



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva
Brasil

Costa Ferreira, Izabel do Rocio; Sant'Anna Ramos Vosgerau, Dilmeire; Moysés, Samuel Jorge;
Moysés, Simone Tetu
Diplomas Normativos do Programa Saúde na Escola: análise de conteúdo associada à ferramenta
ATLAS TI
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 17, núm. 12, diciembre, 2012, pp. 3385-3398
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63024424023>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

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

Normative measures of the Health in the School Program:
content analysis associated with ATLAS TI software

Izabel do Rocio Costa Ferreira ¹

Dilmeire Sant'Anna Ramos Vosgerau ²

Samuel Jorge Moysés ³

Simone Tetu Moysés ³

Abstract *The scope of this study was to analyze the normative measures issued about the Health in the School Program in order to ascertain the contribution and participation of the health and education sectors in the creation and implementation of the Program, since its success was based upon intersectoral action between them. The technique of content analysis proposed by Bardin, associated with ATLAS TI 5.2 software was used to conduct the research. The study revealed that the participation of the health and education sectors in the Health in the School Program is not well-balanced, pointing to the predominant role of health in areas such as financing and the centralization of the adhesion and coordination process of the Intersectoral Commission on Education and Health in the School.*

Key words *Health promotion, School health, Intersectoral action, Content analysis, Computer analysis*

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

Palavras-chave *Promoção da saúde, Saúde escolar, Ação intersectorial, Análise de conteúdo, Análise computacional*

¹ Setor de Educação Profissional e Tecnológica, Universidade Federal do Paraná. Rua Dr. Alcides Vieira Arcoverde 1225, Bairro Jardim das Américas. 81520-260 Curitiba PR. izabel.ferreira@ufpr.br

² Programa de Pós-Graduação em Educação Stricto Sensu, Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

³ Curso de Odontologia, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

Introdução

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

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

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

Portanto, justapor a intersetorialidade, declarada como uma das diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)⁶, reafirmada pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) como essencial para o desenvolvimento das ações

de saúde¹¹, ao rico e fecundo território escolar é uma deliberação profícua de produção de saúde. Neste sentido o MEC e o MS estabeleceram o Programa Saúde na Escola (PSE), instituído por decreto presidencial¹², incorporando a deliberação de uma política intersetorial entre esses ministérios, na perspectiva de ações de atenção integral à saúde de estudantes da educação básica pública brasileira (educação infantil, ensino fundamental e médio, educação profissional e tecnológica e educação de jovens e adultos), no espaço das escolas e/ou unidades básicas de saúde (UBS) do Sistema Único de Saúde (SUS), realizadas pelas equipes de Saúde da Família (ESF), fundamentais para que o programa seja implementado^{12,13}.

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

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

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

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

Ações Intersetoriais

As ações que envolvem distintos setores devem prever a integração de saberes e experiências, sem intervenções meramente setoriais. Assim, os atores organizacionais e os grupos populacionais são percebidos como sujeitos com habilidade na percepção de seus problemas e de soluções que se adéquem à sua realidade social^{15,16}.

Desta forma, as ações intersetoriais desenvolvem-se por um processo diferenciado, planejado e programado, com compartilhamento de poder e de articulação de interesses, saberes e práticas das instituições envolvidas^{17,18}. Segundo Magalhães e Bodstein¹⁹, as dificuldades centrais

para a implementação destas ações surgem à medida que parte significativa dos representantes setoriais traz para os diferentes espaços de negociação uma agenda definida. A intersectorialidade constitui-se, então, em uma prática integradora de ações de distintos setores que se articulam, complementam e interagem para uma aproximação mais intrincada dos problemas e seu enfrentamento^{20,21}.

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

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

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

Metodologia

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

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

A) A Pré-Análise

Tem por meta sistematizar e operacionalizar as ideias iniciais produzindo um plano de análise.

