretende investigar o PSE em Tucuruí é algo que requer conhecimentos prévios de conceitos de saúde e educação, de termos e enfoques que são muito utilizados por profissionais dessas duas áreas. Neste sentido, abordamos nesse tópico os conceitos de educação e de saúde; diferenciamos os termos educação *em* saúde, educação *na* saúde e educação *e* saúde; e por fim, fazemos apontamentos sobre o enfoque sobre educação e saúde como: enfoque preventivo, enfoque da escolha informada, enfoque do desenvolvimento pessoal, enfoque radical, e enfoque da educação popular e saúde.

1.1.1 Conceitos de educação e de saúde

Conceituar educação não é uma tarefa simples, haja vista que existem diferentes definições entre os diversos autores que a conceituam. Dentre eles, podemos citar Ghiraldelli Jr (2006), Freire (1997, 2003) e Gadotti (2003).

Ghiraldelli Jr (2006, p. 8) afirma que “a educação é definida como o fato social pelo qual uma sociedade transmite o seu patrimônio cultural e suas experiências de uma geração mais velha para uma mais nova, garantindo sua continuidade histórica”.

Já as definições de Paulo Freire, que evoca o aspecto político da educação, são as que mais nos chamaram a atenção. Segundo Freire (2003, p. 40), “A educação [...] é naturalmente

política, tem que ver com a pureza, jamais com o puritanismo e é em si uma experiência de boniteza”. Em outro texto, Freire (1997, p. 58) diz que “[...] não é demais repetir aqui essa afirmação, ainda recusada por muita gente, apesar de sua obviedade, a educação é um ato político”.

Gadotti (2003, p. 6) ratifica os conceitos de Freire que destacam o aspecto político da educação, quando aponta que “Depois de Paulo Freire ninguém mais pode ignorar que a educação é sempre um ato político. Ela sempre foi política. Ela sempre esteve a serviço das classes dominantes. Este é um princípio de que parte Paulo Freire [...]”.

Com base na conceituação apresentada sobre pelos autores, pode dizer que a educação é um ato político, porque não há neutralidade no ato de educar. O educador não pode ser neutro, precisa assumir uma posição nesse processo de educar – ou você é autoritário ou democrático. Neste sentido, o educador com posturas democráticas será sujeito nessa ação e possibilitará a intervenção no mundo, no sentido de romper com o sistema dominante e lutar por uma sociedade mais justa e igualitária.

Com essa breve compreensão sobre o conceito de educação, passamos agora a discutir sobre o conceito de saúde, iniciando com o conceito apresentado pela Organização Mundial de Saúde (1946 p. 1). Para esta entidade a Saúde é “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”. Este é o conceito de saúde mais difundido e conhecido atualmente, sendo definido no pós-segunda guerra mundial e considerado bastante avançado para aquele período.

Scliar (2007) aponta que esse conceito da OMS abrange a biologia humana, o meio ambiente, o estilo de vida e a organização da assistência à saúde. Entretanto, devido a sua abrangência, sofreu críticas de natureza técnica, pois essa saúde ideal seria algo inatingível e de natureza política libertária, pois o Estado poderia intervir na vida do cidadão com o pretexto de promover saúde.

O conceito da OMS foi proposto a partir da criação da Organização das Nações Unidas (ONU) e da Organização Mundial da Saúde (OMS), as quais reconheciam o direito do cidadão à saúde e a obrigação do Estado na promoção e proteção da saúde. Ele reflete, de um lado, “uma aspiração nascida dos movimentos sociais do pós-guerra: o fim do colonialismo, a ascensão do socialismo” (SCLIAR, 2007, p. 37). Nesse conceito, “a saúde deveria expressar o direito a uma vida plena, sem privações. Um conceito útil para analisar os fatores que intervêm sobre a saúde, e sobre os quais a saúde pública deve, por sua vez, intervir” (SCLIAR, 2007, p. 37).

O conceito da OMS, que pregava o bem-estar físico, mental e social das pessoas, era avançado para aquele período do pós-guerra, mas criticado por especialistas, de modo que, ao

longo do tempo, veio sendo discutido e modificado nos debates em eventos nacionais e internacionais sobre saúde.

Dentre estes eventos, destacamos: a Conferência Internacional de Assistência Primária à Saúde (Alma-Ata), em 1978; a Conferência Internacional sobre promoção da saúde em Ottawa, no Canadá, 1986; e a VIII Conferência Nacional de Saúde, 1986; passando pela promulgação da Constituição Federal Brasileira (CF) de 1988. Nessa trajetória, como veremos a seguir, o conceito de saúde foi-se transformando até chegar a uma definição de conceito ampliado de saúde.

Nesses eventos sobre saúde, os resultados dos debates foram discutidos por vários autores, os quais conseguiram extrair ideias que possibilitassem elaborar um conceito ampliado. Para Bezerra e Sopreso (2016, p. 4), depois da Conferência de Alma-Ata, a saúde passou a ser considerada “[...] um processo que envolve aspecto social, político e econômico, estando sob influência de mudanças significativas a depender do contexto inserido”.

Estes mesmos autores analisaram a CF e chegaram à conclusão de que nas entre linhas desta Carta Magna existe um conceito de saúde como sendo o “[...] resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, lazer, acesso e posse da terra e dos serviços de saúde” (BEZERRA; SOPRESO, 2016, p. 5).

Czeresnia (2003, p. 4) analisou o resultado da Conferência de Ottawa e concluiu que o conceito ampliado de saúde seria a “[...] qualidade de vida resultante de complexo processo condicionado por diversos fatores, tais como, entre outros, alimentação, justiça social, ecossistema, renda e educação”. Essa mesma autora usa o Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde de 1996 para dizer que, no Brasil, esse conceito amplo assume destaque no mesmo ano da Conferência de Ottawa e, de acordo com o Relatório desta Conferência Nacional:

Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade (BRASIL, 1986, p. 4).

Mesmo com o avanço conceitual sobre a saúde, Czeresnia (2003, p. 4) alerta para um novo problema, pois essa plenitude definida à saúde é “algo tão amplo como a própria noção de vida”. Dessa forma, “promover a vida em suas múltiplas dimensões envolve, por um lado, ações do âmbito global de um Estado e, por outro, a singularidade e autonomia dos sujeitos, o que não pode ser atribuído a responsabilidade de uma área de conhecimento e práticas” (CZERESNIA, 2003, p. 4).

Para Scliar (2007, p. 30), o conceito ampliado de saúde “[...] reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural [...]”, e deve ser o reflexo de subjetividade e de todo o contexto no qual o cidadão está inserido, ou seja: “[...] saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores individuais, dependerá de concepções científicas, religiosas, filosóficas” (SCLIAR, 2007, p. 30).

Portanto, é possível perceber que o conceito de saúde proposto pela OMS na década de 1940, nascido dos movimentos sociais do pós-guerra, foi sendo modificado e ampliado ao longo do tempo; após muitos debates e entendimentos, atualmente ele passa a considerar os aspectos sociais, políticos, econômicos, culturais e religiosos que, de alguma forma, interferem na vida e na saúde das pessoas e que possam contemplar as questões sobre educação, trabalho e renda, lazer, meio ambiente, moradia e serviços de saúde, dentro do contexto em que o cidadão está inserido.

1.1.2 Termos utilizados na relação entre educação e a saúde

Após esses apontamentos sobre o conceito de saúde, é importante agora diferenciarmos os termos Educação *em* Saúde, Educação *na* Saúde e Educação *e* Saúde. Esta diferenciação é necessária para melhor compreender e definir qual desses termos tem mais relevância e afinidade com a temática dessa pesquisa.

1.1.2.1 Educação *em* Saúde

Educação *em* Saúde é definida pelo Ministério da Saúde e em consonância com a OMS de três formas. Na primeira, ela é o “Processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população e não a profissionalização ou carreira na saúde” (BRASIL, 2020a). Ela também é o “Conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades” (BRASIL, 2020a). E por fim, a educação *em* saúde é tudo aquilo que “Compreende ações que objetivam a apropriação do conhecimento sobre o processo saúde–doença, incluindo fatores de risco e de proteção à saúde bucal, assim como a possibilidade de o usuário mudar hábitos, apoiando-o na conquista de sua autonomia” (BRASIL, 2020a).

A educação *em* saúde surgiu nos Estados Unidos, no início do século XX, como uma estratégia de prevenção das doenças, porque o Estado responsabilizava os indivíduos pelos seus

problemas de saúde, já que viam como a população não tinha hábitos corretos de vida e era desinformada. Sendo assim, a educação *em* saúde era “voltada para a transmissão do conhecimento e a domesticação da população, de modo a seguir as regras impostas pelos trabalhadores da saúde e pelos grupos dominantes” (ALVES; AERTS, 2011, p. 320).

Para Alves e Aerts (2011), não era diferente no Brasil desse período. Aqui as ações de educação *em* saúde tinham os mesmos objetivos (domesticar as pessoas para obedecerem a normas de conduta) e foram divididas entre os trabalhadores da saúde, que desenvolviam os conhecimentos científicos, diagnosticando-a e tratando-a, e os trabalhadores da educação, que deveriam educar e transformar comportamentos. “Essa lógica, além de fragmentar o conhecimento, não levava em consideração os problemas cotidianos vivenciados pela população” (ALVES; AERTS, 2011, p. 320).

Maciel (2009) contribui com esse contexto histórico ao apontar que a educação *em* saúde surge no Brasil também no início do século XX, pela necessidade de controle das epidemias de doenças infectocontagiosas (varíola, febre amarela, tuberculose e sífilis), que ameaçavam a República Velha, devido às péssimas condições socioeconômicas da população; diante disso, o governo enfrentava as epidemias por meio de campanhas sanitárias, ou seja, depois que as doenças já haviam tomado grandes proporções.

Esse tipo de educação *em* saúde desenvolvida sofria críticas e foi somente na X Conferência Nacional de Saúde, em 1996, que essas ideias foram reformuladas; as novas propostas enfatizaram “a importância da formação dos trabalhadores da saúde orientada pelos problemas e necessidades sociais em saúde da população e pela mudança das relações entre profissionais e usuários, buscando o diálogo permanente com todas as formas de conhecimento” (ALVES; AERTS, 2011, p. 320).

Até o início da década de 1980, de acordo com Alves e Aerts (2011, p. 320), a educação *em* saúde era utilizada apenas para “eliminar ou diminuir a ignorância da população sobre as causas biológicas das doenças”. Como prática, ela deveria ser “centrada na problematização do cotidiano, na valorização da experiência de indivíduos e grupos sociais e na leitura das diferentes realidades”, e não deveria ser “normativa e centrada na culpabilização do educando e, sim, deveria estimular a adoção voluntária de mudanças de comportamento, sem nenhuma forma de coação ou manipulação” (ALVES; AERTS, 2011, p. 320).

Neste sentido, a educação *em* saúde deveria trabalhar no sentido de que “as informações sobre saúde e doença devem ser discutidas com os indivíduos e grupos populacionais para, a partir dessa reflexão, ser possível a opção por uma vida mais saudável” (ALVES; AERTS, 2011, p. 321). Tais informações, para Falkenberg et. al. (2014, p. 848), devem ser repassadas

de forma que “[...] levem o indivíduo à sua autonomia e emancipação como sujeito histórico e social, capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para cuidar de si, de sua família e de sua coletividade”.

Essa proposta de discussão com o próprio indivíduo sobre as questões de saúde é ratificada em Brasil (2007b). Aqui verificamos que:

Educação em Saúde é inerente a todas as práticas desenvolvidas no âmbito do SUS. Como prática transversal proporciona a articulação entre todos os níveis de gestão do sistema [...] É preciso também repensar a Educação em Saúde na perspectiva da participação social, compreendendo que as verdadeiras práticas educativas somente têm lugar entre sujeitos sociais [...] Para tanto torna-se necessário o desenvolvimento de ações de educação em saúde numa perspectiva dialógica, emancipadora, participativa, criativa e que contribua para a autonomia do usuário [...] Nesse sentido apresenta-se a educação popular em saúde como portadora da coerência política da participação social e das possibilidades teóricas e metodológicas para transformar as tradicionais práticas de educação em saúde em práticas pedagógicas que levem à superação das situações que limitam o viver com o máximo de qualidade de vida que todos nós merecemos (BRASIL, 2007b, p. 8).

Como foi possível verificar, o termo *educação em saúde* vem sendo utilizado há décadas e tem como características principais ser do campo da saúde coletiva e envolver nas suas práticas, os profissionais e gestores da saúde, e a população. Além disso, diferente das abordagens utilizadas no passado, que viam no sujeito o culpado pelos males que o afligiam, atualmente se atua no sentido de promover ações de educação.

1.1.2.2 Educação *na* Saúde

A Educação *na* Saúde é a “Produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para a atuação em saúde, envolvendo práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientação curricular” (BRASIL, 2009, p. 22). Ela tem como principal característica formar e qualificar o profissional de saúde na sua área, e pode ser de dois tipos: a educação continuada, que envolve as atividades de ensino após a graduação, e a educação permanente, sendo essa última de responsabilidade do MS por meio da SGTES, que através da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, qualifica o trabalhador que atua no SUS (FALKENBERG et. al., 2014).

Com foco na educação permanente, o Ministério da Saúde (MS) instituiu em 2004 a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, através da Portaria nº 198/GM em 13 de fevereiro de 2004 (BRASIL, 2004a), a partir da qual se desenvolvem programas de qualificação dos trabalhadores da saúde. Dentre eles, destacamos: o Programa de Profissionalização dos

Trabalhadores de Nível Médio da Área da Saúde, que promove a formação técnica e/ou complementação para atuar nas equipes de saúde; o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde, que garante incentivo aos grupos de aprendizagem tutorial nas práticas da atenção à saúde no SUS para estudantes de graduação, docentes e profissionais de saúde do SUS; e o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS, direcionado aos entes federados para modernizar, aprimorar e criar setores de gestão do trabalho e da educação na saúde (BRASIL, 2011b).

A importância da formação do trabalhador em saúde levou o Ministério da Saúde (MS) a criar, em 2004, por meio da Portaria MS/GM nº 827, de 5 de maio de 2004 (BRASIL, 2004b), a Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde vinculada à Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) que “desenvolve ações para o fomento de políticas para a formação, educação permanente, valorização dos trabalhadores e democratização das relações de trabalho no SUS” (BRASIL, 2011b, p. 7).

1.1.2.3 Educação e Saúde

O termo Educação e Saúde foi muito utilizado na década de 1990 como sinônimo de educação em saúde. Ele é entendido e conceituado por Stotz (2007, p. 46) como sendo aquele centrado em “[...] uma área de saber técnico, ou seja, uma organização dos conhecimentos das ciências sociais e da saúde voltada para ‘instrumentalizar’ o controle dos doentes pelos serviços e a prevenção de doenças pelas pessoas”.

O conjunto Educação e Saúde pode ter surgido pelo fato de as ações de educação em saúde serem divididas entre trabalhadores da saúde que tinham a tarefa de “[...] desenvolver os conhecimentos científicos capazes de intervir sobre a doença, diagnosticando-a e tratando-a o mais rapidamente possível [...]” e os trabalhadores da educação deveriam “[...] desenvolver ações educativas capazes de transformar comportamentos” (FALKENBERG et. al., 2014, p. 848).

Nesse sentido, para transformar tais comportamentos, o governo usava campanhas sanitárias com a figura de personagens, indicando que as origens dos problemas de saúde eram de responsabilidade das pessoas, sem contextualizar os problemas sanitários que atingiam a todos, a exemplo da história do “Jeca Tatu”.

Valla, Guimarães e Lacerda (2007, p. 58) contribuem com essa discussão sobre educação e saúde de forma muito crítica. Para eles, “tradicionalmente a Educação e Saúde é entendida como “[...] um conjunto de informações que as pessoas devem incorporar com a

finalidade de garantir que sua vida seja mantida em condições saudáveis” e seria umas das atividades mais antigas de saúde.

Para Valla, Guimarães e Lacerda (2007), o Império tinha como lema dominar, explorar, mas se proteger. Para isso, viam na educação e saúde uma grande aliada. Neste sentido, a utilizavam para controlar os escravos e as classes populares na República, pois queriam que a força de trabalho tivesse as condições minimamente saudáveis para cumprir as tarefas e garantir que o trabalho executado produzisse o lucro necessário no processo de acumulação de capital.

Segundo Valla, Guimarães e Lacerda (2007, p. 59), a classe hegemônica sempre manteve historicamente as classes populares afastadas para não “contaminar” os ricos, de modo que a “proposta de educação e saúde também criou uma outra lógica que identifica as classes subalternas, [...] como ignorantes e sujas para a sociedade”; com isso, precisavam de educação e saúde, porque viviam em condições anti-higiênicas. Estes mesmos autores ainda apontam que o binômio educação e saúde era basicamente água, higiene, habitação e escola.

Ao longo da história, a educação e saúde, voltada para a escola, vem atuando sobre as dificuldades de aprendizagem, como mau desempenho, repetência e evasão; e o fracasso escolar tem sido objeto de interesse de formuladores de programas de educação e saúde, mas devido ao conceito ampliado de saúde, esse fracasso só poderá ser compreendido considerando a questão social e coletiva (VALLA; GUIMARÃES; LACERDA, 2007).

As altas taxas de fracasso indicam, por si mesmas, que não podemos responsabilizar apenas os alunos, pais e professores pelos problemas da escola pública. Essa discussão, por sua grandeza, deve ser encarada como uma questão social, coletiva (VALLA; GUIMARÃES; LACERDA, 2007, p. 61).

Talvez seja por este motivo de encarar o fracasso escolar, em vários aspectos, que atualmente a educação e saúde chega às escolas públicas por meio do PSE, com a finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica – algo que se dá por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde, e não com a ideia de combater o fracasso escolar. Entretanto, quando encontramos no Art. 2º. V do decreto de criação do PSE, que um dos seus objetivos é fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, os quais possam “comprometer” o pleno desenvolvimento escolar, aí percebemos como ainda há um resquício daquilo que apontavam Valla, Guimarães e Lacerda (2007) sobre o fracasso escolar.

Diante do exposto e a partir da diferenciação dos termos apresentados, vimos que nosso objeto de pesquisa está mais próximo da perspectiva do enfoque de Educação e Saúde, porque essa perspectiva, com base nos autores e de modo geral, possibilita o trabalho de prevenção de

agravos à saúde a partir de um trabalho integrado entre profissionais de saúde e de educação; o sentido é justamente o de desenvolver ações educativas que possam mudar o comportamento das pessoas ao incorporarem informações que garantam e mantenham suas vidas de forma saudável.

1.1.3 Enfoques sobre educação e saúde

Ao tomarmos o conceito de Educação e Saúde como aquele que mais se aproxima do nosso objeto de pesquisa – com isso permitindo uma melhor compreensão sobre o mesmo –, é indispensável caracterizar seus enfoques. Para isso, recorreremos ao trabalho de Stotz (2007), no qual ele aponta que, ao longo da história da educação e saúde no Brasil, foram várias as abordagens educativas a permear a área: o enfoque preventivo, o enfoque da escolha informada, o enfoque do desenvolvimento pessoal, o enfoque radical, e o enfoque da educação popular e saúde.

1.1.3.1 Enfoque preventivo

O enfoque preventivo teve predomínio exclusivo por décadas e pregava a ideia de que o comportamento de risco das pessoas seria a origem da causa das doenças. Desta forma,

[...] estimular ou persuadir as pessoas a modificar esses padrões, substituindo-os por estilos de vida mais saudáveis [...] poderia mudar o comportamento dos indivíduos como, por exemplo, [...] deixar de fumar, aceitar vacinação, desenvolver práticas higiênicas, usar os serviços para prevenção do câncer, realizar exames de vista periódicos (STOTZ, 2007, p. 52).

Hoje podemos dizer que este enfoque ainda pode ter certa importância quando consideramos que a sociedade vive em constante comportamento de risco, principalmente jovens em idade escolar, como mostra o resultado da pesquisa sobre comportamento de risco em adolescentes realizada por Figueiredo et. al. (2018). Esses autores concluíram que, nessa fase da vida, esses jovens vivem e exploram novas possibilidades cognitivas e socioafetivas, algo que lhes possibilitará vivenciar ou recusar novas experiências. Dentre elas, estão comportamentos considerados de riscos, como: posse de arma, agressão física e psicológica, vandalismo, roubo e consumo de tabaco, humor depressivo e pensamentos suicidas.

1.1.3.2 Enfoque da escolha informada

A partir da década de 1990, com a instituição do Programa de Saúde da Família, a educação baseada no enfoque preventivo deixou de ser exclusiva e deu lugar ao enfoque da escolha informada “[...] que enfatiza o lugar do indivíduo, sua privacidade e dignidade, propondo uma ação com base no princípio da eleição informada sobre os riscos à saúde” (STOTZ, 2007, p. 52).

Entretanto, esse modelo foi considerado limitado porque pretendia que o cidadão tivesse compreensão de toda a situação que envolve as questões de saúde e doença. Isso é apontado por Gaudenzi e Schramm (2010). Para esses autores, a responsabilidade atribuída ao cidadão se dá em razão de este dever ser autor ativo nas suas escolhas e responsável pelos riscos e perigos que elas podem proporcionar, pois, se ele não cuidar de sua saúde, é porque falhou e deve responder por seus erros.

Dessa forma, a saúde, que era entendida como dever do Estado, passa a ser uma obrigação do próprio cidadão. Para isso, o Estado utiliza-se de um discurso que propõe formas de vida ideais, mediante a criação de indivíduos socialmente responsáveis, impondo às pessoas comportamentos pessoais considerados saudáveis; entretanto, no fundo, o Estado está preocupado estritamente com questões econômicas que possibilitem menores gastos públicos com saúde (GAUDENZI; SCHRAMM, 2010).

1.1.3.3 Enfoque do desenvolvimento pessoal

Esse enfoque chegou com uma abordagem e característica idêntica à da escolha informada, pois também veio “[...] no sentido de aumentar as potencialidades do indivíduo” (STOTZ, 2007, p. 52). Em resumo, estes dois últimos enfoques, o preventivo e o da escolha informada, “[...] pressupõem indivíduos livres e em condições 'de realizar a "eleição informada" de comportamentos ou ações” (STOTZ, 2007, p. 52).

Todos esses três enfoques anteriores, de alguma forma, davam ênfase à responsabilidade de cada pessoa e à educação voltada para o indivíduo, ao transferirem a eles “[...] a responsabilidade por problemas cuja determinação se encontra nas relações sociais e, portanto, na própria estrutura da sociedade” (STOTZ, 2007, p. 52).

1.1.3.4 Enfoque radical

Contrapondo-se a todos, esse enfoque era diferente dos demais, pois considerava que “[...] as condições e a estrutura social são causas básicas dos problemas de saúde”, assim como pregava a ação do Estado por normas legais na “[...] perspectiva educativa orientada para a transformação das condições geradoras de doenças” (STOTZ, 2007, p. 52).

Percebemos que este enfoque não condiciona a saúde como o reflexo das escolhas das pessoas e desobriga o cidadão como sendo o responsável por sua saúde, além de resgatar o dever do Estado em promover saúde, de forma que intervenha por meio de medidas legislativas, normativas e outras que possam modificar as condições que ocasionam as doenças, superando a ideia de culpabilização do cidadão.

1.1.3.5 Enfoque da educação popular e saúde

Stotz (2007, p. 54) apresenta ainda o enfoque da educação popular e saúde como sendo um movimento com diferentes correntes de pensamento, formado por profissionais, técnicos e pesquisadores “[...] empenhados no diálogo entre o conhecimento técnico-científico e o conhecimento oriundo das experiências e lutas da população pela saúde [...]”.

Esse enfoque segue os princípios da Educação Popular formulados por Paulo Freire e considera os problemas de saúde específicos no âmbito dos serviços de saúde dos locais de moradia, dos ambientes de trabalho. Nesse enfoque, o adjetivo popular não se refere ao público, mas “[...] à perspectiva política com a qual se trabalha com a população, o que significa colocar-se a serviço dos interesses dos oprimidos da sociedade em que vivemos, na maioria das vezes pertencentes às classes populares [...]” (STOTZ, 2007, p. 54).

Considerando o exposto sobre os enfoques, podemos dizer que vamos discutir nessa pesquisa a gestão do PSE e as ações de saúde na escola na perspectiva dos enfoques preventivo e radical. Isso, porque os dois propõem uma abordagem da promoção da saúde mais próxima da finalidade e dos objetivos preconizados pelo PSE.

O preventivo prega que o cidadão deve ser estimulado ou persuadido a mudar seu comportamento de risco, substituindo-o por estilos de vida mais saudáveis. Tal colocação vai ao encontro da finalidade do PSE, que é 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” (BRASIL, 2007a, p. 1).

O radical propõe que a responsabilidade pela saúde do cidadão seja do Estado e que este promova políticas públicas de enfrentamento aos problemas de saúde. No caso da saúde na escola, isso é desenvolvido por meio da política pública de saúde na escola que tem o PSE como principal agente. Com esse Programa, o Estado assume esse papel, já que um dos objetivos do PSE é “promover a saúde e a cultura da paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde, bem como [...] contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos e fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde [...]” (BRASIL, 2007a, p. 1).

Diante do exposto, percebemos que, independentemente do enfoque de educação e saúde utilizado, quando pretendiam mudar o comportamento dos indivíduos, aumentando suas potencialidades ou quando veem na estrutura social as causas dos problemas de saúde, eles sempre estiveram preocupados com a promoção da saúde das pessoas, a qual será discutida a seguir.

1.2 Promoção da Saúde (PS) e a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)

Para melhor compreensão da PNPS, é necessário um entendimento prévio a respeito da promoção da saúde (PS). Para isso, resgatamos o conceito de saúde proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) no pós-segunda guerra mundial como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1946, p. 1).

Esse conceito veio ao longo do tempo sendo discutido e modificado até configura-se atualmente como um conceito ampliado, capaz de considerar vários aspectos que podem influenciar a saúde das pessoas, como: os aspectos sociais, político, econômico, cultural e religioso que, de alguma forma, interferem na vida e na saúde das pessoas e que contemplem as questões relacionadas à educação, ao trabalho e renda, ao lazer, ao meio ambiente, à moradia e aos serviços de saúde; tudo isso dentro do contexto sócio-histórico em que o cidadão está inserido.

Promoção, segundo Czeresnia (2003), é tradicionalmente um dos elementos do nível primário de atenção em medicina preventiva. Esse conceito é rediscutido por países de primeiro mundo (EUA, Canadá e Europa Ocidental), que resgataram o pensamento médico social do século XIX, afirmando as relações entre saúde e condições de vida.

Na verdade, esses países queriam controlar gastos no setor da assistência médica, pois não observavam resultados significativos nessa área. Neste sentido, deixava-se de lado uma

abordagem exclusivamente médica, passando a fortalecer a ideia de autonomia dos sujeitos (CZERESNIA, 2003). Mas de qual concepção de autonomia está se falando?

Em relação à concepção conservadora desses países de primeiro mundo, Czeresnia (2003) remete à ideia de que essa autonomia seja aquela que estimule a livre escolha, segundo uma lógica de mercado, diminuindo a presença do Estado e deixando os sujeitos responsáveis por cuidarem de sua própria saúde. Já na perspectiva progressista, o ideal seria o Estado se responsabilizar pela elaboração de políticas públicas intersetoriais, voltadas para a melhoria da qualidade de vida das populações. Dessa forma, poderiam atuar de forma global, incorporando elementos físicos, psicológicos e sociais nas políticas de promoção de saúde.

Czeresnia (2003) também nos apresenta a diferença entre Prevenir e Promover. Para ela, prevenir exige uma ação antecipada para evitar o progresso posterior da doença, por meio da divulgação de informação científica e de recomendações normativas de mudanças de hábitos. Já promover, utilizado aqui como sinônimo de promoção da saúde, diferentemente de prevenir, refere-se a medidas que aumentem a saúde e o bem-estar geral, enfatizando a transformação das condições de vida e de trabalho.

Czeresnia (2003, p. 5) segue adiante e nos alerta sobre como os projetos de promoção da saúde valem-se igualmente dos conceitos como doença, transmissão e risco, sendo os mesmos utilizados no discurso preventivo. Para ela, a promoção deve fortalecer a

[...] capacidade individual e coletiva para lidar com a multiplicidade dos condicionantes da saúde. Promoção, nesse sentido, vai além de uma aplicação técnica e normativa, aceitando-se que não basta conhecer o funcionamento das doenças e encontrar mecanismos para seu controle. Essa concepção diz respeito ao fortalecimento da saúde por meio da construção de capacidade de escolha, bem como à utilização o conhecimento com o discernimento de atentar para as diferenças e singularidades dos acontecimentos (CZERESNIA, 2003, p. 5).

Portanto, promover saúde envolve escolha e, já que ideia de promoção da saúde é o estímulo à autonomia, é preciso saber com que concepção de autonomia os projetos em promoção da saúde efetivamente trabalham, pois isso envolveria transformações profundas nos sujeitos, nas formas sociais de lidar com representações científicas e culturais, como o risco (CZERESNIA, 2003).

A Promoção da Saúde (PS) contempla um amplo espectro de estratégias técnicas e políticas de viés conservador, tanto quanto radical, de modo que, para promover saúde, é preciso enfrentar duas questões fundamentais e interligadas: “a necessidade da reflexão filosófica e a

consequente reconfiguração da educação (comunicação) nas práticas de saúde” (CZERESNIA, 2003, p. 7).

A PS tem sido discutida e conceituada ao longo do tempo sob a concepção de duas correntes distintas. Até a Conferência de Alma-Ata, em 1981, a corrente predominante da Promoção da Saúde era a Moderna, que responsabilizava os próprios indivíduos quanto à culpa pelos problemas de saúde.

A partir da Conferência de Ottawa, em 1986, a Organização Mundial da Saúde (OMS) passou a conceituar a PS como sendo o “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle desse processo” (CARTA..., 1986, p. 1).

A partir de então, uma nova corrente ascendeu, a da Nova Promoção da Saúde, contrapondo-se à corrente Moderna, predominante naquele período. Essa nova corrente pregava que “[...] o contexto social deveria ser considerado, pois este se tratava de um poderoso determinante da saúde” (CAVALCANTI; LUCENA; LUCENA, 2015, p. 388). A partir dessa nova concepção, a saúde passou a valorizar os determinantes socioeconômicos na elaboração das políticas de saúde.

Sobre a Carta de Ottawa, que propôs um novo conceito de PS, estimulando o surgimento de uma nova corrente, apontamos cinco eixos importantes, dentre outros, a serem considerados na elaboração de políticas públicas de Promoção da Saúde:

a) A construção de políticas públicas saudáveis: o que representa a inclusão de ações conjuntas, como legislação, medidas fiscais, taxações e mudanças organizacionais, equidade em saúde, distribuição mais equitativa da renda e políticas sociais;

b) Criação de ambientes favoráveis: os governos precisam acompanhar o impacto que as mudanças ambientais causam à saúde, propor ações que assegurem benefícios positivos para a saúde da população e conservar recursos naturais;

c) Reforço da ação comunitária: os moradores da própria comunidade devem ser estimulados a participar das tomadas de decisões sobre os assuntos de saúde, visando a melhorias de suas condições de saúde;

d) Desenvolvimento de habilidades pessoais: o Estado, como principal agente de fomento, deveria capacitar as pessoas sobre sua própria saúde e sobre o meio-ambiente, para que elas possam fazer opções que conduzam a uma saúde melhor. Isso deve ocorrer nos lares, nos locais de trabalho, nos espaços comunitários e também nas escolas;

e) Reorientação dos serviços de saúde: os serviços de saúde têm papel importante na PS e precisam respeitar as peculiaridades culturais, apoiando as necessidades individuais e comunitárias para uma vida mais saudável.

O conceito apontado pela OMS, pós-Conferência de Ottawa, acabou influenciando outros conceitos de PS ao longo do tempo no país; tanto que, em Brasil (2008b), a PS foi definida como sendo “[...] o processo de instrumentalização da população, que estimule a sua participação ativa e o exercício do poder do sujeito e da comunidade no controle das suas condições de saúde e qualidade de vida”.

Em outro documento, Brasil (2010a, p. 10), a PS é conceituada como sendo uma das “[...] estratégias de produção de saúde [...] como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribui na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde”.

Por meio da PNPS, o SUS adota como conceito de Promoção da saúde

[...] uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e as diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes em nosso país, visando à criação de mecanismos que reduzam situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle social na gestão das políticas públicas da saúde (BRASIL, 2011b, p. 17)

Portanto, considerando o exposto, é dever do Estado pensar, elaborar e propor políticas públicas – a exemplo da política de promoção da saúde na escola – que façam o enfrentamento das situações que coloquem em risco a saúde da população.

A Promoção da Saúde vem sendo discutida desde o processo de redemocratização do país, no qual a 8ª Conferência Nacional de Saúde se constituiu como o grande marco da luta pela universalização do sistema de saúde e pela implantação de políticas públicas em defesa da vida, tornando a saúde um direito social irrevogável, como os demais direitos humanos e de cidadania (BRASIL, 2014a, p. 7).

Nesse contexto, a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) instituiu o SUS, assegurando o acesso universal dos cidadãos às ações e aos serviços de saúde e mais tarde, na Lei Orgânica da Saúde – Lei nº 8.080/1990 (BRASIL, 1990), incorporou o conceito ampliado de saúde.

A partir de 2004, a Promoção da Saúde “[...] passou a integrar a Secretaria de Vigilância à Saúde, vindo a contribuir para Prevenção e Controle dos Agravos não transmissíveis e seus fatores de risco, responsáveis pelos maiores índices de mortalidade no país” (BEZERRA; SOPRESO, 2016, p. 7). A partir de então, a política de PS passou a promover ações “[...]”

voltadas para o controle dos riscos comportamentais, tais como alimentação, uso do tabaco, álcool e drogas e sedentarismo, sem considerar as condições que interferem nas opções pessoais” (BEZERRA; SOPRESO, 2016, p. 7).

Essas condições são justamente aquelas contempladas pelo conceito ampliado de saúde, necessárias para considerar, ou não, a pessoa com saúde; dentre tais condições, por exemplo, estão os serviços de saúde que devem sempre contemplar políticas de PS, sendo estas proporcionadas pelo Estado por meio da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).

A Promoção da Saúde (PS), no que tange ao PSE, é discutida por Cavalcanti, Lucena e Lucena (2015). Esse programa proporcionou um avanço no que tange as ações de saúde na escola, deixando de ser uma prática pontual e local, passando a ser organizado em todo o território nacional de forma intersetorial, com participação não somente da saúde, mas também da educação. Ainda assim, ao analisarem o Decreto de criação e alguns documentos orientadores desse programa, Cavalcanti, Lucena e Lucena (2015) evidenciam como a concepção de promoção da saúde adotada na elaboração do PSE não foi aquela ancorada na base conceitual da OS, definida pela OMS na Carta de Carta de Ottawa, de 1986.

Os autores apontam também que as ações propostas nesses documentos desconsideram o contexto das desigualdades sociais, a participação popular e a responsabilidade do Estado, o que pode acabar prejudicando a implementação e a execução desse tipo de programa. Para eles, existem “[...] distorções referentes ao arcabouço proposto pela OMS em relação ao que se considera Promoção da Saúde e aos aportes teóricos metodológicos constantes no PSE” (CAVALCANTI; LUCENA; LUCENA, 2015, p. 398).

Assim, os autores perceberam que os problemas a serem enfrentados por meio das ações do PSE são

[...] apenas questão de educação em saúde, sem que haja o reconhecimento de que as escolas públicas e seus entornos apresentam demandas internas para além do que está disposto no componente II, ou seja, ações de segurança alimentar e promoção da alimentação saudável; promoção das práticas corporais e atividade física; educação para a saúde sexual; saúde reprodutiva e prevenção das DST/AIDS – saúde e prevenção nas escolas e prevenção ao uso de álcool e tabaco e outras drogas (CAVALCANTI; LUCENA; LUCENA, 2015, p. 397).

O Decreto de criação e os documentos orientadores do PSE mantêm a ideia de “[...] um processo de trabalho centrado na culpabilização individual pelo cuidado com a própria saúde” (CAVALCANTI, LUCENA E LUCENA, 2015, p. 398), sem considerar seus determinantes e condicionantes, como vem pregando a Nova Promoção da Saúde. Esses autores concluem

afirmando que “foi possível perceber, sobretudo, que a promoção da saúde não se constitui, de fato, como elemento central do programa, ao menos a que se refere à corrente da “Nova Promoção da Saúde” (CAVALCANTI; LUCENA; LUCENA, 2015, p. 398).

Portanto, as condições, desconsideradas são justamente aquelas defendidas pela corrente da Nova Promoção da Saúde e contempladas no conceito ampliado de saúde, necessárias para considerar, ou não, a pessoa com saúde; exemplos são renda, educação e classe social. Tais condições devem sempre se fazer presentes na elaboração de bons serviços de saúde que contemplem políticas de PS, sendo essas proporcionadas pelo Estado por meio da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).

1.2.1 A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)

O Brasil tem historicamente organizado seu sistema de saúde e, nessas duas últimas décadas – mais especificamente de 2003 a 2017 –, tem focado seus esforços na Atenção Básica⁴. Nesse período, o país tem instituído políticas de promoção, proteção e recuperação da saúde, tudo isso a fim de construir um modelo de atenção à saúde que priorize ações de melhoria da qualidade de vida das pessoas.

