UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
NÚCLEO DE ESTUDOS TRANSDISCIPLINARES EM EDUCAÇÃO BÁSICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO NA AMAZÔNIA
EDUCANORTE – ASSOCIAÇÃO PLENA EM REDE

CLÁUDIA CRISTINA PINTO GIRARD

A INTERSETORIALIDADE NO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA EM TUCURUÍ, ESTADO DO PARÁ (2017-2022)

BELÉM
2025

CLÁUDIA CRISTINA PINTO GIRARD

A INTERSETORIALIDADE NO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA EM TUCURUÍ, ESTADO DO PARÁ (2017-2022)

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em Educação na Amazônia (PGEDA) – Associação Plena em Rede/EDUCANORTE, como pré-requisito para obtenção do título de Doutora em Educação na Amazônia, junto à Universidade Federal do Pará/UFPA – Polo Belém

Orientadora:
Profa. Dra. Dinair Leal da Hora.

BELÉM
2025

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Pará

Gerada automaticamente pelo módulo Ficat, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

G517i Girard, Cláudia Cristina Pinto.

A intersetorialidade no Programa Saúde na Escola em Tucuruí, Estado do Pará (2017-2022) / Cláudia Cristina Pinto Girard, . — 2025.

290 f. : il. color.

Orientador(a): Profª. Dra. Dinair Leal da Hora

Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Pará, Núcleo de Estudos Transdisciplinares em Educação Básica, Programa de Pós- Graduação em Educação na Amazônia, Belém, 2025.

1. Programa Saúde na Escola. 2. Gestão intersetorial. 3. Promoção da Sáude. 4. Politica de Saúde na Escola. 5. Saúde na Escola . I. Título.

CDD 370

A INTERSETORIALIDADE NO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA EM TUCURUÍ, ESTADO DO PARÁ (2017-2022)

Tese submetida à Banca Examinadora no Programa de Pós-Graduação em Educação na Amazônia – PGEDA/Polo Belém, na Linha de Pesquisa: Estado, Políticas Públicas e Gestão da Educação.

Orientadora:
Profa. Dra. Dinair Leal da Hora.

Data da aprovação

28/abril/2025, às 14:00h.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Dinair Leal da Hora _____
Presidente (PGEDA/UFPA)

Profa. Dra Maria de Fátima M. de Souza _____
Membro interno (PPGED/UFPA)

Profa. Dra. Ney Cristina M. de Oliveira _____
Membro interno (PGEDA/UFPA)

Profa. Dra. Tânia Regina Lobato dos Santos _____
Membro externo (PPGED/UEPA)

Prof. Dr. Alexandre Augusto Cals e Souza _____
Membro externo (PPGCITE/UFPA)

Prof. Dr. Raimundo Alberto de F. Damasceno _____
Membro Suplente (PGEDA/UFPA)

À minha querida família, meu esposo Danilo Abreu e meus filhos Luís Paulo, Vinicius e Cauã, por todo o estímulo e apoio para tornar este sonho possível.

À minha querida mãe, Joana de Miranda Pinto, que me inspira por sua determinação e coragem.

AGRADECIMENTOS

À **Deus**, pela vida e pela energia para a concretização deste sonho.

À minha querida orientadora, Profa. Dra. **Dinair Leal da Hora,** sinto-me honrada por fazer parte da sua equipe de trabalho. Muito obrigada pela oportunidade, por depositar sua confiança em mim, pelo seu rigor acadêmico e orientações, as quais fortaleceram o aprimoramento do meu trabalho. Gratidão por compartilhar o seu vasto conhecimento em pesquisa na área da Educação e por acreditar na minha capacidade de finalizar com êxito este sonho. Guardarei com muito carinho todas as nossas trocas, pois foram sempre muito produtivas.

À Coordenadora do PGEDA, Profa. Dra. **Maria de Fátima Matos de Souza**, por sua expertise científica e suas contribuições sempre tão importantes.

À docente do PGEDA, **Profa. Dra. Ney Cristina Monteiro de Oliveira**, pela colaboração, críticas construtivas e considerações que favoreceram a construção do trabalho.

À Profa. Dra. **Tânia Regina Lobato dos Santos**, por suas considerações, que foram importantes para o aprimoramento do texto.

Ao Prof. Dr. **Alexandre Augusto Cals e Souza**, por suas considerações e indicações de textos, que foram muito importantes. Gratidão!

À Profa. Dra. **Elizabeth Teixeira**, por suas relevantes contribuições ao Projeto inicial desta pesquisa. Sem estas considerações não haveria como chegar a este resultado final.

Ao Enfermeiro **Wendrel Gonçalves Furtado**, coordenador do E-SUS/APS da Secretaria Municipal de Saúde de Tucuruí/PA, pela socialização dos dados do SISAB e E-SUS.

À Enfermeira **Marina Oliveira Silva**, Coordenadora da Vigilância Epidemiológica da SMS-TucuruíPA e à Enfermeira **Elizangela Silva de Sousa**, Planejamento da SMS de Tucuruí/PA, pela socialização das informações.

Aos profissionais da **Gestão do Programa Saúde na Escola** da Secretaria Municipal de Educação e da Secretaria de Municipal de Saúde de Tucuruí/PA. Aos Profissionais da **ESF Paravoá**, e aos profissionais da **Escola Zolima Tenório dos Santos**, por compartilharem as suas fundamentais experiências na atuação do PSE, tornando possível a realização deste estudo.

Aos meus colegas do PGEDA da Turma de 2021, parceiros e companheiros: **Cristina**, **Patrícia**, **Ariane**, **Reginaldo**, **Elis** e **Handerson**, admiro a postura de defesa de vocês para uma educação emancipadora. Agradeço imensamente as considerações nos vários debates que tivemos em nossos estudos no Componente Curricular "Atelier".

À Sra. **Telma**, secretária do PGEDA, muito obrigada por sua paciência e dedicação.

RESUMO

Esta pesquisa partiu da tese de que as graduais alterações ocorridas no arcabouço normativo do Programa Saúde na Escola (PSE) fomentam alterações em sua gestão, provocando uma flexibilização gradual e progressiva da gestão intersetorial e incentivando o desenvolvimento da gestão serializada, o que compromete a efetividade do Programa. Teve como objetivo principal analisar como se efetivou a intersetorialidade na gestão do Programa Saúde na Escola no município de Tucuruí (PA) no período de 2017 a 2022. Objetivos específicos: 1)Averiguar como as alterações do arcabouço normativo influenciaram a gestão intersetorial do PSE; 2) Apontar como os processos estruturantes, a favor da intersetorialidade, foram produzidos nos documentos oficiais e como se integralizam na prática da gestão; 3) Compreender como foi integralizado o processo de gestão intersetorial na perspectiva dos profissionais; 4) Refletir sobre quais processos instituídos na prática apontaram na direção de ações intersetoriais e 5) Identificar quais os desafios enfrentados pelos profissionais para a efetivação da intersetorialidade. A construção teórico-metodológica inseriu-se na perspectiva das ciências humanas e adotou como método o estudo exploratório, crítico, com abordagem qualitativa. As técnicas de pesquisa de coletas de dados foram a análise documental e a entrevista semi dirigida. Os participantes da pesquisa foram 09 profissionais que atuavam no PSE. A análise dos dados baseou-se na técnica de análise de conteúdo na modalidade categorial-temática, segundo Bardin (2011). O estudo revelou dicotomia entre o aporte normativo e a prática do PSE no que tange à gestão intersetorial, visto que as normativas passaram a ser flexíveis em relação à intersetorialidade na gestão, sendo evidenciados pela verticalização na seleção das temáticas no planejamento pelo GTI-M; pelos critérios de monitoramento e avaliação, baseados prioritariamente no desempenho quantitativo das ações do Programa, sem mensuração da qualidade das ações intersetoriais; pelo destaque das Normas Técnicas que permitiram as ações setoriais, na fase de execução. Tais evidencias tornaram possível a comprovação da tese, sendo elencados fatores comprometedores da efetividade como; a insuficiente participação da comunidade escolar no planejamento do GTI-M, visto que o levantamento das necessidades se estabeleceu por meio do diretor da escola; deficiências na inclusão e construção do Projeto Político-Pedagógico da escola das ações do Programa; produção de planos de trabalho com caráter reducionista, desvinculados das necessidades dos educandos e do território escolar, incompatível com a singularidade da intersetorialidade prevista pelos subsídios da promoção da saúde escola. Apontou-se fragilidades no que tange à formação dos profissionais e desafios para a implementação do Programa, tais como: déficit dos materiais de consumo, falta de transparência na prestação de contas dos recursos financeiros, falta de recursos humanos, sobrecarga dos profissionais, intensa rotatividade, dificuldade de conciliar as agendas e deficiências de equipamentos. Por fim, sugere-se que a atualização no Aporte Normativo para mais condizentes com os aspectos qualitativos das ações intersetoriais, bem investimentos na formação dos profissionais sobre o Programa; melhora no número e dimensionamento dos profissionais; prestação de contas com transparência e participação dos profissionais nos processos de avaliação. Melhora dos investimentos cabíveis na qualificação das ações do Programa em Tucuruí (PA), bem como mais investimentos em pesquisas científicas no município em questão.

Palavras-chave: PSE; Gestão intersetorial; Promoção da Saúde; Política de saúde na escola; Saúde na Escola.

ABSTRACT

This research is based on the thesis that the gradual changes occurred in the norms of the Health at School Program (PSE – Programa Saúde na Escola) promote changes in the Program management that provoke a gradual and progressive flexibilization of the intersectoral management and favor the development of a type of sectoral management, which compromises the Program effectiveness. This study main aim was to verify how the intersectoral approach occurs in the management of the Health at School Program in the Lago de Tucuruí Integration Region. The specific objectives are the following: to identify how the changes in the norms influence the PSE intersectoral management; to identify the structuring processes that favor the intersectoral approach presented in the official documents and how they are integrated into the management practices; to understand how the intersectoral management process is internalized in the professionals' perspective; to identify the processes instituted in practice that guide it towards intersectoral actions; and to identify the challenges faced by professionals to develop the intersectoral approach. The theoretical-methodological framework chosen is from the human sciences area and adopted the exploratory, critical study with a qualitative approach. A Qualitative case study was carried out and the case investigated is the process of intersectoral approach manifestation in its diverse forms regarding both the interpretation and the evidence produced by the PSE subjects' actions. The place of study was the Lago de Tucuruí Integration Region, more specifically, the municipality of Tucuruí/PA. The two research techniques employed were document analysis and semi-directed interview. Nine professionals working in the PSE were the participants in the study. The data analysis and interpretation were based on the categorical thematic content analysis according to Bardin (2011). The study revealed a dichotomy between the normative contribution and the practice of the PSE regarding intersectoral management, since the normatives became flexible in relation to intersectorality in management, as evidenced by the verticalization in the selection of themes in the planning by the GTI-M; by the monitoring and evaluation criteria, which were based primarily on the quantitative performance of the Program's actions; and by the emphasis on the Technical Standards that allowed the sectoral actions, in the execution phase. Such evidence made it possible to prove the thesis, listing factors that compromised effectiveness such as: insufficient participation of the school community in the planning of the GTI-M; deficiencies in the inclusion and construction of the school's Political-Pedagogical Project of the Program's actions; work plans with a reductionist character, disconnected from the needs of students and the school territory, incompatible with the singularity of the intersectorality provided for by the subsidies for the promotion of school health. Weaknesses were identified in the training of professionals and challenges for implementing the Program, such as lack of human resources, overload of professionals, high turnover, difficulty in reconciling schedules and equipment deficiencies. It is suggested that the Regulatory Framework be updated to be more consistent with the qualitative aspects of intersectoral actions; investments in the training of professionals; improvements in the investments required to qualify the Program's actions in Tucuruí (PA), as well as more investments in scientific research in the municipality in question.

Keywords: Health at School Program; Health promotion; Intersectoral approach; School health policy; School health;

RESUMEN

La investigación parte de la hipótesis de que las alteraciones graduales ocurridas en el ámbito normativo del Programa "Saúde na Escola" (Programa Salud en la Escuela-PSE) fomentan alteraciones en la gestión del mismo, provocando una flexibilización gradual y progresiva de la gestión intersectorial e incentivando el desarrollo de la gestión sectorizada, comprometiendo así la efectividad de dicho Programa. Se tuvo como objetivo principal verificar cómo se hace efectiva la intersectorialización de la gestión del PSE en la Región de Integración Lago de Tucuruí; y como objetivos específicos, identificar cómo las alteraciones en el ámbito normativo influencian la gestión intersectorial del PSE; identificar los procesos que se estructuran en favor de la intersectorialidad producidos en los documentos oficiales y cómo se integralizan en la práctica de la gestión; comprender como es integralizado el proceso de gestión intersectorial en la perspectiva de los profesionales; identificar qué procesos instituidos en la práctica apuntan en dirección a acciones intersectoriales e identificar cuáles son los desafíos enfrentados por los profesionales para la consecución de la intersectorialidad. La construcción teórico-metodológica se adhirió a la perspectiva de las ciencias humanas y se adoptó como método el estudio exploratorio, crítico y con abordaje cualitativo. El tipo de estudio fue un Estudio de Caso Cualitativo, siendo considerado aquí, como caso, la investigación del proceso de realización de la intersectorialidad en sus diversas formas, tanto de interpretación como en las evidencias producidas por las acciones de los sujetos en el PSE. El local de estudio fue la Región de Integración Lago de Tucuruí, más específicamente el Municipio de Tucuruí, en el Estado de Pará. El presente es un estudio de tipo retrospectivo que consideró los períodos para colecta de datos a tres ciclos del PSE: 2017-2018, 2019-2020 y 2021-2022. Fueron utilizadas dos técnicas de investigación: el análisis documental y la entrevista semiestructurada. Los participantes de la investigación fueron profesionales que actuaban en el PSE, un total de 9. En el análisis e interpretación de datos, fue utilizada la técnica de análisis de contenido en la modalidad categorial-temática, según Bardin (2011). El estudio reveló una dicotomía entre la contribución normativa y la práctica del PSE en materia de gestión intersectorial, ya que la normativa se flexibilizó en relación con la intersectorialidad en la gestión, como lo demuestra la verticalización en la selección de temas en la planificación del GTI-M; los criterios de seguimiento y evaluación, basados principalmente en el desempeño cuantitativo de las acciones del Programa; y el énfasis en las Normas Técnicas que permitieron las acciones sectoriales en la fase de ejecución. Dicha evidencia permitió comprobar la tesis, enumerando factores que comprometieron la efectividad, como: participación insuficiente de la comunidad escolar en la planificación del GTI-M; deficiencias en la inclusión y construcción del Proyecto Político-Pedagógico de la escuela para las acciones del Programa; planes de trabajo con un carácter reduccionista, desconectados de las necesidades del alumnado y del territorio escolar, incompatibles con la singularidad de la intersectorialidad prevista en los subsidios para la promoción de la salud escolar. Se identificaron debilidades en la formación de profesionales y desafíos para la implementación del Programa, como la falta de recursos humanos, la sobrecarga de profesionales, la alta rotación, la dificultad para conciliar horarios y las deficiencias de equipos. Se sugiere actualizar el Marco Regulatorio para que sea más coherente con los aspectos cualitativos de las acciones intersectoriales; invertir en la formación de profesionales; mejorar las inversiones necesarias para cualificar las acciones del Programa en Tucuruí (PA), así como aumentar la inversión en investigación científica en el municipio en cuestión.

Palabras-clave: Programa de Salud en la Escuela; Gestión intersectorial; promoción de la salud; Política de salud en la escuela; salud en la escuela.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Região de Integração Lago de Tucuruí (RILT).....	30
Figura 2	Mapa das Regiões de Integração paraenses.....	126
Figura 3	Distribuição dos indicadores de mortalidade infantil e percentual de nascidos vivos por idade, das mães das regiões de integração do Estado do Pará (IDEB, 2022).....	126
Figura 4	Fragmentação florestal na Região de Integração do Lago de Tucuruí/PA.....	128
Figura 5	Estação da Estrada de Ferro Tocantins, sentido Leste-Oeste (década de 1970).....	133
Figura 6	Cidade de Tucuruí, às margens do rio Tocantins.....	134
Figura 7	Usina Hidrelétrica de Tucuruí.....	134

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Referencial teórico.....	29
Quadro 2	Número de escolas cadastradas no PSE nos municípios da RILT.....	31
Quadro 3	Distribuição do número de participantes por Temas para a Saúde no Programa Saúde na Escola: Breu Branco, Goianésia do Pará, Itupiranga, Jacundá, Nova Ipixuna, Novo Repartimento e Tucuruí.....	32
Quadro 4	Escolas mais frequentes no PSE em Tucuruí/PA (2019-2023).....	33
Quadro 5	Descrição dos documentos da análise documental.....	35
Quadro 6	Portarias do PSE publicadas (2007-2021).....	69
Quadro 7	Composição e responsabilidade do GTI nas esferas federal, estadual e municipal.....	74
Quadro 8	Atribuições do GTI-F, GTI-E e GTI-M.....	75
Quadro 9	Distribuição dos periódicos e Dissertações (2018-2022).....	82
Quadro 10	Resumo das Portarias e da gestão do PSE em Tucuruí (2008-2016).....	166
Quadro 11	Principais diferenças entre as Portarias n. 1.414/2013 e n. 2.706/2017.....	172
Quadro 12	Recursos repassados pelo Governo Federal para custeio das ações nas escolas pactuadas de Tucuruí (2020-2022).....	179
Quadro 13	Plano de ação para o ciclo do PSE/SEMEC (2021-2022).....	185
Quadro 14	Plano de Ação do Programa Saúde na Escola (2022).....	186
Quadro 15	Plano de trabalho dos temas do PSE para serem realizados pelas escolas em 2022.	187
Quadro 16	Atas de reuniões de planejamento do GTI-M/2022.....	189
Quadro 17	Tipos de atividades desenvolvidas pelo PSE.....	202
Quadro 18	Temas para Saúde para o ciclo 2021-2022.....	202
Quadro 19	Práticas em Saúde do PSE.....	202

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição dos indicadores segundo Ideb, mortalidade infantil e IDH: Brasil, regiões, região Norte e estados da região Norte.....	125
Tabela 2	Distribuição da população de Tucuruí, segundo o número total de habitantes, sexo e faixa etária (2022).....	135
Tabela 3	Distribuição dos domicílios particulares permanentes por existência de banheiro ou sanitário e tipo de esgotamento sanitário em Tucuruí (1991; 2000; 2010).....	136
Tabela 4	Distribuição dos domicílios particulares permanentes por destino do lixo em Tucuruí (1991, 2000, 2010).....	136
Tabela 5	Distribuição do Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) em Tucuruí (1991; 2000; 2010.....	137
Tabela 6	Distribuição das receitas municipais de Tucuruí (2017-2020).....	138
Tabela 7	Distribuição dos estabelecimentos de ensino em Tucuruí por etapas.....	142
Tabela 8	Distribuição segundo o número de matrículas em Tucuruí (2018-2021).....	143
Tabela 9	Distribuição dos indicadores educacionais de Tucuruí por taxa de aprovação, SAEB e IDEB nos anos de 2017, 2019 e 2021 e projeções para os anos iniciais do Ensino Fundamental.....	144
Tabela 10	Distribuição dos indicadores educacionais de Tucuruí por taxa de reprovação para os anos iniciais e finais do Ensino Fundamental (2021-2022).....	145

Tabela 11 Distribuição dos indicadores educacionais de Tucuruí por taxa de abandono para os anos iniciais e finais do Ensino Fundamental (2021-2022)..... 145
Tabela 12 Distribuição dos indicadores educacionais de Tucuruí por taxa de abandono nos anos iniciais e finais do Ensino Fundamental (2021-2022)..... 146
Tabela 13 Distribuição das variáveis segundo o quantitativo de bibliotecas e laboratórios de informática: Tucuruí, 2017 a 2021..... 146
Tabela 14 Distribuição das variáveis, segundo o quantitativo de professores em Tucuruí, (2018-2021)..... 148
Tabela 15 Distribuição das variáveis segundo o percentual de funções docentes com curso superior por etapa/modalidade de ensino: Tucuruí, 2020 a 2023..... 149
Tabela 16 Distribuição das variáveis segundo o percentual de escolas por faixa do Indicador de Regularidade do Docente (IRD)[12]: Tucuruí, 2020 a 2023..... 150
Tabela 17 Percentual de professores por grupo de adequação da formação à disciplina que lecionam e etapa/modalidade de ensino: Tucuruí, 2023..... 151
Tabela 18 Distribuição do número de EFS, segundo o alcance das metas e o número de cadastros, atingidas no 2º quadrimestre de 2023: Tucuruí, 2024..... 153
Tabela 19 Distribuição da taxa de mortalidade infantil: Tucuruí, 2023..... 154
Tabela 20 Distribuição do segundo quadrimestre dos indicadores de desempenho segundo os programas de pré-natal, saúde bucal, prevenção do câncer de colo de útero, imunização, hipertensão: Tucuruí, 2023..... 155
Tabela 21 Distribuição de nascimentos por faixa etária da mãe: Tucuruí, 2018-2022..... 156
Tabela 22 Distribuição da mortalidade geral em Tucuruí segundo as principais causas, 2018-2020..... 158
Tabela 23 Distribuição da taxa de homicídios total, taxa de homicídio de jovens de 15 a 29 anos e taxa de mortes por acidentes de trânsito em Tucuruí, 2011-2020..... 158
Tabela 24 Distribuição do número de ações do PSE por ciclo..... 180
Tabela 25 Distribuição das escolas e número de alunos pactuados no ciclo 2021-2022 em Tucuruí.... 183

LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária em Saúde
CF	Constituição Federal
CIESE	Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola
EPS	Estratégia de Escolas Promotoras de Saúde
GTI	Grupo de Trabalho Intersetorial
GTI-E	Grupo de Gestão Intersetorial Estadual
GTI-F	Grupo de Trabalho Intersetorial Federal
GTI-M	Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDEB	Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
IFPA	Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará
MS	Ministério da Saúde
NAEA	Núcleo de Altos Estudos Amazônicos
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Panamericana da Saúde
PAC	Programa de Aceleração do Crescimento
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAR	Plano de Ações Articuladas
PGEDA	Programa de Pós-Graduação Educação na Amazônia
PMT	Prefeitura Municipal de Tucuruí
PNPS	Política Nacional da Promoção da Saúde
PS	Promoção da Saúde
PSE	Programa Saúde na Escola
RILT	Região de Integração Lago de Tucuruí
SAEB	Sistema de Avaliação da Educação Básica
SEMEC	Secretaria Municipal de Educação e Cultura
SISAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UEPA	Universidade do Estado do Pará
UFOPA	Universidade Federal do Oeste do Pará
UFPA	Universidade Federal do Pará

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	14
1	**CONSTRUÇÃO TEÓRICO-METODOLÓGICA**	26
1.1	FASE EXPLORATÓRIA	28
1.2	*LÓCUS* DO ESTUDO E PARTICIPANTES DA PESQUISA	29
1.3	COLETA DE DADOS DO ESTUDO	34
1.4	ANÁLISE DOCUMENTAL	34
1.5	FASE DE ANÁLISE SISTEMÁTICA DOS DADOS	40
1.6	ASPECTOS ÉTICOS	41
2	**AS BASES DO PSE, A PARTIR DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE**	45
2.1	OS FUNDAMENTOS DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE	45
2.2	A POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE	53
2.2.1	**A Política de Promoção da Saúde de 2006**	54
2.2.2	**A Política Nacional de Promoção da Saúde de 2014 e 2017**	58
2.3	O MODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ESCOLA NO BRASIL	63
2.3.1	**Breve histórico da evolução dos programas voltados à escola**	63
2.3.2	**O modelo da Escola Promotora da Saúde (EPS)**	65
2.3.3	**O Programa Saúde na Escola: o modelo de promoção da saúde dos escolares brasileiros**	67
2.3.3.1	*Os marcos normativos do PSE*	69
2.3.3.2	*A gestão do PSE*	73
2.3.3.3	*A execução das ações do PSE segundo o aporte teórico*	76
2.3.3.4	*As ações do PSE*	77
2.3.3.5	*Monitoramento e avaliação*	79
2.3.3.6	*Incentivo às ações do PSE*	79
2.4	A GESTÃO DO PSE SEGUNDO A REVISÃO DA LITERATURA	81
2.4.1	**O planejamento integrado**	85
2.4.1.1	*Ações de operacionalização do GTI*	85
2.4.1.2	*Comunicação*	86
2.4.2	**A execução das ações do PSE**	86
2.4.2.1	*Ações centralizadas*	87
2.4.2.2	*Ações pontuais*	87
2.4.3	**Monitoramento e avaliação**	88
2.4.3.1	*Participação*	88
2.4.3.2	*Dificuldades*	89
2.4.4	**Formação**	89
2.4.5	**Parcerias**	89
3	**A INTERSETORIALIDADE COMO MODELO DE GESTÃO**	93
3.1	A INTERSETORIALIDADE E SUA INSERÇÃO NA MACROPOLÍTICA INTERNACIONAL	93
3.2	OS PRESSUPOSTOS DA INTERSETORIALIDADE NA MACROPOLÍTICA NACIONAL	97

3.2.1 A intersetorialidade como foco das políticas sociais..... 100
3.3 OS DESAFIOS DA INTERSETORIALIDADE NA POLÍTICA EDUCACIONAL..... 108
3.3.1 A CF/1988 e a relação com a intersetorialidade no campo da educação.. 111
3.3.2 A nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação e sua relação com a intersetorialidade na gestão do PSE..... 112
3.3.2.1 Plano Nacional de Educação..... 115
3.4 A QUALIDADE DA EDUCAÇÃO COMO FOCO DA POLÍTICA DO PSE..... 118
4 CARACTERIZAÇÃO DO TERRITÓRIO: UM OLHAR SOBRE OS INDICADORES DE SAÚDE E EDUCAÇÃO DA RILT E DE TUCURUÍ A PARTIR DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA..... 123
4.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DA REGIÃO NORTE, REGIÃO PARAENSE E REGIÕES DE INTEGRAÇÃO..... 124
4.1.1 A Região de Integração do Lago de Tucuruí (RILT)..... 127
4.2 TUCURUÍ SOB OS ASPECTOS HISTÓRICO, SOCIODEMOGRÁFICO E EPIDEMIOLÓGICO....., 132
4.3 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DA EDUCAÇÃO BÁSICA DE TUCURUÍ..... 138
4.3.1 Perfil do Sistema de educação de Tucuruí..... 141
5 A GESTÃO INTERSETORIAL NO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA NO MUNICÍPIO DE TUCURUÍ..... 161
5.1 A IMPORTÂNCIA DA GESTÃO INTERSETORIAL PARA A POLÍTICA DA SAÚDE NA ESCOLA..... 162
5.2 O PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO E GESTÃO DO PSE NO MUNICÍPIO DE TUCURUÍ (2008-2016)..... 165
5.3 O PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO E GESTÃO DO PSE NO MUNICÍPIO DE TUCURUÍ (2017-2022)..... 169
5.3.1 Principais características da Portaria n. 1.055/2017..... 170
5.3.1.1 A gestão intersetorial do PSE, segundo os documentos oficiais..... 173
5.3.2 A gestão do PSE do município de Tucuruí no ciclo 2017-2018..... 175
5.3.3 A gestão do PSE do município de Tucuruí no ciclo 2019-2020..... 179
5.3.4 A gestão do PSE do município de Tucuruí no ciclo 2021-2022..... 180
5.4 PROCESSOS DE GESTÃO ESTRUTURANTES DO PSE NO MUNICÍPIO DE TUCURUÍ..... 192
5.4.1 A formalização do GTI-M..... 193
5.4.2 Mudança de paradigma de gestão pública..... 194
5.4.3 Planejamento e território..... 195
5.4.4 Comunicação, parcerias e equipamentos..... 196
6 O QUE DIZEM OS PROFISSIONAIS DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA SOBRE A GESTÃO INTERSETORIAL..... 199
6.1 A INTERSETORIALIDADE NA ORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE ATRAVÉS DO PLANEJAMENTO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES..... 199
6.1.1 Planejamento das ações do PSE..... 200
6.1.2 Planejamento na seleção das temáticas..... 201
6.1.3 A inclusão das ações no projeto político-pedagógico da escola..... 213
6.1.4 Participação da comunidade escolar na gestão do PSE..... 218

6.1.5 Execução das ações planejadas..... 229
6.2 A ESTRUTURA ORGANIZATIVA DOS MECANISMOS AVALIATIVOS DO PSE..... 229
6.2.1 Monitoramento..... 232
6.2.2 Avaliação..... 235
6.3 O QUE DIZEM OS PROFISSIONAIS SOBRE A FORMAÇÃO NO CONTEXTO DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA..... 235
6.3.1 A concepção de intersetorialidade no PSE..... 240
6.3.2 A importância da gestão intersetorial..... 242
6.3.3 Sobre a formação e a educação permanente em saúde..... 242
6.4 O DISCURSO DOS PROFISSIONAIS SOBRE OS DESAFIOS ENFRENTADOS NA EFETIVAÇÃO DA INTERSETORIALIDADE..... 245
6.4.1 Desafios relacionados à infraestrutura..... 246
6.4.2 Desafios na área de Recursos Humanos..... 248
6.4.3 Desafios operacionais..... 251
CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 254

REFERÊNCIAS..... 264

APÊNDICE A – ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA..... 284

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO..... 285

APÊNDICE C – TERMO DE CESSÃO DE USO DE SOM E VOZ PARA FINS CINETÍFICOS E ACADÊMICOS..... 287

APÊNDICE D – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE ACESSO A FONTES SECUNDÁRIAS..... 289

INTRODUÇÃO

Estudei em escola pública na cidade de Belém do Pará na década de 1980 e me lembro nitidamente dos momentos em que os profissionais da saúde entravam na escola para nos examinar. Quanta euforia, quanto nervosismo! Nós alunos, nos sentíamos envergonhados diante da presença de pessoas estranhas e que não apresentavam nenhum vínculo com a nossa escola. Entre as ações que eram realizadas, havia os exames clínicos, medição do peso, da altura. Eu não entendia muito o porquê disso na época, pois daquele contato não havia retorno para nós alunos sobre a nossa saúde.

Continuei meus estudos e me graduei enfermeira em 1993 pela Universidade Federal do Pará. Em seguida passei no concurso no município de Tucuruí (PA). Minha trajetória profissional iniciou-se com minha admissão como enfermeira da Atenção Básica neste município. Meu interesse pelo tema surgiu a partir da minha atuação no Departamento de Atenção Básica, participando da Coordenação dos Programas de Saúde da Atenção Básica (AB) e como integrante da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Minha experiência profissional, na saúde pública, perpassou muitas vezes o campo da escola pública no ensino básico, onde os agravos à saúde dos educandos chamaram-me a atenção; por isso, no ano 2000, cursei a pós-graduação *latu senso* em Enfermagem Obstétrica e apresentei uma monografia com o título *Ações Educativas sobre a Sexualidade dos Adolescentes*. Em seguida, fiz o mestrado em enfermagem na Universidade do Estado do Pará, no desenvolvimento de tecnologias em saúde. Ambos os processos formativos contribuíram para o meu desenvolvimento na temática sobre a educação em saúde, visto que estavam interligados à promoção da saúde dos educandos.

Ao longo da minha trajetória profissional na Atenção Básica deste município, participei de importantes transformações na área da saúde, como o processo de municipalização na década de 1990, quando atuei como enfermeira do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), como coordenadora do Programa de MH e TB, coordenadora de Educação em Saúde, e na coordenação da Estratégia Saúde da Família no bairro da Jaqueira (ESF). Participei, ainda, na estruturação dos serviços da Atenção Primária em Saúde e todas estas experiências permitiram-me conhecer os aspectos organizacionais do Sistema Único de Saúde (SUS), a implantação da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) e a da Política Nacional da Promoção da Saúde (PNPS).

Tais experiências profissionais no SUS me proporcionaram a compreensão da visão ampliada de saúde, na qual deve ser reconhecida como construção social, histórica, subjetiva e

multideterminada por fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, ambientais, políticos e culturais (OMS, 2018). Portanto, a saúde não pode ser compreendida e reduzida à mera ausência de doença, e sim na visão da universalidade, equidade e integralidade, tendo em vista que para debater a saúde há necessidade de compreensão de vários fatores que precisam ser atendidos, perpassando desde os fatores individuais, como, por exemplo, escolaridade, renda, moradia, religião, lazer etc., e coletivos, como saneamento básico, acessibilidade, participação social, rede de atenção à saúde, dentre outros.

Neste sentido, a minha experiência como profissional tornou possível a aproximação do Programa Saúde na Escola (PSE). Trata-se de um programa com diretrizes vinculadas à Política Nacional de Promoção da Saúde e criado em 2007 para atender às necessidades de promoção da saúde dos educandos da escola pública da rede básica, com foco na gestão compartilhada entre Saúde e Educação.

Nessa concepção é que se reconhece a importância do PSE como um programa que se estabelece na visão ampliada de saúde, pois seu objetivo é contribuir com a formação integral dos educandos por meio de ações de promoção, de prevenção e de atenção à saúde, com o enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e de jovens da rede pública de ensino básico, conforme a Portaria Interministerial n. 6.286/2007 (Brasil, 2007). Despontou como um grande avanço na sua política, pelo direito à promoção da saúde dos escolares e pela proposta organizativa com subsídios da gestão intersetorial entre as políticas de educação e de saúde.

Na lógica da organização da Atenção Básica, no território da ESF, na delimitação local, a equipe de saúde se organiza em torno da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e planeja as ações para uma população adstrita. Por isso, na esfera do planejamento da Atenção Básica, os fatores que determinam a saúde e os agravos das doenças aos estudantes devem ser cruciais no planejamento do PSE, visto que a escola pertence ao território da ESF. Portanto, no campo da promoção da saúde, os determinantes que favoreçam a saúde dos estudantes devem ser levados em consideração para a construção do plano de trabalho mais coerente nas escolas.

Considerando os aspectos da visão ampliada de saúde, a educação é tão importante para os educandos assim como a saúde, visto que, de acordo com a PNPS, não se podem alcançar os objetivos nestes dois campos se não for de forma integralizada. Isso porque os subsídios da promoção da saúde envolvem o planejamento das ações de saúde, considerando os diversos fatores que contribuam para um melhor alcance, e nesse sentido a educação é considerada uma das áreas imprescindíveis para promover a autonomia dos educandos, conforme destaca Freire (2011), através da educação crítica, reflexiva e emancipadora dos sujeitos.

A proposta de gestão intersetorial do PSE pode favorecer a autonomia dos educandos, se houver sinergia entre os campos para a compreensão do processo saúde-doença, oportunizando-se que as ações sejam colaborativas para o alcance de objetivos subsidiados nos atributos da promoção da saúde dos educandos. No entanto, a compreensão da diretriz da intersetorialidade ainda é emblemática, visto que é considerada um termo polissêmico, complexo (Pereira, 2014; Akerman *et al.*, 2014; Vieira; Ribeiro; Heidemann, 2021). Por isso recorremos aos autores Junqueira, Inojosa e Komatsu (1997), que defendem a intersetorialidade como a articulação das experiências e saberes nas etapas do planejamento, de modo que essa articulação produza um efeito sinérgico.

Nesse sentido, segundo tais autores, a intersetorialidade envolve conhecimentos, articulação e sinergia, ou seja, em algum nível, um grau de comprometimento para alcance de objetivos comuns. No entanto, a Organização Mundial da Saúde (OMS) defende que *intersetorialidade na saúde* significa que "o setor de saúde deve trabalhar com outros setores e atores para garantir que as políticas e os programas públicos estejam alinhados para maximizar seu potencial [...] intersetorialidade necessita da criação e da manutenção de vínculos" (OMS, 2007, p. 11). Assim, o termo é utilizado para potencializar o alcance dos objetivos desejados, no entanto, dependente dos vínculos entre os setores envolvidos.

Apesar do entendimento sobre a ação intersetorial destacado pela OMS, Akerman *et al.* (2014), afirmam que falta uma teoria que consagre a abordagem da intersetorialidade, impossibilitando o seu estudo como categoria de pesquisa e avaliação. No entanto, Prado *et al.* (2020, p. 600), definem uma ação intersetorial como:

> é aquela com capacidade de integrar agentes e distintos setores com capacidades técnicas específicas, que se complementam e, ainda que existam assimetrias de poder, se articulam em espaços de gestão compartilhada, de decisão para o planejamento, execução e avaliação de questões ou necessidades específicas, identificadas com a participação social e direcionadas para a redução de iniquidades sociais em saúde.

Assim, os autores refletem sobre a integração, capacitação técnica e complementaridade nas etapas da gestão compartilhada, utilizadas na ação intersetorial, voltado para a integração de diversos setores para a busca de soluções mais integrais, combinado com sentido de natureza técnica, em que a integração entre os setores permite que as diferenças possam ser usadas produtivamente para resolver problemas sociais.

Tais observações indicam a viabilidade de se estudar a intersetorialidade no PSE, pois, apesar das diferentes abordagens sobre o termo e da escassez de fundamentação teórico-conceitual, ela é considerada uma diretriz central e essencial para a existência do Programa. A

própria política do PSE destaca que sua gestão deve ocorrer de forma intersetorial (Brasil, 2017a), e que, para a promoção da saúde dos educandos, é necessário adotar uma visão integrada, com articulação, colaboração e corresponsabilidade entre os setores da Saúde e da Educação em sua implementação.

Desse modo, para fins de compreensão da gestão intersetorial no PSE, este estudo adota a definição de intersetorialidade como uma ação colaborativa e articulada, pautada na corresponsabilização e na implementação sinérgica entre os setores da Saúde e da Educação, abrangendo as fases de planejamento, execução, monitoramento e avaliação. Leva-se em consideração, ainda, os elementos produzidos no campo de atuação que evidenciam a mudança no paradigma de gestão, a comunicação, as parcerias, a participação dos atores sociais no processo de planejamento, assim como a formação dos profissionais envolvidos.

Apesar do aporte teórico do Programa não apontar um conceito de intersetorialidade, destaca-se a imprescindibilidade da gestão intersetorial, para a efetividade dos processos de gestão do Programa. No entanto, acredita-se que o exercício da ação não é uma tarefa simples, visto que Silveira, Meyer e Félix (2019) destacam que a intersetorialidade, como ferramenta estratégica para pensar integralmente a realidade, tem enfrentado grandes desafios e entraves, como, por exemplo, a falta de uma boa relação entre os profissionais dos setores distintos, falta de tempo e espaço, entre outros.

No entanto, a sua empregabilidade vem sendo apontada desde a década de 1960, como um modelo de gestão efetivo à gestão das políticas públicas, especialmente pelo sentido de articulação e alcance de metas comuns mediante uma estreita coordenação de suas ações e um melhor financiamento e gestão das políticas públicas, para minimizar a desigualdade social. Nesse sentido, a sua importância no PSE se impõe pela normatização de uma política integralizada que o subsidia, favorecendo os educandos na construção de conhecimento transformador e de qualidade de vida na escola pública, em face das realidades sociais que vão sendo construídas ao longo do tempo e interferem na vida dos estudantes.

Na perspectiva da promoção da saúde e qualidade de vida, o discurso da aplicação da intersetorialidade na política do PSE (Brasil, 2017a; 2018a) é o de que, além de assegurar o acesso dos escolares aos serviços de saúde, se efetiva no potencial de ampliação de resultados no que tange à capacidade de articulação do sistema de ensino básico ao de saúde. O propósito é promover a gestão participativa dos atores em ações baseadas nos determinantes de saúde/doenças que afetam os educandos do ensino básico e que podem comprometer sua capacidade de aprendizado, proporcionando, então, uma melhor efetivação das políticas públicas sociais nessa vertente.

No entanto, no contexto histórico da Política de Saúde na Escola no Brasil, observam-se negligências na estruturação organizacional para adequar a vinculação dos programas às necessidades educativas dos educandos. Ao longo da implantação dos sistemas de educação e saúde, sucessivas reformas resultaram em arranjos organizacionais burocratizados, fragmentados, centralizados, fortemente hierarquizados e com pouco vínculo com a comunidade e com outros setores que contribuem para atender às necessidades dos educandos e para a efetividade dos programas de saúde.

Tais modelos de gestão nas políticas públicas sociais são questionados em vários países da Europa (Muller, 1995), por isso vêm sendo substituídos desde a década de 1960 por políticas que facilitem a integração entre os diversos setores. Na direção de uma educação mais crítica e reflexiva, seguir conceitos mais amplos de educação e de saúde[1] fortalece a gestão intersetorial, direcionada pelos conceitos mais atuais de organizações com a valorização do território, modelo que permite a participação dos atores sociais na implementação das políticas educacionais.

Nesse sentido, o PSE é o Programa representante da Política de Saúde na Escola e se propõe a promover a saúde dos educandos, mediada pela articulação entre a Política Nacional da Promoção da Saúde/PNPS (Brasil, 2018a); do Sistema Único de Saúde/SUS (Brasil, 1990); através da Política Nacional da Atenção Básica/PNAB (Brasil 2017b) e da Política de Educação, por meio da Lei n. 9394/1996 – Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional/LDB (Brasil, 1996).

Suas raízes encontram subsídios na Constituição Federal de 1988 – CF/1988, que garante como direitos sociais à educação, saúde, alimentação, trabalho e outros (Brasil, 1988, p. 17). No artigo 205 tem-se que "a educação, direito de todos e dever do Estado" e "a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante as políticas sociais e econômicas" (Brasil, 2022, p. 110, p. 115), e assim a política do PSE (Brasil, 2017a), destaca o compartilhamento de trabalhos entre setores distintos para garantir o desenvolvimento de padrões cognitivos e formativos de autonomia e cidadania, cruciais para a qualidade de vida dos estudantes.

A implementação do PSE, por meio da articulação entre políticas, é um pressuposto fundamental para a promoção da saúde (PS), definida pelo Ministério da Saúde como "um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde,

[1] A saúde é uma construção social, histórica, subjetiva e multideterminada por fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, ambientais, políticos e culturais. Vincula-se à qualidade de vida e ao desenvolvimento integral das pessoas e comunidades. É um direito humano fundamental, que deve ser protegido e garantido pelo Estado (através de suas instituições) e pela sociedade como um todo (OMS, 2018).

incluindo uma maior participação no controle deste processo" (Brasil, 2002, p. 9). Isso indica que, a partir da redemocratização da sociedade brasileira na década de 1980, a participação comunitária ganhou destaque na reorientação da saúde pública, voltando-se para a promoção da saúde. Essa mudança está vinculada ao reconhecimento dos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença e à relação intrínseca entre economia e seus impactos sociais, contrapondo-se ao paradigma anterior, centrado no controle de enfermidades e na abordagem predominantemente biomédica (Aguiar, 2015).

Assim, os pressupostos da promoção da saúde no Brasil receberam influência do movimento internacional pós Segunda Guerra Mundial, com a aprovação, pela Assembleia da Organização das Nações Unidas (ONU), da Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH). Isto se configurou como um marco dos direitos básicos da dignidade humana, alinhado aos novos conceitos de saúde destacados pela OMS, os quais preconizam que "a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade e o gozo do mais alto padrão é um direito de todo ser humano" (Brasil, 2002; Who, 2020, p. 1).

Os conceitos de saúde apontados pela OMS, na Carta de Punta del Este, destacam que a doença não se limita apenas às alterações biológicas, mas envolve um conjunto de fatores sociais, educacionais, econômicos, históricos, culturais, ambientais, entre outros. Diante disso, torna-se necessária a adoção de novos enfoques na organização dos sistemas públicos de saúde, capazes de incorporar arranjos e modelos de gestão que respondam aos problemas que afetam a saúde sob uma perspectiva ampliada.

No contexto da promoção da saúde e das diretrizes do PSE, destaca-se o Relatório Lalonde (1974), que influenciou a Declaração de Alma-Ata (1978) e a Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em Ottawa (1986). Esta última estabeleceu o compromisso de "assegurar saúde para todos até o ano 2000", reconhecendo a importância de condições básicas como habitação, educação, alimentação, renda, ecossistemas estáveis, recursos sustentáveis e justiça social. Nesse cenário, a escola deve ser reconhecida como um espaço essencial para a promoção da saúde.

Tais preceitos foram fortalecidos pelo movimento da Reforma Sanitária, impulsionado pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que se tornou um marco na definição do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse movimento permitiu a ampliação do conceito de saúde, indo além da assistência médica, ao considerá-la condicionada à qualidade de vida, ao bem-estar social, à participação de todos e ao direito equitativo aos bens essenciais. O objetivo era

garantir os direitos universais de saúde de forma equitativa e integral. Dessa forma, os pontos de debate em favor da promoção da saúde foram legitimados na Constituição Federal de 1988.

No entanto, apesar dos avanços nos debates sobre a promoção da saúde e sua inserção no SUS, ainda são registrados altos índices de agravos à saúde da população de 8 a 18 anos – como morbidades sociais decorrentes de causas externas, maus-tratos, abuso sexual, violência, uso de drogas e início precoce da atividade sexual sem a devida proteção, resultando em gravidez precoce e indesejada, além de elevada taxa de evasão escolar – o que demonstra que as ações de promoção da saúde para esse público ainda estão aquém do esperado (OMS, 2018).

Em detrimento dessa problemática, a OMS criou a Estratégia de Escolas Promotoras de Saúde (EPS), implementada na Europa em 1981, cuja base de trabalho é caracterizada pela gestão intersetorial entre saúde e educação na capacitação dos professores e no empoderamento da comunidade escolar. O intuito é promover a saúde na escola básica, mediada pelo compartilhamento das ações entre professores e profissionais de saúde.

Por conseguinte, em 1995 foi criada a Rede Latino-Americana de EPS com o objetivo de articular mecanismos intersetoriais entre saúde e educação e promover saúde nas escolas e contribuir com a qualidade da educação. As diretrizes da OMS sobre a EPS retratam que é imprescindível a adequação de um Programa de Saúde na Escola com fundamentos consistentes e sobre os aspectos socioeconômicos e culturais de cada país, focalizando-se o direito à saúde de cada cidadão no período escolar, para a promoção da educação cidadã, compreendendo que "a saúde não é alheia à escola, mas parte dela" (OMS, 2018, p. 19, tradução nossa). Tais diretrizes remetem ao direito à educação em um modelo amplo, considerando que a educação não é dissociada de outros direitos socioeconômicos.

Apesar de várias iniciativas para a implantação da EPS em diferentes estados, o modelo não se sustentou no Brasil. Contudo, devido às pressões do mercado internacional para a melhoria dos indicadores de saúde e educação, e por meio de acordos para o investimento de capital estrangeiro, foi criada em 2006 a PNPS, sendo que uma das diretrizes é promover mudanças na cultura organizacional, incentivando práticas horizontais de gestão e o estabelecimento de redes intersetoriais de cooperação.

Nesse contexto internacional, em 2007 foi lançado o Plano de Desenvolvimento da Educação (PDE), com 30 ações vinculadas ao Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), um conjunto de programas focados na gestão articulada com outras políticas. Foi nesse âmbito que surgiu o PSE, representando o compromisso do Brasil com a intersetorialidade, atendendo às exigências internacionais para minimizar os determinantes da saúde que comprometem o desenvolvimento escolar, resultando em evasão, repetência e abandono escolar.

Nesse sentido, o PSE, que "visa contribuir para o pleno desenvolvimento dos estudantes da rede pública de ensino da educação básica" (Brasil, 2021, p. 2), em termos de organização da gestão intersetorial, a Portaria Interministerial n. 1.055/2017, que redefiniu as regras em 2017, destacou que a gestão deve ser compartilhada nas três instâncias de governo. Na esfera federal, o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde, além do Grupo de Trabalho Intersetorial Federal (GTI-F), formam a Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola (Ciese), instância que elabora as diretrizes e os referenciais conceituais e acompanha a execução do Programa. Na esfera estadual, a Grupo de Trabalho Intersetorial Estadual (GTI-E) tem a responsabilidade de realizar apoio institucional e mobilizar o Programa nos municípios; já na esfera municipal, o Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTI-M) tem como atribuição a implementação do PSE, no planejamento, o monitoramento, a execução, a avaliação e a gestão dos recursos financeiros (Brasil, 2017a).

Depois de mais de quinze anos de implantação do Programa no Brasil, a política de saúde na escola recebeu alterações no aporte teórico normativo, como por exemplo no modo de avaliação e monitoramento que antes era por participação dos alunos e a partir de 2017 condicionou o financiamento a alguns indicadores quantitativos. Ocorreu ampliação na cobertura do Programa em todo o país (Brasil, 2022). No município de Tucuruí, no Pará, o PSE foi implantado em 2009 e atualmente das 48 (quarenta e oito) escolas existentes no municio, 40 (quarenta) são pactuadas, perfazendo um total de 85,4% e das 25 (vinte e cinco) Estratégias da Saúde da Família, 23 (vinte e três) fazem a parceria no PSE, um total de 92%. Portanto, o Relatório Estadual (Brasil, 2023b), destacou um percentual de 93% de cobertura neste município, sendo considerado um número relevante para a Região de Integração Lago de Tucuruí (RILT) no sudeste do Pará.

Apesar do número expressivo de pactuação das escolas e das ESF, neste município, um estudo realizado por Oliveira (2021), apontou fragilidades na promoção da saúde dos educandos. Assim torna-se preocupante, a expansão do Programa na evidência de fragilidades no campo prático, visto que deve haver conexão entre as diretrizes do Programa no que tange ao seu planejamento, para a efetividade da promoção da saúde dos educandos. Considerando que o PSE "constitui uma estratégia de articulação permanente entre as políticas e ações de educação e de saúde", (Brasil, 2017a, art.3).

Além de que, as três Portarias Interministeriais para a redefinição dos critérios de adesão, a saber: Portaria Interministerial n. 3.696, de 25 de novembro de 2010 (Brasil, 2010c); Portaria Interministerial n. 1.413, de 10 de julho de 2013 (Brasil, 2013); e Portaria Interministerial n. 1.055, de 25 de abril de 2017 (Brasil, 2017a), que revogou a Portaria

Interministerial n. 1.413/2013, demonstrou diferenças quanto às informações sobre as atividades desenvolvidas com mudanças no sistema de informações da Atenção Básica e acréscimos de normativas técnicas para os ciclos de 2017-2018 e 2021-2022, com redirecionamentos no planejamento, execução, monitoramento e avaliação do Programa.

Conhecer as normativas que sustentam o Programa é fundamental para entender a implementação da gestão intersetorial em Tucuruí. Isso ocorre porque, conforme Junqueira (1997), a intersetorialidade se torna mais efetiva na prática municipal, exigindo compreensão de seu desdobramento na gestão local.

Nesse sentido, e por compreender que as políticas públicas têm a função de tornar mais equitativo o acesso dos cidadãos aos direitos sociais, o Estado tem o dever de promovê-las e assegurar a sua continuidade para minimizar as desigualdades sociais (Demo, 2007). Isso faz pensar que os programas sociais devem considerar as vulnerabilidades sociais, na estruturação de suas ações, através de projetos bem fundamentados pelos problemas e indicadores sociais, com otimização de recursos para subsidiá-los, concretamente. Assim na esfera da educação com a qualidade de que precisam os educandos do ensino público e para minimizar os efeitos da desigualdade social, o Estado tem o dever de subsidiar a gestão compatível com as necessidades do território escolar.

O caráter organizacional do PSE, deve-se subsidiar nos indicadores de saúde, visto que, nas últimas décadas, o Brasil vem apresentando uma importante modificação demográfica relacionada à queda da mortalidade infantil e da fecundidade, aumento da expectativa de vida, crescente urbanização e desaceleração do ritmo de crescimento da população adolescente e jovem, e com a expectativa de que esse segmento continue decrescendo (IBGE, 2023). O recorte etário dos jovens de 15 a 24 anos requer especial atenção, porque estão expostos às mais elevadas taxas de mortalidade por causas externas, além de que as transformações na vida sociocultural nas últimas décadas podem ter relação direta com o início da vida sexual precoce, provocando a gravidez na adolescência.

No aspecto dos indicadores e sua relação com as regiões, a proposta de projetos compartilhados entre saúde e educação torna-se mais significativa quando refletimos sobre a região Norte, pois esta tem uma vasta área geográfica de 3.853.322,2 km^2, com aproximadamente 16 milhões de habitantes, dos quais cerca de 38% são crianças e adolescentes até 17 anos (Bento *et al.*, 2013). Apesar de ocupar a maior extensão territorial do Brasil, há uma peculiar complexidade nos indicadores de saúde e de educação, visto que os investimentos econômicos e sociais para o desenvolvimento das regiões no Brasil são desiguais.

Conforme Garnelo *et al.* (2018), esta região também possui a menor cobertura da Atenção Primária em Saúde (APS) ofertada às populações rurais e urbanas, sendo o menor percentual desta cobertura encontrado no Pará (50,5%). A APS é a principal porta de entrada do SUS e a baixa cobertura reflete uma negligência quanto à acessibilidade, o que interfere na integralidade e equidade da atenção da saúde. Assim como na saúde, os indicadores da educação também são preocupantes, visto que a evasão no ensino fundamental corresponde a 3,4%; a taxa de evasão do Ensino Médio corresponde a 10,9% e é a segunda mais elevada do país.

Os indicadores socioeconômicos do Estado do Pará demonstraram uma população estimada em 8.777.124 pessoas em 2021, para uma área de 1.245.879,700 km², ficando no 21º lugar em densidade demográfica; é o segundo Estado mais extenso do país, dividido em 144 municípios. Segundo o Núcleo de Altos Estudos Amazônicos (NAEA), o Pará possui indicadores sociais e econômicos controversos, por demonstrar uma das maiores riqueza anuais e ter um dos piores PIBs *per capita*, ficando na última posição entre os sete estados que compõem a região e na 20ª posição no *ranking* nacional. Possui um dos IDHs mais baixos do país, com 0,646 (IBGE, 2023). Tais índices retratam a necessidade de equidade nas políticas públicas sociais e nos programas sociais para a região paraense, pois verifica-se a vulnerabilidade dos indicadores socioeconômicos.

Notadamente, com a Região de Integração Lago de Tucuruí (RILT), localizada no Sudeste do Estado do Pará, não poderiam ser diferentes as fragilidades dos indicadores sociais. A região destaca-se pela riqueza em recursos naturais, pois existe ali a segunda maior usina hidrelétrica do Brasil, produzindo energia para a região Norte e Nordeste. No entanto, apresenta grandes contrastes sociais de reestruturação socioeconômica e ambiental recente, com área majoritariamente urbana, composta pelos municípios de Breu Branco, Goianésia do Pará, Itupiranga, Jacundá, Nova Ipixuna, Novo Repartimento e Tucuruí. Distingue-se das outras áreas do Estado pela sua unidade ambiental, diversidade étnica e cultural geograficamente bem demarcada e formação histórica (Fapespa, 2024).

O estudo de revisão da literatura, realizado no período de 2018 a 2022 e que consta na próxima seção, cujo objetivo foi identificar as evidências científicas sobre a intersetorialidade no PSE, revelou escassez de pesquisas sobre esta temática. Dos poucos estudos encontrados na busca nas plataformas científicas, a maioria foi sobre a realidade da região Sudeste (50%), pois apenas dois estudos (25%) foram realizados na região Norte. Tais resultados revelam a necessidade de mais incentivos científicos para a formação de pesquisadores e fomento às pesquisas científicas sobre a política da saúde na escola na região Norte.

Assim, considera-se que este estudo é relevante do ponto de vista social, pois justifica-se pela sua centralidade nas políticas públicas da saúde e da educação, com foco na efetividade da gestão intersetorial entre Educação e Saúde. Soma-se a isso a necessidade de estudos que retratem o campo da promoção da saúde no ensino básico da rede pública na região paraense, visto que há fragilidades nos indicadores de saúde e de educação, na faixa etária de 8 a 18 anos.

Do ponto de vista científico, acredita-se que este estudo é relevante, pois contribuirá para retratar as evidências científicas da estruturação da política pública de saúde no campo da educação em uma região com vários contrastes socioeconômicos e culturais. Pode-se com isso, desmistificar as lacunas de conhecimento no que tange à intersetorialidade na gestão do PSE, visto que a região paraense carece de mais investimentos científicos que retratem a *práxis* entre saúde e educação para a reflexão das políticas públicas sociais e desdobramentos na promoção do empoderamento dos educandos em face às reais necessidades de saúde e educação.

Do ponto de vista pessoal, este estudo deu vazão às minhas inquietações compreensão acerca do objeto, oportunizando implementações e melhorias no meu campo de atuação na Atenção Básica, para que se tornem mais condizentes com a *práxis* revelada, e contribuindo para o meu aprimoramento, tanto teórico como o prático. Os novos conhecimentos devem contribuir para novos redirecionamentos no campo da promoção da saúde de estudantes e subsidiar a cidadania plena no ensino básico na realidade amazônica.

Nessa lógica, esta Tese inscreve-se no esforço de compreender o seguinte objeto de estudo: *A intersetorialidade na gestão do Programa Saúde na Escola no município de Tucuru(PA).* Trata-se de compreender como a intersetorialidade se efetiva na gestão intersetorial do PSE e torna possível a promoção da saúde dos educandos, em contraposição ao histórico das políticas setorializadas, que podem ser impeditivas para as práticas integradas.

Esta proposta se insere na linha de pesquisa "Estado, Políticas e Gestão da Educação" do Programa de Pós-Graduação Educação na Amazônia (PGEDA) da UFPA e se materializa na formulação da tese de que *as graduais alterações ocorridas no arcabouço normativo do PSE fomentam alterações na gestão do Programa, provocando uma flexibilização gradual e progressiva da gestão intersetorial, e no desenvolvimento da gestão setorializada, comprometendo a efetividade do Programa*.

Diante do exposto, esta pesquisa se dispõe a questionar a seguinte questão central: c*omo se efetivou a intersetorialidade na gestão do Programa Saúde na Escola no município de Tucuruí(PA), no período de 2017 a 2022?* Desdobraram-se destas, as seguintes questões secundárias: Como as alterações do arcabouço normativo influenciam a gestão intersetorial do PSE? Quais processos estruturantes a favor da intersetorialidade são produzidos nos

documentos oficiais e como se integralizam na prática da gestão? Como é integralizado o processo de gestão intersetorial na perspectiva dos profissionais? Quais processos instituídos na prática da gestão apontam na direção de ações intersetoriais? Quais os desafios enfrentados pelos profissionais para a efetivação da intersetorialidade?

O objetivo geral consistiu em *analisar como se efetivou a intersetorialidade na gestão do Programa Saúde na Escola no município de Tucuruí/PA, no período de 2017 a 2022*. Os objetivos específicos foram: Averiguar como as alterações do arcabouço normativo influenciaram a gestão intersetorial do PSE; Apontar como os processos estruturantes, a favor da intersetorialidade, são produzidos nos documentos oficiais e como se integralizam na prática da gestão; compreender como foi integralizado o processo de gestão intersetorial na perspectiva dos profissionais; Refletir sobre quais processos instituídos na prática apontam na direção de ações intersetoriais e identificar quais os desafios enfrentados pelos profissionais para a efetivação da intersetorialidade.

1 CONSTRUÇÃO TEÓRICO-METODOLÓGICA

Um dos requisitos básicos para a existência do PSE é a gestão compartilhada entre os setores de Educação e Saúde, por meio de Grupos de Trabalho Intersetoriais. Para a realização do estudo sobre a intersetorialidade do PSE, é necessária uma análise detalhada das fases de planejamento, implementação e avaliação, bem como dos registros oficiais dessas etapas, explicando as escolhas realizadas e considerando a realidade em seu contexto natural, dinamismo e interrelações. Segundo Sánchez Gamboa (1988), é a partir do concreto, em sua estrutura, que devem ser desenvolvidos os princípios epistemológicos e o rigor metodológico científico para o alcance dos objetivos.

Parte-se do pressuposto de que "o concreto não é o dado empírico, é uma totalidade articulada, construída e em construção" (Sánchez Gamboa, 2012, p. 19). Trata-se de um resultado, uma síntese, e não do ponto de partida. Assim, para alcançar os objetivos propostos, será delineado o caminho a ser percorrido, incluindo definições do método e abordagem da pesquisa, técnicas utilizadas, lócus, sujeitos, coleta e análise dos dados.

Pela sua caracterização, o objeto de estudo se insere na perspectiva das ciências humanas, e, portanto, este estudo adotará como método o estudo exploratório, descritivo-analítico e com abordagem qualitativa. A pesquisa exploratória justifica-se pela necessidade de investigação sobre a intersetorialidade no PSE na RILT, e esse tipo de pesquisa permitiu levantar as informações necessárias através das etapas para desvelar as manifestações do objeto de pesquisa (Severino, 2007, p. 123). A teoria crítica tem como objetivo integrar teoria e prática, permitindo que sujeitos percebam as contradições e disparidades entre as crenças e práticas sociais (Polit; Beck, 2011).

A pesquisa qualitativa fundamenta-se na investigação dos problemas ético-políticos e sociais, reconhecendo a relevância dos sujeitos, seus valores, significados e intenções. Permite que em todas as fases do processo se evidenciem problemas sociais relacionados à realidade do programa, estabelecendo contexto de interdependência entre teoria e prática na criação inovadora, com a inclusão das vozes dos sujeitos sociais (Chizzotti, 2013).

No PSE, a intersetorialidade pode-se traduzir pelas características dos fenômenos na gestão, pois se destacam os processos de trabalho baseados em acordos de cooperação e descentralização, permitindo-se o compartilhamento de objetivos comuns (Pesce, 2018). O tipo de método escolhido permitiu evidenciar a compreensão-interpretação das práticas acerca do objeto de estudo. Acredita-se que essa abordagem escolhida, permitiu a coleta partilhada de dados, que deu voz aos silenciados e à interpretação significante, a partir da verificação,

identificação e análise dos fatores, revelando o conhecimento supresso da realidade a partir do rigor científico.

Para aprofundar a compreensão do objeto de estudo, utilizou-se o Estudo de Caso Qualitativo, considerando como caso o processo de manifestação da intersetorialidade em suas diversas dimensões, por meio das evidências produzidas pelas ações dos sujeitos que compõem o PSE em Tucuruí (PA). Essa técnica foi escolhida por permitir uma investigação aprofundada, possibilitando revelar as particularidades, multiplicidades e a caracterização da intersetorialidade no PSE do município.

O Estudo de Caso Qualitativo foi o mais adequado para responder às questões norteadoras da pesquisa, pois segundo André (2013, p. 97) se diferencia da finalidade clínica (utilizada na Medicina), adquirindo um sentido mais abrangente: o de "focalizar um fenômeno particular", permitindo compreender um fenômeno em seu contexto e a sua evolução em dado período. No caso em tela, os processos de gestão do PSE no município de Tucuruí, considerando o contexto e suas múltiplas dimensões, focalizaram um detalhamento descritivo e interpretativo da verificação de como se efetivou a intersetorialidade na gestão do Programa Saúde na Escola. Neste o caso, com enfoque dado à gestão do Programa no município de Tucuruí (PA) e a compreensão das várias dimensões expressas por documentos e/ou as narrativas dos participantes. Foram utilizados múltiplos procedimentos metodológicos para desenvolver o estudo com profundidade, pois esse tipo de estudo, segundo Chizzotti (2013), possibilita a reunião de informações, eventos, fatos ou fenômenos sociais contemporâneos, mesmo que complexos, situados em seu contexto específico, neste caso na *práxis* da escola dos municípios em questão.

O rigor nas etapas da pesquisa permitiu compreender os fenômenos produzidos na gestão, assim como a realidade concreta em seu dinamismo, inter-relações e configuração, desvelando a intersetorialidade no PSE e possibilitando a exposição dos sentidos conforme se manifestam ou se revelam. Segundo Turato (2013), os fenômenos se estabelecem nas relações de trabalho dos sujeitos e no desvelamento produzido por suas ações em seu contexto social. Para uma melhor análise das ações de gestão relacionadas à intersetorialidade, foram estabelecidos como período de estudo os três ciclos: 2017-2018, 2019-2020 e 2021-2022.

O Estudo de Caso Qualitativo como técnica de abordagem qualitativa, permitiu o conhecimento do processo socialmente construído pelos sujeitos, de acordo com as suas interações sociais e como estes atuam, transformam e são transformados no campo da realidade (André, 2013). Para o desenvolvimento deste estudo foram consideradas três fases adaptadas

do estudo de caso proposto por André (2013): a) fase exploratória; b) fase de coleta dos dados do estudo; c) fase de análise sistemática dos dados.

1.1 FASE EXPLORATÓRIA

Esta fase foi subdivida em três etapas: primeiro, realizou-se a construção do projeto de pesquisa, definição do objeto e sua teorização; na segunda etapa construiu-se o arcabouço teórico; e na terceira etapa, realizou-se aproximação com as secretarias de Saúde e de Educação do município de Tucuruí.

Na primeira etapa realizou-se o estudo teórico e técnico dos diversos campos através de revisão bibliográfica e análise documental, com a finalidade de aumentar a familiaridade da pesquisadora com o objeto de estudo. Foram empregados procedimentos sistemáticos para obter descrições subjetivas dos conceitos e das inter-relações entre as propriedades do fenômeno observado, oportunizando a construção das questões de pesquisa, bem como do local selecionado para a pesquisa de campo.

Nesta fase também se fizeram os contatos iniciais para entrada no campo de pesquisa. Assim foram contatados o secretário de Saúde e o secretário de Educação do município de Tucuruí. Foram feitas as devidas apresentações da pesquisadora e do projeto de pesquisa, bem como a solicitação da autorização por escrito para a sua realização.

Ainda na fase de exploração, foi feito um levantamento bibliográfico, selecionando-se, como fonte de pesquisa, livros, coletâneas de textos, *e-books*, Teses, Dissertações e periódicos pesquisados nas bases de dados. Após a seleção da bibliografia pertinente, fez-se uma síntese integradora, a partir da análise e reflexão das fontes de estudos. Esta atividade relacionou-se à apreensão do problema, investigação rigorosa, visualização de soluções e síntese.

A segunda etapa, cuja finalidade consistiu na reflexão e na proposição de hipóteses, foi o momento de conexão com o material de estudo, por meio da leitura, anotações, indagações e explorações, o que possibilitou inúmeras incursões ao referencial teórico e ao material pesquisado sobre a intersetorialidade no PSE, bem como um amplo mapeamento bibliográfico. Isso permitiu a apreensão constante de elementos caracterizadores do objeto de estudo. O Quadro 1, apresenta o referencial teórico.

Quadro 1 – Referencial teórico

EIXOS	TEMÁTICAS/AUTORES
Pressupostos da Promoção da Saúde, SUS Política Nacional de Promoção da Saúde Escola Promotora de saúde	OMS (1986, 2007, 2022, 2018); WHO (1988, 2020); Aguiar (2015); Rabello (2010); Rocha *et al.* (2014).
Educação e autonomia dos sujeitos Educação como direito social	Freire (2011, 2015); Morin (1998, 2015); Oliveira (2017); Pedrosa (2015); Rangel (2009); Saviani (2013); Tedesco; Rebelatto (2015); Pinto; Motta Rocha (2016).
Intersetorialidade nas dimensões macropolítica e micropolítica; conceitos, pressupostos e no PSE	Inojosa (1998, 2001); Junqueira (2000, 2004a, 2004b); Junqueira; Inojosa; Komatsu (1997); Mioto (2010); Monnerat (2011); Muller (1985, 1990); Pereira (2014); Romagnoli (2018); Schutz; Mioto (2010); Warschauer; Carvalho (2014); Silva (2019); Prado *et al.*, (2021); Pesce (2018); Kenia; Belga (2018); Sousa; Espiridião; Medina (2017); Tulchinsky (2018).
Política e gestão educacional, educacional	Almeida (2014); Azevedo (2008); Dourado (2007, 2009, 2010, 2020); Libâneo (2013); Saviani (2008); Scaff; Oliveira; Lima (2018); Vieira (2007); Hora; Santos (2014); Paro (2016, 2018); Demo (2007).
Gestão da Atenção Básica	Seta (2021); Silva; Baptista (2015); Starfield (2002); Facchini; Thumé; Tomasi (2022).

Fonte: Elaborado pela autora, 2024.

Na terceira etapa foram realizadas visitas à Secretaria de Educação e à Secretaria de Saúde, no intuito de aproximação e reconhecimento do município em questão e realização das formalizações cabíveis para esclarecer os objetivos de pesquisa e sua importância para que, antes de efetuar a coleta de dados, a pesquisadora conhecesse as normas operacionais e funcionais, bem como para dar sentido mais humanizado, visto que se tratava de um elemento humano novo na rotina da instituição (Turato, 2013).

1.2 LÓCUS DO ESTUDO E PARTICIPANTES DA PESQUISA

O local da pesquisa foi o município de Tucuruí (PA), localizado na Região de Integração Lago de Tucuruí/RILT (figura 1). É uma região de reestruturação socioeconômica e ambiental recente, com área majoritariamente urbana, composta pelos municípios de Breu Branco, Goianésia do Pará, Itupiranga, Jacundá, Nova Ipixuna, Novo Repartimento e Tucuruí. Distingue-se das outras áreas do Estado pela sua unidade ambiental, diversidade étnica e cultural geograficamente bem demarcada e formação histórica; um crescimento socioeconômico significativo após a implantação do grande projeto da Usina Hidrelétrica de

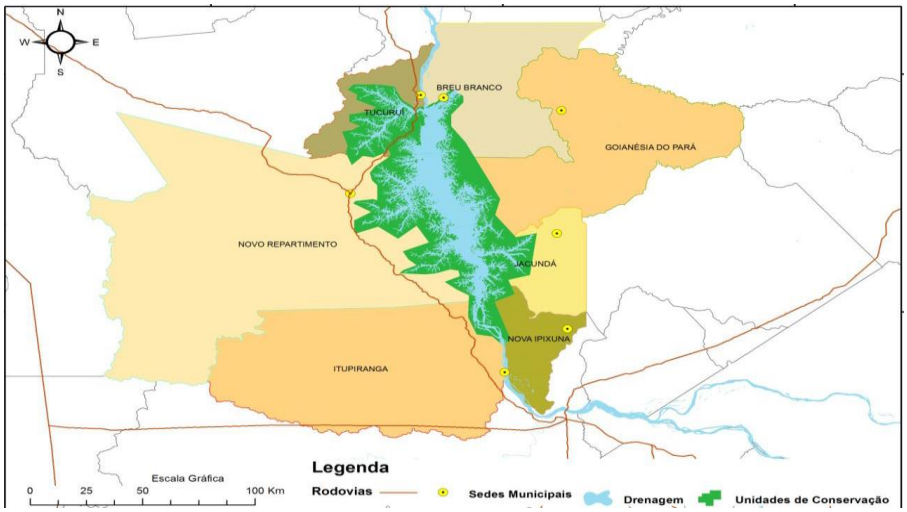
Tucuruí, na década de 1980, com sua importância energética e por possuir a 4ª maior taxa de analfabetos do Pará de 15 anos ou mais (Fapespa, 2019; Soares; Quaresma, 2017).

Para o Plano Plurianual de 2024-2027, a Fundação Amazônia de Amparo a Estudos e Pesquisas (FAPESPA, 2022) realizou um perfil socioeconômico e ambiental visando subsidiar a identificação de áreas prioritárias para elaboração de políticas públicas, possui 4,9% da população do Estado do Pará. Na composição do PIB, os Serviços contribuem com 16%, a Agropecuária com 11%, a atividade da Administração Pública com 24%, a Indústria com 45% e, os Impostos sobre produtos com 4%.

Na indústria os destacam são os segmentos de geração de energia, de metalurgia de metais e de Fabricação de laticínios. Nos serviços tem-se o comércio como principal atividade com destaque para os itens de produtos alimentícios, combustíveis, materiais de construção, produtos farmacêuticos, bebidas e móveis. Apresenta 28.050 empregos formais, 2,4% do total do Pará. Em contrapartida possui a 5ª maior taxa de analfabetismo de 15 anos ou mais do Pará, com 2,19%. 4ª menor taxa de pobreza, com 39,3% e a 5º menor taxa de Mortalidade Infantil do Pará, com 14,6 por mil nascidos vivos. É o 7º lugar no ranking do PIB *per capita* em 2020.

Um levantamento na RILT para compreensão do potencial de indicadores de ciência, tecnologia e inovação por meio do Interpará, evidenciou o potencial social e econômico para suporte e desenvolvimento sustentável, pois a região é constituída, além de outros órgãos importantes, por duas unidades de ensino federais: a Universidade Federal do Pará (UFPA) e o Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará (IFPA), e pela Universidade do Estado do Pará (UEPA). Desta forma esta região revela-se com muitos contrastes, o que torna importante o desenvolvimento de pesquisa no campo da saúde e educação.

Figura 1 – Região de Integração Lago de Tucuruí (RILT)



Fonte: Ministério do Meio Ambiente; IBGE (2010).

A região foi selecionada por ser o campo de atuação da pesquisadora, além de ser uma das importantes áreas econômicas do Pará, com PIB de 7,2 bilhões, correspondente a 5% do PIB paraense. A contribuição dos serviços corresponde a 17%; a agropecuária, a 13%; a indústria, a 47%; e a administração pública, a 20%. Os sete municípios que correspondem a RILT estão atualmente cadastrados no PSE, conforme o Quadro 2 (Brasil, 2021).

Quadro 2 – Número de escolas cadastradas no PSE nos municípios da RILT

Municípios	Nº escolas pactuadas
Breu Branco	18
Goianésia	46
Tucuruí	43
Itupiranga	91
Novo Repartimento	29
Nova Ipixuna	12
Jacundá	36
Total	275

Fonte: Brasil (2021).

O município de Tucuruí foi selecionado por ser considerado um dos municípios com maiores intervenções educativas nas escolas, utilizando a maior diversificação nas escolhas dos temas; conforme levantamento no banco de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (Sisab) da RILT sobre a saúde coletiva no PSE foram verificados os temas de saúde mais abordados e o número de participantes por município.

Do levantamento em questão foi possível identificar que os temas mais abordados foram: alimentação saudável; combate ao *Aedes aegypti*; cidadania e direitos humanos; prevenção da violência e promoção da cultura da paz; saúde ambiental; saúde bucal; saúde mental. Quando aplicados os critérios de inclusão foi possível destacar o município de Tucuruí e do Novo Repartimento como um dos municípios com maior diversificação por temas do PSE, nas intervenções educativas nas escolas, número de atividades educativas desenvolvidas no PSE e número de participantes na atividade educativa no PSE (Quadro 3).

Quadro 3 – Distribuição do número de participantes por Temas para a Saúde no PSE: Breu Branco, Municípios da RILT (jan./2021 - set./2022)

MUNICÍPIOS	SAÚDE COLETIVA							
	Alimentação saudável	Combate Aedes aegypti	Cidadania e Direitos humanos	Prev. da violência	Saúde ambiental	Sáude bucal	Saúde Mental	Semana Saúde
Breu Branco	65	00	00	00	00	25	00	00
Goianésia	00	00	00	00	00	00	351	00
Itupiranga	00	00	00	00	00	00	41	00
Jacundá	00	00	00	00	00	00	00	2.290
N. Ipixuna	28	448	00	00	00	00	00	776
N. Repartimento	1.892	5.144	100	100	3618	2534	80	00
Tucuruí	239	177	13	266	174	1211	12	143

Fonte: Sisab (2022).