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

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

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

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

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

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

B) Exploração do material

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

A codificação compreende três estágios. O primeiro é a escolha das unidades de sentido e de

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

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

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

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

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

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

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

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

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

A codificação e agrupamento em famílias correspondem à análise no campo textual. Por meio deste procedimento se realiza a segmentação e a codificação dos textos, com redução dos dados em fragmentos expressivos. Após esta etapa, partiu-se para a análise no campo conceitual, em que foram analisados os fragmentos expressivos selecionados e seus significados. O ATLAS.TI possibilitou o estabelecimento de relações entre estes fragmentos, bem como a criação de representações gráficas dos componentes e suas relações, resultados também evidenciados por Justica²⁴ ao utilizar o programa computacional na análise de dados qualitativos.

C) Tratamento dos Resultados, inferência e interpretação

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

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

Resultados

Designações do Decreto

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

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

coordenarão a pactuação das ações com Estados, Distrito Federal e Municípios. No artigo 9º encontram-se a data da publicação do Decreto e as assinaturas do presidente da República, do Ministro da Educação e do Ministro da Saúde.

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

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

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

As ações em saúde previstas no PSE deverão ser direcionadas para a atenção, a promoção, a prevenção e a assistência, e se desenvolverão articuladamente com a rede de educação pública básica e conforme os princípios e diretrizes do SUS, podendo abranger¹²: avaliação clínica; avaliação nutricional; promoção da alimentação saudável; avaliação oftalmológica; avaliação da saúde e higiene bucal; avaliação auditiva; avaliação

psicossocial; atualização e controle do calendário vacinal; redução da morbimortalidade por acidentes e violências; prevenção e redução do consumo do álcool; prevenção do uso de drogas; promoção da saúde sexual e reprodutiva; controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer; educação permanente em saúde; atividade física e saúde; promoção da cultura da prevenção no âmbito escolar; e inclusão das temáticas de educação em saúde no PPP das escolas.

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

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

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

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

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

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

Designações das Portarias

Das oito Portarias relativas ao PSE, cinco foram emitidas pelo MS e se referem aos recursos financeiros do PSE. Três foram interministeriais (MS e MEC), destas, duas foram emitidas pelo MEC (se referem à CIESE) e uma pelo MS (referente aos critérios para adesão ao PSE para o

ano de 2010). Duas portarias emitidas pelo MS foram alteradas. As alterações versam sobre:

- a) data do pagamento dos recursos financeiros²⁷;
- b) prazo para o envio do Termo de Adesão e do Projeto do PSE Municipal²⁸.
- c) As Portarias, seus objetos e órgãos emissores estão listados no Quadro 1.

Quadro 1. Portarias relativas ao PSE.

Portaria	Objeto	Órgão emissor
Portaria interministerial nº 675, de 4 de junho de 2008 ²⁵	Institui a Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola.	Ministério da Educação.
Portaria nº 1.861, de 4 de setembro de 2008 ¹⁵	Estabelece recursos financeiros pela adesão ao PSE para Municípios com equipes de Saúde da Família, priorizados a partir do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica – IDEB, que aderirem ao Programa Saúde na Escola – PSE.	Ministério da Saúde.
Portaria interministerial nº 1.399, de 14 de novembro de 2008 ²⁶	Art. 1º - Designar os membros para compor a Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola – CIESE instituída pela Portaria nº 675, de 4 de junho de 2008. Art. 2º - Estabelecer como Coordenador Titular da Comissão o membro Titular da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde e como suplente o membro Titular da Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade do Ministério da Educação.	Ministério da Educação.
Portaria nº 2.931, de 4 de dezembro de 2008 ²⁷	Altera a Portaria nº 1.861/GM, de 4 de setembro de 2008, que estabelece recursos financeiros pela adesão ao Programa Saúde na Escola – PSE e credencia Municípios para o recebimento desses recursos.	Ministério da Saúde.
Portaria nº 3.146, de 17 de dezembro de 2009 ²⁹	Estabelece recursos financeiros para Municípios com equipes de Saúde da Família que aderirem ao Programa Saúde na Escola – PSE.	Ministério da Saúde.
Portaria nº 790, de 12 de abril de 2010 ²⁸	Altera a Portaria nº 3.146/GM, de 17 de dezembro de 2009, que estabelece recursos financeiros pela adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE).	Ministério da Saúde.
Portaria nº 1.537, de 15 de junho de 2010 ³⁰	Credencia Municípios para o recebimento de recursos financeiros pela adesão ao Programa Saúde na Escola – PSE, conforme a Portaria nº 3.146/GM, de 17 de dezembro de 2009.	Ministério da Saúde.
Portaria interministerial nº 3.696, de 25 de novembro de 2010 ³¹	Estabelece critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE) para o ano de 2010 e divulga a lista de Municípios aptos para Manifestação de Interesse.	Ministério da Saúde.