No primeiro ano do governo Lula, o debate sobre a saúde no Brasil através do SUS se intensificou, e a pauta principal era construir um plano estratégico de saúde para o país. Neste sentido, foi elaborada uma agenda de trabalho, com o apoio da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) e da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Neste mesmo ano, ocorreu a 12^a Conferência Nacional de Saúde (dezembro de 2003), que serviu como lócus de pesquisa para levantar opiniões e sugestões de prioridades a serem contempladas no futuro Plano Nacional de Saúde (BRASIL, 2004c).

Avançando nessa agenda, o MS lançou a Portaria n 2.607/GM de 10 de dezembro de 2004, que aprovou o Plano Nacional de Saúde (PNS) – Um Pacto pela Saúde no Brasil e definiu a Agenda de Compromisso pela Saúde que agrega três eixos: o Pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), o Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão (BRASIL, 2006a).

Dentre esses eixos, destacamos o Pacto pela Vida, que constitui um conjunto de compromissos, dentre outros, como ações de promoção de atividade física, promoção de hábitos

⁴ A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017c, Art. 2º).

saudáveis de alimentação e vida, controle do tabagismo e controle do uso abusivo de bebida alcoólica. São essas, dentre outras, as ações contempladas no Decreto e na criação do PSE.

No ano seguinte, pela Portaria MS/GM nº 1.190, de 14 de julho de 2005 (BRASIL, 2005), é criado o Comitê Gestor da Política, o qual deveria consolidar a proposta da Política Nacional de Promoção da Saúde, definir a condução da implantação nas diferentes Secretarias do MS, além de articular e integrar as ações de promoção da saúde no âmbito do SUS.

Com base nas orientações da PNS, na legislação do SUS e nas sugestões coletadas na 12ª Conferência, é instituída a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), por meio da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006, a qual veio para fazer o enfrentamento dos desafios de produção da saúde e a qualificação contínua das práticas sanitárias e do sistema de saúde. Seguindo esse compasso de normatização da saúde, neste mesmo ano é aprovada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que veio estabelecer a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), pela Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006 (BRASIL, 2006a).

Para fortalecer o SUS e as ações de Atenção Básica, em 2011 a PNAB sofre sua primeira redefinição pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011c), a qual veio estabelecer a revisão das diretrizes e normas até então vigentes. Anos depois, em 2014, a PNPS também é redefinida e estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), isso através da Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014 (BRASIL, 2014b).

Em 2017 surge com a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, a nova Política Nacional de Atenção Básica que estabeleceu a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Deste movimento de organização do sistema de saúde, intensificado a partir de 2003, com foco na Atenção Básica, destacamos a PNPS pois dela deriva a política de promoção de saúde na escola, que tem no PSE seu principal agente de promoção.

A PNPS foi aprovada pela Portaria nº 687, de 30 de março de 2006 e garante, dentre outras coisas, a ampliação e qualificação das ações de promoção da saúde pelo SUS (BRASIL, 2006b); e a partir de 2013, inicia seu processo de revisão e reformulação que ocorreu de forma democrática com a participação de “[...] gestores, trabalhadores, conselheiros, representantes de movimentos sociais e profissionais de instituições de ensino superior [...]” (BRASIL, 2014a, p. 6).

A saúde exige a participação ativa de todos os sujeitos na análise e na formulação de ações que visem à sua promoção. Assim, a abordagem de promoção da saúde aponta para o desenvolvimento de políticas públicas e para a produção e disseminação de conhecimentos e práticas de saúde de forma compartilhada e participativa (BRASIL, 2014a, p. 9).

A reformulação da PNPS veio provocar mudanças nos modos de trabalho em saúde. Ela trouxe, em sua essência, a necessidade de estabelecer relação com as demais políticas públicas conquistadas pela população, incluindo aquelas do setor Saúde, tais como a Política Nacional de Atenção Básica⁵ (PNAB), que está diretamente ligada ao PSE. Isso se deu porque, a proposta de intersetorialidade contida no decreto de criação desse Programa, como será visto a seguir, vai mostrar que essa relação intersetorial com a PNAB será indispensável para o sucesso do Programa (BRASIL, 2014a).

Na reformulação da PNPS, novas diretrizes foram definidas. Dentre elas, destacamos a afirmação do direito à vida e à saúde, por estar ligada diretamente ao âmbito da PS. Além das diretrizes, como objetivo geral desta Política ficou estabelecido o ato de “Promover a equidade e a melhoria das condições e dos modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e coletiva e reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais” (BRASIL, 2014a, p. 13).

Para Cavalcanti, Lucena e Lucena (2015, p. 398), a PNPS

[...] representa um marco político/ideológico no processo de construção do SUS ao retomar o debate político acerca das condições necessárias para que sujeitos e comunidades sejam mais saudáveis, propondo que haja uma substituição de um processo de trabalho centrado na culpabilização individual pelo cuidado com a própria saúde.

No objetivo geral da PNPS, percebemos que a concepção utilizada sobre saúde é aquela que se fundamenta no conceito ampliado de saúde, por considerar os aspectos sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais como determinantes das vulnerabilidades e riscos à saúde das pessoas.

Cabe considerar os diversos objetivos específicos da PNSP, os quais tratam, por exemplo, de ambientes saudáveis, favoráveis ao desenvolvimento humano e ao bem-viver, ou ainda de promover o empoderamento e a capacidade para a tomada de decisão e a autonomia

⁵ A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017c). (Art. 2º. PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017-MS).

de sujeitos e coletividades, defesa da saúde e da vida. Dentre estes, destacamos o IV, que deseja promover “a cultura da paz em comunidades, territórios e municípios”. Esse objetivo específico, destacado, vai ao encontro do proposto no decreto do PSE, que é “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” (BRASIL, 2007a, p. 1).

Outra questão da PNSP que também vai ao encontro dos pressupostos do PSE é uma de suas diretrizes, justamente aquela a propor a “incorporação das intervenções de promoção da saúde no modelo de atenção à saúde, especialmente no cotidiano dos serviços de atenção básica em saúde, por meio de ações intersetoriais” (BRASIL, 2014a, p. 15).

Esse aspecto de promover ações de saúde de forma intersetorial também é proposto para a gestão do PSE. Isso pode ser percebido quando vemos que a Intersetorialidade é definida como a IV diretriz desse Programa (BRASIL, 2017b).

Na execução da PNPS, cada ente federado⁶ tem suas responsabilidades, desde o planejamento das ações até sua implementação. Dentre elas, destacamos as seguintes:

a) Ao Ministério da saúde cabe promover a articulação com os estados e municípios para o apoio à implantação e implementação da PNSP; realizar apoio institucional às secretarias estaduais e municipais de saúde, incluindo a do Distrito Federal, para a implantação, implementação e consolidação da PNSP; e estimular, monitorar e avaliar os processos, os programas, os projetos e as ações de promoção da saúde (BRASIL, 2014a).

b) Para as Secretarias Estaduais de Saúde ficou a responsabilidade de promover a articulação com os municípios para apoio à implantação e implementação da PNSP; realizar apoio institucional às secretarias municipais e às regiões de saúde no processo de implantação, implementação e consolidação da PNSP; e apoiar e elaborar materiais de divulgação, visando à socialização da informação e à divulgação de programas, planos, projetos e ações de promoção da saúde (BRASIL, 2014a).

c) Já as Secretarias Municipais de Saúde são responsáveis finais pela implementação execução dessa PNPS, ficando incumbidas por ações para promover a articulação intra e intersetorial para apoio à implantação e implementação da PNSP no âmbito de sua competência; implantar e implementar a PNSP no âmbito do seu território, respeitando as especificidades locais; apresentar, no conselho municipal de saúde, estratégias, programas, planos e

⁶ A organização político-administrativa da República Federativa do Brasil compreende a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, todos autônomos, nos termos desta Constituição. (...) CF. Art. 18. Portanto, “entes federados” são a União, os Estados e Municípios relacionados para pactuar compromissos e responsabilidades individuais e coletivas.

projetos de promoção da saúde; destinar recursos orçamentários e financeiros para a realização das ações de promoção da saúde; e promover e realizar a educação permanente dos trabalhadores do sistema local de saúde para desenvolver as ações de promoção; participar do processo de monitoramento, avaliação de programas, planos, projetos e ações de promoção da saúde e apoiar e promover, de forma privilegiada, a execução de programas, planos, projetos e ações diretamente relacionados à promoção da saúde (BRASIL, 2014a).

Na PNPS, existem algumas ações e programas de promoção da saúde que são ofertados à população tanto em âmbito nacional quanto estadual e municipal. Dentre esses, destacamos aqueles que mais se relacionam, direta ou indiretamente, com o objeto desse estudo, por sua similaridade com as ações desenvolvidas pelo PSE e às vezes por se inserirem dentro do próprio PSE, como estes apresentados a seguir e encontrados em Brasil (2019d).

I - Estratégia Saúde da Família (ESF): esse projeto propõe a reorganização da atenção básica no país, de acordo com os preceitos do SUS, a partir da expansão, qualificação e consolidação do atendimento prestado. Sua relação com O PSE está no fato de, no Decreto que instituiu o Programa, ser recomendada a relação intersetorial com a SMS por meio da atenção básica, dentro da ESF.

II - Programa Brasil Sorridente (PBS): Programa que reúne uma série de medidas para garantir ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros. Dentre os atendidos por esse programa, estão os estudantes da escola pública, como preconiza o PSE, no seu Art. 4º, inciso V, que determina a execução de ações de higiene bucal.

III - Programa Academia da Saúde: é uma estratégia de promoção do cuidado com a saúde, a partir da implantação de espaços públicos, com infraestrutura e profissionais qualificados. Nesse programa, são recomendadas ações, do mesmo modo, como o Art. 4, inciso XV - atividade física e saúde, do PSE.

IV - Programa Nacional de Combate do Tabagismo: tem como objetivo reduzir a prevalência de fumantes e a conseqüente morbimortalidade relacionada ao consumo de derivados do tabaco, do mesmo modo que o PSE preconiza prevenir e combater o uso do tabaco nas escolas.

V - Dentre outros programas e ações, contidos na PNPS, está contemplado o próprio Programa Saúde na Escola (PSE), que objetiva contribuir para a formação integral de estudantes, a partir de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças de crianças, adolescentes e jovens da rede pública de ensino.

1.3 O PSE como política nacional de saúde na escola

A história da saúde na escola no Brasil teve seu início na década de 1900 e conviveu ao longo do tempo com alguns modelos de saúde. O *modelo Higienista* via a saúde como ausência de doença; como responsabilizava o indivíduo por sua saúde, pregava que a mudança de comportamentos evitaria a disseminação de doenças; era um modelo autoritário e centralizado, em que apenas o setor da saúde estabelecia a política de saúde, enquanto a escola apenas executava o que era definido. O *modelo Biomédico especializado* também pregava a saúde como ausência de doença, de modo que o foco era cuidar da doença por meio de serviços especializados em detrimento da prevenção e promoção, e via o fracasso escolar como doença. Já o *modelo de Uso do espaço da escola para equipamentos e serviços de saúde*, como também via a doença como ausência de saúde, tinha a escola apenas como um ambulatório hospitalar, onde os profissionais de saúde atuavam de forma preventiva e desconectados da vida da escola. Por fim, o *modelo da Promoção da Saúde* vê a saúde como uma questão social e tem a escola como parceira no processo de proteção e promoção da saúde; assim, propõe o enfrentamento das questões por meio de ações compartilhadas entre diferentes esferas de governo, a comunidade escolar e outros parceiros (SILVA, 2019).

No final da década de 1980, com o avanço técnico-científico, houve uma mudança nas práticas de saúde na escola, e o discurso biomédico foi sendo substituído por instâncias de Iniciativa Regional Escolas Promotoras de Saúde (IREPS), que incorporavam às ações de saúde na escola o conceito de promoção de saúde utilizado na saúde pública (FIGUEIREDO; MACHADO; ABREU, 2010). Esses mesmos autores apontam que, desde 1995, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) tem estimulado a IREPS através de um trabalho articulado entre a educação, a saúde e a sociedade, na tentativa de fortalecer a saúde escolar na América Latina e do Caribe.

Em 1995, no Chile, durante o Congresso de Saúde Escolar, foi acordada a criação da Rede Latino-Americana de Escolas Promotoras de Saúde, conduzindo-se a I Reunião da Rede em 1996, em San José da Costa Rica. A II Reunião foi realizada no México em 1998, a III Reunião em Quito, Equador, em 2002. A mais recente, a IV Reunião da Rede, ocorreu em San Juan de Porto Rico em 2004, que contribuiu para fortalecer os mecanismos de intercâmbio de conhecimentos e experiências sobre saúde escolar. Facilitou a discussão entre os participantes, nos quais se incluía o Brasil, sobre temas prioritários de saúde e a identificação de linhas de ação para melhorar a capacidade do sistema escolar com ações voltadas para a promoção de saúde nos países (BRASIL, 2007c, p. 11).

Estas Escolas Promotoras de Saúde eram uma estratégia de promoção da saúde no espaço escolar, com três componentes importantes: 1) Educação para a saúde com enfoque integral, incluindo o desenvolvimento de habilidades para a vida; 2) Criação e manutenção de ambientes físicos e psicossociais saudáveis; e 3) Oferta de serviços de saúde, alimentação saudável e vida ativa (FIGUEIREDO; MACHADO; ABREU, 2010, p. 399).

Neste sentido, ao prover saúde de forma inclusiva e participativa, essas escolas eram vistas como uma importante estratégia para uma cidade mais saudável, pois elas podem ser importantes na iniciativa de práticas educativas em saúde. Tudo isso envolve não somente os profissionais de saúde, mas também todos os educadores, além de garantir a inclusão dessas práticas no seu projeto político pedagógico (FIGUEIREDO; MACHADO; ABREU, 2010).

Esse envolvimento do educador é importante porque os profissionais da saúde trabalhavam a saúde na escola de forma pontual, por exemplo, com abordagens de temas que fossem importantes para aquele momento (FIGUEIREDO; MACHADO; ABREU, 2010). Para esses autores, tais ações eram consideradas equívocas, uma vez que os conteúdos de saúde devem fazer parte do currículo, com uma abordagem transversal e interdisciplinar. Assim, eles apontam que:

[...] em vez de ações pontuais e isoladas, a melhor contribuição que a saúde poderia oferecer à educação reside na possibilidade de uma ação integrada e articulada, que de maneira crítica e reflexiva possa significar oportunidade de atualização dos educadores, capacitando-os para a tarefa de ministrar o discurso sobre orientação à saúde de forma transversal e interdisciplinar na escola (FIGUEIREDO; MACHADO; ABREU, 2010, p. 400).

Silva e Delorme (2007) relatam que houve diversas experiências de implantação de Escolas Promotoras de Saúde no Brasil. Para eles, essas iniciativas tinham como objetivo estimular a revitalização de saúde na escola e reforçar a ação intersetorial de políticas sociais, como de educação e saúde. Essas iniciativas ocorreram em nível estadual e principalmente municipal. Esses autores apontam que essas experiências foram importantes, porque “destacavam a intersetorialidade, a articulação das ações com os Programas Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde [...] para ações complementares àquelas do setor público na implementação da promoção da saúde na comunidade escolar” (SILVA; DELORME, 2007, p. 27).

Dentre essas iniciativas, Silva e Delorme (2007) apresentam aquelas em que o tema “Saúde” se inseria nos Projetos Políticos Pedagógicos da(s) escola(s) e as que se organizavam na lógica do Sistema Único de Saúde. Exemplos são: o caso de Maceió/AL, que implantou comissões de prevenção de acidentes nas escolas; o do município de Embu/SP, que criou uma

rede municipal de Escolas Promotoras de Saúde; no município do Rio de Janeiro, houve a criação de rede municipal de Escolas Promotoras de Saúde; e na esfera estadual, houve a experiência do estado do Tocantins, com a formação de rede de Escolas Promotoras de Saúde.

Também houve outras iniciativas com participação de organizações não governamentais (ONGs), de universidades e institutos de pesquisas, como é o caso da ação da construção de ambientes saudáveis, ligada ao Movimento de Municípios Saudáveis, ocorridos em Vargem Grande Paulista e Itaoca (SP) e em Curitiba (PR) – nesses casos, com a participação das Universidade de São Paulo e Universidade Católica do Paraná. Da mesma forma, também houve o caso de ações de práticas de alimentação saudável na rede municipal de ensino das escolas públicas do Rio de Janeiro (SILVA; DELORME, 2007)

As ONGs também atuaram neste sentido. Por exemplo, com a Comunicação em Sexualidade (Ecos), de São Paulo, que implementou rodas de conversa, com a proposta de reverter a vulnerabilidade de adolescentes em cidades, como Foz de Iguaçu, no Paraná, e Corumbá, no Mato Grosso; e a Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, que contribuiu com a pesquisa sobre a promoção da saúde e à prática da atividade física, em Mangueiras (RJ) e em Jaboticatubas (MG), com uma pesquisa sobre esquistossomose (SILVA; DELORME, 2007).

Com o tempo, todas essas iniciativas de ações de saúde na escola, sejam elas pontuais e/ou participativas e inclusivas, de alguma forma serviram como base para instrumentalizar a política nacional de saúde na escola instituída com o PSE.

O Programa Saúde na Escola (PSE) é um programa do Governo Federal, criado em 2007, pelo Decreto nº 6.286/2007 (BRASIL, 2007a), e ganhou *status* de política nacional de saúde na escola com a Portaria Interministerial nº 675, de 4 de junho de 2008 (BRASIL, 2008c), que criou a Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola (CIESE), a qual tinha como competências, entre outras, propor diretrizes para a essa política.

O PSE surge no contexto em que o Ministério da Saúde (MS) pregava a defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) e, por meio da Agenda de Compromissos, desenvolveu diversas ações de 2005 a 2006, o que culminou com institucionalização da PNPS. O Programa também nasce em um momento no qual havia uma ausência de ações de saúde nas escolas de educação básica no Brasil, em nível nacional, de forma institucional, sistemáticas e intersetorial. O que ocorriam eram iniciativas e experiências locais, mas a grande maioria dos municípios brasileiros estava fora desse processo.

Dessa forma, o Programa foi instituído justamente quando o setor educacional necessitava de uma política de saúde na escola de forma sistemática e intersetorial, que

abrangesse todo o território nacional, envolvendo a saúde e a educação, com ações que pudessem atender a todas as escolas da rede pública de educação básica.

Para superar essa ausência, o PSE trouxe uma proposta de ações de saúde na escola baseada em diretrizes que contemplassem a interdisciplinaridade e intersetorialidade, de modo a articular a saúde e a educação (BRASIL, 2007a). Embora superficial, por ainda não trazer na sua estrutura uma proposta efetiva de gestão, essa intersetorialidade veio na tentativa de superar o modelo que desenvolvia ações de saúde nas escolas de forma isolada – algumas vezes, apenas com aquilo que a escola tinha para oferecer, mediante os seus conteúdos e ou ações pontuais; com isso, passa agora a ter a oportunidade de organizar as ações a partir de uma proposta intersetorial, envolvendo a saúde e a educação, com a participação de outros atores.

O Programa trouxe como objetivos:

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 - SUS 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 (BRASIL, 2007a).

Suas principais diretrizes, dentre outras, são a integração e a articulação das redes públicas de ensino e de saúde; interdisciplinaridade e intersetorialidade; monitoramento e avaliação permanentes (BRASIL, 2007a).

O PSE marca o início da institucionalização da promoção da saúde nas escolas de educação básica no Brasil. Isso foi impulsionado pelo fato de, ao idealizarem o Programa, o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Educação (MEC) verem a escola como agente multiplicador do conhecimento e, por conseguinte, como o lugar mais apropriado para se promover a saúde, pela quantidade de pessoas que ali convivem diariamente (BRASIL, 2002), tanto que o Decreto inicial do PSE propôs a inclusão das temáticas de educação em saúde no projeto político pedagógico das escolas.

O Caderno Passo a Passo do PSE (BRASIL, 2011a, p. 6), lançado em parceria entre MEC e MS, mostra que “[...] a escola é um espaço privilegiado para práticas de promoção de saúde e de prevenção de agravos à saúde e de doenças. A articulação entre escola e unidade de saúde é, portanto, uma importante demanda do Programa Saúde na Escola”. Nessa colocação, percebemos que Governo Federal, por meio das orientações contidas nesse Caderno, reforça que escola é o melhor local para desenvolver ações de PS, e que a proposta de relação intersetorial entre saúde e educação é importante para o sucesso do PSE.

Esse olhar sobre a escola na perspectiva de desenvolvimento de ações de saúde se dá porque “a escola como um espaço de relações é ideal para o desenvolvimento do pensamento crítico e político, na medida em que contribui na construção de valores pessoais, crenças, conceitos e maneiras de conhecer o mundo e interfere diretamente na produção social da saúde” (BRASIL, 2011a, p. 5).

A visão do Estado sobre a escola é ratificada pela Secretaria de Políticas de Saúde, que consolida essa importância da escola em promover a saúde, quando diz que “o setor educacional, dada sua capilaridade e abrangência, é um aliado importante para a concretização de ações de promoção da saúde [...]” (BRASIL, 2002, p. 533).

Tal importância dada à escola está no fato de nela estar a maior parte das crianças, adolescentes e jovens, em idade escolar, do nosso país. Isso pode ser verificado quando observamos que, no Censo Escolar 2019, foram registradas 38.739,461 matrículas na educação básica pública, distribuídas em 139.250 escolas pelo país (BRASIL, 2020b).

Com esses números, verificamos que há milhões de estudantes nas escolas brasileiras em potenciais condições de aprendizado, apenas aguardando ações de saúde desenvolvidas pelo PSE, para despertar-lhes a curiosidade, favorecendo o conhecimento e aprendizado sobre este como forma de promover saúde e combater doenças.

Com este universo de escolas e estudantes distribuídos pelo país, fica mais fácil entender por que “o Ministério da Saúde compreende que o período escolar é fundamental para se trabalhar saúde na perspectiva de sua promoção, [...] Crianças, jovens e adultos que se encontram nas escolas vivem momentos em que os hábitos e as atitudes estão sendo criados [...]” (BRASIL, 2002, p. 533).

A institucionalização da PS na escola através do PSE deu uma nova tarefa à escola e às Secretarias Municipais de Saúde e de Educação nos municípios brasileiros: a partir de então a escola deveria ser capaz de promover saúde e combater doenças de forma sistemática e intersetorial, com a ajuda das Secretarias Municipais de Saúde e de Educação nos municípios. Essa tarefa só veio oficializar o que já se praticava nas escolas, mesmo que de forma pontual,

em projetos que desenvolviam ações de saúde, como combate às drogas, gravidez na adolescência, combate ao alcoolismo, dentre outros. Tudo isso sendo financiado com recursos federais, como veremos no tópico sobre financiamento.

Todas essas temáticas propostas pelo Programa já eram desenvolvidas nas escolas e acabaram sendo contempladas no Decreto de criação do PSE como, por exemplo, dentre outras: “[...] prevenção e redução do consumo do álcool; [...] prevenção do uso de drogas; [...] promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva” (BRASIL, 2007a, p. 2).

Ao longo do tempo, o PSE veio sendo modificado e aprimorado, até que em 2017 sofreu mais uma reestruturação, com Portaria Interministerial nº 1.055, de 25 de abril de 2017; até o momento desse estudo, o Programa ainda era regido por essa Portaria.

O primeiro aprimoramento ocorreu com a Portaria nº 1.861, de 4 de setembro de 2008 (2008a), a qual orientava que os gestores municipais deveriam nomear o Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI), no qual cumpria estarem incluídos representantes das Secretarias de Saúde e Educação do município. Tal orientação trouxe muita burocracia para os gestores municipais, o que poderia levar ao desinteresse em aderir ao Programa, por exemplo: o projeto do PSE deveria ser submetido ao Conselho Municipal de Saúde e ao Conselho Municipal de Educação para aprovação; em seguida deveria ser encaminhado aos Colegiados Gestores Regionais, depois à Comissão Intergestores Bipartite (CIB), para que esta homologasse e enviasse ao Ministérios da Saúde e da Educação para confirmação da adesão ao PSE.

Todo esse processo, a nosso ver, era desnecessário, pois criava muita burocracia para que o setor de saúde do município, juntamente com a escola, pudesse desenvolver ações de saúde na escola. Era preciso simplificar essa questão para massificar a adesão dos municípios brasileiros ao Programa, tanto que tal medida burocrática foi revogada em 2013.

O GTI, criado anteriormente, foi aprimorado pela Portaria Interministerial n.º 3.696, de 25 de novembro de 2010 (BRASIL, 2010b). Essa nova legislação dividia o GTI em Grupo de Trabalho Intersetorial Federal GTI-F, Grupo de Trabalho Intersetorial Estadual GTI-E e Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal GTI-M.

No ano seguinte, a Portaria Interministerial nº 1.910, de 8 de agosto de 2011 (BRASIL, 2011d), manteve esse formato federal, estadual e municipal do GTI, dando-lhes atribuições na execução, gestão do recurso e monitoramento das ações do PSE. Tais atribuições são encontradas no *Caderno de Orientação do Gestor: Passo a passo PSE - Programa Saúde na Escola: tecendo caminhos da intersetorialidade* (BRASIL, 2011b), as quais serão apresentadas no tópico específico sobre a Gestão Intersetorial a seguir.

Até a ocasião, tais medidas adotadas pelo Governo Federal ainda eram suficientes para massificar a adesão dos municípios ao PSE e intensificar as ações de saúde nas escolas. Dessa forma, o governo lança a Portaria Interministerial nº 1.413, de 10 de julho de 2013 (BRASIL, 2013), que revogou as anteriores e trouxe uma série de medidas que provocaram uma primeira mudança expressiva no PSE. Dentre elas, podemos citar as seguintes:

a) Antes o município definia o quantitativo de equipes de saúde da Atenção Básica que atuaria no Programa; agora todas as equipes poderão ser vinculadas ao PSE, e o Programa poderia ter equipes exclusivas para as ações;

b) A proposta de gestão do PSE na perspectiva intersetorial, que antes era tida como orientação, agora se consolidaria como modelo de gestão, mantendo definida a atribuição de cada GTI;

c) No início, o PSE atendia a escolas de ensino fundamental, séries iniciais, porque era apenas essa etapa de ensino que recebia o financiamento; a partir de agora, toda a rede pública de educação básica deverá ser contemplada, desde a Educação Infantil até o Ensino Médio, passando pela Educação de Jovens e Adultos;

d) Os recursos financeiros que antes eram repassados conforme os índices do IDEB municipal, agora serão repassados pelo número de alunos, mas divididos em duas etapas, estando o recebimento da segunda etapa condicionado ao cumprimento de algumas metas.

As mudanças apresentadas caminhavam ao encontro das intenções do governo, que eram de massificar a adesão dos municípios e intensificar as ações de saúde nas escolas. Isso era possível porque: a vinculação de todas as equipes de saúde ao PSE possibilitaria a ampliação da atuação nas escolas, intensificando as ações; a consolidação do modelo de gestão pautado no GTI garantia a eficiência do Programa; atender toda rede pública de educação básica atingiria um maior quantitativo de estudantes; e por fim, estaria garantido que os recursos seriam repassados pelo número de alunos matriculados, aumentando-se o volume daqueles recursos destinados ao Programa, a fim de possibilitar uma maior atuação.

O processo de mudanças e aprimoramento do PSE segue e, em 2015, o Governo Federal sente a necessidade avaliar o Programa com o objetivo de propor novas mudanças estruturais. Para isso, a Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição do Governo Federal se reuniu para analisar o Decreto que criou esse Programa, os outros instrumentos legais de regulamentação e o baixo desempenho dos Municípios no alcance das metas propostas (BRASIL, 2017d).

Nessa análise, a Coordenação identificou alguns problemas e os classificou como pontos críticos (BRASIL, 2017d, p. 1-2), mostrados a seguir:

1) A divisão entre ações essenciais (obrigatórias para o recebimento do incentivo financeiro) e optativas não obrigatórias para recebimento de incentivo financeiro centralizava o esforço nas primeiras e negligenciava as demais.

De fato, com esse modo de financiamento, os municípios, por meio das equipes que atuam no PSE, vão dispendir mais esforços nas ações que são custeadas pelo Governo Federal, deixando em segundo plano aquelas que dependem de recursos próprios. Entendemos que a divisão das atividades em essenciais e não essenciais pode acabar excluindo alguma ação que abordaria uma temática importante.

2) O teto de mil alunos por equipe de saúde da Atenção Básica reforça a perspectiva de procedimentos ao invés de conjunto de ações, além de negligenciar serviços precípuos da AB para os demais educandos.

Realmente a definição de um quantitativo de educandos para cada equipe de saúde acaba dificultado o atendimento dos estudantes em alguns serviços de saúde, pelo número alto de alunos da rede pública em detrimento das poucas equipes de saúde, que ainda têm as demandas do restante da população para atender. Esse problema seria corrigido com a Portaria Interministerial 1.055/2017, que passou a determinar a vinculação de todas as equipes de saúde ao PSE, e não mais pelo teto pré-definido de alunos.

3) A possibilidade de pactuar por nível de ensino segregava educandos na escola pactuada.

É o que ocorria em escolas que atendem conjuntamente Ensino Fundamental e Médio. Nas escolas nesse formato, geralmente os alunos do Ensino Médio ficam sem atendimento das ações do PSE, pois esse segmento ainda é definido como não prioritário pelo Governo Federal, segundo o Manual de Adesão do PSE (Doc. 10 e 11, Quadro 2).

4) O formato não era flexível para inclusão de ações mais próximas das demandas locais.

Acreditamos que esse ponto crítico ainda não foi superado, porque, apesar de constar na Portaria de reformulação atual do PSE (BRASIL, 2017b) a possibilidade de serem incorporadas novas temáticas às ações do Programa, ele já determina quais ações (12) devem ser desenvolvidas pelo PSE nas escolas.

5) Negligência do componente III – formação – pela maioria dos municípios.

Realmente essa questão da formação dos profissionais que atuam no PSE tem sido um problema que vem dificultando o desenvolvimento das ações e efetivação da gestão intersetorial no Programa, como pode ser observado nos estudos de Barilli e Pessoa (2013) e Sousa, Esperidião e Medina (2017). Contudo, apesar da preocupação do Governo Federal com essa

questão, a solução encontrada não resolveu o problema, pois apenas dividiu a responsabilidade com os outros entes federados e passou para o GTI-M a incumbência de realizar a formação dos profissionais, como podemos observar na Portaria Interministerial nº 1.055, de 25 de abril de 2017.

6) Ausência de iniciativas nacionais para formação continuada dos profissionais.

Esse último ponto crítico perpassa pela mesma questão do anterior, culminado com a divisão de responsabilidades com estados e municípios.

Com tais problemas encontrados, o GTI Federal, a partir das dificuldades e soluções apontadas pelo Estado e municípios, considerou as seguintes diretrizes para a reestruturação do PSE: desburocratização dos repasses; qualificação de registro e monitoramento (gestão da informação); ampliação do número de escolas e educandos; e valorização do planejamento e gestão local (BRASIL, 2017d, p. 2).

Neste sentido, com base nas diretrizes apontadas, o Governo Federal, por meio dos Ministérios da Saúde e da Educação, publicou a Portaria Interministerial nº 1.055, de 25 de abril de 2017, revogando a Portaria Interministerial no 1.413/MS/MEC, de 10 de julho de 2013. Com isso, iniciou o processo de reformulação do Programa, objetivando superar os principais problemas que representavam entraves para o avanço do PSE no país, fortalecendo e viabilizando a intenção de que todos os municípios do país possam aderir ao Programa e consolidá-lo como política de Estado, já que:

Seu potencial se assenta na lógica intersetorial de cuidado dos educandos a partir do conceito, igualmente valoroso, de território de responsabilidade compartilhada e de sua trajetória de expansão em direção a universalização das adesões pelos municípios visando tornar-se uma política de estado, integrado ao currículo (BRASIL, 2017b, p. 1).

Para superar os problemas identificados, a nova Portaria Interministerial veio propor mudanças em alguns pontos centrais, aprimorando outros: no modelo de gestão; nas ações de saúde desenvolvidas nas escolas; na relação do programa como escola básica; no Termo de Adesão ao PSE; no sistema de registros das ações desenvolvidas e na forma de financiamento do Programa.

O modelo de gestão que estava proposto para o PSE, de forma sistemática e intersetorial, por meio do GTI, foi aprimorado e consolidado, podendo agora incluir representantes de outros setores da gestão pública nos respectivos GTIs. Essa mudança fez com que as ações a atenderem a crianças e jovens nas escolas pudessem ter a participação de outros setores públicos nas ações,

a exemplo das Secretarias de Assistência Social, do CAPS, da Secretaria de Esportes, entre outros.

No que tange às ações desenvolvidas pelo PSE, verificamos que a reformulação trouxe mudanças na sua forma de organização e execução. Antes eram 17 ações que deveriam ser desenvolvidas por nível de ensino, sem envolver todos os alunos da escola pactuada, divididas em componentes, sem possibilidade para o município incluir outras. Agora elas ocorrem em toda a escola em um conjunto de 12 ações pré-definidas:

- I. Ações de combate ao mosquito *Aedes aegypti*;
- II. Promoção das práticas corporais, da atividade física e do lazer nas escolas;
- III. Prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas;
- IV. Promoção da cultura de paz, cidadania e direitos humanos;
- V. Prevenção das violências e dos acidentes;
- VI. Identificação de educandos com possíveis sinais de agravos de doenças em eliminação;
- VII. Promoção e avaliação de saúde bucal e aplicação tópica de flúor;
- VIII. Verificação e atualização da situação vacinal;
- IX. Promoção da alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil;
- X. Promoção da saúde auditiva e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração.
- XI. Direito sexual e reprodutivo e prevenção de DST/AIDS; e
- XII. Promoção da saúde ocular e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração (BRASIL, 2017b).

Com essas mudanças, algumas ações foram aglutinadas, pela similaridade dos objetivos, já outras, suprimidas, sem razão a ser apresentada. Dentre as ações suprimidas, temos aquela que obrigavam a inclusão das ações de saúde no PPP da escola, passando agora a ser apenas uma indicação de que “As ações realizadas pela escola deverão estar alinhadas ao currículo escolar e à política de educação integral” (BRASIL, 2017b, p. 5).

A desobrigação da inclusão das ações do PSE no PPP da escola pode fazer com que o PSE passe a ser apenas mais um programa ou ainda ação que vai até a escola para ser executada sem nenhuma relação com o cotidiano da comunidade escolar. Quando a escola não é chamada para participar da organização desse tipo de ação, acaba que “[...] “a saúde vai à escola” ao invés de a escola promover saúde” (SOUSA; ESPERIDIÃO; MEDINA, 2017, p. 1788).

Outra mudança é que agora as ações podem ser priorizadas conforme demanda da escola, indicadores de saúde e demais indicadores sociais (violência, gravidez na adolescência, evasão escolar etc.) e, no ato da adesão, o município pode incluir outras mais. São 12 (doze) novas ações, mas as orientações de que, no planejamento delas, o PSE deverá considerar os contextos escolar e social e o diagnóstico local de saúde se mantiveram de acordo com o Decreto de criação do PSE (BRASIL, 2017b).

A indicação do contexto escolar e social, pelo legislador, como base para o planejamento das ações pode ter ocorrido com a intenção de que o GTI-M deva analisar a localização geográfica da escola – por exemplo, se a comunidade escolar está em área de vulnerabilidade social, para poder definir quais temas serão prioritários. Da mesma forma que o diagnóstico local em saúde pode se dar no sentido de levantar as demandas de saúde daquela comunidade onde a escola está inserida.

Na reformulação do Programa, também foram acrescentados outros dispositivos que tratam sobre o PSE, como: o Termo de Adesão; a vinculação de todas as equipes de saúde da Atenção Básica ao Programa; o registro das informações sobre as atividades desenvolvidas nas escolas; os recursos de financiamento do PSE, os indicadores e padrões de avaliação do Programa.

Quanto à mudança no Sistema de Registro das Ações, o que antes era feito no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) do MS e no Sistema de Informação no Sistema Integrado de Monitoramento Execução e Controle (SIMEC) do MEC, agora passa a ser um registro unificado no SISAB. A mudança foi importante no sentido de simplificar o registro, garantir o registro de todas as ações do PSE no sistema nacional de monitoramento e melhorar o acompanhamento do estudante que foi atendido pelo PSE e pela AB (BRASIL, 2017e; 2019e).

Entretanto, nos municípios onde o GTI não funciona efetivamente, tal mudança pode trazer dificuldade de acesso ao monitoramento das ações por parte da Secretaria Municipal de Educação. Isso ocorre porque, como o SISAB é um sistema exclusivo da SMS, os profissionais da educação que atuam no Programa não têm acesso a ele, ficando dependentes da SMS no que tange às informações sobre o monitoramento oficial do Programa.

Entretanto, a mudança no sistema de informação não impede que o município crie seu próprio instrumento de monitoramento para acompanhar o andamento das ações executadas. Inclusive o MS, por meio do Documento Orientador 2017 - 2018 (BRASIL, 2017e), e pelo Documento Orientador 2019 - 2020 (BRASIL, 2019e), estimula que os municípios criem seus próprios instrumentos de monitoramento. Foi o que acabou acontecendo nos municípios investigados nas pesquisas de Chiari et al. (2018) e Gomes (2012); neste último, os diretores das escolas supervisionavam as ações e forneciam relatórios à gestão do Programa.