Portanto, o lócus da pesquisa foi o município de Tucuruí, escolhido por ser o campo de atuação da pesquisadora e por atender aos objetivos propostos. Os participantes foram os profissionais envolvidos na gestão do PSE, nas escolas e na ESF, assim como os integrantes do GTI-M. Isso porque a normativa do PSE estabelece que a gestão, na instância municipal, deve ser composta, no mínimo, por profissionais dos setores de Saúde e Educação, responsáveis pela construção das diversas fases gerenciais e operacionais do Programa, articulando-se ao SUS e às redes de educação (Brasil, 2015).

Por se tratar de um estudo com objetivo de verificar a efetividade da gestão intersetorial no PSE, foram estabelecidos os seguintes critérios para a seleção dos participantes: profissionais que atuavam no GTI-M; profissionais coordenadores do PSE; profissionais com a atuação na gestão do PSE na escola; profissionais da gestão do PSE na ESF.

Em decorrência dos critérios de seleção, após a apresentação do projeto de pesquisa à Secretaria de Educação e Secretaria de Saúde, fui apresentada aos coordenadores do PSE da educação e da saúde, respectivamente. Para a seleção dos participantes foi solicitada primeiramente aos Gabinetes das Secretarias de Saúde e de Educação do município, a autorização para a pesquisa por escrito. Após a declaração de aceitação pelo secretário de Saúde e secretário de Educação, fui apresentada ao Departamento da Atenção Básica e ao coordenador do PSE da Educação, e posteriormente ao coordenador do PSE nas secretarias de Saúde.

Para a seleção dos coordenadores da escola e da Unidade Básica de Saúde foi realizada primeiramente a seleção da escola, a partir dos seguintes critérios de inclusão: a) a escola com mais tempo de cadastro no PSE; b) a escola com maior número de ações e de atividades educativas desenvolvidas; c) a escola com maior número de participantes nas atividades. Foi

feito um levantamento das escolas no Portal do Sisab no período de 2019 a 2023, e portanto, atendendo aos critérios de inclusão, foi selecionada a EMEF Zolima Tenório dos Santos, pois foi uma das escolas com maior frequência de cadastro no PSE, maior número de ações e de participantes (Quadro 4).

Para a seleção da ESF, foi solicitado ao coordenador do PSE na saúde para referir a ESF responsável pelo PSE correspondente à escola Zolima Tenório dos Santos, e então foi indicada a ESF do Paravoá. A aproximação com os professores da escola ocorreu através do coordenador do PSE na educação e a aproximação com os profissionais da ESF Paravoá se deu via coordenador do PSE da saúde.

Os coordenadores do PSE na saúde e da educação selecionaram os nomes dos respectivos profissionais responsáveis pelas gestões da escola e da unidade básica de saúde, e o meio do aplicativo WhatsApp foi agendada a entrevista, conforme horário e disponibilidade dos profissionais da EMEF Zolima Tenório dos Santos e da ESF do Paravoá. Assim, participaram deste estudo: o coordenador do PSE da Saúde (01); o coordenador do PSE da Educação (01); professores responsáveis pelo PSE da Secretaria de Educação (02); professor multiplicador da escola (01); coordenador pedagógico da escola (01); enfermeiros responsáveis pelo PSE na ESF Paravoá (02); nutricionista da Secretaria de Saúde com atuação no PSE (01) – perfazendo um total de 9 participantes assim distribuídos: 5 professores; 3 enfermeiros; 1 nutricionista.

Quadro 4 – Escolas e sua seleção no PSE em Tucuruí/PA (2019-2023)

2019	2020	2021	2022	2023
Escolas com maior tempo no PSE				
EMEF Zolima Tenório dos Santos EMEF Gumercindo Gomes EMEF Ana Pontes EMEF Teles de Menezes	EMEF Ana Pontes	EMEF Zolima Tenório dos Santos EMEF Darcy Ribeiro	EMEF Zolima Tenório dos Santos EMEF Monteiro Lobato EMEF Ana Pontes EMEF Darcy Ribeiro	EMEF Ana Pontes EMEF Darcy Ribeiro EMEF Maria Silvia EMEF Ester Góes

Fonte: Produzido pela autora, a partir do Sisab (2023).

1.3 COLETA DE DADOS DO ESTUDO

Corresponde à fase da coleta sistemática de dados, sendo importante para delimitar os focos da investigação decorrentes do fato de que não é possível explorar todos os ângulos do fenômeno num tempo razoavelmente limitado (Lüdke; André, 1985). A intersetorialidade é uma diretriz de gestão das políticas municipais para abordar os problemas sociais que interferem na educação de forma integrada e por isso, para a triangulação dos dados foram utilizadas duas técnicas de coleta: a análise documental e a entrevista semidirigida. A triangulação dos dados a partir dessas duas técnicas, segundo Marcondes e Brizola (2014), teve a intenção de ampliar o universo informacional em torno do objeto de pesquisa.

1.4 ANÁLISE DOCUMENTAL

No âmbito da abordagem qualitativa, diversos métodos são empregados para aproximar-se da realidade social. A análise documental possibilitou a compreensão indireta por meio do exame dos diversos documentos produzidos pelos sujeitos no contexto da gestão do PSE, uma vez que tais documentos constituem uma fonte consistente e enriquecedora de dados. Ademais, a análise documental requer apenas disponibilidade temporal, apresenta baixo custo operacional e dispensa o contato direto com os sujeitos envolvidos (Gil, 2002).

Tais vantagens tornaram a coleta dos documentos importante na fase de análise documental, o que exigiu da pesquisadora alguns cuidados e procedimentos técnicos acerca da aproximação do local para fazer a "garimpagem" das fontes que lhe pareciam relevantes para a investigação. A aproximação com intuito de esclarecer os objetivos de pesquisa e a importância desta constitui um dos artifícios necessários nos primeiros contatos e, principalmente, para que o acesso aos acervos e fontes fosse autorizado (Silva *et al.*, 2009).

Optou-se por essa técnica pela necessidade de o estudo verificar como as alterações do arcabouço normativo influenciam a gestão intersetorial do PSE da RILT, de modo que se percebe que os documentos apresentaram inúmeras vantagens e foram cruciais para o alcance dos objetivos propostos e para a triangulação dos dados coletados nas entrevistas semidirigidas. Além de outras vantagens, foram importantes para fundamentar as afirmações e declarações da pesquisadora, por serem fontes "naturais" de informação, de baixo custo, necessitando apenas de investimento de tempo e atenção por parte da pesquisadora para selecionar e analisar os mais relevantes. Outra vantagem foi a utilização de uma fonte não reativa, que permite a obtenção de dados quando o acesso ao sujeito é impraticável ou quando a interação com os sujeitos pode alterar seu comportamento ou seus pontos de vista.

Finalmente, como uma técnica exploratória, a análise documental permite e evidencia problemas que devem ser mais bem explorados através de outros métodos, podendo contribuir com a triangulação das informações, isto é, a combinação de vários métodos de coleta de dados, o que possibilita uma melhor compreensão dos fenômenos. Conforme destacam Lüdke e André (1986, p. 39):

> Quando o interesse do pesquisador é estudar o problema a partir da própria expressão dos indivíduos, ou seja, quando a linguagem dos sujeitos é crucial para a investigação. Nesta situação incluem-se todas as formas de produção do sujeito em forma escrita, como redações, dissertações, testes projetivos, diários pessoais, cartas etc.

A escolha dos documentos não foi aleatória, mas alinhada ao seguinte: a) aos objetivos da pesquisa; b) aos documentos norteadores do PSE em nível federal; c) aos documentos produzidos no município para implantação das ações do PSE; d) aos relatórios do PSE; e) às notas técnicas regulamentadoras do PSE. Os documentos foram selecionados e estão descritos no Quadro 5.

Neste estudo, foram considerados os documentos escritos, como registros feitos sobre a produção das ações, materiais impressos e audiovisuais, relatórios, relatos, eventos e documentos internos oficiais do GTI-M do PSE na Secretaria de Saúde e na Secretaria de Educação. A investigação se deu através das evidências sobre a intersetorialidade na gestão do Programa a partir dos documentos, que foram utilizados para subsidiar a busca e identificação de informações factuais a partir dos documentos, considerando-se o objeto de estudo.

Quadro 5 – Descrição dos documentos da análise documental

Documentos	Assunto	Finalidade	Domínio
Decreto Interministerial n. 6.286, de 5 de dezembro de 2007.	Institui o Programa Saúde na Escola, e dá outras providências (Brasil, 2007).	Compreensão do cadastro do PSE.	Público
Portaria Interministerial n. 675, de 4 de junho de 2008.	Institui a Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola (Brasil, 2008).	Compreender a atribuição dos entes federados no PSE.	Público
Portaria Interministerial MS/MEC n. 3.696, de 25 de novembro de 2010.	Estabelece critérios para adesão ao Programa Saúde na	Analisar possíveis alterações sobre a adesão e as Normas	Público

	Escola (PSE) para o ano de 2010 e divulga a lista de Municípios aptos para Manifestação de Interesse (Brasil, 2010c).	da gestão intersetorial.	
Portaria Interministerial n. 1.413, 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 (Brasil, 2013).	Analisar possíveis alterações sobre a adesão e as normas da gestão intersetorial.	Público
Portaria Interministerial n. 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 (Brasil, 2017a).	Analisar possíveis alterações sobre a adesão e as normas da gestão intersetorial.	Público
Nota técnica n. 69/2017 – CGN/DAB/SAS/MS.	Gestão do PSE (Brasil, 2017c).	Identificar as mudanças na reestruturação do PSE.	Público
Documento orientador: indicadores e padrões de avaliação – PSE: ciclo 2017/2018.	Gestão do PSE	Identificar os processos de registro e envio de dados, monitoramento e indicadores do PSE e suas ações e repasse de incentivos	Público

		financeiros de custeio.	
Documento orientador: indicadores e padrões de avaliação – PSE: ciclo 2021/2022.	Gestão do PSE	Identificar os processos de registro e envio de dados, monitoramento e indicadores do PSE e suas ações e repasse de incentivos financeiros de custeio.	Público
Caderno do Gestor (Brasil, 2022).	Gestão do PSE	Identificar as atribuições do GTI-F, GTI-E, GTI-M.	Público
Planos de trabalho do PSE; Relatórios, fluxogramas do município.	Intersetorialidade na gestão do PSE	Verificar a viabilidade das ações intersetoriais no planejamento, monitoramento, avaliação.	Público/Secretaria de Saúde e/ou Secretaria de Educação
Relatório referente ao ciclo 2017-2018. Secretaria Municipal de Educação e Cultura. Tucuruí, 2018.	Intersetorialidade na gestão do PSE	Verificar a viabilidade das ações intersetoriais no planejamento, monitoramento, avaliação.	PSE/Secretaria de Educação
Plano de Ação do PSE para o Ciclo 2021-2022. Tucuruí, 2021a.	Intersetorialidade na gestão do PSE	Verificar a viabilidade das ações intersetoriais no planejamento, monitoramento, avaliação.	PSE/Secretaria de Educação
Relatório dos Serviços Vinculados à Atenção Primária em Saúde da Coordenação do PSE 2021-2022.	Intersetorialidade na gestão do PSE	Verificar os elementos da viabilidade das ações intersetoriais no planejamento, monitoramento, avaliação.	PSE/Secretaria de Saúde

Plano de ação de ação para o ciclo do PSE da Semec 2021-2022. Tucuruí, 2021c.	Intersetorialidade na gestão do PSE	Verificar os elementos da viabilidade das ações intersetoriais no planejamento, monitoramento, avaliação.	PSE/Secretaria de Educação
Atas de reuniões de planejamento. Tucuruí, 2022b.	Intersetorialidade na gestão do PSE	Verificar os elementos da viabilidade das ações intersetoriais no planejamento, monitoramento, avaliação.	PSE/Secretaria de Educação
Relatório de desempenho. Tucuruí, 2022a	Intersetorialidade na gestão do PSE	Verificar os elementos da viabilidade das ações intersetoriais no planejamento, monitoramento, avaliação.	PSE/Secretaria de Saúde
Indicadores de saúde e educação do município; Índice de morbidade, mortalidade, natalidade e gravidez na adolescência; Taxas de matrícula, evasão do ensino básico.	Indicadores de saúde e educação	Realizar um perfil sociodemográfico do munícipio.	Público/Secretaria de Saúde e/ou Secretaria de Educação/Sinan/Sisab
Termos de Adesão do município/legislações do PSE produzidas no município.	Normas de adesão do PSE	Analisar o Contrato e pactuação do PSE.	Público/Secretaria de Saúde e/ou Secretaria de Educação

Fonte: Elaborado pela autora, 2024.

Conforme disposto no quadro 5, foram utilizados documentos de domínio público e das secretarias de Saúde e de Educação. Tais documentos complementaram as informações obtidas na pesquisa empírica, favorecendo a triangulação dos dados e/ou quando necessário, que ratificaram e/ou validaram as informações obtidas na entrevista semidirigida. A análise dos documentos foi feita na modalidade temático-categorial, segundo Bardin (2011).

A entrevista semiestruturada foi a técnica escolhida para este estudo, por ser considerada um instrumento complementar à pesquisa qualitativa, proporcionando uma coleta de informações alinhadas aos objetivos propostos. Realizada individualmente, permite ajustes, esclarecimentos e adaptações conforme o perfil dos entrevistados, o que a torna eficaz na obtenção dos dados desejados.

Esta técnica permitiu o estudo sistemático da inter-relação cotidiana dos sujeitos que atuavam na gestão e na elaboração dos projetos, planos de trabalho, bem como sua execução, monitoramento e avaliação. Sua grande vantagem sobre outras técnicas é que permite a captação imediata e corrente da informação desejada e pode ser utilizada praticamente com qualquer tipo de informante e a respeito dos mais variados tópicos, além de ser considerada uma das principais técnicas de pesquisa utilizadas nas ciências sociais (Lüdke; André, 1986).

Com esta técnica, foi possível o desvelamento da concepção dos participantes sobre a intersetorialidade na gestão do PSE, bem como a importância atribuída pelos mesmos na inter-relação, articulação e planejamento das ações entre os campos da saúde e da educação. Nesse sentido, a entrevista se impôs como uma das principais vias para o alcance desse objetivo, visto que representou um dos instrumentos básicos para a coleta de dados (Lüdke; André, 1986).

Acredita-se que essa técnica contribuiu para atender à investigação da efetividade da intersetorialidade no PSE, a partir da ótica dos sujeitos, explorando-se como são traçados os objetivos para alcance de indicadores e como são implementadas as ações, pois a intersetorialidade é um princípio que evoca atributos inter-relacionais tanto de conhecimento teórico como de sua prática. Assim, essa técnica tornou possível revelar a estruturação da práxis de acordo com a compreensão de intersetorialidade dos sujeitos que compõem o PSE.

A entrevista semiestruturada foi conduzida a partir de um roteiro-guia elaborado segundo um esquema básico, porém flexível, o que permitiu à pesquisadora realizar as adaptações necessárias durante a entrevista, sem, contudo, induzir as respostas (André, 2013). Trata-se de um instrumento valioso para o conhecimento interpessoal, que facilita o encontro presencial e, consequentemente, a apreensão de diversos fenômenos relacionados à identificação e à construção integral da pessoa entrevistada (Turato, 2013).

O roteiro semiestruturado estruturou-se a partir das categorias propostas por Ferreira *et al.* (2014) (Apêndice 1) e seguiu uma ordem lógica: Eixo I – Concepção dos participantes sobre a intersetorialidade no PSE; Eixo II – Gestão do PSE; Eixo III – Formação; Eixo IV – Monitoramento e Avaliação do PSE. Teve-se o cuidado de que, durante a entrevista semiestruturada, houvesse uma sequência lógica entre os assuntos, dos mais simples aos mais complexos, respeitando-se o sentido do seu encadeamento (André, 2013).

Para assegurar o rigor científico, foram observadas as exigências éticas pertinentes: o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – apresentado no Apêndice 2 – detalha o tema, os objetivos e a justificativa da pesquisa; os locais e horários das entrevistas foram previamente acordados com os participantes, respeitando sua conveniência; além disso, buscou-se garantir um ambiente de confiança propício para que os informantes se expressassem livremente.

As entrevistas foram gravadas com o consentimento dos participantes, após a assinatura do Termo de Cessão de Uso de Som da Voz para Fins Científicos e Acadêmicos (Apêndice 3). Depois da leitura e assinatura, as entrevistas foram gravadas utilizando-se o aplicativo de gravação de áudio do dispositivo móvel da pesquisadora.

Os áudios das entrevistas gravadas foram transcritos em processador de texto MS Office Word e após análise das entrevistas, os arquivos digitais foram guardados em HD de uso pessoal da pesquisadora. As anotações também ficarão guardadas sob a responsabilidade da pesquisadora por um período mínimo de 5 (cinco) anos, e após esse período, serão totalmente destruídas. Não foram utilizadas as imagens dos participantes.

1.5 FASE DE ANÁLISE SISTEMÁTICA DOS DADOS

Na análise e interpretação dos dados, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo na modalidade categorial-temática, devido à sua capacidade de proporcionar a compreensão dos dados e a extração de significados de natureza psicológica, sociológica e política. A análise de conteúdo é definida como um conjunto de técnicas para examinar comunicações e obter procedimentos sistemáticos objetivos para descrever o conteúdo das mensagens, bem como indicadores que permitam inferir conhecimentos sobre as condições de produção e recepção dessas mensagens (Bardin, 2011). A análise temática consiste em identificar os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença seja relevante para o objeto analítico em questão. A análise de conteúdo foi organizada em três polos cronológicos (Bardin, 2011)

No polo 1, considerado a pré-análise, foram organizados os dados sistematicamente, mediante a leitura exaustiva das respostas obtidas nas entrevistas, e, em seguida, selecionados os relatos a serem analisados, com os quais serão elaborados os indicadores que fundamentarão a interpretação final. Serão determinadas as unidades de registro, as unidades de contexto, os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais que orientarão a análise.

No polo 2, ocorreu a exploração do material, fase em que foi feita a classificação e codificação dos dados brutos, a fim de alcançar o núcleo de compreensão do texto, por meio de recortes, organizados e agregados em categorias temáticas, os quais permitiram uma descrição das características pertinentes ao conteúdo. A categorização consistiu num processo de redução do texto às palavras e expressões significativas. A pesquisadora escolheu as regras de contagem, uma vez que tradicionalmente a compreensão é construída por meio de codificações e índices quantitativos, e após isso foram feitas a classificação e a agregação dos dados, sendo escolhidas as categorias teóricas ou empíricas pela especificação dos temas responsáveis.

No polo 3, referente ao tratamento dos resultados obtidos e interpretação, foram organizadas e agregadas as temáticas categoriais para tornar-se significativas e válidas, evidenciando as informações obtidas. Para maior rigor, os resultados foram analisados segundo as inferências e interpretações possíveis e confrontos com novas dimensões teóricas, buscando-se a construção de conhecimentos científicos sobre o objeto pesquisado e respondendo à questão norteadora desta pesquisa: *Como ocorre a efetividade da intersetorialidade no Programa Saúde na Escola no município de Tucuruí(PA)* e o objetivo central: *Verificar como ocorre a efetividade da intersetorialidade no Programa Saúde na Escola na Região de Integração Lago de Tucuruí*.

1.6 ASPECTOS ÉTICOS

Segundo a Resolução CNS n. 466/2012 (Brasil, 2012), incorporam-se sob a ótica do indivíduo e da coletividade referências da bioética, tais como autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, com vistas a assegurar direitos e deveres que dizem respeito aos participantes de pesquisas. Considerando a dignidade humana e a proteção dos participantes de pesquisas envolvendo seres humanos, esta pesquisa baseia-se nos princípios éticos das pesquisas em ciências humanas e sociais de acordo com a Resolução CNS n. 510/2016, que no cap. II, art. 3 versa sobre:

> I – reconhecimento da liberdade e autonomia de todos os envolvidos no processo de pesquisa, inclusive da liberdade científica e acadêmica; II – defesa dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo nas relações que envolvem os processos de pesquisa; III – respeito aos valores culturais, sociais, morais e religiosos, bem como aos hábitos e costumes, dos participantes das pesquisas; IV – empenho na ampliação e consolidação da democracia por meio da socialização da produção de conhecimento resultante da pesquisa, inclusive em formato acessível ao grupo ou população que foi pesquisada; V – recusa de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de indivíduos e grupos vulneráveis e discriminados e às diferenças dos processos de pesquisa; VI – garantia de assentimento ou consentimento dos participantes das pesquisas, esclarecidos sobre

> seu sentido e implicações; VII – garantia da confidencialidade das informações, da privacidade dos participantes e da proteção de sua identidade, inclusive do uso de sua imagem e voz; VIII – garantia da não utilização, por parte do pesquisador, das informações obtidas em pesquisa em prejuízo dos seus participantes; IX – compromisso de todos os envolvidos na pesquisa de não criar, manter ou ampliar as situações de risco ou vulnerabilidade para indivíduos e coletividades, nem acentuar o estigma, o preconceito ou a discriminação; e X – compromisso de propiciar assistência a eventuais danos materiais e imateriais, decorrentes da participação na pesquisa, conforme o caso sempre e enquanto necessário. (Brasil, 2016)

Esta pesquisa foi embasada no reconhecimento da liberdade e da autonomia dos participantes, considerando os princípios da dignidade humana, estabelecidos nas referidas resoluções, e a proteção dos participantes. Para tanto, foi elaborado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido/TCLE (Apêndice 2) contendo o assunto, o objetivo da pesquisa e a justificativa. A entrevista foi gravada, tendo sido utilizado o aplicativo de gravação de áudio do dispositivo móvel da pesquisadora. Para a preservação e sigilo das informações, o arquivo de áudio ficará sob a responsabilidade da pesquisadora.

Esta pesquisa teve o risco de perda do sigilo da identidade dos participantes; para evitar esse risco, a identidade destes foi conhecida somente pela pesquisadora responsável, sendo utilizados códigos alfanuméricos para distingui-los: Professor (a) A, Professor (a) B, Professor (a) C...; Profissional da Saúde A, Profissional da Saúde B..., de modo que, assim, o nome dos participantes não foi divulgado. Durante a entrevista foram tomadas as medidas necessárias para que estivessem presentes a ela apenas a pesquisadora e o participante, sendo este informado sobre o anonimato para preservar a identidade e privacidade. Não foi utilizada a imagem dos participantes.

A pesquisa também teve o risco de produzir constrangimentos, insatisfações ou estresse. Para minimizar estes riscos, foi disponibilizado um local reservado, climatizado, para proporcionar conforto aos entrevistados durante a entrevista, em seguida foi feito agendamento, conforme a disponibilidade deles, em dia e hora da preferência dos mesmos. Foi assegurada aos participantes a escolha de outro local que lhes fosse mais conveniente, para sua comodidade, bem como o dia e hora; foi estabelecido o tempo máximo de duas horas diárias para a entrevista, podendo ser reduzida se o participante assim desejasse.

No entanto, isso não foi necessário, pois o tempo de entrevista não excedeu o tempo de 40 minutos. Foi informado aos participantes que, se alguma pergunta lhes provocasse constrangimentos, tinham a liberdade de não responder. Como medida de confidencialidade, foi informado sobre a guarda pela pesquisadora do conteúdo da entrevista, quer seja na forma de transcrição ou na forma de arquivo de áudio, por cinco anos e que após esse período, os registros serão incinerados e/ou apagados.

Acredita-se que esta pesquisa trará benefícios, pois esperamos que este estudo contribua com a produção de evidências científicas para favorecer o processo de gestão do PSE e para trazer informações que fortaleçam a efetividade das ações compartilhadas entre os profissionais do campo da saúde e da educação na promoção da saúde dos educandos. Espera-se que o estudo identifique os processos potencializadores da gestão intersetorial no PSE, e que ele possa contribuir com as políticas públicas de educação e saúde para favorecer a educação integral no ensino básico.

Durante todo o período da pesquisa, os participantes foram orientados sobre o direito de solicitar esclarecimentos acerca de quaisquer dúvidas ou outras informações, bastando, para isso, entrar em contato com a pesquisadora ou com o Conselho de Ética em Pesquisa. Foi assegurado o direito de não aceitar participar ou de retirar sua autorização a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo ou retaliação em decorrência da sua decisão. O TCLE foi entregue aos participantes para leitura até sua compreensão, seguido da assinatura, atestando o conhecimento da seriedade da pesquisa, da confidencialidade dos dados fornecidos, da ausência de fins lucrativos e da garantia de desistência a qualquer momento durante a coleta de dados, sem prejuízo para os participantes.

Assim, a coleta de dados somente ocorreu após a leitura e assinatura do TCLE para que os participantes manifestassem anuência à participação na pesquisa e recebessem o esclarecimento de quaisquer dúvidas sobre a pesquisa. O TCLE foi assinado em duas vias, tendo uma ficado com o participante e outra em poder da pesquisadora. Os participantes não tiveram gastos financeiros para participar na pesquisa e a pesquisadora se comprometeu a propiciar assistência a eventuais danos materiais e imateriais decorrentes da sua participação na pesquisa, conforme o caso, sempre e enquanto necessário. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Campus VII-CEPAR/UEPA, sob o parecer n. 6.173.938.

Este estudo está organizado em seis seções, além das Considerações Finais. A seção 1 apresentou o percurso metodológico da pesquisa. A seção 2 apresenta a promoção da saúde e a interface entre saúde e educação como subsídios do PSE, além dos fundamentos da política nacional de promoção da saúde. Discutem-se as bases fundamentais da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e seus desdobramentos na criação do Programa.

Na seção 3, procurou-se compreender a intersetorialidade, seus pressupostos, seus conceitos e suas implicações no contexto da educação e da saúde. Para melhor exploração da temática, buscou-se compreender a origem e os objetivos do uso da intersetorialidade no contexto internacional e suas influências no sistema de educação na América Latina e no Brasil.

Na seção 4, fez-se a caracterização do território da RILT e Tucuruí: um olhar sobre os indicadores de saúde e educação, a partir do PSE para compreender o processo de gestão intersetorial do Programa em Tucuruí, no Estado do Pará. Neste caso, houve a necessidade de conhecimento dos pressupostos ontológicos implícitos nos fatos históricos desse território (Sánchez Gamboa, 2012) para estabelecer conexão com tais aspectos e compreender sua evolução econômica e cultural, perpassando os objetivos do estudo.

A seção 5 expõe a gestão intersetorial no Programa Saúde na Escola no município de Tucuruí, com o objetivo de averiguar como as alterações do arcabouço normativo influenciam a gestão intersetorial do PSE e Apontar como os processos estruturantes, a favor da intersetorialidade, são produzidos nos documentos oficiais e como se integralizam na prática da gestãol, e refletir sobre quais processos instituídos na prática apontam na direção de ações intersetoriais visto que é uma das diretrizes estruturantes do programa.

Na seção 6 tratou-se de verificar o que dizem os profissionais do Programa Saúde na Escola sobre a gestão intersetorial, com objetivo de compreender como foi integralizado o processo de gestão intersetorial na perspectiva dos profissionais; e identificar quais os desafios enfrentados pelos profissionais para a efetivação da intersetorialidade.

2 AS BASES DO PSE, A PARTIR DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Esta seção tem como objetivo discutir as bases fundamentais da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e seus desdobramentos na criação do Programa Saúde na Escola, proposto no Brasil pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Para melhor compreensão, fez-se a divisão em quatro subseções, a saber: 2.1 "Os fundamentos da Política Nacional de Promoção da Saúde", em que se procurou fazer uma descrição dos marcos legais e eventos mundiais desde a década de 70 até a atualidade, evidenciando os subsídios e fundamentos da promoção da saúde no SUS; 2.2 "A Política Nacional de Promoção da Saúde", em que se procurou uma compreensão da implantação da PNPS, as diretrizes, objetivos e metas a partir da Política de Promoção da Saúde de 2006 e sua revisão em 2014 e 2017; 2.3 "O modelo de promoção da saúde na escola no Brasil; e 2.4 "A gestão do PSE segundo a revisão da literatura", em que se revisou a literatura com o objetivo de identificar as evidências científicas produzidas sobre a intersetorialidade na gestão do PSE.

2.1 OS FUNDAMENTOS DA POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

O conceito de saúde passou a ser amplamente debatido a partir da segunda metade do século XX, quando foi reconhecido como um direito fundamental. Nesse período, as iniquidades sociais afetavam a maioria dos países, e as evidências científicas demonstravam que a desigualdade social, aliada à precariedade de renda, moradia e educação, contribuía significativamente para o adoecimento das populações. Dessa forma, os grupos com maior acesso a recursos sociais apresentavam maior probabilidade de usufruir de melhor saúde, enquanto comunidades com menos recursos, especialmente as de baixa renda, estavam mais propensas a enfrentar problemas de saúde.

Nesse debate aflorou o movimento mundial a favor da qualidade de vida e sua relação com os seus determinantes sociais. Assim, os fundamentos da saúde pública contemporânea originaram-se no marco histórico do movimento canadense, no *Relatório* de Marc Lalonde, que em 1974 publicou um documento histórico reconhecido internacionalmente como "uma nova perspectiva sobre a saúde dos canadenses", introduzindo o chamado Conceito de Campo da Saúde (Rabello, 2010, p. 26).

Nesse pressuposto, destacou-se o resultado da ação de quatro campos amplos: biologia humana; meio ambiente; estilo de vida; e organização da atenção à saúde, ao invés do

assistencialismo médico e hospitalar do paradigma tradicional (Tulchinsky, 2018), que não contribuía com a melhora dos indicadores.

Os conceitos de Lalonde tornaram-se base para a I Conferência Internacional sobre Assistência Primária à Saúde (APS), em Alma-Ata (Cazaquistão, União Soviética), em 1978, que foi uma resposta às crescentes expectativas por uma nova saúde pública, às necessidades mundiais e, principalmente, às dos países industrializados.

A *Declaração de Alma-Ata*, documento produzido pela OMS em parceria com o Fundo de Emergência Internacional das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), estabeleceu o compromisso de "Saúde para Todos até o ano 2000", contribuindo para aprimorar os conceitos de Atenção Primária em Saúde (APS) e seus componentes fundamentais, como educação em saúde, saneamento ambiental, especialmente de águas e alimentos, programas materno-infantis, imunizações, planejamento familiar e prevenção das doenças endêmicas locais (Ferreira; Buss, 2002, p. 7; Pedrosa, 2007).

A proposta de Atenção Primária, orientada pela OMS, ganhou destaque e relevância pela estratégia da universalidade, da integralidade e da participação popular, sendo conceituada como "um sistema de saúde articulado, correspondendo à porta do sistema de serviço de saúde para todas as necessidades e problemas, fornecendo atenção na pessoa e não na doença, e coordenando na íntegra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros". Nesse sentido, os preceitos da Alma Ata tornaram-se o primeiro destaque dado à Atenção Primária em termos globais, especificando os componentes fundamentais para a atenção ampliada de saúde, considerando os aspectos da articulação intersetorial para a implementação de ações (Starfield, 2002, p. 28). Verifica-se, portanto, que:

> A atenção primária à saúde é um cuidado essencial baseado em princípios práticos, cientificamente métodos e tecnologias sólidos e socialmente aceitáveis tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias da comunidade por meio de sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem dar ao luxo de manter em cada estágio de seu desenvolvimento no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Faz parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual é função central e foco principal, e do desenvolvimento social e econômico global de a comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, a família e a comunidade com o sistema nacional de saúde, trazendo saúde cuidado o mais próximo possível de onde as pessoas vivem e trabalham. (WHO, 2018, p. 15, tradução nossa).

Percebe-se no conceito de *atenção primária*, segundo a *World Health Organization* (WHO), que é um cuidado essencial, que envolve conhecimento científico e participação da comunidade de forma individual e coletiva, de modo que o foco deve ser o desenvolvimento da comunidade através dos mecanismos de participação e empoderamento. Desse modo, os países

mais industrializados e com contexto histórico hegemônico da medicina por especialidades e centralização hospitalar não compreenderam tais preceitos, mas aqueles que os adotaram, oportunizaram a criação do sistema com serviços de saúde organizados próximo ao local das residências, orientando o atendimento equitativo, e conseguiram minimizar os danos à saúde produzidos pela desigualdade social (Starfield, 2002).

Os conceitos de Alma-Ata orientaram a I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em Ottawa (Canadá), em 1986, que priorizou a formalização de um conjunto de intenções para "assegurar saúde para todos até o ano 2000" (OMS, 1986). Essa conferência resultou na formação de pactos entre os países membros da OMS, com o reconhecimento de que, para se alcançar qualidade de vida, é necessária uma base sólida, com investimentos em pré-requisitos fundamentais, como habitação, educação, alimentação, renda, ecossistemas estáveis, recursos sustentáveis e justiça social. Assim, tornou-se imprescindível uma reconfiguração das ações de promoção da saúde (PS), direcionando-as para um contexto de ações intersetoriais, envolvendo todas as partes interessadas – o governo e os setores da educação, saúde e assistência social –, com ênfase no fortalecimento da participação comunitária, centrada nas necessidades locais e considerando as diferenças regionais, sociais e culturais de cada localidade (OMS, 1986).

A *Carta de Ottawa*, "fundamental para o conceito contemporâneo de promoção da saúde, [...] associou-se ao conjunto de valores: qualidade de vida, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, entre outros" e, juntamente com a *Declaração de Sundsvall*, de 1991, destacou que a educação é um direito humano básico e um elemento-chave para realizar as mudanças políticas, econômicas e sociais necessárias para tornar a saúde possível para todos, devendo ser acessível durante toda a vida e baseada nos princípios da igualdade, cabendo, portanto, ao Estado, através de suas instituições, garanti-la (Brasil, 2002; Rabello, 2010; WHO, 2018; Buss, 2020, p. 4.720). Percebe-se que o campo da educação ganha destaque e importância para a implementação das políticas públicas de intersetorialidade.

O Brasil, assim como muitos países da América Latina, passou por mudanças sanitárias importantes na década de 1980, e a promoção da saúde destacou-se no movimento da reforma sanitária deflagrada na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, com o tema "Democracia é Saúde". Foi a primeira conferência que permitiu a participação popular, tornando-se um marco na definição do Sistema Único de Saúde (SUS), propiciando o debate sobre o conceito mais amplo de saúde, para além da assistência e voltado à qualidade de vida, ao bem-estar social, associando-o à diminuição da desigualdade social e à provisão dos direitos à renda,

educação, moradia, trabalho, alimentação e lazer. Teve como temas principais a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o financiamento, muito favoráveis à promoção da saúde (Aguiar, 2015).

O direito à saúde e à educação preconizado na Constituição Federal de 1988 é considerado um grande marco na garantia dos direitos básicos dos cidadãos e contribui para que os preceitos da reforma da educação e da saúde redirecionem as políticas públicas sociais para a criação de programas mais compatíveis com as necessidades sociais. Nesse sentido, a criação do SUS em 1990, é considerada uma das maiores conquistas sociais consagradas na Constituição de 1988, sendo que seus princípios e diretrizes de universalidade de acesso e integralidade e igualdade da assistência à saúde apontam para a democratização das ações dos serviços de saúde que possibilitam grandes avanços no campo da promoção da saúde no Brasil (Brasil, 1988; 1990; 1996).

Em 1992, a Conferência Internacional de Promoção da Saúde em Bogotá (Colômbia) foi direcionada para exposição da pauta sobre a deterioração das condições de vida das populações e da desigualdade social agravada pela crise econômica na América Latina. Dessa conferência emergiram os cinco princípios postos como compromissos para a melhoria dos indicadores de saúde: a superação das desigualdades econômicas, ambientais, sociais, políticas e culturais; a melhora da cobertura e acesso e qualidade dos serviços de saúde; a diminuição da pobreza derivada da urbanização e da industrialização para, simultaneamente, diminuir as enfermidades; a reafirmação da democracia nas relações políticas e sociais; a efetivação da equidade e desenvolvimento integral dos seres humanos e das sociedades (Buss, 2020).

As exigências dos pactos internacionais assumidos pelo Brasil para a reconfiguração do modelo de atenção à saúde orientam-se por uma concepção ampliada de saúde e possibilitaram a aprovação do Pacto pela Saúde. Esse pacto viabilizou acordos formais entre os gestores do SUS, com o objetivo de promover maior integração e consolidar mudanças significativas nos processos de descentralização, habilitação, financiamento e execução do sistema. Além disso, buscou-se aprofundar a regionalização e a organização do SUS sob a forma de Redes de Atenção à Saúde (RAS), estruturadas em três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS (Brasil, 2006b).

Em sintonia com o Pacto pela Saúde, foram aprovadas a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS) em 2006. Ambas são estratégias para a configuração do modelo de atenção à saúde com subsídios da integralidade e da equidade, para que fossem capazes de dar suporte às questões crônicas e agudas da saúde e

promover ações de vigilância e promoção, efetivando a APS como eixo estruturante da RAS no SUS (Brasil, 2015).

A partir da implantação do Pacto pela Saúde, ocorreu uma série de avanços na organização e ferramentas para a negociação consensual entre os gestores do SUS (Albuquerque; Martins, 2017). Foram instituídos mecanismos de governança regional por meio das Comissões de Gestão Regional (CGRs), agenda de prioridades com objetivos, indicadores e metas, estas últimas pactuadas pelos gestores nas três esferas de governo.

Dessa forma, a organização do SUS, por meio do Pacto pela Saúde, considera a dinâmica e a diversidade das características do território, a complementaridade entre as regiões, com ênfase no estadual e no regional, limitando o federal e fortalecendo a regionalização. Os gestores do SUS assumem o compromisso público da construção do Pacto pela Saúde em 2006, e anualmente ocorre a revisão das metas e indicadores, com base nos princípios constitucionais do SUS e com ênfase nas necessidades de saúde da população, com implicação do exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas nos três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS.

Entre os aspectos formalizados por estados e municípios, ocorreu a assinatura do Termo de Compromisso de Gestão, acarretando transferência de poderes e responsabilidades e financiamentos ao gestor municipal, bem como a pactuação de indicadores e metas de melhorias por todos os municípios, estados, Distrito Federal e União. A política e as prioridades propostas pela gestão federal contidas no Plano Nacional de Saúde (PNS) e definidas de forma tripartite compuseram os eixos prioritários do Pacto para o SUS, através dos Pactos pela Vida e de Gestão e em Defesa do SUS, e vigorou de 2007 a 2011. Para o componente Pacto Pela Vida foram definidas onze prioridades, bem como seus indicadores:

> (a) atenção à saúde do idoso; (b) controle do câncer do colo de útero e de mama; (c) redução da mortalidade infantil e materna; (d) fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids); (e) promoção da saúde; (f) fortalecimento da atenção básica. (Brasil, 2006b).

Nesse contexto, as prioridades definidas na PNS incidiram diretamente no contexto do PSE, instituído em 2007 pelo Decreto Presidencial n. 6.286, considerando a organização do sistema de saúde pelo Pacto da Saúde. Percebe-se que as temáticas estabelecidas no artigo 4 vão ao encontro das prioridades do SUS e seus indicadores de saúde, e foram assim descritas as temáticas em saúde a serem desenvolvidas articuladamente com a rede de educação pública básica e em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS:

> I - avaliação clínica; II - avaliação nutricional; III - promoção da alimentação saudável; IV - avaliação oftalmológica; V - avaliação da saúde e higiene bucal; VI - avaliação auditiva; VII - avaliação psicossocial; VIII - atualização e controle do calendário vacinal; IX - redução da morbimortalidade por acidentes e violências; X - prevenção e redução do consumo do álcool; XI - prevenção do uso de drogas; XII - promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva; XIII - controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer; XIV - educação permanente em saúde; XV - atividade física e saúde; XVI - promoção da cultura da prevenção no âmbito escolar. (Brasil, 2007).

Apesar do exposto, em 2011 foi publicado o Decreto n. 7.508, que regulamentou a Lei n. 8.080, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, substituindo as normas operacionais e pactos. Esse Decreto reafirmou o caráter regional e hierarquizado do SUS, criando instrumentos e ferramentas para fortalecer o planejamento, a organização, a gestão e o controle com ênfase nas Regiões de Saúde para a referência das transferências de recursos entre os entes federativos, sendo as portas de entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), e os serviços: a Atenção Primária; a atenção de urgência e emergência; e a atenção psicossocial (Brasil, 2011). Portanto, para o período de 2012 a 2015, foram definidas treze diretrizes nacionais para o SUS, dentre as quais estão as seguintes:

> (i) Garantia do acesso a serviços de qualidade mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada; (ii) Aprimoramento da rede de urgência e emergência – Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), prontos-socorros e centrais de regulação –, articulada às outras redes de atenção; (iii) Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança – Rede Cegonha; (iv) Fortalecimento da rede de saúde mental com ênfase no enfrentamento do *crack* e outras drogas; (v) Garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas – ações de promoção e prevenção. (Brasil, 2012).

No que tange ao PSE, destacam-se as seguintes temáticas:

> 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; XII. Promoção da saúde ocular e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração. (Brasil, 2017a).

Apesar da consonância entre as diretrizes Nacionais para o SUS e a seleção das temáticas do PSE, há um descompasso entre a avaliação e a pactuação de indicadores de desempenho no SUS, pois um estudo realizado por Albuquerque e Martins (2017) revelou que, entre 2007 a 2015, foram relacionados 116 indicadores. No entanto, menos de 10% dos indicadores, permaneceram sendo monitorados e pactuados até 2016, o que provocou uma lacuna importante no tocante às dimensões do desempenho do SUS. O estudo ainda revelou a ausência de avaliação e monitoramento contínuo no que tange aos aspectos relacionados ao respeito aos direitos das pessoas, à aceitabilidade e à continuidade do cuidado.

Tais considerações configuram-se como nós críticos na organização e planejamento do SUS, em razão da falta de continuidade e de avaliação dos serviços, evidenciando a necessidade de maior efetividade em sua política, com ênfase no planejamento, monitoramento e avaliação. Observam-se lacunas ou baixa priorização de dimensões como eficiência, efetividade e adequação. Ademais, embora existam indicadores que abordam a gestão como processos de trabalho voltados à mensuração de resultados e desempenho, esses indicadores, de fato, não são capazes de refletir diretamente a qualidade do cuidado em saúde nos diferentes níveis e modalidades assistenciais (Albuquerque; Martins, 2017).

Contudo, devido às mudanças ocorridas a partir de 2016 por ocasião do *impeachment* da presidenta Dilma Roussef e a eleição de Jair Bolsonaro, ocorreram alterações no subfinanciamento de muitas secretarias e diretorias no Ministério da Saúde que atingiram a área de promoção da saúde na APS. Ocorreu mais uma revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2017, que intensificou o trabalho na APS, com ênfase no atendimento individual (Brasil, 2017). Foi criado o Departamento de Promoção da Saúde, na estrutura da Secretaria de Atenção Primária do Ministério da Saúde (Brasil, 2019), e implementado o "Previne Brasil", que descaracterizou ainda mais o potencial da APS (Brasil, 2019).

Facchini (2018) destacou que o desenvolvimento do SUS, apesar de todos os avanços e da melhoria dos indicadores e da situação de saúde, ocorreu no contexto do período democrático, ou seja, entre 1988 – com a promulgação da CF/1988 – e 2016. O autor ressalta ainda que, a partir dessa data, houve uma ruptura democrática no Brasil, observando-se uma influência crescente dos ditames do Banco Mundial na formulação de ajustes econômicos, muitas vezes contrários à promoção da saúde. Um exemplo emblemático é a elaboração da Emenda Constitucional n. 95/2016, que comprometeu drasticamente o orçamento destinado às políticas sociais e acarretou a perda simultânea de direitos sociais garantidos pela CF/1988. Observa-se, assim, um descompasso que compromete a efetividade das políticas públicas

sociais no Brasil, especialmente nas áreas da educação e da saúde, resultando na deterioração da qualidade dos programas.

Esse novo rearranjo provocou um desmonte das políticas públicas sociais. No que tange à APS, uma das principais mudanças foi a alteração do financiamento em 2019, quando uma nova política foi implantada no SUS, o Programa "Previne Brasil", e dentre as mudanças no financiamento da APS para os municípios, houve a substituição do financiamento por número de habitantes e de equipes de ESF, pelas transferências intergovernamentais calculadas a partir do número de pessoas cadastradas em serviços de APS e de resultados alcançados sobre um grupo selecionado de indicadores, sendo muito criticada pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco).

Segundo Massuda (2020), a adoção de capitação como critério para financiamento da APS no SUS, em substituição ao financiamento *per capita*, promoveu desigualdades no processo de financiamento, pois municípios em áreas carentes poderiam apresentar maior dificuldade administrativa para registrar pessoas, tendo como consequência a redução de recursos para a APS em regiões de grande necessidade.

Outro ponto destacado foi a remuneração de serviços por avaliação de desempenho para estimular que as equipes aumentassem a produtividade para atingir metas pré-estabelecidas, tendo como consequência que os municípios concentrariam a atenção em indicadores que seriam monitorados, e não no escopo de trabalho das equipes de APS, que devem ter como objeto os problemas de saúde apresentados pela comunidade.

Tais mudanças no financiamento ocorreram também no financiamento do PSE, visto que a partir de 2017 deixou de ser financiado pelo número de participantes e passou a ser avaliado por desempenho (Brasil 2017a). Portanto, devido ao uso de indicadores quantitativos expostos na Documento Orientador (Brasil, 2018, 2021), o Programa também passou a ser financiado com base no alcance das metas quantitativas, e desse modo teve restritas a qualidade e a efetividade de suas ações de promoção da saúde.

O Programa Previne Brasil funcionou até abril de 2024, visto que a Portaria n. 3.493, de 10 de abril de 2024 (Brasil, 2024), instituiu a nova metodologia de cofinanciamento federal do Piso de Atenção Primária em Saúde de transição no âmbito do SUS. Nesse contexto de transição, o financiamento da APS voltou a ter um componente fixo, que é um incentivo financeiro a ser repassado mensalmente pelo Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde e do Distrito Federal para apoiar o custeio e a implantação das equipes, além de outros componentes variáveis, como o vínculo, o acompanhamento territorial e o componente de

qualidade. Acredita-se que tais mudanças podem ser mais efetivas, se atreladas aos componentes avaliativos mais qualitativos.

As mudanças ocorridas nos processos de organização e financiamento do SUS, ao longo dos 30 anos de implementação, permitem supor que foram realizadas várias inovações em seu modelo de financiamento, assim como no desenho e arranjos organizacionais, tornando possível uma rápida e consistente cobertura de APS. A descentralização de recursos federais para municípios, combinada com a implementação da ESF, foi decisiva para a expansão da APS no país, já que possibilitou o acesso da população mais vulnerável aos serviços básicos de saúde e promoveu melhorias nos resultados em saúde, reduzindo desigualdades sociais e regionais, sendo reconhecida internacionalmente como exemplo de política de saúde pública bem-sucedida (Massuda, 2020).

Apesar dos avanços alcançados, o SUS e a Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil ainda apresentam diversas fragilidades estruturais. A significativa heterogeneidade entre os 5.570 municípios evidencia um cenário de desigualdade nos padrões de expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF) e na eficácia da prestação dos serviços. Esse panorama deve ser considerado na formulação e implementação da Política de Saúde na Escola (PSE), especialmente porque seu financiamento é realizado pelo Ministério da Saúde, por meio de repasses fundo a fundo às secretarias municipais de saúde. Tal contexto reforça a necessidade de mais pesquisas que contribuam para aprimorar e qualificar a efetividade das ações, a partir da percepção dos próprios usuários.

A expansão da ESF, o financiamento da Atenção Primária e da educação e a qualidade dos serviços afetam diretamente a efetividade do PSE, portanto é uma política de restrição orçamentaria do SUS e de condicionamento a fatores que afetem a qualidade e abrangência dos serviços, como a universalidade, integralidade e equidade, o que afeta diretamente a gestão e implementação do PSE. Assim, espera-se que o financiamento, a organização dos serviços e o planejamento do SUS no Brasil sejam mais efetivos para tornar possível a equivalência qualitativa no PSE. A próxima seção tratará da Política Nacional de Promoção da Saúde.

2.2 A POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

A promoção da saúde (PS) é considerada, na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), como um conjunto de estratégias de articulação transversal para promover a saúde da população através da articulação e cooperação intrassetorial e intersetorial na Rede de Atenção à Saúde (Brasil, 2015). Apesar da abrangência do conceito adotado pela PNPS e da necessidade

de integração entre as políticas para favorecer a integralidade do SUS no campo de promoção da saúde, a PNPS surgiu em 2006, 16 anos após a criação da Lei Orgânica do SUS (Albuquerque; Sá; Araújo Júnior, 2016).

Portanto, para a implantação da Política de Saúde é fundamental a compreensão da PNPS, pois para a Política de Saúde na Escola é primordial sua implementação, visto que apresenta diretrizes, objetivos e metas da concepção ampliada de saúde e da visão mais holística dos problemas e da tomada de soluções cabíveis aos conhecimentos dos indicadores de saúde e compartilhamento intersetorial das responsabilidades, no âmbito de cada setor. Assim, para efeito de melhor explicação da PNPS, esta seção subdivide-se em dois tópicos, tratando da Política de Promoção da Saúde de 2006 e de sua revisão em 2014 e 2017.

2.2.1 A Política de Promoção da Saúde de 2006

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), aprovada em 2006, foi fundamentada na perspectiva das necessidades do SUS e na concepção ampliada de saúde. Essa abordagem enfatiza que o modo de viver e o arranjo do processo saúde-doença não devem ser compreendidos de forma fragmentada, nem atribuídos exclusivamente às escolhas individuais dos sujeitos, mas sim às decisões, necessidades, desejos e interesses coletivos. Isso porque o processo de construção da promoção da saúde ocorre por meio de diversas mudanças e arranjos que se desenvolvem ao longo da vida da população (Brasil, 2006b).

Na perspectiva ampliada de saúde, a PNPS/2006 define como objeto de suas ações os problemas e necessidades de saúde, bem como seus determinantes e condicionantes. Estreita sua relação com a vigilância em saúde e propõe o estabelecimento de agendas governamentais e de políticas públicas favoráveis à saúde e à vida, que estimulem e fortaleçam o protagonismo dos cidadãos em sua elaboração e implementação. Dessa forma, ratifica os preceitos constitucionais de participação social na dinâmica dos processos que interferem na saúde individual e coletiva (Brasil, 2006b).

Assim, quando formalizada pela Portaria n. 687 do Ministério da Saúde (MS), em 30 de março de 2006, foi inserida na agenda estratégica dos gestores do SUS com o desafio de enfrentamento dos problemas da saúde e de qualificação contínua das práticas sanitárias e do SUS. Propôs-se a ser uma política transversal com vistas a favorecer o diálogo entre os diversos setores do governo, inclusive dos setores privados, e com a sociedade e nos Planos Nacionais de Saúde subsequentes, ampliando a possibilidade de exequibilidade de políticas públicas já existentes (Brasil, 2015b).

Sua estrutura organizou-se em um modelo de promoção da saúde, na perspectiva multidisciplinar, integrada e em rede. Assim como no desenho político institucional do SUS está presente a formação de uma rede regionalizada e hierarquizada com seus pontos de atenção à saúde, denominada Rede de Atenção à Saúde (RAS), observa-se que a PNPS se estruturou na concepção de colaboração intersetorial com outras políticas de diversos campos, a fim de estabelecer redes de coordenação e cooperação para obter mais equidade no que tange ao alcance dos indicadores de saúde (Brasil, 2011, 2015b).

Considerando que a desigualdade social fragiliza a saúde e que o processo saúde-doença resulta de múltiplos e complexos fatores, a PNPS fundamenta-se na articulação intersetorial como estratégia para estimular e mobilizar os demais setores na formulação de políticas específicas voltadas aos fatores e condições de vulnerabilidade, aos riscos e às potencialidades que impactam a saúde da população. Dessa forma, responsabiliza todos os setores por incorporar os preceitos da promoção da saúde nas agendas de suas respectivas políticas públicas, com o objetivo de promovê-la por meio da articulação e cooperação intersetorial (OMS, 1986; Brasil, 2015b).

> Nesta perspectiva, e fundamentando-se nas Cartas das Conferências Internacionais, a promoção da saúde é um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, que se caracteriza pela articulação e cooperação intrassetorial e intersetorial e pela formação da Rede de Atenção à Saúde, buscando se articular com as demais redes de proteção social, com ampla participação e amplo controle social. Assim, reconhece as demais políticas e tecnologias existentes visando à equidade e à qualidade de vida, com redução de vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais. (Brasil, 2015b, p. 8).

No contexto da intersetorialidade, os programas que emergem das políticas públicas sociais têm a prerrogativa de desenvolver ações em rede, em cooperação e articulação, visando favorecer o planejamento estratégico das ações de promoção da saúde. Essas ações devem estar vinculadas às necessidades percebidas e vivenciadas pela população, conforme seus territórios, e contribuir para a redução da vulnerabilidade social, potencializando a equidade e a participação social (Brasil, 2006b).

Entre os diversos trechos que abordam a promoção da saúde, a PNPS de 2006 destaca repetidamente os termos transversalidade, cooperação e gestão intersetorial, defendendo uma "política transversal, integrada e intersetorial, que faça dialogar as diversas áreas do setor sanitário, os demais setores do governo, o setor privado, o terceiro setor e a sociedade, compondo redes de compromisso". Ressalta-se a necessidade de investir no compartilhamento

de objetivos e planos de trabalho que favoreçam os princípios do SUS, superando a cultura administrativa fragmentada para melhorar a prestação dos serviços, evitando gastos e desperdícios públicos, desvios dos interesses e necessidades da sociedade, sobreposição de ações, além de aumentar a eficiência e a efetividade das políticas públicas existentes (Brasil, 2006b, p. 13).

Nota-se que a promoção da saúde tornou-se um campo teórico prático-político que, em sua composição com os conceitos e as posições do Movimento da Reforma Sanitária, delineou-se em uma política que deve percorrer o conjunto das ações e dos projetos em saúde, apresentando-se em todos os níveis de complexidade da gestão e da atenção do sistema de saúde. Tal política deve percorrer todos os programas e projetos de saúde em todos os níveis de complexidade, ampliando o olhar dos profissionais na visão singular dos sujeitos e o incentivo do empoderamento e potência de criação da própria vida, objetivando a produção de coeficientes crescentes de autonomia durante o processo do cuidado à saúde (Campos; Barros; Castro, 2004, p. 746).

A PNPS/2006 é considerada um marco importante para o fortalecimento das ações de promoção da saúde prioritárias na agenda do SUS. Segundo Silva e Batista (2015), durante a elaboração de seu texto, ocorreram intensas mudanças no Ministério da Saúde, razão pela qual esses autores acreditam que houve um esforço para conceituar a promoção da saúde a partir dos marcos legais das cartas internacionais sobre o tema, com base nos preceitos da visão ampliada de saúde. Ainda assim, foram introduzidos diversos conceitos de promoção da saúde, tornando-o polissêmico, pois ora é apresentado sob uma visão ampliada, ora focaliza ações restritivas fundamentadas na responsabilidade individual.

A política destacou as responsabilidades dos gestores nas esferas federal, estadual e municipal e elencou as ações específicas para a implementação de ações nas agendas, com destaque para: divulgação e implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde; alimentação saudável; prática corporal/atividade física; prevenção e controle do tabagismo; redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas; redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito; prevenção da violência e estímulo à cultura de paz; promoção do desenvolvimento sustentável (Brasil, 2006b).

Percebeu-se um compromisso com a criação de linha de programação orçamentária específica para a PS e repasses de financiamentos a vários programas a partir de 2008, apesar de que a previsão orçamentária inicial no Plano Nacional de Saúde, no período de 2008-2011, foi menor do que o esperado. Foram implementadas várias ações, como, por exemplo, programas de academias da saúde, programas de alimentação saudável, programas de

prevenção do tabagismo, programas de implementação de núcleos de prevenção de violência, programas de vigilância em saúde, programas de prevenção de lesões e mortes no trânsito, o programa Saúde na Escola e o Projeto Viva no Trânsito (Malta *et al.*, 2016).

Observam-se avanços na implementação de sistemas de monitoração e informação pelo Ministério da Saúde, como o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças e Agravos não Transmissíveis (DCNT), composto pelo Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), que constitui um inquérito telefônico realizado anualmente nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal; a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), realizada a cada 3 anos, junto aos escolares do 9º ano do ensino fundamental e do ensino médio, já tendo sido realizadas as edições de 2009, 2012, 2015 e 2019; e o Sistema de Informações de Vigilância Alimentar (Sisvan) (Malta *et al.*, 2016).

No âmbito do estímulo às ações intersetoriais, houve a formulação de diretrizes em operações intersetoriais para articular as políticas e tecnologias para acordos de cooperação com o SUS na construção de programas de promoção da saúde. Nesse sentido, ocorreram as parcerias entre o Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Ministério do Esporte e os ministérios do Meio Ambiente, Integração, Cidades, Casa Civil, secretarias estaduais de Saúde e secretarias municipais de Saúde, para apoio a programas como o da Academia da Saúde e ainda, programas na área de desenvolvimento sustentável, Programa Saúde na Escola e planos para o desenvolvimento de ações sustentáveis (Malta *et al.*, 2016).

No entanto, no que tange às estratégias de apoio técnico e/ou financeiro a projetos de qualificação de profissionais para atuação na área de informação, comunicação e educação popular referentes à promoção da saúde no SUS, foram realizados cursos presenciais para a qualificação da força de trabalho do SUS, os quais se mostraram insuficientes, tendo-se de organizá-los à distância. Dentre os eventos, destacaram-se o I, o II e o III Seminários Nacionais sobre a Política Nacional de Promoção da Saúde, em 2007, 2010 e 2014, respectivamente, que reuniram profissionais e gestores do SUS e representantes de instituições de ensino e pesquisa de estados e municípios (Malta *et al.*, 2016). Observa-se que há necessidade de mais investimento na qualificação de todos os profissionais que compõem as políticas públicas.

Albuquerque, Sá e Araújo Júnior (2016, p. 1.696) chamam a atenção para "indícios de influência dos organismos internacionais na definição da agenda prioritária, especialmente nas ações específicas" da PNPS, de modo que alguns temas foram apresentados teoricamente na perspectiva da promoção da saúde, e sua implementação norteou-se na perspectiva da prevenção, fortalecendo a dimensão preventiva da saúde, ao invés de promoção da saúde.

A compreensão da implementação da PNPS em 2006 e seus arranjos nas dimensões da transversalidade entre as políticas, visando ampliar a efetividade dos objetivos de promoção da saúde, é fundamental para o contexto do PSE. Isso porque essa política redireciona os financiamentos para programas com gestão intersetorial, cujos objetivos estão vinculados a temáticas passíveis de discussão e implementação mediante a participação dos diversos setores. No âmbito da Política de Saúde, a intersetorialidade é imprescindível, assim como a transversalidade do debate sobre a saúde dos escolares.

2.2.2 A Política Nacional de Promoção da Saúde de 2014 e 2017

Em 2013, sete anos após a implementação da PNPS em 2006, o Comitê Gestor do Ministério da Saúde propôs uma atualização da PNPS. Este processo contou com a Secretaria de Vigilância em Saúde, com a OPAS e com o Grupo Temático de Promoção da Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), além da equipe do Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde (Brasil, 2015),

Segundo Rocha (2016), o processo de avaliação de uma política diferencia-se pela participação de membros de diferentes segmentos: gestores, trabalhadores (da saúde e de outros setores), conselheiros de saúde (diferentes instâncias federativas), pesquisadores e professores vinculados a universidades, representantes de movimentos sociais e de usuários. Nesse sentido, houve uma ampliação da participação social na revisão da PNPS, e acreditou-se que assim se poderia garantir a representatividade democrática na reformulação da política como um caminho para superar o déficit da formulação de 2006.

Dessa forma, a Portaria Ministerial n. 2.446, aprovada em 11 de novembro de 2014, redefiniu e revogou a Portaria Ministerial n. 687, de 30 de março de 2006, tendo como objetivo geral promover a equidade e a melhoria das condições e modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e da saúde coletiva, reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais. “O objetivo geral da PNPS continua em torno da redução de vulnerabilidade e riscos à saúde e da qualidade de vida, no sentido da promoção da equidade e da melhoria das condições e modos de viver” (Silva; Batista, 2015, p. 98).

No texto da PNPS de 2014, são destacadas as necessidades de articulação com outras políticas públicas conquistadas pela população, incluindo aquelas do setor saúde, tais como a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), a Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS), a Política Nacional de Gestão

Estratégica e Participativa (ParticipaSUS), a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEP-SUS), além das políticas de educação e outras. Ressalta-se o imperativo de promover a participação social e dos movimentos populares, dada a impossibilidade de o setor sanitário enfrentar isoladamente os determinantes e condicionantes da saúde (Brasil, 2017), bem como a necessidade de integração com a lógica de organização do SUS, considerando a cogestão como forma de otimizar o financiamento (Silva; Batista, 2015).

O enunciado da política fundamenta-se no conceito ampliado de saúde e nos referenciais teóricos das cartas de promoção da saúde, buscando a produção da saúde nos âmbitos individual e coletivo, conforme previsto na Lei Orgânica do SUS, em decretos e portarias de financiamento, entre outras políticas que enfatizam a necessidade de articulação intra e intersetorial, bem como da Rede de Atenção à Saúde (RAS) com as demais redes de proteção, privilegiando a participação e o controle social (Brasil, 2017). Os princípios foram realinhados e destacados em nove itens:

> I – a equidade, quando baseia as práticas e as ações de promoção de saúde, na distribuição igualitária de oportunidades, considerando as especificidades dos indivíduos e dos grupos; II – a participação social, quando as intervenções consideram a visão de diferentes atores, grupos e coletivos na identificação de problemas e solução de necessidades, atuando como corresponsáveis no processo de planejamento, de execução e de avaliação das ações; III – a autonomia [...]; IV – O empoderamento [...]; IX – a territorialidade, que diz respeito à atuação que considera as singularidades e especificidades dos diferentes territórios no planejamento e desenvolvimento de ações intra e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e nos determinantes da saúde neles inseridos, de forma equânime. (Brasil, 2015, p. 27).

Percebe-se que a adoção dos princípios da PNPS fundamenta-se teoricamente nos preceitos da APS, com o objetivo de promover ações de saúde equitativas e integrais, adequadas às necessidades da comunidade e, portanto, mais direcionadas e próximas ao seu contexto social. Essas ações visam mediar o desenvolvimento social e econômico sustentável da comunidade, partindo do entendimento de que, quanto maiores as deficiências na atenção às necessidades básicas, maiores serão os danos à saúde individual e coletiva e, consequentemente, maiores também os desajustes econômicos, requerendo, assim, ações transversais, objetivas e sinérgicas entre as políticas.

No entanto, Furtado e Szapiro (2016, p. 283) chamam a atenção para o discurso presente na PNPS de 2014, pois, para cada atributo anunciado, referem-se a termos gerais, sem indicar um ente específico a quem seja atribuída a responsabilidade de dar efetividade às proposições. Os autores sugerem que há um mecanismo violento nos enunciados e afirmam que estes

apresentam “marcados traços de enunciados ultraliberais pós-modernos, nos quais o lugar de responsabilidade e autoridade do Estado como implementador é suprimido”.

Apesar desse viés, a PNPS apresenta temas transversais que servem como referência para a formação de agendas de promoção da saúde, além da adoção de estratégias e identificação de temas prioritários. Esses temas prioritários são direcionados para serem operados em consonância com os princípios e valores do SUS, compatíveis com o Plano Nacional de Saúde, com pactos interfederativos, com o planejamento estratégico do Ministério da Saúde, bem como com acordos internacionais firmados pelo governo brasileiro e com outras políticas.

Portanto, acredita-se que foram mantidas as ações estratégicas estabelecidas na PNPS de 2006, tais como alimentação, atividades físicas, tabagismo, uso abusivo de álcool e outras drogas, cultura da paz e desenvolvimento sustentável. No entanto, houve maior ênfase na formação e na educação permanente, embora ambas já estivessem presentes, em alguma medida, desde 2006 (Silva; Batista, 2015). Assim, observa-se:

> I – Formação e educação permanente, que compreende mobilizar, sensibilizar e promover capacitações para gestores, trabalhadores da saúde e de outros setores para o desenvolvimento de ações de educação em promoção da saúde e incluí-la nos espaços de educação permanente; II – alimentação adequada e saudável [...]; VIII – promoção do desenvolvimento sustentável, que compreende promover, mobilizar e articular ações governamentais, não governamentais, incluindo o setor privado e a sociedade civil, nos diferentes cenários, como cidades, campo, floresta, águas, bairros, territórios, comunidades, habitações, escolas, igrejas, empresas e outros, permitindo a interação entre saúde, meio ambiente e desenvolvimento sustentável na produção social da saúde em articulação com os demais temas prioritários. (Brasil, 2014, p. 31).

Portanto, a política submete-se e redireciona a efetividade na implementação de suas ações para temas prioritários, indicando ações estratégicas passíveis de transversalização, compartilhamento e corresponsabilização entre os diversos setores. No entanto, observam-se implicações na sensibilização e capacitação dos profissionais para o desenvolvimento de ações educativas em promoção da saúde, inclusive na educação permanente, evidenciando que não pode haver promoção da saúde sem investimentos formativos nos atores sociais envolvidos, assim como seu empoderamento nos aspectos organizativos e nos fundamentos da saúde ampliada, de forma integrada.

Apesar das importantes alterações na PNPS, um estudo realizado por Bueno, Moisés e Bueno (2017) sobre a intersetorialidade na revisão da política nacional de promoção da saúde reafirmou a necessidade de uma relação estruturante entre a promoção da saúde, o

desenvolvimento sustentável e o protagonismo social, além de um maior direcionamento para a atuação sobre os determinantes sociais da saúde, com um diagnóstico mais aprofundado desses.

Em 2017 houve a nova alteração da PNPS, assim a Portaria n. 2.446/2014 foi revogada pela Portaria de Consolidação n. 2, de 28 de setembro de 2017, que estabeleceu as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS. Esta nova versão apresentou a educação e a formação como um dos eixos operacionais subsidiados no incentivo à atitude permanente de aprendizagem, sustentados em processos pedagógicos problematizadores, dialógicos, libertadores, emancipatórios e críticos, assim como o conceito de gestão, destacando como prioridades os processos democráticos e participativos de regulação e controle, de planejamento, monitoramento de avaliação, de financiamento e de comunicação (Brasil, 2018).

Nesse contexto, a PNPS fundamenta-se no conceito de empoderamento, que, no sentido freiriano, significa que o poder é uma conquista histórica, jamais uma doação, considerando que o empowerment só tem sentido quando a liberdade conquistada é utilizada em benefício da coletividade. Assemelha-se à Educação Popular em Saúde (EPS), que historicamente constitui um campo de práticas, experiências e movimentos sociais que acumulam saberes, ideias, metodologias e tecnologias de relacionamento entre os profissionais de saúde e a população (Cruz *et al.*, 2024).

Para Sevalho (2018), tais iniciativas, como o campo da EPS no Brasil, são influenciadas pelo ideal da educação de Paulo Freire. No entanto, desenvolveram-se sempre marginalmente, à sombra da educação em saúde tradicional, marcada pela prevalência de ideias e práticas autoritárias e conservadoras, subordinadas à cientificidade biomédica, no contexto de programas verticais voltados para doenças específicas, conforme revelam investigações de campo no âmbito do SUS. Essas reflexões podem ser relacionadas ao contexto da PNPS, uma vez que, embora a política subsidie o empoderamento, no campo prático há pouco investimento na formação e no empoderamento dos profissionais que atuam tanto no SUS quanto na intersetorialidade.

Outra dimensão que deveria ser mais explorada pela PNPS é a educação em saúde, entendida como a ação educativa realizada nos espaços da escola, do trabalho e/ou em outros ambientes clínicos. Assim, os profissionais devem considerar, em seu planejamento e sistematização, não apenas os acontecimentos factuais, mas também os elementos constitutivos do ser humano, como a intuição, a subjetividade, a singularidade e a pluralidade, entendidos como componentes da existência humana na construção de planos de trabalho educativos (Silva; Espolito, 2011)

No entanto, assim como referido em 2.2.1, a PNPS passou por três reformulações nos últimos dezoito anos, no período de 2016 a 2019, tendo ocorrido um conjunto de retrocessos nas políticas públicas e, de uma forma geral, sociodemocraticamente, aos quais a população brasileira foi exposta negativamente (Cruz *et al.*, 2024) e que afetaram o modelo de financiamento das ações de promoção da saúde, repercutindo no desmantelamento e desestruturação das várias políticas públicas. Desse modo, nas reformulações houve um conjunto de arranjos desestruturantes para a PNPS, o SUS e, consequentemente, para a Política de Saúde na Escola, visto que as diretrizes do PSE estão subsidiadas no SUS, na Política de Educação e na PNPS.

Outro conceito destacado no eixo operacional da PNPS é o da participação e controle social, entendido como a ampliação da representação e da inclusão de sujeitos na elaboração de políticas públicas e nas decisões relevantes que afetam a vida dos indivíduos, da comunidade e de seus contextos (Brasil, 2018). Dessa forma, o PSE, como programa derivado da PNPS, ressalta esse eixo por meio do objetivo de "fortalecer a participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde, nos três níveis de governo" (Brasil, 2017a, p. 2). Portanto, o investimento na participação em diversas instâncias da comunidade escolar e dos profissionais de saúde torna-se crucial para a implementação da Política de Saúde na Escola.

Outro conceito-chave da PNPS refere-se à articulação e cooperação intra e intersetorial, compreendendo o compartilhamento de planos, metas, recursos e objetivos comuns entre diferentes setores e entre distintas áreas de um mesmo setor, os quais são incorporados às práticas de promoção da saúde (Brasil, 2018a). Desse modo, a intersetorialidade é conceituada como "o processo de articulação de saberes, potencialidades e experiências de sujeitos, grupos e setores na construção de intervenções compartilhadas, estabelecendo vínculos, corresponsabilidade e cogestão para objetivos comuns" (Brasil, 2018a, p. 20).

Portanto, a articulação e a sinergia entre os setores distintos são importantes para a efetividade dos planos de trabalho no que refere aos temas prioritários da promoção da saúde elencados, aos quais vinham sendo elencados desde a PNPS de 2006, no Plano Nacional de Saúde (PNS), pactos interfederativos, planejamento estratégico do MS e acordos internacionais firmados pelo governo brasileiro, destacando-se: I. Formação e educação permanente; II. Alimentação adequada e saudável; III. Práticas corporais e atividades físicas; IV. Enfrentamento ao uso do tabaco e de seus derivados; V. Enfrentamento do uso abusivo de álcool e de outras drogas: VI. Promoção da mobilidade segura: VII. Promoção da cultura da paz e dos direitos humanos: VIII. Promoção do desenvolvimento sustentável.

Dessa forma, a perspectiva da PNPS no que se refere ao trabalho multidisciplinar, integrado e em redes – uma ação articulada entre os diversos setores e atores em determinado território – não vem sendo efetivada, visto que a cada alteração surge um intento de adaptação aos novos marcos internacionais. Na prática, a operacionalização da promoção da saúde tornou-se desvinculada de seus marcos regulatórios. Tais aspectos influenciam a Política de Saúde na Escola, especialmente no que diz respeito aos objetivos da gestão intersetorial e à efetividade das ações de promoção da saúde dos educandos, favorecendo uma avaliação por competências, em vez de uma avaliação que qualifique os indicadores de saúde dos educandos.

2.3 O MODELO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ESCOLA NO BRASIL

O modelo de promoção da saúde na escola no Brasil vem sendo marcado por um contexto histórico inerente ao contexto político vivenciado. Deste modo, optamos por explanar essa evolução desde o século XX, quando se iniciou a saúde escolar no país, até a abordagem contemporânea do PSE.

2.3.1 Breve histórico da evolução dos programas voltados à escola

O modelo estabelecido no Brasil a partir da Constituição Federal de 1988 é considerado um grande avanço. As diretrizes da política do PSE, no que se refere à gestão intersetorial compartilhada entre Saúde e Educação, são vistas como inovações, e sua implementação pode ampliar o alcance dos objetivos propostos pelo Programa. Essa implementação possibilita, além do uso dos equipamentos disponíveis, o aproveitamento do conhecimento, das experiências dos profissionais e da participação comunitária. No entanto, esse modelo de trabalho intersetorial ainda é considerado muito recente, tanto para o sistema de educação quanto para o SUS.

Assim, recorremos à história para compreender o que ela pode nos ensinar no sentido de viabilizar o modelo atual de gestão do PSE. Observa-se que o início do século XX é considerado o marco inicial da saúde escolar no Brasil, pois a política brasileira de imigração – cujo objetivo era ampliar a mão de obra para fins comerciais, como a exportação do café no Sudeste e o extrativismo da borracha na Amazônia – veio acompanhada de diversos problemas sociais, favorecendo uma explosão de epidemias, como varíola, malária, febre amarela, sífilis, tuberculose e hanseníase, que comprometiam o comércio internacional. Nesse contexto, foram criados programas de controle nos grandes centros urbanos com o objetivo de manter o livre fluxo do comércio (Figueiredo; Machado; Abreu, 2008; Silva, 2019).

Em 1910, no Rio de Janeiro, foram criados a Assistência Médica ao Escolar e o Serviço de Inspeção Sanitária Escolar, cujo modelo preconizava a inspeção médica individual dos estudantes e a educação sanitária dos professores. Nesse período, o modelo criado a partir das normas e regras do programa alemão, desdobrava-se em ações com foco comportamental, ou seja, visava à informação dos alunos e às intervenções de ações de saúde. Acreditava-se que assim haveria a mudança de comportamentos nocivos à saúde para mais saudáveis através da orientação (Cavalcanti; Lucena; Lucena, 2015).

Observa-se que desde esse período já eram privilegiadas as ações assistenciais, medicalizantes, como exames médicos e odontológicos, vacinação e antropometria dos alunos, e a introdução da educação física na escola, já que o objetivo era o diagnóstico das doenças, porquanto se acreditava que os "defeitos deveriam ser corrigidos e hábitos e atitudes deveriam ser modificados". Dessa forma a população era responsabilizada pelas péssimas condições insalubres e pela miséria existente nos grandes centros urbanos (Cavalcanti; Lucena; Lucena, 2015; Silva, 2019, p. 43; Figueiredo; Machado; Abreu, 2008).

Na década de 1950, os índices de repetência, baixo desempenho escolar e evasão eram elevados. Esses indicadores, contudo, eram analisados sem considerar outros fatores sociais, e, por isso, a dificuldade de aprendizagem era atribuída unicamente à saúde dos estudantes. Dessa forma, o chamado "fracasso escolar" e a deficiência de aprendizagem eram vistos como distúrbios psíquicos, cuja correção recaía sobre o campo da saúde. O modelo de atenção à saúde escolar, então, passou a refletir a *biologização* das questões relacionadas à aprendizagem, tendo como resposta principal as intervenções hospitalocêntricas. Esse modelo de programa de saúde na escola era coordenado por psiquiatras e psicólogos, com foco no diagnóstico e na medicalização dos alunos com baixo desempenho escolar (Silva, 2019, p. 45).