Programa Saúde na Escola

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

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

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

III - Municípios que possuam, em seu território, escolas participantes do Programa Mais Educação.

IV - Municípios com IDEB no ano de 2009, menor ou igual a 4,5 e que tenham 70% ou mais de cobertura das ESF, com base na competência financeira de junho de 2010.

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

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

Conforme a Portaria Interministerial nº 3.696, de 25 de novembro de 2010³¹, para adesão ao PSE os municípios necessitam registrar sua Manifestação de Interesse por intermédio do endereço eletrônico: http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=5173.

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

Para a aprovação do Projeto do PSE, que é o mesmo referido como Projeto do PSE Municipal na portaria nº 3.146, de 17 de dezembro de 2009²⁹, a Secretaria Municipal de Saúde deve apresentá-lo ao Conselho Municipal de Saúde e a Secretaria Municipal de Educação deve apresentá-lo ao Conselho Municipal de Educação, quando houver.

Os secretários municipais de educação e de saúde devem firmar o Termo de Adesão e encaminhar, juntamente com o Projeto do PSE, aos

Colegiados Gestores Regionais, onde houver, e à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) de seu estado para homologação¹⁵.

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

Segundo a Portaria nº 1.861, de 4 de setembro de 2008¹⁵, o GTI, após homologação da CIB, deve enviar o projeto para endereço eletrônico do programa PSE, disponível em: www.saude.gov.br/dab, do MS.

Já na Portaria nº 3.696, de 25 de novembro de 2010³¹ o município que tiver seu projeto homologado deve encaminhar ao MS, pelo endereço: http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=5349. A versão impressa do projeto e termos de adesão devem ficar nas Secretarias de Saúde e Educação Municipais.

Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola

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

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

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

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

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

d) União Nacional de Dirigentes Municipais de Educação.

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

A coordenação da CIESE tem como titular o representante da Secretaria de Atenção à Saúde,

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

Portaria	Conteúdo
Portaria nº 3.146, de 17 de dezembro de 2009 ²⁹	a) diagnóstico situacional que compreenda questões referentes aos determinantes sociais, ao cenário epidemiológico e às modalidades de ensino das escolas que estão no espectro de atuação das ESF que atuarão no PSE; b) mapeamento da rede SUS de AB/SF e da rede de escolas federais, estaduais e municipais, criando espaços comuns, os territórios de responsabilidade; c) atribuições das ESF e das escolas em cada um dos territórios de responsabilidade, quantificando o número de escolas, de alunos de cada escola e as questões prioritárias do perfil desses alunos, bem como definindo responsáveis das áreas de saúde e educação pelo seguimento do projeto dentro de cada território; d) identificação de cada instituição de ensino atendida pelo PSE com definição do professor responsável pela articulação das ações de prevenção e promoção da saúde na escola; e) programação das atividades do PSE que deverão ser incluídas no PPP de cada uma das escolas.
Portaria Interministerial nº 3.696, de 25 de novembro de 2010 ³¹	a) diagnóstico situacional que compreenda questões referentes aos determinantes sociais, ao cenário epidemiológico da população na faixa etária de 5 a 19 anos e às modalidades de ensino das escolas que estão no espectro de atuação das ESF que atuarão no PSE; b) mapeamento da rede do SUS na Estratégia Saúde da Família (cobertura, número de equipes, número de agentes comunitários de saúde etc.) e da rede de escolas federais, estaduais e municipais, criando territórios de responsabilidade, ou seja, estabelecendo espaços comuns para atuação de escolas e equipes de saúde; c) identificação de cada instituição integrante do PSE, quantificação do número de escolas, de alunos de cada escola e as questões prioritárias do perfil desses estudantes, bem como definindo responsáveis das áreas de saúde e educação pelo acompanhamento do projeto dentro de cada território de responsabilidade, e do professor responsável pela articulação das ações de prevenção e promoção da saúde na escola; d) atribuições conjuntas das ESF e das escolas; e) programação das atividades do PSE que deverão ser incluídas no PPP de cada uma das escolas; f) proposta de funcionamento do GTI periodicidade de reuniões, integrantes e outros; g) Plano de Ação Local, contendo o cronograma das ações do Projeto em que constem as diferentes fases de implantação e implementação, o prazo e os responsáveis.