No que tange ao financiamento do PSE, a mudança ocorreu de modo que agora os municípios iniciam recebendo recursos por meio do Piso Variável da Atenção Básica (PAB) Variável, no valor de R\$ 5.676,00 (cinco mil seiscientos e setenta e seis reais) para até 600

(seiscentos) educandos inscritos no Programa e, a partir daí, seriam acrescidos R\$ 1.000,00 (mil reais) a cada 800 alunos a mais.

Com as mudanças produzidas pela Portaria Interministerial nº 1.055, percebemos o fortalecimento do PSE como política nacional de saúde na escola, pois nela esse Programa é incluído como parte da política de Atenção Básica e articulado com essa. Isso pode ser percebido já no preenchimento do Termo de Compromisso no ato de adesão ao PSE, no qual a gestão municipal terá a possibilidade de cadastrar e vincular todas as equipes de saúde da Atenção Básica ao Programa, e de garantir que o registro das informações sobre as atividades ali desenvolvidas seja atualizado no sistema de informação da Atenção Básica.

Outra vantagem dessa articulação do PSE com a Atenção Básica é que, nesse Termo de Compromisso, já ficou definido o fato de o incentivo financeiro de custeio às ações no âmbito do PSE ser garantido por meio do Piso Variável da Atenção Básica (PAB Variável)⁷.

A nova base legal do PSE determina que as Secretarias Municipais de Saúde devem coordenar as ações de Atenção Básica, inserindo a Estratégia de Saúde da Família em sua rede de serviços como a estratégia prioritária de organização da Atenção Básica. Deve também desenvolver ações que garantam educação permanente e continuada aos profissionais, assim como alimentar, analisar e verificar a qualidade e a consistência dos dados inseridos nos sistemas nacionais de informação (BRASIL, 2017c).

Outra competência da Atenção Básica, conforme a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, deve ser a de desenvolver ações intersetoriais em interlocução com escolas. Por fim, nessa mesma Portaria, ficou estabelecido que o financiamento federal para as ações da Atenção Básica recebido pelo município também deverá ser composto de recursos para o Programa Saúde na Escola.

É importante frisar que algumas mudanças ocorridas no que tange à adesão ao PSE, mesmo não constando no documento de reformulação, vieram dispostas no Manual de Adesão (Quadro 2) dos dois ciclos investigados na pesquisa; exemplos disso é a questão que trata do atendimento das escolas prioritárias e não prioritárias. Para o governo federal, são consideradas escolas prioritárias todas as creches públicas e conveniadas do município; todas as escolas

⁷ Fica instituído o incentivo financeiro de custeio às ações no âmbito do PSE, que será repassado fundo a fundo, anualmente, em parcela única, por intermédio e as expensas do MS, por meio do Piso Variável da Atenção Básica - PAB Variável, em virtude da adesão do Distrito Federal e dos municípios ao PSE, no valor de R\$ 5.676,00 (cinco mil seiscentos e setenta e seis reais), para o Distrito Federal e municípios com 1 (um) a 600 (seiscentos) educandos inscritos (Art. 12 da Portaria Interministerial nº 1.055, de 25 de abril de 2017).

rurais; as escolas com alunos em medida socioeducativas; e escolas que tenham, pelo menos, 50% dos alunos matriculados pertencentes a famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família.

No Manual de Adesão, existem duas regras sobre a pactuação das escolas: a primeira permite ao município pactuar menos de 50% das escolas prioritárias; na segunda regra, ele pode pactuar 50% ou mais escolas (independentemente da regra utilizada em que todo município deve pactuar pelo menos uma creche. Caso não tenha, deverá pactuar pelo menos uma pré-escola).

Com a mudança ocorrida no processo de adesão a partir do ciclo 2017 e 2018, o PSE foi obrigado a selecionar as escolas prioritárias para o atendimento a partir da lista e critérios definidos pelo MEC e MS. Com isso, várias escolas consideradas “não prioritárias”, poderiam ficar de fora do atendimento, cabendo ao PSE local ampliar o atendimento a estas. No caso do município lócus da pesquisa, nesse estudo, além de algumas escolas de Educação Infantil e outras de Ensino Fundamental, todas as escolas de Ensino Médio (uma federal e quatro estaduais) não foram consideradas prioritárias nos dois ciclos investigados, conforme documento 21 (Quadro 4).

Considerando o exposto sobre o PSE como Política Nacional de Saúde na Escola, sua criação e reformulação, podemos apontar que esse Programa foi uma importante iniciativa de institucionalização da saúde na escola para promover saúde na educação básica em todo território nacional. As mudanças ocorridas foram sempre no sentido de fortalecer a relação entre saúde e educação, ampliar o acesso dos municípios e as ações desenvolvidas, ratificar o PSE como política nacional e garantir que a gestão do PSE possa ser implementada no município de forma intersetorial, sob a coordenação do GTI-M, e a partir da proposta de gestão intersetorial, envolvendo a educação e a saúde, de modo que as ações possam ser integradas à proposta pedagógica da escola, possibilitando uma melhoria na saúde e na aprendizagem dos estudantes.

Entretanto, o processo de reformulação e aprimoramento do PSE não pode cessar nessa Portaria. A nosso ver, é preciso avançar para que o Programa possa corrigir essa questão das escolas prioritárias, o que acaba dificultando o atendimento de todas as escolas públicas de educação básica no município, independentemente da rede de ensino.

2 A GESTÃO DO PSE NA PERSPECTIVA INTERSETORIAL

Vimos na seção anterior que, apesar de ser um programa importante para a promoção da saúde na escola, o PSE foi criado sem apresentar um modelo de gestão no qual os gestores municipais deveriam se pautar para geri-lo da melhor forma possível, trazendo apenas a intersectorialidade como diretriz. Somente no ano seguinte, com o início do processo de aprimoramento, o Governo Federal apresentou algumas medidas que tratavam sobre a gestão intersectorial do Programa.

O processo de aprimoramento do PSE começou com a Portaria nº 1.861, de 4 de setembro de 2008 que estabelecia, dentre outras coisas, a nomeação do Grupo de Trabalho Interssetorial (GTI) nos municípios (BRASIL, 2008a). Em seguida, com a Portaria Interministerial nº 3.696, de 25 de novembro de 2010 (BRASIL, 2010b), veio ampliar o GTI para o nível federal e estadual, junto com o municipal. Já com a Portaria Interministerial nº 1.910, de 8 de agosto de 2011, foram definidas atribuições aos GTIs na execução, gestão do recurso e monitoramento das ações do PSE e, com a Portaria Interministerial nº 1.413, de 10 de julho de 2013 (BRASIL, 2013), as competências de cada GTI foram ampliadas e outras aprimoradas, sendo mantidas até a última reformulação do PSE, ocorrido com a Portaria Interministerial nº 1.055, de 25 de abril de 2017 (BRASIL, 2017a).

Diante do exposto, essa segunda seção, que aborda a gestão do PSE na perspectiva intersectorial, está organizada em três tópicos.

No primeiro tópico, *Gestão das políticas públicas de saúde*, apresentamos os conceitos sobre política pública e gestão de políticas de saúde;

No segundo tópico, *Gestão do PSE na perspectiva intersectorial*, abordamos esse tipo de gestão de acordo com o preconizado na base legal do PSE, apresentando suas características, o Grupo de Trabalho Interssetorial (GTI) e suas responsabilidades em nível federal, estadual e municipal. Finalizamos esse tópico com apontamentos sobre financiamento do PSE.

No terceiro tópico, *A gestão escolar e o desenvolvimento de ações de saúde na escola*, apontamos algumas considerações sobre a gestão escolar e sua relação com o Programa Saúde na Escola, assim como o desenvolvimento de ações de saúde nas instituições de ensino público básico.

Para embasar a discussão desse capítulo, dentre outros, utilizamos os escritos de: Costa (2018); Casemiro, Fonseca e Seco (2014). Jorge et al. (2015); Lorenzetti et al. (2014); Junqueira (1997); Junqueira, Inojosa e Komatsu (1997); Cavalcanti, Batista e Silva (2013); Garcia et al. (2014); Sousa, Esperidião e Medina (2017); Gomes (2012); Ferreira e Silva (2005); Ferolla,

Passador e Passador (2019); Custódio e Silva (2015); Junqueira (2004); Silva, Jorge e Silva Júnior (2015); Kuschnir, Chorny e Lira (2014); Chiari et al. (2018); Paro (2011); Lück (2009); Farias et al. (2016). Os textos encontrados em Brasil (2008b, 2011a, 2015, 2017e) e alguns documentos como a Portaria Interministerial nº 1.055/2017 (BRASIL, 2017b) e o Decreto nº 6.286/2007 (BRASIL, 2017a).

2.1 Gestão das políticas públicas de saúde

De modo abrangente, Costa (2018) discute a política pública e aponta que o termo possui inúmeras definições e conceitos associados, não existindo consenso na literatura; com isso, essa diversidade de conceitos é resultado da multidisciplinariedade do campo de políticas públicas. Com base nesses autores, ela sugere que as políticas públicas devem responder às seguintes questões: quem ganha o quê? Por quê? E que diferença faz a sua adoção?

Costa (2018) também indica que política pública é uma série de atividades do governo que produzem resultados específicos. A autora mostra que as políticas públicas podem ser definidas como um conjunto de medidas e procedimentos do Estado, que regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público.

Existe um conjunto de políticas públicas proporcionadas pelo Governo Federal, entre as quais estão as políticas de saúde, como, por exemplo, a PNPS, a PNAB e a Política Nacional de Saúde na Escola, desenvolvida por meio do PSE. Cada uma dessas políticas públicas tem suas diretrizes, objetivos e ações propostas, de forma que seus objetivos e metas sejam alcançados. Neste sentido o PSE, como política pública, a partir de um conjunto de medidas e procedimentos, contidos no seu Decreto de criação e nos demais Atos que normatizam o Programa, poderão proporcionar, mediante suas ações, ganhos à saúde dos estudantes, com a melhoria do padrão de saúde daqueles que frequentam as escolas públicas.

Isso é possível porque essa política pública de saúde foi pensada e desenvolvida para ser implementada na escola, por meio de procedimentos desenvolvidos especificamente para atender à clientela da educação básica. Entretanto, a melhoria do padrão de saúde dos educandos da escola básica aqui apontada depende de alguns fatores, como os colocados por Casemiro, Fonseca e Seco (2014). Para esses autores

A efetivação da saúde escolar como política pública de promoção da saúde e de garantia de qualidade de vida exige coordenação e planejamento intersetoriais, com definição de orçamento adequado e coerente com o discurso construído acerca de uma noção ampliada de saúde e de uma educação integral que vem sendo produzido e divulgado na Região. Requer a

definição de iniciativas interdisciplinares selecionadas a partir de diagnóstico local da realidade, com identificação dos problemas reais e das soluções viáveis em cada escola de forma a contribuir para a autonomia e o apoderamento dos sujeitos diante dos direitos fundamentais relacionados ao tema da saúde escolar: direito à saúde, à educação, à alimentação e à vida digna (CASEMIRO; FONSECA; SECO, 2014, p. 839).

As questões colocadas por Casemiro, Fonseca e Seco (2014) são justamente aquelas de que estamos tratando nesse estudo – como o planejamento é orientado de forma que a gestão do Programa considere os contextos escolar e social, e o diagnóstico local de saúde, como aponta o Decreto de criação do PSE.

As políticas públicas de saúde, inclusive os programas como o PSE, precisam ser geridas/administradas com sucesso para que seus objetivos sejam alcançados e possam atender à coletividade.

Sobre a gestão de políticas e programas de saúde, Jorge et al. (2015, p. 249) apontam que “a gestão de serviços de saúde constitui uma prática administrativa que tem a finalidade de otimizar o funcionamento das organizações de forma a obter o máximo de eficiência [...], eficácia [...], efetividade [...]”. Entretanto, esses mesmos autores acreditam que tal resultado só será possível quando a gestão atuar de modo a “[...] realizar a configuração do ambiente e dos instrumentos de gestão que planejam, avaliam, monitoram os processos de trabalho na busca da excelência na prestação dos serviços” (JORGE et al., 2015, p. 249).

Sobre essa questão, Lorenzetti et al. (2014, p. 418) mostram que “a gestão/administração em saúde pode ser definida como o conhecimento aplicado no manejo do complexo das organizações de saúde, envolvendo a gerência de redes, esferas públicas de saúde, [...] e serviços de saúde”. Mas alertam para o problema cultural sobre o qual se tem a ideia de que “[...] qualquer profissional sabe gerir e que a administração se aprende na prática” (LORENZETTI et al., 2014, p. 422).

Em um estudo sobre gestão em saúde no Brasil, Lorenzetti et al. (2014) investigaram gestores de saúde e conseguiram extrair algumas informações importantes sobre alguns aspectos negativos, como o despreparo dos profissionais para o exercício da administração e a alta rotatividade dos gestores na área pública, o que acaba gerando descontinuidade na gestão das políticas sociais.

Na verdade, há uma escassez de bons profissionais para atuar na gestão das políticas públicas, algo causado pela fraca formação inicial e permanente, além do problema da alta rotatividade dos profissionais na gestão, somado à dificuldade de atuar em novos modelos de

gestão (LORENZETTI et al., 2014), como o modelo de gestão intersetorial proposto para o PSE que trataremos a seguir.

2.2 A gestão do PSE na perspectiva intersetorial

Na década de 1970, a gestão das políticas sociais era centralizada e verticalizada. A mudança gradual dos regimes políticos autoritários, na década de 1980, na América Latina, favoreceu o debate dos movimentos sociais e passaram a discutir formas de tornar essa gestão mais eficaz, de modo que sua abordagem fosse descentralizada e participativa, tornando-a mais democrática, em um processo no qual o poder de decidir pudesse chegar ao usuário dessas políticas. Mesmo não garantindo sua eficácia, essa proposta de mudança era importante para atuar nas políticas que eram consideradas setoriais, de modo que a gestão passasse a ser de forma intersetorial, vindo a atender ao usuário de forma integral e não fragmentada (JUNQUEIRA, 1997).

Comungando com esse mesmo pensamento Junqueira, Inojosa e Komatsu (1997, p. 5), apontaram que “a descentralização é um dos pressupostos das diversas iniciativas de mudança que ocorreram na gestão do setor social nos últimos vinte anos”. Isso é importante porque “a descentralização, portanto, sob uma perspectiva progressista, implica transferir competências com vistas à democratização da administração pública [...], podendo contribuir para o desenvolvimento de modelos econômicos socialmente mais justos [...]” (JUNQUEIRA; INOJOSA; KOMATSU, 1997, p. 9).

De fato, tal transferência pode possibilitar que a gestão das políticas sociais possa ganhar em agilidade e em eficiência, uma vez que esta se desloca para o município, onde vivem aqueles que devem ser atendidos pelas políticas como, por exemplo, as políticas sociais de saúde, no caso em questão o PSE.

Assim, a intersetorialidade é a “articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar efeito sinérgico em situações complexas visando o desenvolvimento social [...]” (JUNQUEIRA, 1997, p. 37).

Ela é uma concepção de gestão que propõe um novo tipo de planejamento e execução de políticas públicas, alterando todo modo de organização da gestão, pois “[...] sem mudar concepções, valores e práticas não é possível transformar o processo de trabalho setorial e fragmentado, como tem sido a prática das organizações públicas, para uma prática organizacional moldada pela intersetorialidade” (JUNQUEIRA, 1997, p. 38).

Sousa, Esperidião e Medina (2017, p. 1783) vão além e pontuam que a intersetorialidade é “[...] a articulação de diferentes setores, atores e de saberes no planejamento, realização e avaliação de ações com o objetivo de atuar de forma integrada sobre os problemas e demandas em busca da melhoria na qualidade de vida”.

Esse modelo de gestão envolve vários atores e setores, que aqui nesse estudo correspondem principalmente às Secretarias Municipais de Educação e de Saúde e seus profissionais, articulados na organização de um planejamento integrado no sentido de superar o trabalho fragmentado. Trata-se de algo que fica mais claro no enunciado de Cavalcanti, Batista e Silva (2013). Para esses autores, a intersetorialidade:

[...] é a articulação entre as políticas públicas por meio do desenvolvimento de ações conjuntas destinadas à proteção social, inclusão e enfrentamento das expressões da questão social. Supõe a implementação de ações integradas que visam à superação da fragmentação da atenção às necessidades sociais da população. Para tanto, envolve a articulação de diferentes setores sociais em torno de objetivos comuns, e deve ser o princípio norteador da construção das redes municipais (CAVALCANTI; BATISTA; SILVA, 2013, p. 1-2).

Seguindo esses conceitos, a intersetorialidade tem a capacidade de melhorar a eficiência da gestão e dos serviços prestados à sociedade (GARCIA et al., 2014).

2.2.1 Histórico da intersetorialidade

O trabalho de parceria entre Saúde e Educação para implementação de ações vem desde o início do século XX, mas o que temos vistos são políticas com “[...] muitas fragilidades e desafios na implementação de ações intersetoriais, tais como ausência de comprometimento igualitário entre os setores, fragmentação das ações e predomínio de abordagens setorializadas[...].” (SOUSA; ESPERIDIÃO; MEDINA, 2017, p. 1782).

Para Gomes (2012, p. 16), a proposta de gestão intersetorial nasce no contexto da agenda da OMS, mais especificamente posterior à Conferência de Alma-Ata, 1978. Nesse evento de saúde, “[...] a intersetorialidade emerge como eixo estruturante das políticas públicas de saúde [...]”, no sentido de melhorar os resultados em saúde da população.

Anos depois, a Carta de Ottawa, resultado final da Conferência Internacional sobre Promoção, em 1986, incorporou a proposta de intersetorialidade, trazendo contribuições importantes para essa proposta de gestão, assumindo que “[...] a intersetorialidade coloca o setor sanitário como mediador e a população como meio essencial para a operacionalização da PS, alcançando o bem-estar desses indivíduos” (GOMES, 2012, p. 16).

“No Brasil a ideia da intersetorialidade aparece na década de 70, no II Plano Nacional de Desenvolvimento Econômico [...], tendo sido mencionada também em programas específicos relacionados à saúde, saneamento e nutrição” (FEROLLA; PASSADOR; PASSADOR, 2019, p. 140).

No que se refere à parceria entre educação e saúde, a intersetorialidade aparece institucionalmente no Decreto nº 6.286/2007, que criou o PSE. Nele a proposta de gestão do Programa foi apresentada de forma superficial, pois a questão da intersetorialidade foi considerada apenas como diretriz, e não trazia na sua estrutura uma proposta ou modelo de gestão. Nesse Decreto, o “PSE constitui estratégia para a integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de educação e de saúde, [...] envolvendo as equipes de saúde da família e da educação básica” (BRASIL, 2017b, p. 2).

Foi com a Portaria nº 1.861, de 4 de setembro de 2008, que a proposta de modelo de gestão intersetorialidade foi sugerida ao PSE com a formação do Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI). Esse documento determinava que os gestores municipais nomeariam o GTI, que incluía representantes das Secretarias de Saúde e Educação do Município, que tinha, entre outras obrigações, elaborar o Projeto do PSE.

Depois veio a incorporação, no GTI, de outros órgãos/instituições, conforme Portaria interministerial nº 3.696, de 25 de novembro de 2010 (BRASIL, 2010b). Em seguida, com a Portaria interministerial nº 1.910, de 8 de agosto de 2011, foi delegado ao GTI as funções de execução, gestão do recurso, acompanhamento e monitoramento das ações do PSE. Com a Portaria Interministerial nº 1.413, de 10 de julho de 2013 (BRASIL, 2013), vieram somar o GTI Municipal, o GTI Estadual e o GTI Federal. Por fim, a Portaria Interministerial nº 1.055, de 25 de abril de 2017 (BRASIL, 2017b) consolidou essa estrutura de gestão do PSE a partir da proposta intersetorial.

Logo, foi necessário quase uma década para que a intersetorialidade, nas ações de saúde na escola, nascida com o PSE, consolidasse-se como proposta de gestão do Programa. Mesmo com isso, ainda encontramos municípios com dificuldades de implantação e gestão do PSE, nessa perspectiva de gestão, como, por exemplo, aqueles descritos nos estudos de Ferreira et al. (2014) e Medeiros et al. (2018).

2.2.2 Características da intersetorialidade

A gestão intersetorial possui algumas características importantes, e a formação do Estado brasileiro contribui para isso, pois a Carta Magna do Brasil determinou que o Estado

brasileiro seria formado por três esferas de poder (Federal, Estadual e Municipal), objetivando descentralizar decisões e dando autonomia para gerir políticas públicas. Neste sentido, Junqueira, Inojosa e Komatsu (1997) observaram que as políticas sociais são desenvolvidas conforme a estrutura do governo, vertical, setorializada e fragmentada, em que cada segmento do Estado cuida de uma política setorial, nos níveis federal, estadual e municipal.

Por isso, vemos, por exemplo, o setor da educação cuidar da educação e o setor da saúde cuidar da saúde. Diferentemente da proposta de gestão do PSE, o que observamos nessas duas áreas são políticas públicas sendo desenvolvidas, geridas e executadas de forma fragmentada e setorial.

Esse tipo de organização do estado brasileiro, por muito tempo, tem focado suas políticas públicas de forma fragmentada e setorializada. Isso tem levado a resultados aquém do esperado. Neste sentido, a intersetorialidade tem sido uma alternativa de se contrapor a esse tipo de gestão de políticas sociais, já que “[...] não se pode pensar em construção de políticas públicas sem considerar a relevância da interação e integração dos diversos órgãos e instituições no compromisso comum de efetivação de direitos, garantindo-se, também, a participação social [...]” (CUSTÓDIO; SILVA, 2015, p. 3).

Neste sentido, Junqueira (2004) aponta que a intersetorialidade é uma nova forma de fazer a gestão das políticas públicas, o que de certo modo vai exigir mudanças na forma de condução de tais políticas, já que vai envolver grupos distintos, com pessoas que vão integrar e articular saberes e experiências. Como ela “[...] constitui uma concepção que deve informar uma nova maneira de planejar, executar e controlar a prestação de serviços, para garantir um acesso igual dos desiguais” (JUNQUEIRA, 2004, p. 27), vai abordar os problemas sociais em uma nova perspectiva, considerando o lugar onde ele acontece, no município, de modo a garantir o bem-estar social à população.

Contribuindo com esse debate, Custódio e Silva (2015) apresentam a intersetorialidade como uma ferramenta de gestão para superar a fragmentação e a visão setorializada de políticas públicas. Para eles, a eficiência dessas políticas perpassa pela interação e integração dos diversos órgãos e instituições, além da participação social nesse processo. Contudo, para que esse novo modelo de gestão e de políticas públicas traga resultados satisfatórios, é necessário haver mudança de mentalidade, de cultura e de valores.

Apesar da importância desse novo modelo, para Junqueira, Inojosa e Komatsu (1997, p. 53), a gestão intersetorial gera uma série de problemas oriundos da resistência ao novo, o que é comum na gestão, causando inúmeras dificuldades no processo, já que “[...] não é fácil para um profissional cuja formação é especializada e setorializada e cuja prática de trabalho tem

sido, durante anos, fragmentada, passar a pensar holisticamente e transdisciplinarmente”. Os autores seguem adiante e apontam que “[...] isso é um aprendizado novo que demanda prontidão, desejo de inovação, adesão à proposta. Tudo isso num contexto de resistência, de dificuldades. A intersetorialidade é, de fato, o mais difícil de alcançar, pois demanda uma mudança cultural muito mais ampla” (JUNQUEIRA; INOJOSA; KOMATSU, 1997, p. 53).

Há dois tipos de intersetorialidade, a ascendente e a descendente. A primeira ocorre quando os secretários municipais se articulam para planejar ações com objetivos e metas únicas; a segunda se dá quando isso ocorre por iniciativa dos subordinados dessas secretarias. Enquanto a ascendente fragiliza a participação popular, a descendente tem viés participativo (GARCIA et al., 2014).

Portanto, o processo de mudança de uma lógica de gestão setorial das políticas públicas para uma lógica baseada na intersetorialidade, não é simples como se imagina. É um processo arriscado por conta do interesse e da resistência dos profissionais que já atuam no modelo vigente.

No Brasil, a intersetorialidade está presente em várias políticas públicas, como, por exemplo, na Educação e na Saúde. “Na Educação, está associada à ideia de parceria e colaboração entre instituições governamentais, não governamentais e a sociedade, como uma alternativa para melhoria dos processos educacionais” (SOUSA; ESPERIDIÃO; MEDINA, 2017, p. 1782). Já no campo da Saúde, “tem sido considerada como elemento fundamental para a mudança no modelo de atenção e reorganização do sistema” (SOUSA; ESPERIDIÃO; MEDINA, 2017, p. 1782), principalmente no que se refere à Promoção da Saúde, como no caso do PSE.

A respeito da intersetorialidade relacionada ao PSE, Gomes (2012) considera que ela é uma estratégia para a concretização da PS na escola. É uma importante parceria entre saúde e educação para ser usada no enfrentamento de divergências e superar conflitos ligados a formas de abordagem da saúde na escola, diferentes da promoção. Isso, porque o PSE considera a intersetorialidade “[...] uma diretriz importante no sentido de formar parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações em saúde, dialogando com diversas áreas do setor sanitário e de outros setores do governo, setores privado e não governamental [...]” (GOMES, 2012, p. 28).

Portanto, a concretização da PS na escola, por meio de parceria entre saúde e educação e do diálogo com outros setores, visa a superar ações e políticas fragmentadas, ao mesmo tempo em que vai demandar ações articuladas dentro do Programa; esse processo tem que ocorrer mediante um planejamento conjunto, aliado ao monitoramento e a avaliação, já que o

planejamento intersetorial, apesar de constituir um importante instrumento de gestão, “[...] não esgota a ação intersetorial, que deve incorporar nesse processo a avaliação e o monitoramento das ações [...]” (JUNQUEIRA, 2004, p. 28).

2.2.3 Instrumentos de gestão e a intersetorialidade

Sobre tais instrumento de gestão, o estudo de Silva, Jorge e Silva Júnior (2015) mostra que todo gestor precisa caminhar de mãos dadas com o planejamento e a avaliação; isso, porque esses são instrumentos importantes que o auxiliarão na tomada de decisões. Mais especificamente, “[...] a gestão da intersetorialidade nas políticas públicas demanda integração entre as práticas de planejamento, implementação, monitoramento e avaliação [...]”, complementam Ferolla, Passador e Passador (2019, p. 141).

Assim, fica evidente que somente o planejamento de ações não é suficiente para o sucesso da gestão das políticas e programas de saúde, pois esse deve ser seguido e articulado, periodicamente, com o monitoramento e avaliação. Tal processo quando realizado de forma obrigatória e contínua pode proporcionar o aperfeiçoamento da gestão (BRASIL, 2016a).

De acordo com Kuschnir, Chorny e Lira (2014, p. 87), as pessoas têm uma visão muito restrita do que é o planejamento, porque muitas vezes achamos que ele é “[...] a simples elaboração de um plano, ou a definição de normas para serem seguidas por todos os que trabalham em uma dada instituição [...]”. Mas, na verdade, ele é muito mais que isso, pois “[...] parte de uma determinada visão de como as coisas deveriam ser e permite definir que caminhos podemos seguir para chegar lá” (KUSCHNIR, CHORNY e LIRA, p. 87). Esses mesmos autores nos lembram que o plano não pode se resumir apenas ao modo como devemos caminhar e para onde devemos seguir, ele precisa ser factível tecnicamente e viável politicamente. Ele precisa mostrar, claramente, as condições para sua viabilização.

Kuschnir, Chorny e Lira (2014, p. 99) apresentam algumas competências que devem ser desenvolvidas quando o planejamento é realizado pelo setor governamental, seja ele federal, estadual ou municipal. Nestes setores as competências são, dentre outras, “[...] definir os procedimentos de avaliação que permitirão o monitoramento da implementação da ação de modo a avaliar se o que foi proposto realmente está adequado aos objetivos e se os resultados são os esperados”.

Considerando estes apontamentos sobre os instrumentos de gestão, como planejamento, monitoramento e avaliação, importantes para superação de modelos tradicionais na gestão de programas e na efetivação das políticas públicas, podemos dizer que “a efetivação da

intersetorialidade não acontecerá pela simples reunião de dois ou mais setores com objetivo de planejar e executar alguma ação, será necessário muito mais que isso. Será preciso a “[...] articulação de vários setores e envolve distintos atores sociais, tais como: governo, sociedade civil organizada, movimentos sociais, universidades, autoridades locais, setor econômico e mídia” (GARCIA et al., 2014, p. 967). Além disso, é importante ter uma nova concepção sobre a gestão, no sentido de mudar o planejamento fragmentado para o modelo intersetorial.

Essa forma de lidar com o planejamento na gestão vale para todos os tipos de políticas sociais, inclusive as políticas de saúde e de educação – principalmente aquelas que protagonizam a relação dessas duas áreas, como é o caso do Programa Saúde na Escola. Dessa forma, a Portaria que reestrutura o PSE informa que:

Todas as ações do PSE devem ser conjuntas, entre saúde e educação. Isso deve ser dado já a partir do planejamento local, com realização de diagnóstico e levantamento das informações daquele território. Quando não houver possibilidade de participação de uma equipe da saúde ou mesmo de profissionais de educação, a ação pode ser desenvolvida, mesmo que apenas um setor esteja envolvido, pois já fará parte de um planejamento conjunto (BRASIL, 2017e, p. 9).

A flexibilidade dada ao planejamento e à execução das ações do PSE para permitir que apenas profissionais de uma única área possam realizar o planejamento, a nosso ver, acaba fragilizando a importância do trabalho intersetorial, já que desestimula e desobriga a própria composição do Grupo de Trabalho Intersetorial – Municipal, instância importante na condução e consolidação dos trabalhos no PSE.

Na prática, isso já vem ocorrendo, como mostram Ferreira et al. (2014). Para eles, apesar de os setores da saúde e da educação já serem parceiros intersetoriais em algumas ações, estas ocorrem de maneira informal, porque apenas o setor da saúde define como e quais as ações serão executadas na escola. Ou seja, a escola não é convidada a participar da elaboração do plano, ela apenas recebe a equipe e, em alguns casos, auxilia na execução (FERREIRA et al., 2014). Esse tipo de parceria acaba criando dificuldades para se porem em prática ações articuladas por diversos atores, pois “[...] 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” (FERREIRA et al., 2014, p. 23).

Diferentemente disso, por intermédio dos Ministérios da Saúde e da Educação, e por meio da Secretaria de Atenção à Saúde e o do Departamento de Atenção Básica, respectivamente, o Governo Federal tem orientado que, para a realização do planejamento das

ações, é necessário um diagnóstico local sobre a vulnerabilidade de adolescentes e jovens, para a partir de aí levantar as demandas. Todo esse processo deve ser realizado com a participação de todos os membros da comunidade escolar (BRASIL, 2011a).

A participação coletiva na organização do planejamento das ações do PSE é o que Gomes (2012) tem defendido. Para ele é “[...] necessário fomentar processos democráticos no espaço escolar, incentivando a participação ativa dos estudantes e de professores/diretores na construção de um trabalho que deve ser coletivo e deve permitir que crianças e jovens protagonizem processos participativos” (GOMES, 2012, p. 150).

Mesmo com essa sinalização da importância da participação coletiva, em um estudo sobre o papel do professor referente às ações de saúde na escola, Almeida (2018, p. 14) relata como, em um evento de profissionais da área da saúde que atuavam em programas de saúde na escola, eles apontavam haver “[...] dificuldade em incorporar as estratégias de programa de saúde aos planejamentos de sala de aula, ao calendário da escola [...]”; além de que era necessário orientar e formar o professor para essa atuação. Mas, ao longo do estudo, o autor critica essa posição, por entender que esse tipo de pensamento é aquele que tenta implicar o docente no papel de gestor da saúde na escola.

Realmente essa tarefa não deve ser exclusiva do professor, mas ele deve participar dela. Essa responsabilidade é da gestão do Programa, o que em alguns casos não tem ficado aquém do esperado. Isso é o que mostraram Farias et al. (2016), ao analisarem a intersectorialidade no PSE. Eles identificaram que os profissionais atuantes no Programa não percebiam uma participação significativa da gestão local no planejamento, monitoramento, implementação e avaliação das ações, e apontaram uma deficiência na comunicação entre os setores e falta de ampliação da participação de outros setores além da saúde e educação. Para esses profissionais, a intersectorialidade foi considerada “[...] uma possibilidade de ação governamental para superar a fragmentação dos serviços, influenciando o planejamento, a execução e a avaliação de resultados alcançados” (FARIAS et al., 2016, p. 266).

A pouca participação da gestão na organização do PSE, pode ser explicada no posicionamento de Chiari et al. (2018). Estes autores estudam os mecanismos que favorecem a ação intersectorial, de modo a identificar fatores que dificultam a ação intersectorial, tais como: “[...] incompatibilidades de agendas; excesso de atividades e número reduzido de profissionais; cumprimento de prazos e metas; planejamento centralizado; divergências e desrespeito entre os setores e dificuldade na adoção de novas posturas” (CHIARI et al., 2018, p. 9). Mesmo com tais dificuldades de implantação do PSE no município, “os gestores reconhecem, no entanto,

que o fortalecimento do PSE pode impactar na qualidade de vida dos estudantes” (CHIARI et al., 2018, p. 9).

Outros instrumentos de gestão importantes na organização do PSE são o monitoramento e a avaliação. Segundo Chiari et al. (2018, p. 11), “um processo consistente de avaliação e monitoramento também contribui para a sustentabilidade e longevidade das ações intersetoriais”. Apesar dessas dificuldades encontradas, os autores verificaram que a gestão municipal elaborava seus próprios instrumentos de monitoramento e avaliação – uma ação importante para não depender apenas dos relatórios do e-SUS Atenção Básica (e-SUS)⁸.

A forma de acesso e o processo de monitoramento pelo e-SUS AB vêm detalhados no Documento Orientador de indicadores e padrões de avaliação do PSE (Docs. 12 e 13, Quadro 2), lançado para os ciclos 2017/2018 e 2019/2020, que trazem uma série de informações sobre “[...] processos de registro e envio de dados, monitoramento e indicadores para identificar as lacunas e avanços em relação ao desenvolvimento do PSE e suas ações e repasse de incentivos financeiros de custeio” (BRASIL, 2017e, p. 2).

O Documento Orientador determina que o monitoramento seja realizado apenas pelo sistema próprio, o e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB), mas estimula que o município tenha seu próprio instrumento para monitorar as ações do PSE. Além disso, traz informações importantes sobre o uso do CNS para registro das ações no SISAB.

No contexto geral do SUS, o CNS é importante para acompanhar o acesso do usuário ao sistema de saúde nos serviços que compõem os programas do MS, incluindo aqui o PSE. O Cartão é um direito, mas seu uso não pode ser critério para o atendimento, inclusive no PSE. Entretanto, o MS recomenda que todos aqueles que estão no Programa – educandos e profissionais da saúde e da educação – possuam o cartão SUS (BRASIL, 2019e).

Com a mudança do registro das ações para o SISAB, veio a obrigatoriedade do uso do Cartão SUS pelos educandos atendidos pelo PSE para os atendimentos em grupos terapêuticos, grupos operativos, oficinas, grupos temáticos por ciclo de vida ou condição de saúde, grupos de atividade física, terapia comunitária, procedimentos ou avaliações realizadas em um grupo, como avaliação antropométrica, testes de acuidade visual, escovação dental supervisionada, aplicação tópica de flúor, entre outros (BRASIL, 2019e).

Contudo, o Programa abre um precedente e garante que as ações realizadas pelo PSE “[...] serão contabilizadas, desde que registrado corretamente o número INEP das escolas alvo

⁸ e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB): é uma estratégia do Departamento de Atenção Básica para reestruturar o registro de informações das ações realizadas na Atenção Básica (AB) em nível nacional.

dessas ações, ainda que o Cartão Nacional de Saúde - CNS dos estudantes não tenha sido registrado para todas as ações” (BRASIL, 2019e, p. 4).

Para melhorar o financiamento do Programa, é necessário que as ações desenvolvidas pelo PSE nas escolas sejam todas vinculadas ao CNS. Neste sentido, o MS orienta que “O ideal é que todos os estudantes tenham Cartão SUS. Mas, estudantes sem cartão SUS deverão participar das ações, uma vez que não pode ser condição para o estudante participar de qualquer ação do PSE” (BRASIL, 2019e, p. 4).

Portanto, a mudança ocorrida no registro das ações acabou permitindo que as ações realizadas com alunos, sem o Cartão SUS, pudessem ser computadas, o que anteriormente não era possível. Isso acabava prejudicando o atendimento da escola como um todo, pois ampliava os gastos de recursos próprios das secretarias, já que os alunos sem o CNS não eram computados no Programa para receber recursos financeiros.

Sobre o instrumento de monitoramento próprio, podemos citar o exemplo das escolas do Município do Rio de Janeiro. Nesse caso, os diretores das escolas supervisionavam as ações e forneciam relatórios à gestão do Programa (GOMES, 2012). Apesar de ser uma ação importante para o sucesso do Programa, ela tinha o diretor da escola apenas como fiscalizador das ações, uma vez que na execução do planejamento das ações “não havia uma discussão acerca das reais necessidades daquela escola ou comunidade, as ações chegavam de forma verticalizada e eram implementadas nas escolas sem planejamento conjunto e participação da comunidade escolar” (GOMES, 2012, p. 112). Além disso, as ações eram pontuais e não consideravam as reais demandas das escolas.