As reflexões sobre a evolução dos programas voltados para o ambiente escolar nos permitem perceber que o modelo tradicional de saúde direcionado à escola básica desdobrava-se em ações com foco comportamental, cujos objetivos eram sustentados por intervenções biomédicas e por ações preventivas de caráter informativo. Esse modelo foi amplamente criticado, tanto em âmbito nacional quanto internacional, durante a década de 1980, em prol de uma visão ampliada de saúde, voltada à qualidade de vida e à sua relação com os determinantes sociais (ver seção 2.1). Nesse contexto, os fundamentos da saúde pública contemporânea foram discutidos nas Conferências Nacionais de Saúde realizadas nas décadas de 1980 e 1990, culminando na Reforma Sanitária no Brasil, na criação do modelo de saúde instituído pela Constituição Federal de 1988 e na Reforma da Educação.

O PSE, como um modelo instituído a partir de tais marcos teóricos e das Conferências Internacionais de Promoção da Saúde, da implantação do SUS e da LDB/1996, apresenta na sua abordagem legal os princípios básicos de saúde ampliada, e em tal contexto é importante reconhecer não somente a influência da Escola Promotora da Saúde (EPS) da OMS, mas também de que maneira há a intersecção do Programa com todas as políticas envolvidas.

2.3.2 O modelo da Escola Promotora da Saúde (EPS)

A promoção da saúde, na perspectiva dos determinantes sociais, passou a ganhar espaço no campo educacional. Em 1995, a OPAS/OMS e a UNESCO, por meio da Iniciativa Global de Saúde Escolar, criaram a Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde (EPS) e a Rede Latino-Americana de Escolas Promotoras de Saúde (RLEPS). Portanto, há 25 anos foi desenvolvida uma estratégia para assegurar que a educação evoluísse para uma educação integral, baseada na intersetorialidade e na participação de toda a comunidade escolar. Um dos focos da educação nas EPS é a abordagem dos temas de saúde em suas múltiplas dimensões (social, biológica, cultural e histórica) visando ao desenvolvimento de competências e habilidades dos alunos, em vez de se limitar ao letramento e ao numeramento (OMS, 2020).

O PSE recebeu a influência do modelo da EPS, pois o Brasil é um dos países integrantes da RLEPS e desde a década de 1990 realizou experiências exitosas baseadas na modalidade EPS em vários Estados. Em 1998, foi selecionada pela OPAS a Escola Promotora de Saúde do Rio de Janeiro como uma experiência modelar no Brasil, por atuar com a participação ativa da comunidade e pela inclusão dos temas sobre saúde no projeto político-pedagógico da escola. Outro Estado que desenvolveu o modelo EPS foi São Paulo, além de capitais estaduais como Maceió, Palmas e Curitiba (OPAS, 2007).

A Estratégia das Escolas Promotoras de Saúde (EPS) organiza-se com mais centralidade na gestão participativa da escola e na intersetorialidade com o setor da saúde, mas sem perder o foco no acesso da comunidade escolar aos serviços de saúde, na participação da comunidade escolar, na formação dos professores. Esse modelo procura reverter o caráter assistencialista do Programa Saúde na Escola e o viés autoritário do setor da saúde, pois segundo a OMS, “uma escola promotora de saúde é aquela que aproveita constantemente todas as oportunidades para promover a saúde e o bem-estar de seus membros" (OMS, 2018, p. 15). Verifica-se que esse modelo se preocupa com a inclusão da concepção de saúde por meio da capacitação dos professores pela equipe de saúde e com mudanças estruturais na escola para oportunizar a educação integral.

Desse modo, a EPS baseia-se na mudança do paradigma tradicional de saúde escolar, neste caso no modelo biomédico, na prevenção de doenças e riscos à saúde, para uma abordagem de saúde integral multidimensional, com foco na criação das condições e oportunidades para o desenvolvimento da qualidade de vida com apoio do setor da Saúde. Isso porque acredita-se que "nenhum sistema educacional é eficiente se não promover a saúde e o bem-estar dos alunos, da equipe escolar e da comunidade" (OMS, 2018, p. 15).

As diretrizes das Escolas Promotoras de Saúde (EPS) fundamentam-se na integração intersetorial, que constitui seu eixo estruturante e norteador, bem como no estabelecimento de oito padrões para a adequação das escolas. Esses padrões estão relacionados a: políticas e recursos governamentais; políticas e recursos da própria escola; governança e liderança escolar; parcerias entre escola e comunidade que garantam a inclusão da saúde e do bem-estar no currículo escolar; segurança e apoio no ambiente socioemocional; promoção de segurança e inclusão no ambiente físico da escola; e critérios relacionados aos serviços de saúde escolar. Este último aspecto visa assegurar que todos os alunos tenham acesso a serviços de saúde abrangentes, ofertados na própria escola ou vinculados a ela, de forma a atender às suas necessidades de saúde física, emocional, psicossocial e educacional (WHO, 2020).

Observa-se que poucos países implementaram o modelo EPS em larga escala, e um número ainda menor de países empreendeu as reformas institucionais necessárias para integrar a promoção da saúde como sugerida pela OMS. O Brasil foi um que não aderiram ao modelo, e apesar das experiências exitosas em várias capitais, não avançou como o esperado em todas as capitais brasileiras, de modo que o relatório da OMS/UNESCO atribuiu como grande desafio para a implementação, a falta de apoio estruturado e de recursos, bem como a ausência de consenso sobre o modelo.

Apesar de o Brasil não adotar integralmente o modelo da EPS, este serviu de base para a criação do campo da Política de Saúde na Escola, subsidiando a PNPS e o PSE em 2006 (OPAS, 2007; Silva, 2019). O PSE adotado no Brasil tem o desafio de promover a saúde dos educandos, tendo como referência um arcabouço conceitual em que os setores da saúde e educação dialogam, articulam-se, comprometem-se sinergicamente nas ações de promoção. Tais preceitos ora se esbarram na natureza da constituição dos setores públicos num sentido de trabalho verticalizado ou nas concepções do modelo tradicional de saúde, onde há a culpabilização dos atores sociais sobre o processo de saúde.

Tais considerações são importantes para serem debatidas à luz do reconhecimento da necessidade de fortalecimento das políticas públicas de saúde e de educação, considerando que a intersetorialidade é um potencial de trabalho integrado a favor da saúde dos educandos, desde

que sejam considerados os investimentos cabíveis para a formação e a participação efetiva entre os setores envolvidos no PSE. Na seção 2.3.3 é feita uma breve revisão do PSE, destacando o seu aporte normativo legal, diretrizes e competências.

2.3.3 O Programa Saúde na Escola: o modelo de promoção da saúde dos escolares brasileiros

O Programa Saúde na Escola (PSE) foi instituído em 2007, logo após a PNPS e a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB). Tem em suas diretrizes a integralidade das ações educacionais e da saúde, da intersetorialidade, do território e dos determinantes de saúde que comprometem o desenvolvimento educacional dos educandos, tais como as diretrizes baseadas no SUS.

A organização do texto no Decreto Presidencial n. 6.286, de 2007 (Brasil, 2007), que instituiu nacionalmente o Programa, apresenta-o como uma estratégia de gestão intersetorial das políticas de educação e de saúde. No entanto, intersetorializar esses dois setores, fundamentais para a promoção da saúde dos escolares, exige mais do que uma simples aproximação. Considerando que a escola está inserida no território de atuação da equipe de saúde, torna-se imprescindível a compreensão de pressupostos teóricos, ferramentas de gestão, modalidades de atuação, entre outros elementos que sustentam essa articulação.

Segundo Morin (2003, p. 21), os desajustes causados pela fragmentação do conhecimento compartimentado em disciplinas tornam impossível aprender fragmentado o que é tecido junto. Dessa forma, este autor defende que “existe um tecido interdependente, interativo e inter-retroativo entre as partes e o todo, o todo e as partes”, ou seja, os problemas de saúde que comprometem a educação ocorrem na complexidade envolvendo fatores econômicos, políticos, sociológicos, psicológicos, afetivos e outros, são inseparáveis e não são compreendidos pelo meio da hiperespecialização.

Assim, a importância da promoção da saúde e seus pressupostos deve permear as políticas públicas da saúde na escola, os programas que envolvem a educação e a saúde, favorecendo a compreensão dos problemas em sentido mais amplo. Além disso, para a estruturação do PSE concebido na vertente da promoção da saúde, há a necessidade de contemplação do sistema educacional, dos indicadores da educação e das modalidades de trabalho da APS.

A escola se organiza em uma modalidade de ações que engloba a família, visto que a LDB/96 destaca, no artigo 12, que a escola tem a incumbência de elaborar e executar sua proposta pedagógica “e articular-se com as famílias e a comunidade, criando processos de

integração da sociedade com a escola" (Brasil, 1996). Ademais, há um instrumento no setor de educação que merece destaque, pois evoca a participação no PSE: é o projeto político-pedagógico da escola, que define o processo de concepção, organização, realização e avaliação do projeto educativo (Silva, 2019).

No campo da saúde, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é a principal forma de organização do sistema de saúde, uma unidade ambulatorial pública destinada a prestar ações de promoção, prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação de saúde, considerando os fatores determinantes do processo saúde-doença e o mapeamento em um território.

Um dos campos de trabalho da promoção em saúde estabelecidos pela PNPS e implementados pela ESF é a prática educativa em saúde, que, segundo Chiesa, Fracolli e Nogueira (2010), refere-se às atividades de educação em saúde para o desenvolvimento da autonomia dos sujeitos e coletividades na compreensão do processo saúde-doença no sentido mais amplo. Desta forma, enseja o desenvolvimento do protagonismo dos sujeitos sociais no controle dos determinantes e condicionantes da vida.

O campo da educação em saúde pode assumir quaisquer modalidades de experiências de aprendizagem, desde as perspectivas mais conservadoras ou as libertárias. Nesse sentido, para abordagem deste estudo, adota-se a concepção defendida por Freire (1997, p. 93) de que a educação assume a superação da contradição educador-educandos, tornando-se "autêntica e humanizadora dos seres humanos quando ocorre na práxis, implicando em um processo de ação e reflexão destes sobre o mundo para sua transformação". Assim, nesta concepção de educação em saúde, o PSE, através da sua política intersetorial, torna-se compatível para esta abordagem de educação sobre saúde na visão ampliada, visando a sua promoção.

Essa dimensão educativa em saúde permite várias experiências de aprendizagem, desde que estejam alinhadas a um diagnóstico, planejamento e avaliação do processo educativo em saúde, subsidiadas pelo contexto social dos educandos e sua participação voluntária, para que a abordagem se torne mais significativa e emancipadora. Nesse contexto, enfatizamos a importância do PSE, visto o que as suas diretrizes para a implementação destacam: a descentralização e o 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 que suscita a abordagem de saúde na perspectiva da educação para a democracia, ou seja, a educação que permita aos educandos conhecer, participar e decidir sobre seus direitos e deveres como participantes da sociedade individual e coletiva, bem como atuar na promoção da saúde.

2.3.3.1 *Os marcos normativos do PSE*

Após os 17 anos de vigência a importância do PSE é reconhecida, pois sua implementação, execução e gestão estão submetidas à adesão dos municípios aos objetivos e diretrizes do Programa, através da formalização por meio do preenchimento, pelo município, do Termo de Compromisso do PSE. Cada adesão tem 24 (vinte e quatro meses) de vigência e os municípios que atendem aos critérios de adesão são homologados em Portaria, bem como os recursos para subsidiar a implementação. No decorrer dos anos, vários ajustes ocorreram no Programa, o que se percebe pelas várias Portarias normatizadas, expostas no Quadro 6.

Quadro 6 – Portarias do PSE publicadas (2007-2021)

Período	Ato Normativo	Descrição
2007	Decreto Presidencial n° 6.286, de 5 de dezembro de 2007.	Instituiu o Programa Saúde na Escola.
2008	Portaria Interministerial n° 675, de 4 de junho de 2008.	Instituiu a Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola.
	Portaria n. 1.861, de 4 de setembro de 2008.	Homologou a adesão ao PSE de 2008 e repassa recursos.
	Portaria n° 2.931, de 4 de dezembro de 2008.	Alterou a Portaria n. 1.861, de 4 de setembro de 2008.
2009	Portaria n° 3.146, de 17 de dezembro de 2009.	Homologou a adesão ao PSE de 2009.
2010	Portaria n. 790, de 12 de abril de 2010.	Alterou a Portaria n° 3.146, de 17 de dezembro de 2009.
	Portaria n° 1.537, de 15 de junho de 2010.	Repassou recursos na adesão ao PSE de 2009.
	Portaria Interministerial n° 3.696, de 25 de novembro de 2010.	Estabeleceu critérios para adesão ao PSE de 2010.
	Portaria n. 3.918, de 10 de dezembro de 2010.	Homologou a adesão ao PSE de 2010 e repassa recursos.
2011	Portaria Interministerial n° 1.910, de 8 de agosto de 2011.	Estabeleceu o Termo de Compromisso Municipal para a adesão ao PSE de 2011.
	Portaria Interministerial n° 1.911, de 8 de agosto de 2011.	Alterou a Portaria Interministerial n° 3.696, de 25 de novembro de 2010.
	Portaria n° 3.014, de 20 de dezembro de 2011.	Homologou a adesão ao PSE de 2011 e repassou recursos.
2012	Portaria n° 357, de 1° de março de 2012.	Instituiu a Semana Saúde na Escola.
	Portaria n. 524, de 26 de março de 2012.	Repassou recursos da adesão ao PSE de 2011.

	Portaria n. 2.693, de 29 de novembro de 2012.	Repassou recursos da adesão ao PSE de 2011 e da Semana Saúde na Escola de 2012.
2013	Portaria n° 298, de 28 de fevereiro de 2013.	Homologou a adesão ao PSE de 2012 e repassa recursos.
	Portaria n. 364, de 8 de março de 2013.	Redefiniu a Semana Saúde na Escola.
	Portaria n° 1.302, de 28 de junho de 2013.	Alterou o prazo para o registro das ações realizadas na Semana Saúde na Escola.
	Portaria Interministerial n° 1.413, de 10 de julho de 2013.	Redefiniu as regras e critérios para adesão ao PSE.
	Portaria n° 1.835, de 27 de agosto de 2013.	Alterou o prazo para o registro das ações realizadas na Semana de Saúde na Escola.
	Portaria n° 2.608, de 31 de outubro de 2013.	Homologou a adesão ao PSE de 2013 e repassa recursos.
	Portaria n. 3.210, de 26 de dezembro de 2013.	Incluiu três municípios na adesão ao PSE de 2013.
2014	Portaria n. 220, de 25 de março de 2014.	Definiu normas para o cadastramento das equipes com profissionais não cadastrados em estabelecimentos da APS que desempenham ações do PSE.
2015	Portaria n° 798, de 17 de junho de 2015.	Redefiniu a Semana Saúde na Escola.
	Portaria n° 1.067, de 23 de julho de 2015.	Homologou a adesão ao PSE do biênio 2014/2015 e repassou recursos.
	Portaria n. 1.260, de 27 de agosto de 2015.	Repassou recursos do monitoramento de 2013.
	Portaria n° 1.337, de 8 de setembro de 2015.	Repassou recursos da Semana Saúde na Escola de 2014.
2016	Portaria n. 2.744, de 16 de dezembro de 2016.	Repassou recursos do monitoramento do biênio 2014/2015.
2017	Portaria Interministerial n° 1.055, de 25 de abril de 2017.	Redefiniu as regras e os critérios para adesão ao PSE.
	Portaria n. 2.706, de 18 de outubro de 2017.	Homologou a adesão ao PSE do ciclo 2017/2018 e repassa recursos.
2018	Portaria n. 895, de 19 de junho de 2018.	Revogou a Portaria n. 220, de 25 de março de 2014.
	Portaria n. 3.662, de 14 de novembro de 2018.	Repassou recursos do monitoramento do ciclo 2017/2018.
2019	Portaria n. 2.264, de 30 de agosto de 2019.	Homologou a adesão ao PSE do ciclo 2019/2020 e repassa recursos.

2020	Portaria n° 564, de 8 de julho de 2020.	Incluiu a ação de Prevenção à covid-19 nas escolas no SUS.
	Portaria n. 1.857, de 28 de julho de 2020.	Repassou recursos para Prevenção à covid-19 nas escolas.
	Portaria n. 2.027, de 7 de agosto de 2020.	Alterou a Portaria n. 1.857, de 28 de julho de 2020.
	Portaria n° 2.141, de 14 de agosto de 2020.	Repassou recursos do monitoramento do ciclo 2019/2020.
	Portaria n. 2.306, de 28 de agosto de 2020.	Alterou a Portaria n. 1.857, de 28 de julho de 2020.
2021	Portaria n. 1.320, de 22 de junho de 2021.	Homologou a adesão ao PSE do ciclo 2021/2022 e repassou recursos.
	Portaria Interministerial n. 5, de 4 de agosto de 2021.	Reconheceu a importância do retorno às aulas presenciais.

Fonte: Ministério da Saúde, 2022.

O quadro 6 lista as normativas que regulamentaram ou regulamentam o PSE. É possível verificar que, ao longo do tempo, várias alterações foram normatizadas, demonstrando uma evolução na sua implementação e na adesão pelos municípios. No início do Programa, a adesão era realizada anualmente, sendo que as adesões eram restritas a um determinado quantitativo de municípios, de acordo com critérios preestabelecidos. A partir de 2013, todos os municípios estavam aptos a aderir ao PSE, mas em 2014 houve uma nova adesão, sendo mantidos os municípios que tinham aderido em 2015. No ano de 2016 não houve adesão. As alterações mais contundentes ocorreram a partir de 2017, através da Portaria n. 1.055, que estabeleceu a duração da adesão por dois anos, período conhecido como ciclo de adesão ao PSE e o Programa retomou as adesões. Destacam-se aqui as Portarias cujas normatizações permitiram alterações na construção do Programa, e na seção 5 faz-se uma abordagem analítica mais aprimorada de tais Portarias:

a) **Decreto n. 6.286,** de 5 de dezembro de 2007: instituiu o PSE; destacou os objetivos e diretrizes; definiu os temas das ações de promoção, prevenção e assistência; definiu competências para a execução em conjunto entre os Ministérios da Saúde e da Educação; definiu prioridades e metas;

b) **Portaria n. 1.861**, de 4 de setembro de 2008: incluiu no componente Variável do Bloco de Financiamento da Atenção Básica os recursos financeiros referentes à adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE) e definiu os critérios de adesão de municípios:

c) **Portaria Interministerial n.º 3.696,** de 25 de novembro de 2010: estabeleceu os critérios de adesão ao PSE para o ano de 2010, sendo revogada pela Portaria n. 1.413, de 2013;

d) **Portaria Interministerial n. 1.910**, de 8 de agosto de 2011: definiu o modelo de Termo de Compromisso Municipal, a ser celebrado entre as Secretarias Municipais de Saúde e Educação, formalizando as metas das ações de prevenção, promoção e atenção à saúde dos escolares, nos seus territórios de responsabilidade, as escolas e as ESF, para fins de transferência dos recursos financeiros e materiais;

e) **Portaria Interministerial n. 1.413,** de 10 de julho de 2013: redefiniu as regras e critérios de adesão ao PSE e o incentivo financeiro para custeio de ações; permitiu o cadastro de todas as equipes de saúde da Atenção Básica e revogou as Portarias anteriores mencionadas;

f) **Caderno do gestor do PSE – 2015**: destaca-se a criação de Grupos de Trabalho Intersetoriais Nacionais (GTI-F), de Grupos de Trabalho Intersetoriais Estaduais (GTI-E) e de Grupos de Trabalho Intersetoriais Municipais (GTI-M), compondo as atribuições e responsabilidades cabíveis em cada esfera de governo e a descentralização de poderes, cabendo à esfera municipal responder aos critérios de pactuação, territorialização para a execução dos planos de trabalhos intersetoriais no município, refletindo em compromissos e pactos estabelecidos entre os setores;

g) **Portaria Interministerial n. 1.055**, de 25 de abril de 2017: redefiniu as regras e os critérios da adesão e o incentivo financeiro para custeio de ações. O artigo 3º desta Portaria descreve que o PSE constitui estratégia para a integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de educação e de saúde, com a participação da comunidade escolar, envolvendo as equipes de saúde da família e da educação básica (Brasil, 2017);

h) **Documento orientador: indicadores e padrões de avaliação – PSE para os ciclos 2017/2018**: orienta o desenvolvimento das ações, os processos de registro e envio de dados, o monitoramento e avaliação das ações do Programa e o repasse de incentivos financeiros de custeio;

i) **Documento orientador: indicadores e padrões de avaliação – PSE para os ciclos 2021/2022**: orienta o desenvolvimento das ações, os processos de registro e envio de dados, o monitoramento e avaliação das ações do Programa e o repasse de incentivos financeiros de custeio;

j) **Caderno do gestor do PSE – 2022**: tem como objetivo oferecer dispositivos para apropriação, pelos gestores, das temáticas, das estratégias para o trabalho intersetorial no território compartilhado entre Saúde e Educação, dos mecanismos de articulação com as redes sociais e da criação de parcerias com setores do governo e da sociedade.

2.3.3.2 *A gestão do PSE*

O PSE é essencialmente intersetorial, e nessa perspectiva é um desafio à sua implantação, visto que o seu objetivo deve ser compartilhado com corresponsabilização entre os setores de saúde e de educação, e ao mesmo tempo tenha significado para o desenvolvimento educacional dos estudantes. A Portaria n. 1.055 (Brasil, 2017a) destaca que 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.

O modelo ideal de gestão do PSE é a da gestão compartilhada, de maneira que a construção do planejamento, a execução das ações, monitoramento e avaliações sejam realizados coletivamente, de forma a atender às necessidades e às demandas locais (Brasil, 2022). Nesse formato, as decisões devem ser distribuídas por meio de análises e de avaliações construídas intersetorialmente, portanto, o trabalho no GTI pressupõe interação com troca de saberes, boa comunicação com equilíbrio de poderes, relação com afetos, parceria e sinergia entre profissionais da saúde e da educação, educandos, comunidade e demais redes sociais.

Segundo o Caderno do Gestor (Brasil, 2022 p. 22), "a intersetorialidade pode ser entendida como uma forma articulada de trabalho de diversos setores que pretende superar a fragmentação do conhecimento e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na saúde da população". Por isso essa diretriz é essencial na gestão do PSE, pois sua implementação está diretamente relacionada à efetividade.

No entanto, Silveira, Meyer e Félix (2019) argumentam que a atuação conjunta entre dois ou mais setores possui grande potencial para contribuir na redução da fragmentação do trabalho no âmbito do PSE, além de possibilitar a otimização dos recursos. Termos como "somar esforços", "unir-se" e "articular-se" são frequentemente mobilizados para propor modos de fazer educação e(m) saúde que exigem adaptabilidade, multifuncionalidade, flexibilidade e disposição para assumir responsabilidades adicionais. Tais exigências impõem uma carga significativa aos trabalhadores envolvidos, razão pela qual a implementação desse modelo deve ser acompanhada de investimentos na estruturação dos setores, especialmente no que se refere ao número de profissionais disponíveis e à formação adequada desses profissionais.

Assim, verifica-se que a articulação intersetorial entre as redes públicas de saúde, de educação e demais redes sociais deve possibilitar a promoção da saúde dos educandos, por meio

do acesso a serviços no mesmo território, da educação voltada ao empoderamento e à emancipação dos sujeitos, e da sustentabilidade da política de saúde na escola.

Para tanto, a normatização estabelece que o Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTI-M) deve ser regulamentado e composto, obrigatoriamente, por representantes das áreas da saúde e da educação, e, facultativamente, por outros parceiros locais, como representantes da comunidade – incluindo jovens – e de setores como cultura, lazer, esporte, transporte, planejamento urbano, entre outros.

Em consonância com os princípios democráticos do SUS, a gestão do PSE é descentralizada entre as três esferas de governo. Dessa forma, cada esfera possui uma composição própria e responsabilidades específicas quanto à operacionalização e à sustentabilidade das ações intersetoriais. O Quadro 7 apresenta a composição e as atribuições do GTI nas esferas federal, estadual e municipal.

Quadro 7 – Composição e responsabilidade do GTI nas esferas federal, estadual e municipal

Grupo de Trabalho Intersetorial Federal (GTI-F)	Grupo de Trabalho Intersetorial Estadual (GTI-E)	Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTI-M)
Na instância federal, as equipes do MS e do MEC compõem o Grupo de Trabalho Intersetorial Federal (GTI-F), que tem a responsabilidade de acompanhar a execução do PSE, de modo a ser um mobilizador nos estados e no DF para a construção de espaços coletivos, de trocas e aprendizagens contínuas, provocando o aumento da capacidade de analisar e intervir nos processos de educação e saúde.	No estado, o Grupo de Trabalho Intersetorial Estadual (GTI-E) tem a responsabilidade de oferecer apoio institucional e mobilizar os 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 de educação e saúde.	O Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTI-M) é composto por, pelo menos, gestores municipais de saúde e de educação, sendo recomendada a participação de representantes das equipes de saúde da APS e das escolas; estudantes e pessoas da comunidade local também podem fazer parte do grupo.

Fonte: Ministério da Saúde, 2022.

Conforme o quadro 7, observa-se que nas atribuições na esfera federal ocorre a mobilização dos estados para a construção de troca e aprendizagem no processo de educação e saúde; na esfera estadual, os Estados têm a responsabilidade de mobilizar os municípios para a construção de territórios coletivos e aprendizagens contíguas. No caso dos municípios, o GTI é responsável por executar o programa, portanto, há uma corresponsabilidade de ação das três esferas de Governo. Assim, conforme o quadro 8, são definidas as atribuições dos três GTIs:

Quadro 8– Atribuições do GTI-F, do GTI-E e do GTI-M

Grupo de Trabalho Intersetorial Federal (GTI-F)
I. Promover, respeitadas as competências próprias de cada Ministério, a articulação entre as Secretarias de Educação e Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal. II. Subsidiar o planejamento integrado das ações do PSE entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e o sistema de ensino público, no nível da educação básica, no Distrito Federal e nos municípios. III. Subsidiar a formulação das propostas de educação permanente e formação continuada dos profissionais da saúde e da educação básica para implementação das ações do PSE. IV. Apoiar os gestores estaduais, municipais e do Distrito Federal na articulação, no planejamento e na implementação das ações do PSE. V. Estabelecer, em parceria com as entidades e conselhos representativos dos Secretários Estaduais e Municipais de Saúde e de Educação, os instrumentos e os indicadores de avaliação do PSE. VI. Definir as prioridades e metas para realização das ações do PSE.
Grupo de Trabalho Intersetorial Estadual (GTI-E)
I. Definir as estratégias específicas de cooperação entre estado e municípios para o planejamento e a implementação das ações no âmbito municipal. II. Articular a rede de saúde e a rede de educação pública básica para gestão do cuidado dos estudantes com necessidades de assistência em saúde identificados pelas ações do PSE. III. Subsidiar a formulação das propostas de formação dos profissionais da saúde e da educação básica para implementação das ações do PSE. IV. Apoiar os gestores municipais na articulação, no planejamento e na implementação das ações do PSE. V. Subsidiar o processo de assinatura do Termo de Compromisso do PSE. VI. Contribuir com os Ministérios da Saúde e da Educação no monitoramento e avaliação do PSE. VII. Identificar experiências exitosas e promover o intercâmbio das tecnologias produzidas entre os municípios aderidos ao PSE, em parceria com os Ministérios da Saúde e da Educação.
Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTI-M)
I. Apoiar a implementação dos princípios e diretrizes do PSE no planejamento, no monitoramento, na execução, na avaliação e na gestão dos recursos financeiros. II. Articular a inclusão dos temas relacionados às ações do PSE nas propostas pedagógicas das escolas. III. Definir as escolas públicas federais, estaduais (em articulação com o estado) e municipais a serem atendidas no âmbito do PSE. IV. Possibilitar a integração e o planejamento conjunto entre as equipes das escolas e as equipes de Atenção Primária em Saúde. V. Subsidiar o processo de assinatura do Termo de Compromisso do PSE. VI. Participar do planejamento integrado da formação dos profissionais de saúde e de educação e viabilizar sua execução. VII. Apoiar, qualificar e garantir o preenchimento do Sistema de Monitoramento e Avaliação do PSE. VIII. Propor estratégias específicas de cooperação entre estados e municípios para a implementação e gestão do cuidado em saúde dos estudantes no âmbito municipal.

Fonte: Ministério da Saúde, 2022.

Assim, as atribuições relacionadas ao trabalho intersetorial no PSE são subdivididas entre os grupos de trabalho: o GTI-F, que subsidia o planejamento integrado das ações entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e o sistema público de ensino no nível da Educação Básica, no Distrito Federal e nos municípios; o GTI-E, que contribui com os Ministérios da Saúde e da Educação no monitoramento e avaliação do PSE estadual; e o GTI-M, que participa do planejamento integrado da formação dos profissionais de saúde e educação e viabiliza sua execução, formando, assim, um complexo arranjo operacional do Programa.

De acordo com a Portaria n. 1.055/2017, o planejamento das ações do PSE deverá considerar: I – os contextos escolar e social; II – o diagnóstico local de saúde; III – a capacidade operativa das equipes das escolas e da Atenção Básica. O parágrafo segundo do referido texto estabelece que as ações realizadas pela escola devem estar alinhadas ao currículo escolar e à política de educação integral.

2.3.3.3 *A execução das ações do PSE, segundo o aporte teórico*

Segundo o *Manual do Gestor* (Brasil, 2022), a escola pactuada pelo PSE deve funcionar de modo que as atividades a serem desenvolvidas atendam às expectativas dos professores e, principalmente, dos estudantes. As temáticas a serem trabalhadas pelo PSE devem ser debatidas em sala de aula pelos professores, assessorados pelos profissionais da saúde ou diretamente por profissionais de saúde, com planejamento prévio e apoio dos professores, quando assim se fizer necessário.

A participação dos educandos no cotidiano da escola deve implicar desde o agendamento e a organização até realização das atividades. Deste modo, as estratégias pedagógicas podem ser sugeridas e enriquecidas tanto pelos profissionais de saúde quanto pelos de educação, para que estejam coerentes com os fundamentos e os pressupostos de aprendizagem adotados e aceitos, caracterizando ação conjunta, de maneira que sejam respeitadas as competências próprias de cada setor, assim como suas estratégias de atuação no que concerne a sua área técnica.

O espaço físico a ser utilizado deve considerar e respeitar a dinâmica de atividades escolares já programadas, e as intervenções em saúde devem também ser pedagógicas em sua intenção e execução e em sintonia com a programação pedagógica da escola.

2.3.3.4 *As ações do PSE*

O Programa possui adesão bienal, ou seja, tem um ciclo de dois anos de vigência. Isso significa que o município pactua um determinado número de escolas, estudantes e ações a serem realizadas por um período de dois anos. Ao final de cada ano do ciclo, a gestão federal informa o balanço do monitoramento realizado a partir das informações registradas, enviadas e validadas no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica/Sisab (Brasil, 2021). Em 2007, quando instituído o PSE, a proposta inicial nacional baseou-se nos seguintes objetivos, os quais foram reiterados em 2017:

> 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 a 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, 2017a, p. 2).

Nesse sentido, percebe-se que há um alinhamento do Programa com as diretrizes da OMS no que tange às mudanças do enfoque no paradigma tradicional assistencialista de saúde escolar, para uma abordagem de trabalho integrado entre o SUS e a rede de Educação Básica, com foco na promoção da cidadania, na educação integral, mediada por articulações entre os dois setores e fortalecimento da participação comunitária. Percebe-se o alinhamento às diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde, conforme se descreve:

> O Programa deve ser o resultado de trabalho integrado, entre os Ministérios da Saúde e o Ministério da Educação por meio dos Grupos de Trabalho Intersetoriais (GTIs), centrada em gestão compartilhada, em uma construção em que tanto o planejamento quanto a execução devem ser realizados, coletivamente, de forma a atender às demandas locais com análises e avaliações planejadas intersetorialmente [.] dessa forma, interação com troca de saberes, de poderes e de afetos entre profissionais da Saúde e da Educação, educandos, comunidade e demais redes e objetiva promover saúde e educação integral para escolares da rede pública de ensino. (Brasil, 2015a).

Observa-se que o foco da gestão do PSE está na intersetorialidade entre a educação e a saúde, na materialização na gestão compartilhada e na implementação das ações baseadas na

singularidade do território, observando-se a importância da troca de saberes e do estabelecimento de redes que integralizem conhecimentos que favoreçam o campo da educação (Brasil, 2021).

Para o ciclo 2021-2022, foi elaborado o Documento Orientador dos Indicadores e Padrões de Avaliação (Brasil, 2021), que enfatiza a necessidade de se compreender a escola de forma integral, reconhecendo-a como um dispositivo social que envolve relações familiares e comunitárias. Por isso, o município que adere ao Programa deve reconhecer que a escola precisa estar inserida na rede de Atenção Primária em Saúde (APS), uma vez que a atenção à saúde do estudante não pode se limitar ao ambiente escolar, considerando o território como o principal espaço de produção da saúde. Dessa forma, o PSE busca promover a integração das diretrizes das áreas de Saúde e Educação para a melhoria da qualidade de vida dos estudantes brasileiros e da comunidade onde estão inseridos (Brasil, 2021).

Na orientação do ciclo 2021-2022 foram estabelecidas as ações a serem realizadas; são pactuadas, em conjunto, no momento da adesão, e conforme o novo documento não é possível alterar ou excluir nenhuma das ações ao longo do ciclo:

> I. Saúde Ambiental; II. Promoção da atividade física; III. Alimentação saudável e prevenção da obesidade; IV. Promoção da cultura de paz e direitos humanos; V. Prevenção das violências e dos acidentes; VI. Prevenção de doenças negligenciadas; VII. Verificação da situação vacinal; VIII. Saúde sexual e reprodutiva e prevenção do HIV/IST; IX. Prevenção ao uso de álcool, tabaco, e outras drogas; X. Saúde bucal; XI. Saúde auditiva; XII. Saúde ocular; e XIII. Prevenção à covid-19. (Brasil, 2021).

Percebe-se que na seleção das ações há estreita relação com a PNPS; no entanto, há a prerrogativa de que todas as ações, em todas as dimensões, devam ser inseridas no projeto político-pedagógico da escola, levando-se em consideração o respeito à competência político-executiva dos estados e municípios, à diversidade sociocultural dos territórios das diferentes regiões do país e à autonomia dos educadores e das equipes pedagógicas (Brasil, 2017a).

O planejamento das ações do PSE deve considerar o planejamento integrado pelos GTI-M, considerando fundamentalmente: a) os contextos escolar e social; b) o diagnóstico local de saúde; c) a capacidade operativa das equipes das escolas e da Atenção Básica. As ações realizadas pela escola deverão estar alinhadas ao currículo escolar e à política de educação integral (Brasil, 2017a).

O documento orientador para o ciclo 2021-2022 ressalta que as ações do PSE devem ser planejadas conjuntamente entre saúde e educação, permitindo que algumas sejam executadas por apenas uma das equipes, desde que façam parte do planejamento integrado. Além disso,

reforça os compromissos dos gestores estaduais e municipais para apoiar a implementação intersetorial, visando reduzir a evasão escolar e a irregularidade na frequência devido a problemas de saúde dos estudantes (Brasil, 2021).

Como os dados das ações do PSE devem ser enviados ao MS pelo município através do Sisab, há críticas ao modelo de avaliação e monitoramento das ações do PSE, visto que se restringe ao setor da saúde e há restrição à avaliação de quantitativos (Oliveira, 2021). Segundo Silva (2019), seria relevante inserir indicadores qualitativos para avaliação da promoção da saúde dos educandos.

2.3.3.5 *Monitoramento e avaliação*

Em um planejamento, a fase de monitoramento e a de avaliação são primordiais para retroalimentar as próximas fases dos planos de trabalho. Dessa maneira, a Portaria n. 1.055/2017 (Brasil, 2107a) destaca que o monitoramento e a avaliação do PSE serão realizados por comissão interministerial constituída em ato conjunto dos ministros de estado da Saúde e da Educação. Na instância do município, o *Manual do Gestor* destaca que o monitoramento das ações do PSE se dará com base nos registros das atividades coletivas devidamente inseridas e validadas no e-SUS APS, pois estes fazem parte do processo de informatização qualificada do SUS.

O Documento Orientador 2021/2022 (Brasil, 2021) destaca que o monitoramento e a avaliação das ações do PSE são fundamentais na implementação do Programa para o aperfeiçoamento das atividades e para acompanhar as implicações propagadas no território, bem como para a reorientação das ações. Logo, é uma atribuição comum a todos os gestores do PSE a realização das atividades de monitoramento e avaliação. Os dados devem ser analisados conjuntamente pelos representantes do GTI-M através dos relatórios emitidos a partir dos registros enviados e validados no Sisab.

2.3.3.6 *Incentivo às ações do PSE*

O incentivo financeiro de custeio às ações do PSE é repassado pelo Ministério da Saúde fundo a fundo, anualmente e em parcela única, por meio do Piso Variável da Atenção Básica (PAB Variável), em virtude da adesão dos municípios ao PSE. O valor é de R$ 5.676,00 (cinco mil seiscentos e setenta e seis reais) para municípios com um a 600 educandos inscritos. O Ministério da Saúde deve repassar anualmente aos municípios um incentivo financeiro de

custeio para execução das ações do PSE a serem desenvolvidas no contexto escolar (Brasil, 2017a).

No primeiro ano da adesão, esse recurso é definido a partir do cálculo do número de estudantes pactuados na adesão e devidamente descritos no censo escolar mais atual. O valor atual é de R$ 5.676,00 (cinco mil seiscentos e setenta e seis reais) para a faixa de 1 a 600 estudantes pactuados na adesão, acrescido de R$ 1.000,00 (mil reais) a cada intervalo entre 1 e 800 estudantes que superarem o número de 600 (Brasil, 2017a).

No segundo ano da adesão, esse valor é definido a partir do cumprimento das metas estabelecidas pela GTI-F e divulgadas em documento, portanto, estão previstos dois repasses ordinários durante o ciclo do programa, sendo um por ano em parcela única, podendo ser acrescidos recursos ou repasses extraordinários (Brasil, 2017a).

Os recursos repassados são referentes ao Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde, destinados à manutenção da oferta e continuidade da prestação das ações e serviços públicos de saúde e ao funcionamento dos órgãos e estabelecimentos responsáveis pela implementação dessas ações e serviços. São recursos de despesa corrente (custeio) e podem ser utilizados para aquisição de materiais de consumo e contratação de serviços.

Segundo o *Manual do Gestor* (Brasil, 2022), o processo de aquisição dos materiais e insumos e contratação de serviços por meio desse incentivo financeiro de custeio é de responsabilidade dos municípios, observadas as devidas legislações para as compras públicas. O planejamento envolvido na compra, armazenamento, distribuição e consumo de quaisquer materiais adquiridos, ou a contratação de serviços, deve ser realizado de forma articulada entre os setores da saúde e educação, com envolvimento dos GTI-M, conforme a necessidade de cada município e respeitada a autonomia federativa dos respectivos entes.

No que tange ao PSE, todas essas informações levam a compreender que esse programa, que emergiu da PNPS, é importante porque apresenta diretrizes condizentes com os subsídios da visão ampliada de saúde. Isso quer dizer que sua gestão requer o planejamento integrado entre Saúde e Educação, direcionado aos indicadores de saúde de interesse no desenvolvimento dos educandos no campo sociocultural e econômico, na participação individual e coletiva, no empoderamento dos sujeitos na escola pública. No entanto, para que tais objetivos se efetivem, há necessidade de reais investimentos na estruturação nos setores de educação e setor da saúde e na formação dos profissionais que atuam no Programa, na educação permanente sobre os processos da gestão intersetorial.

2.4 A GESTÃO DO PSE, SEGUNDO A REVISÃO DA LITERATURA

Como já foi mencionado, o principal objetivo do PSE é a promoção da saúde dos educandos da rede básica do ensino público, sendo o seu diferencial a política da gestão intersetorial entre educação e saúde, e, portanto, a implementação da política de sua gestão é imprescindível para a efetividade dos objetivos do Programa. Verificamos no tópico anterior que a normatização do PSE estabelece um modelo de gestão que subsidia o planejamento integrado, a execução das ações, as ações, o monitoramento e avaliação e os incentivos financeiros baseados na intersetorialidade entre o sistema de saúde e o sistema de educação.

Em virtude da especificidade da intersetorialidade na política de gestão do Programa, decidiu-se realizar uma revisão da literatura com o objetivo de identificar as evidências científicas produzidas nos estudos sobre a intersetorialidade na gestão do PSE, no sentido de evidenciar os aspectos relevantes sobre a temática em questão.

Para o alcance desse objetivo usou-se a seguinte metodologia. Fez-se uma revisão da literatura, no período de janeiro a maio de 2023, com as seguintes etapas: a) identificação do tema e questão de pesquisa para a revisão; b) estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de estudos; c) análise dos estudos, estabelecendo-se as categorias da gestão referenciadas por Ferreira *et al.* (2014), seguindo-se a ordem lógica: gestão do PSE; planejamento, execução, participação, avaliação e monitoramento; formação; conclusões dos estudos. As evidências foram analisadas segundo a análise de conteúdo de acordo com Bardin (2011).

Para o estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de estudos, foram estabelecidos: o período de 2018 a 2022; artigos em português, inglês e espanhol; que apresentassem em sua discussão considerações sobre a gestão intersetorial no PSE ou a intersetorialidade no PSE; e indexados nas bases de dados da Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD), na Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), na Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) e no Google Acadêmico (*Google Scholar*).

Para a busca dos estudos, foram utilizados como descritores de assunto “intersetorialidade” AND “saúde” AND “educação”. Assim, foram incluídas as publicações no formato de tese, dissertação e artigo, sendo excluídas as publicações de revisão da literatura. Na BDTD, o levantamento bibliográfico realizou-se pela busca avançada, usando-se os filtros “todos os campos” e “qualquer termo” com a estratégia de busca, além dos filtros utilizados: recorte temporal 2018 a 2023; idioma: inglês e português. Após a busca, retornaram 113 publicações. Usando-se os critérios de inclusão e exclusão, foram selecionadas 5 dissertações.

O levantamento bibliográfico na Capes foi feito pelo acesso ao CAFÉ, na busca avançada, para estratégia de busca: periódicos revisados por pares com recorte temporal: 2018 a 2022; tipo de material: artigos, dissertações e teses; idioma: inglês e português. Retornaram 41 textos, sendo selecionados 3 artigos. Após a utilização dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionadas 8 publicações, sendo 5 dissertações e 3 artigos. O quadro 9 apresenta os artigos e dissertações selecionados.

Quadro 9 – Distribuição dos periódicos e Dissertações (2018-2022)

	Título	Autor	Ano	Tipo	Origem
A1	Desafios da intersetorialidade nas políticas públicas: o dilema entre a suplementação nutricional e a promoção da alimentação saudável em escolas.	Dias *et al.*	2018	Artigo	Rio de Janeiro
D1	Intersetorialidade no programa saúde na escola no município de Santarém – Pará.	Coelho, A. C. L.	2018	Dissertação	Santarém (PA)
A2	Intersetorialidade na promoção da saúde escolar: um estudo do Programa Saúde na Escola.	Vieira, L. S.; Belisário, S. A.	2018	Artigo	Minas Gerais
A3	Rede intersetorial do Programa Saúde na Escola: sujeitos, percepções e práticas.	Chiari *et al.*	2018	Artigo	Minas Gerais
D2	Programa Saúde na Escola (PSE): perspectiva dos atores sociais acerca da intersetorialidade na promoção da saúde Fortaleza – Ceará, 2018.	Chaves, M. D.	2018	Dissertação	Ceará
D3	Espaço coletivo de aprendizagem sobre a integralidade das práticas educativas em saúde no programa saúde na escola (PSE).	Fortaleza, M. A.	2019	Dissertação	Ceará
D4	Analisando a implementação do Programa Saúde na Escola em um estabelecimento de ensino público do Distrito Federal.	Kusano, L. A. E.	2019	Dissertação	São Paulo
D5	O Programa Saúde na Escola: a intersetorialidade entre educação e saúde em Altamira – Pará (2008 – 2019).	Bandeira, M. A.	2021	Dissertação	Altamira (PA)

Fonte: Autoria própria, 2024.

O Quadro 9 demonstra um total de 9 publicações: 6 dissertações e 3 artigos. A maioria das publicações é de 2018: 5 (37,5%); 2 foram publicadas em 2019, e 1 em 2021. Quanto à região de publicação, 50% das publicações são da região Sudeste, 25 da região Norte e 25% do

Nordeste. Percebe-se a pequena expressividade de pesquisas sobre a temática, e ainda assim a maioria de publicações na região Sudeste. Apesar de importante ressaltar a contribuição dos programas de mestrado da região Norte, com a publicação de dois estudos, ainda assim enfatizamos o pequeno percentual de publicações. Detectou-se a ausência de teses sobre a temática em questão no período pesquisado.

Segundo Mello (2015), há uma desigualdade concernente às produções científicas no país, e ela decorre das assimetrias dos investimentos nacionais em ciência e tecnologia, canalizados, ao longo de décadas, para os estados no Sul e Sudeste, resultando em um paradoxo do surgimento e consolidação de "ilhas de competência", com consequente valorização de doutores que estão, na maioria, na região Sudeste, enquanto a região Norte apresenta apenas 3% de doutores. Sem investimento técnico e científico na região Amazônica, condena-se o conhecimento à dependência quase que total das pesquisas de outras regiões do país. Tais informações fazem refletir sobre o déficit de investimento em pesquisa e educação no país e principalmente na região amazônica. A apresentação foi feita seguindo as categorias de gestão.

Para a compreensão da implementação do PSE, na prática, fez-se necessária a discussão sobre as políticas públicas, visto que, nesse contexto, o PSE, programa que emerge das políticas públicas de saúde na escola, deve refletir a ação do Estado para minimizar as desigualdades sociais no que tange à falta de permanência dos alunos na escola no ensino básico, criando-se condições que tornem mais sustentável e mais equitativo o direito ao período escolar. Portanto, iniciamos esta reflexão com a compreensão de política pública.

A concepção de que a política é a ação pública (*policies*) foi descrita por Muller e Surel (2002), que dizem que é o processo pelo qual são elaborados e implementados programas de ação pública, ou seja, dispositivos político-administrativos coordenados em torno de objetivos explícitos. Tais autores tratam que uma política pública pode ter uma definição simples ou até mais completa, como, por exemplo, um programa de ação governamental num setor da sociedade ou num espaço geográfico. Nesse caso, o PSE é um exemplo de programa. No entanto, não basta somente ser descrito como política pública, deve-se ter a *coerência* dos diferentes elementos. Como o termo é considerado polissêmico, *para uma melhor compreensão* é necessário que seja igualmente definido, pelo menos como tendência, um quadro geral de ação, contendo alguns elementos:

a) uma política pública constitui-se de um quadro normativo de ação; é formada, inicialmente, por um conjunto de medidas concretas que constituem a substância "visível" da política, que pode ser apresentada pelos recursos financeiros (os créditos atribuídos aos ministérios), intelectuais (a competência que os atores das políticas são capazes de mobilizar), reguladores

(o fato de elaborar uma nova regulamentação constitui um recurso novo para os tomadores de decisão), materiais e de reguladores (normativos), financeiros, físicos. Ao analisá-la, deve-se conhecer como definições, ou pelo menos como tendência, um quadro geral de ação, o que implica, em três dimensões: conhecer o caráter normativo de todo programa de ação pública; saber quem define as normas da ação pública: por exemplo, se é o governo, os partidos, ou os eleitores, e uma vez que se queira compreender os resultados da ação pública; e é indispensável considerar o caráter intrinsecamente contraditório de toda política, visto que Muller e Surel (2002, p. 17) destacam que a realidade é contraditória e, portanto, deve ser considerada na política pública, ou seja, "para simplificar a análise de uma política deve esforçar-se para colocar à luz as *lógicas de ação* e em ação as *lógicas de sentido* no processo de elaboração e de implementação das políticas";

b) uma política pública, como expressão do poder público, combina elementos de *força pública* e elementos de *competência* [*expertise*]; identificação dos elementos que fundamentam a especificidade da ação do Estado; colocar em destaque o fato de que uma política governamental compreende elementos de decisão ou de alocação de recursos de natureza mais ou menos *autoritária* ou coercitiva. Essa dimensão autoritária não aparece sempre em primeiro plano. Ao lado de políticas que mobilizam de forma explícita elementos de coerção física (defesa, segurança interna), em outras políticas, como as políticas reguladoras, o uso da coerção não é mais que potencial, mas sutil, mesmo quando o uso da coerção não está previsto;

c) a política pública tende a constituir uma *ordem local*: para estudar uma política pública, é preciso, portanto, levar em conta o conjunto dos indivíduos, grupos ou organizações cuja posição é afetada pela ação do Estado num dado espaço. Toda política pública assume, de fato, a forma de um espaço de relações interorganizacionais que ultrapassa a visão estritamente jurídica que se poderia ter a respeito. É necessário compreender que a política é um constructo político-social, que permite a regulação de conflitos, articula, assegura e harmoniza os interesses individuais e coletivos de um público-alvo.

Assim, considerando que a política é o processo pelo qual são elaborados e implementados programas de ação pública, ou seja, dispositivos político-administrativos coordenados em torno de objetivos explícitos e que o PSE é um programa da Política de Saúde na Escola, seu arcabouço normativo deve refletir a atuação do Estado para minimizar as desigualdades sociais relacionadas às fragilidades de saúde no ensino público. Portanto, para a compreensão desta revisão, buscou-se descrever as evidências científicas provenientes da análise dos estudos e, a partir delas, correlacioná-las às ações de gestão do PSE, bem como ao

seu suporte normativo. Dessa forma, as categorias avaliadas foram: planejamento integrado e ações de operacionalização do GTI.

2.4.1 O planejamento integrado

O planejamento integrado faz-se um diferencial na política do PSE, visto que a Portaria n. 1.055/2017 (Brasil, 2017a) destaca-a no artigo 7 o seguinte: "A gestão do PSE deve ocorrer de forma intersetorial". Portanto, ao tratarem do planejamento integrado, as evidências científicas dos estudos destacaram: predominou a lógica setorial, verticalizada com centralidade na cúpula gestora; poder e baixa utilização de mecanismos integradores de planejamento centralizado; divergências e desrespeito entre os setores e dificuldade na adoção de novas posturas (A3, D2, D3, D5); gestão centrada no setor da saúde e operacionalização no espaço institucional da escola (A1, D1, D2).

Percebe-se que 50% dos estudos destacaram o planejamento setorial verticalizado, centralizado no setor da saúde. Este resultado não corrobora a política do Programa Saúde na Escola, em que se destaca a importância da gestão intersetorial para a promoção da saúde dos educandos. A política destaca que:

> A intersetorialidade pode ser entendida como uma forma articulada de trabalho de diversos setores que pretende superar a fragmentação do conhecimento e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na saúde da população. Nesse sentido, a intersetorialidade no âmbito do PSE considera os esforços da saúde e da educação na formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica. (Brasil, 2022, p. 22).

Desse modo, entende-se que a gestão intersetorial, tanto no planejamento quanto nas demais etapas do processo de gestão compartilhada, é essencial para a construção de um plano de ações que sejam executadas de forma coletiva, atendendo às necessidades e demandas locais dos educandos. Portanto, essa gestão deve ser fomentada pelas instâncias de governo, a fim de conferir concretude à política do PSE.

2.4.1.1 *Ações de operacionalização do GTI*

As ações vinculadas ao GTI foram destacadas nos estudos da seguinte forma: o estudo (D1) destacou que as ações do programa não eram planejadas em conjunto com as unidades de saúde e as escolas, visto que as coordenadoras desconheciam a forma como são organizadas as atividades a serem executadas no PSE (D1); destacou-se a ausência de operacionalização do

GTI no município (D1); fragmentação do trabalho, ausência de intersetorialidade (A3, D3, D5); ausência de planejamento coletivo, falta de contato integrado e permanente (D2).

Tais evidências demonstram fragilidades na atuação do GTI-M. A Portaria n. 1.055/2017 destaca que o planejamento do programa e da adesão deve ser realizado conjuntamente entre as áreas da saúde e da educação (Brasil, 2022), mediante o comprometimento dos secretários de Saúde e Educação nas três esperas de Governo, no sentido de apoiarem a realização das ações do PSE nas escolas e constituir ou fomentar a atuação do Grupo de Trabalho Intersetorial Estadual do PSE. A adesão ao PSE é facultativa, portanto, os municípios aderem ao Programa, porém sem aderência às diretrizes, e efetuam ações contrárias ao atual modelo de saúde brasileiro, incompatível com os princípios da APS e com a Política Nacional de Atenção Básica.

2.4.1.2 *Comunicação*

Um dos estudos demonstrou que a melhora na comunicação entre os profissionais incidiu em maior participação dos setores e dos profissionais das áreas técnicas envolvidas, com construção de canais de comunicação, planejamento e acompanhamento da estratégia em várias etapas (A1). Nesse aspecto, a política do PSE destaca como um de seus objetivos a promoção da comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes (Brasil, 2017a).

Sobre o principal meio de compartilhamento e articulação, foram identificadas as reuniões do GTI-M como principal meio de planejamento das atividades do Programa Saúde na Escola, verificando-se que estas potencializam a relação intersetorial (D1).

Quanto ao planejamento do PSE, destacam-se várias inconsistências sobre a gestão intersetorial, além de várias fragilidades. Tais achados não corroboram o estudo de revisão produzido por Cruz (2022), que percebeu a expressão da intersetorialidade como prática compartilhada na assistência e na área educativa. Desse modo, o planejamento, que deveria assumir um aspecto de integralidade, não se realiza concretamente como especificado na política em questão.

2.4.2 A execução das ações do PSE

Os estudos pontuaram a respeito da execução das ações, de modo que dois estudos (A2, D2) destacaram uma divisão de tarefas a refletir a fragmentação do processo comunicativo, com cada grupo profissional responsável por etapas distintas, sem uma interação totalizante; foram

observadas práticas e ações fragmentadas no território, além da execução de ações pontuais baseadas numa relação de independência da escola frente ao setor da saúde, sem o efetivo envolvimento da comunidade escolar (D3).

As evidências indicam a ausência de integração, articulação e corresponsabilização nas ações do Programa, comprometendo a efetividade de sua política. Nesse contexto, observa-se a falta de coesão no planejamento, o que contraria o objetivo de "fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar" (Brasil, 2017a, p. 2). Como consequência, o processo de promoção da saúde torna-se fragilizado.

2.4.2.1 *Ações centralizadas*

Verificou-se uma centralização das decisões na Coordenação do PSE, de forma que os profissionais apenas executam, ou seja, as orientações chegam até as equipes de saúde,somente para estas operacionalizarem as ações e cumprirem as determinações dos gestores, ocorrendo o mesmo com os profissionais da escola (D2, D5), assim como se pontuou a atuação das equipes da ESF e dos professores de forma marginal (A3).

2.4.2.2 *Ações pontuais*

Os estudos também apontaram para a execução de ações isoladas, superpostas e descontínuas, frequentes nos territórios onde se operava o PSE (A2, D1), bem como a execução de ações pontuais, fragmentadas e desarticuladas (A2, D3).

Observa-se que, em relação à execução, as evidências apontam para decisões centradas no GTI-M e desarticulação dos setores, e, independentemente das decisões, tais procedimentos são totalmente contrários aos comandos de efetividade de intersetorialidade, pois, como bem descreve a política do PSE, "a articulação intersetorial das redes públicas de [...] 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 que compartilham responsabilidades" (Brasil, 2022, p. 22). Portanto, verificam incompatibilidades na execução das ações a partir dos estudos elencados.

2.4.3 Monitoramento e avaliação

Sobre o monitoramento e a avaliação das ações do PSE, destaca-se sua realização através de instrumentos municipais elaborados pela gestão a partir das atividades (A3) e o acompanhamento da estratégia em várias etapas (A1). No entanto, houve estudos que relataram não haver registro das atividades coletivas e individuais executadas, comprometendo-se a qualidade na continuidade das ações estratégicas (D5).

Em relação a esse tópico, uma das diretrizes do Programa refere-se ao monitoramento e avaliação permanentes, visando ao aperfeiçoamento das práticas desenvolvidas de vislumbre das implicações propagadas nos cenários que envolvem a intervenção e das estratégias empregadas na macro e micropolítica (Brasil, 2022). Trata-se de uma atribuição do GTI-M apoiar a implementação dos princípios e diretrizes do PSE no planejamento, execução e monitoramento.

2.4.3.1 *Participação*

Um dos principais tópicos da política do PSE diz respeito à participação, pois o artigo 3 da Portaria n. 1.055/2017 (Brasil, 2017a) destaca que "o PSE constitui estratégia para a integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de educação e de saúde, com a participação da comunidade escolar, envolvendo as equipes de saúde da família e da educação básica" (Brasil, 2017a, p. 2) e sobre essa questão assim destacaram os estudos.

Pontuou-se que a articulação se deu no nível da organização de cada ação e se caracterizou pelo maior envolvimento dos gestores e profissionais responsáveis pela organização e menor participação da comunidade escolar nos processos de tomada de decisão (A1); houve uma atuação desvinculada do território das equipes da ESF, sem a presença dos pais dos estudantes (A3); baixa articulação da rede de proteção à criança e ao adolescente (D3); baixa interação da saúde com a comunidade escolar no nível local (A1); e falta de vínculo com a comunidade local (D5).

Como demonstrado acima, percebem-se várias inconformidades no que tange à participação nos estudos abordados, visto que a participação "é um dos principais instrumentos na formação de uma atitude democrática" (Brasil, 2022, p. 7). Portanto, tais evidências estão na contramão das diretrizes da Política de Atenção Básica, da educação para a cidadania e da política do PSE.

2.4.3.2 *Dificuldades*

Vários estudos apontaram dificuldades na implementação do Programa. Foram descritos falta de comunicação entre os setores da saúde e da educação (D1, D2, D4); espaço físico inadequado para a realização das ações (D1); carência de materiais para realização das ações (D1); sobrecarga de trabalho dos profissionais e pouco tempo disponibilizado para a realização das atividades do programa (D1, D2); problemas de comunicação e tensão entre as partes envolvidas, devido à falta de recursos humanos e à sobrecarga de trabalho (D4); incompatibilidade de agendas (A3, D5); falta de recursos financeiros limitando o desenvolvimento das ações do PSE (D4); e intensa rotatividade dos profissionais (D5).

2.4.4 Formação

Sobre a formação, houve controvérsias, e o estudo D4 concluiu que os agentes implementadores possuíam um relativo conhecimento sobre o Programa, para alguns aspectos da articulação entre a escola e a UBS, registrando também troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes; interdisciplinaridade e desenvolvimento de ações no campo de promoção da saúde. No entanto, os demais estudos destacaram o desconhecimento dos profissionais sobre a Política Intersetorial entre a saúde e a educação (D1, D4, A1).

Os estudos D1, A1 e A3 destacaram conhecimento restrito acerca da intersetorialidade; ausência/carência de saberes na esfera didática e pedagógica em relação aos profissionais de saúde; ausência de capacitação para efetivar as ações do PSE (D2); profissionais inseguros sobre aquilo que o Programa realmente propõe (D5). Houve referência ao fato de que as ações do PSE ocorrem com base no conhecimento prévio dos profissionais, mediante a vivência do seu processo formativo, por um modelo de saúde centrado na cura da doença e na figura do médico (A1, A2, A3, D2).

2.4.5 Parcerias

Os estudos destacaram que foi possível estabelecer diversas parcerias, em especial envolvendo as secretarias adjuntas de Segurança Alimentar e Nutricional, Saúde, Transporte e Trânsito, Ambiente e outras (A2), que, no entanto, ficaram restritas à abordagem do problema e execução unilateral de ações.

Por fim, nos destaques dos estudos sobre as considerações finais, foram sugeridos: planejamento de ações de acordo com a realidade do município pactuado; aumento do repasse (D1); necessidade de que as ações de saúde na escola integrem uma relação horizontal entre

saúde e educação, expandida aos demais pontos da rede de serviços (A2, D2); formação permanente dos profissionais em educação e saúde balizada nos princípios da PNEPS-SUS e capacitação de recursos humanos sobre a relação intersetorial (D2, A2, D4); necessidade de avançar a ação intersetorial de modo a promover ações contínuas e verdadeiramente apropriadas do discurso regulatório que evoca a promoção da saúde (A2); melhorar as relações interpessoais e a comunicação intersetorial; instituir e fazer funcionar o Grupo de Trabalho Territorial Adstrito composto pelas Unidades de Saúde da Família e Unidades Escolares (D5).

Diante das evidências, verifica-se que o PSE foi instituído, no âmbito dos ministérios da Educação e da Saúde, 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, 2007). Em seu quadro normativo de ação destaca-se que o Programa constitui estratégia para a integração e articulação permanente entre as políticas e ações de educação e saúde, com a participação da comunidade escolar, envolvendo as equipes de saúde da família e da Educação Básica (Brasil, 2017a, p. 6).

As finalidades do Programa destacam a importância do trabalho conjunto e da parceria na elaboração das ações, influenciando diretamente as práticas desenvolvidas em seu âmbito. A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) define a promoção da saúde (PS) como "um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, que se caracteriza pela articulação e cooperação intrassetorial e intersetorial e pela formação da Rede de Atenção à Saúde" (Brasil, 2018, p. 7). Dessa forma, para promover a saúde dos estudantes, é imprescindível a cooperação entre os setores, a articulação das redes e a constituição de uma rede de atenção à saúde integrada entre saúde e educação (Brasil, 2007).

O conhecimento sobre a intersetorialidade torna-se evidente na integração das políticas, no desenvolvimento de ações intersetoriais e na gestão integrada, para que ocorra um planejamento integrado no PSE, havendo a necessidade de formação adequada e equitativa dos profissionais envolvidos. Como já mencionado nas seções anteriores, no arcabouço político do PSE é implementada a gestão intersetorial, mediada pelos GTIs, que compreendem os núcleos de gestores do Programa nas três esferas de governo: municipal, estadual e federal, com representantes da educação e da saúde.

No âmbito municipal, o Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI-M) deve ser composto, no mínimo, por um representante da Secretaria Municipal de Saúde e um da Secretaria Municipal de Educação. Conforme disposto na Portaria n. 1.055/2017 (Brasil, 2017a), tal instância de governança é estratégica para a ampliação da cobertura das ações de saúde voltadas aos educandos, bem como para a institucionalização de processos formativos contínuos e

permanentes dos profissionais envolvidos. Nessa perspectiva, é fundamental o fortalecimento do planejamento integrado das ações do PSE, promovendo a articulação efetiva entre a Atenção Básica e a rede pública de ensino nos municípios.

Para compreensão desse modelo de gestão com a intersetorialidade, reportarmo-nos à descrição do modelo de atenção do SUS, visto que se estabelece por uma rede hierarquizada, regionalizada em modelo de organização das RAS, com o objetivo de garantir a integralidade das ações e dos serviços de saúde, tendo a APS como porta de entrada para o sistema. A RAS caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na APS. Os pontos de atenção são os espaços onde se ofertam serviços, como, por exemplo, as unidades básicas de saúde, as unidades ambulatoriais especializadas, os domicílios, os centros de apoio psicossocial e outros.

Fundamenta-se na compreensão da APS como primeiro nível de atenção, enfatizando a função dos cuidados primários e a resolução dos problemas mais comuns de saúde. A partir dela, realiza-se e coordena-se o cuidado em todos os pontos de atenção. Assim, as EFS e os centros de saúde são unidades de saúde promotoras de saúde (Brasil, 2017b), das quais fazem parte a equipe de saúde composta minimamente por médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Caracterizam-se, também, pela centralidade das ações mediadas pelas necessidades de saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e pelos compromissos com os resultados sanitários de um território, que é o local onde se encontra a escola.

As políticas públicas de saúde no Brasil são formuladas com base na compreensão da Atenção Primária à Saúde (APS) como o primeiro nível de atenção no Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como função central a coordenação do cuidado. Essa coordenação envolve a organização, o acompanhamento e o encaminhamento dos usuários entre os diferentes pontos de atenção das Redes de Atenção à Saúde (RAS), a partir do reconhecimento das necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade. A APS atua, portanto, na articulação dessas necessidades com os demais níveis de atenção, contribuindo para o planejamento das ações e a programação dos serviços, de modo a garantir respostas adequadas e integrais às demandas em saúde (Brasil, 2017b).

No contexto do PSE, a importância da compreensão da organização da Atenção Básica reforça a necessidade de articulação da escola com a ESF, pois a intersetorialidade entre saúde e educação torna possível a vinculação da escola à APS. Deste modo, a integralidade das ações de saúde aos educandos do ensino básico torna possível o atendimento de suas necessidades de

saúde e a gestão escolar mais próxima das necessidades deles, a partir do conhecimento dos indicadores de saúde.

Os estudos evidenciaram diversas fragilidades relacionadas aos investimentos na formação voltada à intersetorialidade, o que torna insustentável a ausência de alinhamento entre as diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e os investimentos necessários na capacitação dos profissionais vinculados à escola e à Atenção Primária à Saúde (APS), bem como na estruturação desses serviços. Essa incongruência compromete a integralidade das ações de saúde destinadas aos educandos da educação básica e a efetiva resposta às suas necessidades de saúde.

A próxima seção abordará a intersetorialidade, seus fundamentos conceituais, pressupostos e implicações no contexto do Programa Saúde na Escola (PSE).

3 A INTERSETORIALIDADE COMO MODELO DE GESTÃO

Esta seção tem como objetivo compreender a intersetorialidade, seus pressupostos e suas implicações no contexto do PSE e na Política de Educação. Para um melhor alinhamento da contextualização, optou-se pela subdivisão desta seção em quatro subseções, a saber:

3.1 "A intersetorialidade e sua inserção na macropolítica internacional", que busca demonstrar a origem da gestão intersetorial, a partir do declínio na administração da França após a Segunda Guerra Mundial, e seus comparativos entre a gestão setorial e a intersetorial;

3.2 "Os pressupostos da intersetorialidade na macropolítica nacional", em que evidenciamos o marco da intersetorialidade a sua importância após a crise econômica, política e sanitária que originou o período da redemocratização na década de 1980, destacando as suas proposições da intersetorialidade, os possíveis conceitos e os elementos característicos da sua implementação;

3.3 "Os desafios da intersetorialidade na política educacional", em que se abordam os aspectos da Política da Educação e sua relação com a intersetorialidade na gestão do PSE;

3.4 "A Qualidade da educação como foco da política do PSE", com o objetivo de debater as características da educação de qualidade e a necessidade dos investimentos cabíveis no sistema de educação e em seus processos para tornar mais efetiva a gestão intersetorial no PSE.

3.1 A INTERSETORIALIDADE E SUA INSERÇÃO NA MACROPOLÍTICA INTERNACIONAL

Intersetorialidade é um termo que pode assumir diferentes sentidos práticos e políticos. Na política do PSE, esse termo é empregado para articular as ações do Sistema Único de Saúde (SUS) às ações das redes de educação básica pública e contribuir com a ampliação das ações através da gestão do PSE, que deve ocorrer de forma intersetorial. No entanto, para a compreensão do seu emprego neste Programa, procuraremos compreender o termo a partir de sua referência internacional.

Iniciamos esta discussão pela disseminação das políticas setoriais na França, visto que o período de 1950 a 1960 caracterizou-se pelo apogeu da administração francesa, já que após a Segunda Guerra Mundial o Governo investiu em conhecimento técnico e na organização dos grandes Órgãos do Estado. Estruturou-se um modelo vertical, por especialidades, no qual as ações das políticas públicas eram planejadas internamente nos setores, porém longe dos sujeitos e de suas necessidades.

Tais estruturas organizativas fortaleceram o "corporativismo setorial" e por décadas a representação dos interesses sociais foi formatada de acordo com as regras setoriais,

operacionais, pelas normas de segregação das elites, e tais interesses se tornaram barreiras e limites aos setores, visto que esse modelo traduziu uma caracterização fragmentada dos interesses sociais, porquanto não representava de fato os interesses das comunidades, e sim um corporativismo representativo dos interesses das especialidades (Muller, 1990, p. 20).

Portanto, a partir destes aspectos, percebeu-se que a capacidade regulatória do Estado ficou comprometida pelas características do referencial normativo e operacional das políticas públicas setoriais, tornando-se engessada para o projeto modernizador, ou seja, para o capital. Assim, a década de 1980 iniciou-se com um quadro de questionamento dos referenciais da modernização das políticas setoriais, representativas dos interesses do setor público em detrimento do setor privado (Muller, 1985).

Acirrou-se o questionamento desse modelo político-administrativo, com o apontamento de duas formas de gestão das políticas públicas: o setorializado, centralizado, e que bania a noção de território; e outro que dissemina a ideia de descentralização e responsabilizava o modelo setorial pela crise dos problemas econômicos e sociais da época (Muller, 1990). Por isso, para refletir sobre a implementação da intersetorialidade nas políticas públicas na França, apontou-se que era imprescindível reconfigurar a estruturação vertical dos setores e melhorar a interface entre as políticas públicas (Muller, 1985).

Tais recomendações sobre a reconfiguração da organização dos setores a fim de alcançarem uma melhor efetividades nas políticas públicas sociais originaram-se na França e na Inglaterra, pois estes países foram pioneiros das lutas dos trabalhadores contra os efeitos deletérios do mercado e das exigências sobre soluções cabíveis às crises do mercado de trabalho e a industrialização (Ferreira, 2022). Nesse sentido, as políticas públicas tornaram-se ações de responsabilidade do governo, entendidas como atribuições destes para minimizar os danos ou para prover a satisfação equitativa da coletividade.

Embora a formulação e a implementação das políticas públicas sejam tradicionalmente atribuídas às autoridades formais legalmente constituídas, o debate em torno de novas formas de organização do Estado passou a enfatizar a necessidade de articulação interinstitucional e de aprimoramento da comunicação na execução das ações públicas. Nesse contexto, as discussões passaram progressivamente a incluir a sociedade civil, sobretudo no que se refere aos mecanismos de participação nos processos decisórios das políticas públicas. Foi nesse cenário que, na França, emergiram duas lógicas distintas de organização: a lógica territorial e a lógica setorial, cada uma com suas próprias dinâmicas e racionalidades.

Na lógica territorial, o entendimento de sistema social a ser regulado caracteriza-se por intervenções em um território geográfico, ou num determinado departamento regional, ou ainda

na política global, requerendo uma política de descentralização (Muller, 1998); dessa discussão é que emerge a necessidade de territorialidade e de descentralização, conceitos já bem explicados na seção anterior e nas políticas do SUS (Brasil, 1990), PNAB (Brasil, 2017b), PNPS (Brasil, 2018) e PSE (Brasil, 2017a). Já na lógica setorial, o domínio é centrado no conhecimento estruturado e técnico dos profissionais, porém distante das necessidades sociais de um território, como assim se descreve:

> O referencial do setor é a imagem dominante da disciplina da profissão. Como o repositório global, não é nem completamente racional nem completamente arbitrário. É construído, é uma imagem social do setor. Não é racional porque primeiro corresponde à percepção de que os grupos dominam o Setor Camponês-Empresário. Grandes Empresas, Médicos Hospitalares, treinadores, professores associados, oficiais técnicos construirão uma representação da agricultura da indústria da saúde de educação de defesa, primeiro consistente com seus interesses corporativos. (Muller, 1985, p. 173, tradução nossa).

Observa-se nesta citação que na lógica setorial, cada setor reproduz de forma autônoma o trabalho social sem levar em conta o conjunto. Esse tipo de organização estruturou por décadas o sistema de saúde hospitalocêntrico, com ênfase em cuidados curativos e lucrativos internacionais, com a fragmentação e aumento do corporativismo. Todavia, essa organização tornou-se mais onerosa aos cofres públicos, com ineficiência e incoerência na implementação das políticas e como referiu Muller (1985, p. 166) "o Estado torna-se um requisito funcional das sociedades setorializadas, o que produz ineficiência na sua atuação pela incapacidade de [...] organização e sequenciamento de políticas".

Essa forma de estrutura setorial era, porém, necessária para uma melhor atuação na política da industrialização[2], na qual os governos priorizavam alguns setores para potencializar a indústria, em detrimento de outros setores como saúde, educação, segurança etc. Desta forma, a lógica territorial ficou para segundo plano e centralizou-se na organização das políticas públicas na lógica setorial, acentuando-se o aumento de problemas em setores essenciais como o educacional e da saúde, por exemplo. Isso tornou ainda mais complexos tais problemas sociais e dificultou as soluções por políticas setorializadas (Muller, 1985, p. 166).

Muller (1985) organiza as políticas setoriais em torno de três questões principais: a) a elaboração de cada setor está associada a um referencial que corresponde a sua representação, e através dessas representações as diferentes políticas se organizam com suas prioridades,

[2] Embora seu conceito não seja consensual, as políticas industriais são ações utilizadas pelos países com o objetivo de fomentar o setor industrial: o governo estimula e protege alguns setores, avaliados como importantes, em detrimento de outros, considerando-se assim o crescimento econômico do país (Coronel; Azevedo; Campos, 2014).

compondo o seu papel na sociedade; b) os profissionais que operam, que constroem e divulgam a representação da relação global-setorial centram-se no conhecimento técnico e científico; c) permite-se autonomia política no que diz respeito à reprodução social.

Houve, então, um engessamento das políticas setoriais, sem abertura para implementação da descentralização. Os operadores cristalizaram o conhecimento técnico e científico e delimitaram as áreas de domínio e as ações inoperantes para articular e regular ações que justificassem o desenvolvimento das políticas públicas em rede. Desenvolveu-se a industrialização às custas da complexidade dos problemas sociais, com o incremento à desarticulação das políticas públicas e do "Estado de bem-estar social", culminando na chamada "crise de regulação setorial ou crise da setorialidade" (Muller, 1985, p. 183).

Esses processos e a consequente complexidade dos problemas da sociedade deram vazão à elaboração de um novo tipo de configuração para resolução dos problemas, representados e tratados na lógica processual, apontada por Lascoumes e Bourhis (1998) em seu artigo *O bem comum como construção territorial: identidades de ação através das políticas processuais*. No referido artigo é demonstrado que as políticas públicas se estabelecem na construção do pluralismo de ideias e nas negociações com os atores sociais do território para solução de problemas complexos, sem se eximirem da interação discursiva do campo regulatório.

Neste contexto, destaca-se a importância da educação na formação de educandos que devem participar de forma democrática nos processos decisórios das políticas públicas sociais, pois há uma diferença entre as políticas processuais e as ações substanciais. As ações substanciais são centralizadas em uma autoridade que, de acordo com seu conhecimento, define os objetivos e depois ajusta os meios para alcançá-los. Na lógica processual, os objetivos das políticas surgem na forma de declarações gerais deliberadas pelo coletivo e neste caso, contribuem para produzir o interesse geral do território. Por conta disso, são mais prováveis de garantir interações enquadradas em métodos de trabalho conjunto com a formulação de acordos coletivos, o que se configurou mais oportuno para a construção do "bem comum" (Lascoumes; Bourhis, 1998, p. 40).