do MS, e, como suplente o representante da Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade, do MEC, designados em ato conjunto dos Ministros da Educação e da Saúde²⁵.

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

A finalidade da CIESE é estabelecer diretrizes da política de educação e saúde na escola, em conformidade com as políticas nacionais de educação e com os objetivos, princípios e diretrizes do SUS e associa-se com suas competências²⁵: propor diretrizes para a política nacional de saúde na escola; apresentar referenciais conceituais de saúde para a formação inicial e continuada dos profissionais de educação na educação bási-

ca; apresentar referenciais conceituais de educação para a formação inicial e continuada dos profissionais da saúde; propor estratégias de integração e articulação entre as áreas de saúde e de educação nas três esferas do governo; e acompanhar a execução do PSE, especialmente na apreciação do material pedagógico elaborado no âmbito do Programa.

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

O Grupo de Trabalho Intersetorial

Os gestores municipais nomeiam o GTI, que deve ser composto por representantes das Secre-

tarias de Saúde e Educação do Município²³, além de representantes de outros órgãos/instituições³¹.

Nos territórios onde situarem-se escolas estaduais que desenvolvam o ensino fundamental, bem como que possuam escolas estaduais que integrem o Programa Mais Educação, representantes da Secretaria Estadual da Educação deverão compor o GTI^{15,29}.

As competências do GTI são: elaborar o projeto do PSE¹⁵ e elaborar o termo de adesão ao PSE^{15,29}. Também, articular e apoiar a implementação das ações do Programa no território de responsabilidade e identificar em campo específico, no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), as ESF que atuarão no PSE³¹. A Portaria nº 3.696, de 25 de novembro de 2010³¹ traz a figura do GTI estadual que tem como atividade acompanhar o processo de atualização mensal do SCNES, sob a responsabilidade do município.

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

Recursos Financeiros

Os recursos financeiros referentes à adesão ao PSE se destinam à implantação do conjunto de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, realizadas pelas ESF de forma articulada com a rede de educação pública básica e em conformidade aos princípios e diretrizes do SUS¹⁵. Tais recursos serão transferidos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Municípios e do Distrito Federal¹⁵. Eles devem fazer parte do Componente Variável do Bloco de Financiamento da Atenção Básica²⁹. Seu valor corresponde a uma parcela extra do incentivo mensal às ESF que atuam nesse Programa^{15,29}. Serão pagos a partir da adesão do município ao Programa, em parcela única, com base no número de ESF cadastradas no SCNES²⁹.