Quanto ao processo de avaliação, Kuschnir, Chorny e Lira (2014) acreditam ser uma etapa do planejamento que serve para monitorar sua execução e seus resultados, controlando a implementação do que foi proposto. Ela deve se constituir como uma atividade contínua, e não ser realizada apenas no final de cada etapa do projeto e/ou programa, já que sua eficácia depende do monitoramento realizado em conjunto.

Ferreira et al. (2014, p. 22) nos chamam a atenção para como a avaliação da efetividade e do impacto das ações de saúde na escola é um desafio que devemos enfrentar urgentemente; e articular a avaliação de um programa com processos de tomada de decisão não é fácil, mas é preciso que os interessados nisso “[...] conheçam suas intencionalidades e seu estágio de desenvolvimento, pois a decisão do que se deseja avaliar depende disso.

No que tange ao processo de avaliação do PSE, Gomes (2012, p. 84) diz que a avaliação pode contribuir para o sucesso de projetos sobre ações de saúde na escola, uma vez que ela auxilia na tomada de decisões, já que “[...] produz conhecimento sobre a relevância dos

objetivos, a relação entre estes e os resultados alcançados e a coerência entre as atividades programadas”. Além disso, esse processo possibilita identificar os eventuais erros, corrigi-los, e reorganizar as ações, além de as informações produzidas nos processos avaliativos serem importantes para subsidiar o planejamento das ações, acrescenta Gomes (2012).

Ele também afirma que as informações produzidas nos processos avaliativos são importantes para subsidiar o planejamento das ações. Entretanto, em seu estudo, identificou que “[...] os sistemas de informações para o PSE não estão consolidados e tampouco integrados, o que dificulta a sistematização dos dados e os processos avaliativos das ações desenvolvidas no território” (GOMES, 2012, p. 130). Isso acaba prejudicando a organização do Programa, uma vez que os dados são perdidos e deixam de ser utilizados pelos gestores do PSE.

Neste sentido, torna-se cada vez mais necessário melhorar os mecanismos de gestão, como o planejamento, monitoramento e avaliação, visando a tornar a gestão do PSE mais efetiva, no sentido de atender às demandas em saúde das escolas públicas e de seus estudantes. Entretanto, isso só será possível quando as Secretarias Municipais de Saúde e de Educação assumirem suas responsabilidades de instituírem o GTI-M, valorizando a parceria e garantindo o desenvolvimento e ações de formação para os integrantes do GTI-M no que tange às questões de planejamento, monitoramento, avaliação e gestão dos recursos financeiro e material do PSE (BRASIL, 2011a).

2.2.4 Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTI-M)

No tópico anterior, vimos a importância da utilização dos instrumentos de gestão na condução do PSE. Vimos também que todo o processo de organização das ações do PSE é de responsabilidade do GTI-M, o qual deve ser constituído por meio de instrumento legal expedido pelas Secretarias de Saúde e de Educação.

Existem 3 (três) tipos de Grupo de Trabalho Intersetorial: 1. Grupo de Trabalho Intersetorial Federal (GTI-F), constituído pelas equipes dos ministérios da Educação e da Saúde e uma de suas principais competências é apoiar os gestores estaduais e municipais na articulação, no planejamento e na implementação das ações do PSE; 2. Grupo de Trabalho Intersetorial Estadual (GTI-E), formado por uma coordenação estadual, tem a responsabilidade de realizar o apoio institucional e ser um mobilizador do PSE nos municípios do seu território para a construção de espaços coletivos, de trocas e aprendizagens contínuas, provocando o aumento da capacidade de analisar e intervir nos processos; e o 3. Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTI-M) (BRASIL, 2015).

Os Grupos de Trabalhos Intersetoriais são tão importantes para gestão do PSE que eles aparecem citados em todas as legislações seguintes ao decreto de criação, justamente naquelas que regulamentam os processos referentes ao Programa, como pode ser observado a seguir:

Art. 3º, inciso II - Os gestores municipais nomearão Grupo de Trabalho Intersetorial, que inclua representantes das Secretarias de Saúde e Educação do Município (BRASIL, 2008a).

Art. 5º Para a adesão ao PSE, os Secretários de Saúde e Educação instituirão Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI) nas esferas municipais, estaduais e no Distrito Federal, que inclua, obrigatoriamente, representantes das Secretarias de Saúde e de Educação do Município, além de representantes de outros órgãos/instituições (BRASIL, 2010c).

CLÁUSULA QUINTA: A Secretaria Municipal de Saúde e, a Secretaria Municipal de Educação comprometem-se a: a) constituir GTI - Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal de execução, gestão do recurso, acompanhamento e monitoramento das ações do PSE no território, com representantes da saúde, educação e de outros órgãos/instituições (BRASIL, 2011d).

Art. 5º A gestão do PSE é realizada pelos Grupos de Trabalho Intersetorial (GTI) Federal, Estadual, do Distrito Federal e Municipal do PSE, em conformidade com as diretrizes da Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola (CIESE); Art. 6º Compete ao GTI Federal do PSE (GTI-F); Art. 7º Compete ao GTI Estadual do PSE (GTI-E); Art. 8º Compete ao GTI Municipal do PSE (GTI-M) (BRASIL, 2013).

Art. 7º A gestão do PSE deve ocorrer de forma intersetorial, a cargo dos gestores da saúde e da educação e suas representações organizadas em Grupos de Trabalho Intersetoriais - GTI, instituídos nas esferas federal, estadual, do Distrito Federal e municipal de gestão do PSE, por normativa legal ou ato próprio, e em conformidade com as diretrizes da Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola - CIESE. **Parágrafo único.** A qualquer tempo, os gestores federais, estaduais, do Distrito Federal e municipais do PSE poderão incluir representantes de outros setores da gestão pública nos respectivos GTI (BRASIL, 2017b).

Tal regulamentação é voltada, principalmente, para que os gestores municipais não se abstenham de seguir à risca os passos iniciais de implantação do PSE em seu município. Dentre os Grupos de Trabalho apresentados, vamos aprofundar um pouco mais sobre o GTI-M, por conta de sua importância, já que é no município que se materializam as ações do PSE, e para seu sucesso esse Grupo tem papel fundamental.

Criado para fazer a gestão do PSE, o GTI-M deve ser constituído, obrigatoriamente, por gestores das Secretarias de Saúde e de Educação, representantes das equipes de Saúde da Família e representante dos educadores que atuarão no PSE, representantes das escolas, jovens e das pessoas da comunidade local. É facultativo a outros parceiros locais representantes de

políticas e movimentos sociais, tais como: cultura, lazer, esporte, transporte, planejamento urbano, sociedade civil, setor não governamental e setor privado, entre outros (BRASIL, 2011a, 2015).

O GTI-M pode incorporar na sua formação outras instâncias e áreas, como, por exemplo, representantes do Comitê Local do Benefício de Prestação Continuada (BPC)⁹ na escola, podendo, inclusive, realizar encontros ampliados dependendo do tema a ser trabalhado (BRASIL, 2011a, 2015). O município também tem a possibilidade de aderir ao Programa de Acompanhamento e Monitoramento do Acesso e Permanência na Escola das Pessoas com Deficiência Beneficiárias do Benefício de Prestação Continuada (PROGRAMA BPC NA ESCOLA), com prioridade para aquelas na faixa etária de zero a dezoito anos, criado pela Portaria Normativa Interministerial nº 18, de 24 de abril de 2007 (BRASIL, 2007d).

O GTI-M é centrado na gestão compartilhada, na qual o planejamento e a execução das ações são realizados coletivamente. Esse Grupo deve ser constituído através de portaria municipal e sua primeira tarefa é preencher o Termo de Compromisso; a partir de 2013, o Portal do Gestor, no Sistema de Gestão da Atenção Básica, passou a ser o local de adesão ao Programa, permitindo acompanhar o processo de implantação e implementação de diversos programas (BRASIL, 2015).

Apesar de toda a legislação apontando e regulamentando a forma, e mostrando a necessidade da constituição do GTI-M, isso não vem ocorrendo conforme o esperado em alguns municípios. Isso é o que apontam Sousa, Esperidião e Medina (2017,) em um estudo onde identificaram que o GTI-M existente era informal, pois não havia um instrumento legal de sua constituição. Além disso, não havia procedimento e processos formais de planejamento, monitoramento e de avaliação. Nesse estudo, eles perceberam que o setor da saúde foi aquele a acabar assumindo esse protagonismo, da mesma forma como em outros estudos identificados por esses autores.

Esse problema da falta de articulação intersetorial no PSE também foi percebido por Lorenzetti et al. (2014). Na pesquisa sobre o Programa, eles verificaram que uma das maiores dificuldades de implantação e implementação do PSE está no fato de que o formato de planejamento e execução das ações, que deveriam ser articulados entre os profissionais da saúde

⁹ Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social - BPC é um direito constitucional e uma modalidade de provisão de proteção social viabilizada pela Política Nacional de Assistência Social - PNAS e que constitui uma garantia de renda às pessoas idosas a partir de 65 anos de idade e às pessoas com deficiência, em qualquer idade, incapacitadas para a vida independente e para o trabalho, que comprovem não possuir meios para prover a própria manutenção e nem de tê-la provida por sua família (BRASIL, 2008d).

e educação, acabam ocorrendo com maior participação dos atores da saúde, em detrimento dos profissionais da educação.

Para Sousa, Esperidião e Medina (2017), o GTI não privilegia o envolvimento de outros representantes na gestão do PSE. Eles apontam que é preciso ir além desse setor, o que só será possível com as parcerias intersetoriais. Além dessas questões levantadas, os autores identificaram falta de recursos financeiros e de tempo para trabalhar em conjunto, o que acaba sendo um fator que dificulta a implementação do PSE e da intersetorialidade (SOUSA; ESPERIDIÃO; MEDINA, 2017).

Quando a criação do GTI-M ocorria conforme os pressupostos legais do Programa, nem sempre atendia às sugestões de incluir na gestão do PSE outros atores no processo. Isso, porque, conforme Sousa, Esperidião e Medina (2017) evidenciaram em outro município, apesar de a proposta de gestão do PSE se configurar de forma intersetorial, com participação de outros segmentos além da saúde e educação, o que se viu é que o GTI-M era composto apenas por esses dois segmentos. Não houve o envolvimento de outros atores no processo.

Outra questão que tem dificultado a implantação e implementação das ações do PSE é aquela relacionada com a formação dos profissionais que atuam direta e/ou indiretamente no Programa, conforme tem sido mostrado em pesquisas sobre esse tema.

Barilli e Pessoa (2013) apontam que um dos entraves da implantação de ações intersetoriais na escola está em como os profissionais de saúde e de educação não estão preparados para atuarem dessa forma. Para os autores “[...] o profissional de saúde não se encontra preparado para integrar as ações de saúde ao contexto escolar pelo afastamento do processo educativo. E, por outro lado, o professor da educação básica não está capacitado para fazer a manutenção teórica da ação de saúde [...]” (BARILLI; PESSOA, 2013, 134). Talvez uma solução seria investir em formação para superar tal problema, uma vez que “[...] o desenvolvimento de capacidades profissionais dos dois setores para o estabelecimento de ações conjuntas se coloca como preponderante para a intersetorialidade (BARILLI; PESSOA, 2013, 134).

A baixa formação dos profissionais foi identificada pelos Ministério da Saúde e da Educação, tanto que criaram a Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola (CIESE), a qual tinha como competências, entre outras, propor diretrizes para a Política Nacional de Saúde na Escola; a comissão também ficou responsável por apresentar referenciais conceituais de saúde importantes para formação inicial e continuada dos profissionais de educação na esfera da educação básica e dos profissionais da saúde, além de acompanhar o desenvolvimento do PSE, principalmente no que tange à elaboração do material pedagógico no âmbito do PSE. É o

que vimos em Brasil (2011a, p. 14), quando o documento aponta que “o programa prevê a responsabilidade dos ministérios em subsidiar a formulação das propostas de educação permanente dos profissionais de saúde e da educação básica para implementação das ações do PSE”.

A formação promovida pelo Programa deve ser contínua e permanente com compromisso das três esferas de governo, abrangendo as seguintes estratégias: formação do GTI por meio de oficina e ensino a distância; formação de Jovens Protagonistas para o PSE (Jovens em defesa dos direitos à saúde); formação de profissionais da educação e saúde, como professores(as), merendeiros(as), agentes comunitários de saúde, auxiliares de enfermagem, enfermeiros(as), médicos(as) e outros profissionais das escolas e das equipes de Saúde da Família; Curso de Prevenção do Uso de Drogas para Educadores de Escolas Públicas; e a parceria entre o MEC e a CAPES, para ofertar o curso de especialização “Formação em Educação e Saúde” de modo a atender às necessidades daqueles que atuam no PSE (BRASIL, 2011a).

A não realização da formação dos integrantes do GTI-M é preocupante, pois Sousa, Esperidião e Medina (2017,) afirmam que “a ausência de processos de capacitação de todos os profissionais para a prática intersetorial, bem como para atuar no PSE, são fatores observados que dificultaram a operacionalização da intersetorialidade”. Esses mesmos autores sugerem a “[...] realização de processos de capacitação para o trabalho intersetorial para todos os atores envolvidos” (SOUSA; ESPERIDIÃO; MEDINA, 2017, p. 1789).

No que se refere à formalidade de adesão ao PSE, o Termo de Compromisso, que deve ser assinado pelos secretários de saúde e educação, é um instrumento de garantia de que os gestores implantarão e implementarão o PSE. Nesse documento, eles se comprometem com um conjunto de metas anuais de cobertura de educandos beneficiados pelas ações do PSE e vinculam as equipes de Saúde da Família às escolas do território de responsabilidade (BRASIL, 2011a, 2015).

O Caderno do Gestor PSE, lançado em 2015, traz diversas informações sobre a adesão ao Programa, inclusive sobre a proposta de coordenação do PSE, que deve ocorrer por meio dos (GTIs) e centrada na gestão compartilhada, os quais devem ser compostos, obrigatória e minimamente, por representantes das Secretarias de Saúde e de Educação.

A proposta de coordenação do PSE por meio dos Grupos de Trabalho Intersetoriais (GTIs) é centrada na gestão compartilhada, em uma construção em que tanto o planejamento quanto a execução das ações são realizados, coletivamente, de forma a atender às necessidades e às demandas locais. As decisões são distribuídas por meio de análises e de avaliações construídas

intersectorialmente. O trabalho no GTI pressupõe, dessa forma, interação com troca de saberes, de poderes e de afetos entre profissionais da Saúde e da Educação, educandos, comunidade e demais redes sociais. A articulação intersectorial das redes públicas de Saúde e de Educação e das demais redes sociais para o desenvolvimento das ações do PSE envolve mais que ofertas de serviços em um mesmo território, pois deve propiciar a sustentabilidade das ações a partir da conformação de redes de corresponsabilidade. [...] por isso, os GTIs devem ser compostos, obrigatória e minimamente, por representantes das secretarias de Saúde e de Educação e, facultativamente, por outros parceiros locais representantes de políticas e movimentos sociais (representação de jovens, cultura, lazer, esporte, transporte, planejamento urbano, sociedade civil, setor não governamental e setor privado, entre outros) (BRASIL, 2015, p. 15).

O GTI-M tem diversas responsabilidades, dentre as quais podemos citar: definir as escolas a serem atendidas no âmbito do PSE, observadas as prioridades e metas de atendimento do Programa; articular a inclusão dos temas relacionados às ações do Programa Saúde na Escola nos projetos político-pedagógicos das escolas; possibilitar a integração e planejamento conjunto entre as equipes das escolas e as equipes de Atenção Básica; e apoiar a implementação dos princípios e das diretrizes do PSE no planejamento, no monitoramento, na execução, na avaliação e na gestão dos recursos financeiros.

Todas essas indicações para gestão do PSE na perspectiva da proposta intersectorial se dão de forma que, no município, as ações sejam desenvolvidas pela coordenação local do PSE, a qual deve estar sob a responsabilidade do GTI-M; e o êxito delas dependerá de uma gestão local articulada e comprometida para que seus objetivos sejam alcançados, como preconizado em Brasil (2015).

Portanto, o apoio do gestor municipal, representado no Programa pelos Secretários de Saúde e de Educação, é de suma importância para o sucesso do PSE. Esse tipo de apoio conjunto para ações de saúde na escola pode ser uma solução para o enfrentamento das questões que envolvem a evasão escolar e para melhoria do processo de ensino aprendizagem.

2.2.5 Financiamento do PSE

As ações de políticas de saúde desenvolvidas pelo SUS no Brasil têm exigido muitos recursos públicos pelo seu caráter abrangente de atuação. Como uma dessas políticas – com abrangência e atuação nacional –, o PSE precisa de financiamento para que possa ser implantado e implementado nos municípios. Essa é uma preocupação do Governo Federal, tanto que após a criação do PSE, lançou, dentre outros, três importantes instrumentos de regulamentação financeira do Programa: a Portaria nº 1.861, de 4 de setembro de 2008

(BRASIL, 2008a), a Portaria interministerial nº 1.413, de 10 de julho de 2013 (BRASIL, 2013), e a Portaria interministerial no 1.055, de 25 de abril de 2017 (BRASIL, 2017b).

A primeira normativa, a Portaria nº 1.861, de 4 de setembro de 2008, veio estabelecer os critérios de repasse de recursos financeiros aos municípios pela adesão ao PSE. A princípio, os recursos seriam destinados àqueles com equipes de Saúde da Família e priorizados de acordo com o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB). Alguns dos critérios eram: 1. Municípios com IDEB menor ou igual a 2,69 nos anos iniciais do ensino fundamental e que tivessem 100% de cobertura populacional por Equipes Saúde da Família; e 2. Municípios com IDEB abaixo da média nacional nos anos iniciais do ensino fundamental e que tivessem 100% de cobertura em cada estado.

Depois, pelo menos mais (5) cinco Atos de 2010 a 2011 vieram redefinir os critérios de financiamento sem mudanças relevantes. Entretanto, em 2013, a Portaria Interministerial nº 1.413, de 10 de julho de 2013 veio redefinir novamente os critérios de financiamento e revogou todas as normas anteriores, desde a criação do PSE. Com essa nova Portaria, o critério anterior que utilizava o IDEB dos municípios para definir quem receberia os recursos, foi substituído pelo quantitativo de educandos contemplados no Termo de Compromisso, assinado no momento da adesão. Dessa forma, cada município receberia o valor de R\$ 3.000 (três mil reais) para envolver até 599 estudantes, sendo o repasse em duas parcelas: 20% na adesão e 80% ao final.

Atualmente, a Portaria Interministerial nº 1.055/2017 é a que define as regras e os critérios para adesão ao Programa e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações. A novidade nessa Portaria, diferentemente da anterior, está em relação aos valores repassados. Agora os recursos partem de um valor mínimo e vão sendo acrescidos conforme o número de alunos inscritos no programa; além disso, o incentivo financeiro de (2) dois anos do programa levará em conta a realização das ações pactuadas, de modo que as sobras poderão ser remanejadas e os recursos podem ser acrescidos.

Antes o recurso era de R\$ 3.000,00 para envolver até 599 estudantes, sendo o repasse em duas parcelas: 20% na adesão e 80% ao final. Agora com a Portaria Interministerial nº 1.055/2017, o valor repassado passou para 5.676,00, para envolver até 600 estudantes, acrescido de R\$ 1.000,00 a cada intervalo entre 1 e 800 estudantes, com a ocorrência de repasse único do recurso a cada ano do ciclo, pois o ciclo de adesão com duração de 1 ano, passou a ser de 2 anos.

Sinteticamente, os critérios de adesão e repasse de recursos financeiros aos municípios sofreram mudanças ao longo do tempo. De início, utilizavam o resultado do IDEB do

município, a cobertura das Equipes de Saúde da Família e a participação no Programa Mais Educação para definir quem receberia o recurso. A partir de 2013 qualquer município poderia aderir ao Programa e receber os recursos apenas pela assinatura do Termo de Compromisso. Atualmente, com a Portaria de 2017, todos os municípios do país aderiram e implementaram o PSE; e a partir daí o recurso foi sendo ampliado (FEROLLA; PASSADOR; PASSADOR, 2019).

Apesar dos instrumentos legais que regulamentam e garantem o financiamento do Programa, os municípios acham que ele ainda é insuficiente para promover as ações necessárias. Foi o que identificaram Medeiros et al. (2018) em um estudo sobre as facilidades e dificuldades na implantação do PSE.

Os recursos insuficientes para o financiamento de políticas de saúde não são exclusividade do PSE. Para Lorenzetti et al. (2014), esse é um dos principais problemas da gestão em saúde no Brasil. Em sua pesquisa, verificaram que o investimento público em saúde no Brasil é pequeno, o que reforça a opinião dos gestores participantes ouvidos. Eles apontam que, na opinião de gestores da saúde, o financiamento público em saúde no Brasil é insuficiente e que são necessários mais recursos para melhorar a gestão. Porém, os mesmos autores afirmam que há um grande desperdício dos recursos devido a métodos tradicionais de gestão.

A questão do financiamento é tão importante que, se o PSE deixar de receber os recursos federais, certamente a maioria dos municípios – ou quase todos eles – deixará de ofertar o Programa. Um exemplo disso é o Projeto “Semana da Saúde na Escola”, uma iniciativa proposta pelo Governo Federal, integrada ao PSE e de livre adesão, mas que não tem financiamento. Como a adesão a esse projeto não prevê repasse de recursos financeiros, talvez isso tenha desestimulado alguns municípios a não aderirem à Semana. Mas, em contrapartida, as ações realizadas serão contabilizadas para o alcance das metas pactuadas no Termo de Compromisso do Programa (BRASIL, 2017e).

Além de pouco recurso financeiro, o Programa ainda enfrenta o problema da gestão desse dinheiro, pois muitos secretários municipais acham que ele deve ser de exclusividade de sua pasta. Pelas normas que regulamentam o PSE, o recurso financeiro deve ser gerido em conjunto, tanto que em Brasil (2011a, p. 8) fica clara essa questão quando vemos que “[...] o recurso do PSE não é destinado às equipes de Saúde da Família, é um incentivo que deve ser empenhado para efetivar as ações do PSE: a gestão de seu uso deve ser intersetorial (saúde e educação) de responsabilidade do Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal/GTI-M” (BRASIL, 2011a, p. 8).

Entretanto, não é bem isso que vem ocorrendo. No estudo sobre o PSE realizado por Sousa, Esperidião e Medina (2017), foi identificado que o GTI-M não tinha a ingerência sobre os recursos financeiros, situação essa que ia contra o que prega o próprio governo federal, quando diz que são inúmeras as atribuições dadas ao GTI-M, sendo uma delas a gestão dos recursos financeiros (BRASIL, 2011a). Nesse estudo, os autores ouviram de gestores que, além de insuficientes, os recursos caem na conta da Secretaria de Saúde, e esta é aquela que os gerencia.

Gomes (2012, p. 79) contribui com esse debate ao apontar que o problema está na forma do repasse dos recursos, já que os recursos destinados às ações do PSE são vinculados às equipes da Estratégia da Saúde da Família, “[...] de modo que o recurso não é direcionado especificamente para o programa em si, e quem define a utilização dos recursos são os Gestores Municipais da Saúde nível central”.

Chiari et al. (2018) também identificaram em um estudo que mais da metade dos entrevistados não sabia se a gestão dos recursos financeiros destinados ao PSE era realizada de forma intersetorial. O GTI-M não demonstrou possuir conhecimento sobre a gestão do recurso financeiro.

Tendo que enfrentar e superar todos os problemas apresentados em relação ao financiamento do Programa, os municípios ainda têm a possibilidade de ficar sem recebê-los. Isso, porque foi definido no documento (BRASIL, 2017e) que fica sem receber os recursos o município que não registrar nenhuma ação do PSE; registrar apenas um tipo de ação, mesmo com grande cobertura; não registrar ações de combate ao mosquito *Aedes aegypti*; e realizar ações apenas em uma escola.

Tais medidas são voltadas para medir a variedade de ações realizadas por escola pactuada; medir a cobertura das ações de combate ao mosquito *Aedes Aegypti* no total de escolas pactuadas; medir a cobertura do PSE no total de escolas pactuadas na adesão. Entretanto, apenas os dados validados segundo a NT no SISAB serão considerados no monitoramento (BRASIL, 2017e).

Esse processo de validar como informações do Programa apenas os dados inseridos no SIAB pode acabar desestimulando os participantes do GTI a realizar um monitoramento mais profundo com instrumentos próprios, já que precisam focar todos os esforços no sistema de monitoramento oficial para que possam receber os recursos para o Programa.

Em tempos de pandemia do coronavírus, o MS resolveu liberar um recurso extra aos municípios que aderiram ao Programa para financiar ações de prevenção e combate à pandemia por meio da Portaria nº 1.857, de 28 de julho de 2020 (BRASIL, 2020c). Os recursos foram

calculados conformes critério definidos pela Portaria Interministerial nº 1.055/2017 (BRASIL, 2017b).

2.3 A Gestão escolar e o desenvolvimento de ações de saúde na escola

A gestão escolar constitui uma das áreas de atuação profissional na educação destinada a realizar o planejamento, a organização, a liderança, a orientação, a mediação, a coordenação, o monitoramento e a avaliação dos processos necessários à efetividade das ações educacionais orientadas para a promoção da aprendizagem e formação dos alunos

(LÜCK, 2009, p. 23).

Neste sentido, a gestão escolar é um meio para se pôr em prática as “[...] finalidades, princípios, diretrizes e objetivos educacionais orientadores da promoção de ações educacionais com qualidade social” (LÜCK, 2009, p. 23). Ela incorpora de forma conjunta as funções de “[...] direção escolar, da supervisão ou coordenação pedagógica, da orientação educacional e da secretaria da escola, considerados participantes da equipe gestora da escola” (LÜCK, 2009, p. 23).

Sobre o conjunto de profissionais que compõe a gestão, podemos denominá-lo de equipe gestora. Ela é responsável pela organização e orientação administrativa e pedagógica da escola, podendo ser formada por supervisor e orientador educacional. Nessa equipe, o diretor tem destaque principal, sendo “[...] responsável maior pelo norteamento do modo de ser e de fazer da escola e seus resultados” (LÜCK, 2009, p. 22).

Apesar de Lück (2009) não recomendar a divisão de trabalho nas escolas, em que o diretor cuidaria da parte administrativa e a equipe técnico-pedagógica cuidaria da parte pedagógica, ela defende a ideia de que o diretor é o líder maior no processo de gestão. Para ela “[...] ao diretor compete zelar pela escola como um todo, tendo como foco de sua atuação em todas as ações e em todos os momentos a aprendizagem e formação dos alunos” (LÜCK, 2009, p. 23).

Diferentemente da ideia de Lück, Paro (2011) defende uma gestão baseado no coletivo, em que todos são responsáveis pelo andamento da escola. Para ele é mais interessante que as decisões e as responsabilidades sejam geridas pelo coletivo, ao invés de ficar a cargo de apenas uma pessoa. Para isso, o autor propõe a formação de um “Conselho Gestor” composto por um coordenador administrativo, um financeiro, o pedagógico e comunitário.

A proposta de Vitor Paro para coordenar a escola é interessante no sentido de superar a ideia da administração ou gestão escolar alinhada com princípios hierarquizados, que tem na figura do diretor o chefe de tudo. Na proposta, a equipe gestora da escola é responsável por

conduzir todos os programas, projetos e ações pedagógicas de qualquer natureza que ocorrem no ambiente escolar. Contudo, o que ainda vemos nas escolas é a gestão baseada na perspectiva de Lück: aquela com uma dinâmica coletiva, tendo o diretor como liderança principal.

Nessa perspectiva, o diretor é peça-chave no processo educacional. A ele cabe, dentre outras competências, integrar todos os trabalhos educacional e pedagógico, com o papel social da escola, de modo que todas as ações educacionais estejam voltadas para o aprendizado dos alunos. Entretanto, independentemente, do tipo de gestão utilizada na condução dos trabalhos na escola, “[...] a ação do diretor escolar será tão limitada quanto limitada for sua concepção sobre a educação, a gestão escolar e o seu papel profissional na liderança e organização da escola” (LÜCK, 2009, p. 15).

É nesse contexto de gestão escolar coletiva, mas centrada na figura do diretor como sujeito mais importante no processo educacional que a escola é vista, pelo MS e MEC, como o ambiente mais importante para desenvolver ação de saúde.

A importância da escola no processo de promover saúde, vista no tópico que mostra o PSE como política nacional de saúde na escola, também foi observada por Ferolla, Passador e Passador (2019). Para eles, “a escola é considerada espaço privilegiado para desenvolvimento de práticas intersetoriais, pelo fato de ser um espaço onde é possível atingir simultaneamente um grande número de indivíduos”; e também se destaca por “[...] ter a potencialidade de promover mudança efetiva de comportamentos e hábitos” (FEROLLA; PASSADOR; PASSADOR, 2019, p. 140).

Contribuindo com essa ideia, Ferreira et al. (2014) afirmam que o espaço escolar, por ser um ambiente propício para o debate da participação social, do empoderamento, da autonomia, da sustentabilidade e da intersetorialidade, “[...] se apresenta como um rico e produtivo território de produção de saúde, [...] desenvolvimento de habilidades pessoais para tomar decisões saudáveis, [...] além de apontar a reorientação de serviços para a promoção da saúde” (FERREIRA et al., 2014, p. 20).

Farias et al. (2016) também compartilham a ideia de que a escola é o ambiente mais indicado para desenvolver ações de saúde, devido ao fato de atender diariamente um grande número de crianças e jovens que podem ser estimulados à mudança de comportamentos e hábitos. Tais ações podem, sem dúvida, trazer “[...] benefícios para a qualidade de vida dos educandos e, conseqüentemente, melhora o acesso dessa população aos serviços de saúde, o que interfere positivamente na educação (FARIAS et al., 2016, p. 264).

Esse olhar sobre a escola, na perspectiva de desenvolvimento de ações de saúde, dá-se porque “a escola como um espaço de relações é ideal para o desenvolvimento do pensamento

crítico e político, na medida em que contribui na construção de valores pessoais, crenças, conceitos e maneiras de conhecer o mundo e interfere diretamente na produção social da saúde” (BRASIL, 2011a, p. 5).

Logo, é inegável a importância da escola como espaço para discussão de temas relacionados à saúde. Mas, para que o caráter de espaço ideal para práticas educacionais voltadas a PS dado a escola seja concretizado, é necessário que as temáticas de saúde e as ações do PSE sejam inseridas no seu PPP, de modo a integrá-las ao processo de ensino-aprendizagem a partir das práticas pedagógicas.

Isso, porque o Programa tem como proposta focar na atenção integral ao estudante, “[...] no sentido de melhorar a relação aluno/professor e aluno/pais, ampliando a atuação da escola e trazendo consequências positivas no que se refere à evasão escolar, ao processo de aprendizagem, bem como às questões de saúde” (GOMES, 2012, p. 137).

No que tange à inserção da escola na relação intersetorial com o Programa, o Decreto de criação do PSE orienta que o Programa deve: promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde; garantir a articulação permanente entre as políticas e ações de educação e de saúde, com a participação da comunidade escolar; incluir as temáticas de educação em saúde no PPP das escolas; e as equipes de saúde da família deverão realizar visitas periódicas e permanentes às escolas participantes do PSE ao longo do ano letivo. Já a Portaria de reestruturação complementa que as ações devem ser organizadas de forma que elas estejam alinhadas ao currículo escolar e à política de educação integral.

Gomes (2012) também acha importante inserir a temática da saúde no Projeto Político Pedagógico da escola. Para ele, “a escola pode e deve trabalhar a saúde como parte integrante da vida das pessoas, [...] de modo a favorecer nesse espaço uma ação mais reflexiva e crítica, onde a saúde pode ser pensada enquanto tema de ensino/aprendizagem para a produção do conhecimento” (GOMES, 2012, p. 3). O autor segue adiante e aponta que as escolas devem trabalhar a temática da saúde, “[...] de modo a integrá-la ao processo de ensino-aprendizagem, favorecendo maior envolvimento da comunidade escolar e re-significando (sic) suas necessidades de saúde a partir de práticas pedagógicas e do apoio do setor saúde” (GOMES, 2012, p. 150).

De fato, tais iniciativas são relevantes ao processo educacional que busca promover saúde na escola, já que “[...] o trabalho conjunto entre escola e equipe de saúde pode trazer novos sentidos para a produção da saúde, construindo redes de produção de saberes e de solidariedade entre profissionais e comunidade” (BRASIL, 2011a p. 17).

Além do mais:

Ao incorporar o tema da saúde em seu projeto político-pedagógico, a escola passa a promover ações educativas em saúde que levam à reflexão sobre o que é ter uma vida saudável. É por meio dessa reflexão, a partir da realidade, que as pessoas vão descobrindo que é impossível falar de saúde sem pensar nas condições de moradia, de trabalho, na alimentação, na educação, nos serviços de saúde, no lazer, na forma como nos relacionamos com as pessoas, na forma como protegemos a natureza e o meio ambiente, na força da nossa organização, na decisão política, enfim, nas condições de vida da comunidade (BRASIL, 2005, p. 8).

É certo que, no processo de discussão entre os setores, de educação e de saúde, devem-se considerar as condições e a estrutura escola, e a própria necessidade dos educandos. Dessa forma, as “[...] estratégias pedagógicas podem ser sugeridas ou enriquecidas tanto pelos profissionais de saúde quanto de educação [...] e estejam coerentes com os fundamentos e pressupostos de aprendizagem adotados (BRASIL, 2011a, p. 13).

Contudo, é preciso considerar alguns aspectos importantes para que essa relação entre educação e saúde seja benéfica para escola, principalmente, como encontrado em Brasil (2011a): as ações não deve competir ou se sobrepor aos momentos de atuação do professor ou atividade dos educandos; elas devem considerar e respeitar a dinâmica de atividades escolares já programadas; qualquer intervenção da saúde deve também ser pedagógica em sua intenção e execução; é necessário e importante que os educandos sejam preparados sobre as atividades em saúde que serão desenvolvidas/realizadas, e não somente avisados.

Para Ferreira et al., (2014, p. 26), há outros aspectos ainda mais importantes a considerar. Segundo os autores, para o PSE entrar na vida da escola e ter sucesso, é preciso conhecer o contexto do ambiente escolar, pois por um lado é preciso considerar que lá estão pessoas que têm “[...] histórias e posições sociais distintas, que se refletem na maneira de pensar e agir sobre si e sobre o mundo [...]” – a exemplo de professores, estudantes, merendeiras, porteiros, pais, mães, familiares, dentre outros. Por outro, é preciso também entender que essa escola está inserida em uma localidade com suas próprias características como “[...] manifestações religiosas, festas, grupos culturais, saber popular, portanto, trata-se de um território vivo” (FERREIRA et al., 2014, p. 26).

As temáticas que farão parte do PPP e as ações que serão desenvolvidas devem ser discutidas por todos da comunidade escolar e devem ser “[...] debatidas em sala de aula pelos professores, assessorados/orientados pelo pessoal da saúde ou diretamente por profissionais de saúde previamente agendados e com o apoio dos professores” (BRASIL, 2011a, p. 13). “A inclusão dos temas nos projetos político-pedagógicos também facilita o protagonismo dos

educandos [...] e desperta o interesse deles com suas próprias condições de saúde e riscos” (BRASIL, 2011a, p. 16).

No processo discussão e inclusão da temática de saúde no Projeto da escola, além de se envolver toda comunidade escolar, é preciso também oportunizar a participação da comunidade extraescolar, pois “ao considerar a participação da família e da comunidade como dimensões importantes nas políticas intersetoriais, torna-se oportuno [...] traçar estratégias conjuntas para superar os problemas e as adversidades identificados e vivenciados pela comunidade intra e extraescolar” (SOUSA; ESPERIDIÃO; MEDINA, 2017, p. 1786).

Toda a dinâmica de apresentação do PSE à escola e sua inclusão ao PPP deve ser responsabilidade tanto do GTI-M quanto da escola; isso, porque há no Caderno Passo a Passo do PSE algumas diretrizes do Programa que devem ser seguidas pelo Grupo de Trabalho e pela gestão da escola. Dentre elas, podemos citar: “Promover a articulação de saberes, a participação dos educandos, pais, comunidade escolar e sociedade em geral na construção e controle social das políticas públicas da saúde e educação” (BRASIL, 2011a, p.7).

Daí a importância de a gestão municipal instituir o GTI, pois “a instituição do Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI) mostra-se fundamental no processo de articulação saúde-educação, [...] para inclusão [...] do PSE nos Projetos Políticos Pedagógicos (PPP) das unidades escolares são considerados resultados esperados [...]” (SOUSA; ESPERIDIÃO; MEDINA, 2017, p. 1783).

Apesar de as políticas de saúde na escola, no contexto brasileiro, valorizarem as práticas intersetoriais como ferramenta importante de promoção da saúde, segundo Farias et al. (2016), é preciso considerar que – mesmo com todas as normas e orientações em nível nacional sobre os procedimentos de implantação do PSE nos municípios e o envolvimento das escolas de forma participativa no planejamento e ações do Programa – em alguns lugares isso não vem acontecendo ou, quando acontece, está aquém do esperado.