Tais proposições sobre o rearranjo da lógica setorial e da lógica do território embalaram o debate sobre a implementação das políticas públicas internacionais para a intervenção e formulação de políticas públicas vinculadas à intersetorialidade como articuladora de diferentes setores, sendo subsidiada pela implementação da descentralização e, a partir da década de 1980 (Pesce, 2018). Estas formulações são subsidiadas por modalidades de gestão no nível da municipalização e no favorecimento do poder político dos territórios e das comunidades.

Tais proposições acerca da participação nas decisões nas políticas públicas sociais ganharam força na década de 1980, período da redemocratização do Brasil. A participação social evoca uma gestão intersetorializada e sua influência contextualizou a luta dos movimentos sociais pelos direitos à saúde e à educação que hoje estão homologados na Constituição Federal de 1988.

3.2 OS PRESSUPOSTOS DA INTERSETORIALIDADE NA MACROPOLÍTICA NACIONAL

Apesar de o debate sobre a intersetorialidade ter iniciado na Europa, após a Segunda Guerra Mundial, no Brasil vários autores consideram o marco da intersetorialidade a promulgação da CF/1988, visto que esta normatizou um padrão social mais democrático, igualitário e universal. Além disso, preconizou as mudanças na elaboração das políticas públicas e sua implementação através de projetos, planos, programas com interface na articulação entre setores sociais (Romagnoli, 2018; Silva, 2019).

Enquanto no cenário internacional intensificavam-se os debates em torno da institucionalização da promoção da saúde, o Brasil enfrentava, no final da década de 1970, uma profunda crise no modelo previdenciário de atenção à saúde. Essa crise foi motivada, principalmente, pelo predomínio de uma lógica hospitalocêntrica, marcada pelo assistencialismo e pela baixa capacidade de resolução dos problemas de saúde; pelo desvio de recursos públicos; e pela alta lucratividade dos setores privados. Esse contexto foi agravado pelo aumento das desigualdades sociais, pelo crescimento das demandas de saúde da população e pelo progressivo sucateamento dos serviços públicos de saúde no país (Aguiar, 2015).

Tais problemáticas foram discutidas na V Conferência Nacional de Saúde em 1975, mas os empresários da saúde da época concentraram-se na proposta de programas verticais, tais como o Programa Materno-Infantil, o Programa de Imunização, dentre outros. Em meio à política econômica do Regime Militar, engendrou-se uma série de ações de precarização dos serviços públicos, proporcionando-se um colapso do serviço de saúde, da educação, aumento da pobreza, arrocho salarial e concentração de renda (Aguiar, 2015). Houve reflexos disso nas altas taxas de mortalidade materna e infantil e morbimortalidade por cardiopatias e doenças endêmicas.

Em meio a essa crise econômica, política e sanitária, acentuou-se o processo de redemocratização do país, tendo-se reconhecido no período entre 1970 e 1980 o movimento da Reforma Sanitária como um projeto articulado para o reconhecimento do direito à saúde para todos e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Tratava-se de projeto realizado por

sanitaristas e lideranças populares, trabalhadores, sindicatos, parlamentares da esquerda, intelectuais, estudantes de saúde e entidades como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco). Tais propostas foram difundidas na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e em 1987 na Assembleia Nacional Constituinte, sendo promulgada a Constituição Federal de 1988, e posteriormente a Lei do SUS, assim como a LDB/96.

No entanto, para a implementação da municipalização e da descentralização necessárias às operacionalização das políticas públicas sociais na modalidade de gestão municipal, como preconizado pela CF/1988, evidenciou-se a consubstancial desigualdade social, seus reflexos e magnitude, que antes foram reprimidas, assim como a complexidade dos problemas sociais a que era submetida a maioria da população, os alijados dos direitos sociais, a quem não se garantiam os direitos básicos fundamentais de sobrevivência humana, como, por exemplo, a habitação, a saúde, a educação, o emprego etc. (Inojosa, 2001). Estes pontos se tornaram relevantes para a administração descentralizada em nível municipal.

Assim, tornou-se pública a falta de estrutura orgânica administrativa dos municípios para gerenciar os problemas emergentes e negligenciados de grande parte da população, visto que historicamente o modelo de gestão executado no Brasil até a Constituição Federal de 1988, era baseado no modelo de políticas setorializadas econômicas e tradicionais. Desse modo, constituía-se como estratégia fragmentada de enfrentamento das mazelas sociais pelo Estado, um modelo organizacional paternalista, com um alto controle de movimentação de pessoal e de distribuição de empregos, cargos e comissões dentro da lógica dos interesses políticos dominantes, sendo mais compatível na resolutividade às demandas emergentes dos municípios, segundo Pires e Macedo (2006).

Nesse sentido, a estrutura fragmentada, verticalizada e departamental herdada pelos municípios, não foi capaz de contribuir com o esperado estado de bem-estar social, mas sim, contribuiu negativamente com a competência de gestão municipal e, portanto, com a descentralização. Assim como na Europa, os debates sobre a implementação das políticas públicas sociais recaíram na reflexão da intersetorialidade, em virtude da necessidade de articulação dos saberes, das instituições e dos aparatos burocráticos e legais setoriais (Almeida, 2014).

Contrapondo-se ao modelo fragmentado por área, a ideia de investimento na intersetorialidade surgiu para contribuir com a integração de vários setores para a solução de problemas sociais. Na perspectiva da descentralização, Junqueira, Inojosa e Komatsu (1997, p. 13) conceituam-na como um “processo político-administrativo de transferência de poder que fortaleceu a democratização” e se tornou imprescindível às novas formas de organização do

Estado, além de permitir a autonomia nas três esferas do Governo. Tal como a descentralização, a participação popular ou de seus representantes nas decisões do governo, tornou-se importante na promoção e sustentabilidade de políticas sociais mais democráticas e da eficiência das políticas públicas, segundo os determinantes sociais de saúde e considerando a autonomia política dos municípios.

No entanto, sob uma perspectiva progressista, a descentralização implicou a transferência de competências com o objetivo de democratizar a administração pública e ampliar a atuação dos partidos políticos nas esferas periféricas, atribuindo-lhes responsabilidades e poder de decisão capazes de contribuir para o desenvolvimento de modelos econômicos socialmente mais justos. Essa abordagem visava transformar as relações entre Estado e sociedade, funcionando como uma estratégia para reestruturar e fortalecer a máquina estatal, tornando mais ágil e eficiente a execução das políticas sociais, ao deslocá-las para instâncias locais – e não com o propósito de reduzi-las ao mínimo.

Fazemos a explanação acima em oposição ao entendimento do conceito de descentralização na perspectiva do processo neoliberal, segundo o qual deve-se descentralizar para subsidiar os financiamentos dos Organismos Internacionais para aumento de transferência do domínio do que é público para o setor privado. Aproveita-se com isso, do arranjo da intersetorialidade para minimizar a responsabilidade do Estado.

Na ótica da descentralização progressista, exige-se um novo contrato social entre o Estado e a sociedade civil, não para torná-lo mínimo, mas para reduzi-lo e devolvê-lo à sociedade civil, territorial e funcionalmente organizada para não pactuar com os "interesses corporativos e burocráticos característicos do Estado Autoritário", tornando-o mais democrático e eficiente às demandas sociais. De acordo com Junqueira, Inojosa e Komatsu, (1997, p. 11), a discussão da descentralização associou-se à democratização e à participação, sendo as diretrizes do SUS estabelecidas com valores políticos de universalização, equidade, e controle social.

Essa forma de processo de descentralização implementada no Brasil pôs a administração pública municipal para "gerenciar urgências sociais" nos diversos campos das políticas públicas, expondo problemas complexos que demandavam aprimoramento da gestão para ser solucionados. Essas exigências não pertenciam culturalmente à operacionalidade dos municípios, e as novas atribuições ultrapassaram as limitadas e pontuais intervenções no campo social. Em outras palavras, "os municípios herdaram um modelo organizativo tradicional setorializado, hierárquico, departamentalizado por áreas de especialização," sendo que este modelo é "ineficaz para promover o planejamento integrado condizente com a necessidade dos

entraves sociais assumidos" (Inojosa, 1998, p. 42). Em contrapartida, os problemas sociais a serem gerenciados transversalizam os setores, necessitando da gestão intersetorial.

Nesse contexto de descentralização e demandas na gestão municipal, a intersetorialidade vem sendo apontada como importante para a gestão das políticas públicas sociais (Inojosa, 1998). Contudo, ainda não há uma reordenação no município,do modelo administrativo e de seus processos para comportar essa nova abordagem de gestão, visto que não há um referencial teórico sobre o tema, de modo que se facilite o entendimento das proposições intersetoriais para efetivar a sinergia entre os diversos campos (Akerman *et al.*, 2014).

Portanto, verifica-se que o tema da intersetorialidade é mais debatido e sugerido como alternativa de gestão de problemas complexos para setores onde as práticas institucionais são organizadas em processos com intervenção social (Almeida, 2014). Dessa forma, o processo de descentralização administrativa implementada no Brasil exige da administração pública municipal aprimoramento na gestão.

No entanto, o processo de descentralização não pode ser utilizado como uma manobra de desresponsabilizar o Estado quanto aos investimentos cabíveis para permitir efetividade nas políticas públicas sociais, de modo que o pressuposto da intersetorialidade estabelecido neste estudo é que, no contexto da Política de Saúde na Escola, a intersetorialidade permite mais integração na gestão das três esferas de Governo, a fim de que os agravos que afetam os estudantes sejam de fato reordenados intersetorialmente para serem minimizados.

3.2.1 A intersetorialidade como foco das políticas sociais

Intersetorialidade é um termo que permite várias compreensões, é considerado polissêmico. Como descrito na seção anterior, vem sendo muito debatida a sua implementação nas últimas décadas nas políticas públicas sociais, por permitir a junção de instituições em diferentes esferas do setor público, articulando saberes, experiências e práticas capazes de potencializar recursos disponíveis na rede e nos territórios (Prado, 2022). Há um reconhecimento da sua importância na Atenção Primária em Saúde dos Estudantes (Martins, 2024), pois se implementa nas políticas públicas sociais para o combate das desigualdades sociais e maior justiça social (Cohn, 2013).

Ao acompanhar a evolução histórica da intersetorialidade, observa-se esta como uma nova forma de gestão oriunda do processo de descentralização política no Brasil, porém com imensos desafios, a começar pela diversidade de interpretações e definições distintas relacionadas às ações intersetoriais, visto que faltam teorias que permitam criar uma categoria

de pesquisa e avaliação (Akerman *et al.*, 2014). Deste modo, o conhecimento se centra em aspectos políticos e operacionais, desafiando a construção de mecanismos que estabeleçam a comunicação, articulação e formação de uma nova cultura organizacional entre Órgãos públicos (Wanderley; Martinelli; Paza, 2020).

Apesar de a ação intersetorial constituir um tema da política de promoção da saúde, não existe uma teoria que a defina nem proposições que determinem que tipos de ações intersetoriais são viáveis para os contextos existentes, ou o tipo de ação intersetorial necessária para a abordagem dos determinantes sociais. Segundo Prado *et al.* (2022), o termo intersetorialidade sugere integração, território e equidade na operação da gestão das políticas sociais e favorece a ampliação do planejamento, a execução e o controle da prestação de serviços, visando a garantir acesso mais democrático e minimizar as desigualdades sociais.

No caso da Política de Saúde na Escola, o PSE é resultado do processo de municipalização (Barbieri; Noma, 2017), uma vez que sua implementação depende da adesão dos municípios aos objetivos e diretrizes do Programa. Essa adesão é formalizada por meio da assinatura do Termo de Adesão, e a gestão deve ocorrer de forma intersetorial, sob responsabilidade conjunta dos gestores das áreas de saúde e educação, organizados por meio dos Grupos de Trabalho Intersetoriais/GTI (Brasil, 2017a).

Nesse sentido, o PSE compartilha diretrizes centrais da Política de Promoção da Saúde, como a integralidade do cuidado, o planejamento de ações com base no território, a atuação no modelo de Atenção Básica por meio de ações intersetoriais, a articulação em rede entre os setores da saúde e da educação, e a organização do serviço público visando à racionalização de recursos e à prevenção da duplicidade de ações – princípios também presentes no SUS e na PNAB (Girard; Hora, 2023). Trata-se, portanto, de um programa com fundamentos democráticos, cujo objetivo é reduzir a evasão e o abandono escolar, além de promover melhores condições de saúde para os educandos.

No entanto, apesar de o pilar do Programa se distinguir pela necessidade de gestão com abordagem intersetorial, o conhecimento sobre como desenvolver, alcançar e manter a ação intersetorial ainda é limitado (Amri *et al.*, 2022). Por isso são importantes os conceitos padronizados e que possam fortalecer o planejamento de ações derivadas de parcerias com a participação da comunidade e suscitar que sua abordagem na política de saúde escolar seja mais transparente e orientada para o atendimento dessa diretriz.

Nessa perspectiva, a implementação da gestão intersetorial configura-se como uma tarefa desafiadora. Segundo Almeida (2014), trata-se de um dos temas mais instigantes, em primeiro lugar, devido à diversidade de enfoques sobre sua origem e aplicação como estratégia

de gestão nas políticas sociais; em segundo, por envolver o enfrentamento de obstáculos políticos relacionados a múltiplos interesses presentes na abordagem da questão social, além das barreiras impostas por um modelo organizacional hegemônico, sustentado por uma cultura institucional cristalizada, que dificulta a adoção dessa abordagem. Ainda assim, é inegável a necessidade de uma interlocução efetiva diante dos problemas de ordem social. Nesse sentido, destaca-se que a Organização Mundial da Saúde (OMS) considera que:

> A intersetorialidade na saúde significa que o setor de saúde deve trabalhar com outros setores e atores para garantir que as políticas e os Programas públicos estejam alinhados para maximizar seu potencial de contribuição à saúde e ao desenvolvimento humano. Isso requer que o setor de saúde participe do processo de tomada de decisão sobre políticas de desenvolvimento. O princípio da intersetorialidade necessita da criação e da manutenção de vínculos entre os setores público e privado, tanto dentro como fora dos serviços de saúde. (OMS, 2007, p. 11).

Nessa proposição há a implicação de que o setor da saúde esteja articulado no sentido de ampliar com outras políticas e outros setores para tornar mais amplas e eficazes as ações sobre saúde. Essa perspectiva compreende-se na promoção da saúde, visto que, desde a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (APS), quando se elaborou a Declaração de Alma-Ata em 1978, estabeleceu-se a proposta da APS com o direito de todas as pessoas à saúde e a implicação de maximizar a contribuição da saúde para outros campos, como o da educação, visto que a saúde e a educação transversalizam os demais setores e são determinantes da qualidade de vida, assim como outros já discutidos na seção 2. Todavia, a intersetorialidade apresenta particularidades em cada área de intervenção, pois no campo da administração assim se destaca:

> A Intersetorialidade é aqui entendida como a articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações, com o objetivo de alcançar resultados integrados em situações complexas, visando um efeito sinérgico no desenvolvimento social. Visa promover um impacto positivo nas condições de vida da população, num movimento de reversão da exclusão social. (Junqueira; Inojosa; Komatsu, 1997, p. 24).

Como se descreveu acima, tais autores defendem a intersetorialidade de forma sistematizada, visto que o planejamento por si só já possui um componente racionalizador e visa ao alcance de objetivos (Rivera; Artmann, 2012). Nesse contexto, a delimitação de um território, a análise dos determinantes sociais e a participação da comunidade tornam-se diferenciais para a compreensão do todo e o estabelecimento de ações. Segundo Inojosa (2001, p. 103). Assim, a intersetorialidade promove “a articulação de saberes e experiências para a solução sinérgica de problemas complexos”, e por isso, a ação intersetorial não pode ser

espontânea, muito menos apenas a junção dos setores, uma vez que consiste em “uma ação deliberada que requer respeito à diversidade e às particularidades setoriais, mas que pressupõe um processo de trabalho sustentado em um objetivo comum” (Prado *et al.*, 2022, p. 600).

Nessa perspectiva, observa-se que a gestão intersetorial promove a superação do modelo tradicional fragmentado de prestação de serviço nas políticas públicas pelo Estado à sociedade. Entretanto, os desafios da empregabilidade da gestão, se esvazia dos elementos conceituais, tornando-se sem objetividade na busca pela equidade. Na expectativa de contribuir nesse debate, destaca-se que Silva e Belga (2018) observam que a promoção da saúde na sua concepção ampla é cercada de desafios, tanto das tensões paradigmáticas como dos conflitos no contexto político e econômico do país. A intersetorialidade, do ponto de vista científico, ganhou notoriedade pela contribuição no enfrentamento da gravidade dos problemas sociais.

Do ponto de vista da gestão, as autoras destacam que a intersetorialidade é uma “resposta ao processo de descentralização”, pois à medida que foi avançando no processo de municipalização, a complexidade das demandas sociais contemporâneas exigiu a necessidade da gestão integrada tanto dos setores e serviços como da interdisciplinaridade entre os atores sociais (Silva; Belga, 2018, p. 65).

Do ponto de vista semântico, vincula-se o termo intersetorialidade à formação de rede de parcerias, com a produção de intervenções planejadas coletivamente e promotoras de resultados para impactar em dois ou mais setores, propondo a articulação de saberes, serviços e atores envolvidos. Estas intervenções podem ser vinculadas ao nível governamental e aos processos participativos de criação de redes coletivas amplas para intervenções sociais (Silva; Belga, 2018).

Do ponto de vista da intervenção estatal, as autoras citam que, a partir da formulação de políticas públicas, a intersetorialidade ganhou mais atenção no formato de articulação entre diferentes setores oriundos das bases e conceitos neoliberais a partir da década de 1970, para dar ênfase à ineficiência do Estado e de seu esvaziamento. Emergiram, então, novas figuras e atores com propostas de melhoria da qualidade de vida para a população; mas de fato, houve o favorecimento dos interesses da privatização e dos lucros mercantis. Após as reformas, tanto no campo da educação, como na saúde, o debate da intersetorialidade para o lucro mercantil esvaziou-se e foi transformado na necessidade de articular as políticas públicas para melhorar a solução das demandas do campo social (Silva; Belga, 2018, p. 65).

Apesar da relevância da intersetorialidade para a efetividade das políticas públicas sociais, Schutz e Mioto (2010, p. 71) comentam que a intersetorialidade tem sido abordada por diversas áreas do conhecimento com diferentes enfoques analíticos e no entendimento destes

autores, “essa condição ao mesmo tempo em que abre inúmeras possibilidades analíticas do tema, traz também dificuldades significativas para a sistematização”. Nesse aspecto, percebe-se que há vários desafios na implementação da intersetorialidade nas políticas públicas sociais, mas tais desafios podem ser minimizados se os governos forem mais comprometidos em implementar ações mediadas pela qualidade de vida da população.

Pelo que já foi comentado neste texto, é possível perceber que o termo *intersetorial* tem deficiência de bases conceituais e de regulação no contexto das políticas públicas, de modo que, na ausência de um conceito mais formal sobre a ação intersetorial na Política da Saúde na Escola e para fins de efeito de compreensão da intersetorialidade e da gestão intersetorial, este estudo se sustenta no conceito de Prado *et al.* (2022, p. 600), que compreendem tratar-se de:

> uma ação intersetorial é aquela com capacidade de integrar agentes e distintos setores com capacidades técnicas específicas, que se complementam e, ainda que existam assimetrias de poder, se articulam em espaços de gestão compartilhada, de decisão para o planejamento, execução e avaliação de questões ou necessidades específicas, identificadas com a participação social e direcionadas para a redução de iniquidades sociais em saúde.

As autoras do excerto integram nesse conceito a capacidade técnica específica e a sistematização das ações intersetoriais para o alcance de objetivos comuns. Desse modo, do ponto de vista da gestão, a intersetorialidade expressa-se na íntegra quando são realizadas as ações nos processos de planejamento, execução e avaliação, verificando-se a importância e a formação dos profissionais dos distintos setores. Nessa ótica, a ação intersetorial permite um exercício mais ampliado e analítico das alterações globais, visto que a fragmentação dos problemas impede o entendimento do todo, de modo que necessitam ser ampliados para ser problematizados. Neste cenário, Morin (2003, p. 13) reflete que “todos os problemas particulares só podem ser posicionados e pensados corretamente em seus contextos”.

Junqueira, Inojosa e Komatsu (1997) destacam que é no município, como espaço definido territorial e socialmente, e em microáreas, que se concretiza a ação intersetorial. No entanto, necessita ser construída em um processo dinâmico entre os sujeitos, considerando a peculiaridade de organização de cada território, pois os problemas prioritários para a execução na gestão intersetorial deverão ser definidos a partir das necessidades dos territórios, pelos indicadores sociais e pelas emergências dos problemas sociais, considerando o equacionamento da integração dos vários setores.

Sobre essa dinâmica, Inojosa (1998) destaca a necessidade de reconhecer a forma de organização da população. Segundo a autora, os grupos sociais constituem conglomerados humanos significativos, formando territórios coletivos com características socioeconômicas e

culturais comuns, que promovem relações solidárias entre indivíduos e famílias e se identificam por meio de uma identidade compartilhada enquanto parte de um mesmo grupo. Essas informações singulares são fundamentais para o planejamento de projetos e ações que visem à efetividade das políticas públicas. De acordo com Schutz e Mioto (2010), a intersetorialidade pode assumir três aspectos:

a) **como complementaridade de setores:** Quando a intersetorialidade supera a fragmentação dos setores, complementando-se pela via das necessidades da população. Nesse caso, mobiliza sujeitos, setores e conhecimentos em prol da articulação integrada das políticas públicas;
b) **intersetorialidade como prática:** Quando favorece a abordagem e atendimento conjunto dos problemas da população e construção de práticas intersetoriais. Cada setor pode contribuir com seu fazer e perspectiva setorial, de maneira articulada;
c) **intersetorialidade como princípio do trabalho em redes:** Favorecendo a integração para assegurar participação efetiva da sociedade, sustentada por uma construção democrática e coletiva da política pública, articulando, conectando, formando vínculos e ações complementares por relações horizontais com caráter socioeducativo entre parceiros de serviços e instituições.

No caso das redes, podem ser compostas de redes regionais e/ou intersetoriais. A noção de rede intersetorial, segundo Junqueira (2000), permite a interação de pessoas, famílias, instituições, municípios e estados, como um abraço coletivo. Observa-se o potencial da integralização das ações mediadas pela intersetorialidade, e nesse sentido pode haver ações mais efetivas e inclusivas.

Segundo Junqueira, Inojosa e Komatsu (1997), a intersetorialidade e a descentralização, juntas, constituem um novo paradigma orientador da gestão pública, se há consideração das condições territoriais, do meio ambiente, do estabelecimento de metas e objetivos que promovam a qualidade de vida conforme a necessidade dos territórios. Quando se trata de qualidade de vida, bastante discutida nas Cartas da Promoção da Saúde, há a necessidade de sinergia entre a educação, a saúde, o trabalho, dentre outros direitos já assegurados na CF/1988, e cujo objetivo como políticas públicas sociais é assegurar a inclusão com equidade:

> Desse modo, a escola deve se preocupar também com a identificação das necessidades de suplementação nutricional e o serviço de saúde com o acesso da criança atendida às condições que lhe permitam integrar-se ao grupo social etc. As metas não são referidas a cada serviço, mas a um grupo da população. (Junqueira; Inojosa; Komatsu, 1997, p. 36).

Tais pensamentos engendram a necessidade de construção de vínculos que potencializem a integração para a tomada de decisões que solucionem os problemas sociais. Segundo Inojosa (2001, p. 103), as necessidades e expectativas das pessoas e dos grupos sociais referentes à qualidade de vida são integradas, portanto, o tratamento dos fatores fragmentados, isolados não promove qualidade de vida nem fomenta a superação da exclusão social.

Segundo a referida autora, a estrutura tradicional das organizações do governo é disposta para o tratamento fragmentado dos problemas sociais; por exemplo, a educação, a saúde e outros setores são preparados para tratar de problemas sociais isolados, além de que existe um loteamento político-partidário de grupos de interesse nos setores, o que desenvolve o corporativismo setorial, prejudicando a colaboração na efetivação das políticas públicas sociais e aumentando o ônus para as instituições públicas, visto que se gera duplicidade de ações ou negação de atendimento das necessidades dos usuários.

Essa lógica não favorece os grupos sociais mais vulneráveis, que dependem da efetividade das ações governamentais para o atendimento de suas especificidades socioeconômicas e culturais. No entanto, para superar a fragmentação institucional e adotar uma abordagem intersetorial dos problemas sociais, "é necessário moldar a ação governamental por um novo paradigma, de modo a promover a inclusão dos grupos alijados dos mínimos sociais e de elevar os padrões de qualidade de vida" (Inojosa, 1998, p. 43). Assim, para estruturar uma organização governamental orientada pela lógica intersetorial, torna-se imprescindível fomentar uma nova racionalidade de planejamento:

> O novo modelo supõe uma outra dinâmica. Haverá, necessariamente, em cada secretaria, um planejamento referido à sua base geográfica e populacional próprias. A articulação desses planos, coordenada através de um colegiado, deverá mediar as eventuais desigualdades regionais, com caráter redistributivo, privilegiando os grupos populacionais em situação ou risco de exclusão social. Esse modelo novo evidentemente não exclui equipes especializadas por serviços. As escolas, hospitais, centros de assistência, casas de cultura, equipamentos de esporte e lazer, usinas de asfalto, núcleos de fiscalização [...] continuarão a existir com suas equipes especializadas. A diferença é que as equipes e serviços estarão integrados em uma única rede regional. (Inojosa, 1998, p. 44).

A estruturação na lógica intersetorial permite mais integração pela identificação das demandas dos grupos sociais e dos indicadores de qualidade de vida e oportuniza a criação de planos com identificação dos potenciais problemas sociais das comunidades. No entanto, requer mudanças robustas, concretas, oriundas das principais coordenações, dos gestores, dos setores, que necessitam envolver-se para mediar a comunicação entre secretarias, as mudanças nos fluxos de trabalho e a comunicação das instituições, bem como de investimento maciço na

capacitação dos profissionais de todas as áreas. Uma reestruturação em nível de intersetorialidade envolve investimento maciço, principalmente na esfera municipal, para que a práticas sejam efetivadas e singulares de acordo com as especificidades socioeconômicas, geográficas e culturais locais.

Segundo Junqueira, Inojosa e Komatsu (1997) e Inojosa (1998), para a atuação prática da intersetorialidade há a necessidade de alguns elementos:

a) **mudança de paradigma de gestão pública através da alteração da lógica de organização de seus serviços:** Significa modificar seu projeto de construção e o material humano, cultural e informacional de que é constituído. O foco da organização é o usuário. A reorganização da gestão vai exigir vontade e decisão política, primeiro pelos gestores do município. Há a necessidade de realizar o detalhamento das competências e atribuições das novas secretarias, bem como a redistribuição dos cargos existentes e a remodelagem funcional horizontal;
b) **delimitar geograficamente o macro e o microespaço (bairros) para definição dos territórios:** Delimitar áreas exige um processo de construção dinâmica, informando as mudanças das instituições sociais e buscando a harmonia entre a estratégia da organização (sua missão) e os indivíduos que nela trabalham. Nesse sentido, a viabilização da mudança depende da efetividade do funcionamento das secretarias, particularmente das secretarias executivas regionais. É necessário o envolvimento dos atores internos (dirigentes e funcionários) e externos (população e políticos);
c) **comunicação**: Deve manter um fluxo contínuo de comunicação na nova estrutura e na nova lógica de organização aos agentes que realizam a função pública, e também na comunicação com a população;
d) **introdução do processo de planejamento e avaliação participativa**: Introduzir uma nova forma de planejar e de prestar os serviços à população. O planejamento deve ser aberto à representação da comunidade para a definição a partir dos sujeitos sociais, considerando as peculiaridades sociais, identificando os problemas e as potencialidades dos grupos sociais, a partir do direito de cidadania; refletir sobre o saber e o fazer dos profissionais e uma nova articulação entre eles para definir problemas, considerando o equacionamento das ações intersetoriais; introduzir uma cultura de avaliação, através da discussão conjunta e da escolha de indicadores que permitam não apenas aferir resultados, mas publicizar as metas, acompanhá-las e reorientá-las quando necessário, numa perspectiva de planejamento situacional. Há a necessidade, em cada secretaria, de um planejamento referido à sua base geográfica e populacional própria. A articulação desses planos, coordenada através de um colegiado, deverá

mediar as eventuais desigualdades regionais, com caráter redistributivo, privilegiando os grupos populacionais em situação ou risco de exclusão social. Esse modelo novo evidentemente não exclui equipes especializadas em serviços;

e) **redes intersetoriais:** Exigem estabelecer as redes regionais de ação social, orientadas por planos específicos e integrados, para solução ou minimização dos problemas específicos do público-alvo;

f) **equipamentos:** Os equipamentos devem integrar os diversos equipamentos públicos existentes nos espaços geográficos;

g) **parcerias:** Estabelecer parcerias com autônomos da sociedade civil organizada ou organizações não governamentais.

Segundo o esquema, os elementos apresentados são essenciais para a efetivação da intersetorialidade, porém é fundamental o comprometimento e responsabilização dos gestores em todas as etapas do processo de implementação. De acordo com Inojosa (1998), as relações de poder exercem forte influência sobre a organização do trabalho, e, nesse contexto, o êxito das estruturas intersetoriais depende do investimento na implementação de projetos sustentados por práticas de planejamento participativo, com a efetiva inclusão da sociedade civil.

Isso permite o compartilhamento de responsabilidades na definição de objetivos e na avaliação de resultados, promovendo o fortalecimento do controle social e exigindo transformações na formação profissional que favoreçam uma atuação integrada.

3.3 OS DESAFIOS DA INTERSETORIALIDADE NA POLÍTICA EDUCACIONAL

Como mencionado na subseção anterior, no contexto das políticas públicas sociais no Brasil, as mudanças propostas para uma gestão mais eficaz, especialmente a partir do processo de redemocratização, indicam a necessidade de um modelo de trabalho ampliado, fundamentado na compreensão das causas estruturais dos problemas sociais. Nesse cenário, a gestão intersetorial tem ganhado destaque como estratégia para mediar e atenuar as mazelas sociais que afetam amplos segmentos da população.

No que se refere ao PSE e à especificidade de uma gestão intersetorial, torna-se imprescindível compreender as políticas públicas de educação e saúde para melhor entendimento desse modelo de articulação. Na seção 2, foram discutidos aspectos da política de saúde; nesta seção, o foco será a Política de Educação, com o objetivo de evidenciar os pontos de interseção entre ela e a Política de Saúde na Escola.

Ao tratar da gestão de uma política pública, é fundamental compreender que ela se configura como o processo de elaboração e implementação de programas de ação pública. Segundo Muller e Surel (2002), uma política pública se constitui por: a) um quadro normativo que orienta a ação; b) a combinação, enquanto expressão do poder público, de elementos de autoridade (força pública) e de competência técnica (expertise); e c) a tendência de instituir uma ordem local.

Dessa forma, as políticas públicas devem estar respaldadas por um marco legal que regulamente suas etapas – planejamento, execução, monitoramento e avaliação –, assegurando que os objetivos propostos sejam alcançados e possibilitando ajustes e aprimoramentos contínuos a cada novo ciclo de avaliação.

Como já abordado, a intersetorialidade tem como pré-requisitos a descentralização, a participação social e a gestão mediada por um território. Nesse pensamento, a intersetorialidade é uma alternativa de gestão das políticas públicas municipais para abordar os problemas sociais de forma integrada. Assim, com o avanço do período da redemocratização, as políticas públicas sociais admitem em seu aporte legal uma consonância com os objetivos democráticos. Tal fato é perceptível na Lei n. 8.080/1990, a Lei do SUS; na LDB n. 9394/1996 e na Política de Saúde da Escola.

Como demonstrado na seção anterior, o PSE possui algumas diretrizes e princípios correlatos com a intersetorialidade, territorialidade e participação social. Para a compreensão da gestão intersetorial entre saúde e educação, é importante conhecer o contexto da política pública da educação. Para realizar essa correlação entre a educação e a política do PSE, traçaremos aqui um breve histórico do período democrático da Constituição de 1988 para a educação, a implementação da LDB e o Plano Nacional da Educação (PNE), procurando correlacioná-los à gestão intersetorial do PSE com o objetivo de contextualizar a importância da intersetorialidade entre saúde e educação no contexto da escola pública no ensino básico.

O sistema de educação no Brasil passou por várias reformas, destacadas nas seis constituições promulgadas no Brasil entre 1824 e 1967. No que tange ao sistema de educação, no processo histórico das políticas educacionais, após uma década e meia de regime autoritário sob o controle dos militares, em que o caráter da administração pública era de alto grau de centralização político-administrativa no nível federal, os programas sociais que favoreciam os interesses particulares acentuaram desigualdade e exclusão social.

Nesse contexto, a abertura do país ao capital internacional tornou-se o caminho mais adequado às suas imposições, fomentando as iniciativas descentralizadoras. As mudanças na economia e as reformas, tanto no campo da educação como no campo da saúde, produzidas

pelas novas formulações das políticas nas décadas de 1970 e 1980, foram mediadas por tais condicionantes internacionais, confrontando-se ao fracasso do regime autoritário da década de 1960, que não se sustentava mais (Figueiredo, 2009).

Após o esgotamento do regime militar, a partir de 1978, o país retoma os anseios pelo estado de direito. Existia um antigo desejo de integração da educação, incitado por vários movimentos sociopolíticos que se organizavam a favor da articulação entre os níveis de modalidade de educação e a prática social. Houve debates sobre educação, conforme alguns documentos, expressando os anseios de mudança do período a favor da "educação para todos", como na Conferência Nacional, em setembro de 1994, precedida de conferências estaduais e municipais (Vieira, 2007).

Apesar do debate e das lutas expressas em documentos importantíssimos, que traduziam os anseios por mudanças na educação nas diversas áreas representativas, o que prevaleceu, no entanto, foram os planos sistematizados dos Organismos Internacionais, que foram intensificados nos últimos 30 anos nas reformas e projetos para a educação. Tais diretrizes econômicas sociais, elaboradas para um amplo número de países para fortalecer o capitalismo mundial, foram em grande parte adotadas pelo Brasil, mas sem os financiamentos cabíveis. Nesse contexto, os processos de reforma adotados e implementados a partir da década de 1990 no plano educacional significaram a subordinação do país à nova ordem internacional vinculada ao fortalecimento neoliberal (Almeida, 2014).

Esse processo, mediado pelos organismos multilaterais, vincula os seus diagnósticos da realidade social e educacional e direciona as políticas sociais de acordo com as necessidades econômicas do Banco Mundial, subsidiando os interesses da burguesia internacional, que, para ampliação da sua lucratividade, prioriza a menor interferência do Estado. Segundo Azevedo (2008), os movimentos de reforma educacional no Brasil favoreceram o neoliberalismo e o papel da educação em ótica ampla de socializar culturalmente a historicidade local, foi distorcido pela vinculação do desenvolvimento dos educandos aos preceitos mercadológicos.

Conforme Almeida (2014), a menor intervenção estatal nas políticas sociais facilita o financiamento da educação pelo capitalismo global, favorecendo processos como a expansão do setor privado, a qualificação da mão de obra para o mercado, novos paradigmas de gestão, a desterritorialização produtiva e o investimento na cultura do consumo.

3.3.1 A CF/1988 e a relação com a intersetorialidade no campo da educação

Verifica-se que os anseios por mudanças no modelo organizacional, a favor da participação social nas decisões políticas da educação e do novo rearranjo de gestão, resultaram na municipalização da educação, entendida como o processo de assunção, pelo poder público municipal, de sua responsabilidade constitucional, instituída pela oferta da educação infantil e do ensino fundamental, com a transferência, pelo Estado, para as redes municipais de escolas, principalmente as que oferecem as quatro séries iniciais do ensino fundamental. Em meio ao processo de descentralização, democratização, municipalização suscitados pela CF de 1988 tem-se que:

> o dever do Estado com a educação será efetivado mediante a garantia de: I - ensino fundamental, obrigatório e gratuito, assegurada, inclusive, sua oferta gratuita para todos os que a ele não tiveram acesso na idade própria; II - progressiva universalização do ensino médio gratuito. (Brasil, 1988, art. 208).

A CF/1988, com base na responsabilidade do Estado em prover a educação, é considerada a Constituição Cidadã, o que indica a incorporação de sujeitos historicamente excluídos do direito à educação (Vieira, 2007) e a necessidade do provimento de outros bens e serviços importantes para promoção da educação integral, como alimentação, transporte, acesso à assistência de saúde, direitos dos educandos sob responsabilidade de outros setores, mas imprescindíveis para a efetividade do direito à educação.

A CF/1988 assegura a igualdade de acesso e permanência na escola (Brasil, 1988, artigo 206, §1); pluralismo de ideias e concepções pedagógicas (Brasil, 1988, artigo 206, §3); valorização dos profissionais da educação escolar com planos de cargos e carreiras e ingresso exclusivamente por concurso público (Brasil, 1988, artigo 206, §5); gestão democrática do ensino público (Brasil, 1988, artigo 206, §6); garantia do padrão de qualidade (Brasil, 1988, artigo 206, §7).

Essa Carta Magna refere a competência privativa da União em legislar sobre as diretrizes e bases da educação nacional (Brasil, 1988, art. 22, XXIV), sendo esta competência dividida com os municípios, quando se refere no artigo 23 que “é competência da União, Estado e Municípios proporcionar meios de acesso à cultura, à educação” (Brasil, 1988, art. 23 V). Observa-se a importância da Constituição Federal de 1988 para as mudanças no direito à educação para todos.

Segundo Vieira (2007), a articulação entre as esferas do Poder Público é expressa na afirmação de que “a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios organizarão em regime de colaboração seus sistemas de ensino" (art. 211). Nessa perspectiva, cabe à União

organizar e financiar “o sistema federal de ensino e o dos Territórios” e prestar “assistência técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos municípios para o desenvolvimento de seus sistemas de ensino e o atendimento prioritário à escolaridade obrigatória” (art. 211, §1º). Assim, a descentralização na política de educação se implementa pela articulação dos três entes: federal, estadual e municipal.

No entanto, todo esse aporte teórico parece limitado e frágil, pois, do ponto de vista da expressividade das legislações frente às necessidades reais do sistema educacional, elas são insuficientes para sua efetivação. Segundo Abraão e Duarte (2008), o controle da gestão das políticas sociais, inclusive da educação, sempre foi utilizado como manobra política para favorecer grupos que mantêm seus interesses diante do poder legislativo. Castro e Duarte (2008, p. 9) destacam que isso resultando na centralização do poder e no monopólio em determinadas regiões, sendo que:

> nesse ínterim, a municipalização das políticas educacionais aparece com maior vigor e incentivo, uma vez que, contraditoriamente, foi o mecanismo encontrado pelos próprios representantes das administrações, antes marcadas pelo caráter centralizador, para a manutenção do poder.

Apesar de a Constituição de 1988 assegurar a igualdade de acesso e permanência na escola, o pluralismo de ideias e concepções pedagógicas, a valorização dos profissionais da educação escolar por meio de planos de cargos e carreiras, e a garantia do padrão de qualidade na educação (Brasil, 1988, art. 206), Vieira (2007) destaca que, na prática, essas possibilidades não são efetivamente garantidas. Observa-se, portanto, uma dissonância entre a legislação e a realidade da política educacional.

3.3.2 A nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação e sua relação com a intersetorialidade na gestão do PSE

Como já mencionado, a Constituição de 1988 preconizou a regulamentação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, aprovada em 1996, oito anos depois da promulgação, sendo assim considerada tardia. A nova LDB destaca que é dever do Estado, com a educação escolar pública, garantir a educação básica obrigatória de quatro aos dezessete anos (Brasil, 1996, art. 4, tópico I), sendo relevante a sua contribuição para a organização da educação, pois regulamentou as atribuições e o regime de colaboração entre as esferas federal, estadual e municipal, bem como o seu financiamento. Sobre as atribuições dos três entes federados, assim se observa:

> Art. 9 A União incumbir-se-á de: I- elaborar o Plano Nacional de Educação, em colaboração com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; II- organizar, manter e desenvolver os órgãos e instituições oficiais do sistema federal de ensino e o dos Territórios [...]; Art. 10. Os Estados incumbir-se-ão de: I- organizar, manter e desenvolver os órgãos e instituições oficiais dos seus sistemas de ensino; II- definir, com os Municípios, formas de colaboração na oferta do ensino fundamental [...]; VI- assegurar o ensino fundamental e oferecer, com prioridade, o ensino médio a todos que o demandarem [...]; Art. 11. Os Municípios incumbir-se-ão de: I- organizar, manter e desenvolver os órgãos e instituições oficiais dos seus sistemas de ensino [...]; V- oferecer a educação infantil em creches e pré-escolas, e, com prioridade, o ensino fundamental. (Brasil, 1996, p. 14).

Os artigos acima citados preveem a articulação e a distribuição de responsabilidades entre as esferas federal, estadual e municipal para a oferta gratuita da educação desde o ensino infantil ao ensino médio, com destaque de que cabe à União a coordenação da Política Nacional de Educação (Brasil, art. 8, §1). Em relação à descentralização na esfera estadual e municipal, a LDB continuou com uma dualidade acerca do ensino fundamental entre esses dois entes. Essa falta de exclusividade no oferecimento da oferta de ensino entre estado e município tornou complexo o financiamento da educação (Figueiredo, 2014).

Entretanto, a partir da LDB, houve a aprovação do Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental e de Valorização do Magistério (Fundef), e posteriormente do Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação (Fundeb), mas segundo Lagares (2014), tais deliberações prejudicaram a autonomia das esferas municipais, que não se tornaram uniformes.

O FUNDEF, cuja política era fazer avançar a municipalização da educação (Castro; Duarte, 2008), foi criado pela Emenda Constitucional (EC) n. 14 e regulamentado pela Lei n. 9.324/1996; passou a vigorar em janeiro de 1998 e teve vigência prevista até dezembro de 2006, sob iniciativa do Governo Federal e orientação de Organismos Internacionais. Disponibilizava um valor anual mínimo nacional por matrícula com a promessa de desenvolver o ensino fundamental das redes municipal e estadual e valorizar o magistério.

No entanto, observou-se uma minúscula contribuição, visto que apenas redistribuiu, entre o governo estadual e os municipais, uma parte dos impostos que já eram vinculados antes da criação do fundo, com base no número de matrículas (Davies, 2006). Assim, percebe-se que a educação não se tornou prioridade no que tange aos investimentos preconizados na Constituição e na LDB.

Por outro lado, a nova LDB emite a atribuição dos docentes, visto que cabe a estes: "I- participar da elaboração da proposta pedagógica [...]; II- elaborar e cumprir planos de trabalho

[...]; III- zelar pela aprendizagem dos alunos [...]; VI- colaborar com a atividade de articulação da escola com a família e a comunidade (Brasil, 1996, art. 13).

Assim, observa-se que sobre as funções dos docentes há relação entre seu papel de articulação da escola e a comunidade, condições que são promotoras da educação para mais integração no que tange aos aspectos que possam contribuir com as ações de promoção da saúde dentro do território escolar. Deste modo, a participação do professor nos planos de trabalho do PSE torna-se fundamental.

Outro ponto importante na LDB/1996 diz respeito à gestão democrática do ensino público na Educação Básica, pois a Lei determina que devem ser seguidos os seguintes princípios: I- a participação dos profissionais de educação na elaboração do projeto político e pedagógico; II- participação das comunidades escolar e local em conselhos escolares ou equivalentes (Brasil, 1996, art. 14).

Segundo Silva (2022), o projeto político e pedagógico da escola é um importante instrumento educacional que permite a organização e participação de toda a comunidade escolar e é indispensável para que se discutam seus problemas e se evidenciem suas dificuldades e potencialidades. Assim, o projeto é um documento com proposições políticas e pedagógicas, pois formula objetivos sociais e políticos e formativos para dar orientação ao processo educativo; é curricular porque propõe o referencial da proposta pedagógica (Libâneo; Oliveira; Toschi, 2012).

O planejamento escolar e o projeto político pedagógico possibilitam uma previsão das ações e procedimentos referentes aos vários aspectos da organização escolar. O planejamento escolar resulta no projeto político e pedagógico, e este documento reproduz o modo de operação da equipe escolar, por isso não basta ter o documento, sendo necessário, pois, que as práticas de gestão executem o processo educacional para atender ao projeto (Libâneo; Oliveira; Toschi, 2012).

Silva (2019) destaca a importância do projeto político-pedagógico da escola para a efetividade da gestão intersetorial no PSE, considerando-o um ponto de intersecção para a ação colaborativa entre educação e saúde. Isso está em conformidade com a Portaria n. 1.055, que determina: “As ações realizadas pela escola deverão estar alinhadas ao currículo escolar” (Brasil, 2017, art. 10, §2º). Além disso, as condições estruturais da escola devem garantir a participação da comunidade escolar e o pleno desenvolvimento do plano de trabalho.

Considera-se importante na LDB/1996 o estabelecimento de que os currículos do Ensino Fundamental e do Ensino Médio devem ter uma base nacional comum, a ser complementada em cada sistema de ensino e nas escolas, por uma parte diversificada, pelas características

regionais e locais da sociedade, da cultura, da economia e dos educandos (Brasil, 1996, art. 26). Nessa legislação observa-se que há uma abertura para o enfoque da promoção da saúde, visto que a legislação acena para integralização curricular envolvendo os temas transversais.

Assim como destacado, a nova LDB reforça os aspectos da articulação e do regime de colaboração nas três esferas de governo, denotando o compromisso com os aspectos democráticos e com a educação estabelecidos na Constituição de 1988. No que tange ao sistema de ensino dos municípios, compreende as instituições de Ensino Fundamental, Médio e de Educação Infantil, subsidiadas pelo poder público municipal, assim como as instituições de educação infantil da rede privada e os órgãos municipais de educação e ensino.

O processo de municipalização no campo da educação e no campo da saúde tornou possível a criação do PSE, visto que é no município que se dá a pactuação e assinatura do termo que habilita a Secretaria de Educação e a Secretaria de Saúde para a adesão ao Programa. Portanto, verifica-se que a LDB de 1996 é importante como Política da Educação no direcionamento dos aspectos organizacionais e estruturais, assim como a Lei Orgânica do SUS (Lei n. 8.080/1990) é importante para a organização da Atenção Básica.

Considerando a necessidade de concretização das políticas públicas de educação e saúde, essa expectativa não poderia ser diferente em relação ao PSE. Para que as ações de gestão intersetorial do PSE sejam efetivas, este não pode estar desvinculado das necessidades relacionadas à satisfação dos padrões de qualidade na educação. Isso envolve, no mínimo, as dimensões de infraestrutura física, os aspectos ligados aos profissionais da educação, as condições de gestão, os recursos pedagógicos, a acessibilidade e as práticas e interações pedagógicas no ensino básico da escola pública. Assim, ressalta-se a importância do conhecimento das políticas educacionais para a gestão do PSE.

3.3.2.1 *Plano Nacional de Educação*

A LDB possibilitou a instituição e aprovação, em 2001, do Plano Nacional de Educação (Saviani, 2008). Contudo, segundo Almeida (2014), houve poucas conquistas no campo educacional, pois o autor considera que houve uma adequação da legislação complementar para adaptar o Plano Nacional de Educação para o período de 2001-2010 à lógica neoliberal vigente. Isso gerou um descompasso entre o proposto e o efetivado, já que as prioridades das políticas educacionais assumidas pelos governos, especialmente o federal, não tiveram o PNE como indutor central de suas ações político-pedagógicas. A gestão do sistema educativo foi marcada

por uma lógica de descentralização e centralização simultâneas, que, apesar de alguns avanços importantes, não foi superada (Dourado, 2010).

O Plano de Desenvolvimento da Educação (PDE), lançado em 2007 no decorrer do lançamento do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), reuniu inicialmente um conjunto de 30 ações, ampliadas para 41 em 2009. Foi considerado um plano abrangente, por envolver todos os níveis de educação. Entre as ações relacionadas à educação básica destacam-se o Fundeb, o plano de metas do PDE, o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (Ideb), o piso do magistério, formação, transporte escolar, Programas Luz para Todos e Saúde nas Escolas, Provinha Brasil, Programa Dinheiro Direto na Escola, Brasil Alfabetizado e outros (Almeida, 2014).

Considera-se que parte desses programas adota a articulação com outras políticas, como é o caso do PSE, sendo implementados na perspectiva da intersetorialidade entre educação e saúde e assistência social. Destaque-se que a sinergia entre os dois setores requer primeiramente o compromisso do Estado com a educação, já que "a educação é um conceito amplo que se refere ao processo de desenvolvimento unilateral da personalidade, envolvendo a formação da qualidade humana, físicas, intelectuais, estéticas [...] com o meio social" (Libâneo, 2013, p. 21). Neste caso, o grau de comprometimento com a educação em sentido amplo e pelos governos nas três esferas, denotará o grau de efetividade da intersetorialidade de tais Programas.

A Emenda Constitucional n. 59/2009 (Brasil, 2009) mudou a condição do PNE, deixando este de ser uma disposição transitória da LDB (Brasil, 1996) para uma exigência constitucional com periodicidade decenal, o que significa que planos plurianuais devem tomá-lo como referência (Brasil, 2014). O PNE também passou a ser considerado o articulador do Sistema Nacional de Educação, com previsão do percentual do Produto Interno Bruto (PIB) para o seu financiamento. Dessa forma, considera-se que o PNE deve ser a base para a elaboração dos planos estaduais, distrital e municipais, que, ao serem aprovados em Lei, devem prever recursos orçamentários para a sua execução (Brasil, 2014).

Após muitos debates, a Lei n. 13.005/2014, de 25 de junho de 2014, aprovou o PNE 2014-2024, tendo este documento o objetivo de "articular o sistema nacional de educação em regime de colaboração e definir diretrizes, objetivos, metas e estratégias de implementação para assegurar a manutenção e desenvolvimento do ensino, em seus diversos níveis, etapas e modalidades, por meio de ações integradas das diferentes esferas federativas" (Brasil, 2014, p. 9). O plano teve dez diretrizes, entre elas a erradicação do analfabetismo, a melhoria da qualidade da educação, além da valorização dos profissionais de educação, um dos maiores desafios das políticas educacionais:

> Artigo 8º Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios deverão elaborar seus correspondentes planos de educação, ou adequar os planos já aprovados em Lei, em consonância com as diretrizes, metas e estratégias previstas neste PNE [...]. § 1º Os entes federados estabelecerão nos respectivos planos de educação estratégias que: I – assegurem a articulação das políticas educacionais com as demais políticas sociais, particularmente as culturais. (Brasil, 2014).

Observa-se na citação acima que o novo PNE assegura a articulação das políticas educacionais com as demais políticas sociais. Nessa perspectiva de articulação para uma educação mais qualitativa, destaca-se a importância da intersetorialidade entre as políticas sociais, que, dessa forma, tornam os projetos educacionais "mais abrangentes na expectativa de orçamento participativo, compartilhados com conselhos de políticas públicas, controle social, conselhos escolares, experiências de educação integral e das ações coletivas de profissionais que articulem a integração em trabalhos interinstitucionais" (Almeida, 2014, p. 257).

No entanto, para viabilizar a intersetorialidade entre as políticas, é necessário que estas se tornem mais convergentes, acompanhando a mudança do modelo organizacional (Junqueira, 2000), assim como a articulação dos recursos financeiros, além da criação de instrumentos de planejamento que promovam a sinergia (Prado et al., 2022). Portanto, sem a compreensão das políticas de saúde e educação, a estruturação da gestão intersetorial do PSE torna-se mais complexa.

Assim, o Projeto de Lei n. 2614/2024, referente ao novo Plano Nacional de Educação para o decênio 2024-2034 (Brasil, 2024), apresentado pelo Poder Executivo, destaca as diretrizes para articular o sistema nacional de educação por meio de ações integradas entre as diferentes esferas federativas. Seus objetivos e metas fornecerão referências para avaliar o alcance das mudanças propostas, e as estratégias servirão de base para a tomada de decisões pelos governos federal, estadual e municipal, visando o cumprimento dessas metas. O projeto também aborda o financiamento, incluindo recursos vinculados à educação da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, bem como fundos constitucionais destinados a esse fim.

Observa-se que no PNE para o decênio 2024-2034 algumas metas são referenciadas como estratégia das ações intersetoriais. Nesse sentido, a intersetorialidade na gestão do PSE é uma necessidade para a implementação da promoção da saúde escolar, tendo os indicadores de saúde e da educação básica como base para o planejamento intersetorial, bem como o conhecimento do Plano de Educação Municipal, no qual devem ser considerados metas e objetivos.

3.4 A QUALIDADE DA EDUCAÇÃO COMO FOCO DA POLÍTICA DO PSE

A educação básica tem por finalidade desenvolver o educando, assegurando-lhe a formação comum indispensável para o exercício da cidadania (Brasil, 1996, art. 22); essa declaração consta na LDB/1996 e assume um papel muito relevante para o desenvolvimento humano. No entanto, essa formação de caráter global necessita romper visões unilaterais e reducionistas que privilegiem ou a dimensão intelectual ou a dimensão afetiva (Brasil, 2018). Para um equilíbrio entre tais dimensões, a formação deve voltar-se para a construção intencional de processos educativos que promovam aprendizagens sintonizadas com as necessidades dos estudantes e, também, com os desafios da sociedade contemporânea, superando a fragmentação disciplinar do conhecimento.

Diante da perspectiva do desenvolvimento humano global, Libâneo, Oliveira e Toschi (2012) afirmam que é necessária uma educação de qualidade, na qual a escola promova, de forma igualitária, o domínio do conhecimento, o desenvolvimento das capacidades cognitivas e afetivas essenciais para atender às necessidades individuais e sociais dos alunos, sua inserção no mundo e a construção da cidadania, visando uma sociedade mais justa e igualitária. Essa educação também deve propiciar o bem-estar por meio do acesso aos bens sociais e culturais em uma sociedade democrática (Paro, 2007).

Assim, para promover uma educação que estimule a participação e a construção dos processos sociais, é fundamental articular múltiplas dimensões que ultrapassam a ação pedagógica, integrando economia, política e fatores sociais (Dourado; Oliveira, 2009). Isso visa inserir o indivíduo na sociedade com cidadania, garantindo o uso igualitário dos bens sociais e a participação nas decisões sobre direitos e deveres. Paro (2007) destaca duas dimensões da educação: a individual, em que cada pessoa se apropria da cultura histórica, e a social, na qual o indivíduo contribui democraticamente para o bem-estar coletivo, respeitando a condição de sujeito de todos.

Considerando o destaque dos autores sobre a qualidade da educação, esta deve possibilitar o entendimento do viver individual e coletivo, abrangendo aspectos naturais, econômicos, sociais, culturais e científicos. Assim, permite aos educandos desenvolverem-se em diversas áreas, fazer escolhas que promovam sua satisfação e reconhecer sua importância como participantes do contexto social.

Nesse contexto de qualificação da educação, um dos objetivos do PSE, segundo a Portaria Interministerial, é "contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos" (Brasil, 2017a, art. 2, III), fundamentando-se na articulação intersetorial entre

saúde e educação. No entanto, sua efetivação na escola pública exige investimentos adequados no sistema educacional e em seus processos.

Como apontado anteriormente, a sistematização dos planos educacionais nacionais, estaduais e municipais deve funcionar de forma colaborativa para operacionalizar o sistema educacional público, garantindo o alcance das metas planejadas, como a promoção de jornadas de trabalho e salários adequados, além da formação dos profissionais. Essa formação deve estar alinhada às necessidades da educação para viabilizar a implementação dos programas apoiados pelo sistema educacional, como é o caso do PSE, no qual a participação dos profissionais é fundamental.

Nesse sentido, considerando que o PSE tem como objetivo contribuir para a formação integral dos educandos (Brasil, 2017a) e reconhecendo que a educação é "um campo polissêmico, dinâmico e histórico, inscrito nas demandas de uma sociedade, em um determinado período, presente no tempo e no espaço [...] uma prática social e um ato político" (Tedesco; Rebellato, 2015, p. 173). As reflexões sobre educação devem estar vinculadas a políticas públicas que garantam melhores condições de trabalho, formação adequada e valorização salarial dos profissionais da educação, incluindo o cuidado com a saúde dos professores.

Ressaltamos a responsabilidade do Estado em atender de forma eficaz às necessidades do sistema educacional, pois a estruturação da escola como espaço para a promoção da saúde requer maiores investimentos. É importante destacar isso, especialmente diante de discursos inadequados e pejorativos que culpabilizam os profissionais ou a própria escola pública pela má qualidade da educação (Paro, 2007), quando, na realidade, cabe ao Estado garantir um ensino de qualidade, conforme previsto na Constituição Federal de 1988.

Portanto, compreender o PSE à luz dos objetivos da educação é fundamental para a gestão compartilhada, pois possibilita a construção de planos de trabalho alinhados à educação para a cidadania, promovendo o empoderamento dos educandos. Como já destacado, desde a década de 1980 – período que antecedeu a reforma educacional culminando na Constituição Federal de 1988 com a participação da sociedade civil – foram estabelecidos preceitos de respeito à cidadania, consagrando o direito de todos à educação e o dever do Estado e da família de garanti-la, conforme o artigo 205. Assim, a atual Constituição Federal consolida as bases para a ampliação dos direitos humanos e da cidadania no campo educacional.

Assim, a partir da nova CF de 1988, manteve-se a competência privativa da União para "legislar sobre diretrizes e bases da educação nacional", compartilhada com os estados, o Distrito Federal e os municípios. Nessa perspectiva, cabe à União organizar e financiar "o

sistema federal de ensino e o dos Territórios" e prestar "assistência técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos municípios para o desenvolvimento de seus sistemas de ensino e o atendimento prioritário à escolaridade obrigatória" (Brasil, 1988, art. 211, §1º). O mesmo artigo assegura como prioritário na distribuição de recursos públicos o "atendimento das necessidades do ensino obrigatório, nos termos do Plano Nacional de Educação" (Brasil, 1988, art. 212, § 3º).

Assim sendo, em relação à faixa etária formativa, a Emenda Constitucional n. 59/2009 alterou o inciso I do artigo 208 da CF/1988, que estabelece que a "educação básica obrigatória e gratuita dos 4 (quatro) aos 17 (dezessete) anos de idade, assegurada, inclusive, a oferta gratuita para todos que não tiveram acesso na idade apropriada", com prazo de implementação pelos entes federados até 2016 (Brasil, 2009). Assim, no item seguinte, cabe compreender que para garantir o direito à educação, deve ser efetivada a oferta do ensino:

> VII – atendimento ao educando, em todas as etapas da educação básica, por meio de Programas suplementares de material didático-escolar, transporte, alimentação e assistência à saúde. '§1º O acesso ao ensino obrigatório e gratuito é direito público subjetivo.' (Brasil, 1988, art. 208, p. 116).

Percebe-se a vinculação do direito à educação com a garantia de acessibilidade, alimentação e assistência à saúde. Quanto ao financiamento dos "programas suplementares de alimentação e assistência à saúde", é referido que tais recursos serão provenientes de contribuições sociais e de outros recursos orçamentários. Além disso, há a determinação de que "a lei estabelecerá o Plano Nacional de Educação, de duração plurianual, visando à articulação e ao desenvolvimento do ensino em seus diversos níveis e à integração das ações do poder público" (Brasil, 1988, art. 214). Demonstra-se, assim, que para uma educação integral e de qualidade, é necessário o aporte de outros setores, como o da saúde, para garantir a efetividade da educação.

A LDB (Brasil, 1996), no artigo 1º, destaca que a educação abrange os processos formativos que se desenvolvem na vida familiar, na convivência humana, no trabalho, nas instituições de ensino e pesquisa, nos movimentos sociais e nas organizações da sociedade civil, além de suas manifestações culturais. Dessa forma, a LDB reforça a intersetorialidade, pois o processo educacional não é restrito; ele requer contextualização e construção sociocultural, econômica e tecnológica, já que esses fatores fazem parte do contexto formativo.

Assim, o PSE é um programa que visa articular as ações do SUS com as redes de educação básica pública para ampliar o alcance e o impacto dessas ações junto aos estudantes e suas famílias, otimizando o uso dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis. Para

promover a educação integral, o programa enfrenta diversos desafios relacionados à gestão intersetorial entre saúde e educação, pois sua efetividade depende da organização e do planejamento do sistema educacional. Tanto os agravos à saúde dos educandos quanto a falta de investimentos que qualifiquem a educação impactam diretamente a gestão do programa e interferem na efetividade da promoção da saúde.

Entre os diversos fatores, a estrutura administrativa e o nível de participação da escola devem ser considerados para garantir a qualidade da educação. Paro (2018) descreve que, de modo geral, as escolas no país seguem uma estrutura piramidal, com a direção no topo, seguida pelos coordenadores pedagógicos, que prestam assistência e supervisão aos professores; abaixo deles está o corpo docente, e, por fim, os alunos. A qualidade do ensino também depende do nível de participação estabelecido dentro dessa estrutura administrativa.

Desse modo, esse autor defende que a estrutura da escola tem dois princípios: um técnico e outro político. O primeiro a fundamenta considerando a administração para alcançar os fins da educação, portanto o nível técnico não pode ser desvinculado deste objetivo; os aspectos pedagógicos e organizacionais da escola devem estar em sintonia com o objetivo da educação. Já o princípio político está atrelado à condição democrática da educação. Portanto, a educação como mediação do homem como ser histórico necessita de relações humanas com estruturas escolares de gestão mais democráticas, ou seja, que permitam que a vontade dos sujeitos envolvidos esteja presente no processo pedagógico.

Compreender a estrutura administrativa da escola, suas funções e organização é fundamental para a gestão no PSE, visto que, para a efetividade da intersetorialidade, devem ser considerados aspectos interrelacionais que facilitem a coparticipação dos profissionais envolvidos em todas as fases do Programa. Quanto mais estruturada for a organização da escola, com base em concepções democráticas, ambientes administrativos adequados ao aprendizado e voltados ao desenvolvimento individual e social, mais efetivas serão as ações de promoção da saúde no âmbito do PSE.

Nesse sentido, considerando a política de gestão intersetorial do Programa, o SUS incorporou à sua política os conceitos da Educação Popular em Saúde, mediada pelo princípio da construção compartilhada do conhecimento. O objetivo é promover o diálogo e a troca entre práticas e saberes populares e técnico-científicos, aproximando os sujeitos da gestão, dos serviços de saúde, dos movimentos sociais populares, das práticas populares de cuidado e das instituições formadoras. Essa concepção de educação popular no PSE justifica-se pela valorização dos currículos e por um olhar mais abrangente sobre a forma democrática de tratar

as temáticas de saúde no ensino básico, promovendo a saúde por meio do protagonismo dos educandos, e não apenas pela veiculação de informações.

Todavia, para efeito de prática da EPS mediada por princípios de amorosidade; problematização; construção compartilhada do conhecimento; emancipação; e compromisso com a construção do projeto democrático e popular da Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS), ainda não se encontrou um lugar de destaque frente às transformações sociais contemporâneas, como visto pela globalização e pela revolução tecnológica. Assim, justifica-se o investimento na formação dos profissionais para efetivar a EPS nos campos da saúde e da educação.

Ao longo dos mais de trinta e cinco anos desde a promulgação da CF/1988, considera-se que houve avanços no sistema de educação pública. Libâneo, Oliveira e Toshi (2012) destacam que atrelados aos avanços, existem vários outros problemas, visto que internacionalmente a globalização se impõe aos países periféricos, como o Brasil, conduzindo-os para a economia de mercado global sem restrição e a minimização do Estado na área da economia social.

Como reflexo das exigências de redução do papel do Estado nas áreas de saúde e educação, conforme a CF/1988, cresce a exclusão social em várias regiões do país. Assim, mesmo com os avanços científicos e tecnológicos, persistem a fome, o desemprego, a falta de moradia, as doenças e o analfabetismo – tanto tradicional, quanto digital. O progresso existe, mas torna desafiador o avanço de processos educativos mais significativos.

Diante de tais aspectos, observam-se as fragilidades do sistema educacional da escola básica pública no Brasil, uma vez que não há uniformidade permanente nos investimentos necessários à sua qualificação. A educação fica à mercê das imposições dos Organismos Internacionais e do esvaziamento do comprometimento do Estado em suprir as necessidades básicas adequadas ao desenvolvimento da educação de qualidade.

Necessita-se de uma qualificação do investimento na formação de profissionais para a efetivação da escolarização básica, da melhora da qualidade de ensino e da inclusão dos milhares de excluídos sem condições básicas para se constituírem cidadãos participantes de uma sociedade permanentemente em mutação. O PSE é uma das dimensões da construção da qualidade da educação, mas é importante subsidiar a efetividade da gestão intersetorial pelos aspectos da estrutura da escola e da qualidade do ensino na rede básica.

4 CARACTERIZAÇÃO DO TERRITÓRIO: UM OLHAR SOBRE OS INDICADORES DE SAÚDE E EDUCAÇÃO DA RILT E DE TUCURUÍ, A PARTIR DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA

A região amazônica é reconhecida mundialmente por suas riquezas naturais, exuberância, diversidade cultural e magnitude – evidenciada, inclusive, pelo fato de Belém, uma das principais metrópoles da Região Norte, sediar a 30ª Conferência das Nações Unidas sobre as Mudanças Climáticas (COP 30), em 2025. No entanto, essa rica e complexa região, que reúne cultura, valores, crenças, atitudes, organização social, saberes acumulados ao longo de milênios e práticas sustentadas no uso dos recursos naturais da floresta, rios e lagos, os quais refletem os modos de vida do homem amazônico (Benchimol, 2009), enfrenta a ameaça da exploração predatória. A extração indevida de recursos naturais movida pelo capital, agride o bioma, destrói ecossistemas e compromete o equilíbrio ambiental de todo o planeta.

Para compreender o processo de gestão intersetorial do PSE na Amazônia, mais especificamente em Tucuruí, no Estado do Pará, houve a necessidade de conhecimento dos pressupostos ontológicos, implícitos nos fatos históricos desse território (Sánchez Gamboa, 2012). Objetivou-se com isso, estabelecer conexão com tais aspectos e compreender a evolução econômica e cultural, perpassando os objetivos do estudo.

Esta seção foi subdivida em quatro subseções: 4.1 “Contextualização da região Norte, região paraense e regiões de integração”, entre as quais a Região de Integração do Lago de Tucuruí (RILT), na qual fazemos uma breve análise de indicadores para compreender as alterações epidemiológicas e sociais e os traços característicos regionais que possam ter ligação direta ou indireta com a política da saúde na escola; 4.2 “Tucuruí sob os aspectos histórico, sociodemográfico e epidemiológico”, com um relato histórico do município, abrangendo de forma geral os mais importantes indicadores sociais e a arrecadação; 4.3 “Caracterização histórica da educação básica de Tucuruí”, em que descrevemos o contexto histórico da educação e sua relação com metas do Plano Municipal de Tucuruí e o PSE; e 4.4 “A organização da Atenção Primária em Saúde de Tucuruí e os Programas de saúde”, que retrata os aspectos organizacionais e analisa as metas e indicadores de saúde sob a ótica do Plano Municipal de Saúde e sua relação com a gestão intersetorial no PSE.

4.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DA REGIÃO NORTE, REGIÃO PARAENSE E REGIÕES DE INTEGRAÇÃO

A região Norte é a maior região brasileira e cobre 45,25% do território nacional; no entanto, esse gigantismo é muito desproporcional quando se avaliam seus indicadores sociais. Formada por sete estados, apresenta um dos menores marcadores do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), 0,730, superando apenas a região Nordeste. Pela dimensão da importância que essa região oferece ao país e pelo destaque da Amazônia Legal, é descabido perceber quanto seus indicadores são controversos, em face ao subdesenvolvimento educacional, saúde precária e outros contrastes socioeconômicos da região.

O PSE é um programa voltado à promoção da saúde de educandos da educação básica e, por isso, é fundamental conhecer os indicadores sociais e sua relação com o programa, a fim de compreender a efetividade da gestão intersetorial. Também é essencial compreender o território e seus indicadores sociais, para, a partir deles, contextualizar a região e compará-la com as demais.

A Tabela 1 a seguir demonstra que a região Norte é a primeira no *ranking* de 2022 em mortalidade infantil, pois apresenta o mais elevado índice (15,07%), enquanto o melhor indicador é o da região Sul (10,23%). Em relação à nota do Ideb da escola pública nos anos iniciais, a região Norte apresenta o menor índice (5,0), enquanto o melhor Ideb é o da região Sul (6,2); quanto aos anos finais, as menores notas são as das regiões Norte e Nordeste (4,5), enquanto as regiões Sul e Sudeste apresentam as melhores (5,1).

O Estado do Pará é o mais populoso da Região Norte e o segundo maior do país em extensão territorial. O Censo Demográfico de 2022 revelou que ocupa a nona posição nacional em população total, com 8.121.025 habitantes. No entanto, apresenta um dos menores Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) do país, de 0,69, o que o coloca na 23ª posição no ranking nacional (IBGE, 2022).

Apesar de ser classificado como IDH médio pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), esse índice revela uma preocupante desigualdade social, especialmente quando comparado a estados como Amazonas, Acre e Tocantins, que apresentam IDHs mais elevados, acima de 0,7 (IBGE, 2022; Fapespa, 2022).

Diante da desigualdade social entre as regiões brasileiras, estabelecer a qualidade da educação nas escolas públicas da Região Norte representa um grande desafio. Isso se deve ao déficit de investimentos financeiros e científicos na região (Mello, 2015), bem como às fragilidades na operacionalização das políticas públicas sociais, especialmente daquelas relacionadas, direta ou indiretamente, ao ensino público. Essas limitações refletem-se nas ações

intersetoriais do PSE, sobretudo porque os aspectos econômicos, políticos, sociais e educacionais são complexos, e a falta de equidade entre as regiões pode comprometer tanto a educação quanto a saúde dos educandos.

Tabela 1 – Distribuição dos indicadores, segundo Ideb, mortalidade infantil e IDH: Brasil, regiões, região Norte e Estados da região Norte

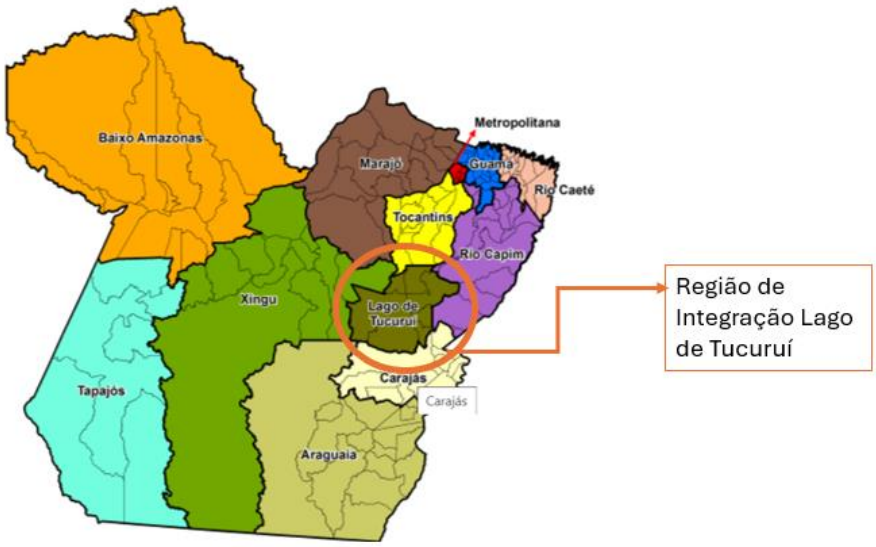
País/Região	Nota Ideb (Escola Pública) – 2021		Mortalidade Infantil	IDH
	Anos Iniciais	Anos Finais	2022	2021
Brasil	5,5	4,9	12,58	0,758
Nordeste	5,3	4,5	14,09	-
Sudeste	6,1	5,1	11,63	-
Sul	6,2	5,1	10,23	-
Centro Oeste	5,4	4,9	12,64	-
Norte	5	4,5	15,07	-
Rondônia	5,3	4,8	13,41	0,7
Acre	5,4	4,7	17.16	0,71
Amazonas	5,3	4,6	15,68	0,7
Roraima	5,5	4,6	17,87	0,69
Amapá	4,7	3,9	18.15	0,68
Tocantins	5,1	4,8	12,29	0,73
Pará	4,8	4,3	14,69	0.69

Fonte: MEC/Inep; Fapespa (2023a); IBGE (2022).

Dos 144 municípios do Pará, através do Decreto Estadual n. 1.066/2008, organizou-se uma regionalização com a definição das regiões, compostas por territórios com semelhanças em termos de ocupação, aspectos físicos, dinamismo econômico e condições sociais, e assim surgiram as 12 Regiões de Integração (RI), conforme disposto na figura 2, a saber: RI Araguaia, RI Baixo Amazonas, RI Guamá, RI Carajás, RI Lago de Tucuruí, RI Marajó, RI Guajará, RI Rio Caeté, RI Rio Capim, RI Tapajós, RI Xingu, RI Tocantins (Pará, 2008; Fapespa, 2023a).

Como o objetivo da regionalização é melhor operacionalizar a administração governamental e viabilizar o desenvolvimento de políticas públicas assertivas para as áreas econômica, social e ambiental (Pará, 2008). Procurou-se, então, contextualizar os indicadores das RIs para retratar o ensino e a saúde e compará-los aos indicadores da Região de Integração Lago de Tucuruí (RILT), visto que Tucuruí é o município alvo deste estudo.

Figura 2 - Mapa das Regiões de Integração paraenses



Fonte: Fapespa (2023a).

Uma análise mais detalhada dos indicadores dos sistemas de Educação Básica e da Atenção Básica demonstra que há divergências entre as RI. Nesse sentido, sobre o Ideb, o quadro 11 indica que a maior nota do Ideb nos anos iniciais (5,4) correspondeu à RI Guajará; nota 4,8 à RI Carajás; cinco apresentaram nota 4,7: RI Baixo Amazonas, RI Rio Caeté, Rio Capim, RI Tapajós e RI Xingu; uma apresentou nota 4,5: RI Araguaia. RILT, RI Guamá e RI Tocantins apresentaram notas entre as menores do Ideb (4,4). A RI Marajó apresentou a menor nota (4,0).