Discussão

Os objetivos do Programa concentram-se no fortalecimento da relação entre as redes de saúde e educação e motivam a comunicação entre elas, articulando as ações do SUS, de acordo com os seus princípios e diretrizes, com as ações das redes de educação básica do ensino público brasileiro. Os objetivos ainda corroboram para a participação comunitária nas políticas de educação básica e de saúde, contribuindo para a formação integral dos estudantes. A PNPS⁶ afirma a necessidade de se estabelecer redes de compromissos e corresponsabilidade visando à redução de vulnerabilidades. As diretrizes do PSE trazem a intersetorialidade, integração e articulação das redes públicas de educação e de saúde, integralidade, monitoramento e avaliação permanentes das ações. Junqueira¹⁸ diz que a intersetorialidade como uma estratégia de intervenção na realidade social requer articulação de instituições e pessoas, a fim de integrar saberes e experiências estabelecendo um conjunto de relações, constituindo uma rede.

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

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

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

mentadas. As competências do GTI presumem esta superação.

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

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

tanto, orienta-se por ações intersetoriais que articulam políticas públicas com os PPP das escolas radicadas nos territórios.

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

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

Em referência aos recursos financeiros, a Figura 3 revela que a adesão e o provimento do PSE correm por conta do MS, que realiza os paga-

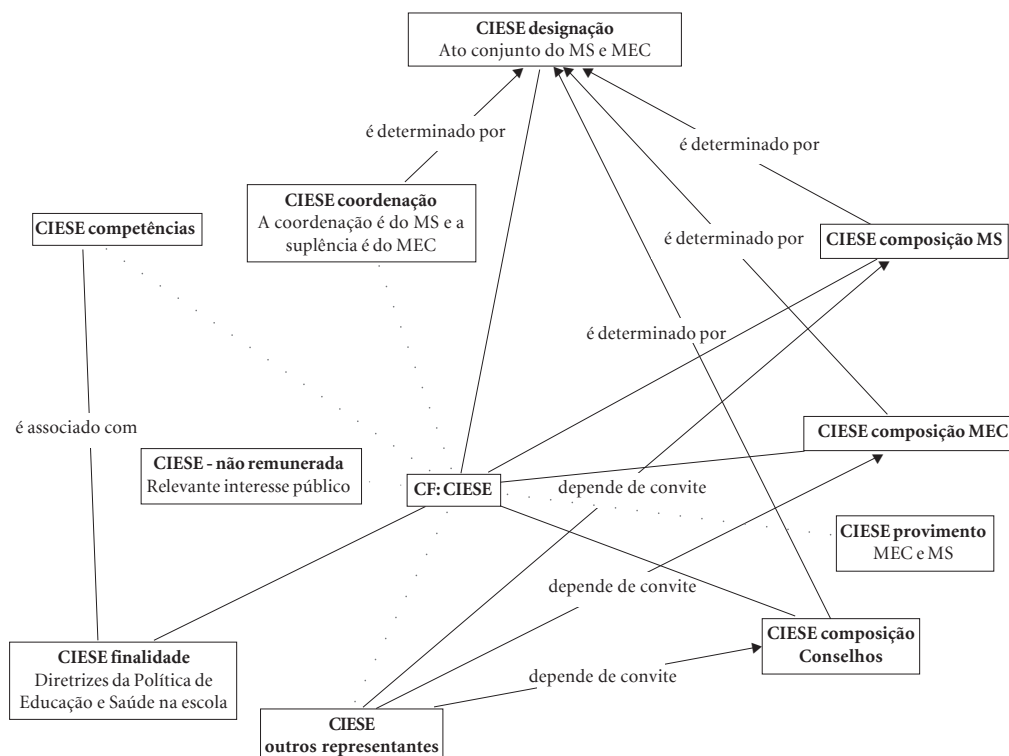


Figura 1. Teia resultante da análise de códigos que compõem a família CIESE.