Isso foi o que Gomes (2012) observou em estudo sobre o PSE. Na pesquisa, ouvindo gestores do PSE e equipes que atuavam nas mesmas ações em um município do Rio de Janeiro, ele identificou que esses indivíduos “[...] entendiam que eram grupos gestores que deveriam direcionar o Programa no nível local, articular com outras parcerias, monitorar e supervisionar as ações realizadas nas áreas da cidade (GOMES, 2012, p. 47). Contudo, no mesmo estudo, ele identificou que as ações de saúde, programadas para as escolas, eram vistas como mais um projeto para ser aplicado, pois não houve o envolvimento da escola na elaboração das propostas que seriam desenvolvidas. “Não havia um diálogo prévio entre as escolas para a estruturação e

planejamento dessas ações, elas simplesmente chegavam como um bloco padronizado e eram implementadas” ((GOMES, 2012, p. 120).

Não bastasse a falta de participação da escola na sugestão e no planejamento das ações de saúde que seriam desenvolvidas pelo PSE, ainda havia outro problema quanto à participação dos educadores na execução das atividades programadas. Para Sousa, Esperidião e Medina (2017, p. 1787), “a participação dos profissionais das escolas na condução das atividades era eventual e esporádica, quando existiam, a sua atuação era auxiliar no desenvolvimento das atividades executadas pelas equipes de saúde”.

Gomes (2012, p. 150) finaliza apontando que

[...] as ações desenvolvidas no território ainda eram pontuais, prescritivas e assistenciais, sem articulação e planejamento conjunto e nem envolvimento da comunidade escolar. A fim de mudar esta realidade, torna-se necessário fomentar processos democráticos no espaço escolar, incentivando a participação ativa dos estudantes e de professores/diretores na construção de um trabalho que deve ser coletivo e deve permitir que crianças e jovens protagonizem processos participativos.

Outros autores que verificaram como a dinâmica intersetorial proposta para o PSE ainda precisa ser mais bem compreendida, tanto pela gestão do PSE quanto pela escola, foram Ferreira et al. (2014). Analisando a gestão de um município em cada região do Brasil, eles identificaram que, para a maioria dos gestores, tanto a Saúde quanto a Educação favorecem a efetivação da intersetorialidade, apesar de uma centralização pela saúde nas tomadas de decisões e de algumas dificuldades no envolvimento da escola devido a uma gestão setORIZADA.

Contudo, no mesmo estudo, Ferreira et al. (2014) também perceberam que há municípios que, apesar das dificuldades, vêm desenvolvendo as ações do PSE, no que tange à inclusão de ações de saúde no PPP das escolas, conforme o que orienta o decreto do Programa. Eles identificaram que “a maioria das escolas que participa do PSE no seu município desenvolveu propostas para a inserção dos temas da saúde no PPP de forma intersetorial” (FERREIRA et al., 2014, p. 72).

Considerando o exposto, é preciso: superar o modelo de gestão, mesmo quando coletiva, que ainda tem na pessoa do diretor o ator mais importante no processo educacional; oportunizar o debate intersetorial e coletivo da temática da saúde, de modo que ela faça parte do PPP da escola, garantindo a participação da comunidade escolar e extraescolar. Isso, porque “quando a escola se transforma em um espaço de produção de saúde, muitas atividades podem ser desencadeadas pela comunidade escolar, tais como: aulas interdisciplinares, visitas às comunidades, palestras, estudos, seminários, dentre outras” (BRASIL, 2005, p. 14).

Tudo isso é necessário para que as ações de saúde na escola possam desenvolver a capacidade dos educandos e para que esses incorporem atitudes e desenvolvam comportamentos que os levem a ter melhoras na qualidade de vida. Somado a isso, é preciso que os profissionais envolvidos nesse processo assumam “[...] uma atitude permanente de empoderamento dos princípios básicos de promoção da saúde por parte dos educandos, professores e funcionários das escolas” (BRASIL, 2011a, p. 6).

Avançando nessa questão, é preciso entender que “[...] a atenção à saúde do estudante não pode ser encerrada na escola. O território é o grande espaço de produção da saúde. Ele se alonga para além do espaço escolar” (BRASIL, 2017e, p. 4). Neste sentido, o desenvolvimento e o sucesso do Programa e as ações a serem desenvolvidas na escola vão depender da atuação da equipe gestora da escola na relação intersetorial. Especificamente no que tange às questões do PSE, a atuação da equipe na garantia da inclusão das ações de saúde no PPP da escola e no envolvimento da gestão no Programa será decisiva para a implantação, sucesso e continuidade das ações do PSE na escola.

3 A GESTÃO DO PSE NO MUNICÍPIO DE TUCURUÍ: AS REPERCUSSÕES TRAZIDAS PELAS AÇÕES DO PSE PARA A MELHORIA DA QUALIDADE DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO NAS ESCOLAS DE TUCURUÍ

O terceiro e último capítulo tem por objetivo analisar, discutir e inferir sobre o modo pelo qual a gestão do PSE no município de Tucuruí vem sendo realizada pelas secretarias de educação de saúde nos Ciclos de 2017-2018 e 2019-2020, assim como os resultados, em termos de saúde e aprendizagem, observados nas escolas atendidas pelas ações do PSE.

A análise, discussão e inferência foram realizadas com base nos documentos selecionados, nas entrevistas aplicadas, sempre nos apoiando nos autores que sustentam a base teórica desse estudo. Nos documentos, na entrevista e no relato, foi possível identificar os procedimentos utilizados pela gestão do PSE no planejamento das ações de promoção da saúde na escola básica, nas ações desenvolvidas pelo PSE nas escolas da rede municipal de Tucuruí, além dos resultados observados na melhoria da saúde e aprendizagem.

Dividimos o terceiro capítulo em duas partes: a primeira apresenta o histórico e a caracterização do município de Tucuruí, e o PSE ali implantado. A segunda apresenta a análise e interpretação dos dados com base nas unidades de análise definidas.

3.1 Histórico e caracterização do município de Tucuruí

Tudo começou com Alcobaça, nome de origem portuguesa. Depois foi chamado de Registro de Alcobaça e também Freguesia de São Pedro de Alcobaça, até receber a última denominação de Tucuruí.

Tucuruí é nome indígena que significa “Rio de Gafanhotos”. Esse município está localizado em uma região que era habitada por povos indígenas das tribos dos Assurinis-do-Tocantins, Paracaná e Gaviões; no entanto, os primeiros fatos históricos e registros da cidade datam apenas de 1781, quando o governador Telles de Menezes fundou a Vila de Pederneiras, que fica a poucos quilômetros do centro da cidade (MUSEU VIRTUAL TUCURUÍ, 2019, on-line).

Em 1870, o governador do Pará criou a freguesia de São Pedro no lugar de Pederneiras, integrada ao município de Baião, então o principal núcleo populoso desse trecho do Tocantins; em 1875, a freguesia de São Pedro de Pederneiras muda de localidade e denominação, passando a se chamar São Pedro de Alcobaça e a situar-se onde hoje é a cidade de Tucuruí (MUSEU VIRTUAL TUCURUÍ, 2019, on-line).

No governo de Magalhães Barata, em 1943, a cidade passa à categoria de povoado e recebe a denominação de Tucuruí (que permanece até hoje). Em dezembro de 1947, Tucuruí é desmembrada de Baião e é elevada à categoria de município. Nessa época, a base econômica da cidade era a extração da castanha-do-pará e o comércio de madeira, tornando o local um movimentado entreposto comercial na região do Araguaia-Tocantins (MUSEU VIRTUAL TUCURUÍ, 2019, on-line).

O município de Tucuruí passou por uma grande transformação na década de 1970, com o início da construção da hidrelétrica, que teve sua primeira etapa concluída em 1984, processo que continuou com a construção da segunda etapa, que foi concluída apenas em 2007. Depois veio a obra das Eclusas, finalizada em 2010. Essas obras geraram muita riqueza para o município, mas agora é necessário um planejamento para o futuro da cidade – e a navegação pelo Tocantins, a partir das eclusas, pode ser uma alternativa, juntamente com o aproveitamento do potencial turístico da região, que possui grande beleza e diversidade naturais (MUSEU VIRTUAL TUCURUÍ, 2019, on-line).

O município de Tucuruí, com população de 97.128 habitantes de acordo com o último censo do IBGE de 2010 (BRASIL, 2019a) e, estimada para 2020 em 115.144, também segundo o IBGE (BRASIL, 2020d). É o município mais populoso da região do Lago de Tucuruí e possui uma área territorial de 2.084,289 km².

Ele está localizado a 458 km da capital paraense (via PA-262, PA-150 e Alça Viária), na Região Sudeste do estado do Pará, às margens do Rio Tocantins, fazendo divisa com os municípios de Baião, Breu Branco, Novo Repartimento e Pacajá, mais precisamente na Região de Integração do Lago de Tucuruí (RI), uma das 12 Regiões do Estado que foram criadas pelo Decreto nº 1.066, de 19 de junho de 2008 (PARÁ, 2008), o qual dispõe sobre a regionalização do estado.

No aspecto educacional, o município de Tucuruí é considerado um polo de educação superior, nessa região, por estarem instaladas aqui três universidades públicas¹⁰ e duas grandes universidades particulares¹¹. Elas juntas possuíam 4.058 (quatro mil e cinquenta e oito) alunos matriculados em 2019, de acordo com suas secretarias acadêmicas¹².

¹⁰ Universidade Federal do Pará – UFPA; Universidade do Estado do Pará – UEPA; Instituto Federal do Pará – IFPA;

¹¹ Universidade do Norte do Paraná - UNOPAR; Faculdade de Teologia e Ciências Humanas GAMALIEL-FATEFIG;

¹² Dados coletados junto à secretaria acadêmica de cada instituição, pois os dados do Censo da Educação Superior de 2019 ainda não estavam disponíveis no período da coleta desses dados.

Na educação básica, o município de Tucuruí, de acordo com o Censo Escolar 2019, possuía 69 escolas e 29.614 alunos. Destas, 15 são particulares e 54 são escolas públicas (01 federal, 04 estaduais, 49 municipais). Juntas, estas escolas públicas somam um total de 28.112 estudantes.

No IDEB, o município de Tucuruí, nos últimos 10 (dez) anos, tem alcançado as metas nos anos Iniciais do Ensino Fundamental, ver (Tabela 1), enquanto nos anos Finais do Ensino Fundamental, desde 2015 não vem atingindo suas metas, (ver Tabela 2). Já o Ensino Médio, em 2017, foi avaliado pela primeira vez via prova do SAEB e teve seu primeiro resultado do IDEB divulgado em 2018, ver (Tabela 3, p. 100). Antes do SAEB, o Ensino Médio era avaliado pelo ENEM e na (Tabela 4).

A seguir apresentamos algumas tabelas que mostram a síntese da evolução das notas do IDEB das escolas públicas municipais de Tucuruí e das notas do ENEM das escolas de Ensino Médio da rede estadual de Tucuruí. Ambas fazem parte do universo de escolas que devem ser atendidas pelas ações do PSE, conforme normas do Programa.

Tabela 1 - Evolução das notas do IDEB das escolas públicas de Tucuruí nos anos Iniciais do Ensino Fundamental

Anos	IDEB Observado								Metas Projetadas						
	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017	2019	2007	2009	2011	2013	2015	2017	2019
Nota	2.9	3.0	4.2	4.5	4.2	4.6	4.6	4.7	3.0	3.3	3.7	4.0	4.3	4.6	4.9

Fonte: INEP.



Os resultados, em destaque, referem-se aos anos que o município **atingiu** a meta.



Os resultados, em destaque, referem-se aos anos que o município **não atingiu** a meta.

Os resultados do IDEB de Tucuruí (Tabela 1), no Ensino Fundamental, séries iniciais, nos permitem apontar que, desde a primeira aplicação das provas do SAEB, o município vinha crescendo e alcançando as metas propostas pelo INEP, mesmo tendo sua nota diminuída em 2013 e estagnada em 2017. Entretanto, em 2019, o município não conseguiu alcançar a meta proposta. Apesar de o resultado do IDEB não ser objeto dessa investigação, as notas dos anos de 2017 e 2019 merecem uma atenção, porque estão dentro do período dos ciclos investigados nessa pesquisa.

Nesse sentido, ao observarmos a evolução das notas do IDEB de Tucuruí nos anos iniciais do Ensino Fundamental e verificarmos a estagnação em 2017 em relação a nota de 2015 e a nota de 2019 abaixo da meta proposta para o ano avaliado, podemos atribuir tais resultados

a diversos fatores, dentre os quais podemos citar algo já apresentado aqui nesse estudo e que será ratificado na fala da coordenadora do PSE de Tucuruí: a descontinuidade administrativa.

O início do primeiro ciclo investigado (2017-2018) no estudo coincide com o início do novo mandato de prefeito de Tucuruí; no processo de transição de governo, muitas políticas educacionais acabam sendo prejudicadas pela descontinuidade administrativa, o que é comum na gestão pública, como aponta Cury (2002). Para esse autor, a rotatividade de gestores em cargos públicos acaba prejudicando a administração, pois o novo gestor pode não dar continuidade a algo que estava dando certo. Ele diz que “É necessário saber distinguir entre o que deve ser aperfeiçoado do que deve ser extinto, o que deve ou pode ser mantido do que deve ser transformado” (CURY, 2002, p. 197).

A rotatividade de gestores, dentre eles os secretários de Educação e de Saúde, iniciada com a troca da gestão municipal e todo o secretariado, foi algo que se intensificou com o assassinato do prefeito¹³, 6 (seis) meses após a sua posse e continuou até o último ano do segundo ciclo (2019-2020); isso levou o município, num período de 4 (quatro anos), a ser administrado por 3 (três) prefeitos (O prefeito eleito, o vice-prefeito e o presidente da câmara). Nesse mesmo período, foram 5 (cinco) secretários de Educação e 5 (cinco) secretários de Saúde.

A instabilidade política iniciada com o assassinato do prefeito só piorou com a constante troca de secretários municipais, principalmente das duas pastas responsáveis pela gestão do PSE. Nossa experiência na escola básica tem-nos mostrado que a descontinuidade administrativa, quando ocorre nas instâncias superiores do município (prefeito e secretários), acaba chegando à equipe gestora das escolas, de modo que muitos diretores (as) são substituídos (as), comprometendo o trabalho da equipe pedagógica e dos professores que já estava organizado pelo gestor substituído.

Muitas vezes a preocupação da equipe pedagógica é se o novo diretor dará continuidade ao que já estava programado ou colocará sua identidade em um novo projeto pedagógico. Isso é o que tem ocorrido, por exemplo, com o PSE, na visão da coordenadora do Programa na SEMEC. Em entrevista, a coordenadora apontou que a substituição de diretores nas escolas tem prejudicado o andamento das ações do PSE, como veremos adiante.

¹³ O prefeito foi assassinado quando visitava uma obra na cidade. Ao final das investigações o vice-prefeito, que assumiu a prefeitura, foi denunciado pelo ministério público e virou réu, juntamente com sua mãe e irmão (que era vereador à época) como mandantes do crime contra o prefeito, juntamente com mais 15 pessoas, destas, 6 foram assassinadas no decorrer das investigações (Autos do Processo 0000541-42.2018.814.0000).

Tabela 2 - Evolução das notas do IDEB das escolas públicas de Tucuruí nos anos Finais do Ensino Fundamental

IDEB Observado									Metas Projetadas						
Anos	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017	2019	2007	2009	2011	2013	2015	2017	2019
Nota	2.9	3.0	2.9	3.7	3.9	3.9	3.6	4.0	3.0	3.1	3.4	3.8	4.2	4.4	4.7

Fonte: INEP.

- Os resultados, em destaque, referem-se aos anos que o município **atingiu** a meta.
■ Os resultados, em destaque, referem-se aos anos que o município **não atingiu** a meta.

Os resultados apresentados na Tabela 3 mostram que o Ensino Fundamental, em séries finais no município de Tucuruí, vem enfrentando dificuldades para atingir as metas do IDEB desde 2015, bem antes dos ciclos investigados. Entretanto, os resultados anteriores já mostravam que, para a avaliação do ano de 2019, essa dificuldade ainda persistiria, algo que foi confirmado.

Diversos fatores podem ter contribuído para isso e precisam ser investigados. Porém, tudo que foi apontado como exemplo de possíveis causas para os resultados do IDEB do Ensino Fundamental – séries iniciais (Tabela 1), vale para esses resultados do Ensino Fundamental – séries finais. A diferença é que neste segmento da educação municipal a descontinuidade administrativa é mais visível no município de Tucuruí, segundo a coordenadora do PSE na SEMEC, podendo interferir para o sucesso ou insucesso das práticas educativas desenvolvidas nas escolas, dentre elas as ações que visam a atingir as metas do IDEB.

Tabela 3 - Evolução das notas do IDEB das escolas públicas de Ensino Médio da rede estadual do município de Tucuruí

Ano	IDEB Observado		Metas Projetadas	
	2017	2019	2019	2021
Nota	2.9*	3.2	3.1	3.3

Fonte: INEP

*Nota geral da rede estadual, pois nenhuma das escolas de ensino médio da rede estadual teve sua nota divulgada devido o número de participantes no SAEB ter sido insuficiente para que os resultados fossem divulgados.

O resultado do IDEB do Ensino Médio de Tucuruí, em 2017, como em todo o país, foi a primeira avaliação medida pelo SAEB. A partir dessa nota, o INEP estipulou as metas previstas para as próximas avaliações – e para 2019, o grupo de escolas da rede estadual de Tucuruí conseguiu alcançar sua primeira meta proposta.

Nas escolas estaduais, diferentemente das escolas municipais, que não estão sob a influência da descontinuidade administrativa municipal, são outros os problemas que podem ter contribuído para impedir que as notas iniciais do IDEB fossem mais significativas. Contudo, entendemos que apenas uma avaliação do IDEB ainda não seja suficiente para se fazer qualquer tipo de análise sobre o rendimento das escolas de Ensino Médio.

Entretanto, o resultado do desempenho das escolas de Ensino Médio no ENEM (Tabela 3), por mais de 10 anos, dá uma visão geral sobre o rendimento nas avaliações do exame, o que nos permite tecer alguns comentários, mesmo que tais resultados não serem objeto de estudo dessa pesquisa.

Tabela 4 - Evolução das notas do ENEM das escolas públicas de ensino médio da rede estadual do município de Tucuruí (2008 a 2019)¹⁴

Escolas	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Ana Pontes Francez	411	438*	454*	444*	409*	**	**	**	466*	466	481*	464
Raimundo Ribeiro de Souza	429	483*	496*	471*	453	465	474	489	471	481*	488*	458*
Rui Barbosa	468	490*	527*	496	478	499	494	507	505	496	508	474
Simão Jacinto dos Reis	438	489*	496*	450*	437	**	471	476	450	446	469*	460*

Fonte: INEP e Qedu

*Os dados dessa escola não são representativos pois participaram menos 50% dos alunos concluintes;

** Os dados dessas escolas não foram divulgados devido menos de 10 alunos concluintes ter participado.

Observação: em hipótese alguma, os dados de escolas com menos de 50% de participação ou menos de 10 alunos podem ser utilizados de forma comparativa. Estes dados servem apenas para que a escola avalie seu desempenho.

■ As notas, em destaque, são as **maiores**, por escola, verificadas no período levantado.

■ As notas, em destaque, são as **menores**, por escolas, verificadas no período levantado.

Antes do SAEB, o Ensino Médio era avaliado pela prova do ENEM; agora ela é aplicada apenas com o objetivo de selecionar estudantes para as instituições superiores. Mesmo com essa mudança, o INEP continua divulgando as notas do ENEM, por escola, para que essas possam avaliar seu desempenho no Exame.

Portanto, os resultados do ENEM (Tabela 4) nos permitem afirmar que, desde 2011, todas as escolas não conseguiram alcançar o patamar das notas que tinham em 2010 – exceto a escola Ana Pontes Francez, que por três anos não teve suas notas divulgadas pela baixa

¹⁴ Os dados do ano de 2019 foram obtidos em Evolucionar ([201-], on-line), pois na plataforma do Qedu ainda não estavam disponibilizados até a data da coleta.

participação dos alunos. Além disso, nesse período observado, estas escolas têm apresentado um problema da pouca participação dos alunos concluintes na realização do exame, o que as impede de utilizar estas notas como resultados representativos para avaliar a qualidade da educação ofertada por elas. Isso se dá porque, para o MEC, escolas com menos de 50% de participação na prova não podem usar seus resultados de forma comparativa.

No que tange à área da saúde, de acordo com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), esse município é também considerado um polo de referência nessa região do Lago de Tucuruí, pois, além de possuir uma considerada rede física municipal de saúde, ainda oferta atendimento de alta complexidade¹⁵ no Hospital Regional¹⁶ a todas as cidades dessa Região.

Segundo a SMS, o município de Tucuruí é classificado pelo Ministério da Saúde, de acordo com a Portaria 1.084 de 11 de maio de 2010 (BRASIL, 2010c), como Gestão Plena¹⁷, e sua estrutura física da rede de saúde é composta por 29 (vinte e nove) Unidades Básicas de Saúde (UBS) – a Unidade Básica de Saúde (UBS) é a principal porta de entrada do usuário do SUS e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Na UBS, é possível receber atendimentos básicos e gratuitos em Pediatria, Ginecologia, Clínica Geral, Enfermagem e Odontologia. Os principais serviços oferecidos são consultas médicas, inalações, injeções, curativos, vacinas, coleta de exames laboratoriais, tratamento odontológico, encaminhamentos para especialidades e fornecimento de medicação básica (BRASIL, 2020e). É para as UBS que devem ser encaminhados os alunos identificados com algum problema de saúde e que necessitam de acompanhamento médico, conforme relatou a coordenadora do PSE/SEMEC na entrevista.

De acordo com o documento 18 (Quadro 3), o município de Tucuruí possui 24 (vinte e quatro) Estratégias de Saúde da Família (ESF): a ESF está ligada à Unidade Básica de Saúde (UBS) local. A UBS resolve 80% dos problemas de saúde da população. Entretanto, se a pessoa precisar de um cuidado mais avançado, a ESF já faz o encaminhamento. Ela é composta por equipe multiprofissional que possui, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista

¹⁵ Conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade). As principais áreas são aquelas que envolvem: doença renal crônica; oncologia; cirurgia cardiovascular; traumatologia-ortopedia; portadores de obesidade e outras dezenas de assistência (Ministério da Saúde).

¹⁶ Hospital da rede estadual de saúde, onde oferta atendimento de média e alta complexidade para usuários do SUS, de toda a Região do Lago de Tucuruí-PA.

¹⁷ A Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde é um modelo preconizado pelo SUS, desde sua criação, como forma de descentralização da regulação, controle, fiscalização e implantação das políticas públicas de saúde (Ministério da Saúde).

ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS) (BRASIL, 2020c).

Possui 3 (três) Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF). O Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) configura-se como equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as equipes de Saúde da Família (ESF), as equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais) e com o Programa Academia da Saúde. As ações de saúde desenvolvidas pelo NASF também podem ser intersetoriais, com foco prioritário nas ações de prevenção e promoção da saúde (BRASIL, 2020g).

Possui também: 7 (sete) equipes de Saúde Bucal; 5 (cinco) Centros de Saúde; 1 (um) Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)¹⁸; 1 (um) Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA)¹⁹; 01 (um) Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); 1 (uma) Unidade de Pronto Atendimento (UPA); 1 (um) Centro de Reabilitação; 1 (um) Hospital Municipal/Maternidade.

Na rede estadual, há o Hospital Regional, o Centro de Hemoterapia e Hematologia do Pará (Hemopa), Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) e Instituto Médico Legal (IML); e na rede particular, há 3 (três) hospitais particulares e diversos consultórios particulares com várias especialidades.

Na rede municipal de saúde de Tucuruí são ofertados os seguintes serviços: acolhimento; consulta médica, de enfermagem, nutricional e odontológica; acompanhamento da gestante e do bebê; testes rápidos; planejamento familiar; dispensação de preservativos e contraceptivos; exame preventivo de câncer de colo do útero; dispensação de medicamentos básicos; imunização; inalação e nebulização; curativo; coleta de exames; grupo de educação em saúde e acompanhamento do Programa do Bolsa Família (Doc. 18, Quadro 3) .

Para atender o usuário que procura por esses serviços, essa rede conta com 23 (vinte três) médicos(as), 21 (vinte e um) assistentes sociais, 25 (vinte cinco) enfermeiros(as), 130 (cento e trinta) agentes comunitários de saúde (ACS), 24 (vinte quatro) Equipes de Saúde da

¹⁸ Os Centros de Atenção Psicossocial (Caps) são unidades especializadas em saúde mental para tratamento e reinserção social de pessoas com transtorno mental grave e persistente. Os centros oferecem um atendimento interdisciplinar, composto por uma equipe multiprofissional que reúne médicos, assistentes sociais, psicólogos, psiquiatras, entre outros especialistas (Ministério da Saúde);

¹⁹ Os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) são serviços de saúde que, articulados aos demais serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), representam uma estratégia importante na promoção da equidade de acesso ao aconselhamento e ao diagnóstico do HIV, das hepatites B e C e da sífilis. Atuam também na prevenção dessas e das demais infecções sexualmente transmissíveis (IST), favorecendo segmentos populacionais em situação de maior vulnerabilidade, com respeito aos direitos humanos, à voluntariedade e à integralidade da atenção, sem restrições territoriais;

Família e 7 (sete) equipes de Saúde Bucal. Os demais profissionais da saúde que compõem essas equipes não foram informados no documento 18 coletado na SMS (Quadro 3).

3.2 Caracterização do PSE de Tucuruí

O PSE de Tucuruí teve em 2009 sua primeira adesão e, em 2019, completou uma década de implantação; até o momento da coleta de dados, não havia sido constituído o Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI-M), o qual deve ser responsável por coordenar todo o processo de planejamento, execução, monitoramento e avaliação das ações do programa, como preconiza a Portaria Interministerial nº 1.055/2017, que reestruturou o Programa.

Como não há o GTI-M no município, o Programa sempre foi gerido por coordenações na SEMEC e na SMS. Entretanto, nesse momento não há coordenador na SMS, e a coordenação na SEMEC é quem atualmente responde por esse programa, sendo composta por 3 (três) profissionais: 1 (uma) coordenadora, 1 (uma) professora de ciências; e 1 (uma) pedagoga – desses profissionais, 2 (dois) são efetivos e 1 (um) é contratado. Dando apoio a essa coordenação, há 23 (vinte três) equipes de Estratégia da Família e 1 (uma) equipe de odontologia vinculadas ao Programa. Dessa forma, o planejamento e organização das ações do PSE se concentram na equipe que está lotada na SEMEC (Doc. 19, Quadro 3).

Na SMS, verificamos que, na adesão ao PSE, no primeiro ciclo (2017-2018), o município de Tucuruí pactuou 28 (vinte e oito) escolas, sendo 20 (vinte) prioritárias (vinte e uma) e 8 (oito) não prioritárias (Doc. 18, Quadro 3); de acordo com o Manual de adesão PSE 2019-20120, as escolas prioritárias são todas as creches públicas e conveniadas do município; todas as escolas rurais; as escolas com alunos em medida socioeducativas, em 2016, e as escolas que tenham, pelo menos, 50% dos alunos matriculados pertencentes a famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família (BRASIL, 2018).

Para verificarmos a adesão ao segundo Ciclo 2019-2020, acessamos a página eletrônica²⁰ do Painel de Adesões do Programa Saúde na Escola e vimos que o município de Tucuruí aderiu ao PSE e pactuou 49 escolas e 22.803 estudantes para serem atendidos neste programa. Apesar de terem ficado de fora desse cadastro 20 escolas e mais de 8.000 estudantes, de acordo com Censo Escolar 2018 (Censo 2018: 54 escolas públicas e 28.610 estudantes), a grande maioria de escolas e estudantes está inserida no Programa.

²⁰ É o local onde pode ser feito o acompanhamento das informações sobre a pactuação das escolas e alunos de cada município no país (BRASIL, 2019c).

3.3 Análise e interpretação dos dados

Aqui apresentamos o resultado da análise dos documentos selecionados na coleta de dados, das entrevistas realizadas com a coordenadora do PSE na SEMEC, e com o gestor escolar que mais se destacou nas parcerias da escola com o PSE, de acordo com coordenadora do Programa.

Sobre esse relato do diretor, é importante frisar que estava programado para ser aplicada com ele uma entrevista semiestruturada. Entretanto, no contato com o diretor, em vez de conceder a entrevista, por questões pessoais, ele preferiu receber o roteiro da entrevista e entregar um relato por escrito, com base no roteiro apresentado. As dúvidas surgidas na leitura do relato foram sanadas através de conversas de áudio pelo aplicativo *WhatsApp*.

Considerando o exposto e com base nas unidades de análise definidas, essa segunda parte do terceiro capítulo foi dividida em três tópicos:

O primeiro tópico é referente à unidade de análise: *Organização do Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTI-M)*. Nele mostramos como foi a implantação do PSE nesse município, a formação da coordenação atual e a adesão ao programa;

No segundo tópico vamos abordar a unidade de análise: *Planejamento, monitoramento e avaliação das ações*. Aqui apontaremos como ocorre a organização do Programa e as ações que são desenvolvidas nas escolas. Nesse mesmo tópico, abordamos as questões referentes ao financiamento do PSE e a gestão dos recursos destinados ao Programa;

No último tópico, que trata sobre a *Melhoria da qualidade da saúde e da educação dos estudantes*, trazemos a análise dos resultados que foram possíveis observar nas escolas de Tucuruí por meio das ações desenvolvidas pelo PSE.

3.3.1 Organização do Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTI-M)

O GTI-M é o grupo de trabalho responsável por conduzir todas as ações do PSE, no que tange a planejamento, execução, monitoramento e avaliação das ações de saúde na escola. Ele deve funcionar baseado no modelo de gestão intersetorial, o qual deve ser constituído no mínimo por representantes das Secretarias Municipais de Educação e de Saúde, mediante portaria municipal (BRASIL, 2011a, 2015).

O modelo de gestão intersetorial proposto para o PSE tornou-se a espinha dorsal do Programa, foi o que observamos na base legal (Portaria nº 1.861/2008, Portaria Interministerial nº 3.696/2010, Portaria Interministerial nº 1.910/2011, Portaria Interministerial nº 1.413/2013

e Portaria Interministerial nº 1.055/2017) que definiu diretrizes, critérios e normas para adesão ao Programa e à criação do GTI. Nos documentos orientadores (Caderno do Gestor 2015; Manuais de adesão do PSE 2017-2018 e 2019-2020; 2017 – 2018, Documento orientador de indicadores do PSE 2017-2018 e 2019-2020), a criação do GTI-M é critério de adesão ao Programa, inclusive assumido no Termo de Compromisso.

Considerando o exposto, esse tópico mostra como ocorreu a adesão e implantação do PSE no município, a formação do GTI-M e as dificuldades de implementação das ações. As inferências apontadas a seguir foram o resultado da análise da entrevista concedida pela coordenadora do PSE na SEMEC – a qual será representada de agora em diante pela sigla CPS –, e dos documentos coletados na SEMEC: Doc. 19 – Ofício da SEMEC com informações sobre o PSE 2017-2018 e 2019-2020 (Quadro 3); Doc. 20 - Memorando da Coord. PSE/SEMEC 2017 (Quadro 3); Doc. 22 - Listagem dos alunos atendidos na escola 2019 (PSE/SEMEC) (Quadro 4); Doc. 23 - Relatório do PSE 2017-2018 (SEMEC) e o Doc. 24 - Comunicado (PSE/SEMEC-2019 (Quadro 4).

De acordo com a CPS, apesar de ela não ter feito parte da primeira coordenação do PSE, ela participou do movimento que deu início às ações do Programa em Tucuruí. Na entrevista, ela relatou que atuava na escola como professora de Ciências, e seu coordenador de disciplinas à época a convidou para um curso em 2009, voltado para a implantação do PSE no município.

Segundo a mesma, participaram do curso 8 (oito) pessoas, representando alguns setores, como: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Centro de Testagem Anônima (CTA), SMS e SEMEC. No retorno, deveriam montar as ações intersetoriais, mas a SEMEC e SMS não confirmaram essas pessoas na coordenação, e o único que deu início a algumas ações do programa foi um enfermeiro da SMS.

Eu trabalhava na escola, [...] meu coordenador na época me convidou para um curso em 2009. No total foram para esse treinamento 8 (oito) pessoas fazer o treinamento e no retorno deveríamos montar as ações intersetoriais. [...] e quando a gente retornou o único que deu início algumas ações do programa foi um enfermeiro da SMS. Ele escolheu algumas escolas e começou (CPS, informação verbal).

Não bastasse o PSE em Tucuruí ter iniciado de forma improvisada, em 2009, sob a responsabilidade de apenas um enfermeiro da SMS – diferentemente daquilo preconizado na Portaria nº 1.861/2008 e sem a criação do GTI-M –, o mesmo problema também foi identificado na adesão do município aos Ciclos (2017-2018 e 2019-2020), objeto do estudo. A CPS diz que atualmente está atuando no PSE, e isso vem ocorrendo desde junho de 2017. Ela diz que, na verdade, foi convidada para ser coordenadora de Ciências na SEMEC, e naquele ano, a

Secretária de Educação e o Secretário de Saúde assinaram o termo de pactuação. Entretanto, algumas dificuldades se apresentaram, pois, o município estava inadimplente por conta do programa, de modo que, como não havia coordenador à época, ela foi convidada para assumir a coordenação na qual estava atuando até o momento dessa entrevista.

[...] daí ela assinou a pactuação junto com o Secretário de Saúde e ficou com esse documento por lá. Mas não tinha coordenador na época e, como eu era professora de Biologia, a secretária pediu para eu assumir essa coordenação em junho de 2017. [...] Então ela falou: “tu já estás na coordenação de ciências, então fica com esse Programa”. Foi assim que eu vim parar no PSE (CPS, informação verbal).

Ratificando a fala da CPS, identificamos nos documentos Doc. 19 e Doc. 23 talvez o mais grave de todos os problemas, a inexistência da formação do GTI-M. Estes documentos trazem informações que confirmam a inexistência do GTI-M, o que acaba ratificando a fala da CPS, quando diz que há uma dificuldade em organizar um planejamento coletivo. Isso, porque os documentos mostram é um planejamento exclusivamente executado pela coordenação do PSE/SEMEC, e não pelo GTI-M, com a participação de outros setores, como a SMS, por exemplo.

Diante do que foi verificado na base legal do PSE, nas entrevistas e nos documentos, pontuamos que a implantação do GTI-M no município é necessária para que as ações de PS, de forma sistematizada e contínua, possam chegar até a escola básica, de modo que atuem na melhoria da saúde e aprendizagem. Entretanto, no município de Tucuruí, a adesão ao Programa, a implantação e a formação do GTI-M não ocorreram de acordo com as orientações e normas legais, conforme a entrevista fornecida pela CPS e os documentos Doc. 19 e Doc. 23.

Na análise dos dados, percebemos que, desde o início, em 2009, o PSE de Tucuruí já surgiu sem o GTI-M. Daí em diante, considerando a fala da CPS e os documentos Doc. 19 e Doc. 23, podemos afirmar que a implantação do PSE e a formação do GTI-M em Tucuruí, nos dois ciclos investigados, também não ocorreu conforme as normas da base legal do PSE (Portaria nº 1.861/2008, Portaria Interministerial nº 3.696/2010, Portaria Interministerial nº 1.910/2011, Portaria Interministerial nº 1.413/2013, Portaria Interministerial nº 1.055/2017), e as orientações encontradas em Brasil (2011a, 2015).

Portanto, verificamos que, na gestão desses dois ciclos, o município não criou o GTI-M. O que ocorreu foi a constituição de uma coordenação improvisada na SEMEC, a qual foi ficando e sendo ampliada, e até o momento da coleta dos dados continuava a responsável pela gestão do Programa. Vemos com isso um total descompromisso político administrativo da

gestão municipal com o Programa, a ponto de não instituir o GTI-M desde 2009, ano da primeira adesão do município ao PSE.

Essa questão sobre a implantação do PSE e a formação do GTI-M ocorrerem sem considerar as normas do Programa e com dificuldades, não é exclusividade de Tucuruí, conforme mostram Sousa, Esperidião e Medina (2017). Nos seus estudos, eles identificaram que em alguns municípios o GTI-M era informal, porque não havia uma portaria nomeando os membros do grupo.

Lorenzetti et al. (2014) colaboram com essa questão ao apontar que a desarticulação intersetorial é um dos problemas enfrentados pelo PSE. Para eles, em alguns casos, os representantes da SMS são mais participativos em detrimento dos profissionais da educação.

Não bastasse isso, Sousa, Esperidião e Medina (2017) anunciam como, mesmo quando na criação do GTI-M são considerados alguns pressupostos legais do PSE, nem sempre incluíam na gestão do Programa outros atores no processo. Para eles, o GTI não favorece o envolvimento de outros segmentos na gestão do PSE, e apontam ser preciso avançar nas parcerias intersetoriais com outros atores de outros setores.

Na mesma entrevista com a CPS, conseguimos identificar que o programa também enfrentou dificuldades na implementação das ações de saúde na escola durante os ciclos investigados. No primeiro Ciclo (2017-2018), a fala da entrevistada mostra que isso ocorreu pelo fato de ter sido difícil as escolas compreenderem que o programa não era uma ação isolada da saúde ou de saúde, mas que o PSE é um Programa que integra saúde e educação e tem a escola como agente principal de promoção da saúde.

No primeiro ciclo, a dificuldade foi fazer com que as escolas entendessem que o programa não é da Saúde. Às vezes, a gente chegava à escola e, como não foi feito uma organização no início com as escolas, a gente tinha dificuldade, pois às vezes a direção, o professor, a equipe pedagógica não colaborava muito. A gente atende da creche até ensino médio, aí chegava à creche e eles diziam que "hoje não dá", mas o calendário era articulado desde o início do ano (CPS, informação verbal).