Figura 3 – Distribuição dos indicadores de mortalidade infantil e percentual de nascidos vivos por idade, das mães das regiões de integração do Estado do Pará (IDEB, 2022)

Estado/Região de Integração	Nota IDEB (Escola Pública) - 2021		Mortalidade Infantil	Percentual de nascido vivos por idade da mãe	
	Anos Iniciais	Anos Finais	2022	10 a14 anos	15 a 19 anos
Pará	4,8	4,3	14,64	1,15	19,15
RI Guajará	5,4	4,4	15,58	0,56	12,51
RI Carajás	4,8	4,4	12,30	0,83	16,83
RI Baixo Amazonas	4,7	4,3	16,10	1,31	19,54
RI Rio Caeté	4,7	3,9	15,29	1,74	22,64
RI Rio Capim	4,7	4,3	11,37	1,14	21,26
RI Tapajós	4,7	4,4	14,69	1,37	21,22
RI Xingu	4,7	4,3	15,83	1,52	20,75
RI Araguaia	4,5	4,1	15,58	1,22	20,27
RI Lago Tucuruí	**4,4**	**4,2**	**11,35**	**1,42**	**23,24**
RI Guamá	4,4	4,0	14,72	0,87	18,32
RI Tocantins	4,4	4,1	16,16	1,29	20,93
RI Marajó	4,0	3,7	16,50	1,75	25,77

Fonte: Elaborado pela autora com dados de MEC/Inep e Fapespa (2023a).

Sobre a mortalidade infantil, indicador que reflete as ações da Atenção Básica, a Tabela 1 permite observar que o Pará apresenta um indicador elevado e ocupa o décimo lugar, com 14,64%, enquanto Santa Catarina apresentou 9,78%, ocupando o 27º lugar, o que demonstra a fragilidade dos indicadores da Atenção Básica (Fadespa, 2023).

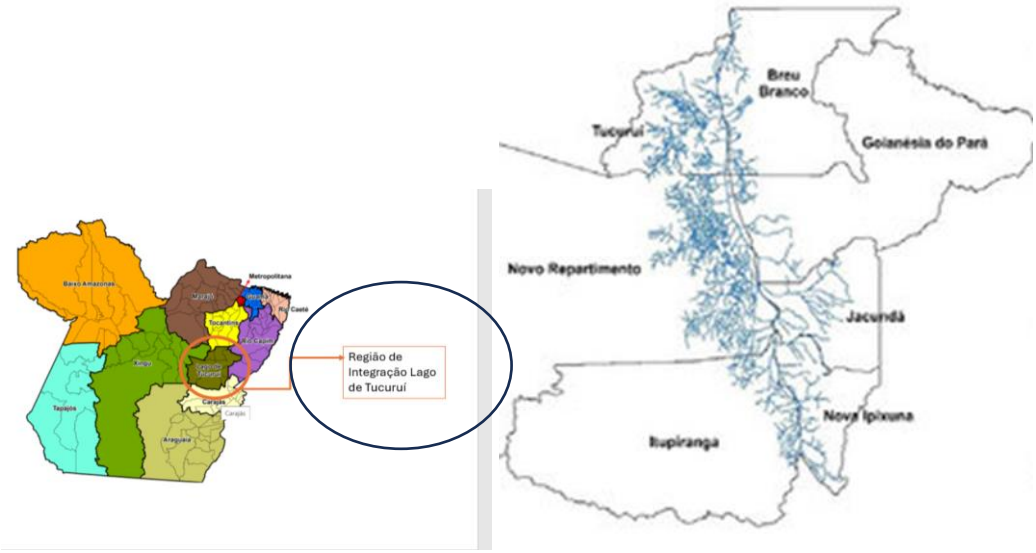
O percentual de nascidos vivos por idade da mãe é importante porque retrata a Política da Saúde na Escola através das ações sobre a temática da sexualidade, mais precisamente o percentual de nascidos vivos por idade da mãe. O Quadro 5 demonstra que as RIs com mais elevados índices de nascimentos entre 10 e 14 anos são: RI Rio Caeté, com (1,74%); RI Rio Xingu, com (1,52%); e a RILT, com o percentual de (1,42%), ocupando o quarto lugar. No percentual de nascidos vivos por idade da mãe entre 15 a 19 anos, a RI Marajó ocupa o primeiro lugar, com (25,77%); já a RILT ocupa o segundo lugar, com (23,24%).

Observa-se que os indicadores paraenses apresentam fragilidades no que diz respeito tanto à Educação Básica como à Atenção Básica, visto que a gravidez na adolescência afeta tanto a aprendizagem como a saúde física e mental dos adolescentes. Observa-se, então, desajustes nos indicadores sociais das RI que demonstram potencial desigualdade social entre a região paraense e os demais Estados. Nesse sentido, há necessidade de desenvolvimento de políticas públicas assertivas para cada RI, de acordo com suas especificidades regionais, visando a adequar os indicadores para potencializar as ações do PSE.

4.1.1 A Região de Integração do Lago de Tucuruí (RILT)

A Região de Integração do Lago de Tucuruí (RILT) está inserida no contexto da região Amazônica, mais precisamente no Sudeste do estado do Pará, com uma área de 39.901 km², ou 3,2% do território estadual; tem 436.351 habitantes, o que corresponde a 4,9% da população paraense (Fapespa, 2023b). A RILT abrange os municípios de Breu Branco, Goianésia do Pará, Itupiranga, Jacundá, Nova Ipixuna, Novo Repartimento e Tucuruí, conforme a figura 4.

Figura 4 – Fragmentação florestal na Região de Integração do Lago de Tucuruí/PA



Fonte: Gonçalves; Cruz; Serra (2019).

Essa RI é muito relevante para o Pará do ponto de vista econômico, de modo que a exploração de seus recursos naturais foi motivo de forte investimento econômico internacional, configurando-se em grande interesse político e econômico pelo Governo Federal, por meio do Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (Incra) para os grandes projetos federais na década de 1970.

Trata-se de uma região que hoje é majoritariamente urbana, mas com crescimento desordenado e controverso no que antes era ocupado pelo campesinato, ribeirinhos, lavradores, nômades, por povos indígenas amazônicos das tribos Assurini, Parakanã, Gavião e Huriní (Arnaud, 1961). No entanto, devido aos interesses políticos e econômicos, ocorreram dois marcos históricos distintos que marcaram de forma nefasta e emblemática o território da RILT. O primeiro foi a construção da Estrada de Ferro Tocantins (EFT), e o segundo marco histórico foi a construção da Usina Hidrelétrica de Tucuruí (UHT).

A construção da EFT, um projeto desenvolvido por meio de incentivos e imposições políticas e econômicas externas, gerou muitos conflitos ambientais, econômicos e sociais, pois provocou o despovoamento e a desestruturação dos territórios da população ribeirinha tradicional da RILT (Candido, 2023). Marcou profundamente a região no sentido das mudanças socioespaciais, político-institucionais e epidemiológicas (Ribeiro; Pompeu; Ribeiro, 2020), pois a ferrovia de mais de 117 quilômetros de extensão tinha o objetivo de complementar a logística da navegação fluvial, atrapalhada por inúmeros obstáculos, como estiagem e baldeações, devido às cachoeiras no Tocantins (Pimentel; Ravena; Trindade, 2022). Assim,

através da EFT, procurou-se instituir a primeira forma de conexão territorial entre as pequenas cidades de Tucuruí (antiga Alcobaça), Breu Branco, Santa Rosa e Pucuruí até Jatobal.

Sua construção se deu num momento histórico conhecido pela transferência de infraestruturas de transporte oriundas de países europeus, principalmente da França, que dirigiu boa parte do desenvolvimento logístico e da urbanização de cidades na região Norte, no período da *Belle Époque*[3]. Esse financiamento por capital externo tinha como interesse o comércio dos recursos naturais da região, como castanha-do-pará, coco-babaçu, diamante, timbó, látex, madeira e fibras têxteis para aquele país (Pimentel; Ravena; Trindade, 2022). A indústria extrativa da castanha-do-pará foi uma das principais atividades que atraíram muitos imigrantes para os territórios indígenas, gerando conflitos armados entre 1927 e 1953 e a destruição de muitas tribos, que ali viviam em equilíbrio com a natureza (Arnaud, 1961).

Tais embates e conflitos adiaram tanto a construção da ferrovia como a sua continuação, pois apesar de ter sido projetada em outubro de 1890, foi parcialmente concluída em 1946 (Lisboa; Maciel, 1983). Durante sua construção, estabeleceu-se o primeiro repovoamento da RILT, com um crescimento demográfico desordenado de imigrantes vindos do Baixo Tocantins, da zona Bragantina e do Nordeste, especialmente para trabalhar da ferrovia, madeireiras ou atraídos pelas riquezas naturais e oportunidades para ganhar dinheiro, no comércio de castanha-do-pará e de madeira (Pimentel; Ravena; Trindade, 2022). Contudo, os conflitos e o aumento do extrativismo dificultaram a conclusão do projeto e seu funcionamento (Arnaud, 1961).

A construção da EFT foi uma primeira experimentação do capital externo na RILT; no entanto, a carência econômica, a ausência de estrutura produtiva industrial na região, a negligência administrativa, a incapacidade de autogestão local e a corrupção administrativo-financeira não sustentaram o investimento. Tais fatores dificultaram a manutenção e sustentabilidade do empreendimento, além de que houve o espraiamento do rio Tocantins, tornando-se importante fator para a paralisação do tráfego em 1974, tendo como consequência a sua substituição pela estrada de rodagem. Assim ocorreu o seu fim trágico, deixando para a região uma intensa carência econômica e um desastroso impacto ambiental (Pimentel; Ravena; Trindade, 2022).

O segundo marco histórico foi a construção da Usina Hidrelétrica de Tucuruí (UH Tucuruí), um grande empreendimento em plena floresta amazônica, com capacidade acima de

[3] A economia da borracha, promovida pela extração do látex, consolidou a projeção internacional da região e promoveu um período de significativa expansão econômica e cultural que ficou conhecido como *Belle Époque* (Pimentel; Ravena; Trindade, 2022).

8.000 megawatts de potência com finalidades dicotômicas e controversas. Seu planejamento começou no governo militar (1964-1985), com a desculpa estratégica de aproveitamento dos espaços subutilizados na Amazônia (Pimentel; Ravena; Trindade, 2022), quando na verdade o objetivo era o de atender à necessidade energética de vários empreendimentos industriais (Queiroz, Motta-Veiga, 2012).

Segundo Pimentel, Ravena e Trindade (2022, p. 10), isso se deu "no sentido de que a cidade e a localidade passaram a ser vistas como objetos passíveis de entrada de capitais em função da abundância de recursos hídricos fornecidos pelo Rio Tocantins-Araguaia". Entrada de capitais com fins lucrativos, que não incluíam o bem-estar dos moradores da região. Por isso é importante destacar a UH Tucuruí, pois a partir da construção desse megaprojeto na Amazônia paraense houve uma supervalorização do capital, em detrimento do planejamento de ações que minimizassem os efeitos degradantes para a região e as populações dos vários municípios integrantes da RILT, bem como para os demais municípios circundados pelo rio Tocantins, após este passar pela usina. Isso se reflete de certa maneira na urbanização descontrolada e em outros fatores que incidem no aumento dos riscos à saúde dos escolares.

A Usina Hidrelétrica de Tucuruí (UHT), localizada na bacia hidrográfica do rio Tocantins, no Pará, foi construída a partir da década de 1970, em duas etapas: a primeira entre 1976 e 1984, e a segunda entre 1998 e 2006 (Neiva, 2010, p. 3). Um dos principais problemas da obra foi a falta de planejamento adequado, o que resultou em sérios impactos ecológicos (Fonseca, 1980). A construção envolveu investimentos bilionários e levou à contratação de trabalhadores formais e informais para os canteiros de obras, provocando uma explosão demográfica na região (Pimentel; Ravena; Trindade, 2022).

A obra de grande porte provocou a repressão do rio Tocantins. A posição geográfica do empreendimento, em plena floresta equatorial úmida, é de grande relevância para o país e para os investidores internacionais, visto que se tornou a maior hidrelétrica genuinamente brasileira, respondendo por 70% da energia elétrica produzida na região Norte e 6% da do Brasil. Apesar disso, para a população local e para a Amazônia, a construção da UHT provocou impactos ambientais e econômicos catastróficos e irreparáveis, tanto que em 1991 o Tribunal Internacional das Águas condenou o governo brasileiro pelos impactos sociais e ambientais provocados pela sua construção (Queiroz; Motta-Veiga, 2012).

Entre os graves problemas destacamos a falta de planejamento de implantação do projeto, visto que houve equívocos no cálculo da área de inundação do lago da represa, sem a retirada da vegetação. O previsto era que a área inundada para o lago da represa da usina seria de 1.630 km^2, mas isso acabou chegando a um total de 3.513 km^2. Essa negligência causou

sucessivos impactos, pois além do risco de a vegetação submersa apodrecer, tornando as águas ácidas e sem oxigênio (Fearnside, 2015), a transformação profunda no território provocou a remoção de aldeias, como a do "loteamento Parakanã" (Queiroz; Motta-Veiga, 2012), área dos indígenas Trocará, com 21.722,5139 ha (217,22 km²), e dos Parakanã, com 351.697,41 ha (3.516,97 km²), sendo que a última se estende também pelos municípios de Pacajá, Itupiranga e Jacundá (Fapespa, 2023b).

Destaca-se que, como consequência da construção da usina, houve um aumento na complexidade dos problemas sociais, que começaram a se intensificar no início da década de 1990. Observou-se a expansão urbana das cidades e a ocupação de áreas rurais do entorno, tanto por posseiros quanto por assentamentos. Ao mesmo tempo em que os recursos hídricos foram utilizados para a geração de energia, ocorreu a expropriação de populações locais, como no caso da antiga sede do município de Breu Branco, que se situava às margens do rio Tocantins e foi submersa pelas águas do lago formado pela UHT (Ribeiro; Pompeu; Ribeiro, 2020).

O processo de desapropriação e relocação causou impactos significativos nas atividades de subsistência, especialmente da população ribeirinha, que dependia da agricultura, caça, pesca e extração vegetal. Esses impactos foram agravados pela dinâmica do aumento demográfico, decorrente da migração de pessoas atraídas pelo empreendimento. Como consequência, houve intensificação de conflitos entre indígenas, fazendeiros e assentados no entorno; aumento de doenças, como as sexualmente transmissíveis e as de veiculação hídrica; crescimento da violência, do uso de álcool e drogas, do tabagismo e da desnutrição, além de problemas psicossociais associados aos processos de aculturação das populações indígenas (Ribeiro; Pompeu; Ribeiro, 2020).

Além do isolamento da população ribeirinha e da perda do sustento e da renda, a migração desenfreada provocou a desestruturação da organização econômica e social; aumento de conflitos de interesse e mobilização comunitária; aumento expressivo do número de habitantes, irregular e de forma desordenada. Isso gerou o aumento da pobreza, desestabilização do território local e fragilidades sociais.

Houve alteração também no perfil epidemiológico da região, com aumento de problemas relacionados com a qualidade da água e repercussão na saúde e no modo de vida da população; foram observadas altas taxas de doenças de veiculação hídrica, como diarreia, hepatites; proliferação de mosquitos; aumento no risco de metilação do mercúrio e sua introdução na cadeia alimentar, com intoxicação dos povos ribeirinhos e indígenas da região; aumento dos riscos de manifestação de doenças de veiculação hídrica; aumento do risco de

aparecimento de novas doenças, inclusive arboviroses; aumento da incidência de doenças a jusante (Queiroz; Motta-Veiga, 2012; Ribeiro; Pompeu; Ribeiro, 2020).

O aumento da incidência de malária tornou-se um importante problema de saúde, especialmente entre crianças de até 10 anos, devido ao deslocamento entre as aldeias antigas e novas, o que impactou o quadro epidemiológico da doença entre os indígenas. Outros grupos de doenças mais frequentes foram as respiratórias agudas e as dermatológicas. O rio, que antes servia como espaço de lazer para as crianças, tornou-se contaminado, provocando casos de diarreia relacionados ao banho. Além disso, foram registrados problemas psicossociais, como depressão e distúrbios comportamentais (Queiroz; Motta-Veiga, 2012).

O contexto histórico da RILT é importante, visto que os fatores sociais, econômicos, epidemiológicos, assistenciais e culturais ocorridos nos períodos de construção e operacionalização da EFT e da UHT alteraram características do modo de vida das populações, a cultura e a inserção social. Segundo Brasil (2017), é importante que tais alterações sejam analisadas compreender a organização da gestão dos Programas.

Depreende-se do exposto que os problemas de saúde evidenciados nos períodos subsequentes às construções dos grandes projetos na RILT devem ser contextualizados no planejamento e consequentemente, na implementação da Política de Saúde na Escola. Por conta disso, tais fatores devem ser subsídios para o planejamento com foco no contexto do território escolar, para a efetividade do plano de trabalho intersetorial. Dessa forma, o arranjo sociocultural, os condicionantes e determinantes da saúde que afetam os escolares são relevantes para o PSE.

4.2 TUCURUÍ SOB OS ASPECTOS HISTÓRICO, SOCIODEMOGRÁFICO E EPIDEMIOLÓGICO

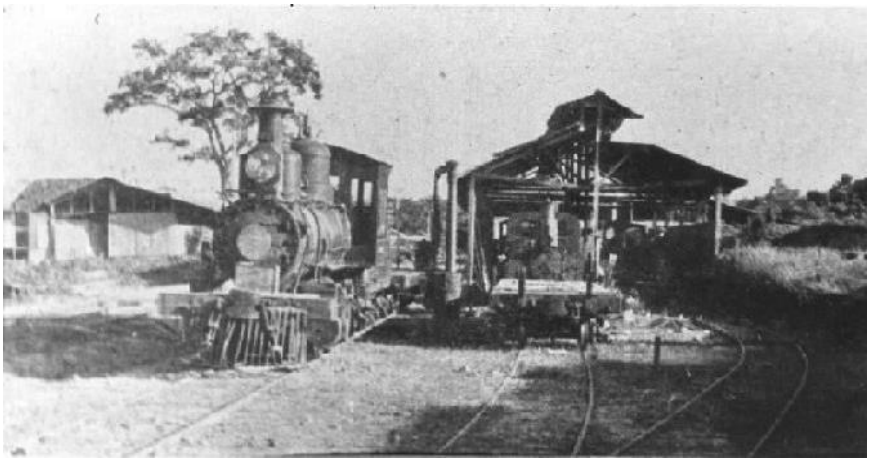
A cidade de Tucuruí, que antes era a povoação de Alcobaça, foi fundada em 1781 pelo governador José de Nápoles Telles de Menezes, com caráter fiscal e militar da navegação do rio Tocantins. Está situada à margem do rio Tocantins, no extremo de sua linha navegável. Era um grande e movimentado entreposto comercial do Tocantins-Araguaia. De Tucuruí, subindo o rio, a navegação era muito difícil, devido às grandes cachoeiras que obstruíam o seu curso, por isso os pilotos da região tinham de ter grande perícia e coragem para navegar em barcos a motor, especialmente construídos para realizarem o tráfego até o estado de Goiás (IBGE, 2023).

Em 31 de outubro de 1870, a Lei n. 661 do Pará criou a freguesia de São Pedro, no lugar de Pederneiras, município de Baião, onde então se localizou o principal núcleo populoso desse

trecho do Tocantins. Em 1875, o povoado foi elevado de Freguesia de São Pedro de Pederneiras do Alto Tocantins para a denominação de São Pedro de Alcobaça, que perdurou até 1943.

A Lei Estadual n. 4505, de 1943, elevou o distrito de Alcobaça à categoria de município. A denominação de Tucuruí foi dada através da Lei Estadual n. 62, de 1947, sendo desmembrado de Baião, sede do antigo distrito de Tucuruí. Foi constituído distrito-sede em 25 de maio de 1948 (IBGE, 2023) e em 1895, Tucuruí tinha sido escolhida para ser o ponto inicial da Estrada de Ferro Tocantins (figura 5).

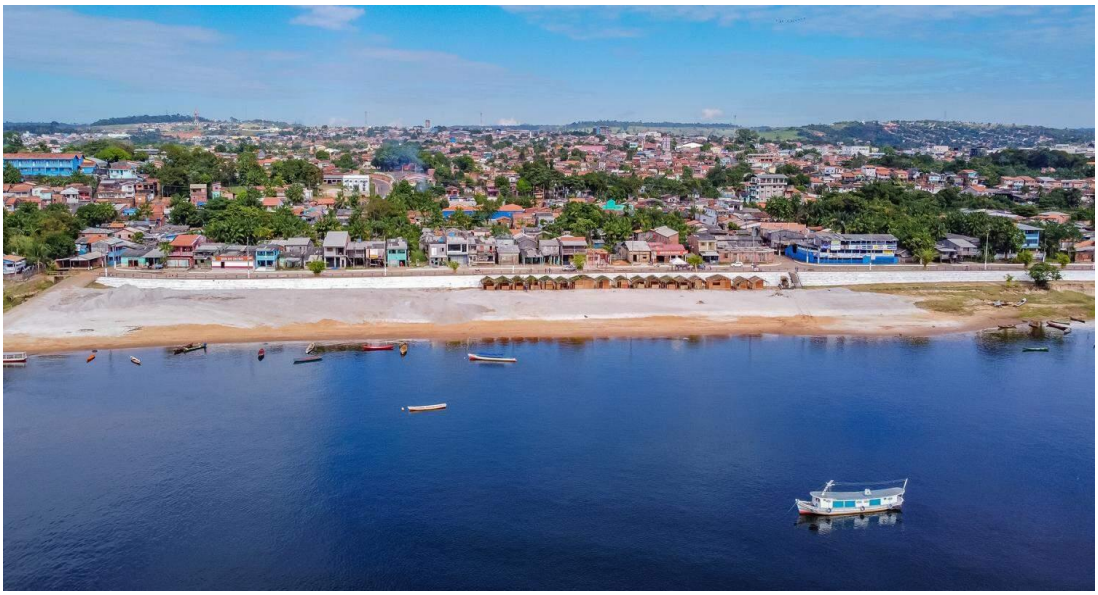
Figura 5 – Estação da Estrada de Ferro Tocantins, sentido Leste-Oeste (década de 1970)



Fonte: https://www.geocities.ws/eftocantins/centraltucurui.html.

A Lei Estadual n. 158, de 1948, criou o distrito de Remansão e o anexou ao município de Tucuruí. Houve uma divisão territorial em 1º de julho de 1960, passando o município a ser constituído de dois distritos: Tucuruí e Remansão. Em 1988 o município é constituído distrito-sede. Em 1991 seu território passou por vários desmembramentos. Através da Lei n. 5.686, de parte do município de Tucuruí, com parte do território dos municípios de Rondon do Pará e Jacundá, foi criado o município de Goianésia do Pará; da Lei n. 5.702, das terras de Tucuruí, Jacundá e Pacajá originou-se o município de Novo Repartimento; e das terras de Tucuruí, Moju e Rondon do Pará, com a Lei n. 5.703, foi criado o município de Breu Branco (Fapespa, 2023b). A seguir, apresenta-se imagem da cidade de Tucuruí em 2022:

Figura 6 – A cidade de Tucuruí, às margens do rio Tocantins



Fonte: https://www.oliberal.com/cultura/abertura-da-Programacao-de-verao-de-tucuruie-hoje-10-1.559426.

Devido aos vários desmembramentos do território, a história da cidade de Tucuruí confunde-se com a história da RILT, visto que se tornou uma das cidades mais importantes da região, por ter sido escolhida para ser o ponto de partida da EFT e a montante da UH de Tucuruí, ou seja, a usina localiza-se totalmente na cidade de Tucuruí (Fonseca, 1980). Sua construção alterou significantemente o patrimônio natural do município e provocou transformações substanciais e radicais não só na paisagem, mas também na configuração geográfica, na população local (durante e depois da construção da usina), na economia, nos indicadores sociais e epidemiológicos, tornando emblemática a história desse município. A figura 7 mostra a Usina Hidrelétrica de Tucuruí:

Figura7– A Usina Hidrelétrica de Tucuruí

Fonte: https://ferdinandodesousa.com/2019/06/07/a-impactante-construcao-da-usina-hidreletrica-de-tucurui/.

Atualmente, Tucuruí possui apenas o distrito-sede, com uma área territorial de 2.084,289 km², o que corresponde a 0,17% da área total do território paraense, na mesorregião Sudeste Paraense, microrregião de Tucuruí, região geográfica intermediária de Marabá e região imediata de Tucuruí; encontra-se a aproximadamente 457 km de distância da capital paraense, Belém (IBGE, 2022). O principal rio da região é o Tocantins, que no município teve seu maior trecho transformado em lago pela represa da UHT, restando inalterado apenas o trecho da barragem para jusante, até o limite com o município de Baião (Fapespa, 2023b).

A Tabela 2 destaca o Censo Demográfico de 2022, que desvelou diminuição no número da população, que era estimada em 115.154 para 2020 e mostrou ser de 91.306 em 2022. Sobre a população correspondente à idade escolar, também é perceptível uma diminuição, respectivamente, nas idades de 5 a 9 anos (de 10.460 para 7.755), de 10 a 14 (de 12.006 para 7.893) e de 15 a 19 (de 11.609 para 8.578) (IBGE, 2022).

Tabela 2 – Distribuição da população de Tucuruí, segundo o número total de habitantes, sexo e faixa etária (2022)

Anos	População	Homens	mulheres	Faixa Etária							
				0-4	5 - 9	10-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50anos e mais
2020[1]	115.154	56.786	58.358	9.743	10.460	12.006	11.609	21.752	18.913	13.243	17.418
2021[1]	116.615	57.441	59.164	9.802	10.373	11.788	11.776	21.987	19.098	13.716	18.065
2022[2]	91.306	45.171	46.135	6.971	7.755	7.893	8.578	15.624	14.172	12.252	18.061

Fonte: IBGE (2023).
[1] Estimativa demográfica.
[2] Censo Demográfico.

É uma cidade com população expressivamente urbana, visto que, ao longo do tempo, foi diminuindo a população da zona rural. Em relação ao meio ambiente, apresenta apenas 48,9% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 12,4% dos domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio). Quando comparado com os outros municípios do Estado, Tucuruí fica na posição 52ª, e comparado às outras cidades brasileiras, na 3.980ª (IBGE, 2010). No tocante aos domicílios com esgotamento sanitário adequado, apresenta apenas 15% (3.779), conforme a Tabela 3; e em relação ao destino adequado dos resíduos, a tabela 4 demonstra que apenas

47,9% (21.734) dos domicílios particulares têm destino adequado (IBGE, 2010). É que se verifica nas seguintes tabelas:

Tabela 3 – Distribuição dos domicílios particulares permanentes por existência de banheiro ou sanitário e tipo de esgotamento sanitário em Tucuruí (1991, 2000, 2010)

Ano	Total	Existência de Banheiro ou Sanitário				
		Tinham				Não Tinham
		Total	Tipo de Esgotamento Sanitário			
			Rede geral de esgoto ou pluvial	Fossa séptica	Outro	
1991	15.867	13.281	1.928	3.190	8.163	2.586
2000	15.931	14.980	2.226	607	12.147	951
2010	23.548	22.908	2.728	1.051	19.129	640

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 1991/2000/2010. Elaboração: Fapespa/Seplad.

Tabela 4 – Distribuição dos domicílios particulares permanentes por destino do lixo em Tucuruí (1991, 2000, 2010)

Destino de Lixo					
		Coletado			
Ano	Total	Total	Diretamente por Serviço de Limpeza	Em Caçamba de Serviço de Limpeza	Outro
1991	21.950	6.258	1.853	4.405	9.434
2000	29.122	13.191	13.040	151	2.740
2010	45.282	21.734	20.998	736	1.814

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 1991/2000/2010. Elaboração: Fapespa/Seplad.

O Índice de Desenvolvimento Humano municipal (IDHM) é de 0,666 (IBGE, 2010), ocupando a 11ª posição no Pará e a 2.759ª no Brasil (tabela 5), o que situa Tucuruí na faixa de desenvolvimento humano médio do Brasil (IDHM entre 0,55 e 0,70). Os indicadores que situam o município em IDHM nessa faixa são o IDHM Renda Censo de 0,675, ocupando o 2.295º lugar; o IDHM Longevidade Censo de 0,800 e o IDHM Educação Censo de 0,548**,** ocupando o 3.129º lugar (PNUD, 2024). Verifica-se que dos três indicadores – longevidade, educação e renda – o mais baixo é o da educação, de modo que há necessidade de mais investimento na estruturação na área da educação.

Tabela 5 – Distribuição do IDHM em Tucuruí (1991, 2000, 2010)

IDHM	Anos		
	1991	2000	2010
IDH – M	0,421	0,543	0,666
IDH – M Longevidade	0,664	0,758	0,8
IDH – M Educação	0,201	0,347	0,548
IDH – M Renda	0,558	0,609	0,675

Fonte: Fonte: PNUD; IPEA; Fapespa/Seplad; IBGE.

Antes da construção da Usina Hidrelétrica de Tucuruí, as principais atividades econômicas na região eram o extrativismo vegetal e a pecuária. Atualmente, o município responde por 70% da energia elétrica produzida na Região Norte e 6% da energia gerada no Brasil. No entanto, os benefícios dessa produção não se refletem nos indicadores sociais locais, que continuam apresentando elevados índices de pobreza, evidentes na educação, saúde, saneamento, epidemiologia, entre outros (Queiroz; Motta-Veiga, 2012).

Em relação às finanças públicas do município, a receita orçamentária do tipo corrente[4] em 2017 foi de 335.671.614,59 (tabela 6), correspondendo à 8º melhor receita do Pará, ficando atrás apenas de grandes municípios como Belém, Parauapebas, Marabá, Ananindeua, Santarém, Barcarena e Castanhal, e em relação ao Brasil, correspondendo ao 241º lugar no *ranking* de arrecadação (IBGE, 2022). Apresenta um índice de receita favorável, observado por sua colocação no *ranking*, mas não há investimento adequado na qualidade de vida, visto que a incidência de pobreza é de 32,98% e ocupa a 125ª posição no Pará e o 3.661º lugar no Brasil (IBGE, 2023).

Observa-se que Tucuruí apresenta indicadores controversos, visto que tem uma das melhores receitas do Estado do Pará, mas no atendimento da política pública social há fragilidades, sobretudo pela baixa cobertura do esgotamento sanitário e condições socioeconômicas da população adstrita, contexto que interfere negativamente na promoção da saúde dos escolares e se considera um fator importante no planejamento das ações do PSE.

[4] Receita Corrente Líquida Municipal é o somatório das receitas tributárias, de contribuições patrimoniais, industriais, agropecuárias e de serviços e outras receitas correntes, com as transferências correntes, destas excluídas as transferências intragovernamentais (Brasil, 1999).

Tabela 6 – Distribuição das receitas municipais de Tucuruí (2017-2020)

Receitas Municipais	2017	2018	2019	2020
Receita Corrente	335.671.615	347.390.727	340.634.346	379.200.682
Receita Tributária	11.664.059	18.150.126	-	-
Impostos	10.419.829	16.860.531	16.873.709	19.240.231
IPTU	519.920	-	562.082	565.385
ISSQN[(1)]	7.449.635	-	9.157.937	8.331.548
ITBI	323.797	-	288.674	438.168
IRRF	2.126.477	8.008.264	6.847.084	9.905.131
Taxas	1.244.230	1.289.595	1.788.882	1.166.415
Outras Receitas Próprias	252.017	293.764	51.352	718.880
Receitas Transferidas	310.683.912	315.559.134	312.528.204	338.135.514

Fonte: STN; Fapespa/Seplad.
(¹) Até o ano de 2001 a sigla desse imposto era ISS. R$ 1,00 (Valores Nominais).
Nota: O total da Receita Própria equivale à soma da Receita Tributária e Outras Receitas Próprias.

Para o contexto do planejamento intersetorial das ações do PSE, feito pelo GTI-M, torna-se importante o conhecimento dos indicadores do Sistema de Educação de Tucuruí e da Atenção Básica para considerar fundamentalmente: a) os contextos escolar e social; b) o diagnóstico local de saúde; c) a capacidade operativa das equipes das escolas e da Atenção Básica (Brasil, 2017), visto que tais fatores fomentarão dados imprescindíveis para ações mais efetivas.

4.3 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DA EDUCAÇÃO BÁSICA DE TUCURUÍ

A história da educação no município de Tucuruí apresenta muitos dissensos. Apesar do potencial dos recursos naturais e dos investimentos econômicos realizados para a construção da UHT, é provável que o sistema educacional não tenha recebido investimentos equivalentes e equitativos. Até a década de 1970, a educação no município era responsabilidade dos governos federal e estadual, e não existiam instituições fixas. Os prédios utilizados eram cedidos ou alugados, o que fazia com que os alunos frequentemente mudassem de local, pois o governo estadual não pagava os aluguéis, resultando em despejos (Educação..., 2023).

Tanto o ensino quanto a estrutura escolar eram precários, pois os poucos professores não recebiam investimento adequado em sua formação, e seus salários, além de irrisórios, eram pagos com atraso. Esse contexto resultava em atendimento desigual na educação dos jovens: ao concluírem o ensino primário (da 1ª à 4ª série), os alunos de famílias mais abastadas, se quisessem continuar os estudos, precisavam se deslocar para cidades mais desenvolvidas, enquanto os estudantes de famílias menos favorecidas eram obrigados a interromper sua escolarização (Educação..., 2023).

Durante as duas etapas da construção da Usina Hidrelétrica de Tucuruí, ocorreram as mudanças mais incongruentes, pois o sistema educacional da cidade, já precário, não recebeu o mesmo investimento criado para atender à demanda dos filhos dos operários e dos próprios trabalhadores da obra. De forma desigual e seletiva, estruturou-se, nesse período, um sistema educacional dentro do canteiro de obras da usina, com o apoio dos poderes municipal, estadual e federal (através da Eletronorte) e das empresas construtoras. Tratava-se de uma rede com estrutura técnico-pedagógica particular, considerada de alto nível e conduzida por professores graduados – o Sistema Pitágoras de Ensino – enquanto, na sede do município, os estudantes do ensino básico da rede pública municipal recebiam uma educação precarizada. Isso ocorria porque ainda não havia sido instituída a Secretaria de Educação, a infraestrutura das escolas era inadequada e os professores não possuíam formação compatível (Educação..., 2023).

Somente a partir de 1979 o Sistema Escolar Municipal passou a funcionar e se estruturar. Contudo, o Primeiro Regimento Escolar Municipal foi criado apenas em 1981, por meio da Resolução n. 147/1981-CEE, de 07/07/1981, no âmbito do Projeto Pró-Município, fomentado pela Secretaria Estadual de Educação (Seduc). Esse projeto passou a prestar assistência técnica aos municípios para a organização e estruturação de seus Departamentos de Ensino e, posteriormente, das Secretarias Municipais de Educação (Educação..., 2023).

Em 1997, de acordo com CF de 1988 e a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Brasil, 1996), ocorreu a municipalização da educação infantil e do ensino fundamental, conforme convênio firmado entre o governo municipal e o estadual sob n. 001/1997-PMT-Seduc. A partir da municipalização, houve um aumento no número de alunos, pois o sistema de educação, que antes era responsável somente pela educação pré-escolar e de 1ª a 4ª séries, passou de 6.252 alunos matriculados no ano de 1996 para 17.618 em 1997, um aumento de quase 180% de alunos, visto que se tornaram de responsabilidade do município os alunos de 5ª a 8ª séries.

Devido a esse aumento da demanda, houve falta de professores habilitados para o Ensino Fundamental (de 5ª e 6ª séries), por isso, em 1998 foi feita em Tucuruí uma parceria entre as Secretarias Municipal e Estadual de Educação para implantação do curso de Estudos Adicionais nas áreas de Língua Portuguesa, Ciências Naturais, Matemática e Estudos Sociais. Essa parceira era chancelada pela certificação feita por meio da Escola Estadual de 1º e 2º Graus "Ana Pontes Francês", Proc. 279/98, Parecer 206/01-CEE (Educação..., 2023).

Os cursos de graduação no município começaram em 1997, quando foi assinado o primeiro convênio com a Universidade Federal do Pará (UFPA). Em 4 de outubro do mesmo ano, foi criado o Campus de Tucuruí da UFPA, que ofertou inicialmente os cursos de Geografia,

História, Pedagogia e Matemática. Essa instituição foi a primeira universidade pública a se estabelecer em Tucuruí. Posteriormente, a Universidade Estadual do Pará (UEPA) instalou seu campus universitário no município, firmando convênio com a Prefeitura Municipal de Tucuruí (PMT) em 15 de janeiro de 1999, e passou a oferecer cursos de Licenciatura e Pedagogia.

Em 1990 foi criada a Lei Orgânica do Município de Tucuruí (Tucuruí, 1990), e instituído o Sistema de Ensino Municipal, do qual fazem parte: a) a rede de escolas mantidas pelo Poder Público Municipal; b) as escolas de iniciativa privada; c) as escolas de iniciativa privada pertencentes ao tipo de ensino ministrado pela Secretaria Municipal de Educação, criadas e autorizadas após a instituição do Sistema de Ensino Municipal; d) as escolas da rede pública estadual que, por força de convênio ou qualquer outro instrumento, tenham passado à gestão municipal. O artigo 224 desta Lei destaca que é dever do município:

> III – ministrar a educação pré-escolar, com atendimento em creches e pré-escola, de crianças de zero a seis anos de idade, sendo de zero a três anos em creches e de quatro a seis anos em pré-escola, e ainda: IV – ministrar o ensino fundamental, em caráter obrigatório e gratuito pelo Poder Público Municipal, inclusive para os que a ele não tiveram acesso na idade própria; (...) VI – procurar com progressividade, contando com a colaboração da União, do Estado e da iniciativa privada, a universalização do ensino fundamental, da educação pré-escolar e erradicação do analfabetismo; VII – assistência de orientadores, psicólogos, fonoaudiólogos e odontólogos nas Escolas Municipais. (Tucuruí, 1990).

A Lei Orgânica do Município também destaca a fixação dos conteúdos mínimos para o ensino fundamental, e a Emenda n. 002/2002, de 3 de julho de 2002, incluiu a prevenção ao uso de drogas e a educação para o trânsito. Nesse sentido, observam-se conteúdos que abrangem a área da promoção da saúde, o que mostra que a política educacional no município está integrada aos fatores de risco que possam ser agravantes da saúde dos escolares, necessitando de investimentos para garantir a promoção da saúde dos educandos.

O artigo 231 da mesma Lei destaca que as escolas componentes do Sistema Municipal de Ensino deverão ter em sua estrutura um conselho escolar, com funções deliberativa e consultiva, serviços técnicos de supervisão educacional, orientação educacional, psicólogo e outros que, articulados, trabalhem em prol de uma educação global e qualitativa (Tucuruí, 1990, p. 63). Ressalta-se que a referida Lei também trata da valorização dos profissionais de ensino, garantindo o "plano de carreira para o magistério público com piso salarial profissional [...] assegurado Regime Jurídico Único para todas as instituições mantidas pelo Poder Público Municipal, respeitando o no artigo 37 da CF" (art. n. 222, 1990, p. 61).

Aponta-se que foi elaborado o Plano Municipal de Educação (PME), por meio da Lei n. 10.952, de julho de 2022 (Tucuruí, 2022), com diretrizes e metas para o período de 2022 a 2031. As diretrizes preveem: erradicar o analfabetismo; universalizar o atendimento escolar; superar as desigualdades educacionais; melhorar a qualidade do ensino; formar para o mundo do trabalho; promover a sustentabilidade ambiental; valorizar os profissionais de educação; difundir os princípios da inclusão, equidade e respeito à diversidade; promover a gestão democrática da educação; atingir as metas propostas pelo Ideb; cumprir o que estabelecem as bases legais sobre a transparências dos recursos destinados à educação; promover a difusão de tecnologia na Educação Básica.

O contexto histórico da Educação Básica em Tucuruí faz refletir que apesar de ser o município selecionado para a construção da UH de Tucuruí, não houve o investimento adequado e equitativo no município, de modo que esta etapa de ensino – que é aquela em que os alunos devem aprender a ser cidadãos, com direitos e deveres, e exercida por professores qualificados e com salários adequados, escolas com infraestrutura adequada (um dos direitos) – ficou refém dos interesses econômicos das grandes empresas e multinacionais pelos recursos minerais abundantes no município.

No entanto, a reflexão sobre a estrutura do sistema de ensino da educação básica, seu contexto histórico, suas políticas e seus indicadores podem se tornar um conhecimento valioso para a compreensão da gestão intersetorial no PSE, uma vez que contribui para a elaboração de planos de trabalho mais adequados às necessidades do território escolar, considerando suas peculiaridades e sua regionalidade.

4.3.1 Perfil do Sistema de educação de Tucuruí

No sistema de ensino do município verificamos a existência de diversos estabelecimentos que funcionam como espaços educativos e destinam-se ao atendimento da demanda nas redes pública e privada. Em 2010, a taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade era de 94,9% e ficava na posição 79ª dos 144 municípios. Na comparação com municípios em todo o país, ficava na posição 5.043ª de 5.570 (IBGE, 2010).

O município subsidia o ensino básico do pré-escolar ao fundamental, juntamente com a iniciativa privada. Quanto ao Ensino Médio, é subsidiado pelos níveis estadual, federal e particular. A Tabela 7 mostra que as instituições municipais pré-escolares são 17, e as de Ensino Fundamental, 32. O ensino privado corresponde a 12 pré-escolares, nove de Ensino

Fundamental e quatro de Ensino Médio. Há uma instituição de Ensino Médio federal e cinco instituições de Ensino Médio estaduais. Em 2022 havia 76 instituições de ensino em Tucuruí.

Tabela 7 – Distribuição dos estabelecimentos de ensino em Tucuruí por etapas

ANOS/ETAPAS	FEDERAL	ESTADUAL	MUNICIPAL	PARTICULAR	TOTAL
2018					
Pré-escolar	0	0	16	9	25
Ens. Fundamental	0	0	36	11	47
Ensino médio	1	5	0	4	10
2019					
Pré-escolar	0	0	15	9	24
Ens. Fundamental	0	0	36	12	48
Ensino médio	1	5	0	4	10
2020					
Pré-escolar	0	0	15	10	25
Ens. Fundamental	0	0	35	12	47
Ensino médio	1	5	0	4	10
2021					
Pré-escolar	0	0	16	9	25
Ens. Fundamental	0	0	32	12	44
Ensino médio	1	5	0	4	10
2022					
Pré-escolar	0	0	17	9	26
Ens. Fundamental	0	0	32	12	44
Ensino médio	1	5	0	4	10

Fonte: MEC; Inep; Seduc; Fapespa (2023b).

No que tange às matrículas, a Tabela 8 demonstra que há variação no número de matrículas: há uma diminuição na linha do tempo entre 2017 a 2021, pois no ensino pré-escolar, em 2017, eram 3.485 matrículas, e em 2018 eram 3.49. Em 2019 eram 3.328; em 2020, 2.970; e em 2021 houve 2.923 matrículas. No Ensino Fundamental, em 2017, eram 18.398; em 2018, 18.181; em 2019, 17.424; em 2020, 16.742; e em 2021, 16.070. Verifica-se, portanto, uma queda na quantidade de matrículas tanto no pré-ensino, como no Fundamental.

Ainda sobre as matrículas, a Tabela 8 demonstra que há uma diferença discrepante entre os matriculados no Ensino Fundamental e no Ensino Médio, o que chama a atenção para a evasão e distorção entre idade e série. São problemas frequentes do ensino básico no Brasil (Golgher, 2010), e consequentemente se observam como problemática no município, pois há um desalinhamento da meta 5 do Plano Municipal de Educação/PME (Tucuruí, 2022), a qual visa garantir o acesso e a permanência de todos os alunos na escola. Tais desajustes podem

evidenciar fragilidades na política educacional de Tucuruí, visto que há uma tendência geral de diminuição do número de matrículas no ensino médio.

Tabela 8 – Distribuição, segundo o número de matrículas em Tucuruí (2018-2021)

Anos/Graus	Matrículas				
	Federal	Estadual	Municipal	Particular	Total
2018					
Pré-Escolar	-	-	3.211	285	3496
Ensino Fundamental	-	-	16.847	1.334	18.181
Ensino Médio	547	4.168	-	243	4958
2019					
Pré-Escolar	-	-	3.054	274	3.328
Ensino Fundamental	-	-	16.027	1.397	17.424
	Federal	Estadual	Municipal	Particular	Total
2020					
Pré-Escolar	-	-	2.730	240	2.970
Ensino Fundamental	-	-	15.201	1.541	16.742
Ensino Médio	551	4.039	-	189	4779
2021					
Pré-Escolar	-	-	2.722	201	2.923
Ensino Fundamental	-	-	14.612	1.467	16.079
Ensino Médio	441	4.157	-	234	4.832

Fonte: MEC; Inep; Seduc. Elaboração: Fapespa/Seplad.

Em relação à taxa de aprovação do Ensino Fundamental regular nos anos iniciais e anos finais, a Tabela 9 demonstra que vêm ocorrendo melhoras quando se faz uma comparação entre os anos de 2017, 2019 e 2021. Apesar disso, observa-se que há uma diferença na taxa de aprovação dos alunos do Ensino Fundamental nos anos iniciais e finais: percebe-se que a taxa de aprovação do Ensino Fundamental nos anos finais é menor e assim, o indicador de rendimento escolar é melhor nos anos iniciais do Ensino Fundamental do que nos finais.

Tabela 9 – Distribuição dos indicadores educacionais de Tucuruí por taxa de aprovação, SAEB e IDEB (2017, 2019 e 2021) e projeções para os anos iniciais do Ensino Fundamental

Anos	Taxa de Aprovação						Nota SAEB			IDEB	
	1º ao 5º	1º	2º	3º	4º	5º	Indicador de Rendimento	Mat.	L. Portuguesa	Nota Média Padronizada (N)	Projetado
2017	88,6	99,0	99,2	78,3	84,3	87,3	0,89	197,15	192,62	5,23	4,6	4,60
2019	86,8	98,2	99,4	70,9	82,4	88,3	0,86	205,58	194,53	5,42	4,70	4,90
2021	96,6	99,9	99,3	95,7	93,7	96,0	0,97	187,87	184,75	4,91	4,80	5,20

Fonte: Elaborado pela autora a partir do Censo da Educação Básica (Inep, 2023).

O Governo Federal criou, em 1991, o Sistema de Avaliação da Educação Básica (Saeb), um sistema de avaliação baseado nas competências dos alunos. Em 2007, o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep) instituiu o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (Ideb) como indicador de qualidade da educação. O princípio básico desse índice é relacionar a qualidade da educação à aprendizagem dos alunos e ao seu progresso escolar, agregando dois conceitos fundamentais: o desempenho nas avaliações e o fluxo escolar.

Nesse sentido, a tabela 10 sobre taxa de aprovação Saeb e Ideb, demonstra que o Ideb projetado foi alcançado apenas uma vez, no ano de 2017, nos anos iniciais do Ensino Fundamental. Nos anos de 2019 e 2021, no Ensino Fundamental, anos iniciais e finais, respectivamente, o Ideb não alcançou o projetado para o período. O cálculo do Ideb considera duas variáveis: (i) as médias de desempenho nas avaliações do Saeb nos estados e no país e a Prova Brasil nos municípios; (ii) a aprovação, por meio do Censo Escolar (Costa; Quiossa; Franco, 2015). Segundo o IBGE, em 2021 Tucuruí ocupou as posições 41ª e 22ª, respectivamente, entre os 144 municípios do Pará; no país, as posições 4.015ª e 3.358ª de 5.570 municípios. Observa-se que o desempenho escolar no município se encontra fragilizado, de acordo com esse indicador.

Tabela 10 – Distribuição dos indicadores educacionais de Tucuruí por taxa de aprovação para os anos iniciais e finais do Ensino Fundamental (2021-2022)

Anos	Taxa de Aprovação						Nota Saeb			Ideb	
	6º a 9º	6º	7º	8º	9º	Indicador de Rendimento	Mat.	L. Portuguesa	Nota Média padronizada	Ideb	Projetado
2017	78	70	77	82	90	0,79	234,36	241,52	4,60	3,60	4,40
2019	81	70	79	88	92	0,81	246,07	246,25	4,87	4,00	4.7
2021	95	96	94	95	97	0,95	237,97	246,09	4,73	4,5	5.0

Fonte: Elaborado pela autora a partir do Censo da Educação Básica (Inep, 2023).

Sobre a taxa de reprovação, a Tabela 11 demonstra que houve alteração das taxas entre os anos iniciais e finais do Ensino Fundamental, pois eram 3,2% em 2021 e passaram a 15,4 em 2022. Sobre a taxa de abandono nos anos de 2021 e 2022 do Ensino Fundamental nos anos iniciais e finais, a tabela 12 expressa aumento de 0,7 % em 2021 e de 3,2% em 2022.

Segundo Ferreira e Oliveira (2020), as principais causas da evasão escolar incluem gravidez na adolescência, dificuldades de aprendizagem, baixa renda e a necessidade de o estudante trabalhar. Todas essas causas representam fatores de risco para o insucesso escolar na educação básica e devem ser consideradas no planejamento intersetorial do PSE, uma vez que o Programa tem como objetivos minimizar os agravos à saúde do escolar e promover a saúde mental dos estudantes.

Nesse sentido, é fundamental o investimento em políticas de saúde na escola para fortalecer a intersetorialidade no PSE. Esses dados evidenciam fragilidades no sistema educacional do município que precisam ser consideradas pela gestão intersetorial do Programa.

Tabela 11 – Distribuição dos indicadores educacionais de Tucuruí por taxa de abandono nos anos iniciais e finais do Ensino Fundamental (2021-2022)

Ano	Total	Anos Iniciais	Anos Finais	1º Ano	2º Ano	3º Ano	4º Ano	5º Ano	6º Ano	7º Ano	8º Ano	9º Ano
2021	3,2	2,5	4,0	0,1	0,2	3,1	4,3	3,7	3,2	5,9	4,1	2,4
2022	15,4	14,3	16,7	0,0	0,0	24,5	21,9	21,5	22,1	17,9	18,2	7,4

Fonte: Inep (2022).

Tabela 12 – Distribuição dos indicadores educacionais de Tucuruí por taxa de abandono nos anos iniciais e finais do Ensino Fundamental (2021-2022)

ano	Total	Anos Iniciais	Anos Finais	1º Ano	2º Ano	3º Ano	4º Ano	5º Ano	6º Ano	7º Ano	8º Ano	9º Ano
2021	0,7	0,9	0,6	0,0	0,5	1,2	2,0	0,3	0,8	0,6	0,8	0,4
2022	3,2	1,5	5,4	1,7	0,9	1,1	1,6	1,9	3,4	4,9	6,6	7,0

Fonte: Inep (2022).

Sobre a infraestrutura da escola, a Tabela 13 destaca o número de bibliotecas e laboratórios de informática, pois em uma evolução dos níveis da escala de infraestrutura, uma escola para ser considerada em nível adequado deve possuir: água, sanitários, energia, esgoto, cozinha, computadores, impressoras e os espaços propícios ao aprendizado com laboratórios de informática e biblioteca.

Diante do exposto, do ponto de vista da infraestrutura, observa-se uma alteração importante no número de bibliotecas no período entre 2016 e 2021, pois em 2016 eram 25 bibliotecas municipais, que passaram a ser 18 em 2021. Em relação aos laboratórios de informática, observa-se igualmente uma redução destes, visto que em 2016 havia 23 laboratórios, passando a 20 em 2017, 10 em 2019, cinco em 2020, mantendo-se os cinco em 2021. Tais resultados não são compatíveis com a meta 27 do PME (Tucuruí, 2022), que considera universalizar e garantir a infraestrutura física e tecnológica da escola.

Tabela 13 – Distribuição das variáveis segundo o quantitativo de bibliotecas e laboratórios de informática: Tucuruí, 2017 a 2021

Anos/Graus	Bibliotecas				Anos/Graus	Laboratórios de Informática			
	Estadual	Municipal	Particular	Total		Estadual	Municipal	Particular	Total
2017					2017				
Fundamental	-	24	9	33	Fundamental	-	20	8	28
Ensino Médio	5	-	4	10	Ensino Médio	3	-	3	7
2018					2018				
Fundamental	-	21	8	29	Fundamental	-	12	6	18
Ensino Médio	5	-	4	10	Ensino Médio	3	-	2	6
Fundamental	-	22	8	30	Fundamental	-	10	5	15
Ensino Médio	5	-	3	9	Ensino Médio	4	-	1	6
2020					2020				
Fundamental	-	23	8	31	Fundamental	-	10	6	16
Ensino Médio	5	-	3	9	Ensino Médio	4	-	2	7
2021					2021				
Fundamental	-	18	8	26	Fundamental	-	5	5	10
Ensino Médio	5	-	3	9	Ensino Médio	4	-	2	7

Fonte: MEC; Inep; Seduc. Elaboração: Fapespa/Seplad.

Observa-se uma precarização significativa no que se refere à infraestrutura necessária para o funcionamento das escolas no município. Duarte, Gomes e Gotelib (2019), em seu estudo sobre a infraestrutura das escolas brasileiras, apontaram disparidades marcantes entre as diferentes regiões do país. As regiões Norte e Nordeste, que apresentam economias mais frágeis e maiores níveis de pobreza, concentram o maior número de escolas em condições precárias. Na Região Norte, constatou-se que 67,8% dos estabelecimentos de ensino fundamental estavam classificados nesse agrupamento.

Dessa forma, evidencia-se a precarização do sistema de ensino público municipal. O Plano Municipal de Educação (PME) de Tucuruí (Tucuruí, 2022) estabelece como meta o cumprimento dos padrões mínimos de infraestrutura para o ensino básico, o que reforça a importância dessa discussão para a implementação das ações do PSE. Isso se torna ainda mais relevante considerando que a Portaria Interministerial nº 1.055/2017 determina o compartilhamento de equipamentos entre a educação básica e a Atenção Primária à Saúde. Portanto, é necessário investir na infraestrutura escolar para garantir a eficácia das ações do Programa.

Para detalhamento do investimento nos profissionais da docência, foi realizado um perfil dos indicadores relativo ao percentual de docentes com curso superior: a Adequação da Formação Docente, indicador de regularidade do corpo docente. No que tange ao número de docentes, a Tabela 14 demonstra que entre 2018 e 2021 houve um decréscimo no número de docentes do município na série pré-escolar, pois em 2018 eram 155 docentes, diminuindo para 147 em 2019, 130 em 2020 e 121 em 2021. No Ensino Fundamental ocorreu o mesmo processo de redução do número de docentes, pois eram 601 em 2018, 555 em 2019, 506 em 2020 e 454 em 2021. Tais oscilações também são perceptíveis nas escolas particulares. Acredita-se que tais alterações estejam relacionadas à diminuição no número de matrículas, conforme verificado anteriormente.

Tabela 14 – Distribuição das variáveis, segundo o quantitativo de professores em Tucuruí, (2018 a 2021)

Anos/Graus	Funções Professores				
	Federal	**Estadual**	**Municipal**	**Particular**	**Total**
2018					
Pré-Escolar	-	-	155	34	185
Ensino Fundamental	-	-	601	124	705
Ensino Médio	68	155	-	44	260
2019					
Pré-Escolar	-	-	147	33	177
Ensino Fundamental	-	-	555	127	666
Ensino Médio	69	153	-	47	259
2020					
Pré-Escolar	-	-	130	28	158
Ensino Fundamental	-	-	506	138	624
Ensino Médio	74	151	-	52	267
2021					
Pré-Escolar	-	-	121	29	150
Ensino Fundamental	-	-	454	131	572
Ensino Médio	81	138	-	51	264

Fonte: MEC; Inep; Seduc. Elaboração: Fapespa/Seplad.

Em relação ao percentual de professores com curso superior, na Tabela 14 verifica-se que entre 2018 a 2021 ocorreu um aumento gradativo, tanto na Educação Infantil como na Educação Fundamental, sendo que apenas a creche apresentou um percentual de 100%. Tais dados corroboram o estudo de Rodrigues (2020), que constatou ser residual a existência de profissionais do magistério sem formação de nível superior no município de Tucuruí, justificando a necessidade de formação de aproximadamente 40 docentes na rede pública municipal em 2019.

Segundo Carvalho (2018), a formação do professor está diretamente relacionada ao desempenho dos estudantes. Seu estudo demonstrou que houve melhora no rendimento dos alunos do ensino fundamental quando o docente possuía graduação. Nesse sentido, reconhece-se a importância da formação docente para a qualidade e eficácia do trabalho realizado na escola. De acordo com Nóvoa (2009), a realidade escolar obriga a ir além dos muros da escola e dialogar com o público para intervir no espaço público da educação. Por isso, é imprescindível o investimento na formação de professores, tanto inicial (Graduação), quanto na continuada (Pós-Graduação).

Com o objetivo de relacionar o desempenho dos alunos à formação dos docentes, realizamos um levantamento das notas do Sistema de Avaliação da Educação Básica (Saeb), conforme apresentado na Tabela 15, com destaque para a taxa de aprovação e o desempenho

nas disciplinas avaliadas. Verificou-se que no Ensino Fundamental – anos iniciais, a nota em Matemática caiu de 205,58 em 2019, para 187,87 em 2021. Em Língua Portuguesa, a nota passou de 194,53 em 2019, para 184,75 em 2021, evidenciando queda em ambas as áreas.

Ao relacionar esses resultados com o percentual de docentes com curso superior atuando no Ensino Fundamental no mesmo período e etapa de ensino, observa-se também uma oscilação nas taxas de aprovação: 92,6% em 2020, 96,1% em 2021, 94,3% em 2022 e 97,4% em 2023. Portanto, há necessidade de investimento na formação superior dos professores, visto que é fundamental no PSE, compartilhar conhecimentos, traçar metas e objetivos compatíveis com a necessidade do território escolar e com a participação da comunidade escolar, o que é uma das propostas de intersetorialidade entre saúde e educação.

Tabela 15 – Distribuição das variáveis segundo o percentual de funções docentes com curso superior por etapa/modalidade de ensino: Tucuruí, 2020 a 2023

Anos	Educação Infantil			Ensino fundamental		
	Total	Creche	Pré-Escola	Inicial	Final	Total
2020	84,4	84,3	86,6	92,6	98,9	96,1
2021	92,8	98,4	90,6	96,1	99,7	98,4
2022	92,6	94,9	91,6	94,3	98,3	96,7
2023	99,5	100,0	99,3	97,4	99,7	98,5

Fonte: Inep (2024).

Sobre o Indicador de Regularidade do Docente da Educação Básica, que tem a finalidade de avaliar a regularidade do corpo docente nas escolas de educação básica a partir da observação da permanência dos professores nas escolas nos últimos cinco anos, a tabela 16 demonstra que as maiores taxas do município estão entre baixa e média regularidade, visto que o município não alcançou nenhum percentual na alta regularidade, o que significa que há alta rotatividade dos docentes no ensino básico, o que pode ser um entrave para a efetividade das intersetorialidades no Programa, visto que o Inep (2015) relata que a alta rotatividade de professores nas escolas pode afetar o estabelecimento de vínculo entre a escola e os alunos.

As temáticas do PSE exigem dos profissionais, tanto da saúde como da educação, um grau de conhecimento sobre a escola, a Atenção Básica e as redes de apoio que possam contribuir com as ações de promoção da saúde; para que o planejamento intersetorial seja condizente com as vulnerabilidades sociais educacionais, é fundamental o controle da rotatividade dos docentes, visto que a participação do professor é imprescindível no planejamento e execução do PSE para a identificação das situações específicas dos alunos e da comunidade escolar, para a continuidade das ações estratégicas do Programa e nos

direcionamentos dos eventuais problemas de saúde que possam surgir durante o período escolar.

Tabela 16 – Distribuição das variáveis segundo o percentual de escolas por faixa do Indicador de Regularidade do Docente (IRD)[12]: Tucuruí, 2020 a 2023

Ano		Baixa regularidade (0-|2)	Média-baixa (2-|3)	Média-alta (3-|4)	Alta (4-|5)
2018	Municipal	29,4	67,6	3,0	0,0
	Privado	18,2	27,3	45,5	9,0
2019	Municipal	17,6	73,5	8,9	0,0
	Privado	10,0	20,0	40,0	30,0
2020	Municipal	5,9	88,2	5,9	0,0
	Privada	8,3	16,7	50,0	25,0
2021	Municipal	30,3	60,6	9,1	0,0
	Privada	9,1	9,1	63,6	18,2
2022	Municipal	15,2	69,7	15,1	0,0
	Privada	8,3	8,3	66,7	16,7
2023	Municipal	21,2	63,6	15,2	0,0
	Privada	0,0	41,7	41,7	16,6

Fonte: Inep (2024).

Notas:

1) O indicador tem por objetivo avaliar a regularidade do corpo docente nas escolas de educação básica a partir da observação da permanência dos professores nas escolas nos últimos cinco anos (2018 a 2022). Para cada docente em cada escola foi atribuída uma pontuação de forma que fosse valorizado: o total de anos em que o docente atuou na escola nos últimos cinco anos, a atuação do docente na escola em anos mais recentes e a atuação em anos consecutivos. O Indicador de Regularidade do Docente (IRD) varia de 0 a 5, quanto mais próximo de 0, mais irregular é o vínculo do docente com a escola e quanto mais próximo de 5, mais regular é esse vínculo. O indicador de regularidade de cada escola é obtido a partir da média do indicador de regularidade de seus docentes, e representa, assim, a regularidade média do corpo docente da escola. As escolas foram classificadas pelas seguintes faixas do indicador de regularidade: Baixa regularidade (IRD médio igual ou menor que 2); Média-baixa (IRD médio maior que 2 até 3); Média-alta (IRD médio maior que 3 até 4); Alta (IRD médio maior que 4 até 5). A tabela apresenta o percentual de escolas da respectiva agregação em cada uma dessas faixas.

2) Inclui os professores responsáveis pela regência de classe e os professores responsáveis pela regência de módulo ou disciplina de turma desenvolvida em curso de modalidade de educação a distância.

No entanto, a Tabela 17 retrata adequação da formação do professor à disciplina que leciona e à etapa/modalidade de ensino, observando-se em 2023 que o índice de docentes com formação superior de licenciatura (ou bacharelado com complementação pedagógica) na mesma área da disciplina que lecionam, diminuiu para 78,2%, e o número de docentes com formação superior de licenciatura (ou bacharelado com complementação pedagógica) em área diferente daquela em que lecionam é de 12,9%.

Tabela 17 – Percentual de professores por grupo de adequação da formação à disciplina que lecionam e etapa/modalidade de ensino: Tucuruí, 2023

	Educação Infantil					Ensino Fundamental														
						Total					Anos Iniciais					Anos Finais				
	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5
Tucuruí	59,7	0	38,9	1,1	0,3	78,2	2,9	12,9	4,7	1,3	82,1	0	9	6,8	2,1	73,1	6,8	18	1,9	0,2

Fonte: Censo da Educação Básica (Inep, 2023).

Notas:
1) O docente é contabilizado em cada turma e disciplina que leciona.
2) Inclui os professores responsáveis pela regência de classe e os professores responsáveis pela regência de módulo ou disciplina de turma desenvolvida em curso de modalidade de educação a distância.
3) O indicador classifica o docente segundo a adequação de sua formação inicial a cada disciplina que leciona na educação básica, levando-se em conta as normatizações legais.
4) Categorias de adequação da formação dos docentes em relação à disciplina que lecionam: Grupo 1 - Docentes com formação superior de licenciatura (ou bacharelado com complementação pedagógica) na mesma área da disciplina que lecionam; Grupo 2 - Docentes com formação superior de bacharelado (sem complementação pedagógica) na mesma área da disciplina que lecionam; Grupo 3 - Docentes com formação superior de licenciatura (ou bacharelado com complementação pedagógica) em área diferente daquela em que lecionam; Grupo 4 - Docentes com formação superior não considerada nas categorias anteriores; Grupo 5 - Docentes sem formação superior.

Com base nos indicadores apresentados, observa-se que o município desempenha um papel relevante no sistema educacional, uma vez que é responsável pela gestão da maior parte das instituições de ensino básico. Verificou-se uma diminuição no número de matrículas, além do não cumprimento das metas projetadas do Ideb nos anos de 2017, 2019 e 2021, para os anos iniciais e finais do ensino fundamental. Tal cenário pode estar relacionado ao aumento da distorção idade-série ou à evasão escolar, embora sejam necessários mais estudos para compreender essas correlações de forma aprofundada.

Também se observam fragilidades na infraestrutura das instituições de ensino, o que compromete o cumprimento das metas relacionadas aos padrões mínimos de qualidade estabelecidos para a Educação Básica. Essas fragilidades tornam-se ainda mais evidentes quando relacionadas à formação docente, especialmente no que diz respeito à adequação da formação dos professores às disciplinas que lecionam. Embora tenha havido um aumento gradual no número de docentes com curso superior, a formação específica na área de atuação ainda é insuficiente. Outro ponto crítico é o baixo desempenho no Indicador de Regularidade do Docente da Educação Básica, que revela uma alta rotatividade dos professores – fator que pode comprometer a continuidade dos processos pedagógicos e o fortalecimento de vínculos dentro da comunidade escolar.

A análise das fragilidades mencionadas evidencia a ineficiência da política pública de educação diante dos desafios educacionais enfrentados pelo município. A falta de investimento adequado contribui para a desigualdade na formação dos estudantes, especialmente quando comparada à realidade de municípios mais desenvolvidos. É responsabilidade dos gestores assegurar o cumprimento do que estabelece a CF/1988, segundo a qual "a educação é dever do Estado" (Brasil, 1988). Da mesma forma, tem-se a LDB/1996, que garante o direito à educação com padrões mínimos de qualidade e a oferta de insumos indispensáveis ao desenvolvimento do processo de ensino e aprendizagem, em quantidade adequada por aluno, visando à promoção da equidade educacional (Brasil, 1996).

Segundo Junqueira, Inojosa e Komatsu (1997), é no município que a ação intersetorial se concretiza. Por isso, é fundamental a regularização e o fortalecimento da organização escolar para garantir a qualidade do ensino público, por meio do investimento na formação e na adequação da formação dos professores, bem como na infraestrutura do sistema educacional.

Esses fatores podem contribuir para ações mais dinâmicas e eficazes, uma vez que a intersetorialidade exige a reformulação da ação governamental a partir de um novo paradigma, voltado à promoção da inclusão social dos estudantes da escola pública, frequentemente negligenciados em relação ao mínimo social, e à elevação dos padrões de qualidade do ensino.

Dessa forma, a superação dos problemas estruturais e organizacionais do setor educacional é imprescindível para a efetividade do Programa Saúde na Escola (PSE).

4.4 A organização da Atenção Primária em Saúde de Tucuruí e os programas de saúde

O Plano Municipal de Saúde 2022–2025 do município de Tucuruí (Tucuruí, 2021a) apresenta a organização da Atenção Básica em 24 Unidades Básicas de Saúde (UBS), cinco Centros de Saúde e uma Unidade Básica de Saúde Fluvial. Nessas unidades estão alocadas 28 equipes de saúde, sendo 26 da modalidade Equipe de Saúde da Família (ESF) e duas Equipes de Atenção Primária (EAP); além disso, há 10 Equipes de Saúde Bucal (ESB), um Centro de Especialidades Odontológicas e um Laboratório de Prótese Dentária.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) permite que no máximo quatro equipes componham uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e recomenda que essas equipes funcionem com carga horária mínima de 40 horas semanais, durante, no mínimo, cinco dias por semana, ao longo dos 12 meses do ano. Essa estrutura visa garantir o fácil acesso da população adscrita, ou seja, cadastrada e residente no território de atuação das equipes de saúde, cuja cobertura

populacional varia entre 2.000 e 3.500 pessoas para as equipes ESF e até 2.000 pessoas para a modalidade EAP (Brasil, 2017).

Considerando que a Atenção Primária deve ser a porta de entrada ao SUS e a efetividade dos programas contribui para a integralidade das ações intersetoriais do PSE, foram descritos aqui os indicadores e as metas segundo as diretrizes do Programa Previne Brasil[5] (Brasil, 2019). Esse Programa regulava o financiamento da Atenção Básica até 2023 e determinava o valor recebido dos recursos pelo índice de alcance dos indicadores pactuados (Tucuruí, 2021a).

Assim, no que se refere à cobertura de ESF, o quantitativo de EFS permite um total de 89,29% no município, o que é considerado um bom nível de cobertura por equipes de saúde da família. A Tabela 18 destaca o número de cadastros de usuários e mostra que apenas quatro EFS alcançaram a meta de 4.000 cadastros até o 2º quadrimestre de 2023, o que corresponde a 16%, um número insipiente quando comparado à meta de cobertura de ESF pactuada no Plano Municipal de Saúde (Tucuruí, 2021a), que deve ser de 98%.

Tabela 18 – Distribuição do número de EFS, segundo o alcance das metas e o número de cadastros, atingidas no 2º quadrimestre de 2023: Tucuruí, 2024

	UNIDADE DE SAÚDE	2º QUADRIMESTRE	PONDERAÇÃO	META PARA PARÂMETROS	PARÂMETRO
1	P S F SANTA MONICA	5797	2456	Meta atingida	4.000
2	PSF DAS ILHAS	5261	2220	Meta atingida	4.000
3	PSF NOVA MATINHA	5234	2380	Meta atingida	4.000
4	P S F NOVA CONQUISTA	4355	2424	Meta atingida	4.000
5	PSF BEIRA RIO	3985	2268	15	4.000
6	PS F GETAT II	3969	1883	31	4.000
7	P S F GETAT	3742	2000	258	4.000
8	P S F PARAVOA	3700	1625	300	4.000
9	JARDIM COLORADO II	3660	1954	340	4.000
10	P S F SAO FRANCISCO	3575	1502	425	4.000
11	PSF JARDIM MARILUCE	3502	1424	498	4.000
12	P S F PIMENTAL	3286	1360	714	4.000
13	PSF MANGAL	3271	1441	729	4.000

[5] O Programa Previne Brasil foi instituído pela Portaria nº 2.979/2019, que alterou algumas formas de repasse das transferências para os municípios, com base em três critérios: capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas (Brasil, 2019).

14	PSF SANTA ISABEL	3125	1264	875	4.000
15	PSF JAQUEIRA	2710	1185	1.290	4.000
16	PSF MATINHA	2666	1341	1.334	4.000
17	PSF TERRA PROMETIDA I	2492	1151	1.508	4.000
18	PSF COHAB II	2470	955	1530	4.000
19	PSF COHAB	2444	928	1556	4.000
20	PSF JARDIM PARAISO	2312	911	1.688	4.000
21	PSF TERRA PROMETIDA II	2076	921	1.924	4.000
22	PSF PIONEIRA	1890	813	2.110	4.000
23	P S F JARDIM COLORADO	1738	923	2.262	4.000
24	PSF CRISTO VIVE	1514	791	2.486	4.000
25	PSF SAO VICENTE	938	524	3.062	4.000

Fonte: Departamento de Atenção Primária em Saúde de Tucuruí.

Ao desmembrarmos o desempenho das ESF, de acordo com os indicadores dos programas de saúde priorizados pelo Programa Previne Brasil, é possível destacar que a taxa de mortalidade infantil apresenta oscilações. Conforme a tabela 19, em 2018 essa taxa era de 12,11%, passando para 13,97% em 2019, ou seja, houve um aumento. Comparando-se com os demais municípios do estado, Tucuruí ocupa a 84ª posição, e em relação às cidades brasileiras, está na 2.145ª posição dentre os 5.570 municípios. Esse indicador é incompatível com a meta prevista no Plano Municipal de Saúde, que é de 10%.

Tabela 19 – Distribuição da taxa de mortalidade infantil: Tucuruí, 2023

Frequências	**Anos**					
	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Nascidos vivos	2.119	2.053	1.900	1.790	1.664	1.455
Óbitos em < de 1 ano	33	30	23	25	25	18
Mortalidade infantil	15,57%	14,61%	12,11%	13,97%	15%	12,4%

Fonte: Sinan Tucuruí.

A Tabela 20 refere-se à apresentação semafórica dos indicadores de desempenho da APS referentes aos seguintes programas: Pré-Natal; Saúde Bucal; Programa de Prevenção do Câncer de Colo de Útero; Programa de Imunização; Programa de Hipertensão. No Programa Pré-Natal, apenas 13 unidades alcançaram 70% da meta proposta, que é a de viabilizar a realização de no mínimo sete consultas de pré-natal por grávida, correspondendo a 46,4% do total de EFS. Em relação a sífilis e HIV, exames realizados no Programa Pré-Natal, 23 unidades

alcançaram a meta proposta do indicador de realização de tais exames, correspondendo a 82,1%. Apesar de ser um quantitativo relevante, a meta pactuada no Plano Municipal de Saúde (Tucuruí, 2021a) é de 100% até 2025 para a realização desses exames em todas as EFS.

Tabela 20 – Distribuição do segundo quadrimestre dos indicadores de desempenho segundo os programas de pré-natal, saúde bucal, prevenção do câncer de colo de útero, imunização, hipertensão: Tucuruí, 2023

ESF / Programas	Pré-Natal	Sífilis e HIV (%)	Saúde Bucal (%)	Citopatológico (%)	Polio e Penta (%)	Hipertensão (%)	(Hemoglobina Glicada) (%)	Total
ESF MANGAL	71	93	79	29	50	40	36	398
ESF BEIRA RIO	30	93	37	14	72	39	60	345
ESF PIMENTAL	53	100	67	18	67	19	19	343
ESF S. FRANCISCO	31	100	15	23	94	33	42	338
ESF GETAT	54	92	46	14	79	26	20	331
ESF J. PARAISO	20	80	70	19	89	23	22	323
ESF J. MARILUCE	56	81	13	17	100	31	18	316
ESF GETAT II	61	83	39	15	69	20	17	304
ESF ILHAS	40	80	40	18	63	22	22	285
ESF SANTA MONICA	44	74	11	18	63	40	31	281
ESF COHAB	30	70	40	17	80	20	19	276
ESF PARAVOA	35	96	17	22	50	30	22	272
ESF N. MATINHA	31	69	11	24	63	39	30	267
ESF JAQUEIRA	44	61	33	15	40	16	38	247
ESF SANTA ISABEL	53	80	7	15	55	10	22	242
ESF T. PROMETIDA II	44	81	0	9	64	9	33	240
ESF COLORADO II	40	37	63	17	65	6	5	233
ESF PIONEIRA	50	50	0	16	86	15	16	233
ESF COHAB II	33	78	11	20	50	23	11	226
ESF MATINHA	29	65	18	19	77	3	5	216
ESF J. COLORADO	9	64	64	4	64	5	5	215
ESF CRISTO VIVE	28	50	22	26	29	12	34	201
ESF PROMETIDA	47	67	0	10	43	13	17	197
ESF SÃO VICENTE	50	100	0	3	0	8	9	170

ESF CONQUISTA	4	39	25	16	57	9	5	155

(conclusão)

USF FLUVIAL	0	0	0	0	0	0	0	0
ESF TERRA PROMETIDA EAP	0	0	0	0	0	0	0	0
ESF T. PROMETIDA EAP	0	0	0	0	0	0	0	0
Total 70% : (%)	13 (46,4%)	23 (82,1%)	05 (8,9%)	01 (3,6%)	10 (35,7%)	06 (21, 4%)	04 (14,3%)	

Fonte: Adaptado pela autora a partir dos dados da SMS Tucuruí/Coordenação e-SUS.
Se menor que 40% da meta = ; entre 40% e 69% da meta = amarelo; entre 70% e 99% da meta = verde; se maior ou igual a meta = azul.