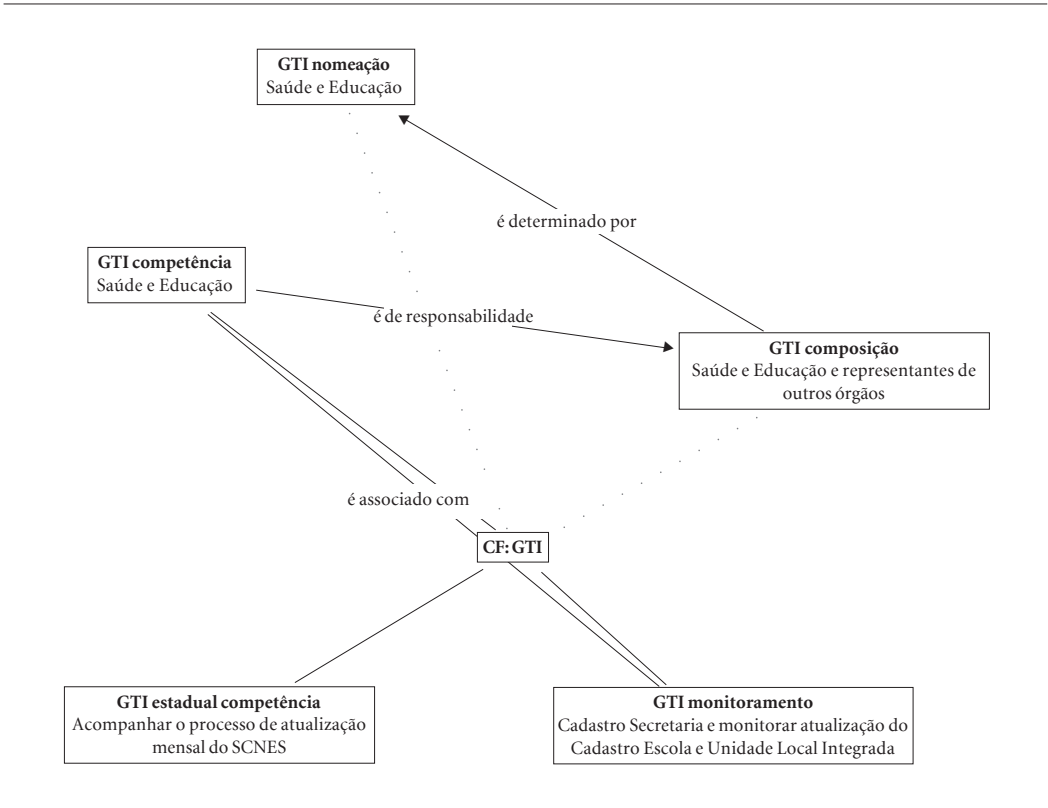


Figura 2. Teia resultante da análise de códigos que compõem a família GTI.