A CPS tem razão quando destaca como o não envolvimento da escola pode ser visto como uma dificuldade da implementação das ações do PSE. A escola é tão importante no processo de desenvolvimento de ações de saúde, que desde o Decreto de criação do Programa, o governo federal já vinha apontando nessa direção por meio de diretrizes, como interdisciplinaridade e intersetorialidade, de modo que articulasse a saúde e a educação (BRASIL, 2007a).

No Caderno Passo a Passo do PSE (BRASIL, 2011a), o Estado também mostra que a relação entre saúde e educação é uma demanda importante do PSE. Do mesmo modo, encontramos essa prerrogativa em Brasil (2002), quando aponta que o setor educacional é um grande aliado para a promoção da saúde.

Essa ideia da importância da escola como espaço ideal para desenvolver ações de saúde é comungada por diversos autores, dentre os quais podemos citar: Ferolla, Passador e Passador (2019), que consideram a escola um espaço privilegiado para desenvolvimento de práticas intersetoriais; Ferreira et al. (2014), que apontam a escola como ambiente propício para o debate da participação social, do empoderamento, da autonomia; e Farias et al. (2016), que mostram como a escola é um ambiente onde crianças e jovens podem ser estimulados à mudança de comportamentos e hábitos.

Já no segundo Ciclo (2019-2020), com exceção da creche, essa dificuldade ainda persiste, principalmente nas escolas de Ensino Fundamental, séries finais. A CPS relatou que havia muito reagendamento, apesar de o calendário ser previamente organizado com os diretores das escolas; e a equipe da saúde acabava não realizando a ação programada. Ela atribui isso à troca constante de gestores da educação, o que acabava gerando trocas nas equipes das escolas, dificultando a continuidade daquilo que foi programado no início do ano, inclusive na própria SEMEC.

Na creche nem tanto, mas nas escolas de Fundamental, séries finais, sim. Acho que foi reagendada a ação umas cinco vezes e, na quinta vez, a “saúde” estava chateada e não queria mais fazer a ação. Aí a diretora jogava a culpa para a “saúde”, e olha que eles têm um calendário que foi feito com diretores no início do ano. Nós passamos por três gestores. Muda o gestor, aí muda a supervisão, muda a direção, muda a organização da escola, e a gente tem que correr atrás de tudo novamente, ou seja: falta continuidade. Nem a própria secretaria de educação tem continuidade, tanto que não existe um histórico do PSE. Já procurei aqui e não tem nada. Antigamente, o Setor de Programas e Projetos coordenava o PSE, e as informações são bem poucas que existem e muitos não são dados oficiais (CPS, informação verbal).

Essa questão da troca de gestores apontada pela CPS é preocupante, não somente no que tange ao PSE, mas para todas as políticas públicas de um modo geral. Cury (2002) alerta que a alta rotatividade de gestores tem sido apontada como um dos principais problemas da descontinuidade administrativa no setor público, principalmente nas políticas educacionais. No caso do PSE, Lorenzetti et al. (2014) afirmam que essa rotatividade acaba prejudicando a gestão de políticas públicas, especificamente, o Programa Saúde na Escola.

Seguindo na análise, conseguimos extrair dos documentos 20, 22 e 24, outras informações que mostram dificuldades enfrentadas pelo PSE na implementação das ações.

Sobre o Doc. 20, que trata sobre solicitação de materiais necessários para execução das ações, vimos que geralmente essa é uma das dificuldades enfrentadas pela coordenação do Programa, pois tais solicitações geralmente demoram para ser atendidas. Sobre o Doc. 22, que trata sobre o Cartão SUS, vimos que poucos alunos atendidos pelo Programa têm esse Cartão; isso reforça o que a CPS coloca na entrevista como outro problema enfrentado pelo PSE. E sobre o Doc. 24, que também trata sobre o Cartão SUS, vimos que esse problema do Cartão ainda persiste e que a coordenação vem tentando resolvê-lo.

A CPS diz que na ficha de acompanhamento de atividades coletivas são inseridos os dados dos alunos, inclusive o número do cartão do SUS. Nesta ficha também são informados os resultados da avaliação antropométrica (pesos e medidas), mas há uma dificuldade de quantificar esses dados, porque nem todos os alunos têm o cartão do SUS. Essa documentação é necessária, pois essas informações são individualizadas, para que se possa informá-las no sistema; diante disso, em 2020, seria realizada uma campanha do cadastro do cartão do SUS.

Eu tenho a ficha de acompanhamento de atividades coletivas que são informados o número do cartão do SUS, [...] qual é a dificuldade nessa quantificação? A escola não tem um cadastro do cartão do SUS de todos os alunos. [...] agora em 2020 vamos fazer a campanha do cadastro do cartão do SUS, porque a saúde fica justificando que precisa do cartão do SUS para atendimento na educação (CPS, informação verbal).

O que a entrevistada quer dizer é que, apesar do Documento Orientador dos dois ciclos investigados – o qual preconiza que as ações sejam registradas no SISAB mesmo que o aluno não tenha o CNS, como vimos anteriormente –, há uma dificuldade de acompanhar a quantificação desses dados, já que o monitoramento no sistema oficial só computa os dados vinculados ao CNS. Daí a importância da adoção do Cartão por todos os alunos.

Portanto, nesse tópico em que discutimos a adesão, a implantação do PSE no município de Tucuruí, a formação do GTI-M e as dificuldades de implementação das ações na escola, verificamos como principais problemas apresentados pela gestão do PSE, os seguintes: o caso das escolas que não compreendiam que o PSE é um programa no qual elas devem estar integradas; o reagendamento constante das ações nas escolas, apesar de o calendário ser previamente organizado com os diretores das escolas; o baixo número de alunos com Cartão SUS; a dificuldade de acompanhar a quantificação desses dados, já que o monitoramento no sistema oficial só computa os dados vinculados ao CNS; e as trocas constantes de gestores.

Com exceção da troca de gestores, todos eles podem ser consequência do início improvisado do PSE, em 2009, que desconsiderou algumas normas legais do Programa, o que também acabou ocorrendo nos ciclos 2017-2018 e 2019-2020, com a não criação do GTI-M.

esse dado é pertinente porque, como vimos anteriormente, o GTI-M é o responsável pela organização, planejamento e execução das ações de saúde; sem ele, tudo isso acaba acontecendo de forma improvisada e muitas vezes centralizada pela SMS ou pela SEMEC.

No caso da falta e integração da escola ao PSE, não tem como ser diferente, já que ela não tem representação no GTI-M, uma vez que ele não existe. Dessa forma, a escola não participa de forma efetiva do programa, tornando-se apenas uma mera receptora das ações de saúde, ao contrário do que é proposto no Decreto de criação do PSE e nos textos orientadores do MS (BRASIL, 2007a, 2011a).

Quanto ao reagendamento constante das ações nas escolas, apontamos que ele é uma consequência do problema anterior, diferentemente daquilo sugerido pela CPS, ao atribuir essa questão à troca de gestores nas escolas. Isso se dá porque, como ela não está integrada ao Programa, não se sente parte dele; daí não adianta organizar o calendário previamente, porque, se precisar mudar alguma coisa, é claro que a escola vai priorizar suas atividades em detrimento a uma ação externa, que pode ser reprogramada para outra data.

Já o problema do Cartão SUS, que vem ocorrendo nos dois ciclos, poderia talvez ser mais fácil de resolver se a intersetorialidade, na sua forma completa, estivesse sendo implementada na gestão do Programa por meio do GTI-M. Como a proposta intersetorial necessita da criação do GTI-M para que outros setores possam ser vinculados ao PSE, isso não ocorre pela inexistência do Grupo de Trabalho. Neste caso, seria interessante a Secretaria Municipal de Assistência Social (SMAS) fazer parte do Programa e utilizar de sua experiência no cadastro das famílias do município para promover uma ação e ampliar o Cartão SUS para todos os educandos.

Por fim, o problema da dificuldade de acompanhar a quantificação dos dados de atendimento do PSE, porque o monitoramento no sistema oficial só computa os dados vinculados ao CNS, perpassa também pela criação do GTI-M e a implementação da intersetorialidade, dando oportunidade a outros setores – como, por exemplo, a participação da SMS no Grupo de trabalho.

Portanto, é necessário que a gestão municipal reconheça o PSE como um programa importante de ações de saúde na escola, assim como disponha de apoio irrestrito para que sua gestão seja aquela orientada pelos pressupostos legais, a fim de promover ações que possam melhorar a saúde e a aprendizagem dos educandos nas escolas públicas, de educação básica, em Tucuruí.

3.3.2 Planejamento, monitoramento e avaliação das ações do PSE na escola básica de Tucuruí

Planejamento, monitoramento e avaliação são considerados instrumentos de gestão, podendo os gestores públicos lançar mão de seu uso para auxiliá-los nas decisões (SILVA; JORGE; SILVA JÚNIOR, 2015). Para isso, é preciso que a gestão atue de modo a “[...] realizar a configuração do ambiente e dos instrumentos de gestão [...] na busca da excelência na prestação dos serviços” (JORGE et al., 2015, p. 249).

Tais instrumentos, quando utilizados nas políticas intersetoriais, devem estar integrados, como apontam Ferolla, Passador e Passador (2019); essa integração deve se dar de forma obrigatória e contínua, para que haja um melhor aperfeiçoamento da gestão (BRASIL, 2016b).

Considerando o exposto, neste tópico apresentamos as inferências relacionadas à unidade de análise: *planejamento, monitoramento e avaliação das ações*. Os resultados aqui apresentados são fruto da análise das entrevistas com a CPS, com o gestor escolar e dos documentos (Doc. 14 - Planilha do cronograma de ações 2017-2018 e 2019; Doc. 15 - Bloco de notas; Doc. 16 - Termo de compromisso PSE 2017-2018; Doc. 17 - Termo de compromisso PSE 2019-2020; Doc. 18 – Ofício da SMS com informações sobre o PSE nos dois ciclos, todos no Quadro 3; e o Doc. 21 - Planilha com as escolas prioritárias e não prioritárias nos ciclos 2017-2018 e 2019-2020, e o Doc. 23 - Relatório do PSE 2017-2018, no Quadro 4); esse cotejamento acontece sempre ancorado nos referenciais utilizados no texto. Aqui apontamos os procedimentos utilizados pela gestão do PSE no planejamento, monitoramento e avaliação das ações de PS nas escolas de Tucuruí.

3.3.2.1 Planejamento das ações do PSE em Tucuruí

O planejamento das ações do PSE está disposto no Decreto de criação (Decreto nº 6.286/2007) e na Portaria de reestruturação (Portaria Interministerial nº 1.055/2017). Nesses documentos, em relação ao planejamento das ações de saúde a serem desenvolvidas e considerando o contexto escolar e social, ficam determinados tanto o diagnóstico local de saúde quanto a capacidade operativa das equipes das escolas e da Atenção Básica. O planejamento deve ser desenvolvido articuladamente de forma intersetorial entre a rede de educação pública básica e a rede de saúde, através da atenção básica. Tudo isso deve estar em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS, de modo que possam incluir as temáticas de educação em saúde no projeto político pedagógico das escolas, sempre alinhado com o currículo escolar e com a política de educação integral.

No que tange ao planejamento das ações do PSE de Tucuruí nos dois ciclos investigados, observamos como ele vem ocorrendo continuamente, mesmo sem a existência do GTI-M. Apesar de agora o Ciclo ocorrer a cada dois anos, ele é organizado em um calendário anual, de modo que, quando o sistema abrir, há a possibilidade de remanejar, incluir ou ainda excluir ações, como explica a CPS na entrevista. Ela ainda aponta que, no início do primeiro ciclo, como ainda não havia coordenação, foi a própria SMS quem fez a seleção das escolas a partir de uma lista de escolas prioritárias e não prioritárias enviada pelo Governo federal.

No ciclo 2017/2018, como pactuação foi feita pela Secretária de Educação, quem fez a seleção das escolas foi a saúde porque o governo federal enviou um caderno que orienta as ações. O Governo Federal estabelece uma lista de relações com escolas prioritárias e não prioritárias e quem pactua essas escolas é a saúde e a educação [...] como o ciclo é biênio, a gente faz um calendário anual para, quando o sistema abrir, geralmente em setembro, a gente pode remanejar, pode incluir e excluir caso não consiga atingir as metas (CPS, informação verbal).

Nos documentos 14, 16, 17 (Quadro 3) e 21 (Quadro 4), coletados na coordenação do PSE/SEMEC, podemos constatar o que aponta a CPS na entrevista sobre o planejamento das ações. O Doc. 14 mostra o calendário anual das ações que serão desenvolvidas nas escolas pelo PSE no Ciclo 2017-2018 e no primeiro ano do Ciclo 2019-2020. O Doc. 16 trata sobre a pactuação feita, no ciclo 2017-2018, entre o Governo Federal, a SEMEC e SMS de Tucuruí; o Doc. 17 trata da pactuação do ciclo 2019-2020; e o Doc. 21 apresenta as escolas prioritárias e as não prioritárias que foram pactuadas nos dois ciclos.

Nota-se na fala da CPS que, no início do PSE, a proposta de planejamento intersetorial de forma participativa e organizada pelo GTI-M foi prejudicada pela inexistência do GTI-M; com isso, a própria SMS fez a seleção das escolas, o que deveria ser tarefa desse Grupo. Na entrevista, a CPS atribuiu que o envolvimento de todos os atores no processo de planejamento coletivo sempre foi prejudicado pela troca de secretários de Educação (foram 4 secretários em 3 anos, tanto na SEMEC quanto na SMS) o que acaba levando a trocar quase toda equipe da SEMEC e da SMS. A atual CPS foi a única pessoa que sempre permaneceu na função, nesses dois Ciclos, e atualmente continua coordenando todas as articulações do PSE.

[...] com a troca de secretários de educação e conseqüentemente trocaram muitas pessoas, inclusive o diretor de ensino, sempre foi difícil articular **um planejamento coletivo**. [...] então como eu estou desde o início no programa, sou eu quem direciona todas essas articulações (CPS, informação verbal).

Os documentos 14, 15 e 23 confirmam esse posicionamento da CPS sobre a dificuldade de organizar um planejamento coletivo. O que vemos nesses documentos é um planejamento exclusivamente executado pela coordenação na SEMEC e não pelo GTI-M.

Apesar das dificuldades enfrentadas no início, no primeiro ciclo, a CPS relatou que, em 2018, foi possível realizar uma atividade envolvendo a SEMEC e SMS; isso, porque nesse período havia uma coordenadora na saúde e 4 (quatro) enfermeiras permanentes no programa: “[...] até 2018 nós tínhamos uma coordenadora pela saúde, e [...] 4 enfermeiras permanente do programa” (CPS, informação verbal).

Já no final do primeiro ano do ciclo 2019-2020, segundo relato da CPS, mais uma professora foi lotada na coordenação do PSE na SEMEC, que agora está composta por 3 (três) pessoas. Isso tem possibilitado que as ações sejam organizadas de forma mais didática. Diferentemente da SMS, que colocava várias turmas no pátio da escola para ministrar a palestra, a coordenação do PSE desenvolve as ações por meio de oficinas e dinâmicas de grupo. Para a CPS, essa é a forma mais pedagógica e tem um maior efeito formador.

Então quando foi em setembro quando a gente tinha coordenação, aí eu trouxe mais uma professora que precisava ser readaptada, que inclusive está até hoje. Hoje organizamos as ações de forma didática, pois a “saúde” tinha uma visão de colocar 3 ou 4 salas no pátio e dá palestra, isso pedagogicamente não tem o efeito formador. O impacto mais direto tem através das oficinas, dinâmica de grupo, jogo de perguntas e respostas de forma didática (CPS, informação verbal).

O Doc. 19 (Quadro 3) nos mostra a composição da equipe do PSE que a CPS apresenta na fala. No Doc. 23 (Quadro 4), verificamos a organização das ações do PSE apontadas pela entrevistada.

As ações podem ser identificadas na planilha, coletada na SEMEC (Doc. 19, Quadro 3); nela também verificamos que, na adesão do ciclo 2017-2018, as ações pactuadas foram: campanha de prevenção e combate ao mosquito Aedes; avaliação nutricional, promoção da alimentação saudável; avaliação da saúde e higiene bucal; 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 da saúde reprodutiva; controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer; educação permanente em saúde; promoção da cultura da prevenção no âmbito escolar; e inclusão das temáticas de educação em saúde no PPP das escolas. Para o ciclo 2019-2020, todas essas ações foram mantidas, mas algumas com ressalva, segundo a CPS.

Além das ações que atualmente são determinadas na Portaria Interministerial nº 1.055/2017, a CPS informou na entrevista que sempre são incluídas algumas demandas oriundas das escolas. Entretanto, poucas escolas encaminham suas demandas, mesmo com incentivo nas reuniões realizadas com os diretores.

A CPS relatou que, no final de 2019, já pensando nas atividades para o próximo ano, foi realizada uma reunião da coordenação com os diretores das escolas, com o objetivo de apresentar a proposta para o ano de 2020. Ficou acertado na reunião que os mesmos teriam que encaminhar suas prioridades até 15 de dezembro de 2019. Como nenhuma das 49 escolas pactuadas no segundo ciclo encaminhou suas demandas até o final de 2019, a CPS, já no início de 2020, encaminhou uma lista com 21 ações de saúde para que as escolas relacionassem aquelas que seriam prioritárias. Nesta ação, apenas 18 escolas encaminharam suas prioridades, com destaque para ações que contemplam combate ao uso de álcool e drogas, educação sexual e prevenção da gravidez precoce, além do auxílio à inclusão das temáticas de saúde no PPP da escola.

Dentre as prioridades destacadas, chamou-nos atenção a que trata sobre a inclusão das temáticas no PPP; isso, porque ao longo da pesquisa verificamos que essa ação se tem mostrado como um grande desafio para a coordenação do PSE. Talvez com essa iniciativa das escolas em solicitar tal demanda, possa ser que a partir de 2021 possamos ter muitas escolas contemplando as temáticas de saúde, desenvolvidas nas ações do PSE, nos seus PPPs

Nós tivemos agora em novembro uma reunião com os diretores das escolas, tenho fotos, para apresentarmos essa proposta e os diretores ficaram de apresentar um documento das prioridades de cada escola (repassei um modelo para eles). O que a escola tem de necessidade? Quais as temáticas? Os piores problemas? Quais demandas de modo geral a escola tem? Para isso eles têm até o dia 15 de dezembro de 2019 para me repassar esse documento (CPS, informação verbal).

Perguntado sobre como estava se dando o planejamento das ações do PSE para o ano de 2020, o gestor escolar apontou que, antes da pandemia do coronavírus, o planejamento do PSE já estava prejudicado, pois ainda não havia nenhuma agenda da escola com o PSE. Durante a pandemia, até o dia da entrevista (agosto/2020), a coordenação do Programa não havia apresentado nenhum encaminhamento sobre como orientar os alunos que estavam isolados nas suas casas, ressaltou. “Ainda não tinha sido feito nenhuma agenda com O PSE. Não teve nenhum tipo de contato nesse período do PSE com as escolas” (Gestor escolar, informação verbal).

A posição do gestor escolar é ratificada pela planilha de ações (Anexo H) encaminhada pela CPS aos gestores escolares em setembro/2020, que lista algumas ações de orientação para a prevenção e combate a pandemia do Coronavírus no retorno das aulas presenciais.

Mesmo com todo esse movimento na tentativa de envolver a escola na organização das ações, ainda se está aquém do que preconiza a base legal sobre a articulação da escola nas ações do PSE. Não basta apenas a escola informar suas necessidades, é preciso que ela esteja envolvida no Programa por meio de um representante como condição para haver um diálogo permanente entre a escola e o PSE.

Entretanto, mesmo com a posição diferente do gestor escolar, essa iniciativa da coordenação do PSE pode ser considerada um avanço se tivermos em conta o que ocorria nos anos anteriores, quando as escolas apenas eram meras receptoras das ações. Dessa forma, a escola acaba contribuindo com o planejamento, ajudando a definir as ações de acordo com suas necessidades e prioridades.

Para a CPS, as escolas que enviam as demandas não têm a ver com o desejo ou vontade da equipe que trabalha na escola, e sim com a pessoa do diretor. Isso, porque ela tem observado que, nesse período em que está na coordenação do PSE, quando o diretor é remanejado, ele acaba solicitando as mesmas demandas que havia feito para escola onde atuava, enquanto sua escola de origem acaba por não dar continuidade a elas, deixando de lado as demandas por ele solicitadas.

[...] é mais fácil identificar o diretor que manda, porque às vezes ele não está mais naquela escola. Ele muda de escola e pede para outra escola. Isso não tem a ver com a escola, tem a ver com a pessoa do diretor. [...] Por exemplo em 2017, o “Dulcimar”²¹ foi a escola mais ativa, porque o José era diretor. Trocou o diretor e a nova diretora não conhecia o programa, teve que apresentar tudo do começo e os pedidos pararam, aí ficou uma coisa meio isolada. Ela nos recebeu muito bem, mas não tinha o mesmo interesse que o outro diretor tinha em trabalhar em parceria de verdade (CPS, informação verbal).

A CPS tem razão ao dizer que a troca de diretores nas escolas atrapalha o andamento das ações do Programa. Essa posição, colocada por ela, já havia sido apontada por Cury (2002), quando diz que as políticas educacionais são prejudicadas pela descontinuidade administrativa, algo reforçado por Lorenzetti et al. (2014), ao afirmarem que um dos aspectos negativos na gestão de políticas de saúde é a alta rotatividade dos gestores na área pública, o que acaba gerando descontinuidade na gestão.

²¹ Escola municipal de Ensino Fundamental séries finais Dulcimar Mesquita Brito Botelho.

Na etapa pós-planejamento, que envolve a execução das ações, cada sujeito – como a coordenação do PSE, a Estratégia da Família e a escola – tem um papel importante no processo. Neste sentido, a entrevistada relata que, a partir de 2008, a equipe do PSE, juntamente com 4 (quatro) enfermeiros, 1 (uma) dentista, 1 (uma) nutricionista, passou a ir para as escolas fazer uma “semana de saúde” da unidade escolar. Ela informa que, com essa estratégia, conseguiram, atender a quase 100% das unidades de ensino; ao final, deixavam na escola um mural com fotos e informações sobre saúde.

[...] no ciclo 2017-2018, como 2017 já pegamos na metade do ano, não foi possível fazer muitas coisas que queríamos. Já a partir de 2018 a gente se organizou e passamos a ir para às escolas fazer uma semana de saúde, dentro daquele calendário estipulado. Cada semana era uma escola, porque a gente tinha uma equipe só para atuar no PSE: (4 enfermeiros, uma dentista, uma nutricionista, e duas coordenadoras e depois veio mais uma professora). [...] a gente deixava na escola, montado, um mural pedagógico com fotos (CPS, informação verbal).

Além do planejamento para organizar as ações pactuadas, a coordenação do PSE ainda tem duas importantes tarefas, de acordo sua base legal: incentivar a escola a incluir as ações de saúde no seu PPP, alinhadas ao currículo escolar e a proposta pedagógica; e garantir a formação continuada para os profissionais que atuam no Programa.

Para a CPS, a inclusão das ações do PSE com o PPP das escolas tem sido uma tarefa difícil. Para ela, a maioria dos trabalhadores da escola não se envolve na construção do PPP; acaba ocorrendo é que, muitas vezes, quem acaba construindo esse documento é a direção, juntamente com a supervisão, em alguns casos com envolvimento do Conselho Escolar.

Aí é que está a dificuldade, porque tem escola onde a maioria dos professores e funcionários não se envolvem com o PPP. Quem faz PPP de escola, na maioria das vezes, é direção e supervisão, ou o diretor passa para supervisão, aí o supervisor chama alguém do Conselho Escolar, que esteja atuando, sentam os dois e fazem, ou então o supervisor perde a paciência e faz sozinho, ou ainda o diretor faz sozinho. Faz e entrega, porque tem que ser informado no sistema para poder receber os recursos do FNDE e tudo isso tem prazo. Dessa forma o diretor se vira e faz ele mesmo. Enquanto isso os professores e todo pessoal de apoio e todo mundo que deveria estar envolvido nesse processo, muitas vezes nem sabe do que se trata o PPP da escola (CPS, informação verbal).

Acreditamos que tal problema vai muito além de garantir a inclusão de ações de saúde no PPP. Isso perpassa a questão do envolvimento de toda comunidade escolar na construção coletiva do seu PPP, para aí sim tentar articular o PSE com a proposta pedagógica. Além disso, para que a articulação entre escola e PSE tenha êxito, é preciso garantir sua representatividade no GTI-M, como já abordado anteriormente.

A importância da inclusão das ações do PSE no PPP das escolas, alinhadas ao currículo escolar e à proposta pedagógica, está bem clara na base legal do Programa. O Decreto nº 6.286/2007 define que compete também ao PSE a “inclusão das temáticas de educação em saúde no projeto político pedagógico das escolas” (BRASIL, 2007a, p. 3). A Portaria Interministerial nº 1.055/2017 deixa claro que as ações realizadas pela escola deverão estar alinhadas ao currículo escolar e à política de educação integral.

A dificuldade apresentada pela CPS de articular uma construção coletiva do PPP que envolva toda a comunidade escolar acabou contribuindo de forma negativa na hora de a escola decidir sobre as ações prioritárias de saúde. Ela aponta que, do mesmo modo que deve ocorrer com o PPP, a discussão do PSE precisa envolver alunos, professores, servidores e equipe gestora da escola. Para ela, não pode ficar apenas nas mãos da direção e supervisão.

Essa tem sido a maior dificuldade porque o trato com o PSE não pode ser só com a direção, ou só com supervisão. Tem que ser um dia da escola reunir toda sua equipe para fazer um levantamento das suas prioridades em termos de ações de saúde aí com esse levantamento a escola passa as demandas para nós coordenadores (CPS, informação verbal).

Para a CPS, apesar da dificuldade de incluir no PPP as ações do PSE, a coordenação do programa tem buscado alternativas para que essa inclusão seja de fato efetivada. Uma das alternativas foi a criação de um grupo de *WhatsApp*, com representantes da gestão de todas as escolas pactuadas. Essa estratégia é para marcar reuniões, passar informações e cobrar das escolas o retorno das solicitações feitas pela coordenação.

Agora a gente tem um grupo de *WhatsApp* com todos os diretores (GTI-diretores). Há diretores que preferem colocar seu supervisor no grupo, mas cada escola pactuada tem um representante dentro desse grupo. [...] é a primeira vez que é criado esse grupo e pode ser que agora funcione melhor, pois a gente está fazendo essa cobrança via grupo [...] a gente cobra, eu estabeleço prazos, mando modelos, eu incentivo, entrego e faço reuniões (CPS, informação verbal).

Mesmo com a iniciativa apontada pela CPS, na tentativa de superar as dificuldades no que tange à inclusão das ações do PSE no PPP da escola, o gestor escolar, quando indagado sobre como se dava essa articulação entre escola e PSE para discussão sobre o PPP, informou que nas escolas onde ele atuou nunca houve alguma iniciativa da coordenação do PSE para discutir a inserção das ações do PSE no Projeto Político Pedagógico da escola. “Nunca houve essa preocupação por parte da coordenação” (Gestor escolar, informação verbal).

Por fim, sobre a questão da formação continuada para os profissionais que atuam nesse programa, conseguimos verificar que, de acordo com a CPS, ainda não houve nenhum tipo de

iniciativa por parte da gestão, tanto da saúde quanto da educação, que oportunizasse uma formação para esses profissionais. Entretanto, ressalta que, como gestora do programa, ela tem essa preocupação e tem organizado ações nesse sentido.

Via gestão da educação e da saúde não tem! Mas, eu como gestora do programa, tenho essa preocupação de estar treinando, principalmente a equipe da saúde, porque agora a gente trabalha com cada estratégia que são 12. Esse novo ciclo deu muito trabalho porque tirou a equipe do PSE que já estava treinada, articulada [...] (CPS, informação verbal).

A formação dos profissionais que atuam no PSE é importante para implementação das ações do PSE; tanto que, na avaliação do Programa em 2015, que buscava superar os principais problemas a representar entraves para o avanço do PSE no país, foram identificados alguns pontos críticos que estavam causando o baixo desempenho na gestão do Programa (BRASIL, 2017d). Dentre esses pontos, está a ausência de iniciativas para formação continuada dos profissionais que atuam no PSE, por parte do MEC e MS, como garantia o Decreto de criação do Programa.

Em vez de solucionar o problema da falta de políticas de formação continuada para o PSE, já que era sua a responsabilidade, o Governo Federal resolveu dividi-la com Estados e Municípios. Na reformulação do PSE, em 2017, através da Portaria Interministerial nº 1.055, de 25 de abril de 2017, atribuiu-se a responsabilidade da formação continuada ao próprio PSE, por meio do GTI-M.

Apesar de o GTI-M não existir em Tucuruí, o que poderia inviabilizar o processo de formação dos profissionais que atuam no PSE, a CPS apontou como realizava essa tarefa. Entretanto, essa ação colocada pela entrevistada foi executada apenas no ciclo 2017-2018, como mostra o Doc. 19 na (Quadro 3).

No que tange a ações de planejamento do PSE, em tempos de pandemia do coronavírus, a CPS informou que a programação para 2020, último ano do segundo ciclo, ficou comprometida por conta do isolamento social. Entretanto, algumas ações foram realizadas no segundo semestre desse ano, como: “Capacitação das equipes escolares para atuar frente à prevenção/exposição do Covid nos espaços escolares em retorno às aulas presenciais”; “Articular a inclusão dos temas relacionados às ações do PSE nos Projetos Políticos Pedagógicos das escolas” (anexo H); e a “Web palestra sobre prevenção à Covid-19 nos espaços escolares para professores e funcionários da educação” que contou com a participação de mais de 150 servidores (Anexo F), e diversas *lives* interativas que abordaram a temática da pandemia do coronavírus.

Portanto, sobre o planejamento das ações do PSE em Tucuruí, foi possível verificar que a falta de constituição do GTI-M nos ciclos investigados acabou prejudicando o planejamento intersetorial de forma participativa. Acreditamos que a implantação improvisada do PSE no município e a troca constante de Secretários de Educação e de Saúde, sendo 5 na educação e 5 na saúde, no período dos ciclos investigados, juntamente com suas equipes, contribui para isso.

Mesmo com isso, o planejamento e organização do Programa nesses dois ciclos vêm ocorrendo continuamente, mas a execução é realizada exclusivamente pela coordenação do PSE na SEMEC – e não pelo GTI-M –, sem a participação da escola, a qual se limita a encaminhar algumas demandas solicitadas pela coordenação do PSE, ainda que nem todas as escolas de fato as encaminhem.

Evidenciamos que não é dessa forma – informando suas necessidades – que a escola estará integrada ao Programa. Ela precisa estar representada na composição do GTI-M, caso contrário, ela se torna apenas mera receptora das ações. A inexistência do GTI-M impossibilita que a escola tenha representatividade no Programa, deixando-a de fora do processo de tomada de decisões sobre as ações de saúde que podem ser desenvolvidas nas escolas. A participação efetiva da escola no Programa poderia ser um estímulo para a comunidade escolar iniciar a discussão sobre o PSE, a fim de garantir as ações de saúde no PPP da escola.

Por fim, não verificamos nenhuma ação do Governo Federal no que tange à formação continuada dos profissionais que atuam no PSE. Entretanto, apesar de ter realizado apenas uma ação nesse sentido, a coordenação do PSE tem tentado superar essa ausência do Estado na formação.

3.3.2.2 Monitoramento e avaliação das ações do PSE

O monitoramento e avaliação, junto com o planejamento, constituem-se como instrumentos de gestão (SILVA; JORGE; SILVA JÚNIOR, 2015; FEROLLA; PASSADOR; PASSADOR, 2019). Para eles, na gestão de políticas públicas, é preciso lançar mão de tais instrumentos como auxiliares na tomada de decisões.

Em muitos casos, na gestão pública, é comum observarmos apenas a execução da etapa de planejamento na organização do trabalho. Entretanto, a gestão intersetorial não se resume ao planejamento; para Junqueira (2004), é preciso incorporar nesse processo o monitoramento e a avaliação das ações. Quando a gestão se alia a tais instrumentos, torna-se mais fácil a superação de modelos centralizados de gestão de políticas públicas; já segundo Chiari et al. (2018, p. 11),

o uso de tais instrumento pode contribuir para “[...] a sustentabilidade e longevidade das ações intersetoriais” (CHIARI et al., 2018, p. 11).

A importância do processo de monitoramento e avaliação na gestão do PSE é tanta que estes foram definidos nos dois principais documentos da base legal, o Decreto de criação do PSE e a Portaria de reestruturação do Programa, como diretrizes da gestão e, deveriam ocorrer de forma permanentes (BRASIL, 2007a; BRASIL, 2017b).

O monitoramento oficial do PSE para os dois ciclos investigados na pesquisa vem detalhado no Documento Orientador (BRASIL, 2017e), o qual estimula a criação de instrumento de monitoramento próprios pelo Programa. A criação desses instrumentos tem ocorrido em alguns municípios, como verificado nos estudos de Gomes (2012) e Chiari et al. (2018).

No que tange ao monitoramento e avaliação das ações do PSE de Tucuruí, nos dois ciclos investigados, observamos que o Programa utiliza como ferramenta, para monitorar as ações do PSE, apenas o registro das informações no sistema de monitoramento oficial, o SISAB, no qual os profissionais da educação não têm acesso. Isso acaba dificultando o monitoramento do Programa, pois o PSE de Tucuruí não tem instrumento próprio para monitorar as ações, de modo que não foi possível perceber nenhum tipo de ferramenta de avaliação das ações desenvolvidas.

A ausência de instrumentos próprios que monitorem as ações do PSE e dos processos avaliativos na gestão do PSE de Tucuruí, defendidos por Junqueira (2004) e Chiari et al. (2018), podem trazer sérios prejuízos ao planejamento das ações do Programa. Especialmente se considerarmos como, segundo Gomes (2012), a avaliação tem o papel de contribuir para o sucesso de projetos sobre ações de saúde na escola. Ela produz informações que vão subsidiar o planejamento, já que podem identificar os eventuais erros, corrigi-los, reorganizar as ações. No caso de Tucuruí, com o resultado da avaliação, a coordenação poderia melhorar alguns pontos, aprimorar outros, mudar estratégias, manter e/ou ampliar as ações.

As entrevistas concedidas pela CPS e pelo gestor escolar, e os documentos (Doc. 18; Doc. 19) ajudaram a mostrar de que modo ocorria o monitoramento das ações do PSE em Tucuruí. Na posição do gestor escolar, vimos que não há nenhum tipo de relatório ou planilha de monitoramento que acompanhasse as ações desenvolvidas pelo PSE, muito menos sobre o acompanhamento dos resultados de saúde ou de aprendizagem observados com as ações desenvolvidas pelo PSE nas escolas onde ele atuou, em parceria com o Programa.

Já na análise da entrevista da CPS e dos documentos, vimos não há monitoramento dos aspectos qualitativos, no que se refere ao desenvolvimento das ações do Programa e/ou na

melhoria da saúde e da aprendizagem dos estudantes. As informações disponíveis sobre o PSE eram muito restritas, elas mostravam apenas dados quantitativos sobre ações pactuadas, escolas e quantidade de alunos atendidos. Mesmo assim, os relatórios eram imprecisos por causa do problema da falta de Cartão SUS de boa parte dos alunos atendidos.

Analisando as falas do gestor escolar, da CPS e os documentos coletados vemos um total descompromisso da gestão com o monitoramento e avaliação das ações do PSE, marcadamente, no que tange à melhoria da saúde e da aprendizagem dos estudantes.

Na conversa com a CPS, ela informou que, como ela não trabalhava desde o início, não saberia dar a informação exata sobre como vinha ocorrendo o monitoramento das ações do PSE ao longo dos anos. Sabia apenas que o Setor de Programas e Projetos (SEMEC) era aquele a fazer o monitoramento, pois tinha acesso ao Portal do Sistema Integrado de Monitoramento Execução e Controle do Ministério da Educação (SIMEC). A escola executava a ação, informava à SEMEC e essa, por sua vez, informava a ação no Portal.

Ela também informou que a SMS fazia o mesmo procedimento após a realização das atividades nas escolas. Isso era necessário para que o governo federal fizesse o cruzamento de informações. Mas, pelo mau funcionamento desse Portal, em 2016, essa obrigatoriedade foi suspensa, e agora é somente a SMS quem faz a alimentação do sistema.

[...] era o setor de programas e projetos que fazia monitoramento e tinha acesso ao portal (SIMEC). A escola fazia a ação, informava a SEMEC e a secretaria de educação informava a ação no portal. A “saúde”, através do enfermeiro ou equipe estratégia da família, fazia o mesmo procedimento após a realização as atividades nas escolas [...]. Mas esse portal não funcionava muito bem, a nível de Brasil, e a partir de 2016 foi cortado a obrigatoriedade de informar no portal. Hoje, somente a saúde faz a alimentação do sistema (CPS, informação verbal).