Sobre o indicador relacionado à gravidez na adolescência, a Tabela 20 destaca o número de nascimentos por faixa etária das mães de 10 a 14 anos, observando-se que foram 33 em 2018, reduzindo para 28 em 2019 e 22 em 2021. No entanto, na faixa etária de 15 a 19 anos, observa-se uma frequência mais expressiva: 455 em 2018, 399 em 2019 e 360 em 2020. Em 2022, a taxa foi de 19,73%, acima da meta estabelecida pelo Plano Municipal de Saúde (Tucuruí, 2021a), que é de 19%. A meta é reduzir em 16% a gravidez na adolescência na faixa etária de 10 a 19 anos até 2025. A seguir, a Tabela 21 traz um cenário da mortalidade em Tucuruí no período de 2018 a 2020:

Tabela 21 – Distribuição de nascimentos por faixa etária da mãe: Tucuruí, 2018-2022

Faixa Etária da Mãe	2018	%	2019	%	2020	%	2022	%
10 a 14 anos	33	2%	28	2%	22	1%	15	1,0
15 a 19 anos	455	24%	399	22%	360	21%	287	19,7
20 a 24 anos	550	29%	495	28%	492	29%	448	30,8
25 a 29 anos	386	20%	411	23%	403	24%	336	23,1
30 a 34 anos	325	17%	283	16%	245	14%	210	14,4
35 a 39 anos	122	6%	132	7%	131	8%	128	8,8
40 anos ou mais	29	2%	42	2%	42	2%	31	2,1
Total	1.900	100,00%	1.790	100	1.695	100	1.455	100

Fonte: DataSUS/MS. Elaboração: Fapespa/Seplad, 2023.

Sobre o Programa Saúde Bucal, a Tabela 20 destacou que apenas cinco EFS alcançaram a meta estabelecida, e o percentual dos indicadores corresponde a 8,9% de EFS, muito aquém do objetivo pactuado no Plano Municipal de Saúde de 2022 a 2025, que é ampliar o acesso à atenção odontológica na Atenção Básica. No que tange ao exame citopatológico do Programa de Prevenção do Câncer de Colo de Útero, observa-se que apenas uma ESF alcançou o

percentual de 70% da meta estabelecida, correspondendo a 3,6% das EFS; a referência dessa meta encontra-se bastante fragilizada, visto que o município pactuou ampliar para 0,20% a razão de mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos com exame citopatológico a cada três anos e garantir o seguimento (Tucuruí, 2021a).

Sobre o programa de imunização de poliomielite e pentavalente, a Tabela 20 destaca que apenas dez EFS alcançaram 70% da meta estabelecida, correspondendo a 35,7% das EFS para este indicador. Isto se torna preocupante, visto que a Atenção Básica tem como meta pactuada no Plano Municipal de Saúde 2022 a 2025, melhorar a cobertura vacinal das crianças menores de dois anos para 95% ,com garantia dos imunológicos em parceria com as creches para verificação do calendário vacinal e acompanhamento intersetorial, que nesse caso necessita de investimento no planejamento do PSE.

Sobre o Programa de Hipertensão, a tabela 20 destaca que seis ESF alcançaram 70% do percentual da meta proposta, que consiste na garantia da aferição da pressão arterial em 40% das pessoas hipertensas cadastradas pelas equipes, correspondendo a 21,4% das ESF. Observa-se a necessidade de maiores investimentos para o alcance dessa meta, visto que a Secretaria Municipal pactuou, no Plano Municipal de Saúde 2022 a 2025, a meta de realizar até 50% das aferições de pressão arterial até 2025.

Em relação à realização da hemoglobina glicada, exame de controle da diabetes, apenas quatro ESF alcançaram 70% da meta proposta, correspondendo a 14,3%. Essa meta refere-se à garantia da realização da hemoglobina glicada aos pacientes diabéticos atendidos pelas equipes de Atenção Primária à Saúde pelo menos uma vez ao ano.

Sobre o indicador de mortalidade geral, entre os anos de 2018 e 2019 houve uma diminuição no número de óbitos, já em 2020 houve um aumento (Fapespa, 2023b). Segundo Calazans, Guimarães e Nepomuceno (2023), entre 2008 e 2018 ocorreu uma queda acentuada das taxas específicas de mortalidade por todas as causas em todas as regiões do país.

No que tange às principais causas de mortalidade, a Tabela 22 demonstra que há uma incidência maior nos óbitos por doenças circulatórias e nos óbitos por causas externas. De acordo com a OMS, as lesões por causas externas compreendem acidentes e violências, abrangendo lesões tanto de caráter não intencional quanto intencional. Dentre estas, destacam-se os homicídios, cujo número no Brasil é elevado e provoca a mortalidade de jovens por agressões entre 15 e 29 anos, um fenômeno que se articula com o abandono escolar, o recrutamento de jovens pelo tráfico e a consequente criminalidade juvenil (Portilho *et al.*, 2023).

Tabela 22 – Distribuição da mortalidade geral em Tucuruí segundo as principais causas, 2018-2020

Causas	2018		2019		2020	
Sistema Nervoso	4	1%	8	3%	16	6%
Aparelho Circulatório	110	37%	133	49%	132	48%
Aparelho Respiratório	44	15%	25	9%	31	11%
Aparelho Digestivo	16	5%	25	9%	13	5%
Transtornos Mentais e Comportamentais	4	1%	0	0%	1	0%
Causas Exter Morbidad e Mortalidade	114	38%	74	27%	70	25%
Gravidez, Parto e Puerpério	1	0%	1	0%	0	0%
Aparelho Geniturinário	6	2%	6	2%	12	4%
TOTAL	299	100%	272	100%	275	100%

Fonte: Elaboração da autora a partir dos dados do DataSUS/MS; Fapespa/Seplad (2023).

A Tabela 23 mostra que a taxa de homicídios entre jovens de 15 a 29 é bastante elevada. Esse fenômeno pode ser mediado pela incapacidade dos Órgãos públicos serem mais eficazes na assistência social e na segurança pública, bem como pela desestruturação familiar, desigualdades, crise econômica e reduzida oferta de mecanismos de enfrentamento. Evoca-se a necessidade de atuar na prevenção e promoção da saúde para redução desses agravos, buscando investimentos mais efetivos nas políticas públicas sociais mediadas pela intersetorialidade entre saúde, educação e assistência social, bem como nas intervenções promovidas no PSE.

Tabela 23 – Distribuição da taxa de homicídios total, taxa de homicídio de jovens de 15 a 29 anos e taxa de mortes por acidentes de trânsito em Tucuruí, 2011-2020

Anos	Óbitos	Taxa de Homicídio Total (100 mil habitantes)	Taxa de Homicídio de Jovens de 15 a 29 anos (100 mil jovens)	Taxa de Mortes por Acidente de Trânsito (100 mil habitantes)
2015	388	40,1	46,42	14,9
2016	455	57,9	98,25	16,5
2017	481	72,4	88,43	24,4
2018	460	56,2	78,77	25,0
2019	431	33,4	57,22	9,7
2020*	593	31,3	47,96	13,9

Fonte: Elaboração da autora a partir do DataSUS/MS; Fapespa/Seplad.

A Atenção Primária em Saúde (APS) ou Atenção Básica (AB) é considerada a principal e mais adequada porta de acesso dos cidadãos ao SUS, é o primeiro nível de atenção à saúde e o principal centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS). É nesse nível que deve ser coordenado o cuidado e ordenadas as ações e serviços disponibilizados na RAS. A Política

Nacional de Atenção Básica (PNAB) tem na Estratégia Saúde da Família (ESF) o principal equipamento de atenção à saúde.

O município apresenta seu Plano Municipal de Saúde 2022 a 2025 com metas pactuadas bastante relevantes e compatíveis com a estrutura organizacional da Atenção Básica, no que tange à efetividade das ações dos programas da Atenção Básica, como Pré-Natal; Saúde Bucal; Programa de Prevenção do Câncer de Colo de Útero; Programa de Imunização; Programa de Hipertensão. Observa-se, entretanto, a precarização de tais programas de saúde, visto que as metas propostas não são alcançadas por um quantitativo satisfatório de ESF.

O município de Tucuruí apresenta um nível adequado de cobertura pactuada de ESF, no entanto a operacionalidade das EFS é insatisfatória, pois não se alcança a meta de cadastro dos usuários por todas as EFS, o que não possibilita traçar planos de trabalho adequados às necessidades do território adstrito. A taxa de mortalidade infantil apresenta oscilação, e a taxa de gravidez na adolescência ainda não chegou ao desejável. Quanto às taxas de homicídio em adolescentes, pode-se dizer que são elevadas.

Tais indicadores de saúde aqui apresentados fornecem um detalhamento da caracterização do munícipio e possibilitam a compreensão da relação das ações e serviços ofertados na Atenção Básica. Todavia, observa-se um esvaziamento dos princípios da equidade e da integralidade e de suas diretrizes de população adscrita: cuidado centrado na pessoa; resolutividade; longitudinalidade e coordenação do cuidado (Brasil, 2017), importantes para planejar, apoiar, monitorar e avaliar as ações da Atenção Básica nos territórios.

No que tange aos indicadores que se interseccionam entre saúde e educação, torna-se emergencial estabelecer como prioridades, para o alcance das metas, a realização de no mínimo sete consultas de pré-natal, com 100% dos exames previstos, e a prevenção da gravidez na adolescência, visto que sua incidência é preocupante. A Secretaria Municipal de Saúde do município (Tucuruí, 2021) pactuou a redução dessa problemática, realizando, entre outras ações, atividades educativas com estudantes das escolas públicas e o trabalho de promoção do planejamento familiar nas escolas.

Nesse sentido, dada a importância da Atenção Básica para uma gestão qualificada, capaz de desenvolver práticas que vão desde a promoção, prevenção e proteção até o diagnóstico, tratamento e recuperação dos estudantes do ensino básico, é necessário maior investimento no sistema de saúde e um planejamento intersetorial qualificado entre saúde e educação. Isso visa favorecer uma reorientação da organização do sistema e do processo de trabalho, ampliando e potencializando os níveis de promoção da saúde e a resolutividade dos problemas que impactam a qualidade de vida dos educandos.

A contextualização realizada nesta subseção mostrou que o município de Tucuruí ocupa posição importante na RILT e que, ao longo dos anos, mudanças históricas, sociodemográficas e epidemiológicas afetaram os indicadores de educação e saúde. Notou-se que apesar da arrecadação significativa decorrente dos grandes projetos na região, os investimentos em políticas públicas sociais, especialmente em educação e saúde, são insuficientes diante dos problemas locais. Essas fragilidades representam desafios para a efetividade da intersetorialidade no PSE, tema que será aprofundado nas próximas seções.

5 A GESTÃO INTERSETORIAL NO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA NO MUNICÍPIO DE TUCURUÍ

Esta seção tem como objetivo de averiguar como as alterações do arcabouço normativo influenciam a gestão intersetorial do PSE no município de Tucuruí, bem como apontar os processos de gestão a favor da intersetorialidade, produzidos nos documentos oficiais, evidenciando como se integralizam na prática da gestão. Para melhor compreensão, fez-se a divisão em quatro subseções, a saber: 5.1 "A importância da gestão intersetorial para a política da saúde na escola", que descreve a gestão intersetorial do PSE e seu contexto na política da saúde na escola e para a formação escolar de qualidade social; 5.2 "O processo de implementação e gestão do PSE no município de Tucuruí no período de 2008 a 2016", em que se faz uma relação entre as normatizações do PSE e a implantação e implementação do Programa nesse período; 5.3 "O processo de implementação e gestão do PSE no município de Tucuruí no período de 2017 a 2022", em que se estabelecem as alterações do arcabouço normativo e a influência da gestão intersetorial do PSE; e 5.4 "Processos de gestão estruturantes do PSE no município de Tucuruí", em que procuramos demonstrar os processos de gestão estabelecidos a partir da prática, verificando os elementos gerados a favor da gestão intersetorial.

Nesse sentido, para averiguar como as alterações do arcabouço normativo influenciam a gestão intersetorial do PSE no município de Tucuruí, foram utilizados os documentos oficiais federais do PSE, produzidos de 2007 a 2022, e os documentos produzidos no próprio município sobre a gestão no PSE em Tucuruí. São eles: Decreto Interministerial n. 6.296/2007; as Portarias Interministeriais que produziram alterações na adesão do Programa, a saber: Portaria Interministerial n. 1.861/2008, Portaria Interministerial n. 3.696/2010, Portaria Interministerial n. 1.413/2013 e Portaria Interministerial n. 1.055/2017; Nota Técnica n. 69/2017-CGN/DAB/SAS/MS (Brasil, 2017); Documento Orientador Indicadores e Padrões de Avaliação PSE ciclo 2017-2018 (Brasil, 2018); Documento Orientador Indicadores e Padrões de Avaliação PSE ciclo 2021-2022 (Brasil, 2022); Caderno do Gestor do PSE (Brasil, 2015, 2022); Relatório de Desempenho do PSE (Tucuruí, 2022a); Relatório do PSE referente ao ciclo 2017-2018 (Tucuruí, 2018); Relatório dos Serviços Vinculados à Atenção Primária de Saúde da Coordenação do PSE 2021-2022 (Tucuruí, 2021b); Plano de Ação do PSE para o Ciclo 2021-2022 (Tucuruí, 2021a); Plano de Ação para o ciclo do PSE da Semec 2021-2022

(Tucuruí,2021c); Plano de Ação do PSE (Tucuruí, 2022d); Atas de Reuniões de Planejamento (Tucuruí, 2022b); Memorando n. 062/2022-GS (Tucuruí, 2022c).

5.1 A IMPORTÂNCIA DA GESTÃO INTERSETORIAL PARA A POLÍTICA DA SAÚDE NA ESCOLA

Falar sobre gestão intersetorial no contexto do Programa Saúde na Escola (PSE) no município de Tucuruí não é tarefa simples, pois envolve a compreensão de várias dimensões: as políticas de saúde na escola; os fundamentos da promoção da saúde alinhados ao conceito ampliado de saúde; o contexto da escola de ensino básico; e, por fim, a intersetorialidade no PSE. Além disso, a gestão intersetorial no PSE abrange dois setores fundamentais para os estudantes da rede pública: educação e saúde.

Considerando que a Constituição Federal de 1988, em seu artigo 205, estabelece que "a educação é direito de todos e dever do Estado [...] visando o pleno desenvolvimento da pessoa" e que "a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas", se reconhece que o direito à educação e à saúde é universal e assegurado pela Constituição, sendo dever do Estado garanti-los (Brasil, 1988, p. 110 e 115).

Assim, o PSE é uma política de gestão intersetorial originada da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Nesse contexto, a promoção da saúde é entendida como um conjunto de estratégias para produzir saúde em níveis individual e coletivo, caracterizada pela articulação e cooperação intra e intersetorial, além da formação da Rede de Atenção à Saúde (Brasil, 2018a, p. 7).

Na perspectiva da intersetorialidade entre saúde e educação – embora seja um termo polissêmico, a intersetorialidade emerge da integração de esforços entre os dois setores para atender às demandas dos estudantes em um cenário complexo e multicausal (Oliveira, 2017). Essa intersetorialidade é mediada pela noção de território, de modo que a localidade, descentralizada política e administrativamente, deve promover saúde reconhecendo os problemas locais sob uma visão ampla, condizente com os determinantes desse microterritório. Desse modo, as possibilidades da gestão intersetorial devem ser mais assertivas para ampliar o poder de decisão dos educandos, considerando que o manual Passo a Passo do PSE define a escola como:

> um espaço de desenvolvimento do pensamento crítico e político, que pode ser formadora de valores pessoais, crenças, conceitos e maneiras de conhecer o mundo e dessa maneira produzir influências direta ou indiretamente na produção social da saúde através da participação ativa dos sujeitos em práticas cotidianas. (Brasil, 2011, p. 5).

Nesse sentido, reconhecemos a importância da escola pública e seu potencial para o desenvolvimento crítico do ser humano. No entanto, não basta apenas reconhecer o ambiente escolar como importante para a promoção da saúde; é necessária a efetividade da política pública educacional, por meio de investimentos consistentes por parte do Estado, que criem subsídios como a adequação dos espaços escolares e uma infraestrutura condizente com a qualidade do ensino, capazes de garantir o bem-estar físico e emocional dos educandos, além de investimentos na formação dos profissionais, para a concretização dos objetivos do PSE.

Segundo Dourado e Oliveira (2009), para efetivar uma escola de qualidade é necessário compreender que a educação envolve processos complexos, cujas causas dependem de um conjunto de determinantes que interferem e ultrapassam os limites e possibilidades da dinâmica pedagógica, econômica, social, cultural e política de uma dada sociedade. A educação se articula a diferentes dimensões e espaços da vida social, sendo, ela própria, um elemento constitutivo e constituinte das relações sociais mais amplas. Envolve questões macroestruturais, como concentração de renda, desigualdade social e educação como direito, dentre outras. Há também questões microestruturais, como a análise do processo de organização e gestão do trabalho escolar, que abrangem condições de trabalho, processos de gestão da escola, dinâmica curricular, formação e profissionalização docente.

Dessa maneira, observa-se que há um cenário complexo no campo educacional, e portanto, não haverá efetividade nas ações do PSE se os objetivos do Programa não observarem, conforme Libâneo, Oliveira e Tosch (2012), que as transformações da sociedade atual, o contexto da globalização e a revolução tecnológica provocam mudanças na sociedade, tornando-a mais técnico-informacional, direcionando a educação e o conhecimento para o viés do capitalismo, tornando-os força motriz e eixos de transformação na perspectiva produtiva.

Nesse contexto, a educação, que se configura como um dos pilares dos determinantes da saúde dos educandos do ensino básico, urge por investimentos do Estado, por meio de planos e metas condizentes com as necessidades desse nível de ensino, que dignifiquem a formação de cidadãos críticos, reflexivos e autônomos (Freire, 2011). Isso se faz necessário, pois no neoliberalismo, “a educação constitui um problema econômico” (Libâneo; Oliveira; Tosch, 2012, p. 124).

Isso resulta em um ataque à educação voltada para a transformação social ampla e emancipadora, alinhada à autonomia dos sujeitos. Em vez disso, impõe-se um processo educativo orientado pelo desenvolvimento por competências, com o objetivo de formar trabalhadores polivalentes e competentes para o aumento da produtividade.

Nesse diálogo, a compreensão da intersetorialidade entre saúde e educação, para subsidiar a gestão do PSE, é importante frente às necessidades e vulnerabilidades sociais dos alunos da escola pública, pois o principal objetivo do PSE é contribuir para a formação integral e o desenvolvimento de crianças, jovens da rede pública de ensino, e para isso criou-se a política intersetorial, com responsabilidade compartilhada entre saúde e educação, cooperação para ampliar a atuação sobre determinantes e condicionantes da saúde.

Diante desses aspectos, a Política de Saúde na Escola deve considerar as dimensões macroestruturais e microestruturais que influenciam a efetividade da educação na escola pública, assim como as do SUS, para viabilizar a gestão intersetorial entre Educação e Saúde e compreender a influência dessas dimensões no alcance dos objetivos propostos. Portanto, a formação escolar não é um processo simples, já que sua engrenagem e eficácia dependem de investimentos em diversos processos, conforme os seguintes, descrito por Paro (2018): a) investimento em processos educativos qualitativos que possibilitem a apropriação histórica da herança cultural entre sujeitos livres; b) conhecimento sobre a anatomia das práticas pedagógicas e das relações sociais no cotidiano da escola básica, para investir em políticas públicas adequadas às suas necessidades; c) investimento na estrutura didática e administrativa da escola (currículos, programas, métodos, organização horizontal e vertical do ensino).

Quando nos referimos ao processo de ensino na escola pública, a complexidade aumenta, pois há maior disparidade social nos indicadores dessa etapa educacional. A PNPS aponta que para a necessidade de articulação com outras políticas públicas a fim de fortalecê-las, é imperativa a participação social e dos movimentos populares, em virtude da impossibilidade de que o setor sanitário responda sozinho ao enfrentamento dos determinantes e condicionantes da saúde (Brasil, 2018).

Para tanto, o PSE, como um programa representante da PNPS, suscita a operacionalização da sua política em práticas na perspectiva de trabalho de gestão multidisciplinar, articulada, integrada e em redes, de forma que se considerem as necessidades em saúde dos educandos e as ações articuladas entre os diversos atores de um determinado território. A Lei de criação do SUS, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde, destaca no artigo 3º que “a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação” (Brasil, 1990, p. 1), tendo como parâmetro que os níveis de saúde da população se expressam na forma da organização social e econômica do país.

Saúde e educação devem ser debatidas, compreendidas e fortalecidas pela participação social, visto que a LDB destaca: “A educação abrange os processos formativos que se desenvolvem na vida familiar, na convivência humana [...] nos movimentos sociais e nas manifestações culturais” (Brasil, 1996, p. 23). As políticas e os programas públicos oriundos das políticas públicas de saúde e de educação são fundamentais para a formação cidadã e para a melhoria da qualidade de vida e saúde da população, pois melhores níveis de educação estão relacionados a uma população mais saudável, assim como uma população saudável tem mais possibilidades de se apropriar de saberes e conhecimentos da educação formal e informal.

No entanto, Libâneo, Oliveira e Tosch (2012) destacam que há fragilidades no campo educacional, denotadas pela precarização da escola pública, tornando desafiadora a construção da educação pública de qualidade. Tais evidências tornam desafiadora a implementação de um programa com as diretrizes do PSE, visto que segundo Paro (2018), a escola pública é desassistida pelo Estado, o que precariza a educação e produz apenas camadas de trabalhadores com um mínimo de escolaridade.

Assim, torna-se imprescindível a gestão intersetorial entre os setores da saúde e da educação, uma vez que as demandas e a precarização da escola pública exigem medidas políticas mais assertivas na execução do processo educacional a favor da autonomia dos educandos, considerando que a educação é um direito constitucional, assim como o acesso a bens e serviços de saúde que minimizem os fatores determinantes do processo saúde-doença.

5.2 O PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO E GESTÃO DO PSE NO MUNICÍPIO DE TUCURUÍ (2008-2016)

A adesão do município ao PSE ocorre de forma intersetorial, envolvendo os secretários de Saúde e de Educação; por isso, é descentralizada. Antes da emissão da Portaria Interministerial n. 1.055/2017 (Brasil, 2017), essa adesão era realizada anualmente por meio da formalização de um Termo de Compromisso, que envolvia as esferas municipal, estadual e federal, além dos Grupos de Trabalho Intersetoriais.

No início, em 2008, o cadastro dos municípios foi estabelecido pela Portaria n. 1.861/2008 (Brasil, 2008), que priorizou municípios com Ideb menor ou igual a 2,69. Portanto, por não atender a esse critério, o município de Tucuruí não aderiu em 2008.

O Quadro 10 destaca a evolução da gestão do PSE no período de 2008 a 2016 e nele se verifica a primeira Portaria (n. 1.861/2008) que normatizava os critérios de adesão e de financiamento. Com o critério de adesão, houve a nomeação do GTI-M, a elaboração de um

projeto do PSE que deveria compreender o diagnóstico situacional com determinantes sociais, epidemiológico e modalidades de ensino das escolas. Além destes, o mapeamento da rede SUS; as atribuições da ESF; e os responsáveis pela área de saúde no território da escola, priorizando que a escola estivesse no território da ESF, inclusive para o recebimento do financiamento.

Quadro 10 – Resumo das Portarias e da gestão do PSE em Tucuruí (2008-2016)

PORTARIAS INTERMINISTERIAIS	CRITÉRIOS	GESTÃO DO PSE MUNICIPAL
Portaria n. 1.861/2008	Considera a Política de atenção básica de 2006; O Pacto pela Saúde entre as esferas de governo na consolidação do SUS considera o financiamento e transferências em forma de bloco de financiamento com respectivo monitoramento e controle; Critério de adesão: Ideb menor ou igual a 2,69; Adesão: Gestores municipais. Nomeação do GTI-M (representantes da saúde e da educação). Elaborar projeto do PSE: 1 Diagnóstico situacional com determinantes sociais, epidemiológico e modalidades de ensino; 2 Mapeamento da rede SUS; 3 Atribuições da ESF; responsáveis pelo áreas de saúde no território da escola; 4 Identificação da escola e professor responsável pela articulação das ações de prevenção e promoção; 5 Programação das atividades do PSE incluídas no projeto político-pedagógico de cada uma das escolas; O GTI da CIB após homologação enviará o projeto ao Ministério da Saúde; I – Os recursos financeiros do PSE serão pagos a partir da adesão do município. Em parcela única, no último trimestre de cada ano, com base no número de EFS cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional (SCNES); Para fazer jus ao financiamento, as escolas em que atuaram as EFS devem estar no território de responsabilidade dessas equipes.	Sem critério para adesão do município de Tucuruí.
Portaria Interministerial n. 3.696/2010	Considera a Política de atenção básica de 2006; Ampliar a cobertura do PSE e intensificar a atuação do PSE; Altera os critérios de adesão: Ideb menor ou igual a 4.5; Municípios com escolas participantes do Programa mais Educação; Adesão: Determina que o GTI M elabore e envie o Projeto Municipal de saúde; 1 Diagnóstico situacional com determinantes sociais, epidemiológico e modalidades de ensino; 2 Mapeamento da rede SUS; 3 Atribuições da ESF; responsáveis pelo áreas de saúde no território da escola; 4 Identificação da escola e professor responsável pela articulação das ações de prevenção e promoção; 5 Programação das atividades do PSE incluídas no projeto político-pedagógico de cada uma das escolas; 6 Atribuições conjuntas das EFS e das escolas; 7 A proposta de funcionamento do GTI-M; periodicidade, reuniões, integrantes etc.;	• Início da Pactuação de Tucuruí; • Formação do GTI-M (porém sem formalização); • Treinamento das equipes em Belém • Ausência de Formalização do GTI-M.

	8 Plano de ação local contendo o cronograma das ações do projeto em que constem as diferentes fases de implantação, implementação, o prazo e os responsáveis; O GTI da CIB após homologação enviará o projeto ao Ministério da Saúde.	
Portaria Interministerial n. 1.413/2013	Considera a Política de Atenção Básica; Lei Orgânica do SUS 8.080; Portaria n. 675 institui a Ciese; Decreto n. 7.827 regulamenta a Lei Orgânica; Necessidade pactuação de metas para as ações de promoção e atenção à saúde, ampliação da cobertura e intensificação das ações; Todas as equipes de saúde podem ser vinculadas ao PSE; A adesão passa a ser informatizada em site eletrônico; Indicação das equipes da AB, da escola por nível de ensino: creches, pré-escola, fundamental, médio e EJA, número de educandos; Define as competências do GTI-F; GTI-E e GTI-M; Assinatura de termo de compromisso contendo compromisso em instituir o GTI-M; Promover a articulação do PSE com o projeto político-pedagógico das escolas do Programa; Definir as ações e metas para prazo de um ano.	• Ausência de articulações do GTI-M; • Ações pontuais e isoladas; • Município em inadimplência, ausência de recebimentos de recursos.

Fonte**:** Elaborado pela autora.

A Portaria Interministerial n. 3.696/2010, que regulamentou o PSE e substituiu a Portaria n. 1.861/2008, definiu como critérios de adesão a nomeação do GTI-M, a elaboração de um projeto do PSE que contemplasse o diagnóstico situacional com determinantes sociais, epidemiológicos e modalidades de ensino das escolas; o mapeamento da rede do SUS; as atribuições da ESF; e os responsáveis pela área de saúde no território da escola.

Essa Portaria não enfatizou que a escola estivesse situada no território da ESF. Acrescentou, porém, a solicitação das seis atribuições conjuntas das ESF e das escolas; a proposta de funcionamento do GTI-M, incluindo periodicidade, reuniões, integrantes, entre outros aspectos. Também exigiu um plano de ação local contendo o cronograma das ações do projeto, em que constassem as diferentes fases de implantação e implementação, os prazos e os responsáveis (Brasil, 2010).

O relatório de desempenho do PSE (Tucuruí, 2022) destacou que a adesão do município ao PSE ocorreu em 2010, e nesse contexto foi formado o primeiro GTI-M, constituído de um representante da Educação e um representante da Saúde, porém não houve uma formalização legal e oficial do GTI-M. Esse mesmo relatório destaca que a equipe gestora foi encaminhada para treinamento em Belém.

Segundo o Caderno do Gestor do PSE (Brasil, 2022), a partir de 2013 todos os municípios estavam aptos a aderir ao PSE. A Portaria Interministerial nº 1.413/2013 (Brasil, 2013) foi instituída pela necessidade de pactuação de metas para as ações de promoção e

atenção à saúde. Entre seus aspectos mais relevantes, permitiu a ampliação da cobertura e a intensificação das ações no PSE, possibilitando o vínculo de todas as equipes de saúde. Foram incluídas as escolas por nível de ensino – creches, pré-escola, Ensino Fundamental, Médio e EJA – e por número de educandos.

Esta mesma Portaria passou a fazer a adesão pelo *site* eletrônico. Foi a primeira Portaria a definir as competências do GTI-F, GTI-E e GTI-M e assinatura de termo com o compromisso de instituir o GTI-M. Ademais, promoveu a articulação do PSE com o projeto político-pedagógico das escolas e definiu as ações e metas para um prazo de um ano.

Apesar da importância dessa Portaria, principalmente no que tange à ampliação do número de EFS e nas modalidades de ensino, o relatório das ações do PSE (Tucuruí, 2022a) apontou a ausência de articulações do GTI-M nesse período. As ações de saúde ocorreram de forma pontual e setorializada, assim o município se manteve inadimplente na execução de plano de trabalho, e com isso não recebeu os financiamentos do Programa.

Segundo o Caderno do Gestor do PSE (Brasil, 2022), em 2014 houve uma nova adesão dos municípios ao PSE, mantidos em 2015. Já em 2016 não houve adesão dos municípios, e em 2017 estabeleceu-se a duração da adesão por dois anos, o que ficou conhecido como ciclo de adesão ao PSE, tendo retornado o processo de adesões.

Percebe-se que a lógica intersetorial do PSE, no período de 2008 a 2016, está presente em três portarias que orientam a preparação dos municípios para a implantação do Programa. Apesar da evolução das exigências quanto às competências dos GTI-F, GTI-E e GTI-M, e do compromisso de instituir o GTI-M para promover a articulação do PSE, inclusive com o projeto político-pedagógico das escolas, essas recomendações não se concretizaram na prática do PSE em Tucuruí.

Verificou-se, no relatório, insuficiência na estruturação do programa: embora tenha sido formado o primeiro GTI-M, não houve formalização adequada, além de fragilidades na gestão das ações, evidenciadas pela realização de atividades pontuais e pelo corte e bloqueio no financiamento do Programa. Vários estudos relacionados ao PSE demonstram fragilidades nos primeiros anos de implantação, entre eles um estudo produzido por Chiari (2015) em Belo Horizonte, que demonstrou um esvaziamento do GTI-M, com indicativos de fragilidade na gestão e no desenvolvimento das ações intersetoriais. Outro estudo, produzido por Wachs *et al.* (2022), demonstrou que apesar da evolução positiva, houve limitações no trabalho conjunto entre Saúde e Educação e distanciamento das diretrizes.

Tais indicativos demonstram que não houve organização adequada nos municípios para cadastrar e implementar o PSE, visto que, antes de sua criação, em 2007, já ocorriam

atendimentos de caráter biomédico aos alunos e ações pontuais pela equipe de Saúde na escola (Silva, 2019). Essas questões podem estar relacionadas à falta de investimento na implantação do Programa pelo Estado, considerando que sua estruturação é uma exigência dos organismos internacionais para a educação. O Brasil, inclusive, já havia se comprometido quando o Ministério da Saúde assinou o pacto com o Programa das Nações Unidas para desenvolver um modelo sanitário na perspectiva da promoção da saúde, em 1998-1999 (Malta *et. al*., 2014).

A Constituição Cidadã ressalta a necessidade do atendimento a outros bens e serviços essenciais para a promoção da educação integral, como alimentação, transporte, acesso à assistência à saúde e direitos dos educandos sob responsabilidade de outros setores, mas imprescindíveis para a efetividade do direito à educação.

> O dever do Estado com a educação será efetivado mediante a garantia de: [...] VII – atendimento ao educando, em todas as etapas da educação básica, por meio de Programas suplementares de material didático-escolar, transporte, alimentação e assistência à saúde. (Brasil, 1988, art. 208, § VII).

No entanto, verificou-se que, na prática, no município, o processo de municipalização, a descentralização e a prerrogativa da intersetorialidade não ocorreram conforme estabelecido na Constituição Federal de 1988. Conforme destacado por Castro e Duarte (2008), o controle da gestão das políticas sociais, inclusive da educação, sempre foi usado como manobra política para que grupos mantivessem sua hegemonia centralizadora. Portanto, o arranjo administrativo municipal deveria articular as políticas públicas sociais de modo a garantir que os problemas enfrentados pelos desassistidos, marginalizados e mais pobres fossem atendidos, assegurando-lhes o acesso à saúde e à educação de qualidade, conforme previsto na Constituição. Dessa forma, esse novo modelo de gestão favoreceria o PSE.

Assim, destaca-se que a implantação do PSE em Tucuruí, conforme os relatórios do Programa, enfrentou diversos obstáculos e não houve uma estruturação adequada das equipes de educação e saúde para subsidiar a gestão intersetorial do PSE.

5.3 O PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO E GESTÃO DO PSE NO MUNICÍPIO DE TUCURUÍ (2017-2022)

O período de 2017 a 2022 foi delimitado para esta subseção porque corresponde a importantes ciclos do PSE, a saber. A Portaria Interministerial n. 1.055, de 25 de abril de 2017 (Brasil, 2017a), provocou a reestruturação do Programa, pois estabeleceu várias mudanças. A partir dessa Portaria, a orientação aos municípios foi feita através da Portaria n. 69/2017 (Brasil, 2017c), que teve como objetivo central simplificar e fortalecer o PSE. No entanto, percebeu-se

que essa emergiu num cenário político de muita instabilidade, agravada pelas medidas de restrições orçamentárias com a promulgação da Emenda Constitucional (EC) n. 95/2016 (Brasil, 2016), que limitou os gastos públicos com saúde e educação por 20 anos, provocando um grande impacto negativo no SUS e no sistema de educação.

Muitas políticas públicas foram alteradas nesse período, como a substituição da PNAB/2011 pela PNAB/2017 (Brasil, 2017b), o que, na contramão da expansão da Atenção Primária à Saúde (APS), gerou retrocessos. Embora tenha mantido a Estratégia Saúde da Família (ESF) como prioritária para a ampliação e consolidação da Atenção Básica (AB), a nova política passou a oferecer aos municípios a possibilidade de financiamento de equipes em modelos assistencialistas, flexibilizando a composição dessas equipes. Isso resultou na redução do número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e, em alguns casos, até em sua completa ausência, além da flexibilização da carga horária dos profissionais de 40 para 20 horas (Melo et al., 2018; Fittipaldi; O'Dwyer; Henriques, 2021).

Segundo esses autores, neste período ocorreram protagonismo dos gestores formais e desconsideração da participação do controle social nas tomadas de decisão. Tais medidas, além de desconfigurar e comprometer a integralidade do SUS, representaram o desmonte da ESF, em conjuntura de crise política e econômica do país, com o Ministério da Saúde assumindo uma agenda neoliberal. Essas medidas mostraram-se totalmente na contramão das diretrizes políticas de saúde.

Internacionalmente, esse período foi conturbado. Na esfera econômica, observou-se uma desaceleração da economia chinesa, o que prolongou a crise econômica em outros países e contribuiu para a redução do ritmo de crescimento brasileiro entre 2011 e 2014. Os principais motores do crescimento estagnaram, e a política econômica adotada nos primeiros anos do primeiro mandato da presidenta Dilma Rousseff, bem como as tentativas de estímulo aos investimentos, não obtiveram êxito. A crise política favoreceu a reorganização de movimentos ultraconservadores no Congresso Nacional, que movidos por sexismo, machismo e misoginia, articularam perversamente a campanha do *impeachment* durante o segundo mandato da presidenta (Rubim; Argolo, 2018).

Nesse cenário, é possível perceber pontos de convergência, divergência e contradições entre os documentos da PNPS de 2006 e de 2014 em torno do que se pretendia pôr em prática como política de promoção da saúde. A análise volta-se para o entendimento dos textos como processos políticos, atravessados pelos contextos e possibilidades reais de cada tempo, sofrendo interferências dos atores políticos e das arenas em que se conformaram, aproveitando as

oportunidades para a entrada na agenda de governo e para institucionalização como política nacional.

Assim como a PNPS, as normativas do PSE também sofreram alterações, interferências, apresentando em seu texto divergências e contradições, tendo em vista a crise política e econômica que se alastrou no Brasil no contexto em questão, com o desmonte das políticas públicas de saúde e de educação. No caso do PSE, destacaram-se as mudanças nos indicadores e monitoramento do Programa, ao ponto de tornar-se a gestão intersetorial uma mera aproximação entre Saúde e Educação para o planejamento de cronograma de ações. Na sequência, apresentam-se tais interferências e alterações na prática da gestão intersetorial nos próximos ciclos.

5.3.1 Principais características da Portaria n. 1.055/2017

A Portaria n.º 1.055, de 18 de outubro de 2017 (Brasil, 2017a), redefiniu os critérios de adesão ao PSE e o repasse de recursos para custeio das ações. Baseia-se na Lei n.º 9.394/1996, na PNAB/2011, na PNPS/2014, na Resolução FNDE/2012 (sobre recursos para o PDE Escola) e na Resolução FNDE/2016 (relativa ao PDDE). A norma reforça a necessidade de ações integradas de promoção da saúde, prevenção de doenças e formação continuada, sob responsabilidade da União, Estados, Distrito Federal e municípios, com o objetivo de ampliar a cobertura e a efetividade do Programa.

A Portaria estabeleceu diretrizes para regulamentar o incentivo financeiro para custeio das ações: a) objetivos do PSE; b) diretrizes; c) gestão do PSE/execução; d) ações; e) incentivos financeiros; f) monitoramento e avaliação. Sobre os objetivos do PSE, o artigo 2º reafirma:

> I - promover a saúde e a cultura da paz, reforçando a prevenção e agravos à saúde, bem como fortalecer a relação entre as redes públicas de saúde e de educação; II - articular as ações do 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 a 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, 2017a, p. 2).

Os objetivos definidos pela Portaria n. 1.055/2017 alinham-se aos princípios da Atenção Primária à Saúde, ao favorecer a territorialização e adstrição, essenciais para o planejamento descentralizado e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais voltadas a territórios específicos. Essas ações visam impactar os condicionantes e determinantes da saúde das populações que vivem nesses espaços (Brasil, 2017b).

O artigo 4º da referida Portaria estabelece diretrizes para a implementação do PSE: descentralização com respeito à autonomia federativa; integração entre as redes públicas de ensino e de saúde; territorialidade; interdisciplinaridade e intersetorialidade; integralidade do cuidado; atenção contínua; controle social; e monitoramento e avaliação permanentes.

No entanto, essa Portaria introduziu mudanças em relação às anteriores. O Quadro 11 ilustra algumas dessas alterações, tais como o aumento do valor inicial do incentivo financeiro, a adoção de repasse único anual, e a ampliação do ciclo de adesão, permitindo ajustes no número de escolas – seja por inclusão ou substituição – ao final do primeiro ano. Além disso, o Sistema de Informação da Atenção Básica (Sisab) foi definido como o único sistema nacional para registro das informações do Programa.

Quadro 11 – Principais diferenças entre as Portarias n. 1.414/2013 e n. 2.706/2017

Portaria anterior	Portaria n. 1.055/2017
Incentivo federal de R$ 3.000,00 para envolver até 599 estudantes.	Incentivo federal de R$ 5.676,00 para envolver até 600 estudantes, acrescido de R$ 1.000,00 a cada intervalo entre 1 e 800.
Repasse em duas parcelas: 20% na adesão e 80% ao final. Repasse único do recurso a cada ano do ciclo.	Repasse único do recurso a cada ano do ciclo.
Ciclo de adesão com duração de 1 ano.	Ciclo de adesão com duração de 2 anos.
Ações por nível de ensino, sem envolver todos os alunos da escola pactuada.	Ações priorizadas desenvolvidas em toda a escola.
Ações divididas em componentes, sem possibilidade de o município incluir outras ações.	Conjunto de 12 ações que podem ser priorizadas conforme demanda da escola, indicadores de saúde e demais indicadores sociais (violência, gravidez na adolescência, evasão escolar etc.). No ato da adesão o município pode incluir ações.
Dois sistemas para registro das ações: Sisab (MS) e Sistema de Informação no Simec (MEC).	Registro unificado no Sisab.

Fonte: Documento Orientador do PSE (Brasil, 2018).

Dada a relevância da Portaria n. 1.055/2017 (Brasil, 2017a), foi possível organizar as ações do PSE em quatro eixos, conforme a redação da própria norma: (1) implementação e gestão do PSE; (2) execução das ações; (3) planejamento intersetorial e formação; e (4) monitoramento e incentivos financeiros para custeio.

Nesta seção, serão abordados os aspectos relacionados à implementação, à gestão e aos incentivos financeiros do Programa. A próxima seção tratará da execução das ações, do planejamento intersetorial, da formação e do monitoramento.

5.3.1.1 A gestão intersetorial do PSE, segundo os documentos oficiais

Apresenta-se aqui um breve relato sobre a gestão do PSE com base na Portaria n. 1.055/2017 e no Caderno do Gestor (Brasil, 2022), documentos oficiais que orientaram a implementação do Programa no período de 2017 a 2022.

Em relação à gestão intersetorial, o artigo 7º da Portaria determina que ela deve ser conduzida pelos gestores das áreas de Saúde e Educação, por meio de Grupos de Trabalho Intersetoriais (GTI), instituídos nas esferas federal, estadual e municipal, por meio de ato normativo ou instrumento legal, em consonância com as diretrizes da Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola (CIESE). O parágrafo único do artigo prevê ainda que a qualquer tempo, os gestores federais, estaduais ou municipais poderão incluir representantes de outros setores da administração pública nos respectivos GTIs.

O *Caderno do Gestor do PSE* (Brasil, 2015) destaca que a gestão do Programa deve incluir a constituição de um Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI) e adotar uma gestão compartilhada. Essa gestão deve ser construída de forma que tanto o planejamento, quanto a execução das ações sejam realizados coletivamente, atendendo às necessidades e demandas locais, especialmente as da escola.

Nesse modelo, as decisões devem ser fundamentadas em análises e avaliações construídas de maneira intersetorial. O trabalho no GTI pressupõe interação entre os envolvidos, com troca de saberes, responsabilidades e vínculos afetivos entre profissionais da Saúde e da Educação, educandos, comunidade escolar e demais redes sociais (Brasil, 2022).

Na esfera federal, as equipes do MS e do MEC compõem o GTI-F, responsável por acompanhar a execução do PSE, mobilizar Estados e o DF na criação de espaços coletivos de troca e aprendizado contínuo, e ampliar a capacidade de análise e intervenção nos processos de educação e saúde, além de outras atribuições.

> I. Promover, respeitadas as competências próprias de cada Ministério, a articulação entre as Secretarias de Educação e Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal. II. Subsidiar o planejamento integrado das ações do PSE entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e o sistema de ensino público, no nível da educação básica, no Distrito Federal e nos municípios. III. Subsidiar a formulação das propostas de educação permanente e formação continuada dos

> profissionais da saúde e da educação básica para implementação das ações do PSE. IV. Apoiar os gestores estaduais, municipais e do Distrito Federal na articulação, no planejamento e na implementação das ações do PSE. V. Estabelecer, em parceria com as entidades e conselhos representativos dos Secretários Estaduais e Municipais de Saúde e de Educação, os instrumentos e os indicadores de avaliação do PSE.VI. Definir as prioridades e metas para realização das ações do PSE. (Brasil, 2022, p. 23).

No Estado, o GTI-E tem a responsabilidade de oferecer apoio institucional e mobilizar os 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 de educação e saúde, além das responsabilidades:

> I. Definir as estratégias específicas de cooperação entre estado e municípios para o planejamento e a implementação das ações no âmbito municipal. II. Articular a rede de saúde e a rede de educação pública básica para gestão do cuidado dos estudantes com necessidades de assistência em saúde identificados pelas ações do PSE. III. Subsidiar a formulação das propostas de formação dos profissionais da saúde e da educação básica para implementação das ações do PSE. IV. Apoiar os gestores municipais na articulação, no planejamento e na implementação das ações do PSE. V. Subsidiar o processo de assinatura do Termo de Compromisso do PSE. VI. Contribuir com os Ministérios da Saúde e da Educação no monitoramento e avaliação do PSE. VII. Identificar experiências exitosas e promover o intercâmbio das tecnologias produzidas entre os municípios aderidos ao PSE, em parceria com os Ministérios da Saúde e da Educação. (Brasil, 2022, p. 24).

Já nos municípios, o GTI-M é composto por, pelo menos, gestores municipais de Saúde e de Educação, sendo recomendada a participação de representantes das equipes de Saúde da APS e das escolas; estudantes e pessoas da comunidade local também podem fazer parte do grupo. Tem como responsabilidades:

> I. Apoiar a implementação dos princípios e diretrizes do PSE no planejamento, no monitoramento, na execução, na avaliação e na gestão dos recursos financeiros. II. Articular a inclusão dos temas relacionados às ações do PSE nas propostas pedagógicas das escolas. III. Definir as escolas públicas federais, estaduais (em articulação com o estado) e municipais a serem atendidas no âmbito do PSE. IV. Possibilitar a integração e o planejamento conjunto entre as equipes das escolas e as equipes de Atenção Primária à Saúde. V. Subsidiar o processo de assinatura do Termo de Compromisso do PSE. VI. Participar do planejamento integrado da formação dos profissionais de saúde e de educação e viabilizar sua execução. VII. Apoiar, qualificar e garantir o preenchimento do Sistema de Monitoramento e Avaliação do PSE. VIII. Propor estratégias específicas de cooperação entre estados e municípios para a implementação e gestão do cuidado em saúde dos estudantes no âmbito municipal. (Brasil, 2022, p. 24).

Os documentos oficiais do PSE destacam a importância da gestão intersetorial, que deve ser estruturada por meio da constituição de Grupos de Trabalho Intersetoriais (GTI). Os arranjos de trabalho devem priorizar a integração e o planejamento conjunto, visando à articulação dos temas do PSE nas propostas pedagógicas das escolas.

Apesar de a Portaria e o Caderno do Gestor enfatizarem essa gestão intersetorial como elemento essencial, não há um detalhamento claro sobre o funcionamento do GTI-M nem sobre sua operacionalização. Segundo Chiari *et. al.* (2018), essa ausência permite que cada município defina arranjos próprios. No caso de Tucuruí, essa falta de normatização torna o processo mais complexo, pois os profissionais relataram dificuldades na implantação do Programa. Diante dessa lacuna, será descrito a seguir como o arcabouço legal do PSE influenciou a gestão intersetorial no município de Tucuruí.

5.3.2 A gestão do PSE do município de Tucuruí no ciclo 2017-2018

A Nota Técnica n. 69/2017-CGANDAB/MS (Brasil, 2017c), direcionada ao Grupo de Trabalho Intersetorial do Programa Saúde na Escola (PSE), foi publicada em maio com o objetivo de orientar os municípios quanto à adesão e ao desenvolvimento das ações do Programa. A nota também tratou da destinação de recursos e indicou como prioritárias as ações de combate ao mosquito *Aedes aegypti*, exigindo sua realização em 100% das escolas pactuadas como condição para o recebimento dos recursos.

O documento descreveu a estrutura do processo de adesão para o biênio 2017-2018, destacando os itens que deveriam ser planejados intersetorialmente pelo município:

> A adesão do PSE significará o compromisso em planejar intersetorialmente a realização de 12 (doze) ações com os educandos que já fazem parte do PSE, dentro de uma escola, considerando os indicadores de saúde e de educação, especialmente os que refletem o acesso e permanência na escola, adoecimento e morte, a violência, a gravidez na adolescência, o uso do álcool e outras drogas, as ocorrências policiais na escola ou envolvendo o educando matriculado. O planejamento em conjunto das ações pactuadas na adesão deverá considerar também o contexto social e a capacidade operativa em saúde escolar e em Atenção Básica. (Brasil, 2017c, p. 2).

Apesar da importância dada pela Nota Técnica n. 69/2017 ao compromisso de planejar intersetorialmente as ações do PSE, nesse mesmo período foi emitida uma nova nota técnica para o ciclo 2017-2018. O Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Promoção da

Saúde, encaminhou à coordenação municipal do PSE o Documento Orientador: Indicadores e Padrões de Avaliação – PSE ciclo 2017/2018 (Brasil, 2018b).

Esse documento, ao retratar o planejamento intersetorial, informa que o GTI-M, com a escola e a equipe da AB, deve definir as ações do PSE com base na análise da situação de saúde, na cobertura de AB e perfil da escola. Ao apontar o conjunto de ações a ser realizado em cada escola considerando os níveis de ensino e indicadores, como por exemplo, a evasão escolar e a violência (dentro e fora da escola), o documento destaca que todas as ações do PSE devem ser planejadas conjuntamente entre Saúde e Educação, a partir do planejamento local, com realização de diagnóstico e levantamento no informações do território. No entanto, o mesmo documento orientador permite ações setoriais, conforme destacam as orientações sobre o monitoramento do Programa:

> 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, 2018b, p. 12).

O trecho mencionado contraria as orientações das portarias anteriores, pois, ao afirmar que as ações do PSE podem ser desenvolvidas de forma setorial, fragiliza a necessária integração entre saúde e educação. Isso abre espaço para ações biomédicas com uma visão reducionista do processo saúde-doença, que explica o adoecimento de forma individualista, baseada na especialização dos profissionais e estimulando a fragmentação, o mecanicismo, o tecnicismo, o curativismo e o hospitalocentrismo, modelo já superado pela proposta de promoção da saúde. Esta última entende a saúde a partir dos determinantes sociais do processo saúde-doença, conforme política pública mundial aprovada pela OMS em Ottawa, em 1986. O Ministério da Saúde assinou um pacto com o Programa das Nações Unidas para desenvolver, entre 1998 e 1999, um modelo sanitário baseado na promoção da saúde, que deu origem ao SUS. (Malta *et al.*, 2014).

O Documento Orientador 2017-2018 (Brasil, 2018b) listou as 12 ações do PSE e estabeleceu dois indicadores para avaliar o alcance das metas pactuadas no Programa. O primeiro indicador mede a quantidade de tipos de ações realizadas por escola, excluindo as relacionadas ao Aedes aegypti, abrangendo também ações adicionais definidas pelo município. Seu objetivo é avaliar a variedade de ações por escola pactuada. O segundo indicador avalia o percentual de cobertura das ações de combate ao Aedes aegypti, que deve atingir 100% das

escolas pactuadas, medindo a abrangência do PSE nesse aspecto. A seguir, destacam-se as regras do monitoramento:

> 1. O município que não registrar nenhuma ação do PSE permanecerá aderido ao ciclo, mas, não fará jus ao incentivo financeiro no ano seguinte; 2. O município que registrar apenas um tipo de ação, mesmo com grande cobertura, permanecerá aderido ao ciclo, mas, não fará jus ao incentivo financeiro no ano seguinte; 3. O município que não registrar ações de combate ao mosquito *Aedes aegypti* – mesmo que contemplada as demais, permanecerá aderido ao ciclo, mas, não fará jus ao incentivo financeiro no ano seguinte; 4. O município que registrar uma ou mais ações apenas em uma escola, tendo pactuado número superior de escolas, permanecerá aderido ao ciclo, mas, não fará jus ao incentivo financeiro no ano. (Brasil, 2018b, p. 16).

Observa-se que, segundo as regras do Documento Orientador (Brasil, 2018b) sobre monitoramento, indicadores e financiamento, basta registrar quantitativamente as ações conforme os indicadores estabelecidos, já que a avaliação do Programa é baseada na quantidade de ações pactuadas como metas. Analisaremos como esses fatores – indicadores, monitoramento e execução das ações – influenciaram a gestão intersetorial do PSE na prática, durante o ciclo 2017-2018. Para isso, utilizamos a descrição do relatório do PSE referente ao ciclo 2017-2018 (Tucuruí, 2018) e o relatório de desempenho do PSE (Tucuruí, 2022a), pois são os documentos que melhor contextualizam as ações de gestão desse período.

No final do ciclo de 2016, o município de Tucuruí estava inadimplente quanto à entrega dos relatórios das ações do Programa, o que resultou na suspensão do repasse de recursos. Dessa forma, foi realizada uma nova repactuação das escolas e promovida a formação das coordenações de Saúde e Educação para o ciclo 2017-2018. Nesse ciclo, foi descrita a equipe multidisciplinar, composta pela coordenadora da Saúde, coordenadora da Educação, quatro enfermeiros, uma pedagoga, uma professora, uma nutricionista e uma dentista. Também foram mencionadas parcerias com o Serviço de Atendimento Móvel de Emergência (SAMU), a equipe de Endemias, a Companhia de Trânsito e Transporte Urbano de Tucuruí (CTTUC) e a Universidade do Estado do Pará (UEPA).

Conforme o relatório de 2017 (Tucuruí, 2018), as ações do PSE foram realizadas mediante agendamento junto às escolas pactuadas e não pactuadas, contando com uma equipe composta por duas coordenadoras (Saúde e Educação), uma pedagoga, dois enfermeiros e uma professora de Ciências, que atuavam na avaliação clínica e no ciclo de palestras.

Em março do mesmo ano, as coordenações de Saúde e Educação elaboraram o projeto "Juventude Consciente", voltado para o combate às drogas nas escolas. O projeto foi entregue ao Ministério Público, que havia cobrado esclarecimentos sobre o Programa. O relatório destaca

que o projeto previa ações de formação continuada para professores e comunidade das escolas pactuadas, visando formar multiplicadores. Contudo, apenas os ciclos de palestras foram realizados nas escolas pactuadas e não pactuadas, devido à indisponibilidade logística.

Em setembro de 2017, o relatório destacou que o município foi notificado para a inclusão de mais 10 escolas no cadastro do PSE, totalizando 36 escolas, sendo estendido o prazo de cumprimento do ciclo 2017 até março de 2018, concluindo-se em todas as escolas pactuadas as ações do PSE e a campanha de combate ao mosquito *Aedes aegypti*.

Em 2018, a equipe de Educação do PSE propôs à Secretaria de Educação que as secretarias das escolas municipais incluíssem o número do cartão SUS como documento obrigatório no ato da matrícula. Professoras foram disponibilizadas para levantar as fichas dos alunos sem o número do cartão SUS e providenciar o cadastro. As coordenadoras do PSE solicitaram à Secretaria de Educação a emissão de uma nota circular para tornar obrigatório o cadastramento do cartão SUS na matrícula de 2018. Essa medida tornou-se essencial devido às exigências do monitoramento do PSE, que, a partir de 2017, passou a ser realizado pelo sistema e-SUS, necessitando do número do cartão SUS do aluno para comprovar a participação nas atividades do Programa.

Como resultado do Programa, o relatório aponta uma melhora na receptividade do PSE pelas escolas. Até abril de 2018, 3.000 alunos foram atendidos em 22 escolas prioritárias e 2 não prioritárias. Foram solicitados um médico oftalmologista, um psicólogo, um assistente social e um fonoaudiólogo para compor a equipe do PSE. Também destacou-se a necessidade de um plano de trabalho para a formação dos profissionais de saúde e educação, além de aprimorar o debate nas escolas para integrar as ações do PSE ao projeto político-pedagógico.

Esse relato indica que, a partir da Portaria n. 1.055/2017 (Brasil, 2017a) e da Nota Técnica n. 69/2017-CGANDAB/MS (Brasil, 2017c), foi possível formar no município um GTI com profissionais da Saúde e da Educação. Entretanto, não há informações sobre a formalização do GTI nem detalhes sobre a articulação intersetorial entre Saúde e Educação. Observa-se, porém, um esforço da equipe em estabelecer parcerias com outras instituições e universidades.

Entretanto, a partir do relatório em questão, observa-se uma falha significativa na execução do único projeto, possivelmente elaborado em articulação entre as secretarias de Saúde e Educação: o projeto “Juventude Consciente”, voltado ao combate às drogas nas escolas. Verificou-se que o projeto não foi implementado integralmente, pois a formação continuada para professores não ocorreu, prevalecendo apenas os ciclos de palestras de prevenção. Assim, percebe-se que o Programa não contou com a logística necessária das secretarias de Educação e Saúde.

O relatório também destacou as dificuldades da inserção das ações do PSE no projeto político e pedagógico e a tendência de ações com caráter assistencialista. Observa-se que, ainda com tais dificuldades de ordem da gestão intersetorial, tais problemas não dificultaram a expansão de credenciamento de mais escolas, o que leva a pensar que na avaliação das ações do Programa, não há relevância de haver ou não sustentabilidade na gestão da intersetorialidade.

5.3.3 A gestão do PSE do município de Tucuruí no ciclo 2019-2020

Para o ciclo 2019-2020, a Secretaria de Educação apresentou como evidência um cronograma do PSE realizado entre abril e dezembro de 2019; entretanto, não houve comprovação do planejamento do GTI-M. Em 2020, o relatório de desempenho do PSE (Tucuruí, 2022a) informou que, devido à pandemia do novo coronavírus, as ações do Programa foram realizadas on-line, sem articulação do GTI-M, e, por isso, a maioria das palestras e oficinas desse período não foi registrada no e-SUS.

Quanto ao recebimento dos recursos federais para custeio das ações nas escolas pactuadas, o mesmo relatório descreveu que, em 2020, durante a pandemia, o GTI-M não se articulou. O Ministério da Saúde, por meio da Portaria n. 1.857/2020-MS/GM (Brasil, 2020), disponibilizou um repasse único de R$ 176.090,00 no bloco FMS-Covid-19 (Quadro 12). Apesar do valor ser superior aos ciclos anteriores, o município não teve acesso ao incentivo financeiro, mesmo com as tentativas frustradas da Secretaria Municipal de Educação, que por meio de diversos ofícios, buscou articular a rede e firmar parcerias (inclusive com o setor de saúde) para realizar atividades via *Google Meet*. No entanto, conforme a Tabela 24, não foi possível atingir o número mínimo de ações exigidas para o recebimento do incentivo.

Quadro 12 – Recursos repassados pelo Governo Federal para custeios das ações nas escolas pactuadas de Tucuruí (2020-2022)

Portaria	VALOR	DATA	Recursos
2141/MS/MEC	33.676,00	14/08/2020	Fundo a fundo repasse único no bloco FMS.
1.857/MS/GM	176.090,00	28/07/2020 (não recebido por falta de produção)	Fundo a fundo repasse único no bloco FMS-covid-19.
1320/GMMS	12.670,00	22/06/2021	Fundo a fundo repasse único no bloco FMS referente ao custeio do PSE.
1320/GMMS	31.676,00	22/06/2021	Fundo a fundo repasse único no bloco FMS referente ao programa “crescer saudável”.

Fonte: SMS de Tucuruí; PSE – Relatório dos serviços vinculados à Atenção Primária em Saúde (2021-2022).

Tabela 24 – Distribuição do número de ações do PSE por ciclo

Ciclos	Práticas para saúde	Temas para saúde
2013/2014	0	0
2015/2016	6	24
2017/2018	708	431
2019-2020	277	452
2021-2022	280	213

Fonte: Relatório do PSE; SMS Tucuruí, 2022.

Essas observações evidenciam, na prática, a importância da gestão intersetorial para consolidar o plano de trabalho e aprimorar as ações do PSE. A ausência do setor de Saúde na gestão comprometeu a sinergia do Programa em um momento tão crítico como a pandemia do novo coronavírus. Do ponto de vista da necessidade de garantir ações de saúde aos educandos da rede pública, o Programa não foi executado, resultando em negligência do financiamento e total ausência de intersetorialidade na Política de Saúde na Escola no município. Assim, não foi possível garantir o acesso às ações nem cumprir as metas de adesão do Programa.

5.3.4 A gestão do PSE do município de Tucuruí no ciclo 2021-2022

Para o ciclo 2021-2022, o Ministério da Saúde, através do Departamento de Promoção da Saúde, emitiu o Documento Orientador: Indicadores e padrões de avaliação para o PSE 2021-2022 (Brasil, 2021). Esse documento destacou os processos de registro e envio de dados, o monitoramento, a avaliação das ações e o repasse dos incentivos financeiros de custeio; definiu os indicadores e metas e os padrões de avaliação do PSE, utilizados pela gestão federal para monitoramento e avaliação do ciclo 2021-2022; e assim destacou as ações desse ciclo:

> I. Saúde Ambiental; II. Promoção da atividade física; III. Alimentação saudável e prevenção da obesidade; IV. Promoção da cultura de paz e direitos humanos; V. Prevenção das violências e dos acidentes; VI. Prevenção de doenças negligenciadas; VII. Verificação da situação vacinal; VIII. Saúde sexual e reprodutiva e prevenção do HIV/IST; IX. Prevenção ao uso de álcool, tabaco, e outras drogas; X. Saúde bucal; XI. Saúde auditiva; XII. Saúde ocular; e XIII. Prevenção à covid-19. (Brasil, 2021, p. 3).

Sobre a gestão do Programa, o Documento Orientador do PSE 2021-2022 (Brasil, 2021) destacou que as decisões devem ser tomadas coletivamente pelo grupo de trabalho intersetorial, e que o planejamento local deve abranger o maior número possível de escolas e alunos. Ressaltou também que o financiamento do segundo ano será calculado conforme o desempenho

do município na execução das ações pactuadas, ou seja, o repasse dos recursos dependerá da quantidade de ações realizadas e do número de alunos atendidos.

Essa mudança no financiamento seguiu as alterações introduzidas pelo Programa Previne Brasil, estabelecido em 2019 pela Portaria n. 3.222/2019 (Brasil, 2019), que substituiu os Pisos de Atenção Básica (PAB) Fixo e Variável pelo custeio por capitação ponderada, vinculada ao desempenho das equipes de Atenção Primária em Saúde (APS). Essa mudança fragilizou o financiamento da APS, em meio à pressão do setor privado e da atenção hospitalar. Entre 2017 e 2019, diversas alterações e contrarreformas afetaram as políticas públicas, a cobertura e o acesso à APS, comprometendo o planejamento, financiamento e provisão de ações e serviços, em afronta aos princípios do SUS (Seta; Ocké-Reis; Ramos, 2020). Quanto ao monitoramento e avaliação da execução das ações do PSE, o documento manteve o destaque para o incentivo às ações e aos setores envolvidos

> É importante salientar que todas as ações do PSE devem ser planejadas conjuntamente entre Saúde e Educação. Quando não houver possibilidade de participação de uma equipe da saúde ou mesmo de profissionais de educação, a ação pode ser desenvolvida, pois já fará parte de um planejamento conjunto. (Brasil, 2021).

Conforme destacado no Documento Orientador de 2017-2018 (Brasil, 2018), mantém-se o contraditório acerca da gestão intersetorial do PSE no Documento Orientador de 2021-2022 (Brasil, 2021), que afirma que as ações podem ser desenvolvidas setorialmente, pois já fazem parte de um planejamento conjunto. Dessa forma, as ações do PSE tornam-se flexíveis e dicotômicas em relação à necessidade de intersetorialidade do Programa.

Essa abordagem contraditória se reforça nos critérios de monitoramento e implementação do PSE no município. O Documento Orientador (Brasil, 2021) estabelece que o planejamento anual deve ser elaborado pelas Secretarias Municipais de Saúde e Educação, incluindo as atividades a serem desenvolvidas (temáticas), o público-alvo, os profissionais envolvidos, os insumos necessários, o cronograma e as metas municipais e locais para execução das ações no ciclo 2021-2022. Contudo, logo em seguida, define a quantidade de ações pactuadas, validadas no Sisab a cada ano, como indicadores para o ciclo 2021-2022:

> [...] este ciclo de monitoramento, os municípios e o Distrito Federal serão avaliados para fins de repasse financeiro de acordo com os indicadores de 3.1.1 Realização da Ação Prevenção à covid-19 nas escolas e 3.1.2. Realização de, no mínimo, mais duas ações do PSE, não sendo obrigatória a realização dessas em todas as escolas. (Brasil, 2021, p. 14).

Assim, observa-se que, embora a política do Programa sustente a gestão intersetorial como fundamental para a implementação do PSE, a avaliação do Programa é baseada em indicadores quantitativos, sem considerar a qualidade da gestão intersetorial como critério para o repasse financeiro. Portanto, não existem indicadores que assegurem uma gestão intersetorial focada nos determinantes de saúde dos educandos em um território específico, conforme previsto na Política de Saúde na Escola. A seguir, analisaremos como esse aporte normativo influenciou a gestão do PSE no ciclo 2021-2022.

No tocante às evidências apresentadas, no município verificou-se um maior número de documentos apresentados nesse ciclo. A Secretaria Municipal de Educação e Cultura (Semec) disponibilizou o Plano de Ação do PSE para o Ciclo 2021-2022 (Tucuruí, 2021c); Plano de Ação do PSE 2022 (Tucuruí, 2022d); atas de reuniões de planejamento dos meses de fevereiro, abril, maio de 2022 (Tucuruí, 2022b); e o Memorando n. 062/2022-GS (Tucuruí, 2022c).

A Secretaria Municipal de Saúde disponibilizou os seguintes documentos: Relatório de Desempenho do PSE em 2021 (Tucuruí, 2021b); Relatório dos Serviços Vinculados à Atenção Primária em Saúde da Coordenação do PSE 2021-2022 (Tucuruí, 2021b); e o Relatório das Ações Desenvolvidas no PSE em 2022 sobre: Promoção da Alimentação Saudável; Capacitação e Monitoramento na Região de Saúde do Lago de Tucuruí; Programa Crescer Saudável; Saúde Sexual; Saúde bucal; Prevenção e Combate ao *Aedes aegypti*; Prevenção à covid; Treinamento em Primeiros Socorros para Educadores; Verificação da Situação Vacinal.

De acordo com a Relatório de Desempenho do PSE (Tucuruí, 2022a), conforme a tabela 25, em 2021 houve reorganização das equipes de coordenação do PSE da Secretaria de Saúde, ocorrendo aumento de adesão das escolas e EFS ao Programa. De um total de 48 escolas municipais, 41 foram pactuadas, perfazendo um total de 85,4% das escolas. Foram registrados 21.116 alunos nesse total de escolas. Das 25 EFS e quatro Centros de Saúde do município, foram pactuadas 23 EFS, um total de 92%. Pode-se dizer que nesse período ocorreu uma expansão do Programa no município, pelo aumento do número de escolas e EFS pactuadas. Segundo esse relatório, a composição do GTI-M era de cinco profissionais: a professora coordenadora do PSE da Educação, a enfermeira coordenadora do PSE da Saúde, duas professoras e uma dentista.

Tabela 25 - Distribuição das escolas e número de alunos pactuados no ciclo 2021-2022 em Tucuruí

Escolas	n.	%	Número de alunos
Creche	03	6	731
Pré-escolar	03	6	707
Escolas do ensino fundamental I, II	20	42	11.697
Ensino médio	05	11	5.929
Escolas da Zona Rural	10	21	2.052
Total de escolas cadastradas	41	85,4	21.116
Total geral de escolas municipais	48	100	

Fonte: PSE/ Tucuruí – Relatório dos serviços vinculados à Atenção Primária em Saúde (2022).

Em 28 janeiro de 2021, na Secretaria Municipal de Educação, ocorreu a primeira reunião do ciclo 2021-2022 com as coordenadoras de Saúde e Educação. Os principais assuntos abordados na reunião foram: adesão ao ciclo 2021-2022; escolas pactuadas (43, sendo 33 prioritárias e 10 não prioritárias); adesão ao Programa Crescer Saudável[6]; e Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTI-M). No dia 11 de fevereiro de 2021, ocorreu mais uma reunião na Secretaria Municipal de Educação, com as coordenadoras de Saúde e Educação e os seguintes temas: planejamento, cadastro do cartão SUS; GTI-M.

Em agosto de 2021, registrou-se um ofício da Secretaria Municipal de Educação para a Secretaria Municipal de Saúde, convidando o secretário de Saúde para fazer uma parceria e disponibilizar profissionais da Saúde para ministrar palestras, nas atividades do Curso de Capacitação das Escolas para a Formação de Multiplicadores, a professores, orientadores, supervisores e diretores. Era um curso *on-line* via *Google Meet* para capacitá-los sobre as temáticas do PSE. O mesmo ofício foi encaminhado a outros setores, como Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Endemias, SAMU e Polícia Militar.

O envio de tal oficio demonstra que, apesar de haver documentos que sinalizam reuniões de planejamento no início dos ciclos no início do ano, com a participação dos setores da Saúde e Educação, há fragmentação na continuidade da gestão intersetorial, visto que a Secretaria de Educação planeja setorialmente a formação de multiplicadores para o Programa e solicita profissionais da Secretaria de Saúde o apoio, quando deveria ser o contrário: o setor de Saúde, juntamente com o setor de Educação, deveria através do GTI-M coordenar a formação dos

[6] O Programa Crescer Saudável, criado em 2017, estabelece um conjunto de ações para contribuir no enfrentamento da obesidade infantil por meio de ações a serem realizadas no Programa Saúde na Escola (PSE) (Brasil, 2024).

profissionais para o PSE, com suporte dos secretários de Saúde e de Educação, conforme destaca o artigo 8º da Portaria n. 1413/2013:

> Artigo 8º Compete ao GTI Municipal do PSE (GTI-M): [...] VI - participar do planejamento integrado de educação permanente e formação continuada e viabilizar sua execução. (Brasil, 2013, p. 2).

Dessa forma, percebe-se incoerências, falta de diálogo e ausência de planejamento integrado na gestão intersetorial do PSE em Tucuruí, o que contraria o artigo 3º da Portaria: "O PSE constitui estratégia para a integração e articulação permanente entre as políticas e ações de educação e saúde, com a participação da comunidade escolar, envolvendo as equipes de saúde da família e da educação básica." Observa-se, assim, um esvaziamento da intersetorialidade na prática do Programa.

O Relatório de Desempenho do PSE da Saúde (Tucuruí, 2022a) destaca que a relação intersetorial entre saúde e educação ocorre para organizar as ações, com reuniões para elaboração de um calendário unificado. Há periodicidade nos encontros, realização de ações, calendário semanal e formação continuada, embora não haja uma descrição detalhada dessas atividades. O relatório também informa que a Semana Pedagógica acontece no início do ano letivo (fevereiro a maio), com reuniões mensais da equipe de planejamento.

Quanto ao planejamento, o relatório menciona a aplicação de um formulário de escuta das escolas, reuniões de equipes para planejamento do calendário e das ações, encontros para formação continuada e planejamento realizado por meio de um grupo de trabalho que articula gestores e multiplicadores em rede social, onde são divulgados calendários, ações, troca de experiências e esclarecimento de dúvidas.

No entanto, o Plano de Ação para o ciclo do PSE da SEMEC 2021-2022 (Tucuruí, 2021c), conforme o quadro 6, descreve, entre suas ações: a) planejar junto com a SMS as palestras educativas; b) articular a unificação das secretarias e parceiros para execução das ações; c) articular o GTI-M e as ações intersetoriais, bem como um calendário unificado. Como público-alvo, o texto do referido documento destaca a própria Semec.

Em contrapartida, constatou-se um comprometimento maior da Semec nas ações de planejamento do Programa, visto que essa secretaria, através do Memorando n. 062/2022-GS (Tucuruí, 2022c), solicita ao Secretário de Saúde: designação do coordenador do PSE da Saúde para compor o GTI-M; planilha com a listagem das EFS com disponibilidade para fazer a cobertura das escolas cadastradas, visto que havia reformas em algumas EFS. O referido memorando ainda pede resposta sobre o lançamento da produção de 2021 e solicita também um

profissional do setor da saúde para realizar campanha de cadastro do cartão SUS nas escolas pactuadas.

Dessa forma, percebem-se várias inconformidades na gestão intersetorial do PSE em Tucuruí, pois verificou-se um esforço dos profissionais da Educação em manter ativo o Programa, através da cobertura da ESF aos educandos e da manutenção da articulação das escolas com a AB, contradizendo o estudo de Chaves (2018), que identificou uma centralidade do processo de trabalho do PSE no setor da saúde. Tais evidências sugerem a setorialização do PSE com foco principalmente na Semec, e tais destaques comprometem a eficácia do Programa, visto que seu objetivo é integrar a Saúde aos demais setores para promover a saúde dos educandos.

Quadro 13 – Plano de ação para o ciclo do PSE/SEMEC 2021-2022

Atividades	Datas	Público
Criar, organizar e manter a nuvem do departamento, mantendo a documentação do setor em backup, preservando a segurança dos arquivos.	Janeiro a dezembro	Semec
Planejar o calendário das palestras oficinas e treinamentos.	Janeiro a dezembro	Todas as escolas pactuadas
Planejar junto com a SMS as palestras educativas.	Janeiro a dezembro	Todas as escolas pactuadas
Articular a unificação das secretarias e parceiros para execução das ações.	Janeiro a dezembro	Semec
Articular a GTI-M e a articulação das ações intersetoriais, bem como um calendário unificado.	Janeiro a dezembro	Semec
Participar das reuniões do CIES.	Janeiro a dezembro	Governo federal e estadual

Fonte: Coordenação do PSE – Secretaria Municipal de Educação e Cultura, 2022.

Para o ano de 2022, a busca por evidências das ações de gestão intersetorial foi subsidiada pelo Plano de Ação do Programa Saúde na Escola – 2022 (Tucuruí, 2022b), apresentado no quadro 145, no qual se observa que tanto a coordenação do PSE do setor da Saúde quanto a do setor da Educação apresentaram o mesmo documento referente ao Plano de Ação do PSE de 2022. Na composição do GTI-M Educação, conforme designado no plano, constam quatro profissionais: a coordenadora de Educação, duas professoras e um professor; já no GTI-M da Saúde, constam dois profissionais: a coordenadora da Saúde e uma dentista.

Dentre as ações do setor da Saúde estão: unificar um calendário de ações com o setor da Educação; inserir as ações e temas prioritários e condicionantes no planejamento escolar de cada escola pactuada; e realizar o levantamento das demandas das escolas. Observou-se que

tanto o setor da Saúde, quanto o setor da Educação estabeleceram a unificação do calendário de ações para ambos os setores, além do levantamento das demandas das escolas.