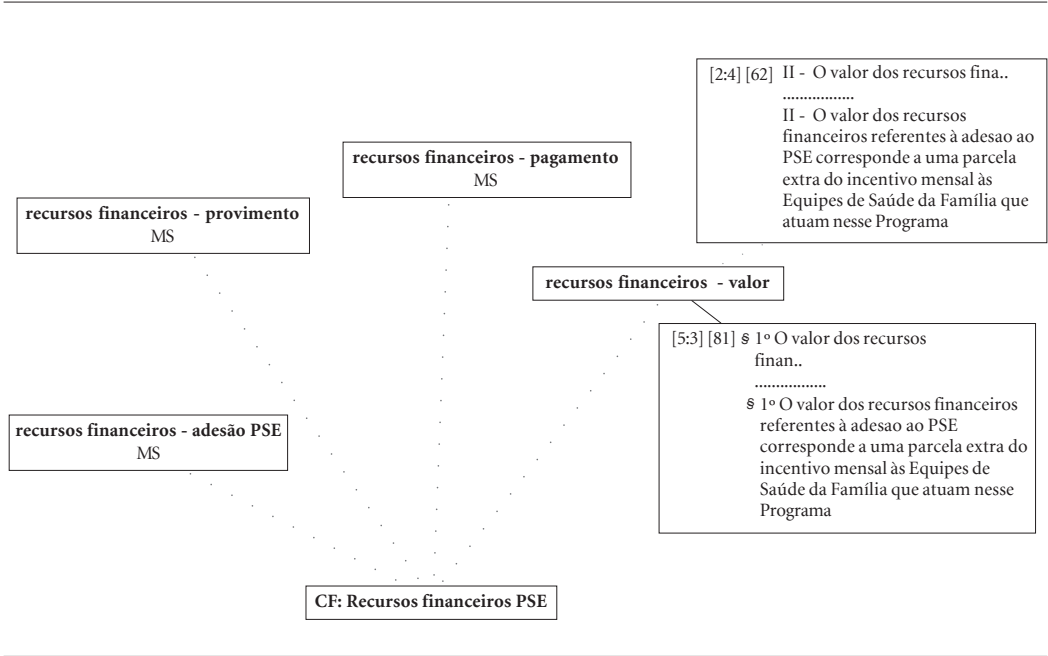


Figura 3. Códigos que compõem a família Recursos Financeiros.

mentos e define o valor. Os recursos são transferidos do FNS aos Fundos de Saúde dos Municípios e do Distrito Federal¹⁵ e devem fazer parte do Componente Variável do Bloco de Financiamento da Atenção Básica²⁹. Sendo um programa intersetorial pode ser conflitante que as portarias sobre os recursos financeiros sejam emitidas apenas pelo MS, mais ainda que somente este financie a adesão e provimento ao PSE, pois, segundo as portarias, o MEC não participa com recursos financeiros para estes fins, e sim para o fornecimento do material para implementação das ações do Programa, porém, nem o decreto tampouco as portarias explicitam esses materiais.