Portanto, hoje o monitoramento oficial do PSE de Tucuruí é todo feito pelo sistema da saúde, em uma plataforma específica. Tudo o que a equipe do Programa executa é registrado na ficha de atividade coletiva e enviado para a SMS inserir no sistema. Quando a coordenação do PSE quer saber como anda o Programa, ela pede um relatório anual e, nesse relatório, vêm discriminadas quantas ações foram pactuadas, quais escolas foram atendidas e quantos alunos foram atendidos.

Diferentemente do que observamos quanto ao acompanhamento do sistema oficial de monitoramento, a que somente a SMS tem acesso, o Caderno do Gestor (BRASIL, 2015) informa que a equipe da educação também terá acesso ao SISAB, coisa que não vem ocorrendo em Tucuruí e tem causado prejuízo ao acompanhamento das ações do Programa por parte da coordenação do PSE.

O monitoramento oficial pelo SISAB além de não trazer dados qualitativos, ainda apresenta um problema com a veracidade dos dados inseridos na plataforma, pois a CPS alerta que os números, no relatório, não são reais, uma vez que na escola o PSE atende “todo mundo”, mas a SMS só informa aqueles alunos que têm o Cartão do SUS.

Tudo via saúde. Tudo migra para o sistema da saúde. [...] tudo que a gente faz é notificado na ficha de atividade coletiva, [...] a educação não tem esse controle ou acompanhamento mais específico como a saúde tem [...], mas eu pedi o relatório anual e eles me entregam esse relatório anual. Quantas ações foram pactuadas, quais escolas foram atendidas, quantos alunos foram atendidos. Só que esses números não são reais, porque quando a saúde vai para escola ela atende todo mundo. Ou seja: independentemente de ter ou não ter o cartão do SUS a ação é feita com todo mundo, mas a notificação é feita só de quem tem o cartão do SUS (CPS, informação verbal).

A CPS atribui a falta de dados qualitativos produzidos pelo monitoramento ao problema de descontinuidade administrativa, voltando a apontar a constante troca de gestores municipais como sendo um dos maiores problemas a prejudicar a continuidade dos projetos e ações desenvolvidos pela gestão e pelas escolas; de modo que acaba influenciando nas ações do PSE.

[...] no início do ano nós passamos por três gestores (secretário de educação) muda o gestor aí muda a supervisão, muda a direção, muda a organização da escola e a gente tem que correr atrás de tudo novamente, ou seja: falta continuidade. Nem a própria secretaria de educação tem continuidade, tanto que não existe um histórico do PSE. Já procurei aqui e não tem nada. Antigamente o Setor de Programas e Projetos coordenava o PSE e as informações são bem poucas que existem e não são dados oficiais (CPS, informação verbal).

No tópico sobre planejamento, vimos que a troca de gestores tem realmente prejudicado a gestão do PSE, mas a justificativa da CPS sobre a falta de dados qualitativos nos parece não ser a mais aceitável, já que o próprio sistema trabalha somente com dados quantitativos. A nosso ver, a ausência de um instrumento próprio de monitoramento impede o Programa de levantar dados qualitativos que possam subsidiar a avaliação e o planejamento das ações do PSE.

Entretanto, apesar da falha no monitoramento, apontada pela CPS, ela relata que o programa vem sendo desenvolvido e tem mostrado alguns resultados positivos, como vimos na planilha fornecida pela coordenação do PSE/SEMEC. Nela observamos que, das ações e metas propostas para o Ciclo 2017-2018, 100% delas foram executadas e 99% das escolas pactuadas foram atendidas (Doc. 19, Quadro 3).

Já para o Ciclo 2019-2020, o mesmo documento (Doc. 19) mostra que as ações foram mantidas com ressalva, mas a CPS não informou qual tipo de ressalva foi feita; e há uma

previsão de executar, até o fim de 2019, 70% das ações em 65% das escolas pactuadas. Contudo, ainda não foi possível atender, nesses 3 (três) anos (dois anos do 1º ciclo e o primeiro ano do 2º ciclo), a 4 (quatro) ações, porque o município estava sem alguns especialistas como oftalmologista e fonoaudiólogo. Entretanto, diferentemente da informação dada pela CPS, a SMS informa que, em 2019, foram atendidas mais de 49 escolas da rede municipal e mais de 22.803 estudantes; para a SMS, isso representa 100% de metas, ações e escolas pactuadas (Doc. 18, Quadro 3).

Os números sobre o monitoramento no 2º ciclo do Programa, apresentados pela coordenação do PSE (Doc. 19), diferem daqueles coletados na SMS. Como o ciclo é de 2 anos, no primeiro ano, para coordenação, 70% das ações em 65% das escolas pactuadas seriam executadas e atendidas, de acordo com suas anotações. Já para o SMS, que utiliza o sistema oficial, foram 100% das metas, ações e escolas pactuadas (Doc. 18).

Ao final da coleta de dados, não foi possível dirimir a divergência dos números sobre o monitoramento das ações do PSE provocada pelas informações fornecidas pela CPS e pela SMS. Entretanto, acreditamos que os dados apresentados pela coordenação do PSE nos parecem os mais plausíveis. Isso, porque é importante lembrar que os profissionais na coordenação do PSE na SEMEC são os que mais atuam efetivamente no Programa, inclusive no que tange ao planejamento e execução das ações. Sendo assim, devem ter informações mais consolidadas sobre o Programa do que a própria SMS dispõe no sistema oficial.

Além disso, já que o ciclo é composto por dois anos, nada mais pertinente do que ainda restarem algumas escolas a serem atendidas e ações para executá-las no segundo ano do ciclo, como mostra o Doc. 19, coletado na coordenação do PSE.

Vemos a divergência das informações fornecidas pela CPS e pela SMS como um grave problema na gestão do PSE. Tal divergência pode estar sendo causada pela execução de algumas etapas da gestão do Programa de forma fragmentada. Isso pode ser o resultado do descompromisso da gestão municipal em criar o GTI-M no Ato de adesão ao Programa, algo capaz de possibilitar que a gestão do PSE pudesse ser realizada de forma intersetorial, com a participação efetiva dos profissionais da educação, da saúde e de outros setores do governo.

Portanto, diante do que foi verificado, na base legal, nos documentos orientadores e defendido pelos autores apresentados ao longo do texto, pontuamos que planejamento, o monitoramento e avaliação das ações do PSE são importantes instrumentos capazes de auxiliar a gestão do Programa, no sentido de que as ações sejam executadas de forma sistematizada e contínua. Tudo isso, para que as ações de saúde, desenvolvidas pelo PSE, possam chegar até a escola básica, a fim de contribuir para a melhoria da saúde e da aprendizagem.

Entretanto, no município de Tucuruí, esse processo vem ocorrendo de forma fragmentada, isolada e sem considerar a dinâmica intersetorial, como observamos na entrevista, no relato e nos documentos sobre o planejamento e monitoramento, coletados na SMS e na SEMEC.

Finalizando esse tópico, que tratou sobre os instrumentos de gestão, não poderíamos deixar de mencionar como vem-se dando o financiamento do PSE, necessário para que a gestão do Programa e as ações possam ser desenvolvidas no âmbito do município e da escola, respectivamente.

As ações de políticas de saúde desenvolvidas no Brasil através do SUS precisam de recursos financeiros para que possam ser implantadas e implementadas nos municípios, e com o PSE não é diferente. O financiamento desse Programa, que ao longo do tempo foi sendo aprimorado, atualmente é regulamentado pela Portaria Interministerial no 1.055, de 25 de abril de 2017 (Doc. 6, Quadro 1), a qual define as regras e os critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações.

Vimos no tópico específico sobre o financiamento do PSE que, no início do Programa, os municípios recebiam recursos de acordo com critérios muitos abrangentes, como, por exemplo, resultado do IDEB, 100% de cobertura populacional por Equipes Saúde da Família, entre outros. Isso impossibilitava a adesão da maioria das cidades brasileiras ao PSE. Agora, com a atual Portaria, todos os municípios podem aderir ao Programa e recebem os recursos da seguinte forma: R\$ 5.676,00 para envolver até 600 estudantes, acrescido de R\$ 1.000,00 a cada intervalo entre 1 e 800, sendo em repasse único do recurso a cada ano do ciclo, pois o Ciclo de adesão com duração de 1 ano, passou a ser de 2 anos.

No caso do financiamento do PSE no município de Tucuruí, não conseguimos coletar documentos que tratassem sobre essa questão. Entretanto, na Portaria nº 2.706, de 18 de outubro de 2017 do MS (BRASIL, 2017f), que traz a lista dos municípios que finalizaram a adesão ao Programa Saúde na Escola para o ciclo 2017/2018 e os habilita ao recebimento do teto de recursos financeiros pactuados em Termo de Compromisso. O que mostra que, desde a sua implantação, em 2009, até 2016, o município ainda não havia recebido nenhum recurso destinado a financiar as ações do PSE, e que somente a partir de 2017 começou a receber tais recursos.

Na entrevista, a CPS informou que o PSE estava inadimplente, quando ela assumiu a coordenação em 2017; por esse motivo não recebia recursos financeiros. Foi somente em 2019 que o município começou a receber o repasse financeiro para o Programa, apesar da Portaria nº 2.706/2017 mostrar que, já em 2017, os recursos estavam disponíveis. Mesmo recebendo tais

recursos, a CPS informou que a coordenação não tem ingerência sobre eles, o que acabou levando os profissionais que atuam no PSE a utilizar seus próprios recursos para custear algumas ações pela falta de ajuda financeira por parte da SMS e da SEMEC.

[...] como o PSE estava inadimplente, a gente não recebia recurso e não houve incentivo financeiro, nem saúde e nem educação na verdade a saúde ainda compra o flúor, tem balança alguns equipamentos que elas precisam, mas a educação não dava nada. [...] trabalhamos o primeiro ano segundo ciclo com recursos próprios. Próprios mesmo, pois os materiais que usamos são nossos e foram comprados e produzidos com nossos próprios recursos. [...] eu tenho algumas listas recebidas da SEMEC, onde fazemos o pedido desse material, mas nunca recebemos de fato. [...] já saiu o edital e Tucuruí está como uma cidade habilitada para receber recursos. [...] não temos acesso a esses recursos, quando queremos alguma coisa a gente pede (CPS, informação verbal).

Sobre a gestão do recurso financeiro destinado ao PSE, em Brasil (2011a) fica claro a definição de que tais recursos devem ser geridos entre a saúde e a educação, sob a responsabilidade do GTI-M; no entanto, como em Tucuruí não existe o GTI-M, a gestão do recurso acaba centralizada na SMS, impossibilitando que a coordenação do PSE participe da gestão dos recursos financeiros, o que acaba causando prejuízo no andamento das ações.

A centralização da gestão dos recursos financeiros tem prejudicado a execução de ações nesses tempos de pandemia, quando recursos extras foram destinados a todos os municípios brasileiros que aderiram ao ciclo 2019-2020 do PSE para prevenção e combate ao coronavírus. Tucuruí estava habilitado a receber R\$ 176.090,00 para ações de preparação ao retorno das aulas presenciais, por meio da Portaria nº 1.857, de 28 de julho de 2020, que dispõe sobre a transferência de incentivos financeiros aos Municípios e ao Distrito Federal para combate à Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus/Covid-19, considerando as escolas públicas da rede básica de ensino.

O recurso recebido pelo município para ações de preparação ao retorno das aulas presenciais é bastante significativo, sendo quase o triplo do valor recebido pelo PSE nos dois ciclos investigados (Tabela 5). Entretanto, conforme a CPS, por meio de documento apresentado, este recurso extra ainda não havia sido executado pela SMS até a primeira quinzena de dezembro/2020, apesar de a CPS ter encaminhado uma planilha orçamentária (Anexo G) com materiais necessários para realização das ações. Isso acaba inviabilizando todo o planejamento organizado para o enfrentamento do coronavírus no retorno das aulas presenciais no município de Tucuruí.

Vemos aí mais um descompromisso da gestão municipal com o Programa, coisa que já observamos na implantação do PSE, na criação do GTI-M e na implementação de instrumentos próprios de monitoramento das ações do PSE.

A gestão do Programa de forma centralizada, e não de modo intersetorial, não é problema apenas do PSE de Tucuruí. Ela também foi identificada em vários municípios investigados no estudo realizado por Sousa, Esperidião e Medina (2017).

Para Gomes (2012), é preciso desvincular o recurso das equipes da Estratégia da Saúde da Família e vinculá-los diretamente ao GTI-M. Chiari et al. (2018) vão mais além e identificam que, mesmo com o GTI-M implantado, os profissionais que faziam parte do Grupo não conheciam como funcionava a gestão dos recursos financeiros.

Retomando a fala da CPS, na qual apontou as dificuldades do município em receber recursos do PSE pela inadimplência e falta de organização na gestão do Programa, vemos uma contradição no que se refere à falta de recursos para as ações de saúde na escola – pois, mesmo com a dificuldade financeira, e precisando de recursos, o município de Tucuruí foi um dos quatro municípios, da Região do Lago de Tucuruí, que não aderiu ao Programa Crescer Saudável (Tabela 5, p. 127), o qual, além de somar com as ações do PSE, habilita o município a receber recursos financeiros específicos para sua execução.

O Crescer Saudável veio para somar com as ações do PSE e tem financiamento próprio, de modo que “consiste em um conjunto de ações a serem implementadas com o objetivo de contribuir para o enfrentamento da obesidade infantil no país por meio de ações a serem realizadas no âmbito do Programa Saúde na Escola [...]” (BRASIL, 2019b, p. 6).

Tabela 5 - Municípios da Região do Lago de Tucuruí habilitados a receberem incentivo financeiro referente à implantação dos programas Saúde na Escola e Crescer Saudável

Município	Quantidade de Alunos PSE		Programa Saúde na Escola Ciclos investigados		Programa Crescer Saudável	Total de recursos nos dois ciclos
	Ciclo 2017-2018	Ciclo 2019-2020	1º Ciclo 2017-2018	2º Ciclo 2019-2020	Ciclo 2019-2020	
Breu Branco	6.093	13.191	12.676,00	21.676,00	18.092,03	52.444,03
Goianésia	8.384	7.158	15.676,00	14.676,00	*	30.352,00
Itupiranga	10.082	10.764	17.676,00	18.676,00	12.422,30	48.774,30
Jacundá	12.141	11.947	20.676,00	20.676,00	14.481,72	55.352,32
Nova Ipixuna	3.797	3.836	9.676,00	10.676,00	*	30.352,00
Novo Repartimento	11.325	11.242	19.676,00	19.676,00	*	39.352,00
Tucuruí	18.586	22.803	28.676,00	33.676,00	*	62.352,00

Fonte: anexo da Portaria nº 2.706/2017 (BRASIL, 2017f) e da Portaria nº 2.264/2019 (BRASIL, 2019f) e (MS)

*Municípios que não aderiram ao Programa Crescer Saudável

A Tabela 5, acima, ilustra a evolução do quantitativo da pactuação de estudantes e do incentivo financeiro destinado a cada município que compõe a Região do Lago de Tucuruí. Os números mostram que alguns municípios ampliaram o quantitativo de estudantes pactuados e conseqüentemente tiveram o incentivo financeiro elevado, do primeiro para o segundo Ciclo, enquanto outros diminuíram. Porém, o que chama a atenção nessa tabela é o fato de mais da metade dos municípios não ter aderido ao Programa Crescer Saudável, deixando de receber recursos que poderiam somar aos do PSE, inclusive o município de Tucuruí.

3.3.3 As repercussões trazidas pelas ações do PSE para a melhoria da qualidade da saúde e da aprendizagem dos educandos nas escolas de Tucuruí

O desenvolvimento de ações de saúde na escola, por meio do PSE, pode contribuir com a melhoria da saúde e aprendizagem dos estudantes na escola básica brasileira por meio das ações do Programa; isso é o que preconiza o Governo Federal. Para o Ministério da Educação (MEC) e o Ministério da Saúde (MS), o PSE é um grande aliado no combate às vulnerabilidades que porventura possam prejudicar o processo educacional na escola básica (BRASIL, 2007a).

Segundo o MS e o MEC, “o Programa Saúde na escola foi, originalmente, concebido como um Programa capaz de reunir condições singulares para suprimir vulnerabilidades que colocam em risco a saúde dos educandos e, por conseguinte o processo de ensino e de aprendizagem” (BRASIL, 2017d, p. 1).

Para Ferolla, Passador e Passador (2019) e Farias et al. (2016), a escola é um espaço que pode atender ao mesmo tempo a um grande número de estudantes e promover ações que fomentem mudanças de comportamentos e hábitos.

Para Gomes (2012), quando o PSE foca na atenção integral ao estudante, promove conseqüências positivas no que se refere ao processo de aprendizagem, bem como às questões de saúde. Ele também afirma que “[...] a saúde pode ser pensada enquanto tema de ensino/aprendizagem para a produção do conhecimento” (GOMES, 2012, p. 3); e que as escolas devem trabalhar a temática da saúde, “[...] de modo a integrá-la ao processo de ensino-aprendizagem [...]” (GOMES, 2012, p. 150).

Considerando o exposto nesse tópico, apresentamos de que modo as ações desenvolvidas pelo PSE têm contribuído na melhoria da qualidade da saúde e da aprendizagem dos educandos nas escolas de Tucuruí. As inferências apontadas a seguir se deram com base na análise das entrevistas realizadas com a CPS e com o gestor escolar que mais se destacou nas parcerias da escola com o PSE, segundo a própria coordenadora do Programa.

Em termos de melhoria da saúde, os resultados observados pela CPS nos alunos e nas alunas das escolas de Tucuruí a partir das ações de saúde desenvolvidas pelo PSE foram sobre a obesidade, o *bullying*, os problemas emocionais e psicológicos, aborto, abuso sexual, automutilação, suicídio, problemas odontológicos. Para o gestor escolar, os resultados observados foram na questão da higienização dos alunos e na prevenção das drogas.

Na entrevista, a CPS aponta que o estudante obeso tem problemas de relacionamento, emocionais, psicológicos e cognitivos, por conta do *bullying*, o que acaba levando-o a ter dificuldades de aprendizagem. Logo, a atuação do PSE na superação de tais problemas pode contribuir para melhoria da saúde e da aprendizagem dos estudantes atendidos.

Também identificaram o caso de crianças que sofriam abusos, e a coordenação do PSE acabava acionando o NASF e o CAPES e outras equipes que fossem necessárias para atender a essa criança, relatou a CPS. Além disso, houve caso de tentativa de suicídio, sobre o qual a escola nem sabia; mas durante as ações do PSE, as alunas pediram ajuda. Também havia crianças que tinham vergonha de falar e sorrir por causa dos dentes estragados; nestes casos, o PSE atuava diariamente nas escolas. Segundo a CPS, é para melhorar esses problemas que as ações do PSE devem atuar.

O aluno obeso, por exemplo, ele tem vergonha. Ele sofre bullying, com isso ele tem dificuldade de relacionamento [...] problemas emocionais, psicológicos e cognitivos, com isso ele vai ter dificuldade de aprendizagem [...]. Nós já tivemos criança que descobrimos abuso, através das ações do programa. [...]. Alunas com tentativa de suicídio, que estavam se mutilando se cortando e nem a escola sabia, mas depois das ações elas se identificaram e pediram ajuda [...]. Crianças que relatavam que tinham vergonha de falar e de sorrir porque os dentes estavam todos estragados [...], a gente conseguiu fazer bem intenso esse atendimento odontológico (CPS, informação verbal).

Este resultado apareceu de forma espontânea, principalmente com relação a higienização de nossos alunos. Na prevenção com relação as drogas, pois foi um tema que foi muito discutido e apresentado em forma de cartazes pelos corredores da escola, teatro encenando dramatizações, hanseníase e seus cuidados e outros (Gestor escolar, informação verbal).

Apesar dos supostos resultados apresentados pela CPS e pelo gestor escolar sobre possíveis melhorias em termos de saúde verificadas nos educandos, ambos não apresentaram nenhum relatório, planilha ou qualquer outro tipo de documento que confirmasse tais resultados. Dessa forma, não é possível afirmar se o PSE de Tucuruí vem contribuindo para melhoria da saúde dos educandos das escolas no município.

Quanto aos resultados em termos de aprendizagem, a CPS relatou que ainda não foi possível percebê-los, já que ela entende como a avaliação da aprendizagem é uma questão mais

profunda, afirmando que seria necessário um novo sistema de avaliação municipal que relacionasse as temáticas de saúde trabalhadas pelo PSE com o conteúdo das disciplinas, aplicando-os nas avaliações bimestrais. Entretanto, o gestor escolar aponta que a escola percebeu nos educandos uma melhora no conhecimento dos conteúdos das disciplinas, mas não mencionou em quais disciplinas nem em quais tipos de conhecimentos houve essa melhora.

Foi possível observar mediante os resultados de algumas disciplinas onde nos mostrou que nossos alunos tinham informações e mais conhecimentos aprofundados com relação ao conteúdo das disciplinas, que de uma forma tinha ligação com as ações desenvolvidas pelo PSE (Gestor escolar, informação verbal).

Portanto, como a CPS e o gestor escolar não apresentaram dados concretos que nos permitam relacionar as ações de saúde desenvolvidas pelo PSE com a melhoria da aprendizagem dos educandos, nos arriscamos a trazer os dados do IDEB para fazermos uma analogia entre as ações desenvolvidas e melhoria da aprendizagem.

Sabemos que o resultado do IDEB não deve ser tomado como único e exclusivo critério de avaliação para verificarmos a qualidade do ensino ofertado e/ou o aprendizado na escola, mas são os únicos dados possíveis que conseguimos, o que nos impede de trazer resultados mais concretos sobre a melhoria da aprendizagem por meio das ações do PSE.

Portanto, podemos apontar, se considerarmos o resultado das notas do IDEB das escolas municipais de Tucuruí, que as ações de saúde desenvolvidas pelo PSE nas escolas podem não estar contribuindo para melhoria da aprendizagem dos educandos. Isso porque, quando observamos as notas do IDEB nos anos de 2017 e 2019, período que engloba os ciclos investigados, vemos que, no Ensino Fundamental, séries iniciais (Tabela 1), a nota de 2017 ficou estagnada em relação a de 2015, enquanto a nota de 2019 não alcançou a meta prevista. Já no Ensino Fundamental, séries finais (Tabela 2), tanto em 2017 quanto em 2019, o município não alcançou as metas previstas.

Para a CPS, a melhor forma de verificar se as ações de saúde estão influenciando na melhoria do aprendizado, o ideal seria que as temáticas fossem relacionadas com o conteúdo das disciplinas da escola, para serem usadas nas provas e servir como critérios avaliativos. Mas, segundo ela, isso ainda não foi possível porque falta articulação entre a escola e a educação municipal, a partir das possibilidades que podem ser desenvolvidas pelo Programa. Ela diz que ainda há resistência, somada ao problema da descontinuidade administrativa.

A gente trabalha com temáticas como drogas, DST, sexualidade dos Adolescentes, bullying cultura da Paz, higiene e saúde, consciência corporal. [...] essas temáticas poderiam ser avaliadas em questão de prova, passariam a

ser critérios avaliativos pelo professor em sala de aula (CPS, informação verbal).

Mas isso não acontece porque a gente ainda não conseguiu articular, de verdade, a escola e educação dentro das possibilidades que seriam programa. Ainda existe resistência e dificuldades, pois quando a gente a encaixar alguma coisa, aí troca equipe, troca coordenador, troca diretor, troca equipe da escola, troca a equipe da saúde, sai secretário, troca todo mundo [...]. O programa que já está em andamento [...], que é de outro gestor, aí as vezes ele quer mudar quer colocar a marca dele, a marca da sua sugestão, aí começa a mudar tudo. Um exemplo disso é que não tem coordenador lá na saúde (CPS, informação verbal).

A sugestão dada pela CPS de relacionar as temáticas desenvolvidas nas ações de saúde com o conteúdo das disciplinas da escola e utilizadas nas avaliações bimestrais, para supostamente influenciar na melhoria do aprendizado dos educandos, não condiz com as diretrizes e objetivos do Programa. O referencial teórico da pesquisa e a base legal do PSE nos mostraram que as temáticas de saúde devam ser incluídas no PPP da escola de acordo com sua proposta pedagógica, para serem trabalhadas em forma de projetos e ações que estimulem o educando a mudar seu comportamento, passando a adotar um estilo de vida mais saudável, e não para serem utilizadas como conteúdos avaliativos.

Como exemplo da descontinuidade administrativa, ela cita a atitude de uma nova coordenadora da Atenção Básica da Saúde (AB) que, antes de se apresentar em uma reunião, disse que era para cortar tudo do PSE, porque não se justificava uma equipe de profissionais dentro do programa. Mesmo não querendo que os profissionais da saúde estivessem engajados diretamente no PSE, a coordenadora da AB finaliza a reunião dizendo que é obrigação do município e da escola trabalharem a temática da promoção da saúde para a qualidade de vida dos educandos

No dia da pactuação desse novo ciclo [...] a coordenadora da Atenção Básica, antes de se apresentar, ninguém a conhecia, ela já foi dizendo que ia cortar tudo que estava dentro do programa porque não justificava ter uma equipe dentro do PSE porque o incentivo financeiro que vem não paga nem o salário de enfermeiro durante um ano [...] (CPS, informação verbal).

É obrigação do município trabalhar as temáticas da saúde nas escolas. É obrigação das escolas trabalharem a temática da promoção da saúde para a qualidade de vida dos educandos [...] a visão deles é essa: se não tem dinheiro, não tem porque fazer, não tem como fazer (CPS, informação verbal).

O posicionamento da coordenadora da AB só vem confirmar o que Lorenzetti et al. (2014) têm apontado sobre a gestão no setor da saúde. Para os autores não é qualquer profissional que sabe ser gestor, razão por que alertam para a falsa ideia de que a administração

se aprende na prática. Nesse estudo, eles identificaram que os profissionais estavam despreparados para o exercício da administração pública.

A CPS ainda tece algumas considerações sobre a relação do programa com o trabalho do professor na escola, dizendo que os estudantes precisam de motivações para superar os problemas que interferem no aprendizado. Ela diz que identifica esses problemas, mas o PSE é quem precisa atuar no enfrentamento. Entretanto ainda há dificuldades de acessar os profissionais do Programa, e o PSE precisa chegar até a escola para cuidar dos alunos, deixando o professor focar apenas no ensino e aprendizagem.

Esses alunos, que atendemos no programa, precisam estar motivados. Eu preciso cuidar do aluno que está cheio de problemas sociais e com problemas de saúde, que interfere diretamente no aprendizado [...]. Faço diagnóstico na aula, nas conversas, mas o atendimento quem deve fazer é sempre o PSE articulado com as outras redes de atendimento [...], articulado com o psicólogo, assistente social, com todo mundo da Saúde é que deveria funcionar com esses profissionais, mas aí ainda existe uma quebra muito grande nessa ponte de acesso a esse profissional [...]. Esse programa tem que chegar no professor [...], pois ele tiraria a sobrecarga do professor [...], pois o aluno com uma boa saúde mental e saúde física permitiria que o professor focasse mais no aprendizado (CPS, informação verbal).

Na fala final da CPS, percebemos sua preocupação quanto a iniciativas complementares às ações desenvolvidas pelo PSE; isso ratifica nosso posicionamento de que as ações do Programa não estão articuladas de forma intersetorial. A ação que deveria acontecer por envolver toda escola e todos os profissionais de saúde, necessária para alcançar os objetivos do Programa, acaba acontecendo de forma fragmentada e isolada.

Percebemos com isso que o PSE não consegue articular o setor da saúde nem o próprio professor na escola. Dessa forma, o que nos parece é que o PSE desenvolve as ações de saúde na escola e, mesmo identificando as necessidades dos educandos que precisam ser atendidos pelo setor da saúde, o atendimento muitas vezes acaba por não ser realizado.

4 CONCLUSÃO

Ao longo do texto, apresentamos com esta investigação sobre o PSE de Tucuruí nasceu a partir das inquietações vivenciadas ao longo da minha vida acadêmica e profissional, atuando na escola. Na atuação como educador, pude observar que a massificação das tecnologias e o maior acesso às redes sociais têm contribuindo para que nossas crianças e jovens em idade escolar apresentem uma série de problemas capazes de favorecer o desenvolvimento de doenças, levando também ao aumento do isolamento social, o que pode contribuir com a dificuldades na aprendizagem.

Observamos ainda que os estudantes apresentam comportamento de risco ao consumir álcool, usar drogas, não praticar sexo seguro, não fazer ingestão de alimentos saudáveis e não ter o hábito de praticar atividades físicas diárias. Aliado a isso tudo, vimos que outros agravos têm acometido essa faixa-etária da população, como as doenças crônicas não transmissíveis e todo tipo de violência, a exemplo de violência física, sexual e *bullying* ou assédio moral, violência familiar, assaltos, entre outros.

Vimos que toda essa problemática apresentada precisa ser combatida fora e dentro da escola. Neste sentido, apontamos no texto a importância do Programa Saúde na Escola (PSE) e mostramos que, por meio das ações de saúde, ele pode ser um grande aliado nessa tarefa de promover a saúde e combater a doença. Tal afirmação foi baseada principalmente no Decreto de criação do Programa, que propõe como finalidade “contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde” (BRASIL, 2007a, p. 1); e, como objetivo principal, “fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar” (BRASIL, 2007a, p. 1).

Diante do exposto, foi apresentado como problema central: de que modo vem sendo realizada a gestão do PSE no município de Tucuruí, pelas secretarias de educação e saúde? A inquietude com o problema nos despertou o interesse em aprofundar os conhecimentos sobre o PSE no município de Tucuruí-PA. Mostramos que a escolha desse município se deu por ele possuir algumas características, apresentadas no tópico da caracterização, que o diferenciam dos demais municípios que compõem a Região de Integração do Lago de Tucuruí.

O trabalho de investigação se debruçou sobre o seguinte **objeto**: a gestão do PSE no município de Tucuruí, nos Ciclos de 2017-2018 e 2019-2020. Para investigarmos tal objeto de estudo, fomos buscar as respostas às seguintes **indagações**: como vem sendo realizada a gestão

do PSE em Tucuruí? De que modo o PSE, através da gestão das secretarias de Educação e Saúde, vem desenvolvendo as ações para promover a saúde e combater as doenças?

Para respondê-las, definimos como **questão principal**: de que modo vem sendo realizada a gestão do PSE no município de Tucuruí pelas secretarias de Educação e Saúde? Os **questionamentos secundários buscaram saber sobre** os procedimentos adotados, as ações desenvolvidas e os resultados em termos de saúde e aprendizagem obtidos por meio das ações do PSE nas escolas.

Diante de tais questões, definimos como **objetivo geral**: analisar o modo pelo qual a gestão do PSE no município de Tucuruí vem sendo realizada pelas secretarias de educação de saúde nos Ciclos de 2017-2018 e 2019-2020. Para melhor compreensão do objeto, desdobramos o objetivo geral em **objetivos específicos** como: identificar procedimentos de planejamento; mapear ações desenvolvidas; e verificar resultados em termos de saúde e aprendizagem.

Na busca pelas respostas aos questionamentos apresentados, verificamos com a pesquisa que o PSE é um programa muito importante para PS na escola, que foi criado para atender a todos educandos da escola básica, mas que ainda não foi universalizado a todos e a todas por conta da distinção entre escolas prioritárias e não prioritárias. Assim, verificamos a necessidade de que sua gestão seja feita de modo intersetorial, possibilitando que as ações de saúde possam ser desenvolvidas de forma sistemática e contínua, de modo que venham a contribuir com a saúde e aprendizagem dos educandos.

Verificamos ainda que a adesão ao Programa, pelos municípios, é uma iniciativa importante para que as escolas possam receber e desenvolver ações de saúde e tê-las como aliadas na melhoria da saúde e do aprendizado dos educandos. Entretanto, no município de Tucuruí, o PSE teve início, em 2009, de forma improvisada, sem a formação do GTI-M, e continua dessa forma, sem o Grupo de Trabalho, até o período dos dois ciclos investigados. Nesse período, o Programa foi e continua sendo gerido por uma coordenação na SEMEC.

Com isso, concluímos que a inexistência do GTI-M tem prejudicado a gestão do Programa, impossibilitando que a gestão de modo intersetorial seja implementada, algo a dificultar que sejam alcançados alguns objetivos previstos no Decreto de criação do PSE e na Portaria Interministerial que o reestruturou.

Isso ocorreu porque na implantação do Programa em Tucuruí a gestão municipal não constituiu nenhum tipo de coordenação, ficando o PSE sob a responsabilidade de apenas um profissional da saúde. Outra questão é que, quando a coordenação atual foi implementada, não houve a preocupação em selecionar para o Programa os profissionais com perfis para a gestão do PSE; ao contrário, a escolha ocorreu somente para colocar alguém em um espaço que estava

desocupado, conforme fala da Secretária de Educação, reproduzida na entrevista pela CPS: “[...] Então ela falou: “tu já estás na coordenação de Ciências, então fica com esse Programa”.

Tudo isso reafirma o descompromisso político administrativo da gestão municipal com o PSE, o que nos leva a apontar que, desde a implantação do PSE em Tucuruí, até os ciclos investigados, a gestão local não demonstrou muita importância para com o Programa, chegando ao ponto de não instituir o GTI-M. A ausência do grupo de trabalho foi fator preponderante para a má gestão do PSE, causando prejuízo aos estudantes que poderiam ter sido assistidos com mais ações de promoção da saúde, de modo que tais ações pudessem contribuir com a melhoria da saúde e do aprendizado dos mesmos.

Considerando tais problemas e dificuldades apresentadas – desde a implantação do PSE em Tucuruí até a adesão dos ciclos investigados –, podemos afirmar que o planejamento das ações é atualmente executado, exclusivamente, pela coordenação do PSE/SEMEC e não pelo GTI-M, com participação de outros setores, a exemplo da SMS. Isso tem fragilizado a gestão, que deixa de ser intersetorial e passa a ser setorizada por meio da coordenação na SEMEC.

A gestão do PSE em Tucuruí, sendo setorizada, gera um agravante ainda maior, porque vimos ao longo do texto que a gestão de políticas públicas, como o caso do PSE, vale-se de instrumentos de gestão, como planejamento, monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas, para que tenha sucesso. No caso do PSE de Tucuruí, o monitoramento das ações é realizado de forma oficial pelo SISAB, ao qual somente a SMS tem acesso; isso acaba inviabilizando um acompanhamento mais efetivo por parte da coordenação do PSE na SEMEC; além de ser preciso mencionar a inexistência de instrumentos de avaliação do Programa.

Sendo gerido de forma setorizada, com um planejamento e monitoramento fragmentados, sem instrumentos de avaliação, o PSE certamente não terá a capacidade de desenvolver ações capazes de contribuir para a melhoria da saúde e aprendizagem dos educandos da escola básica, como verificamos no PSE do município de Tucuruí. Um processo gestorário feito assim acaba levando a um movimento cíclico negativo para a gestão do PSE.

Apesar das dificuldades enfrentadas pelo PSE no que tange ao planejamento, ao monitoramento e a avaliação das ações, a permanência da CPS foi importante para o Programa, pois em meio a uma troca constante de gestores municipais, o que tende a levar a uma descontinuidade administrativa, prejudicando os programas e projetos, ela se manteve na coordenação dando continuidade aos trabalhos e possibilitando que as ações de saúde chegassem às escolas. O que ocorria é que a cada novo Secretário de Educação que era

nomeado, a coordenadora tinha que apresentar o Programa e, de alguma forma, convencê-lo da importância de desenvolver ações do PSE nas escolas.

É importante salientar que, mesmo com dedicação, empenho e boas ideias, a coordenadora sem apoio irrestrito da gestão municipal, pouco conseguiria fazer para colocar em prática todos objetivos e diretrizes do Programa. O que ocorria é que a cada novo Secretário de Educação que era nomeado, a coordenadora tinha que apresentar o Programa e, de alguma forma, convencê-lo da importância de desenvolver ações do PSE nas escolas.

O PSE é um programa grandioso de promoção da saúde na escola e merece toda atenção por parte dos gestores municipais. Neste sentido, os caminhos que apontamos, para a melhoria do Programa são simultâneos e convergentes, e cada esfera de governo deve seguir aquele de sua competência.

Ao governo federal caberia criar novos mecanismos para ampliar ainda mais a abrangência do PSE, de modo a extinguir a separação das escolas em prioritárias e não prioritárias, já que todos os educandos necessitam e merecem receber orientação sobre promoção da saúde. Também é preciso melhorar o financiamento, o ponto de ele poder custear as ações, de alguma forma responsabilizar os gestores municipais que não instituírem o GTI-M e garantir formação continuada para os profissionais que atuam no Programa.