Quadro 14 – Plano de Ação do Programa Saúde na Escola (2022)

FEVEREIRO	Unificar calendário de ações com a Educação; Inserir as ações e temas no planejamento escolar de cada escola pactuada para os temas prioritários e condicionantes; Fazer o levantamento de demandas das escolas; Envio de material de Prevenção ao COVID-19 via remota para as escolas.	FEVEREIRO	Unificar calendário de ações com a Saúde; Inserir as ações e temas no planejamento escolar de cada escola pactuada para os temas prioritários e condicionantes; Inserir o PSE no PPP 2023 a fim da capitalizar recurso; Realizar o cadastro do cartão SUS nas escolas; Levantamento de demandas das escolas; Realizar a formação dos agentes multiplicadores.
MARÇO	Início do cadastro de novos cartões SUS; Acompanhamento do calendário vacinal; Palestras sobre o tema: alimentação saudável; Realização de antropometria.	MARÇO	
ABRIL	Realização de atendimento individual dos educandos identificados com obesidade; Palestras sobre os temas: higiene e saúde para infantil; cultura da paz e prevenção ao *Aedes Aegypti*; Capacitação Programa Saúde na Escola.	ABRIL	
MAIO	Promoção e avaliação da saúde bucal, aplicação de flúor, escovação supervisionada e entrega de escovas; Curso de primeiros socorros (APH) aos funcionários da educação.	MAIO	
JUNHO	Promoção e avaliação da saúde bucal, aplicação de flúor, escovação supervisionada e entrega de escovas; Palestras sobre os temas: higiene e saúde para infantil; cultura da paz e saúde sexual.	JUNHO	
JULHO	Planejamento das ações do 2º semestre; Inserir as ações e temas no planejamento escolar de cada escola pactuada para os temas prioritários e condicionantes.	JULHO	
AGOSTO	Promoção e avaliação da saúde bucal, aplicação de flúor,	AGOSTO	

	escovação supervisionada e entrega de escovas; Palestras sobre os temas: cultura da paz, alimentação saudável, saúde sexual e doenças negligenciadas.		
SETEMBRO	Palestras dos temas: saúde sexual, doenças negligenciadas e álcool, drogas e tabaco; Reavaliação da antropometria dos alunos avaliados no 1º semestre.	SETEMBRO	
OUTUBRO	Promoção e avaliação da saúde bucal, aplicação de flúor, escovação supervisionada e entrega de escovas; Palestras sobre o tema: Prevenção ao *Aedes aegypti.*	OUTUBRO	
NOVEMBRO	Promoção e avaliação da saúde bucal para adolescentes e adultos.	NOVEMBRO	
DEZEMBRO	Período de adesão do próximo biênio.	DEZEMBRO	

Fonte: Coordenação do PSE SMS, 2022; Coordenação do PSE – Secretaria Municipal de Educação e Cultura, 2022.

O referido plano continha os temas prioritários e os temas condicionantes a serem realizados pelas escolas em 2022. Dentre os prioritários estão saúde sexual e prevenção das IST/aids; prevenção do uso de álcool e outras drogas; *bullying*; abuso; avaliações clínicas oftalmológica, auditiva, de saúde bucal, psicossocial, nutricional e antropométrica; atualização do cadastro vacinal. Entre os temas condicionantes, as práticas corporais, campanha de combate ao *Aedes aegypti* e campanha de prevenção da covid-19, como destacado no quadro 15.

Quadro 15 – Plano de trabalho dos temas do PSE para serem realizados pelas escolas em 2022

Temas prioritários	Público-alvo	Temas condicionantes	
Educação para saúde sexual; Saúde reprodutiva; Prevenção das IST/aids.	Ensino fundamental, 1 e 2 Médio	Promoção das práticas corporais, atividade física e lazer nas escolas.	Creches e Ensino Médio
Prevenção do uso de álcool e outras drogas.	Ensino fundamental, 1 e 2 Médio	Promoção de saúde ambiental e desenvolvimento sustentável com campanhas de combate ao *Aedes aegypti* e campanha prevenção da covid-19.	Creches e Ensino Médio
Promoção da cultura da paz e prevenção das violências e acidentes infantojuvenis e acidentes	Creches a Ensino Médio		

(saúde mental, *bullying*, abuso infantojuvenil).			
Avaliação oftalmológica Avaliação auditiva Avaliação da saúde bucal e avaliação psicossocial.	Creches a Ensino Médio		
Avaliação nutricional e antropométrica.	Creches e Ensino médio		
Atualização do cadastro vacinal.	Creches e Ensino médio		

Fonte: Coordenação do PSE – Secretaria Municipal de Educação e Cultura, 2022; Coordenação do PSE SMS, 2022.

Para evidenciar as reuniões do GTI-M, foram selecionadas as atas dos encontros realizados em 2022, conforme o quadro 16. Segundo esses registros, o GTI-M realizou reuniões em fevereiro daquele ano, na Secretaria de Saúde, com a pauta centrada na composição do GTI-M e na sincronização dos calendários de Saúde e Educação para 2022. Entre as decisões, ficou estabelecido que cada coordenador encaminharia o projeto do PSE ao respectivo secretário. Foi organizado um calendário unificado entre Saúde e Educação, além da formação de um grupo com 90 participantes dos dois setores.

Neste mesmo mês (Quadro 16) ocorreu uma segunda reunião do GTI-M na Secretaria de Educação sobre a definição dos temas, de um calendário unificado para o 1º semestre de 2022 e de formações para a Saúde e a Educação no PSE, dentre outras. Nessa reunião, decidiu-se intersetorialmente para o mês de fevereiro a data da reunião com coordenadores das EFS e diretores das escolas pactuadas. Para o mês de março, a data do cadastro do cartão SUS dos discentes e a reunião entre as coordenações das EFS para apresentar plano de ação e calendário, além de reunir direções das escolas e multiplicadores da Educação; para o mês de maio, foi acordada reunião dos secretários de Saúde e Educação para definir a parceria do SAMU e o curso de primeiros socorros.

No mês de abril, ocorreu uma terceira reunião na Secretaria de Trânsito (CTTUC) com as seguintes pautas: composição do GTI-M/2022; definição dos temas para as ações; definição dos temas prioritários e condicionantes; e unificação dos calendários com a Educação. Entre as decisões, destacaram-se: o estabelecimento de parcerias com a CTTUC para composição do GTI-M; a participação de supervisores escolares na reunião; a explicação sobre o papel do GTI-M; o acordo de que cada escola indicará um pedagogo para articular e promover as ações do PSE; a apresentação dos temas e o envio de formulários para a escuta dos profissionais da

escola; a divulgação às escolas de um calendário anual com as datas de todas as ações; e a responsabilidade das escolas de notificar as ações internas por meio da ficha de atividades coletivas.

No mês de maio, ocorreu a quarta reunião do GTI-M, desta vez na Semec, com as seguintes pautas: organização da formação do PSE; definição dos temas prioritários e condicionantes; curso de primeiros socorros; selo do UNICEF; registros, fichas de atividades coletivas e produção de material educativo. Foram tomadas decisões intersetoriais importantes, como a redação histórica do PSE no período de 2009 a 2021; a organização das datas para o tema da prevenção da gravidez na adolescência; a disposição para parceria com a Polícia Militar e a Ronda Escolar para a entrega do cartão da criança e do adolescente. A Semec ficou responsável pelas secretarias envolvidas, pelo representante da CIES e pela produção do selo para o PSE, enquanto a coordenação da Saúde ficou encarregada de enviar as datas.

Quadro 16 – Atas de reuniões de planejamento do GTI-M/2022

Mês	Local	Pautas	Participantes	Decisões
Fevereiro 14/02/2022	Secretaria de saúde SMS	Composição do GTI-M/2022; Definição dos temas prioritários e condicionantes para as ações; Definir as formações para a SMS e educação; Curso de primeiros socorros – Lei Lucas; Diretrizes da Ciese e selo UNICEF; Sincronia dos calendários saúde e educação.	Coordenador do PSE educação 01 Professor 03 Enfermeiros técnicos da SMS	Técnicos repassaram aos secretários o projeto; Definidos as ações de promoção; Decidiu-se organizar um calendário para a formação de um grupo com 90 participantes; as escolas selecionarão seus representantes; organização de calendário; definidos os temas.
Fevereiro				
23/02/2022	Secretaria de educação	Definição dos temas e calendário unificado para o 1º semestre; 2. Definir formações para a Saúde e Educação PSE; 3. Curso de primeiros socorros – Lei Lucas; 4. Compartilhamento de dados e informações; 5 Definições para castro do cartão SUS; 6. O que ocorrer como demanda.	Coordenação da Saúde Coordenação da Educação 1 professor	Entrega de calendário com datas de campanhas; **1. Fevereiro:** Definiu-se a data da reunião com coordenadores das EFS e diretores das escolas pactuadas; **Março**: Definiu-se a data do cadastro do cartão SUS; prevenção da gravidez na adolescência fundamental 2; controle calendário vacinal com creche e fundamental 1 e ensino médio; reunir coordenações das EFS para apresentar plano de ação e calendário; reunir direções das escolas e multiplicadores

				da educação; definiu-se a data da realização da antropometria na creche; controle do calendário vacinal com creches e fundamental 1 e prevenção do covid-19 com creches e ensino médio; **Abril:** controle de calendário vacinal com fundamental 2 e ensino médio; promover a prevenção da saúde sexual e reprodutiva com fundamental 2; definiu-se a data a prevenção da gravidez na adolescência no fundamental 2; **Maio:** cultura da paz com a Semana do Bebê; prevenção de álcool e outras drogas; **Junho:** campanha de alimentação saudável e atividade física na creche e ensino médio; verificação bucal e aplicação de flúor no fundamental 1; 2. Acordado reunir os secretários de saúde e duração para definir com parceria do SAMU, o curso de primeiros socorros; 3. Decidido para a saúde organizar as notificações da ficha coletiva 2021, 2022 e para a educação organizar a nuvem dos arquivos e fotos das ações; 4. Campanha de novos cadastros; 5. Ficou definida a participação de toda a equipe nas reuniões do selo Unicef.
Abril	1 Secretaria de Trânsito e CTTUC 2 Semec Reunião GTI-M-M	✓ Composição do GTI-M/2022; ✓ Definição de temas para as ações; ✓ Unificação dos calendários com a educação; ✓ Composição do GTI-M/2022; 1. Definição de temas Prioritários e condicionantes para as ações para as ações;	Coordenadora do PSE da Educação, professor, agentes de educação no trânsito, coordenadora do PSE; supervisores das escolas.	1. A equipe de educação para o trânsito aceita fazer parte do GTI-M e fica responsável por elaborar um calendário flexível para a atendimento das ações nas escolas; 2. Decidiu-se para temas de violência no trânsito; maio amarelo; Semana de Trânsito em setembro; 3. Será elaborada a proposta anual de calendário; 4. Explicou-se o papel do GTI-M; acordado que cada

		2. Unificação dos calendários com a educação.		escola indicará um pedagogo para articular e promover as ações do PSE; 5. Apresentados os temas e envio de formulário para a escuta dos profissionais da escola; 6. Será apresentado às escolas um calendário anual com datas para todas as ações e a escola ficará responsável por notificar através da ficha de atividades coletivas as ações internas; 6. Em anexo os temas a serem trabalhados.
MAIO	Semec	Organização para formação do PSE; Definição dos temas prioritários e condicionantes; Curso de primeiros socorros; Diretores da Ciese e selo Unicef; Registros, fichas de atividades coletivas, produção de material educativo.	Coordenação do PSE da saúde; Coordenação do PSE da Educação; professores da equipe do PSE da Semec.	1. Equipe do PSE Semec fará a apresentação do histórico do PSE 2009 a 2021; 2. Ficou acertada a organização das datas para o tema prevenção gravidez na adolescência; 3. Disponibilidade para entrega do cartão da carteira da criança e adolescente com busca de parceria com Polícia Militar e a Ronda Escolar; 4. Início do curso do SAMU; 5. Semec: ficou responsável nas respectivas secretarias o representante da CIES e a produção do selo para o PSE; 6. Coordenação da Saúde ficou responsável por enviar as datas à Coordenação da Saúde.

Fonte: Coordenação do PSE – Secretaria Municipal de Educação e Cultura, 2022.

Verificaram-se alterações no arcabouço normativo do PSE no período de 2008 a 2022. Entre 2008 e 2016, as regras do Programa condicionavam a adesão do município à participação dos secretários de Saúde e de Educação, e os recursos financeiros eram pagos em parcela única, no último trimestre de cada ano, com base no número de Equipes de Saúde da Família (ESF) cadastradas no SCNES. Para receber o financiamento, as escolas beneficiadas deveriam estar localizadas no território de responsabilidade dessas equipes.

A partir de 2017, ocorreram mudanças no arcabouço normativo do Programa. Apesar do aporte teórico normativo estabelecer que a gestão do PSE deve ser intersetorial, organizada em Grupos de Trabalho Intersetoriais (GTI) conforme normativa legal, as contradições na

legislação quanto à gestão refletiram-se na prática do município de Tucuruí. Houve uma setorialização das ações de planejamento, afastando-se dos princípios da promoção da saúde, que devem ter como base a centralidade dos indicadores de saúde, o território da escola e a participação dos atores sociais.

5.4 PROCESSOS DE GESTÃO ESTRUTURANTES DO PSE NO MUNICÍPIO DE TUCURUÍ

A intersetorialidade é uma das diretrizes singulares e estruturantes do PSE; portanto, a gestão intersetorial é inerente, singular e estratégica para promover a sinergia entre a escola e a rede básica de saúde, além de possibilitar a compreensão dos indicadores de saúde e educação que influenciam a vida dos educandos, como a evasão escolar, a distorção entre série e idade, e outros agravos decorrentes da ausência de promoção da saúde.

A Política de Saúde na Escola está estruturada na intersetorialidade das políticas públicas de saúde e educação. Assim, o PSE é uma estratégia de articulação intra e intersetorial, conforme o artigo 3º da Portaria Interministerial n. 1.055/2017, que destaca que o Programa "constitui estratégia para a integração e articulação permanente entre as políticas e ações de educação e de saúde [...], envolvendo as equipes de saúde da família e da educação básica" (Brasil, 2017a, p. 1).

Portanto, a gestão deste programa está inteiramente subordinada à gestão integrada entre os campos da Educação e da Saúde, conforme previsto no artigo 7º da mesma Portaria, que destaca: "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 por normativa legal ou ato próprio".

O Caderno do Gestor do PSE (Brasil, 2015) enfatiza que a gestão compartilhada entre Saúde e Educação deve ser construída de modo que tanto o planejamento quanto a execução das ações sejam realizados coletivamente, para atender às necessidades e demandas locais dos estudantes (Brasil, 2015). Por isso, o GTI-M deve ser composto, obrigatoriamente e no mínimo, por representantes das secretarias de Saúde e de Educação e, facultativamente, por outros parceiros locais, como representantes de políticas públicas e movimentos sociais, por exemplo. Nas esferas federal e estadual, as equipes dos ministérios da Educação e da Saúde compõem, respectivamente, o GTI-F e o GTI-E.

Assim, atrelam-se aos objetivos do Programa duas condições essenciais: a primeira e primordial é a prática cotidiana da intersetorialidade nos campos da gestão, do planejamento,

dos compromissos dos dois setores e da abordagem nos territórios onde se encontram as unidades escolares e as equipes de Atenção Básica, estabelecendo sinergia entre as políticas de saúde e de educação (Brasil, 2015); a segunda, a responsabilidade com a formulação de proposta de educação permanente dos profissionais de saúde e da Educação Básica para a implementação das ações do PSE, como destacado no artigo 9 da Portaria: "A formação dos gestores e dos técnicos da saúde e da educação é de responsabilidade das três esferas de governo, devendo ser realizada de maneira contínua e permanente" (Brasil, 2017a, p. 3).

Para visualizar na prática cotidiana da gestão intersetorial do PSE, o planejamento, os compromissos assumidos pelos setores, a abordagem nos territórios e a sinergia entre as políticas de saúde e de educação, é necessário identificar os elementos intersetoriais, que se reproduzem a partir da gestão, protagonizados pelo que é proposto pelo arcabouço normativo do PSE e normatizado e/ou estabelecido como gestão pelo GTI-M de Tucuruí.

Entretanto, é necessário buscar a integração, articulação e sinergia entre os setores, elementos que se opõem às práticas setoriais. Segundo Muller (1988), essas práticas se evidenciam em três aspectos principais: a) cada setor elabora suas ações com base em um referencial próprio; b) os profissionais focam no conhecimento técnico e científico; c) há autonomia política na reprodução social.

Assim, as práticas setoriais enfatizam o conhecimento técnico-científico de um único setor, dificultando o diálogo e a comunicação entre áreas e a criação de planos que atendam às necessidades dos educandos no território. Diferentemente da gestão setorial, a gestão intersetorial em Tucuruí deve apresentar elementos essenciais à intersetorialidade, conforme Junqueira, Inojosa e Komatsu (1997) e Inojosa (1998), tais como: a) mudança do paradigma da gestão pública; b) planejamento territorial; c) fluxo contínuo de comunicação; d) processos de planejamento e avaliação; e) presença de redes intersetoriais de ação social; f) integração dos equipamentos públicos nos territórios; g) estabelecimento de parcerias.

Com base nos documentos e nas considerações acima, descreveremos a seguir os elementos favoráveis à intersetorialidade identificados na gestão do PSE em Tucuruí.

5.4.1 A formalização do GTI-M

No caso qualitativo da gestão intersetorial no município de Tucuruí, um dos fatores negativos para a gestão intersetorial é a falta de formalização do GTI-M. Verificou-se que não houve formalização do GTI-M em nenhum dos ciclos do PSE, sendo isso considerado uma

inconformidade do Programa frente ao estabelecido em todas as Portarias do PSE, como destacado a seguir:

> 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 a Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na escola – Ciese. (Brasil, 2017, art. 7º, p. 3 – grifos nossos).

Assim como não há formalização, não se verificou nos documentos o registro das atribuições do GTI-M do PSE de Tucuruí, ficando muito flexível a gestão das ações. Sobre tais aspectos, tais informações corroboram o que pontuaram Chiari *et. al.* (2018, p. 34) em seu estudo sobre o GTI-M de Belo Horizonte, que "apresentou-se como uma instância incipiente de gestão intersetorial: encontrando-se esvaziado em relação aos membros nomeados". Sem o cumprimento das formalizações cabíveis, o GTI-M torna-se isento das avaliações de suas funções, e isso é preocupante para o êxito do Programa.

5.4.2 Mudança de paradigma de gestão pública

Como mudança de paradigma de gestão, espera-se encontrar evidências na forma de construção de planos ou projetos que priorizem as necessidades dos educandos e dos profissionais que atuam no PSE, que, segundo Junqueira, Inojosa e Komatsu (1997) e Inojosa (1998), são considerados o material humano, cultural e informacional, e esses sujeitos devem ser o foco da organização.

Os documentos apresentados acima demonstram que a gestão baseia seu planejamento nas ações referidas pelo GTI-F. No entanto, de forma pontual, alguns documentos demonstram uma articulação do GTI-M na estruturação de projetos baseados nas necessidades dos alunos, como no caso do projeto "Juventude Consciente", voltado para o combate às drogas junto às escolas durante o ciclo 2017-2018. No entanto, houve dificuldade para concretizar os objetivos do projeto devido à falta de investimento das secretarias. Verifica-se indicação de mudança na lógica de planejamento, visto que o projeto era baseado nos indicadores de violência, uso de álcool e outras drogas.

Outro ponto a favor de que a gestão do Programa oscila acerca do paradigma da setorialidade se refere ao ciclo 2019-2020, que ficou marcado por descontinuidade da gestão intersetorial. No ciclo 2021-2022 houve esforço de um trabalho mais compatível com gestão intersetorial, observado pelas reuniões e atas do GTI-M. Apesar de ser um trabalho ainda em

construção, percebeu-se a presença, ainda fragilizada no sentido de sinergia, articulação, comunicação. No entanto, verificou-se que a gestão se baseia estritamente nos indicadores estabelecidos no GTI-F e não nos indicadores de saúde das escolas, visto que não houve evidência da participação dos educandos no processo de gestão, nem os indicadores do processo saúde-doença do território.

Segundo Almeida (2014), o principal objetivo da gestão intersetorial é promover uma mudança no paradigma da gestão pública. Embora haja experiência intersetorial em outros municípios, geralmente vinculada a programas governamentais, sua implementação ocorre na esfera municipal, onde é mais viável enfrentar os problemas sociais. No entanto, essa proximidade da dinâmica local em Tucuruí revelou uma cultura administrativa fortemente verticalizada, marcada pela sobreposição do poder intergovernamental, agravada pela falta de quadros técnicos capacitados, recursos materiais insuficientes e autonomia financeira limitada.

5.4.3 Planejamento e território

Quanto ao planejamento baseado no território, a microárea da ESF deve ser o espaço de referência para o planejamento do PSE, pois é onde a escola está situada. Contudo, nos documentos analisados, não foi possível identificar planos de trabalho que considerassem a microárea nem seu perfil epidemiológico, social e cultural no contexto escolar. Destacou-se também a dificuldade de inserir as ações do PSE no projeto político-pedagógico da escola. Esses elementos reforçam a tendência assistencialista das ações do Programa.

Foram observadas mudanças na concepção da gestão intersetorial ao longo dos 16 anos do Programa. Inicialmente, a primeira Portaria normatizava os critérios de adesão e financiamento; estabelecia a nomeação do GTI-M; exigia a elaboração de um projeto do PSE contendo um diagnóstico situacional com determinantes sociais, epidemiológicos e modalidades de ensino das escolas, além do mapeamento da rede SUS; definia as atribuições da ESF e os responsáveis pela área de saúde no território da escola, priorizando que a escola estivesse situada no território da ESF, inclusive para fins de recebimento do financiamento.

O Documento Orientador do PSE 2021-2022 (Brasil, 2021) destaca que o financiamento do segundo ano do Programa será repassado conforme o desempenho do município na execução das ações pactuadas. O planejamento anual deve ser elaborado pelo GTI-M, incluindo as atividades a serem desenvolvidas (temáticas), o público-alvo, os profissionais envolvidos, os insumos necessários, o cronograma e as metas municipais e locais para a execução das ações no ciclo 2021-2022. Além disso, ressalta-se que as decisões devem ser tomadas coletivamente

pelo grupo de trabalho intersetorial, e o planejamento local deve contemplar o maior número possível de escolas e alunos.

Ao longo das alterações legislativas do Programa, observa-se uma tendência assistencialista na gestão intersetorial, marcada pela ausência da exigência de um projeto do PSE com diagnóstico situacional baseado em determinantes sociais e epidemiológicos. Isso contrasta com o propósito estabelecido pela Portaria Interministerial, que define como objetivo "articular as ações do Sistema Único de Saúde – SUS às redes de educação básica pública, ampliando o alcance e o impacto das ações voltadas aos estudantes" (Brasil, 2017a, p. 2). Ademais, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS, 2018, p. 13) ressalta que a articulação e cooperação intra e intersetorial envolvem o compartilhamento de planos, metas, recursos e objetivos comuns entre diferentes setores e áreas.

No entanto, embora a intersetorialidade seja fundamental para a efetividade do PSE na promoção da saúde, Vieira, Ribeiro e Heidemann (2021) destacam que não existe uma teoria explícita que defina quais tipos de ações intersetoriais são viáveis em diferentes contextos, nem qual abordagem seria mais eficaz para enfrentar os determinantes sociais da saúde e reduzir as iniquidades. Essa lacuna conceitual evidencia a necessidade de bases teóricas padronizadas. Nesse sentido, Prado et al. (2020) ressaltam a importância da adoção de diretrizes que fortaleçam o planejamento de ações oriundas de parcerias com a sociedade civil, além de políticas multissetoriais, transparentes e orientadas à equidade em saúde.

No caso da PSE de Tucuruí, há necessidade de maior clareza sobre a operacionalização da gestão intersetorial, no que tange às normativas, pois verifica-se que há dicotomia entre o que retrata no aporte teórico e o que se espera da efetivação e (ou) sobre as características da gestão intersetorial no planejamento estratégico do Programa. Isso porque há uma tendência de execução de ações centradas exclusivamente nas metas da instância federal, excluindo-se as necessidades do território escolar, portanto minimizando as função da gestão intersetorial.

5.4.4 Comunicação, parcerias e equipamentos

Sobre o terceiro elemento, a comunicação, segundo Junqueira, Inojosa e Komatsu (1997) e Inojosa (1998), deve haver um fluxo contínuo de comunicação na gestão intersetorial, uma nova lógica de organização entre os agentes que realizam a função pública e os sujeitos. A respeito desse elemento, verificou-se que em alguns pontos dos relatórios foi identificada a consulta dos alunos e professores antes do planejamento do GTI-M. No último ciclo,

evidenciou-se uma melhora da comunicação entre Saúde e Educação e a criação de um grupo no *WhatsApp* como estratégia para fortalecer os laços de comunicação entre os dois setores.

Sobre o processo de planejamento e avaliação participativa, os autores descrevem que o planejamento deve ser aberto à representação da comunidade para a definição de planos de trabalho a partir dos sujeitos sociais. Percebem-se aí as maiores fragilidades, pois não foram encontradas evidências consistentes nos documentos sobre a avaliação do PSE pelo GTI-M.

Quanto às redes intersetoriais de ação social, orientadas por planos específicos e integrados para a solução ou minimização dos problemas dos educandos, não foi possível identificar nos documentos a existência de uma rede estruturada com tais características, uma vez que a própria composição do GTI-M revela-se informal. Contudo, destacou-se o empenho da equipe de Educação do PSE, evidenciado em um guia para multiplicadores presente nos documentos, que mencionava uma rede de proteção composta pelas áreas de Saúde, Educação, Assistência Social e Segurança Pública, com a responsabilidade, junto ao GTI-M, de identificar, atender e manter uma vigilância contínua conforme a necessidade e gravidade dos casos, propondo ações preventivas.

A proposta do guia citado indica que, em algum momento, no âmbito do PSE, ocorre o encaminhamento dos educandos pela Rede de Atenção à Saúde (RAS). Segundo a PNAB (Brasil, 2017b), cabe à Atenção Básica (AB), porta de entrada do SUS, organizar o Sistema de Saúde em RAS como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades dos educandos, por meio do estabelecimento dos pontos de atenção do PSE, da ordenação dos fluxos e contrafluxos, bem como da gestão de sujeitos, produtos e informações em todos os níveis de atenção à saúde. Nesse sentido, observa-se falhas na coordenação do setor de Saúde, evidenciadas pela ausência de planejamento adequado e da não caracterização da gestão da RAS no planejamento do GTI-M.

Os documentos indicaram uma tendência à execução das ações do PSE em parceria com outras instituições, evidenciando o estabelecimento de colaborações com secretarias como as de Trânsito, Polícia Militar, Endemias e SAMU. A Portaria n. 1.055/2017 determina que a gestão do PSE deve ocorrer de forma intersetorial, organizada por meio de Grupos de Trabalho Intersetoriais (GTI), e seu parágrafo único prevê que "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, 2017a, p. 3). Contudo, devido à ausência de formalização adequada do GTI-M, sua composição com outras instituições torna-se fragilizada, pois faltam regimentos, atribuições e normatizações que favoreçam a integração dos setores envolvidos.

Em relação aos equipamentos, estes devem integrar os diversos equipamentos públicos existentes nos espaços geográficos exatamente explorados nos planos de trabalho. Os documentos não evidenciam uma adequação para compartilhamento dos equipamentos. Verificou-se a alternância das reuniões do GTI-M, ora na Educação, ora no setor da Saúde – o que faz pensar que as fragilidades da gestão do Programa tornam subutilizados os equipamentos disponíveis.

Dessa forma, percebe-se diversas inconformidades na gestão intersetorial do PSE em Tucuruí. Registrou-se um esforço dos profissionais da Educação para manter ativa a execução do Programa, por meio da cobertura da ESF aos educandos e da articulação entre escolas e Atenção Básica, o que contrasta com o estudo de Chaves (2018), que identificou a centralidade do PSE no setor da Saúde. Essas evidências indicam uma setorialização do Programa, com foco principalmente na SEMEC, comprometendo sua eficácia, uma vez que o objetivo é integrar Saúde e Educação para promover a saúde dos educandos.

A Política de Saúde na Escola estabelece a intersetorialidade como diretriz imprescindível para o PSE. Contudo, a partir de 2017, alterações nas normatizações do Programa tornaram dicotômica a gestão intersetorial, evidenciando a execução setorial das ações e a adoção de indicadores quantitativos para o repasse dos incentivos financeiros. Assim, a gestão intersetorial no PSE corre sério risco de extinção, comprometendo a eficácia do alcance dos objetivos propostos pelo Programa. Na próxima seção será discutido o planejamento intersetorial, a partir dos relatos dos atores sociais do PSE, e espera-se que sejam mais compreensíveis o entendimento da gestão, a execução e a avaliação do Programa a partir das falas dos sujeitos.

6 O QUE DIZEM OS PROFISSIONAIS DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA SOBRE A GESTÃO INTERSETORIAL

O objetivo desta seção é compreender como é integralizado o processo de gestão intersetorial e identificar quais os desafios enfrentados pelos profissionais para a efetivação da intersetorialidade. Portanto, para melhor compreensão, foi dividida em quatro partes: 6.1 "A intersetorialidade na organização das ações de promoção da saúde através do planejamento e execução das ações", que aborda como ocorre a integralização da gestão no aspecto do planejamento sob a perspectiva dos profissionais que atuam no PSE; 6.2 "A estrutura organizativa dos mecanismos avaliativos do PSE", em que, através das entrevistas, analisa-se de que forma ocorre o monitoramento e avaliação do Programa Saúde na Escola; 6.3 "O que dizem os profissionais sobre a formação no contexto do Programa Saúde na Escola", que trata do regimento da Política de Saúde na Escola e o que é concretizado na prática; e 6.4 "O discurso dos profissionais sobre os desafios enfrentados para a efetivação da intersetorialidade", que destaca as dificuldades enfrentadas pelos profissionais no cotidiano da intersetorialidade na gestão e implementação do PSE, em face da necessidade de efetivar a intersetorialidade entre os dois setores.

6.1 A INTERSETORIALIDADE NA ORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE ATRAVÉS DO PLANEJAMENTO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES

O PSE é um programa centrado na gestão compartilhada entre as áreas da saúde e da educação. Desde sua criação, em 2007, e conforme as exigências estabelecidas no Decreto Interministerial (Brasil, 2007), observa-se que suas diretrizes, princípios e objetivos estão fundamentados no princípio da gestão intersetorial. Considerando essa característica peculiar do PSE – e sendo esta uma das marcas mais distintivas de sua política – torna-se fundamental uma abordagem pormenorizada dos processos de gestão, especialmente no que se refere ao planejamento, à execução, monitoramento e avaliação do programa no município de Tucuruí.

Nesse contexto, nesta subseção, abordaremos a forma como se dá a integração do processo de gestão das ações do PSE, com ênfase nas fases de planejamento e execução.

6.1.1 Planejamento das ações do PSE

O planejamento é uma etapa muito importante e seu conceito está relacionado a uma programação que antecede uma ação. Tem aspectos de gerência organizacional com ênfase tático-operacional, e "planejamento e gestão se articulam dinamicamente", segundo Rivera e Artmann (2012, p. 9). Assim, o planejamento, por seu próprio conceito, significa o contrário da improvisação, pois visa a estruturar a organização de várias ações de maneira sistemática para operá-las e de alguma maneira, alcançar os objetivos planejados, ou para que se tenha uma possibilidade maior de alcançá-los. No caso do PSE, a fase de planejamento é preconizada pelas normativas da gestão compartilhada através do GTI-M. Os profissionais foram questionados sobre a fase de planejamento e assim se manifestaram:

> *Nós temos algumas particularidades que a gente respeita. No início de ano a gente escolhe as escolas. [...] A gente notifica as direções de que as escolas foram pactuadas e que eles vão integrar esse grupo gestor. E aí nós sentamos, coordenação, saúde, educação, pensamos dentro do calendário da educação, do calendário da saúde, das campanhas que a saúde tem, a obrigatoriedade que ela precisa desenvolver, que ela traz como público a escola, e a gente articula os temas que serão trabalhados.* (Professora C).

> *A gente começa desde janeiro. O planejamento mais em si em relação à escola, porque as unidades básicas, os profissionais, eles já realizam esse tipo de ação na comunidade, na própria unidade básica. [...] Então, esse planejamento com a escola é mais em relação, mais a parte da educação. Porque a gente tem que integrar na parte pedagógica e incluir a saúde.* (Profissional da Saúde A).

A partir da narrativa, observa-se uma ação de planejamento voltada à inclusão da programação da Saúde no contexto escolar. Nota-se, ainda, que os profissionais utilizam os termos *integração* e *articulação*, os quais fazem referência à intersetorialidade entre os setores da Saúde e da Educação, especialmente no que diz respeito à seleção e pactuação das escolas, bem como à organização articulada baseada na agenda da Saúde e no calendário escolar. As falas indicam uma ação de preparação e organização conjunta entre Saúde e Educação, conforme relatado pelos participantes.

A pesquisa de Chaves (2018), que investigou o PSE sob a perspectiva dos atores sociais em relação à intersetorialidade na promoção da saúde no Ceará, constatou a existência de um planejamento programático, concluindo que essa prática contribuiu significativamente para evitar o adiamento das atividades de promoção da saúde escolar. Diante dessas questões, observa-se que o planejamento facilita a implementação das ações e que o PSE, por se tratar de uma política intersetorial, caracteriza-se fundamentalmente por um planejamento diferenciado. Isso se deve ao fato de que os elementos da intersetorialidade, descritos na seção anterior,

exigem uma mudança de paradigma na gestão, com a construção de planos de trabalho conjuntos e flexíveis, possibilitando a inserção do plano de trabalho intersetorial – entendimento que foi mencionado pelos profissionais entrevistados.

A articulação e a integração são termos essenciais na fase de planejamento, uma vez que a política do PSE estabelece no art. 3 que o Programa se constitui como "estratégia para a integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de educação e de saúde" (Brasil, 2017, p. 2). Dessa forma, a gerência organizacional do GTI-M demanda uma ênfase tático-operacional para que ambos os setores desenvolvam um planejamento situacional e sinérgico – um dos propósitos centrais da intersetorialidade –, garantindo o comprometimento mútuo com os objetivos voltados à promoção da saúde dos educandos. Nesse contexto, o planejamento foi direcionado à seleção das temáticas, considerando que, na abordagem teórica do Programa, o planejamento integrado deve subsidiar a execução dessas temáticas.

6.1.2 Planejamento na seleção das temáticas

A seleção das temáticas a serem desenvolvidas corresponde a um dos momentos importantes da gestão do GTI-M, visto que é através das fases de execução, monitoramento e avaliação que se demonstra a efetividade da promoção da saúde dos estudantes na escola. O planejamento no PSE deve ser consoante com as suas diretrizes, conforme a recomendação acerca do planejamento intersetorial, visto que a Portaria n. 1.055 destaca, no parágrafo primeiro: "O planejamento das ações do PSE deverá considerar: I - os contextos escolar e social; II - o diagnóstico local de saúde; III - a capacidade operativa das equipes das escolas e da Atenção Básica" (Brasil, 2017, p. 3-4).

Para a compreensão do planejamento mediado pela seleção das temáticas, deve-se considerar que as ações do PSE constituem Temas para a Saúde, são estabelecidas pelo GTI-F e podem variar, de acordo com os ciclos de adesão. Para o ciclo de 2021-2022, foram estabelecidos, através do Documento Orientador 2021-2022 (Brasil, 2021), conforme o quadro 17, os tipos de atividades desenvolvidas pelo PSE: Educação em Saúde; Atendimento em Grupo; Avaliação/Procedimento Coletivo; Mobilização Social.

Quadro 17 – Tipos de atividades desenvolvidas pelo PSE

Educação em Saúde:	Indica uma ação de educação ou ensino ou instrução em saúde, como encenações teatrais sobre algum tema em saúde, rodas de conversa com temas da saúde, campanhas pontuais ou sazonais de saúde etc.
Atendimento em Grupo:	Campo utilizado para indicar a realização de grupos terapêuticos, grupos operativos, oficinas, grupos temáticos por ciclo de vida ou condição de saúde, grupos de atividade física, terapia comunitária, entre outros. Essa opção exige que os usuários que participaram da atividade sejam identificados, pelo CNS ou CPF, mesmo que não apresentem alterações na avaliação.
Avaliação/Procedimento Coletivo:	Indica avaliações ou procedimentos realizados em um grupo, como avaliação antropométrica, testes de acuidade visual, escovação dental supervisionada, aplicação tópica de flúor, entre outros. Exige a identificação dos usuários que participaram da atividade por meio do preenchimento do CNS ou CPF.
Mobilização Social:	Ações de promoção de mobilização comunitária com a constituição de redes sociais de apoio e ambientes de convivência e solidariedade. Essa opção não exige que os usuários da atividade sejam identificados pelo CNS ou CPF.

Fonte: Documento Orientador 2021-2022 (Brasil, 2021).

As ações de saúde e os tipos de atividades podem ser desenvolvidos sob a forma de duas modalidades; em Temas para Saúde (Quadro 18) e Práticas em Saúde (Quadro 16). A execução dessas ações é fundamental no planejamento estratégico, pois tais ações podem ser classificadas dependendo do tipo de atividade a ser implementada. Conforme o Quadro 16, os Temas para a Saúde podem ser executados segundo o tipo da atividade a ser desenvolvida: Educação em Saúde; Atendimento em Grupo; Avaliação/Procedimento Coletivo; Mobilização Social.

Quadro 18 – Temas para Saúde para o ciclo 2021-2022

TEMAS PARA SAÚDE	AÇÕES DO PSE CORRESPONDENTES	ORIENTAÇÕES DE REGISTRO
Ações de combate ao *Aedes aegypti*	Saúde Ambiental	Registrar atividades de prevenção das arboviroses (Exemplo: abordagem educativa sobre dengue, chicungunha e zica).
Agravos negligenciados	Prevenção de doenças negligenciadas	Registrar abordagem educativa de prevenção das doenças tropicais negligenciadas (hanseníase, tuberculose e outras).
Alimentação saudável	Alimentação saudável e prevenção da obesidade	Registrar atividades de promoção da alimentação saudável (Exemplo: abordagem educativa sobre alimentação saudável).
Cidadania e direitos humanos	Promoção da cultura de paz e direitos humanos	Registrar atividades de promoção da cultura de paz e direitos

		humanos (Exemplo: abordagem educativa sobre promoção do diálogo, da tolerância, da diversidade, e combate ao *bullying*).
Dependência química / tabaco / álcool / outras drogas	Prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas	Registrar (Exemplo: abordagem educativa sobre os riscos e danos do uso de álcool, tabaco e outras drogas).
Prevenção da violência e promoção da cultura da paz	Prevenção das violências e dos acidentes	Registrar atividades de prevenção de violências e acidentes (Exemplo: abordagem educativa sobre prevenção de violências físicas, psicológicas, sexuais, e riscos de acidentes).
Saúde ambiental	Saúde ambiental	Registrar atividades de promoção e prevenção de saúde e meio ambiente (Exemplo: abordagem educativa sobre qualidade do ar, da água, do solo).
Saúde bucal	Saúde bucal	Registrar atividades de promoção da saúde bucal (Exemplo: abordagem educativa sobre saúde bucal).
Saúde sexual e reprodutiva	Saúde sexual e reprodutiva e prevenção do HIV/IST	Registar atividades de promoção e prevenção da saúde sexual e reprodutiva (Exemplo: abordagem educativa sobre saúde sexual, prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, e prevenção da gravidez na adolescência).

Fonte: Documento Orientador 2021-2022 (Brasil, 2021).

As práticas em saúde são atendimentos em grupo ou de forma individual com o objetivo de realização de uma avaliação individual ou procedimento coletivo, como por exemplo: antropometria; aplicação tópica de flúor; escovação supervisionada; atividade física; avaliação ocular; e verificação da situação vacinal dos estudantes, conforme descrito no Quadro 19:

Quadro 19 – Práticas em Saúde do PSE

Antropometria	Alimentação saudável e prevenção da obesidade	Registrar atividades de prevenção da obesidade (Exemplo: avaliação do estado nutricional por meio da antropometria).
Aplicação tópica de flúor	Saúde bucal	Registar atividades de promoção da saúde bucal (Exemplo: avaliação do estado de saúde bucal e aplicação tópica de flúor).
Escovação supervisionada	Saúde bucal	Registar atividades de promoção da saúde bucal (Exemplo: avaliação do estado de saúde

		bucal e escovação dental supervisionada).
Práticas corporais e atividade física	Promoção da atividade física	Registar atividades de promoção da atividade física (Exemplo: realização de práticas de atividade física orientadas).
Saúde auditiva	Saúde auditiva	Registrar atividades de promoção da saúde auditiva (Exemplo: avaliação acuidade auditiva).
Saúde ocular	Saúde ocular	Registrar atividades de promoção da saúde ocular (Exemplo: avaliação acuidade visual).
Verificação da situação vacinal	Verificação da situação vacinal	Registrar atividades de verificação da situação vacinal (Exemplo: avaliação da situação vacinal).
Outros procedimentos coletivos	Prevenção à covid-19	Este campo deve ser utilizado, excepcionalmente, para o registro das ações de covid-19.

Fonte: Documento Orientador 2021-2022 (Brasil, 2021).

Portanto, considera-se que a seleção das temáticas é um dos pontos cruciais no planejamento do PSE, por isso os profissionais foram questionados e assim se manifestaram:

> *A gente busca ter um norte pelas diretrizes do Programa. A gente estuda as diretrizes, olha lá, os temas prioritários. [...] Mas a partir desses prioritários, a gente vai fazendo o nosso cronograma anual.* (Professora B).

> *Dentro também do documento que temos, os documentos, diretrizes, que trazem os temas que são condicionantes para o recebimento do recurso. Então tem temas mínimos. Por exemplo, [...] já teve anos que o tema prioritário era a dengue. Então, 100% das escolas teve que entrar na nossa campanha da dengue. [...] O nosso tema atual é atividade física e lazer na escola, nosso carro-chefe, ele veio como condicionante, então a gente vai trabalhar em 100% das escolas pactuadas.* (Professora C).

> *Os temas já vêm definidos do Ministério da Saúde. [...] Tem temas que não podem ser trabalhados, tipo com saúde sexual, não pode ser trabalhado com infantil. A gente tenta trabalhar de outra forma. [...] Mas a gente procura fazer todos os temas. A seleção de um tema por escola. [...] A coordenadora da educação faz uma pesquisa de prioridade.* (Profissional da Saúde A).

Nas narrativas dos professores, verifica-se a observância das diretrizes do Programa no processo de planejamento, bem como o fato de que a seleção das temáticas segue a regra dos temas *prioritários* – assim denominados porque sua execução condiciona o município ao recebimento dos recursos disponibilizados pelo PSE. Nesse sentido, destaca-se o papel dos documentos orientadores dos indicadores e padrões de avaliação do Programa nos ciclos de 2017-2018 e 2021-2022 (Brasil, 2018, 2021), ambos expedidos pelo Ministério da Saúde, após a adesão dos municípios ao PSE.

Esses documentos têm a função de normatizar o desenvolvimento das ações, os processos de registro, envio de dados, monitoramento, avaliação das atividades do Programa e repasse de incentivos financeiros de custeio. Tais documentos também definem os indicadores e os padrões de avaliação do PSE, sendo utilizados pela gestão federal para monitoramento, avaliação e financiamento de cada ciclo.

O Documento Orientador para o ciclo de 2021-2022 destaca as 13 ações pactuadas, referendando que "não poderiam alterar ou excluir nenhuma das ações ao longo do ciclo" (Brasil, 2021). Nesse sentido, percebe-se que se dá prioridade aos temas definidos pelo GTI-F e neste caso, observa-se uma verticalização de cima para baixo na escolha das temáticas, visto que o foco do planejamento não é determinado pelos indicadores de saúde e educação do território onde estão implantadas a escola e a UBS. Essas evidências corroboram o estudo de Coelho (2018) sobre o planejamento do PSE de Santarém (PA), no qual concluiu que as ações eram verticalizadas, decrescentes, de cima para baixo, desconcentrando-se as responsabilidades, quase sempre sem considerar a realidade local.

Para que as ações do PSE se efetivem, é fundamental que o planejamento seja estruturado de acordo com as necessidades específicas de cada território. A intersetorialidade, enquanto diretriz, amplia o conhecimento e possibilita um olhar mais dinâmico sobre os problemas sociais locais. No entanto, no caso do PSE em Tucuruí, é necessário que o GTI-M atue em conformidade com as recomendações do GTI-F, mas também considere o contexto escolar e o diagnóstico local de saúde para garantir a efetividade do planejamento. Quanto à seleção das demais temáticas, os participantes responderam da seguinte forma:

> *Os demais temas, a gente faz aplicação de um questionário inicial, início de ano, antes de semana pedagógica, para o gestor da escola, [...] realidade da escola. Então a gente faz algumas perguntas: o quantitativo de alunos, se teve alunos com abandono por questão de gravidez na adolescência ou por outros motivos, e aí, com esse formulário de escuta, a gente mapeia as nossas escolas pactuadas, traz essa demanda para a saúde, senta novamente, outra reunião do GTI-M, e ali a gente vai determinando as ações, os calendários, as equipes que poderão atuar.* (Professora C).

> *A gente manda essa escuta para as escolas, as escolas que fazem lá. É como se fossem questionários, perguntando para as escolas quais os temas que elas sentem mais necessidade, e acham mais prioridade para aquela escola. Porque uma escola é diferente da outra. A própria gestão da escola faz isso. Faz essa escuta, responde essas perguntas, e a parte dessas perguntas é que a gente vai fazendo o nosso cronograma. [...] Esse ano, a gente fez a escuta até pelo link mesmo.* (Professora B).

Pelos depoimentos dos docentes, percebe-se que, para a seleção dos temas não prioritários, é realizada uma consulta prévia nas escolas, por meio da aplicação de um questionário. Segundo o Documento Orientador 2021-2022 (Brasil, 2021), a gestão do PSE

deve ser estruturada por meio de um processo intersetorial, com o objetivo de melhorar a saúde dos educandos, reduzir a evasão escolar e diminuir a intermitência de frequência causada por problemas de saúde. Por esse motivo, destaca-se a importância da análise dos indicadores de saúde e de exclusão social, a fim de viabilizar um planejamento que atenda efetivamente às necessidades dos educandos. Ainda sobre a seleção dos temas, os participantes relataram:

> *A gente faz o levantamento dos temas, vê quais escolas querem os temas do PSE e repassamos para a coordenação da Saúde quais são as necessidades das escolas. Então [..] a escola X precisa urgentemente de uma abordagem sobre bullying, então a gente vai junto com a coordenação da saúde e vê se tem um profissional que possa nos ajudar. Se no momento não houver, a gente busca em outros setores da própria educação, [...] aqui o psicossocial, a gente busca ver com eles. A gente também vai atrás não só do setor saúde, da secretaria de Saúde, a gente tenta ver com outros órgãos, [...] a gente busca ver com eles se eles podem estar colocando na agenda deles, pra gente estar montando esse cronograma.* (Professora A).

> *Eu acho outra coisa muito boa das coordenadoras do PSE na educação, elas buscam parcerias das faculdades direto, o pessoal da Odontologia vem, traz kit para as crianças, as crianças ficam muito animadas. São coisas pequenas para nós, mas para as crianças são coisas grandes, pois tem crianças que divide escova de dente.* (Professora D).

Pelas narrativas acima, percebe-se uma proatividade do setor da Educação no que se refere às articulações, o que é bastante positivo. No entanto, essa iniciativa evidencia fragilidades na intersetorialidade da gestão do PSE, uma vez que o setor da Saúde precisa ser convocado pela Educação para participar do planejamento das ações.

Sobre essa evidência, diversos estudos realizados no Brasil apontam para a ocorrência de superposição e sobrecarga de responsabilidades entre os setores, especialmente no que tange ao planejamento e à execução das ações do PSE. As pesquisas sobre a gestão intersetorial do Programa mencionam, com frequência, a alternância na centralização do poder entre os setores.

O estudo de Vieira e Belisário (2018) destacou que algumas práticas do PSE ocorrem com base em uma relação de independência da escola em relação ao setor da Saúde. Já a pesquisa de Chiari *et. al.* (2018) demonstrou que a Educação foi o setor mais citado como coordenador e executor das atividades do GTI-M. Por sua vez, os estudos de Mallue et al. (2024) e de Coelho (2018) evidenciaram que os profissionais da Saúde eram os principais responsáveis pela execução do Programa.

Tais observações nos levam a refletir sobre a setorialização e a desarticulação da gestão, o que se mostra contraditório em relação às diretrizes do Programa, uma vez que o objetivo do PSE é fortalecer a relação entre as redes públicas de saúde e de educação (Brasil, 2017, p. 6). No entanto, observa-se um desequilíbrio entre os setores no âmbito do planejamento, o que

pode dificultar a abordagem da promoção da saúde no desenvolvimento, na produção e na disseminação de conhecimentos e práticas de forma compartilhada e participativa.

Além disso, o setor da Saúde, cujas funções são orientadas por uma visão ampliada dos determinantes sociais da saúde, deve ser o principal agente interessado e fomentador da gestão intersetorial. A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) destaca que, em contextos marcados pela setorialização, não é possível promover saúde de forma efetiva. O Sistema Único de Saúde (SUS) e a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), enquanto políticas públicas, representam as principais referências de que os serviços de saúde devem atuar como mobilizadores dos diversos atores envolvidos, visando à operacionalização prática da promoção da saúde nos territórios escolares. Contudo, algumas demandas das escolas ainda não são atendidas, conforme o relato a seguir:

> *Geralmente eles vêm durante o ano, eles marcam uma data na secretaria de Educação, mas às vezes, como a escola apresenta o plano dela, com várias situações, [...] a gente pode fazer o pedido durante o ano pelas problemáticas que tiveram no ano que se passou. [...] Sempre se colocam à disposição dentro do plano deles, às vezes tem coisas que a gente pede que naquele momento não é viável, porque eles estão com uma ação, e não tem como quebrar a ação, mas eles têm um plano de ação do ano todo.* (Professor E).

A narrativa destaca que o GTI-M possui um plano de ação, mas que a escola enfrenta outras demandas relacionadas a problemas de saúde, realizando seu planejamento com base nessas necessidades locais. Contudo, o planejamento do GTI-M não integra as solicitações da escola. Evidenciam-se, portanto, fragilidades no planejamento, uma vez que as demandas locais não são consideradas, apesar de a intersetorialidade ser uma diretriz que requer a territorialidade para a integração dos objetivos (Prado *et. al.*, 2020). Essas evidências corroboram o estudo de Bandeira (2021), que apontou a ausência de uma articulação integrada do PSE para a viabilização das ações em consonância com a realidade local. Isto também se observa no seguinte relato de um dos sujeitos da pesquisa:

> *Conforme a necessidade muitas vezes partindo da escola a gente vê a nossa problemática [...] se a escola está muito agitada, de violência de agressão física agente faz o pedido neste sentido. Por exemplo a saúde bucal, a gente pede para os professores fazerem a observação se está tendo a higiene bucal, se o aluno está escovando o dente certinho se não está acontecendo [...] a gente faz o pedido, mas geralmente são eles que mandam a temática, [...] a gente pode escolher*.
> (Professor E).

No depoimento do professor E, observam-se necessidades específicas em cada escola, além da existência de critérios, como a faixa etária, para a escolha dos temas. Percebe-se que os professores assumem papéis de avaliadores da higiene dos alunos, enquanto a articulação entre a coordenadora do PSE da Saúde, a coordenadora da Educação e o diretor da escola é

mediada, representando as demandas mais “urgentes”. Essas informações confirmam que, atualmente, a escola não deve ser um local restrito ao ensino de conhecimentos.

Paro (2007, p. 42) destaca que “hoje a escola não deve mais se restringir à mera veiculação de informações, que ela se dedicava no passado”, chamando a atenção para as “novas” funções da escola de empreender a educação na formação do cidadão em sua integralidade. Isso é especialmente relevante porque, na escola pública, os educandos vivenciam fatores de desigualdade social, sobretudo devido à depreciação da escola pelo Estado e, em segundo lugar, pela necessidade de uma formação mais condizente com o contexto social dos alunos, considerando o aspecto socioeconômico dos escolares das capitais brasileiras.

Revelam-se mudanças importantes no contexto socioeconômico que, em parte, acompanharam as transformações do país e se refletiram nas famílias brasileiras e, consequentemente, nos escolares (IBGE, 2022). Portanto, a escola deve acompanhar a integralidade no ensino, e o PSE deve fomentá-la no planejamento:

> *As temáticas do PSE já vêm preconizadas pelo ministério. [...] A coordenação recebe [...] para que a gente execute e aborde dentro da escola. [...] Então chega pra ela, por exemplo, obesidade, diabetes, a alimentação saudável é obrigatória, mas todos os temas que precisam ser abordados já chegam estabelecidos, aí o nosso dever é só abordar esses temas pra mandar como produção para o ministério e tentar elevar o maior número possível de alunos, abranger todo esse pessoal.*
> (Profissional da Saúde C).

Observa-se na fala do profissional da equipe de saúde que a ideia é trabalhar para produzir dados, o que realmente é pertinente, pois sem os dados não se recebem os recursos do Programa, como estabelecido pelos indicadores quantitativos estipulados pela GTI-F (Brasil, 2021). No entanto, é implícito que o setor da saúde compartilhe as ações nas escolas, visto que não ocorre produção entre os setores se não há uma boa conexão.

O discurso acima se desvincula do conceito de que as políticas públicas são a concretização da ação governamental e envolvem atores formais e informais em um curso de ação intencional que visa o alcance de determinados objetivos (Amabile, 2012). Embora os indicadores do Programa exijam a produção de dados quantitativos, existem inúmeros objetivos que qualificam o PSE e não se restringem a esses dados, considerando suas diretrizes: integração e articulação das redes públicas de ensino e de saúde; territorialidade; interdisciplinaridade e intersetorialidade; integralidade; cuidado ao longo do tempo. A efetividade do Programa requer um planejamento intersetorial e estratégico, e sua desconexão dessas diretrizes representa um risco para a educação integral.

As diretrizes do PSE são compatíveis com os princípios do SUS, especialmente no que se refere à equidade, integralidade e universalidade, assim como com as diretrizes da PNAB

(Brasil, 2017): regionalização e hierarquização; territorialização; população adscrita; cuidado centrado na pessoa; resolutividade; longitudinalidade do cuidado; coordenação do cuidado; ordenação da rede; e participação da comunidade. Esses princípios e diretrizes estabelecem o protagonismo da atenção básica como o primeiro ponto de atenção e porta de entrada preferencial do sistema, que deve ordenar os fluxos e contrafluxos de pessoas, considerando as especificidades locais, a dinamicidade do território e a existência de populações específicas, como a dos estudantes das escolas públicas, que são responsabilidade da equipe da ESF enquanto estiverem em seu território.

Nesse sentido, a PNPS (Brasil, 2018, p. 9) destaca a necessidade de qualificar e atualizar as ações e os serviços prestados pelos gestores (neste caso, os do SUS), revendo o papel do setor de saúde na articulação de outras políticas públicas e ressaltando a importância de incluir novos elementos indutores para sua concretização: "a definição de temas transversais e de eixos operacionais, bem como a adequação e a atualização dos temas prioritários da política".

No caso da intersetorialidade na gestão do PSE, é necessário que essas temáticas se evidenciem na fase de planejamento, pois a seleção dos temas prioritários deve estar em consonância com o perfil epidemiológico dos municípios. Conforme exposto na seção 4, o município em questão está predisposto ao aumento e à complexidade dos problemas sociais; à expansão urbana desordenada e à ocupação das áreas rurais do seu entorno; à desestruturação da organização econômica e social; ao aumento da pobreza; à desestabilização do território local; a problemas relacionados à qualidade da água; ao risco de novas doenças, como as arboviroses; e ao aumento dos óbitos por doenças circulatórias e causas externas.

Tais problemas afetam a saúde dos educandos da escola pública, uma vez que ela concentra a maior parcela de estudantes em situação de vulnerabilidade social. Nesse sentido, a política do Programa precisa ser mais criteriosa quanto à seleção das temáticas.

> *Tudo é flexível, porque a gente faz um planejamento no início do ano, mas esse planejamento é tão flexível, porque às vezes em algumas demandas também do governo federal, chega, a gente tem que fazer. [...] Às vezes a ESF vem com uma demanda, e a gente conversa com a escola, e a escola recebe essa demanda, integra dentro das suas próprias ações. [...] E aí a gente conversa ali dentro do grupo de WhatsApp. [...] Então tem temas livres, tem ações livres também, que é mediante o interesse da escola.* (Professora C).

De acordo com a narrativa acima, observa-se que algumas operações do planejamento ocorrem de maneira flexível para se adequar às demandas do GTI-F, resultando em ações setoriais e pontuais, visto que não há uma integralização na gestão entre a UBS e a escola. Isso implica dizer que o setor da Saúde apresenta demandas e ações à escola, enquanto o planejamento deveria emergir de um diagnóstico situacional conjunto entre as redes de saúde e

educação locais. Apesar de existir uma articulação entre saúde e educação na seleção de temáticas de interesse tanto da escola quanto da unidade de saúde, isso indica uma fragilidade no diagnóstico do território escolar.

A respeito disso, a Portaria n. 1.055 destaca no art. 7 que a gestão do PSE deve ocorrer de forma intersetorial, por meio dos GTIs instituídos nas esferas federal, estadual, do Distrito Federal e municipal. Cabe ao GTI-F, entre suas atribuições, "definir as prioridades e metas de atendimento do PSE" (Brasil, 2017, p. 3). Assim, essa esfera de gestão deve subsidiar o planejamento integrado das ações do PSE nos municípios, promovendo a articulação entre o SUS e o sistema público de ensino, especialmente no nível da Educação Básica.

Todavia, o estudo de Dias *et. al.* (2018) destacou uma baixa interação entre a saúde e a comunidade escolar, sugerindo que a problemática, no nível local, desafia a construção de uma intersetorialidade orientada por processos compartilhados em todas as etapas do planejamento. Nesse aspecto, há necessidade de uma melhor intervenção da gestão intersetorial, pois o PSE está alinhado a uma política que visa garantir que o planejamento intersetorial proporcione à escola a integralidade das ações, vistas como um dispositivo social de relação familiar e comunitária.

Nesse sentido, a escola de ensino básico precisa estar integrada à organização da APS e ser reconhecida pelas instâncias locais do setor de saúde na atenção à saúde do estudante, devendo fazer parte do planejamento do território da ESF, conforme estabelece a PNAB (Brasil, 2017b). Sobre o cronograma de reuniões do GTI-M, assim responderam:

> *Então, esse planejamento com a escola é mais em relação à parte da educação. Porque a gente tem que integrar na parte pedagógica e incluir a saúde.*
> (Profissional da Saúde A).

> *Eles entram em acordo com o calendário escolar, porque não pode ser período de prova, eles entram em parceria com a escola, geralmente a coordenação do PSE da saúde entra em contato com a coordenação do PSE da escola, aí eles montam um calendário. Sempre que eles mandam o calendário, eles dizem que está sujeito às mudanças, porque geralmente tem uma programação na escola; nesse dia eles não podem tirar as crianças para o pátio da escola, ou a gente não pode ir lá, porque eles têm algumas atividades, não é fixo.*
> (Profissional da Saúde D).

Observa-se pelos relatos que o planejamento busca integrar Saúde e Educação, tendo como referência o calendário escolar para a organização do cronograma de atividades do PSE; no entanto, percebem-se incompatibilidades entre as agendas. O estudo de Chaves (2018) identificou os períodos de campanha para a organização das ações, considerando essa relação

como positiva entre saúde e escola. Já os estudos de Bandeira (2021) e Chiari (2018) relatam a dificuldade de compartilhamento dos calendários e dos dias letivos.

Segundo Almeida (2014), a intersetorialidade é identificada como a transcendência do escopo setorial e se traduz na articulação de experiências, rompendo com a tradição fragmentada da política social. Sua contribuição consiste justamente em promover mudanças na forma de planejar e executar, ou seja, diminuir as barreiras provocadas pela lógica de atuação em "caixinhas" que impedem a interação entre os setores. A intersetorialidade admite mudanças nos conceitos, valores, cultura, instituições, formas e ações, propondo diferentes modos de prestação de serviços.

A dificuldade no compartilhamento das agendas reforça a ideia de que há falhas na efetividade das ações do GTI-F, visto que esse nível de gestão é responsável por subsidiar o planejamento integrado das ações do PSE nos municípios, articulando o SUS e o sistema público de ensino. Sobre o meio utilizado para estabelecer o planejamento intersetorial, houve referência a dois meios de encontro, um presencial e um virtual. O encontro presencial foi descrito assim:

> *Tudo baseado nessas reuniões do GTI-M, que a gente já tem um calendário de reunião anual, e a gente faz a ata das reuniões dos participantes, quem participou, e com os formulários de escuta da escola.* (Professora C).

A partir da fala acima, é possível destacar que ocorrem reuniões presenciais do GTI-M, e esses momentos são utilizados para a realização do planejamento das ações. Assim, essa forma de gestão torna-se muito positiva, visto que possibilita articulação, comunicação e planejamento conjunto.

As reuniões presenciais de trabalho são as principais estratégias para a abordagem do planejamento intersetorial. Rivera e Artmann (2012) destacam a necessidade de grupos de pessoas para a compreensão de problemas considerados relevantes para o planejamento. O estudo de Coelho (2018) evidenciou que o GTI-M planejava as ações por meio de reuniões para programar todas as atividades do PSE; Chaves (2018) também mencionou essa prática em seu estudo. Esses autores destacaram positivamente os setores de Saúde e Educação como potenciais gestores da intersetorialidade, que têm a oportunidade de dialogar para promover o planejamento das atividades de promoção da saúde escolar. Sobre o planejamento por meio virtual, informou-se o seguinte:

> *A gente percebeu que, agora fazendo pelo WhatsApp, ele ficou mais efetivo. [...] E a gente fez esse início do ano e já notificou que ela ia ter data. Então a escola já ficou dele no início do ano avisada. Na data, mas antes, a gente anuncia no WhatsApp e mandava mensagem para a escola. Você lembra que você foi notificado e que vai ter ação, tal data, tal data, e a gente percebeu que assim ficou mais efetivo.*
> (Professora B).

Ainda sobre a interação entre os dois campos, é assim que o planejamento se estende aos grupos de redes sociais:

> *Nós articulamos todos os grupos, tanto a coordenadora da saúde, aí tem dentro do espaço da Saúde, que comporia um GTI-M oficial, nós temos a nossa coordenadora-geral, que é uma enfermeira, temos a dentista, temos uma nutricionista que tem um dia da semana só para o PSE, [...] coordenador da Endemias, a gente vai justamente integrando, articulando, [...] coordenador do meio ambiente dentro do grupo. Nesse aqui estão direções, parceiros, supervisores, algum multiplicador. [...] É um grupo só para a discussão do PSE, tudo que envolve as campanhas, as atividades, as dúvidas, as ações, divulgação das fotos. Tudo aqui. Aí a gente tem os representantes do projeto, os diretores, 48 pessoas.*
> (Professora C).

Observa-se na fala acima que a articulação ocorre por meio de rede social, estratégia importante para a comunicação. Sobre o estabelecimento de parcerias:

> *A gente faz um trabalho assim, bem tentando integrar junto, e temos outros parceiros, universidades, a própria assistência social, e aí nós fazemos então o encontro, o GTI-M, a gente convida os parceiros. [...] E a gente já apresenta para esses parceiros uma proposta de calendário de períodos, que cada tema vai transitar dentro das escolas, e aí a gente articula com a escola quem vai fazer a ação, se a própria escola vai ter iniciativa, se existe algum projeto, e isso tudo a gente coordena para entrar à produção do sistema.* (Professora C).

Conforme a fala acima, observa-se que o GTI-M também se articula para planejar de forma intersetorial com parceiros, a fim de integrar os atendimentos das ações. Percebe-se a articulação com a assistência social, universidades e outros setores. Tais iniciativas são de extrema importância, visto que a Portaria nº 1.055 (Brasil, 2017) destaca: "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".

Essas evidências, no entanto, não corroboram o estudo produzido por Coelho (2018) sobre a intersetorialidade no PSE no município de Santarém (PA), onde não se evidenciou mediação entre o GTI e as parcerias.

No entanto, verifica-se como positiva a articulação do GTI-M no estabelecimento de tais elos, visto que a operacionalização da promoção da saúde é um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, caracterizado pela articulação e cooperação intra e intersetorial, além da formação da Rede de Atenção à Saúde, buscando-se articular com as demais redes de proteção social, com ampla participação (Brasil, 2018), pois

os problemas que envolvem a escola e que podem fragilizar a educação também se relacionam com os demais setores.

Um estudo produzido por Fuentes (2019) sobre a experiência de concertação da intersetorialidade em Londrina destacou que o GTI, articulado entre saúde, educação e assistência social, foi positivo para desenvolver um trabalho em rede voltado a adolescentes em situação de vulnerabilidade social e para fortalecer o Programa no combate ao abandono escolar, com amplo controle social. Assim, reconhecem-se as demais políticas e tecnologias existentes, visando à equidade e à qualidade de vida, com redução das vulnerabilidades e dos riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais.

Diante do exposto, verifica-se que há alguns vieses nas narrativas dos profissionais, pois ao mesmo tempo configuram a modalidade de reuniões de planejamento entre o GTI-M e seus parceiros, o planejamento é mediado pela necessidade de elaborar um cronograma que fundamente a realização de ações subsidiadas pelos indicadores do Programa.

Depreendeu-se que as necessidades das escolas, no que tange às ações planejadas pelo PSE, são parcialmente atendidas, visto que algumas narrativas apontaram que não havia espaço para atender às demandas de algumas escolas. Observou-se um esforço do setor da educação para manter vínculos, articulações e comunicação com o intuito de cumprir o cronograma de ações. Assim, o planejamento intersetorial no município pode ser considerado frágil, visto que a articulação e a integração ocorrem apenas para operacionalizar um cronograma de ações desvinculadas dos indicadores de saúde e doença do território escolar, contrariando o modelo de promoção da saúde.

6.1.3 A inclusão das ações no Projeto Político-Pedagógico da escola

O projeto político-pedagógico é um importante instrumento de planejamento da educação na rede básica de ensino; seu objetivo "é a garantia dos direitos fundamentais relativos ao acesso e à permanência escolar, ou seja, a oferta de um ensino de qualidade para todos" (Silva, 2020, p. 2). Portanto, se a importância desse documento está atrelada ao acesso e à permanência escolar, torna-se relevante que sua construção esteja relacionada à organização e à participação de todos os profissionais que compõem o corpo educacional da escola. Sobre a inserção das ações do PSE no projeto político-pedagógico da escola, assim se manifestou a professora C:

> *Esse é o desafio, porque o projeto político-pedagógico da escola às vezes nem a escola tem. [...] Então, tem bastante anos que eu venho conversando; a gente faz a visita na escola, a primeira coisa que a gente cobra do diretor: "Como é que o senhor vai incluir as ações do PSE dentro do PPP?" A gente pede inclusive [...], coloca a sigla do PSE. Tudo que for dentro das temáticas, põe a sigla do PSE; [...] se a escola foi pactuada, você vai passar a ser monitorado pelo Governo Federal.*
> (Professora C).

Segundo a fala acima, observa-se deficiência na construção do projeto político-pedagógico da escola. Sobre essa temática, a Portaria n. 1.055 destaca no § 2º: "As ações realizadas pela escola deverão estar alinhadas ao currículo escolar e à política de educação integral" (Brasil, 2017, p. 4). Entre as diretrizes da educação em tempo integral estão a participação ativa dos estudantes e a integração da escola com o território, o que demonstra a importância da intersetorialidade entre saúde e educação para que os educandos sejam ativos na construção e apropriação dos saberes, atitudes e práticas, numa perspectiva de progressiva autonomia (Brasil, 2024).

No entanto, para que as ações do PSE sejam efetivamente operacionais, é necessário que, no projeto político-pedagógico da escola, essas ações estejam alinhadas aos conhecimentos dos indicadores de saúde do território e à intersetorialidade no planejamento das ações da ESF vinculada à escola. Dessa maneira, é possível estabelecer a conexão entre a escola e a Atenção Primária à Saúde (APS), promovendo a integralidade das ações de saúde para os educandos do ensino básico. Contudo, apesar de sua importância e obrigatoriedade, poucas escolas realizam a inclusão das ações do PSE em seus projetos político-pedagógicos.

A pesquisa de Mallue *et. al.* (2024) na cidade de Pelotas (RS) evidenciou que apenas 50% das escolas tinham as ações do PSE inseridas no projeto político-pedagógico da escola como determinam as diretrizes do Programa. Tais dados demonstram que não há uma uniformidade nem algum tipo de iniciativa do GTI-F que garanta a viabilidade da ação, o que constitui um ponto de fragilidade de eficácia no planejamento do Programa. É o que se confirma nos relatos apresentados a seguir:

> *Da mesma forma que foi feito no início do ano, nós também sentamos pra fazer o nosso projeto político e pedagógico da escola, porque como ele é anual, ele se encaixa no cronograma, então as ações do PSE se encaixam no cronograma do projeto político e pedagógico da escola. Todo ano a gente tem o cronograma anual com os macro e microprojetos e aí eles vão se encaixando dentro dos microprojetos.*
> (Professora D).

> *É feito durante a reunião no tempo de reestruturação porque o PPP é renovado a cada ano e nunca é fechado, sempre flexível, está sempre dando abertura a novos Programas que aparecem, que são sempre bem-vindos, são sempre enriquecedores para o trabalho da escola.*
> (Professor E).

De acordo com a fala dos professores acima, as ações do PSE são inseridas no projeto político-pedagógico da escola; porém, ao solicitarmos o documento, este não nos foi apresentado. O projeto político-pedagógico da escola é um instrumento teórico-metodológico que deve ser disponibilizado, construído e reconstruído por aqueles que desejam, de forma efetiva e democrática, participar das mudanças. Ele delibera sobre a identidade, os objetivos, as formas de implementação e de avaliação da escola, levando em consideração sua história, realidade social, público-alvo, clientela, entre outros aspectos.

A elaboração do projeto requer um processo de discussão e reflexão sobre a função social e política da unidade de ensino, envolvendo princípios de caráter administrativo, comunitário e de gestão de resultados, além do devido reconhecimento do percurso histórico de cada unidade educacional. Por isso, ao efetivar sua construção, deve-se planejar a intencionalidade das ações pretendidas, para que estas possam ser alcançadas.

No entanto, apesar de ser considerado fundamental para a efetividade da educação, o projeto é um instrumento polêmico, pois tende a ser marcado por um discurso acadêmico, por vezes muito bem embasado, porém desconexo da realidade da escola e do ensino. Segundo Bortoluzzi e Silva (2022, p. 1), "se não houver uma adequada instrumentalização e uma efetiva organicidade entre o Projeto Político-Pedagógico da escola e outras ações letivas, terá apenas um belo discurso encadernado".

Assim, é importante que não fique apenas no discurso a inserção das temáticas da saúde no currículo escolar, pois, segundo Chiari *et. al.* (2018), a inserção da saúde como tema transversal nos currículos da educação básica é assegurada pelas Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Brasil, 2016), de acordo com as quais o aluno deve conhecer, apreciar e cuidar de si, do seu corpo e bem-estar, compreendendo-se na diversidade humana, conforme normatizado nos componentes de Ciências da Natureza e suas Tecnologias.

Da mesma forma, é atribuição do GTI-M a articulação para inserir os temas relacionados ao PSE nos projetos político-pedagógicos das escolas, o que não é, porém, uma construção simples, pois isso requer empenho e conhecimento coletivo e investimento na formação dos profissionais no que tange à intersetorialidade (que será abordada mais adiante).

Em outro aspecto do ensino básico da escola pública, evidenciado em seu contexto histórico de descentralização, a LDB (Brasil, 1996), ao tratar dos direitos básicos à educação, estabelece que é dever do Estado garantir a efetivação da educação escolar pública por meio da oferta da educação básica obrigatória para crianças e jovens dos 4 aos 17 anos de idade: "o atendimento ao educando em todas as etapas da educação básica, por meio dos programas

suplementares de material didático escolar, transporte, alimentação e assistência à saúde" (Brasil, 1996, p. 2). Além desse preceito, a LDB em seu art. 26, determina:

> Que os currículos de educação infantil, do ensino fundamental e do ensino médio devem ter uma base nacional comum a ser complementada em cada sistema de ensino e em cada estabelecimento escolar por uma parte diversificada exigida pelas características regionais e locais da sociedade, da cultura, da economia e dos educandos. (Brasil, 2021, p. 26).

Verifica-se a necessidade de que o currículo escolar compreenda os indicadores de saúde que afetam os educandos, uma vez que esses indicadores fazem parte das características locais e são de interesse da comunidade escolar a discussão desses aspectos no ambiente educacional. Partindo desse pressuposto, o MEC, em 1998, apresentou às secretarias de Educação, escolas, instituições formadoras de professores e à comunidade acadêmica os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) como proposta de reorientação curricular para os diferentes estados e municípios brasileiros. Os PCN foram descritos como uma referência curricular nacional para o ensino fundamental, a ser discutida e traduzida em propostas regionais, projetos educativos nas escolas e práticas em sala de aula (Brasil, 1998).

No entanto, há várias críticas aos PCN e à sua vinculação às novas exigências da ordem econômica globalizada e das políticas neoliberais, que seguem as orientações e determinações do Banco Mundial, da Unesco e da Cepal. Tais documentos fazem uso de termos como competitividade, equidade, produtividade, cidadania, flexibilidade, desempenho, integração e descentralização, focando no conhecimento técnico-científico para a formação de recursos humanos flexíveis às exigências do mercado (Galian, 2014). Ainda assim, os PCN foram um dos primeiros documentos elaborados, à época, como uma proposta de natureza flexível que considera a educação de forma mais ampla, abordando questões sociais por meio dos temas transversais (Silva, 2019).

Dessa forma, a LDB destaca, no §1º do artigo 26 que "os currículos a que se refere devem abranger obrigatoriamente, o estudo [...] do mundo físico e natural e da realidade social e política, especialmente do Brasil" (Brasil, 1996, p. 29). Nessa perspectiva, as problemáticas sociais em relação à ética, saúde, meio ambiente, pluralidade cultural, orientação sexual, trabalho e consumo foram integradas na proposta educacional dos PCN como um conjunto de temas que nela aparecem transversalizados. Tais temas são permeando pela concepção das diferentes áreas, seus objetivos, conteúdos e orientações didáticas, mas ao questionarmos o profissional da saúde sobre o Projeto Político-Pedagógico da escola e a inserção das ações, assim respondeu:

> *O projeto político e pedagógico da escola, não sei como funciona essa parte da escola. Aí já é com eles lá. Tipo assim, a gente é bem dividido. Não, eu não me meto lá na parte deles. Se me perguntarem alguma coisa da escola, eu não sei, porque a gente só chega lá para fazer as ações. Então, eu conheço a maioria dos diretores e tal, mas não, não, não. Não entro nessa parte deles em relação à escola.*
> (Profissional da Saúde A).

A fala demonstra que não há sinergia no conhecimento acerca de um tema tão importante para a educação básica, evidenciando um reducionismo no entendimento dos profissionais da saúde sobre a importância do setor da educação no direito social de promover a saúde dos educandos. Nesse sentido, a saúde é apontada pelos PCN como uma temática a ser contemplada no currículo, visto que "Educação e Saúde estão intimamente relacionadas e, em especial, a educação para a saúde é resultante da confluência desses dois fenômenos" (Brasil, p. 259).