Considerações finais

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

Colaboradores

IRC Ferreira contribuiu para a concepção, coleta e análise dos dados e redação do artigo. DSAR Vosgerau contribuiu para a concepção, coleta e análise dos dados e redação do artigo. SJ Moysés contribuiu para a concepção, marco teórico e revisão do artigo. ST Moysés contribuiu com a orientação, concepção, marco teórico e revisão final do artigo.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde na escola*. Brasília: MS; 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde, Cadernos de Atenção Básica; n. 24).
2. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde*. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 1986. [acessado 2009 jul 9]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf
3. Brasil. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *A educação que produz saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).
4. Brasil. Ministério da Educação (MEC). *Programa Mais Educação: gestão intersetorial no território*. Brasília: MEC, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade; 2009. (Série Mais Educação)
5. Bydlowski CR, Westphal MF, Pereira IMTB. Promoção da saúde. Porque sim e porque ainda não! *Saúde Soc*. 2004; 13(1):14-24.
6. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política nacional de promoção da saúde*. Brasília: MS; 2006. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
7. Campos GW, Barros RB, Castro, AM. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. *Cien Saude Colet* 2004; 9(3):745-749.
8. Organização das Nações Unidas para a educação, a ciência e a cultura (UNESCO) Declaração de Cochabamba. *Educação para todos: cumprindo nossos compromissos coletivos*. Cochabamba, Bolívia: UNESCO; 2001.
9. Brasil. Portaria Interministerial nº 749 de 13 de maio de 2005. Constitui a Câmara Intersetorial para a elaboração de diretrizes com a finalidade de subsidiar a Política Nacional de Educação em Saúde na Escola. *Diário Oficial da União* 2005; 18 maio.
10. Costa AM, Pontes ACR, Rocha DG. Intersetorialidade na produção e promoção da saúde. In: Castro A, Malo M. *SUS: ressignificando a promoção da saúde*. São Paulo: Hucitec, OPAS; 2006. p. 97-115.
11. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Política nacional de atenção básica*. 4ª Edição. Brasília: MS; 2006. (Série E. Legislação de Saúde. Série Pactos pela Saúde; v. 4).
12. Brasil. Presidência da República. Poder Executivo. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2007; 5 dez.
13. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Ministério da Educação. *Orientações sobre o programa saúde na escola para a elaboração dos projetos locais*. Brasília: MS; 2008.
14. Brasil. Ministério da Educação (MEC). Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade. *Programas e ações*. [documento da Internet]. 2010. [acessado 2010 mar 17]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=14578%3Aprograma-saude-nas-escolas&catid=194%3Aascad-educacao-continuada&Itemid=817
15. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 1.861 de 4 de setembro de 2008. Estabelece recursos financeiros pela adesão ao PSE para Municípios com equipes de Saúde da Família, priorizados a partir do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica - IDEB, que aderirem ao Programa Saúde na Escola - PSE. *Diário Oficial da União* 2008; 24 set.
16. Junqueira LP. Intersetorialidade, transitoriedade e redes sociais na saúde. *Rev. Adm. Pública*. Rio de Janeiro 2000; 34(6):35-45.
17. Teixeira CF, Paim JS. Planejamento e programação de ações intersetoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida. *Rev. Adm. Pública* 2000; 34(6):63-80.
18. Junqueira LP. A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. *Saúde Soc*. 2004; 13(1):25-36.
19. Magalhães R, Bodstein R. Avaliação de iniciativas e programas intersetoriais em saúde: desafios e aprendizados. *Cien Saude Colet* 2009; 14(3):861-868.
20. Wimmer GF, Figueiredo GO. Ação coletiva para qualidade de vida: autonomia, transdisciplinaridade e intersetorialidade. *Cien Saude Colet* 2006; 11(1):145-154.
21. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. *O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios*. 3ª Edição. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).
22. Mendes R, Bógus CM, Akerman M. Agendas urbanas intersetoriais em quatro cidades de São Paulo. *Saude Soc*. 2004; 13(1):47-55.
23. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2009.
24. Justícia JM. *Análisis cualitativo de datos textuales con ATLAS.ti 5*. España: Universitat Autònoma de Barcelona; 2005.
25. Brasil. Ministério da Educação (MEC). Portaria Interministerial nº 675, de 4 de junho de 2008. Institui a Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola. *Diário Oficial da União* 2008; 27 ago.
26. Brasil. Ministério da Educação (MEC). Portaria Interministerial nº 1.399, de 14 de novembro de 2008. Designa os membros para compor a Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola - CIESE instituída pela Portaria nº 675, de 4 de junho de 2008. Estabelece como Coordenador Titular da Comissão o membro Titular da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde e como suplente o membro Titular da Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade do Ministério da Educação. *Diário Oficial da União* 2008; 17 nov.
27. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2.931, de 4 de dezembro de 2008. Altera a Portaria nº 1.861/GM, de 4 de setembro de 2008, que estabelece recursos financeiros pela adesão ao Programa Saúde na Escola - PSE e credencia Municípios para o recebimento desses recursos. *Diário Oficial da União* 2008; 5 dez.

28. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 790, de 12 de abril de 2010. Altera a Portaria nº 3.146/GM, de 17 de dezembro de 2009, que estabelece recursos financeiros pela adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE). *Diário Oficial da União* 2010; 13 abr.
29. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 3.146, de 17 de dezembro de 2009. Estabelece recursos financeiros para Municípios com equipes de Saúde da Família, que aderirem ao Programa Saúde na Escola - PSE. *Diário Oficial da União* 2010; 25 fev.
30. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria n 1.537, de 15 de junho de 2010. Credencia Municípios para o recebimento de recursos financeiros pela adesão ao Programa Saúde na Escola - PSE, conforme a Portaria nº 3.146/GM, de 17 de dezembro de 2009. *Diário Oficial da União* 2010; 16 jun.
31. Brasil. Portaria Interministerial nº 3.696, de 25 de novembro de 2010. Estabelece critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE) para o ano de 2010 e divulga a lista de Municípios aptos para Manifestação de Interesse. *Diário Oficial da União* 2010; 26 nov.
32. Moll J. [Entrevista]. *Rev. Bras. Saúde Fam.* 2008; (20): 6-7.

Artigo apresentado em 18/07/2011

Aprovado em 01/09/2011

Versão final apresentada em 13/10/2011