À gestão municipal, atual, recai a tarefa de recuperar o tempo perdido. Trabalhar para que a descontinuidade administrativa não seja um entrave na condução do PSE e superar o modelo setorializado de gestão do Programa, de modo a reconhecer o PSE como um programa importante, de abrangência nacional, que promove ações de saúde na escola, dispondo de apoio irrestrito para que sua gestão seja aquela orientada pelos pressupostos legais, com a implantação da gestão intersetorial do Programa por meio da formação do GTI-M e com a participação da escola e de outros setores do governo, além da educação e da saúde. Tudo isso para garantir que o PSE tenha a capacidade e condições necessárias para desenvolver ações, em parceria com as escolas, de modo a contribuir com a melhoria da saúde e da aprendizagem dos educandos nas escolas públicas de educação básica em Tucuruí.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, L. C. C. S. **A gestão do risco social na escola em documentos de promoção da saúde (2005 a 2015): análise da implicação do professor.** 2018. 200 f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal do Pará, Belém, 2018.
- ALVES, G. G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 319-325, 2011.
- ANDRÉ, M. O que é um estudo de caso qualitativo em educação? **Revista da FAEEBA: Educação e Contemporaneidade**, Salvador, v. 22, n. 40, p. 95-103, jul./dez. 2013.
- BALDISSERA, V. D. A. Editorial - Modelo radical de educação em saúde: possibilidades e desafios. **Cienc Cuid Saude**, v.10, n. 1, p. 7-8, jan./mar. 2011.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** São Paulo: Edições 70, 2009.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** São Paulo: Edições 70, 2011.
- BARILLI, E. C. C.; PESSÔA, L. R. A intersectorialidade saúde e educação para a construção de escolas promotoras de saúde: percepções dos profissionais ligados ao curso a distância gestão de projetos de investimento em saúde. **Rev. Eletrônica-Tempus: Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 7, n. 2, p. 121-137, 2013.
- BEZERRA, I. M. P.; SOPRESO, I. C. E. Conceitos de saúde e movimentos de promoção da saúde em busca da reorientação de práticas. **J Hum Growth Dev**, v. 26, n. 1, p. 11-16, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde: Relatório final.** Brasília: Ministério da Saúde, 1986.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Presidência da República, [1988d]. Disponível em: <tinyurl.com/czskwlv>. Acesso em: 30 nov. 2020.
- BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [Lei Orgânica da Saúde]. Brasília, DF: Presidência da República, [1990]. Disponível em: <tinyurl.com/d73vyv>. Acesso em: 20 fev. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Informes Técnicos Institucionais. Projeto Promoção da Saúde. A promoção da saúde no contexto escolar. **Rev Saúde Pública**, v. 36, n. 2, p. 533-535, 2002.
- BRASIL. **Portaria nº 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004.** Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [2004a]. Disponível em: <tinyurl.com/y52wbnxr>. Acesso em: 20 fev. 2020.
- BRASIL. **Portaria MS/GM nº 827, de 5 de maio de 2004.** Cria a Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [2004b]. Disponível em: <tinyurl.com/yxomnrpb>. Acesso em: 21 fev. 2020.
- BRASIL. **Portaria nº 2.607/GM de 10 de dezembro de 2004.** Aprova o Plano Nacional de Saúde/PNS – Um Pacto pela Saúde no Brasil. Brasília, DF: Presidência da República, [2004c]. Disponível em: <tinyurl.com/y6qvqceh>. Acesso em: 21 fev. 2020.

BRASIL. **Portaria MS/GM nº 1.190, de 14 de julho de 2005.** Institui Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [2005]. <tinyurl.com/y6jprkmd>. Acesso em: 20 fev. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF: Presidência da República, [2006a]. Disponível em: <tinyurl.com/y3c8a6vu>. Acesso em: 10 jan. 2020.

BRASIL. **Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006.** Aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília, DF: Presidência da República, [2006b]. Disponível em: <tinyurl.com/yyugmnau>. Acesso em: 21 fev. 2020.

BRASIL. **Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007.** Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [2007a]. Disponível em: <tinyurl.com/rp3mcra> Acesso 20 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de educação popular e saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007c.

BRASIL. **Portaria Normativa Interministerial nº 18, de 24 de abril de 2007d.** Criar o Programa de Acompanhamento e Monitoramento do Acesso e Permanência na Escola das Pessoas com Deficiência Beneficiárias do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social - BPC/LOAS, com prioridade para aquelas na faixa etária de zero a dezoito anos. Brasília, DF: Presidência da República, [2007d]. Disponível em: <tinyurl.com/y6acg2tp>. Acesso em: 20 jan. 2020.

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). Brasília, DF: Presidência da República, [2008a.]. Disponível em: <tinyurl.com/y5zwsvc6>. Acesso em: 15 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação a Distância. Salto para o Futuro. **Saúde e Educação**, Brasília, ano XVIII, boletim 12, ago. 2008b.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 675, de 4 de junho de 2008c.** Institui a Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola. Brasília, DF: Presidência da República, [2008c]. Disponível em: <tinyurl.com/y3axfrgt>. Acesso em: 20 fev. 2020.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 1, de 12 de março de 2008b.** Estabelece os procedimentos e aprova os instrumentos para a adesão ao Programa de Acompanhamento e Monitoramento do Acesso e Permanência na Escola das Pessoas com Deficiência Beneficiárias do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social - BPC. Brasília, DF: Presidência da República, [2008d]. Disponível em: <tinyurl.com/yxlmxwm3>. Acesso em: 20 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

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

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 3.696, de 25 de novembro de 2010c.** 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. Brasília, DF: Presidência da República, [2010b]. Disponível em: <tinyurl.com/y2yf3g2t>. Acesso em: 29 abr. 2019.

BRASIL. **Portaria 1.084 de 11 de maio de 2010b**. Homologa os Termos de Compromisso de Gestão - TCG e publica os Termos de Limites Financeiros Globais - TLFG de Municípios. Brasília, DF: Presidência da República, [2010c]. Disponível em: <tinyurl.com/y5ht6yse>. Acesso em: 20 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Passo a passo PSE: Programa Saúde na Escola: tecendo caminhos da intersetorialidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **SGETS: políticas e ações**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF: Presidência da República, [2011c]. Disponível em: <tinyurl.com/h2ma9v8>. Acesso em: 20 fev. 2020.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 1.910, de 8 de agosto de 2011**. Estabelece o Termo de Compromisso Municipal como instrumento para o recebimento de recursos financeiros do Programa Saúde na Escola (PSE). Brasília, DF: Presidência da República, [2011d]. Disponível em: <tinyurl.com/y6ardfgd>. Acesso em: 24 abr. 2020.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 1.413, de 10 de julho de 2013**. Redefine as regras e critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE) por Estados, Distrito Federal e Municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações. Brasília, DF: Presidência da República, [2013]. Disponível em: <tinyurl.com/twyyyak>. Acesso em: 20 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNaPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

BRASIL. **Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014b**. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. Disponível em: <tinyurl.com/ybferdn>. Acesso em: 15 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno do gestor do PSE**. Brasília: Ministério da Saúde; Ministério da Educação, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de planejamento no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a.

BRASIL. **Pesquisa nacional de saúde do escolar: 2015** / IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. – Rio de Janeiro: IBGE, 2016b.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa nacional por Amostra de Domicílio – Pnad. Práticas de esporte e atividade física**. Rio de Janeiro: IBGE, 2017f. Disponível em: <tinyurl.com/y4nuj5h2>. Acesso em: 3 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 1.055, de 25 de abril de 2017**. Redefine as regras e os critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola - PSE por estados, Distrito Federal e municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações. Brasília, DF: Presidência da República, [2017b]. Disponível em: <tinyurl.com/y3oku5oq>. Acesso em: 20 de jun. 2018.

BRASIL. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Presidência da República, [2017c]. Disponível em: <tinyurl.com/y62k624s>. Acesso em: 20 fev. 2020.

BRASIL. **Nota Técnica nº 69/2017b.** Orientação para o desenvolvimento de ações do PSE. Coordenação Geral de Alimentação escolar (MS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017d. Disponível em: <tinyurl.com/y4lzz6cl>. Acesso em: 20 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Coordenação-geral de promoção da atividade física e ações intersetoriais. **Documento Orientador:** indicadores e padrões de avaliação - PSE ciclo 2017/2018. Brasília: Ministério da Saúde, 2017e. Disponível em: <tinyurl.com/y43uac36>. Acesso em: 05 dez. 2019.

BRASIL. **Portaria nº 2.706, de 18 de outubro de 2017.** Lista os Municípios que finalizaram a adesão ao Programa Saúde na Escola para o ciclo 2017/2018 e os habilita ao recebimento do teto de recursos financeiros pactuados em Termo de Compromisso e repassa recursos financeiros para Municípios prioritários para ações de prevenção da obesidade infantil com escolares. Brasília, DF: Presidência da República, [2017f]. Disponível em: <tinyurl.com/yyhj5t7m>. Acesso em: 17 fev. 2020.

BRASIL. **Manual de adesão ao Programa Saúde na Escola.** Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <tinyurl.com/y4llaf8>. Acesso em: 23 mar. 2019.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [População no último censo 2010]. **IBGE**, [on-line], 2019a. Disponível em: <tinyurl.com/y4e8kokr>. Acesso em: 22 nov. 2019e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Programa Crescer saudável:** alimente uma infância consciente/2019-2020. Brasília: Ministério da Saúde, 2019b.

BRASIL. Departamento de Atenção Básica. Painel de Adesões do Programa Saúde na Escola: Ciclo 2019-2020. **DAB**, [on-line], 2019c. Disponível em: <tinyurl.com/yy9xdb8q>. Acesso em: 3 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ações e Programas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2019d. Disponível em: <tinyurl.com/y64u5zkh>. Acesso em: 12 nov. 2019f.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Coordenação-geral de promoção da atividade física e ações intersetoriais. **Documento Orientador:** indicadores e padrões de avaliação - PSE ciclo 2019/2020. Brasília: Ministério da Saúde, 2019b. Disponível em: <tinyurl.com/y3crjlp>. Acesso em: 29 jul. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 2.264 de 10 de setembro de 2019c.** Define Municípios com adesão aos Programas Saúde na Escola (PSE) e Crescer Saudável para o ciclo 2019/2020, os habilita ao recebimento do teto de recursos financeiros pactuados em Termo de Compromisso e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [2019f]. Disponível em: <tinyurl.com/yyckpdxt>. Acesso em: 20 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: **Tesouro Eletrônico**, [on-line], 2020a. Disponível em <tinyurl.com/y4fe7sfh>. Acesso em: 12 fev. 2020.

BRASIL. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep). **Censo da Educação Básica 2019: notas estatísticas.** Brasília: Inep, 2020b. Disponível em: <tinyurl.com/y5nmt876>. Acesso em: 18 fev. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 1.857, de 28 de julho de 2020.** Dispõe sobre a transferência de incentivos financeiros aos Municípios e ao Distrito Federal para combate à Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo

Coronavírus/Covid-19, considerando as escolas públicas da rede básica de ensino. Brasília, DF: Presidência da República, [2020c]. Disponível em: <tinyurl.com/y4maflza>. Acesso em: 22 nov. 2020.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População estimada: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Estimativas da população residente com data de referência 1º de julho de 2020. **IBGE**, [on-line], 2020d. Disponível em: <tinyurl.com/y4e8kokr>. Acesso em: 22 nov. 2020.

BRASIL. **Portal do Ministério do Planejamento**, [on-line], 2020e. Disponível em: <tinyurl.com/y55a3oxl> Acesso em: 12 fev. 2020.

BRASIL. **Portal do Ministério da Saúde**, [on-line], 2020f. Disponível em: <tinyurl.com/y44zy7jf>. Acesso em: 12 fev. 2020.

BRASIL. **Portal do Ministério da Saúde**, [on-line], 2020g. Disponível em: <tinyurl.com/y22pyeuq> Acesso em: 12 fev. 2020.

CARTA de Ottawa - Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. **Portal do Ministério da Saúde**, [on-line], [1986]. Disponível em: <tinyurl.com/yxhlxgew> Acesso em: 20 fev. 2020.

CASEMIRO, J. P.; FONSECA, A. B. C.; SECCO, F. V. M. Promover saúde na escola: reflexões a partir de uma revisão sobre saúde escolar na América Latina. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p. 829-840, 2014.

CAVALCANTI, P. B.; LUCENA, C. M. F.; LUCENA, P. L. C. Programa Saúde na Escola: interpelações sobre ações de educação e saúde no Brasil. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 14, n. 2, p. 387-402, ago./dez. 2015.

CAVALCANTI, P.B.; BATISTA, K. G. S.; SILVA, R. S. A estratégia da intersetorialidade como mecanismo de articulação nas ações de saúde e assistência social no município de Cajazeiras-PB. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, INTERSETORIALIDADE E FAMÍLIA, 1., 2013, Porto Alegre. **Anais...** Porto Alegre: SIPINF, 2013.

CHIARI, A. P. G.; FERREIRA, R. C.; AKERMAN, M.; AMARAL, J. H. L.; MACHADO, K. M. SENNA, M. I. B. Rede intersetorial do Programa Saúde na Escola: sujeitos, percepções e práticas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 5, e00104217, 2018

CHIZZOTTI, A. J. **Pesquisa Qualitativa em Ciências Humanas e Sociais**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

COSTA, F. G. S. N. **Modelo lógico**: instrumento de avaliação para a estratégia saúde da família no Distrito Federal. 2018. 171 f. Dissertação (Mestrado em Gestão Pública) – Universidade de Brasília, Brasília, 2018.

CURY, C. R. J. A Educação Básica no Brasil. Revista **Educ. Soc.**, Campinas, v. 23, n. 80, p. 168-200, set. 2002.

CUSTÓDIO, A. V.; SILVA, C. R. C. A intersetorialidade nas políticas sociais públicas. In: SEMINÁRIO NACIONAL DEMANDAS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA, 11., 2015, Santa Cruz do Sul. **Anais...** Santa Cruz do Sul: UNISC, 2015.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da Saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p. 39-53.

EVOLUCIONAL. Consolidação das notas por escola do Enem 2019 - resultados sem redação. **Evolucional**, [on-line], [201-]. Disponível em: <tinyurl.com/y5ksclmo>. Acesso em: 17 set. 2020.

FALKENBERG, M. B.; MENDES, T. P. L.; MORAES, E. P.; SOUZA, E. M. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p. 847-852, 2014.

FARIAS, I. C. V.; DE SÁ, R. M. P. F.; FIGUEIREDO, N.; MENEZES FILHO, A. Análise da Intersetorialidade no Programa Saúde na Escola. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 2, p. 261-267, abr./jun. 2016

FERREIRA, I. R. C.; MOYSÉS, S. J.; FRANÇA, B. H. S. F.; CARVALHO, M. L.; MOYSÉS, S. T. Percepções de gestores locais sobre a intersetorialidade no Programa Saúde na Escola. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 56, p.61-76, jan./mar. 2014.

FERREIRA, V. S. C.; SILVA, L. M. V. Intersetorialidade em saúde: um estudo de caso. In: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. (Org). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. p. 103-150.

FEROLLA, L. M.; PASSADOR, C. S.; PASSADOR, J. L. Dez anos da política pública intersetorial programa saúde na escola: panorama descritivo por análise documental. **Revista Publicatio UEPG - Ciências Sociais Aplicadas**, Ponta Grossa, v. 27, n. 2, p. 139-149, maio/ago. 2019.

FIGUEIREDO, A.; VILA MAIOR, M.; SOUSA, S.; RIBEIRO, E.; CORDEIRO, L. Comportamentos de risco em adolescentes: estudo exploratório centrado nas diferenças entre rapazes e raparigas. **Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente**, v. 9, n. 2, p. 93-102, 2018.

FIGUEIREDO, T. A. M.; MACHADO, V. L. T.; ABREU, M. M. S. A saúde na escola: um breve resgate histórico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 2, p. 397-402, 2010.

FRANKLIN, T. A. F.; CARDOSO, L. K. B.; VEIGA, L. D. B.; NERY, A. A.; CASOTTI, C. A. Comportamentos de Risco a Saúde em Adolescentes Residentes em Município de Pequeno Porte. **Rev Fund Care Online**, v. 10, n. 3, p. 704-710, jul./set. 2018.

FREIRE, P. De falar ao educando a falar a ele e com ele... In: FREIRE, Paulo. **Professora Sim, Tia Não: cartas a quem ousa ensinar**. São Paulo: Olho d'Água, 1997. p. 58-62.

FREIRE, P. **Educação e Mudança**. 12. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003.

GARCIA, L. M. T.; MAIO, I. G.; SANTOS, T. I.; FOLHA, C. B. J. C.; WATANABE, H. A. W. Intersetorialidade na saúde no Brasil no início do século XXI: um retrato das experiências. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 966-980, out./dez. 2014.

GADOTTI, M. Educação e Ordem classista. In: FREIRE, P. **Educação e Mudança**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003. p. 4-6.

GAUDENZI, P.; SCHRAMM, F. R. A transição paradigmática da saúde como um dever do cidadão: um olhar da bioética em Saúde Pública. **Interface: Comunic., Saude, Educ.**, v. 14, n. 33, p. 243-55, abr./jun. 2010.

GHIRALDELLI JR, Paulo. **O que é pedagogia**. 3. ed. São Paulo: Ed. Brasiliense, 2006.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa-social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

- GOMES, L. C. **O desafio da intersectorialidade**: a experiência do Programa Saúde na Escola (PSE) em Manguinhos, no Município do Rio de Janeiro. 2012. 173 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.
- JORGE, M. S. B.; LEITÃO, I. M. T. A.; SOUSA, F. S. P.; BRILHANTE, A. P. C. R.; OLIVEIRA, A. C. S. Gestão em Saúde: modelos, desafios e possibilidades. In: SILVA, R. M.; JORGE, M. S. B.; SILVA JUNIOR, A. G. (Org.). **Planejamento, gestão e avaliação nas práticas de saúde**. Fortaleza: EdUECE, 2015. p. 249-269.
- JUNQUEIRA, L. A. P. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersectorialidade. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 31-46, 1997.
- JUNQUEIRA, L. A. P.; INOJOSA, R. M.; KOMATSU, S. Descentralização e intersectorialidade na gestão pública municipal no Brasil: a experiência de Fortaleza. In: CONCURSO DE ENSAYOS DEL CLAD “EL TRÁNSITO DE LA CULTURA BUROCRÁTICA AL MODELO DE LA GERENCIA PÚBLICA: PERSPECTIVAS, POSIBILIDADES Y LIMITACIONES”, 11., 1997, Caracas. **Actas...** Caracas: CLAD, 1997.
- KUSCHNIR, R. C.; CHORNY, A. H.; LIRA. **Gestão dos sistemas e serviços de saúde**. 3. ed. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC; Brasília: CAPES; UAB, 2014.
- LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas 2003.
- LIMA, J. O.; FONSECA, V.; GUEDES, D. P. Comportamento de risco para a saúde de escolares do ensino médio de Barra dos Coqueiros, Sergipe, Brasil. **Rev. Bras. Ciênc. Esporte**, Florianópolis, v. 32, n. 2-4, p. 141-154, dez. 2010.
- LORENZETTI, J.; LANZONI, G. M. M.; ASSUITI, L. F. C.; PIRES, D. E. P.; RAMOS, F. R. S. Gestão em saúde no Brasil: diálogo com gestores públicos e privados. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 417-25, abr./jun. 2014.
- LÜCK, H. **Dimensões de gestão escolar e suas competências**. Curitiba: Editora Positivo, 2009.
- MACIEL, M. E. D. Educação em saúde: conceitos e propósitos. **Cogitare Enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 773-776, out./dez. 2009.
- MEDEIROS, E. R.; PINTO, E. S. G.; PAIVA, A. C. S.; NASCIMENTO, C. P. A.; REBOUÇAS, D. G. C.; SILVA, S. Y, B. Facilidades e dificuldades na implantação do Programa Saúde na Escola em um município do nordeste do Brasil. **Revista Cuidarte**, Santander, v. 9, n. 2, p. 2127-2134, 2018.
- MINAYO, M. C. S. Ciência, técnica e arte o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 28. ed. Petrópolis: Vozes, 2009. p. 9-30.
- MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, mar. 2012.
- MUSEU VIRTUAL TUCURUÍ. História de Tucuruí. **Museu Virtual Tucuruí**, [on-line], 2019. Disponível em: <tinyurl.com/y5vt8h55>. Acesso em: 9 dez. 2019.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO)**. [S. l.]: OMS, 1946. Disponível em: <tinyurl.com/yxjhwje>. Acesso em: 5 nov.2019.

PARÁ (Estado). **Decreto nº 1.066, de 19 de junho de 2008**. Dispõe sobre a regionalização do Estado do Pará e dá outras providências. Belém: Assembleia Legislativa do Pará, [2008]. Disponível em: <tinyurl.com/y6znwvj3>. Acesso em: 20 nov. 2019.

PARO, V. H. **Crítica da Estrutura da Escola**. São Paulo: Cortez, 2011.

PIMENTEL, A. O método da Análise Documental: seu uso em uma pesquisa historiográfica. *Cadernos de Pesquisa*, São Paulo, n. 114, p. 179-195, nov. 2001.

RAIZEL, R.; SILVA, V. G.; GODOIS, A. M.; ESPINOSA, M. M.; MACHADO, A. D.; DUARTE, S. J. H.; RAVAGNANI, C. F. C. Comportamentos de risco à saúde de adolescentes e atividades educativas da Estratégia Saúde da Família em Cuiabá, Mato Grosso, 2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 25, n. 2, p. 291-299, abr./jun. 2016.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, ano I, n. I, p. 1-15, jul. 2009.

SCLIAR, M. S. P. História do Conceito de Saúde. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SILVA, A. H.; FOSSÁ, M. I T. Análise de Conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. **Qualit@s Revista Eletrônica**, v. 17, n. 1, 2015.

SILVA, C. S.; DELORME, M. I. C. Apresentação das Experiências. In: BRASIL. **Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde, 2007. p. 21-30.

SILVA, C. S. **Saúde na escola: intersectorialidade e promoção da saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2019.

SILVA, R. M.; JORGE, M. S. B.; SILVA JUNIOR, A. G. (Org.). **Planejamento, gestão e avaliação nas práticas de saúde**. Fortaleza: EdUECE, 2015.

SILVA, T. O.; SILVA, L. T. Os impactos sociais, cognitivos e afetivos sobre a geração de adolescentes conectados às tecnologias digitais. **Revista Psicopedagogia**, São Paulo, v. 34, n. 103, p. 87-97, 2017.

SOUSA, M. C.; ESPERIDIÃO, M. A.; MEDINA, M. G. A intersectorialidade no Programa Saúde na Escola: avaliação do processo político-gerencial e das práticas de trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1781-1790, jun. 2017.

STAKE, R. E. Estudo de caso em pesquisa e avaliação educacional. **Educação e seleção**, n. 7, p. 5-14, 1983.

STOTZ, E. N. Enfoques sobre educação popular e saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de educação popular e saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. p. 46-57.

TENÓRIO, M. C. M.; BARROSOL, M. V. G.; TASSITANOL, R. M.; TENÓRIO, J. M.; BEZERRA, J.; HALLAL, P. C. Atividade física e comportamento sedentário em adolescentes estudantes do ensino médio. **Rev Bras Epidemiol**, v. 13, n. 1, p. 105-117, 2010.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987

VALLA, V. V.; GUIMARÃES, M. B. L.; LACERDA, A. Construindo a resposta à proposta de educação e saúde. In: Ministério da Saúde. (Org.). **Caderno de Educação Popular e Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. p. 58-66.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

APÊNDICE A - ROTEIRO DA ENTREVISTA COM A COORDENADORA DO PSE

ROTEIRO DA ENTREVISTA REALIZADA COM A COORDENAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA DO MUNICÍPIO DE TUCURUÍ²²

Orientadora: Dinair Leal da Hora

Pesquisador: Reginaldo Célio Almeida de Oliveira

I- PERFIL DO ENTREVISTADO

Formação: _____

Quantos anos atua no PSE? _____

Como ocorreu sua ida para a coordenação do programa?

II — QUESTÕES DE PESQUISA

Item 1 – Verificar a composição do Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTI-M), como se deu a adesão e implantação do PSE em Tucuruí e suas dificuldades de implantação e continuidade.

Como se deu a implantação do PSE em Tucuruí? De que modo ocorreu a formação da coordenação na SEMEC e a formação do GTI-M? Como foi o processo de adesão e pactuação de metas e ações? Como ocorre a seleção das escolas que recebem as ações? Como foi o processo de criação do Comitê Local do BPC (Benefício de Prestação Continuada) na escola? Quais vantagens ou melhorias, no programa, foi possível perceber com a redefinição do PSE através da Portaria nº 1.055, DE 25 de abril de 2017. Quais dificuldades encontradas na implantação, na implementação e na continuidade do PSE?

Item 2 - Identificar quais procedimentos utilizados pela gestão do PSE no planejamento das ações de promoção da saúde na escola básica?

²² Esse roteiro de entrevista foi utilizado com a coordenadora do PSE lotada na SEMEC.

Como se dá o processo de organização e planejamento das ações do PSE? Como vem se dando a atuação das equipes de Saúde da Família no PSE? Como se dá a articulação das ações do PSE como o PPP da escola? Como ocorre o processo de escolha das temáticas a serem trabalhadas pelo PSE na escola?

Item 3 - Mapear as ações desenvolvidas dentro do programa do PSE nas escolas da rede municipal de Tucuruí.

Na adesão aos ciclos do PSE quais metas e ações foram pactuadas? Das metas e ações propostas nos ciclos, quais foram possíveis executar? Na execução das ações, qual o papel da escola, do PSE e das equipes de saúde da família? Como se dá o processo de educação permanente dos profissionais de saúde e da educação básica para implementação das ações do PSE?

Item 4 - Verificar os resultados, em termos de saúde e aprendizagem, trazidos pelas ações do PSE, desenvolvidas nas escolas de Tucuruí e registrados nos relatórios dos órgãos responsáveis e nos relatos das escolas atendidas.

Quais resultados em termos de saúde nos alunos já foram possíveis identificar? Quais resultados em termos de aprendizado dos alunos já foram possíveis identificar? Como se estabelece a relação entre o PSE e a melhoria do aprendizado dos alunos?

APÊNDICE B - ROTEIRO DA ENTREVISTA COM O GESTOR ESCOLAR

ROTEIRO DE ENTREVISTA REALIZADA COM O GESTOR ESCOLAR

Orientadora: Dinair Leal da Hora

Pesquisador: Reginaldo Célio Almeida de Oliveira

I- PERFIL DO ENTREVISTADO

Formação: _____

Em quais escolas que o senhor atuou houve parceria como PSE? _____

II — QUESTÕES DE PESQUISA

Item 1 – Verificar como se dava a participação da escola no planejamento e organização das ações de saúde desenvolvidas pelo PSE.

De que modo se deu seu primeiro contato com o PSE? Como ocorreu implantação do PSE na escola? Por quantos anos a escola participou do Programa na sua gestão? Quais as dificuldades encontradas na implantação, do PSE na escola? Como era a participação da escola no planejamento e execução das ações de saúde? Quais outras ações poderiam ser desenvolvidas pelo PSE na escola? Nos anos de 2017, 2018, 2019 e 2020 o senhor fez parceria com o PSE em qual escola? Nas escolas que o senhor atuou, houve alguma iniciativa da coordenação do PSE para discutir a inserção das ações do PSE no Projeto Político Pedagógico da escola? Como estava se dando o contato da escola e a programação como o PSE para o ano letivo de 2020, antes da pandemia do Coronavírus? Durante a pandemia do Coronavírus, qual encaminhamento foi dado pela coordenação do PSE sobre como orientar os alunos que estavam isolados em suas residências?

Item 2 - Verificar os resultados, em termos de saúde e aprendizagem, trazidos pelas ações do PSE, desenvolvidas nas escolas de Tucuruí.

Quais resultados em termos de saúde, dos alunos, já foram possíveis identificar com as ações do PSE? Quais resultados em termos de aprendizagem, dos alunos, já foram possíveis identificar com as ações do PSE? Como estabelece a relação entre as ações de saúde do PSE e a melhoria do aprendizado dos alunos? Há algum tipo de relatório, ou planilha de acompanhamento com resultados de saúde ou de aprendizagem observados com as ações desenvolvidas pelo PSE, nas escolas por onde o senhor atuou, em parceria com o Programa?

Item 3 – Verificar as considerações e/ou sugestões do gestor escolar sobre a relação do PSE com a escola.

Quais considerações e/ou sugestões o senhor apontaria para melhoria da relação da gestão da escola com o PSE?

APÊNDICE C - OFÍCIO ENVIADO À SEMEC

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
NÚCLEO DE ESTUDOS TRANSDISCIPLINARES EM EDUCAÇÃO BÁSICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CURRÍCULO E GESTÃO DA ESCOLA
BÁSICA
MESTRADO EM EDUCAÇÃO

Ofício s/nº

À coordenação do Programa Saúde na Escola – PSE (SEMEC)

Assunto: coleta de dados preliminares sobre o programa

1. Quantos são os servidores que estão atuando exclusivamente no PSE?
2. Quem são esses servidores?
3. Quantas equipes do Saúde da Família estão vinculadas ao PSE?
4. As escolas das redes federal e estadual têm recebido ações do programa?
5. Na adesão do ciclo 2017-2018 quais metas e ações foram pactuadas?
6. Na adesão do ciclo 2019-2020 foram mantidas as metas e ações, reduzidas ou ampliadas?
7. Das ações e metas propostas para o ciclo 2017-2018, qual percentual foi possível executar?
8. Qual previsão de percentual de execução para o final desse ciclo atual?
9. Dessas ações, quais são executadas, na escola, pelas equipes de saúde da família?
10. Existem ações do PSE que são executadas fora da escola?
11. O PSE organiza ações de educação permanente dos profissionais de saúde e da educação básica para implementação das ações do PSE?

Orientadora: Dinair Leal da Hora

Pesquisador: Reginaldo Célio Almeida de Oliveira

Contatos: (94) 98124-8137 - prof_reginaldo.tuc@hotmail.com

Tucuruí, 04 de novembro de 2019.

APÊNDICE D - OFÍCIO ENVIADO À SMS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
NÚCLEO DE ESTUDOS TRANSDISCIPLINARES EM EDUCAÇÃO BÁSICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CURRÍCULO E GESTÃO DA ESCOLA
BÁSICA
MESTRADO EM EDUCAÇÃO

Ofício s/nº

À coordenação do Programa Saúde na Escola – PSE (SMS)

Assunto: coleta de dados preliminares sobre o programa

1. Qual a classificação do município de Tucuruí, para o Ministério da Saúde?
2. Qual é a estrutura física de saúde no município (hospitais, postos de saúde e outros)?
3. Quais serviços de saúde são ofertados no município?
4. Qual o quantitativo de servidores que atua diretamente com o usuário?
5. Quantas equipes de saúde da família há no município?
6. Quantas escolas foram pactuadas no ciclo 2017-2018 e quantas nesse ciclo atual?
7. Quantos alunos foram atendidos no ciclo 2017-2018 e quantos serão atendidos no ciclo atual?
8. O município tem recebido os recursos financeiros para execução do programa?

Orientadora: Dinair Leal da Hora

Pesquisador: Reginaldo Célio Almeida de Oliveira

Contatos: (94) 98124-8137 - prof_reginaldo.tuc@hotmail.com

Tucuruí, 04 de novembro de 2019.

ANEXO A - OFÍCIO ENVIADO ÀS UNIVERSIDADES LOCAIS**Universidade do Estado do Pará**

Campus XIII – Tucuruí

Tucuruí, 17 de julho de 2019.

Ofício Circular s/nº - 2019 – Coordenação de Especialização

À UNIVERSIDADES PÚBLICAS E PRIVADAS DO MUNICÍPIO DE TUCURUÍ

Att: Ilm^a

M.D.: Secretária (o) acadêmica (o)

Cumprimentamos e solicitamos a V. S^a., a possibilidade de fornecer ao acadêmico do Curso de Especialização em Saúde na Educação Física Escolar, o especializando REGINALDO CÉLIO ALMEIDA DE OLIVEIRA, orientado pela Prof. Me. Rose Monteiro, algumas informações sobre matrícula de alunos nesta Instituição de Ensino. Essas informações são necessárias para que o acadêmico possa adicioná-las à etapa de caracterização do município de Tucuruí, quanto a seus aspectos educacionais, na educação superior, importantes para finalização do seu artigo científico (EDUCAÇÃO E SAÚDE: a promoção da saúde nas escolas de ensino médio da rede estadual de educação do município de Tucuruí no Estado do Pará).

A coleta se dará no período de 17/07 a 31/07 de 2019 e as informações solicitadas são as seguintes:

- 1- Quantidades de cursos ofertados (nomeá-los);
- 2- Quantidade de turmas existentes (geral);
- 3- Quantidade de alunos matriculados (geral).

Esperamos contar com esse apoio e antecipamos nossos agradecimentos.

Contatos: prof_reginaldo.tuc@hotmail.com (94) 98124-8137

Assinatura manuscrita em tinta preta, legível como "Cláudio Joaquim Borba-Pinheiro".

Prof. Dr. Cláudio Joaquim Borba-Pinheiro
Coordenador LERES/Curso de Especialização Campus XIII
Portaria 142/11 de 01/02/2011

ANEXO B - CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NA WEB PALESTRA

Programa
saúde
escola



CERTIFICAMOS QUE: _____ **concluiu com**
aproveitamento WEB PALESTRA SOBRE PREVENÇÃO
A COVID-19 NOS ESPAÇOS ESCOLARES PARA
PROFESSORES E FUNCIONÁRIOS DA EDUCAÇÃO,
 atendendo às ações do Programa Saúde na Escola de 01
DE OUTUBRO DE 2020, com carga horária de 4 h.

Tucuruí-Pa, 15 de outubro de 2020.

_____ Aluno (a)

_____ **ADONIAS SOUSA DE OLIVEIRA**
 Secretário Adjueto municipal de Educação
 e Cultura
 Port. Nº 298/2020 - GP

_____ **MARIVANE FERREIRA PEREIRA**
 Secretária municipal de Educação e
 Cultura
 Port. Nº 1689/2019 - GP

ANEXO C - PLANILHA ORÇAMENTÁRIA



7

**PLANILHA DE PESQUISA DE PREÇO COM PROPOSTA DE ORÇAMENTO PARA
PREVENÇÃO DO COVID - 19 NOS ESPAÇOS ESCOLARES**

ITENS	R\$	R\$	R\$
MÁSCARAS DESCARTÁVEIS CIRÚRGICAS - CAIXA COM 50 UNIDADES	R\$ 21,89 LOJAS AMERICANAS	R\$ 36,99 MAGALU	R\$ 26,50 SHOPTIME
 PLACAS DE SINALIZAÇÃO (21,0 x 29,7 cm) – UNIDADE	R\$ 3,00 – se for 100 unidades ART banner	R\$ 7,00 – se for 100 unidades Imagem digital	R\$ 3,50 – se for 100 unidades Ksa do Designer
FITA ZEBRADA COM 200m de 70mm – UNIDADE	-	200m de 70mm R\$ 19,50 - CINE FOTO VAZ	200m de 70mm R\$ 16,00 - PARAFOGO
FITA ADESIVA LISA PARA DEMARCAÇÃO DE PISO - UNIDADE	-	48mm X 15m R\$ 16,00 VERMELHO CINE FOTO VAZ	50mm X 30m R\$ 22,00 a R\$ 32,00 DEPENDENDO DA COR - PARAFOGO
VISEIRA PROTETORA FACIAL TRANSPARENTE - FACE SHIELD em PP 0,5mm - UNIDADE	R\$ 25,50	R\$ 16,50	R\$ 6,50 KALUNGA
TESTES RÁPIDOS PARA IDENTIFICAÇÃO DO COVID Igm E IGg – CAIXA COM 25 UNIDADES	R\$ 595,65 reais – Medical Innovation Ventures - prazo de 4-6 semanas após o recebimento do pagamento e disponibilidade de estoque.	Não especificou valor ainda – Poly-Dtech S. A. S prazo de entrega 3 a 7 semanas para entrega	R\$ 1.291,50 – PENSABIO A forma de pagamento precisa ser 70% em depósito adiantado e 30% em até 5 dias após emissão da NF.

RECEBEMOS

Data 13/11/2020 MS. 10.00

Diretor(a) de Saúde

Daiene de Medeiros F.B. Rocha
Coordenação PSE – Programa de Saúde na Escola

ANEXO D - PLANILHA DE AÇÕES DURANTE A PANDEMIA



ESTADO DO PARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE TUCURUI
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO E CULTURA

ATIVIDADES	SUBTEMAS	DATA	CH	RESPONSÁVEL	PÚBLICO
Capacitação das equipes escolares para atuar frente a prevenção/exposição do Covid nos espaços escolares em retorno à aulas presenciais	Cuidados pessoais, atendimento aos egressos e manejo dos equipamentos de medição e higiene do espaço escolar.	17/09/2020 9 às 11h	2h	Dalene	PERSONAL DE APOIO
	Cuidados pessoais, atendimento aos egressos e organização do espaço de acolhimento.	21/09/2020 9 às 11h	2h	Marilza	SUPERVISORES
	Cuidados pessoais, atendimento aos egressos e cuidados durante a aula presencial.	25/09/2020 9 às 11h	2h	Keila	PROFESSORES
	Cuidados pessoais e orientações para retorno presencial do aluno.	28/09/2020 9 às 11h	2h		PAIS
Articular a inclusão dos temas relacionados às ações do PSE nos projetos políticos pedagógicos das escolas.	Cuidados pessoais, atendimento aos egressos e manejo dos equipamentos de medição e higiene do espaço escolar e orientações para retorno presencial do aluno.	30/09/2020 9 às 11h			ZONA RURAL
	Apresentar sugestões de atividades referentes aos temas do programa PSE.	23/09/2020	3h	Dalene	DIRETORES PRESIDENTE DO CONSELHO ESCOLAR
Elaboração do projeto para a Escola Voluntária.	Articular as ações e competências das equipes envolvidas	24/09/2020	1h	Dalene	DIRETORES SUPERVISORES ORIENTADORES ESCOLARES
Treinamento para uso da Ficha de Atividade Coletiva na versão 3.0.		29/09/2020	1h	Dalene	DIRETORES SUPERVISORES PROFESSORES

Resolvi 2020
55.05.2020