Sob o ponto de vista do processo saúde-doença, suas múltiplas dimensões, por si só, justificam a opção de caracterizar a educação para a saúde como um tema transversal no currículo do ensino básico. Tais aspectos do âmbito da escola são importantes para subsidiar a gestão intersetorial do PSE e verificar se os subsídios do planejamento ocorrem sob a óptica da integralidade, ou seja, numa abordagem que compreenda a saúde como um problema biológico, psicológico e social e que promova a sinergia no PSE, no entendimento de que, no planejamento, os setores envolvidos criam objetivos condizentes ao diagnóstico estratégico e se responsabilizam por promover ações subsidiadas pela autonomia dos educandos.

Assim, quanto à inclusão das ações no projeto político-pedagógico da escola, é fundamental que a gestão intersetorial promova o planejamento integrado, visando em cada setor, minimizar os fatores que possam comprometer a formação dos educandos para uma vida saudável. Essas ações devem estar fundamentadas no conhecimento dos indicadores locais, possibilitando o exercício da cidadania e o desenvolvimento da autonomia dos estudantes.

Esses pressupostos envolvem tanto a formação dos profissionais da educação e da saúde quanto a adequação do currículo às necessidades do território, promovendo a compreensão da saúde como um direito e uma responsabilidade coletiva.

6.1.4 Participação da comunidade escolar na gestão do PSE

Para compreender a importância da comunidade escolar no planejamento, recorremos ao movimento de participação da sociedade civil organizada na redemocratização da saúde, que culminou na Reforma Sanitária ocorrida no Brasil nas décadas de 1970 e 1980. A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 e com a participação de mais de 5.000 pessoas – trabalhadores, usuários, estudantes – possibilitou, apesar de muitos conflitos, o debate sobre o conceito ampliado de saúde e o reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado (Aguiar, 2015).

Nesse contexto, a participação social e a Reforma Sanitária foram fundamentais para a promulgação da Constituição Federal de 1988 e da Lei nº 8.080/1990, que destacam o SUS como um sistema baseado nos princípios da universalidade, equidade, integralidade, descentralização, regionalização, participação e controle social. Assim, não há SUS sem a participação da população por meio de suas entidades representativas, o que, segundo Aguiar (2015), representa a democratização do conhecimento sobre o processo saúde-doença nos serviços, estimulando a comunidade ao efetivo exercício do controle da gestão do sistema. Como evidencia o texto, a participação na gestão do PSE é fundamental e por isso, assim se manifestaram os docentes:

> *A comunidade como um todo daquela escola deve participar, então, assim, a gente não tem essa ligação direta com a comunidade em si; só mesmo com a escola, com os pais a gente não tem esse envolvimento, [...] e com os alunos também não. É mais com a gestão escolar.*
> (Professora A).

> *A equipe, saúde e de educação, vai em todas as escolas, conversa com o diretor, apresenta proposta de trabalho e avisa para ele que vai chegar o formulário de escuta das ações, para ele preencher com a equipe escolar. Aí fica a cabo [sic] do diretor, mas a gente fica no pé dele.*
> (Professora C).

As falas acima refletem que a articulação do GTI-M é realizada por meio do diretor da escola, seja através do contato direto ou por meio de um formulário de escuta. Observa-se que o GTI-M não realiza a escuta da comunidade escolar de forma direta e globalizada, mas relata que essa comunicação ocorre por intermédio do diretor. Sobre essa abordagem, Paro (2016) destaca que existem condicionantes presentes no interior da escola que podem favorecer a participação da comunidade escolar e que devem ser trabalhados para se tornarem potenciais dispositivos de envolvimento das pessoas no processo participativo.

O autor enfatiza que a figura do diretor é um fator importante na participação da comunidade escolar, pois ele representa o executivo escolar, sendo responsável por organizar, coordenar e supervisionar as atividades da escola, subsidiar o planejamento educacional e promover a integração entre escola, família e comunidade. Contudo, o sucesso dessa função depende muito do seu estilo de gestão: há diretores mais racionais, focados no cumprimento de tarefas e metas, e diretores mais democráticos, que podem fortalecer uma gestão mais participativa. É nesse último perfil que se fortalece a participação dos demais sujeitos que compõem a escola.

Portanto, na gestão do PSE, é fundamental garantir a participação de professores, alunos, profissionais dos serviços de apoio e outros envolvidos, para que o processo de gestão seja o mais democrático possível. Sobre o investimento do GTI-M na participação:

> *A gente procura estar muito presente nas escolas, e quando tem as reuniões, principalmente no início do ano, na época do planejamento, a gente vai nas escolas, a gente procura as datas das reuniões, todas as escolas geralmente no início do ano.*
> (Professora B).

A fala da Professora B destaca que o GTI-M procura a escola para participar de reuniões, porém não detalha como é feita a abordagem junto à comunidade escolar. Esses relatos corroboram as pesquisas de Dias *et. al.* (2018) e Chiari (2018), que evidenciaram uma maior articulação envolvendo gestores e profissionais responsáveis pela organização, com participação reduzida da comunidade escolar nos processos de tomada de decisão. Continuando sobre a participação:

> *Na verdade, a comunidade escolar é a nossa parte final porque todo o contato que nós temos hoje dentro de logística de reunião de implementação é via secretaria de Educação, e a equipe do PSE de lá fica responsável junto com a coordenadora do PSE da Saúde, de marcar as nossas idas; então a participação da comunidade escolar vai ser a participação final, é a que vai receber os nossos serviços.*
> (Profissional da Saúde C).

Segundo o depoimento acima, o profissional da saúde, evidencia como a participação com a comunidade escolar o contato na execução das ações, não há um enfoque na participação no que tange ao planejamento das ações.

> *A comunidade escolar eu vejo que eles participam [...], mas não de uma maneira que a saúde espere que ele participe. Eles comparecem quando são chamados, principalmente quando é em relação à imunização, quando a gente cobra imunização, [...] e a gente comunica para os pais comparecerem.*
> (Profissional da Saúde B).

Segundo o depoimento o profissional da saúde compreende uma insatisfação do profissional com a participação da comunidade escolar. o profissional da saúde espera uma

participação mais efetiva; no entanto. Verifica-se que tais resultados coadunam com a pesquisa realizada por Mallue *et. al.* (2024), segundo a qual 66% dos entrevistados descreveram não haver participação dos alunos na escolha das temáticas.

Assim, de acordo com a perspectiva da educação em saúde, o planejamento das intervenções educativas deve ser elaborado a partir das necessidades dos sujeitos, e a abordagem deve ser precedida pela sistematização e planejamento, em consonância com os aspectos de empoderamento sobre a saúde e seus preceitos. Portanto, cabe ao setor da saúde, conforme a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2017), fortalecer e estimular a participação da comunidade escolar.

Tais dificuldades na participação podem comprometer a educação, visto que o significado do processo pedagógico, segundo Paro (2010, p. 772), deve considerar o educando como sujeito de seu aprendizado. Isso implica que o educador precisa levar em conta as condições em que o educando se faz sujeito. “Educar não é apenas explicar a lição ou expor um conteúdo disciplinar, mas propiciar condições para que o educando se faça sujeito de seu aprendizado, levando em conta seu processo de desenvolvimento biopsíquico e social desde o momento em que nasce.” Portanto, a participação dos educandos deve ser prioritária no planejamento. Ainda sobre a participação da comunidade escolar, verificou-se a presença dos multiplicadores:

> *E nós temos o grupo dos multiplicadores, que também compõe um outro grupo GTI-M, que ali dentro do grupo dos multiplicadores a gente traz as demandas, traz os temas, traz os programas, traz as ações, os ciclos de palestras e vai fazendo o levantamento. [...] Vai diluindo os temas em diferentes escolas, articulando a comunidade para ver essa necessidade da comunidade. Todas as escolas pactuadas a gente pede que enviem um multiplicador, [...] já inclui ele no grupo.*
> (Professora C).

Na narrativa acima, observa-se a referência ao professor multiplicador dos assuntos do PSE, que normalmente pode ser o coordenador pedagógico ou o professor de Ciências, exercendo um papel de mediador entre a escola e o GTI-M. Na escola pesquisada, essa função era desempenhada pelo vice coordenador. Sobre a seleção das temáticas, a partir da atuação do multiplicador, a situação foi descrita da seguinte forma:

Na fala acima, nota-se a criação da figura do professor multiplicador dos assuntos do PSE, que, segundo a coordenadora do PSE da educação, pode ser o coordenador pedagógico ou o professor de Ciências, exercendo o papel de mediador entre a escola e o GTI-M. Na escola pesquisada, a figura do professor multiplicador existia e, no caso específico, era a vice coordenadora da escola. Sobre a seleção das temáticas, a professora destacou:

> *No início do ano eles mandaram o cronograma pra gente; eu me sentei com os professores, nós fizemos um planejamento. Mandaram um planejamento sobre tudo o que iria acontecer. [...] Tem todo um cronograma com todas as datas até dezembro, aí a gente vai seguindo o cronograma e vendo o que seria bom pra nossa escola e o PSE. Como é um trabalho de parceria, eu não preciso esperar exclusivamente vir alguém da coordenação pra trazer pra mim, eu vou organizar com os meus professores.*
> (Professora D).

Observa-se que a professora destaca um planejamento inicial realizado pelos coordenadores do PSE do GTI-M, do qual emerge um cronograma de ações enviado para a escola. A partir desse primeiro cronograma do GTI-M, é elaborado na escola um segundo cronograma, conforme referido pela Professora D. Após o envio do cronograma para a escola, os professores responsáveis pelo PSE selecionam os temas e as datas a serem desenvolvidas internamente.

Embora seja importante que a escola realize várias ações ao longo do ano letivo, essas ações se confundem com as temáticas do PSE e parecem perder a característica de planejamento intersetorial, pois são decisões tomadas setorialmente na escola, sem a participação da equipe da ESF. Essa postura contraria a PNPS (Brasil, 2018), que estabelece que, para a promoção dos direitos humanos fundamentais e a redução das iniquidades, é necessário que gestores, trabalhadores e usuários do setor de saúde e de outros setores aceitem o convite ao envolvimento ativo na construção coletiva do bem comum, visando à redução das iniquidades no âmbito da escola pública.

Nesse sentido, os princípios e diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) convergem para a promoção efetiva da saúde, e a participação da comunidade escolar torna-se fundamental. Uma das finalidades da intersetorialidade é justamente potencializar a democratização na tomada de decisões, no que diz respeito à gestão compartilhada do PSE. Portanto, quanto mais aderente esse processo for aos princípios democráticos de participação da comunidade escolar, maior será a promoção da equidade e da integralidade nas ações do programa.

Assim, é necessária a ampliação da participação, por meio de estratégias que garantam a inclusão dos representantes no processo de gestão, para que suas necessidades sejam efetivamente contempladas. Para tanto, deve haver um redirecionamento do aporte legal do PSE, de modo a assegurar essa representatividade.

6.1.5 Execução das ações planejadas

A respeito da execução das ações do PSE no município de Tucuruí, identificamos algumas particularidades nas narrativas dos profissionais, que permitem destacar dois momentos: a) a execução das ações mediada pelo planejamento do GTI-M; b) a execução das ações mediada pelo planejamento das equipes da escola e/ou da equipe de saúde. Quanto à execução das ações mediada pelo planejamento do GTI-M, assim se manifestaram os professores:

> *No início de cada mês, se a gente já tem o mês fechado com aquelas ações que a gente planejou, eu já passo isso num grupo que nós temos, que é o GTI-M, que é o grupo que tem os diretores e os parceiros, todos os diretores das escolas pactuadas; [...] tem a coordenadora da Saúde, tem a diretora de Ensino, tem todos os coordenadores do PSE. [...] Então a gente já põe ali esse planejamento anterior, assim umas duas semanas antes, ou uma semana antes. [...] Eu lembro a escola. [...] Vou diretamente com a diretora ou com o multiplicador, que seria a pessoa responsável em estar organizando e preparando a escola para quando a gente chegar a gente poder desenvolver ação.*
> (Professora A).

> *A gente percebeu que, agora fazendo pelo WhatsApp, ele ficou mais efetivo. A gente fez assim no início desse ano, acho que deu muito certo isso. [...] A gente notificou. [...] Então a escola já ficou no início do ano avisada, [...] mas antes a gente anuncia no WhatsApp e mandava mensagem para a escola. Você lembra que você foi notificado e que vai ter ação, tal data, tal data.*
> (Professora B).

Observa-se pela narrativa que o GTI-M planeja e coordena a execução das ações nas escolas, sendo que, no início de cada mês, há uma nova notificação enviada às escolas, e o GTI-M mantém a comunicação constante. No entanto, também se percebe que a escola apenas recebe a ação, sem que esta esteja incluída no projeto escolar, visto que a coordenadora precisa lembrar ao diretor sobre a realização da atividade. Essa suposição se confirma na fala abaixo:

> *Vou diretamente com a diretora ou com o multiplicador, que seria a pessoa responsável em estar organizando e preparando a escola para quando a gente chegar a gente poder desenvolver ação. [...] Aí eu mando para o diretor: "Tal dia nós estaremos para fazer tal ação, tal dia assim; tal hora. [...] Tudo OK? Podemos ir? Podemos acionar as equipes? Podemos confirmar?" Aí eles dando OK, no dia da ação normalmente nós chegamos um pouco mais cedo para preparar um ambiente, e aí a gente verifica qual o melhor local.*
> (Professora A).

Observa-se que a coordenação da Educação organiza junto às escolas o dia, o horário e o ambiente para a realização das ações. Verifica-se que o diretor necessita confirmar se a escola poderá receber as ações do PSE. Sobre a execução das ações mediada pelo planejamento do GTI-M assim se manifestaram os profissionais da Saúde:

> *Na hora, enquanto a gente está fazendo o cronograma, tal unidade pode nesse dia, vamos ver agora se a escola pode receber ou ao contrário. Se a escola pode receber, então eu vou ver se a unidade pode ir. E assim a gente vai* ***conciliando****. Às vezes um não pode, então aí já não pode ter ação, aí já marca para outro dia. [...] Eu tenho que planejar antes com eles com antecedência, porque também existe agendamento, né? Dentro da unidade básica. Então eu não posso marcar uma data que eles não podem ir.* (Profissional da Saúde A, grifos nosso).

A fala acima revela que há acordos de cooperação entre a coordenação da Saúde e a da Educação para a organização da execução das ações, manifestados pelos relatos de boa comunicação do GTI-M e pela articulação entre a equipe de Saúde e a equipe da escola. Destaca-se o uso da palavra "conciliação". O termo “conciliação” remete à colaboração entre os profissionais e, do ponto de vista teórico, pode ser considerado muito positivo para o alcance dos objetivos propostos. Prosseguindo com os questionamentos sobre a execução das ações, foi destacado o seguinte:

> *A gente é avisado às vezes com uns 15 dias de antecedência, aí a gente pega para o ACS ir na escola, ou a gente vai e comunica a escola. Às vezes a escola também é comunicada, então a gente só vai para querer acertar os detalhes.*
> (Profissional da Saúde B).

Pelos relatos verifica-se que não há uma boa participação das equipes de Saúde no planejamento das ações do PSE, pois a narrativa demonstra que os profissionais da Saúde recebem um cronograma de ações a serem executadas. No entanto, houve contradição sobre tais decisões, conforme descrito abaixo:

> *A gente sempre tem uma reunião prévia durante bem antes de começar o calendário escolar, e a equipe do PSE da Educação fica responsável por isso. A equipe da Saúde, ela marca, mas ela só executa a ação. A parte de implementação, tudo que é relacionado a parte da Educação fica com a coordenação da Secretaria de Educação. A nossa função como Saúde é executar a ação.*
> (Profissional da Saúde C).

A fala do profissional C destaca que há uma divisão de tarefas, pois a coordenação da Educação organiza as escolas, enquanto a coordenação da Saúde organiza o cronograma da equipe de Saúde. Tais relatos indicam a realização de ações conjuntas, porém não intersetorializadas. Esses achados corroboram o estudo de Mallue *et. al.* (2024), que apontou que os profissionais da Saúde eram os principais responsáveis pela execução das ações do PSE e pelas intervenções educativas, trabalhando com temáticas já definidas.

Além disso, os achados estão em consonância com o estudo de Vieira e Belisário (2018), que observaram que a experiência do território local acentuava a perspectiva de execução e fragmentação da promoção da saúde no espaço escolar. Sobre essa temática, o Documento

Orientador dos ciclos 2021-2022 destaca que a execução das ações pode ser setorial, desde que já estejam planejadas de forma intersetorial.

Cabe ressaltar que a imprescindibilidade da gestão intersetorial, caracterizada no aporte normativo do Programa, tem como objetivo ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e suas famílias. Para tanto, não é desejável que as ações sejam executadas apenas pelos profissionais da saúde, sem que haja articulação entre os temas ou práticas em saúde e o atendimento às necessidades dos educandos de modo sinérgico e integral. Sobre a intersetorialidade, Prado *et. al.* (2022, p. 600) destaca que:

> Uma ação intersetorial é aquela com capacidade de integrar agentes e distintos setores com capacidades técnicas específicas, que se complementam e, ainda que existam assimetrias de poder, se articulam em espaços de gestão compartilhada, de decisão para o planejamento, execução e avaliação de questões ou necessidades específicas, identificadas com a participação social e direcionadas para a redução de iniquidades sociais em saúde.

Conforme a definição da ação intersetorial destacada pelos autores, esta visa à integração por meio de uma gestão compartilhada nas etapas que sucedem o planejamento, considerando as necessidades específicas. Portanto, há necessidade de maior participação dos profissionais no que se refere à gestão intersetorial, mas é preciso que as orientações nos documentos que regem o Programa sejam mais assertivas quanto à promoção da intersetorialidade. Quanto à execução propriamente dita na escola, assim se manifestaram:

> *No dia da ação normalmente nós chegamos um pouco mais cedo para preparar um ambiente e aí a gente verifica qual o melhor local. [...] Depende muito de como a equipe da Saúde vai agir. Assim como a palestra, a gente busca fazer em duas em duas turmas ou se é uma ação da dentista, então a gente vai na sala. [...] Essa dinâmica vai depender muito de como é o tema, ser trabalhado.*
> (Professora A).

> *A gente procura fazer organização, já vê o espaço, por exemplo, se vai ser saúde e bucal. A gente procura se tem um pátio grande, a gente pode reunir três turmas no pátio, faz a palestra. [...] Ou então se é infantil, a gente já vai para uma sala de vídeo, quando a escola tem. [...] Depois tem a análise clínica, [...] faz aplicação de flúor, aí ela vê a necessidade de quem ela vai encaminhar ou não para o posto de saúde.* (Professora B).

Observa-se que a execução das ações é mediada pela organização das professoras que compõem o GTI-M da Educação, articulando a escola com a equipe de Saúde para viabilizar a realização das atividades. Verifica-se a existência de ações individuais e coletivas, ambas executadas pelos profissionais de saúde. No entanto, há um trabalho de parceria, no qual as professoras organizam e articulam a escola, enquanto os profissionais de saúde realizam as intervenções.

Tais evidências demonstram a importância da cooperação entre os setores da Saúde e da Educação para a execução eficaz das ações. A esse respeito, o estudo de Mulinari (2023) identificou que, apesar de os profissionais da saúde parecerem protagonistas na realização de suas funções, sua atuação nas escolas estava condicionada à mediação dos profissionais da educação.

Desse modo, acredita-se que, quanto mais afinada for a articulação em planos de trabalho coerentes com a realidade local das escolas e das unidades básicas de saúde, mais efetiva será a execução das ações do PSE. Isso está de acordo com a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) (Brasil, 2018), que destaca que, para a operacionalização da política de promoção da saúde, é necessária a consolidação de práticas voltadas a indivíduos e coletividades, com uma perspectiva de trabalho multidisciplinar, integrado e em redes — desde que sejam consideradas as reais necessidades de saúde do público-alvo.

No caso do PSE, as ações articuladas entre os saúde e educação devem privilegiar as demandas dos alunos no que tange a escola pública de ensino básico, pois a escola pertence ao território da atenção básica e por isso, a articulação deve ser o meio pelo qual SUS e PNPS apontam os atributos da intersetorialidade para ampliar o alcance dos objetivos na promoção da saúde. Em continuação, os profissionais da saúde relataram o seguinte sobre a atuação na execução das ações:

> *Isso já facilita. A gente conhece as escolas, eu sei onde tem uma sala refrigerada, mas que cabe só duas turmas, e tem o pátio, que pode ser usado dependendo da palestra; se for curta dá para ser usado, porque lá tem três recreios. Então essa rotina da escola como a gente já conhece, a gente consegue facilitar o trabalho da equipe que vem realizar a ação, seja da saúde, seja da Endemias ou a dentista.*
> (Profissional A).

> *Estamos profissionalmente linkados com a equipe do PSE na Secretaria de Educação; a gente reúne com eles, as professoras do PSE Educação são responsáveis por marcaram a nossa ida na escola.*
> (Profissional da Saúde C).

Os relatos mostram o reconhecimento, pelos profissionais da Saúde, da importância da equipe do PSE na escola, sendo ambas as equipes importantes para se executarem as ações. Verifica-se que há uma dinâmica entre os profissionais, inclusive de várias modalidades de atenção e articulações, o que torna possível a realização das ações, e que são complexas as interações entre os espaços da escola, o que requer habilidades específicas dos profissionais. Nesse sentido, percebe-se pelas narrativas, que GTI-M do PSE de Tucuruí encontrou um meio de executar a ação através da articulação entre o GTI, as unidades de saúde e as escolas.

No estudo de Chiari *et. al.* (2018), os principais elementos citados para o êxito da ação intersetorial foram a integração, o planejamento conjunto, os princípios éticos e a comunicação, de forma que as evidências do PSE de Tucuruí coadunam com o estudo quanto à execução. A seguir, os relatos são cheios de créditos, pelos profissionais, para a efetividade na execução:

> *Então a gente está fazendo esse trabalho efetivo, detectando que aquela criança precisa fazer um tratamento, então dessa forma o Programa está sendo efetivado, porque a gente observa, faz análise, já faz um pré-tratamento, porque ela está fazendo uma análise clínica e já encaminha para o posto de saúde. Então, se a gente for parar para pensar, se essa criança for esperar mais dois anos para ter uma análise de um dentista, a boquinha dela poderia estar muito comprometida, não só cárie, mas outro tipo de doença relacionada à saúde bucal.* (Professora B).

A fala da professora remete à efetividade das intervenções clínicas na escola, o que revela que a instituição ainda se encontra vinculada a um modelo biomédico de atenção à saúde, no qual se espera que os profissionais da saúde realizem consultas clínicas no ambiente escolar. No entanto, sob a perspectiva do modelo ampliado de atenção à saúde, é a Unidade Básica de Saúde (UBS) que deve organizar suas ações para que, dentro do seu território, os problemas de saúde sejam identificados, ordenados e encaminhados por meio da Rede de Atenção à Saúde (RAS), promovendo, assim, a acessibilidade e a resolutividade das demandas dos educandos.

Em seus estudos, Chiari *et. al.* (2018) e Vieira e Belisário (2018) concluíram que as atividades assistenciais foram consideradas pelos gestores as ações mais relevantes do PSE, com permanência do modelo biologista de intervenção com um padrão tradicional de ações de saberes isolados. Sobre este ponto, Silva (2019, p. 41) destaca que na evolução do desenvolvimento histórico nas escolas públicas de Ensino Fundamental, as questões relacionadas à educação e não resolvidas na escola "por vezes encontram uma expectativa de resolvê-los pelo viés médico-terapêutico".

Isso porque as escolas da rede pública de ensino representam um lócus importante para diversas práticas e vivências em saúde, ao possibilitarem a problematização dos determinantes sociais do processo saúde-doença. No entanto, a escola é uma instituição "definida pela função de ensino" (Silva, 2019, p. 41), e, no discurso biomédico, ainda há uma tentativa de perpetuar um modelo ultrapassado, que restringe a atuação do setor educacional a ações como inspeções, vacinação e encaminhamento dos alunos aos serviços de saúde.

O modelo de promoção da saúde, por sua vez, centra-se na efetiva gestão intersetorial, com valorização e participação da comunidade escolar em todas as fases de implementação do Programa, pautado por indicadores de saúde e doença, e mediado por relações horizontais e verticais entre os setores, promovendo processos democráticos e participativos. Nessa

perspectiva, observa-se que as demandas da educação atravessam diretamente a saúde dos educandos, e tais questões devem ser consideradas pelas políticas públicas de forma integrada, e não apenas voltadas ao tratamento de doenças.

> *Nós trabalhamos sempre em cima de campanhas, por exemplo o setembro amarelo. [...] Então a gente tem uma reunião prévia com a equipe de educação, onde nessa reunião nós vamos listar o que nós precisamos fazer, as palestras, mas sempre relacionadas às campanhas vigentes. Então o que vamos implementar na escola? Para o setembro amarelo? Vamos precisar de um psicólogo? Ou então como a gente pode fazer? A gente pode acabar direcionando aquelas crianças que precisam passar com o psicólogo para as unidades de saúde. [...] Então pra criança de creche a gente trabalha mais com a questão da panfletagem, cartaz, a gente trabalha o visual, fantoches. Uma criança de ensino fundamental, [...] pré-adolescentes e adolescentes a gente já aborda a questão do bullying na escola, que é o assunto que eu implemento no setembro amarelo.* (Profissional da Saúde C).

As narrativas demonstram que, na execução, conforme a visão dos profissionais, tanto o planejamento quanto a realização das ações ocorrem de forma pontual, fragmentada e desarticulada dos determinantes e fatores relacionados à saúde e à doença. Nesse sentido, diversos estudos apontam para a predominância de ações pontuais no âmbito do PSE, desvinculadas das reais necessidades dos educandos, como evidenciado nos trabalhos de Fortaleza (2019), Chaves (2018), Vieira e Belisário (2018), Coelho (2018) e Bandeira (2021).

Diante dessa problemática, evidencia-se a precariedade das articulações e a fragilidade das dinâmicas intersetoriais. Para a implementação efetiva da política de saúde na escola, as ações devem ser desenvolvidas com um grau significativo de articulação intersetorial, de modo a identificar necessidades contextualizadas, considerando aspectos culturais, sociais, econômicos, entre outros, e possibilitando a execução de projetos intersetoriais (Prado *et. al.*, 2022). Tal cenário exige investimento na formação técnica dos gestores e profissionais envolvidos, aspecto que será abordado em tópico posterior.Sobre o tipo de ações executadas, assim foi relatado:

> *Às vezes a gente precisa olhar a carteira de vacina, aí a gente vai na escola levar o documento pedindo para eles divulgarem para os pais para levar a carteira tal dia para a gente avaliar.*
> (Profissional da Saúde B).

> *Quando acontece uma situação, estava acontecendo muito o vírus, mão, pé, boca na escola, aí eles chamam a gente pra ir fazer orientação com os pais. A gente já foge um pouquinho do assunto em [...], já leva mais higienização também; são coisas lúdicas que a gente tem que trabalhar.*
> (Profissional da Saúde D).

> *Então, os nossos carros chefes é a avaliação nutricional, antropometria e [...] avaliação de dentista e aplicação de flúor. Fora os temas de gravidez na adolescência, que a gente trabalha janeiro e fevereiro, a gente vem dentro das campanhas. E aí a gente vai dentro de públicos-alvo e dentro do interesse da escola em receber essas ações, mas é tudo articulado.*
> (Professora C).

As falas acima destacam as práticas em saúde mais executadas pelo PSE nas escolas do município, relatando a verificação da situação vacinal, antropometria, aplicação tópica de flúor, avaliação do dentista e os temas de saúde, saúde bucal, saúde sexual e reprodutiva e alimentação saudável. A sinalização das atividades demonstra uma tendência a ações biomédicas; no entanto, conforme o Documento Orientador 2021-2022 (Brasil, 2021), verifica-se que, das sete práticas descritas para o PSE, apenas quatro são citadas pelos profissionais.

Verifica-se que as práticas de saúde auditiva, saúde ocular e escovação supervisionada não são mencionadas. Tais evidências não corroboram os estudos de Mulinari (2023) e Vieira e Belisário (2018), em que os problemas de saúde dos educandos mais citados foram relacionados a nutrição, atividade visual e alterações bucais. Segundo Darley *et. al.* (2021), alterações odontológicas são importantes causas de absenteísmo na escola; no entanto, Costa (2023) chama a atenção para as alterações nutricionais, que provocam excesso de peso e maus hábitos alimentares, comprometendo a saúde. Carvalho, Zanin e Martão Flório (2020) demonstraram que os alunos sinalizaram ausência de orientações sobre vacinação.

Apesar de o Documento Orientador 2021-2022 (Brasil, 2021) destacar sete práticas de saúde para execução no PSE (Quadro 16), apenas duas ações são mencionadas como indicadores do Programa: a ação de prevenção à COVID-19 e a realização de no mínimo, mais duas ações do PSE. No entanto, a Pesquisa Nacional de Saúde Escolar (IBGE, 2022) destaca a temática da saúde sexual e reprodutiva, evidenciando índices mais acentuados em escolares de Belém (PA), quando comparados aos escolares de outras capitais, sendo mais preocupante o baixo uso de preservativos, porque a região Norte apresentou índices mais baixos em relação à orientação na escola sobre prevenção de gravidez, HIV/aids ou outras infecções sexualmente transmissíveis (IST).

Outros temas como a violência, a falta de uso de equipamentos de segurança e a insatisfação com a imagem corporal também são citados pela referida pesquisa como indicadores de relevância da região Norte, quando comparados aos escolares de outras capitais. Tais problemas de saúde reforçam que a prática da gestão intersetorial é desafiadora, no sentido de estabelecer os elementos necessários que promovam a saúde dos educandos a partir dos indicadores locais. Dessa forma, acredita-se que tais temáticas necessitam ser planejadas intersetorialmente no PSE.

No que tange à execução do PSE no município de Tucuruí, verifica-se a predominância de ações pontuais, desarticuladas e descontextualizadas, com a manutenção de um discurso biologicista. Esse modelo é marcado por elementos que refletem uma gestão verticalizada e setorializada da atuação do GTI-M, ainda que respaldada pelas normas do Programa. O

Documento Orientador 2021–2022 (Brasil, 2021) e a Portaria nº 1.055 (Brasil, 2016, p. 3) destacam que “a gestão do PSE deve ocorrer de forma intersetorial”, enfatizando que as ações do Programa devem ser planejadas conjuntamente entre os setores da Saúde e da Educação.

No entanto, no que se refere à execução, observa-se uma flexibilização dessa normatização, o que compromete a efetividade da intersetorialidade prevista. Tais práticas contrariam os fundamentos da promoção da saúde, uma vez que o modelo atual propõe a consolidação das ações intersetoriais por meio da participação ativa dos sujeitos envolvidos, valorizando a pluralidade de atores e as inter-relações entre os campos da saúde e da educação.

6.2 A ESTRUTURA ORGANIZATIVA DOS MECANISMOS AVALIATIVOS DO PSE

O monitoramento e a avaliação são práticas essenciais para a implementação das políticas públicas e, portanto, sua abordagem é de extrema importância no planejamento do Programa Saúde na Escola (PSE). Essas práticas funcionam como “guias” que orientam as ações, permitindo o aperfeiçoamento das atividades à medida que se acompanham os impactos gerados no território, com base no planejamento e na execução das ações. Assim, contribuem para a reorientação das estratégias do Programa, com foco na ampliação do alcance e na efetividade dos objetivos traçados. Dessa forma, para uma melhor compreensão, abordaremos separadamente os conceitos de **monitoramento** e **avaliação**, considerando suas especificidades no contexto do PSE.

6.2.1 Monitoramento

Sobre o monitoramento, os profissionais foram questionados sobre o uso de instrumentos para o monitor as ações do PSE. Sobre este tópico as respostas divergiram entre uso de instrumentos para monitoramento, ausência de instrumentos para monitoramento e delegação do monitoramento. Sobre uso de instrumentos para monitoramento, assim se manifestaram os docentes:

> *A gente tem um mapa onde a gente vai colocando as datas das ações que foram realizadas, [...] porque essa notificação quem faz é via saúde, a gente não tem esse acesso. Nós fazemos essa anotação, nesse cronograma aqui das ações que já foram realizadas, [...] eu repasso para ela uma listagem de todas as escolas e ações que foram realizadas, para que a gente tenha esse controle. O controle é basicamente esse.*
> (Professora A).

> *A gente cria uma planilha no Google Forms no Excel, a gente faz o acompanhamento. [...] Cada tema, se a escola trabalhou e o que ainda falta dentro dos temas do PSE, é que ela poderia trabalhar; quanta produção, quantas turmas, [...] um mapeamento das escolas.*
> (Professora C).

Os depoimentos expressam que os professores utilizam instrumentos de monitoramento do Programa, como mapas, planilha do Excel e formulário do Google Forms. Tais relatos confirmam o estudo de Chiari (2018), que demonstrou que o município estudado criou os instrumentos para monitoramento do PSE. No entanto, há divergências sobre a criação de um instrumento, conforme destacou a profissional de saúde quando afirmou: "Pois é isso que eu te falei, que não tem, e eu preciso." (Profissional da Saúde A).

Segundo a Profissional da Saúde A, não havia um instrumento de monitoramento. Portanto, verificou-se pela resposta, que a coordenação do PSE da educação cria os instrumentos para monitoramento, no entanto a saúde, não monitora. Denota-se que o monitoramento é setorializado.

Neste sentido, percebe-se que esta ação é fragilizada no GTI-M, pois não são conhecidos e utilizados por todos os profissionais. Segundo o estudo de Chiari (2018), apesar da criação de instrumentos de monitoramento, demonstrou-se que os instrumentos oficiais de monitoramento do PSE eram conhecidos por poucos gestores. Sobre a realização de monitoramento:

> *A gente tem torno duas ações grandes anuais e a gente vai às vezes duas ou três vezes para ações pequenas, tipo. [...] A gente recebe uma lista com todos os alunos que precisam ser alcançados, que teoricamente estariam lá, aí a gente tem que ter [...] tem que ter pelo menos 50% de participação, dependendo da ação, quando é a ação de nutrição pelo menos 60%, que seja verificado o peso, altura, tudo.*
> (Profissional da Saúde B).

Tais falas dos profissionais de saúde denotam contradição, visto que a Profissional da Saúde A, destacou não haver um instrumento de monitoramento, e o Profissional da Saúde B relata que é realizado monitoramento das ações para alcançar o indicador de execução. Verifica-se que as informações não estão alinhadas entre os profissionais da gestão e da execução. Tais evidências confirmam os estudos de Vieira e Belisário (2021), que destacaram a ausência de mecanismos para produção de indicadores e processos de monitoramento e avaliação local da saúde escolar. Sobre a delegação do monitoramento, declararam:

> *O monitoramento no sistema fica com a coordenação da saúde. A gente entrega lá e eles que monitoram o sistema. O que a gente faz.* (Professora B).

> *É pelo sistema, eu não consigo nem puxar, não sei por onde é que vem isso.* (Profissional da Saúde D).

Das falas acima destaca-se que se encaminha ao setor da saúde a produção realizada para ser registrada no sistema e-SUS, mas tal atividade é confundida com monitoramento das ações. Observa-se que há discordância entre os profissionais quanto ao monitoramento das ações, e que os profissionais da saúde desconhecem as orientações de registro e monitoramento das ações do Programa.

Sobre o monitoramento, o Documento Orientador do PSE ciclo 2021-2022 (Brasil, 2021) estabelece que, para o registro das ações, todas as informações das ações do Programa devem ser inseridas por meio da ficha impressa de Atividade Coletiva do e-SUS, uma ficha específica do Programa, que pode ser utilizada no dia a dia das atividades nas escolas por todos os profissionais. Todavia, a inserção dos dados no sistema é feita apenas por um digitador da área da saúde e neste caso, o setor da saúde detém o acesso às informações das ações do Programa.

Sobre o monitoramento e a avaliação, o documento destaca que são fundamentais na implementação do Programa para que seja realizado o aperfeiçoamento das atividades, pois acredita-se que o seu acompanhamento fornece as implicações propagadas no território, bem como a reorientação das ações, quando necessário. Destaca-se que é atribuição do GTI-M a realização tanto de monitoramento como de avaliação (Brasil, 2021), assim os dados devem ser analisados conjuntamente, e isso deverá ser feito a partir dos registros enviados e validados no Sisab. O Documento Orientador apresenta um guia e os passos e orientações para o monitoramento através do próprio Sisab.

No entanto, os depoimentos dos profissionais demonstram que há pouco conhecimento sobre os registros e sobre a forma de monitoramento via SISAB. Observa-se a ausência de referências claras aos passos e orientações necessários para esse processo, o que nos leva a supor que os profissionais desconhecem as etapas de acesso ao sistema para o acompanhamento do Programa. Dessa forma, o monitoramento se configura como um ponto fundamental que demanda investimento na formação dos profissionais que atuam no PSE. A ausência desse mecanismo essencial para a gestão intersetorial fragiliza a efetividade do Programa.

6.2.2 Avaliação

Os profissionais foram questionados sobre a avaliação, sendo que as respostas dos participantes se dividiram em: mediada por reunião e ausência de avaliação. Sobre a avaliação mediada por reunião, assim relataram:

> *A gente sempre marca uma reunião, entre nós e a Saúde, pra avaliar o que deu certo, o que a gente tá precisando melhorar, o que a gente precisa mudar a dinâmica. A gente sempre realiza essas reuniões no final de ano.* (Professora A).

> *A gente faz, geralmente, no final do ano, e no início do ano. [...]. A gente fala dos pontos positivos, pontos negativos, faz o nosso relato só hoje, terminando o ciclo que a gente faz em relatório.* (Professora B).

> *Não dá porque eu trabalho mais com dados. Então em relação a isso a gente conversa mais, mais em reunião mesmo.* (Profissional da Saúde A).

Destaca-se nos relatos dos professores e da profissional da saúde que ocorre uma avaliação dos pontos positivos e negativos na expectativa de formular melhorias no planejamento; e a frequência de avaliação costuma ser feita em duas reuniões, uma no início e o outra no fim do ano:

> *Nós fazemos só duas avaliações, pontuais. É o acompanhamento do quantitativo de produções que cada escola tem. [...] Nós temos o formulário de escuta, o do início do ano e o do fim do ano. [...] No início de dezembro, é só para eu estar disparando os formulários e estar coletando as informações.* (Professora C).

Conforme o depoimento da Professora C, é feito um acompanhamento quantitativo da produção das escolas; no entanto, não houve a referência de um instrumento próprio para a avaliação. O relato acima converge com o que é regimentado no Documento Orientador Indicadores e Padrões de Avaliação – PSE Ciclo 2021-2022 (Brasil, 2022), que destaca que os indicadores do PSE são avaliados para fins de repasse financeiro, sendo eles a ação de prevenção à COVID-19 nas escolas e realização de no mínimo mais duas ações do PSE, não sendo obrigatória a sua realização em todas as escolas.

Percebe-se que os indicadores estabelecidos pelas normativas do Programa são predominantemente quantitativos, o que sugere que o GTI-M avalia, sobretudo, o que está preconizado nesses documentos. No entanto, embora tais indicadores – discutidos na seção anterior – sejam relevantes e tenham sido definidos pelo GTI-F, eles não refletem a qualidade das ações intersetoriais nem a efetividade da promoção da saúde dos educandos. Esse aspecto é preocupante, pois compromete o alcance dos objetivos centrais do Programa, conforme previsto em seu marco legal. Essa dicotomia é evidenciada na narrativa a seguir:

> *Aumenta aquele indicador, aquele índice para o Estado, dizendo que o trabalho feito no PSE é alcançado. Mas na minha visão como profissional de saúde não foi, porque [...] a gente não tem muito suporte para dinâmicas para falar melhor com eles, acho que para o aluno não é tão interessante. Eu acho que eles não absorvem o que eles deveriam absorver de informação. [...] Seria melhor se a gente tivesse um suporte*. (Profissional da Saúde B)

Pelo depoimento acima, percebe-se a insatisfação do profissional ao destacar que, em sua percepção, o alcance dos indicadores estabelecidos pelas normativas do Programa não reflete a qualidade das intervenções educativas, pois falta o suporte necessário para qualificar essas ações. Isso nos leva a concluir que não existe uma avaliação adequada que realmente reflita a promoção da saúde na escola. Chaves (2018) identificou, em seu estudo, que as orientações chegavam às equipes de saúde e aos profissionais da escola apenas para operacionalizar as ações e, assim, cumprir as determinações dos gestores. Essas evidências indicam a ausência de um compromisso efetivo por parte dos gestores municipais, estaduais e federais em subsidiar a política de saúde na escola, comprometendo, consequentemente, a qualificação da promoção da saúde dos educandos.

Verifica-se que os indicadores do PSE, estabelecidos pelo Documento Orientador do Programa (Brasil, 2021), apresentam uma contradição em relação à gestão intersetorial normatizada pela Portaria n. 1.055 (Brasil, 2017a), uma vez que tais indicadores não permitem avaliar a saúde e a educação dos educandos de forma global, mas apenas aspectos pontuais de algumas ações. Nesse sentido, Silva (2019) afirma que há uma limitação na seleção dos indicadores do PSE, pois são quantitativos e não possibilitam uma avaliação qualitativa do Programa, impedindo o reconhecimento de ações exitosas em saúde que reflitam aspectos positivos e relevantes do modelo de promoção da saúde.

Essa observação do autor é relevante, já que uma avaliação mais eficaz do modelo de gestão intersetorial proposto nas normativas do PSE requer a ampliação do conhecimento e a potencialização das ações voltadas à saúde escolar, não cabendo, portanto, um reducionismo na avaliação. Assim, criticamos a forma atual de avaliação do PSE, por considerá-la incompatível com a eficiência na gestão do Programa. Sobre a ausência de avaliação, assim destacaram:

> *Eu nunca vi ser feito, se é feito é mais pela equipe lá da gestão.* (Profissional da Saúde B).

> *Eu nunca vi no sistema o desempenho para onde vai. Eu sempre tive curiosidade pra saber o da Saúde, porque o da Educação também eu não sei. Eu fico assim pra saber dos temas trabalhados, se surtiu efeito, qual foi a qualidade em relação à digitação, qual foi o desempenho de cada um, eu nunca recebi. [...] Eu acredito que só a coordenação da Saúde e da Educação que tem essas informações, mas eles nunca reuniram pra passar pra gente, eu sempre tive essa curiosidade.* (Profissional da Saúde D).

> *Para te dizer a verdade eu não me recordo, mas acho que não. Eu lembro no ano passado não teve, e esse ano também não.* (Professora D).

Os depoimentos dos profissionais acima, tanto da educação como da ESF, destacam desconhecimento do processo de avaliação do PSE, assim como ausência de "feedback" sobre o desempenho do Programa. Assim denota-se uma fragmentação da gestão do PSE em Tucuruí, visto que os profissionais da ESF e da escola não participam da avaliação das ações planejadas, não somente pode interferir negativamente no sucesso das ações de promoção da saúde, como impede que sejam feitas as melhorias cabíveis, além de que fragiliza a integralidade e a equidade.

Tais evidências não estão em consonância com o estudo de Silva et al. (2022), realizado no Oeste do Paraná, que destacou que, em relação à avaliação, os gestores referiram-se ao preenchimento dos dados exigidos pelo e-SUS e pelo Sistema Integrado de Monitoramento, Execução e Controle do Ministério da Saúde. Além disso, identificaram municípios que ultrapassaram os registros oficiais, criando instrumentos próprios de avaliação e acompanhamento do Programa, que vão desde fichas de avaliação individual até planilhas com os dados coletados.

Neste contexto, observa-se a fragilidade do suporte ao Programa, cuja responsabilidade cabe aos gestores das secretarias de Saúde e Educação. Ao assinarem o Termo de Compromisso do Programa, eles se comprometem a fomentar ações de gestão intersetorial por meio da instituição do GTI-M, subsidiando as etapas de planejamento, execução, monitoramento e avaliação. Contudo, os depoimentos indicam o contrário, evidenciando a ausência de investimento em uma estrutura operacional capaz de garantir essas etapas de gestão. Essas fragilidades comprometem, portanto, a eficiência da política de saúde na escola no município de Tucuruí.

Sobre esses aspectos, Rivera e Artmann (2012) destacam que o processo de monitoramento, acompanhamento e avaliação do plano de trabalho é fundamental, pois sua função é suprir as demandas de informação e permitir a avaliação da execução do plano, tanto em relação aos processos intermediários quanto aos resultados finais. Durante todo o processo de planejamento, as informações disponíveis e fundamentadas são essenciais para a execução eficaz das ações.

Dessa forma, sem a avaliação que envolva a participação dos atores sociais responsáveis pela gestão e execução do PSE, torna-se inviável promover efetivamente a saúde dos educandos, resultando em ações incompatíveis com a garantia de uma educação de melhor qualidade no que diz respeito à promoção da saúde na escola. Portanto, considerando que o PSE

é um Programa desenvolvido na escola pública, cujo referencial é a intersetorialidade para desenvolver ações mais integrais, contrárias à centralização e verticalização setorial, a partir de um modelo de gestão mais democrático entre as políticas de Saúde e de educação.

Nesse sentido, torna-se imprescindível investir em mecanismos que potencializem as inter-relações efetivas nas ações de gestão, visto que, conforme a PNPS (Brasil, 2018), o alicerce das ações de promoção da saúde consiste no fomento ao planejamento territorial fundamentado no contexto local e no respeito à diversidade. Tal planejamento visa promover a construção de espaços de produção social e ambientes saudáveis, assegurando a busca pela equidade, a garantia dos direitos humanos e a justiça social.

6.3 O QUE DIZEM OS PROFISSIONAIS SOBRE A FORMAÇÃO NO CONTEXTO DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA

Para compreender como é realizada a formação dos profissionais do PSE no município de Tucuruí (PA), abordaremos inicialmente a concepção dos atores do programa acerca da intersetorialidade e seu entendimento sobre a importância da gestão intersetorial, para então detalhar o processo de formação.

6.3.1 A concepção de intersetorialidade no PSE

Intersetorialidade é um termo com vários significados, logo, não é um termo de fácil compreensão, considerando-se polissêmico, permitindo, assim, várias interpretações. Segundo Akerman *et. al.* (2014), sua pronúncia e seus entendimentos são complexos, e sua aplicabilidade contradiz o modelo engessado dos setores públicos setorializados. Foi citado no Relatório de Marc Lalonde, em 1974, no Canadá, a partir do qual a OMS revelou o conceito de *saúde ampliada*, que deixou de ser meramente fenômeno biológico e passou a ser compreendida à luz dos fenômenos biológicos, sociais, culturais e do acesso aos direitos de cidadania (Mishima *et al.*, 2022); revelou-se aí uma necessidade de compreensão do termo para debater saúde e, mais precisamente, saúde pública.

Apesar da complexidade atribuída ao termo, a atenção ao modelo proposto de Atenção Primária à Saúde (APS) e às diretrizes da universalidade, integralidade e participação popular torna a intersetorialidade fundamental para a gestão e efetividade das políticas públicas sociais. Essas políticas se concretizam por meio de programas públicos que devem refletir a ação do Estado na redução das desigualdades sociais. Portanto, tais diretrizes, que promovem uma gestão mais horizontalizada, são essenciais para a construção de uma sociedade mais equitativa.

No Brasil, a trajetória histórica da intersetorialidade é resultado da luta dos sanitaristas pela criação de um Sistema Único de Saúde (SUS), consolidada durante a Reforma Sanitária ocorrida entre as décadas de 1970 e 1980. Esse movimento culminou na promulgação da Constituição Federal de 1988, cujo artigo 196 estabelece que "a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação" (Brasil, 1988, p. 110).

O referido artigo, que trata do direito à saúde universal e às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, aponta para a construção de políticas sociais e econômicas que atuem na minimização das desigualdades sociais e melhoria da condição de vida; nesse contexto, a intersetorialidade é imprescindível (Mishima *et al.*, 2022).

No entanto, apesar de sua importância para a efetividade das políticas públicas, o termo *intersetorialidade* é desconhecido por muitos profissionais. Nesse sentido, quando os participantes do estudo foram indagados para descrever a sua concepção de *intersetorialidade*, as respostas deram vazão para quatro subcategorias, a saber: *cooperação intersetorial*; *integração da equipe de saúde e educação*; *compartilhamento dos temas de saúde*; *desconhecimento do termo intersetorialidade*. Sobre a cooperação intersetorial, assim falaram os participantes:

> *Olha, eu acredito que seja esse diálogo constante, essa comunicação bem clara e sempre atualizada. [...] A gente vai e se reúne várias vezes, a gente não se reúne só uma vez no ano, [...] todo mês tem uma ação a ser desenvolvida, [...] e remontar esse quebra-cabeça. Então é isso que eu acredito que seja, essa ação em conjunto.* (Professora A).

> *Bom, aqui na Saúde a gente procura trabalhar sempre com a equipe multiprofissional, independente da coordenação, independentemente do tipo, aqui a gente tem nutricionista, tem enfermeiro. [...] Então, a gente procura sempre integrar eles também no Programa. E o Programa também integra no Programa deles, isso aqui na Saúde, né? Agora, em relação à Educação é que é mais dificultoso, né? Porque não é a gente, não é da mesma área, mas a gente sempre procura trabalhar junto.* (Profissional da Saúde A).

Observa-se nas falas dos profissionais que, embora não definam explicitamente o conceito de intersetorialidade, utilizam expressões como "diálogo constante", "ação em conjunto", "trabalhar junto" e "união das áreas". Esses relatos indicam uma associação do termo à comunicação e cooperação entre os setores da Educação e da Saúde. Em estudo conduzido por Pacheco (2019), os profissionais do Programa destacaram a relevância da parceria para o desenvolvimento do PSE, reconhecendo que, embora não seja função da Educação cuidar da

saúde das crianças, a escola pode e deve constituir um espaço de promoção da saúde. Sobre a integração das equipes de Saúde e Educação, assim descreveram:

> *A intersetorialidade hoje é o caminho melhor de integração e efetivação de qualquer ação que envolva a promoção de saúde e prevenção. Você não trabalha sozinho. A intersetorialidade é justamente trazer esses diferentes trabalhos e caminhar juntos para a efetivação de alguma ação. [...] Não tem como eu pensar ações de saúde e educação se não for intersetorial.* (Professora C).

> *Eu acho muito importante essa intersetorialidade no meu entendimento, que os dois eixos têm que estar super conectados. Tanto a Saúde quanto a Educação para o objetivo do Programa, ele ter êxito. Quando um lado ou Saúde, Educação, não está juntinho, em prol do mesmo objetivo, algum lado vai desandando no Programa, quando está bem junto, o objetivo é alcançado bem melhor. [...] As duas secretarias têm que estar com um olhar para mesmo objetivo para dar certo.* (Professora B).

> *São dois setores muito interligados, o nosso aluno só vai conseguir ter um bom aprendizado se ele tiver saúde.* (Professora D).

Verifica-se que os profissionais da educação compreenderam a intersetorialidade como um processo de integração e interligação voltado para o alcance dos objetivos do Programa, com ênfase na efetivação da promoção da saúde. Esses achados corroboram o estudo de Fortaleza (2019), que destacou a integralidade das práticas educativas em saúde no PSE, onde os participantes identificaram a intersetorialidade como um elemento fundamental para operacionalizar as ações do Programa nos setores da Educação e da Saúde. O compartilhamento do conhecimento específico em saúde foi descrito pelos participantes da seguinte forma:

> *A intersetorialidade eu acho que é que a saúde do entendimento precisa ser expandida. É isso. Um dos fatores da gente levar para escola é isso, tentar fazer o conhecimento da saúde ser expandido.* (Profissional da Saúde B).

> *Eu acho que é muito importante a gente abranger na escola o compartilhamento do saber, enquanto a enfermeira está cuidando de algumas situações ligada a saúde, a nutricionista está ali naquele ambiente cuidando da questão do peso repassando todas as minhas informações e compartilhando sobre uma alimentação saudável, o professor abrangendo e dando um suporte pra gente eu acho que pra mim intersetorialidade.* (Profissional da Saúde C).

Observa-se que os profissionais da saúde concebem a intersetorialidade como a socialização do conhecimento sobre saúde, com a presença da equipe multidisciplinar e os profissionais da educação. Neste sentido, a OMS recomenda que a saúde deve ser intersetorializada, proporcionando a garantia dos programas de saúde, quando declara:

> A intersetorialidade na saúde significa que o setor de Saúde deve trabalhar com outros setores e atores para garantir que as políticas e os programas públicos estejam alinhados para maximizar seu potencial de contribuição à saúde e ao desenvolvimento humano. [...] O princípio da intersetorialidade necessita da criação e da manutenção de vínculos entre os setores público e privado. (OMS, 2007, p. 11).

No entanto, o Profissional da Saúde B, em seu depoimento, ressaltou que a saúde necessita ser entendida de forma ampliada. Corroborando essa perspectiva, o SUS, por meio da Lei Orgânica da Saúde (Brasil, 1990), incorpora o conceito ampliado de saúde, que resulta dos modos de vida, da organização social e das condições de produção em um determinado contexto histórico, social e cultural. Nessa compreensão, a educação torna-se um fator determinante para a saúde, uma vez que a Constituição Federal assegura que é dever do Estado garantir a efetivação da educação dos quatro aos 17 anos, incluindo o atendimento ao educando em todas as etapas da educação básica, com suporte em transporte, alimentação e assistência à saúde (Brasil, 1988, p. 116).

Assim, a PNPS em (Brasil, 2018), considera a intersetorialidade uma diretriz essencial para a integração da saúde aos setores, sendo essencial para potencializar a operacionalização da política de saúde na promoção da saúde, visto que esta permite um trabalho articulado, multidisciplinar, integrado e em rede, em uma perspectiva de consideração das necessidades de saúde de uma população em um determinado território, com práticas voltadas para indivíduos e coletividades.

Verifica-se que o trabalho em rede, a integração dos setores e a articulação são elementos destacados pela PNPS como fundamentais para promover a integração na área da saúde. Nesse sentido, as respostas dos participantes acima demonstram coerência com o conceito de intersetorialidade. Contudo, embora o trabalho conjunto, a parceria entre setores e a integração sejam aspectos essenciais, há outros elementos que também devem nortear o entendimento da intersetorialidade, visto que as políticas de saúde os indicam como indispensáveis para a efetividade do PSE. Assim, destacamos a seguinte definição:

> Uma ação intersetorial é aquela com capacidade de integrar agentes e distintos setores com capacidades técnicas específicas, que se complementam e, ainda que existam assimetrias de poder, se articulam em espaços de gestão compartilhada, de decisão para o planejamento, execução e avaliação de questões ou necessidades específicas, identificadas com a participação social e direcionadas para a redução de iniquidades sociais em saúde (Prado *et. al.*, 2020 p. 600).

A definição proposta pelos autores repercute em três aspectos: primeiro, intersetorialidade posta em prática no planejamento integrado; segundo, na complementariedade para a resolução de problemas complexos; terceiro, no aspecto do resultado, considerando a avaliação com a participação social, em que os autores descrevem como principal resultado: minimizar a exclusão social.

Outros elementos citados na seção e considerados imprescindíveis para que a intersetorialidade se efetive, de acordo com Junqueira, Inojosa e Komatsu (1997) e Inojosa (1998), são: a) mudança de paradigma de gestão pública através da alteração da lógica de organização de seus serviços; b) delimitação geográfica dos territórios (bairros); c) comunicação; d) introdução do processo de planejamento e avaliação participativa; e) criação de redes intersetoriais; f) equipamentos; g) parcerias.

Percebe-se que, entre os elementos citados pelos autores, estão as concepções dos participantes sobre intersetorialidade, como a comunicação e as parcerias. Contudo, apesar de tais relatos apresentarem essas descrições, quando isolados do contexto de um planejamento sistematizado, os fatores determinantes dos agravos à saúde podem revelar fragilidades na compreensão dos participantes, sobretudo no que se refere à minimização da exclusão social, por não favorecerem a educação integral — um dos objetivos centrais do PSE.

Dessa forma, um conjunto sistematizado de ações de planejamento intersetorial pode refletir positivamente em indicadores de inclusão social, desde que sejam vinculados ao Programa indicadores de avaliação relacionados aos fatores e agravos à saúde dos educandos que dificultem sua permanência na escola. Apesar das respostas apresentarem elementos favoráveis à intersetorialidade, alguns participantes demonstraram desconhecimento do próprio termo, manifestando-se da seguinte forma:

> *Essa palavra eu ainda não tinha conhecido, eu acabei de ouvir aqui com você essa palavra intersetorial, mas eu acredito que é esse momento dentro da escola e também dentro da sala de aula com o professor e os alunos; eu acredito que vá por esse caminho aí.* (Professor I).

> Intersetorialidade, me especifique essa pergunta. Na verdade, tem sempre esse leque de abertura para a saúde e para as outras instituições, a gente trabalha muito aqui. [...] Como sou professor e sou dessa área, eu já me enquadrei perfeitamente neste tema aí. (Professor G).

Tais falas demonstram que não há uniformidade no conhecimento sobre o termo intersetorialidade entre os profissionais que atuam nas escolas cadastradas no Programa. Esses relatos podem estar relacionados à própria estrutura organizacional do processo de descentralização, que enfatiza uma organização setorial estabelecida no município. Essas evidências indicam possíveis lacunas na formação dos profissionais no que diz respeito às diretrizes do PSE.

A literatura científica também aponta fragilidades no conhecimento dos profissionais sobre intersetorialidade. Por exemplo, Kusano (2019) identificou que o entendimento dos agentes implementadores sobre o tema era limitado. Da mesma forma, Pacheco (2019)

evidenciou um conhecimento superficial acerca do Programa. Outro estudo, realizado por Coelho (2018), revelou que, embora a maioria dos profissionais reconhecesse a importância do trabalho conjunto e da parceria, muitos apresentavam um entendimento restrito sobre o conceito de intersetorialidade.

Chiari *et al.* (2018) identificaram um arcabouço normativo potencialmente promotor da intersetorialidade, tanto no âmbito federal quanto no municipal, e para a inovação no campo da ação intersetorial por meio da implantação de um modelo singular de atuação no território de gestão municipal. No entanto, houve pouco compartilhamento de responsabilidades entre os setores, com pequeno alcance no desenvolvimento da promoção da saúde e na atuação sobre seus determinantes.

Tais achados revelam que, apesar do discurso presente no aporte normativo da política de saúde na escola, a gestão intersetorial entre Educação e Saúde ainda enfrenta desafios. Isso ocorre porque sua efetividade depende da apropriação dos conhecimentos sobre o tema pelos gestores, pelos profissionais da escola e das equipes de saúde da família (ESF), bem como da forma como se estabelecem as relações de trabalho nos setores locais. Portanto, essa situação exige uma atenção mais criteriosa na criação e implementação da política em questão.

6.3.2 A importância da gestão intersetorial

Os profissionais foram questionados sobre a importância da gestão intersetorial, a partir do que foi possível identificar três desdobramentos principais: a importância dessa gestão para a criação de vínculos entre saúde e educação; a diminuição de resistências; e a expansão das ações de saúde, bem como a articulação do planejamento estratégico. Sobre a relevância da gestão intersetorial para a criação de vínculos e parcerias entre os setores de Saúde e Educação, os participantes declararam:

> *Quando chamaram a gente pra falar sobre o PSE e a escola, disseram que a gente ia criar esse vínculo que ia ser tão importante pra saúde como para a educação e também para ao processo do financiamento. Antes a gente não tinha, a gente só levava as informações da saúde para a escola. [...] A gente não tinha recursos, mas agora eles começaram a vincular tanto a saúde do PSF, vigilância à saúde, pra que pudesse gerar saúde; foi isso que eles chamaram a gente pra falar dessa interação.* (Profissional da Saúde D).

Observa-se na fala do profissional da saúde que anteriormente havia intervenções educativas na escola, porém sem a exigência de vínculos entre os dois setores. A fala retrata a necessidade de vínculo entre Saúde e Educação para o recebimento dos recursos financeiros. Sobre a articulação para diminuir resistências, assim relataram:

> *Eu acho que é a chave, para todas essas ações que a gente planeja deem certo, porque só a educação planejar não dá, eu preciso desse braço direito que é a saúde e vice-versa. [...] A coordenação da Saúde tem esse envolvimento com a saúde, então a gente da Educação tem essa conversa com o diretor e a equipe que vai lá realizar essa ação dependente do tema, essa ligação é a principal chave pra fazer dar certo, de realizar com sucesso, que algumas escolas recebem de braços abertos e que outras escolas recebem com uma resistência, mas a gente vai caminhando, vai fazendo.* (Professora A).

Percebe-se no relato acima que os profissionais precisam atuar com diversas habilidades, inclusive de cunho relacional, para implementar as ações do Programa, e que a intersetorialidade, assim como a gestão intersetorial, possibilita que a execução ocorra apesar das resistências apresentadas. Essas evidências refletem a complexidade envolvida no estabelecimento da gestão intersetorial. Romagnoli (2018) aponta que, apesar de existir um discurso consolidado no campo político sobre a intersetorialidade, na micropolítica ainda se constrói esse campo, marcado por interferências e tensionamentos ligados a interesses, posições sociais, e formas distintas de agir, significar e organizar a vida social.

Esses tensionamentos são importantes para serem considerados na abordagem da gestão intersetorial, mas é fundamental investir na formação dos profissionais e na educação permanente, como será discutido no próximo tópico. Quanto à importância da gestão intersetorial para a expansão das ações de saúde e a articulação do planejamento estratégico, os participantes relataram:

> *Se não houver gestão, se não houver coordenações para uma articulação intersetorial, você não tem intersetorialidade. Não tem como você trazer universos de conhecimentos e práticas diferentes para caminhar juntos, se não houver uma gestão que cruze, que condense essas ações. Então hoje, quando a gente fala de intersetorialidade, tem que se falar de articulações de calendários unificados, temas de promoção, tanto Saúde e Educação perpassando por esses diferentes setores, com um planejamento estratégico único. Então na nossa prática hoje que a gente vê a necessidade de diferentes setores promoverem as suas ações.* (Professora C).

> *Super importante. Porque assim, quando não tem uma gestão organizada, estruturada, não tem como funcionar o Programa nas escolas, porque o qual o objetivo é chegar até a escola e fazer as ações, fazer com que os temas funcionam para o aluno entender, principalmente a questão da prevenção.* (Professora B).

Nessas narrativas, observa-se que os profissionais reconhecem a importância da gestão intersetorial, destacando a participação de diversos setores para a efetividade das ações do PSE e para a articulação do planejamento estratégico na promoção de conhecimentos e práticas. Contudo, nas respostas, aparecem divergências entre a promoção da saúde, a formulação do cronograma e a execução das ações.

Nesse sentido, vale destacar que a promoção da saúde vem sendo discutida desde o processo de redemocratização do Brasil, especialmente com a 8ª Conferência Nacional de

Saúde. Essa conferência, com foco nos aspectos intersetoriais, representou um marco importante para ressignificar a saúde e a educação como direitos sociais irrevogáveis, alinhados integralmente aos direitos humanos básicos previstos na Constituição Federal de 1988.

Assim, a gestão intersetorial, conforme preconizada pela PNPS (Brasil, 2018), baseia-se na reorientação do cuidado, valorizando a autonomia dos sujeitos, a participação popular e a cultura, além de colocar os determinantes sociais no centro dos processos de saúde e adoecimento. Essa abordagem prioriza a abertura para a participação social e a autonomia dos indivíduos no processo saúde-doença, em oposição a um planejamento desarticulado, focado em ações pontuais e desvinculado das diretrizes de promoção da saúde dos educandos da educação básica.

Verificou-se, assim, a importância da gestão intersetorial, conforme evidenciado nos relatos dos profissionais do PSE de Tucuruí, para a criação de vínculos entre Saúde e Educação; para a diminuição de resistências; para a expansão das ações de saúde; e para a articulação do planejamento estratégico — aspectos todos permeados pela relevância da gestão compartilhada, embora ainda desconectados das propostas centrais da promoção da saúde. Apesar disso, tais ações, mesmo que executadas com foco no controle e prevenção de doenças, pautadas em hábitos e estilos de vida — ou seja, pontuais e fragmentadas — exigem grande esforço dos profissionais para sua realização, sendo por eles consideradas relevantes e alinhadas às demandas do PSE.

6.3.3 Sobre a formação e a educação permanente em saúde

Os profissionais do PSE de Tucuruí (PA), foram questionados sobre a formação e neste aspecto, foi possível destacar dois delineamentos: *formação com a participação de cursos* e *ausência de formação*. Sobre a formação com a participação de cursos, o profissional referiu o seguinte:

> *A gente já fez alguns cursos, quando a coordenadora do estado vem e faz aqui em Tucuruí, geralmente uma vez no ano.* (Professora C).

Na narrativa acima, o profissional diz haver uma frequência de cursos para os profissionais que atuam no PSE. No entanto, a maioria dos profissionais desferiu ausência de formação, como abaixo:

> *[...] a minha formação começou nas ações [...], Eu espero ansiosa para ter um encontro regional dos PSE [...] mas não aconteceu.* (Professora A).

> *Eu não tive nenhum treinamento. Eu fui pesquisar, eu mesmo fui atrás, ler caderno de gestão do ex-reitor. Assisti vídeos, mas eu mesmo até hoje nunca tive, eu já estou há dois anos.* (Profissional da Saúde D).

> *A gente estuda aqui entre a gente, os Decretos que saem, todos os relacionados ao Programa; [...] a gente fica estudando dessa forma.* (Professora B).

De acordo com os depoimentos, os profissionais destacaram a ausência de formação adequada. Verifica-se uma inconformidade, pois tais relatos contrariam a política da saúde na escola, já que a Portaria Interministerial do PSE nº 1.055/2017 estabelece, em seu Artigo 9º, que a formação dos gestores e técnicos das áreas de saúde e educação é responsabilidade das três esferas de governo, devendo ser realizada de forma contínua e permanente.

O parágrafo 1º determina que o Ministério da Educação (MEC) é responsável pela formação dos profissionais da Secretaria de Educação Básica, por meio da Política de Formação da Secretaria de Educação Básica (SEB-MEC). Já o parágrafo 2º destaca que o Ministério da Saúde é responsável pela formação dos profissionais da saúde, por meio da Política de Educação Permanente para formação dos profissionais do SUS (Brasil, 2017a, p. 3).

Assim, destaca-se que a formação dos profissionais da educação é um direito assegurado pela Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988) e fundamental para a qualidade da educação. Conforme o Plano Nacional de Educação (PNE) 2014-2024, "um quadro de profissionais da educação motivados e comprometidos com os estudantes de uma escola é indispensável para o sucesso de uma política educacional que busque a qualidade referenciada na Constituição Brasileira", o que não pode ser alcançado sem planos de carreira, salários atrativos, condições de trabalho adequadas, além de processos de formação inicial e continuada.

A formação dos profissionais da educação é garantida pelo PNE, que está em vigor até 2025, e deve servir de base para a elaboração dos planos estaduais, distrital e municipais. Na Meta 16, o PNE estabelece a necessidade de "garantir a todos(as) os(as) profissionais da educação básica formação continuada em sua área de atuação, considerando as necessidades, demandas e contextualizações dos sistemas de ensino" (Brasil, 2014, p. 14).

A formação inicial e continuada dos profissionais da educação tem como objetivo preparar e desenvolver esses profissionais para o exercício do magistério na educação básica, em suas diversas etapas. Busca-se assegurar a produção e difusão do conhecimento em áreas específicas, bem como a participação na elaboração e implementação do projeto político-pedagógico da escola, com a perspectiva de garantir, com qualidade, os direitos e objetivos de aprendizagem e o desenvolvimento dos educandos. Trata-se, portanto, de um processo dinâmico e complexo, direcionado à melhoria contínua da qualidade social da educação e à

valorização profissional, devendo ser assumido em regime de colaboração pelos entes federados nos respectivos sistemas de ensino e desenvolvido pelas instituições de educação credenciadas.

A formação dos profissionais da saúde é assegurada pelo Ministério da Saúde (MS), por meio do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), normatizada pela Política Nacional de Educação Permanente Saúde/PNEPS (Brasil, 2004). Assim, a educação permanente faz parte da aprendizagem dos profissionais da saúde no trabalho, tendo por referência as necessidades de saúde dos usuários e das populações e o controle social em saúde para a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho.

No entanto, o estudo realizado por Alves *et al.* (2023) demonstrou que apesar das atividades de educação permanentes apresentarem desempenho muito satisfatório, o vínculo de trabalho na área da saúde é precário, o que gera instabilidade e rotatividade dos profissionais e interfere no seu desempenho. Chaves (2018) apontou carência de saberes na esfera didática e pedagógica em relação aos profissionais de saúde, para propiciar uma discussão eloquente e obter a atenção dos estudantes, sem prejuízos de sua aprendizagem. Segundo o autor, há necessidade de processos formativos no interior das profissões e formações específicas para a atuação desses atores sociais no Programa de maneira crítica, reflexiva e transformadora.

Dos nove profissionais entrevistados, apenas duas professoras disseram ter participado de cursos de formação. A Própria coordenadora do PSE na saúde afirmou não ter realizado de formação e assim, tais dados não condizem com a pesquisa realizada por Mulinari (2023) em Florianópolis, na qual, dos dez profissionais entrevistados, apenas três não haviam participado de processo de formação. Trata-se de um resultado totalmente inverso dos profissionais do município de Tucuruí, o que demonstra um prejuízo para profissionais e principalmente para os educandos, no que tange a saúde na escola.

Essa inconformidade quanto à formação dos profissionais que atuam no PSE no município de Tucuruí aponta para um grave descaso com esses trabalhadores. O Programa foi implantado em 2009 e, portanto, em 2022 já contava com mais de 13 anos de existência — tempo mais que suficiente para os investimentos necessários em formação. Contudo, os depoimentos indicam que tais investimentos foram feitos para a minoria dos profissionais. Apesar disso, esses profissionais demonstram interesse em se capacitar e buscam informações por conta própria, lendo decretos e assistindo videoaulas, conforme mencionado anteriormente.

No entanto, essa forma de veiculação de informações, embora importante, é insuficiente para capacitar adequadamente sobre a gestão intersetorial. Como já discutido, as ações

intersetoriais demandam conhecimentos abrangentes sobre diversos setores, diretrizes específicas, habilidades de interação multidisciplinar e a combinação de agendas distintas, entre outros aspectos, o que torna indispensável a formação continuada e permanente.

Prado *et. al.* (2020 p.600) destaca que "para a execução de projetos intersetoriais é fundamental a capacitação técnica dos gestores para criar uma cultura cooperativa nas relações gerenciais e administrativas, aliada à formação técnica para a gestão intersetorial". A formação dos gestores dos setores da saúde e da educação é de extrema importância, assim como dos profissionais que atuam na escola como os professores, as merendeiras, profissionais pedagógicos, dos profissionais que atuam na atenção básica, dentre outros, para que contribuam com a formação integral dos educandos.

Assim, no que tange à formação no contexto do PSE, observa-se incoerência na implementação da política no município de Tucuruí (PA), evidenciando a falta de valorização dos profissionais que atuam no Programa. O referencial teórico do PSE destaca que a formação dos profissionais é responsabilidade das três esferas de governo e deve ocorrer de forma contínua e permanente, porém essa diretriz não se concretiza na prática. Dessa forma, essas fragilidades podem comprometer diretamente a gestão compartilhada e as ações intersetoriais, prejudicando a promoção da saúde integral dos educandos, devido à ausência de conhecimentos adequados dos profissionais sobre o modelo ampliado de promoção da saúde.

6.4 O DISCURSO DOS PROFISSIONAIS SOBRE OS DESAFIOS ENFRENTADOS NA EFETIVAÇÃO DA INTERSETORIALIDADE

Neste tópico, destacamos as dificuldades enfrentadas pelos profissionais no cotidiano da intersetorialidade na gestão e implementação do PSE, frente à necessidade de efetivar a intersetorialidade entre os dois setores. As narrativas possibilitaram a criação de três delineamentos, a saber: 6.4.1 "Desafios relacionados à infraestrutura"; 6.4.2 "Desafios na área de recursos humanos"; e 6.4.3 "Desafios operacionais".

6.4.1 Desafios relacionados à infraestrutura

Foi possível estabelecer duas subcategorias: *deficiência de recursos financeiros* e *desestruturação dos setores*. Sobre a primeira, assim se manifestaram:

> *[...] a gasolina, de que carro que vai? E o lanche? [...] vamos fazer uma ação, vamos usar o quê? Vamos aplicar flúor? Quem vai comprar o flúor? Ou então nós vamos levar palestra! quem vai levar o data show? A escola tem? Não tem? Se não tem, como que vai fazer? Então esse material, acesso aos recursos materiais, a gente fica um pouco triste.* (Professora A).

> *Acho que a primeira dificuldade é recurso. Sem acesso ao recurso, é difícil, porque tudo isso precisa de material. Nós precisamos de banners, de materiais impressos, e aí às vezes fica pesado para um lado só. Por exemplo, aqui na Educação, dependendo dos gestores, a gente tem acesso a muita coisa ou nada. Então, o entrave maior nas articulações é a gestão superior, as autarquias, de entenderem o que é esse Programa*. (Professora C).

De acordo com os depoimentos, percebe-se que a implementação do Programa não é tarefa simples, especialmente devido à falta de infraestrutura básica, evidenciada pelo déficit de materiais de consumo essenciais para a execução das ações. Nesse contexto, fica clara a angústia dos profissionais ao tentarem operacionalizar o Programa sem os recursos necessários. Essas falhas não apenas influenciam negativamente o processo de gestão, como também desestimulam a atuação dos envolvidos. Esses achados corroboram diversos estudos que apontam para a insuficiência de materiais no Programa, como os de Coelho (2018), Baggio et al. (2018) e Silva et al. (2022), que destacam a carência tanto de materiais clínicos — cuja responsabilidade de fornecimento recai sobre a Atenção Básica — quanto de materiais didáticos, que deveriam ser disponibilizados pelo Ministério da Educação.

Sobre este tópico, o artigo 8º da Portaria Interministerial n. 1.055 (Brasil, 2017a) destaca que compete ao Ministério da Saúde e ao Ministério da Educação, em conjunto, efetivar a política de saúde na escola, apoiando e subsidiando os gestores estaduais e municipais na articulação, no planejamento e na implementação das ações do PSE. No entanto, observa-se um contrassenso entre o discurso da política e a realidade prática, visto que não há efetividade nas três esferas de governo para garantir os suprimentos necessários ao planejamento integrado e à execução das ações do Programa. A falta de materiais básicos inviabiliza o Programa em todos os seus aspectos de planejamento e execução. Sobre o financiamento do Programa tem-se o seguinte relato:

> *E quem diz isso é o governo federal, se nós estamos habilitados a receber ou não. Este recurso, ele vinha diluído dentro da conta de fundo a fundo. Só que sai a Portaria com o exato valor que precisa ser gasto. E a gente não tem uma prestação de contas do que os secretários, as autarquias estão gastando dentro do Programa. [...] A gente não tem acesso ao recurso, [...] a gente precisa de material, [...] a gente tem que sair pedindo. Muitas vezes a gente não consegue, então tiramos do nosso próprio bolso, porque a gente quer ver a coisa acontecer. O recurso também é um entrave para a intersetorialidade, porque não é muito claro o que, onde e como gastar esse recurso*. (Professora C).

De acordo com o depoimento acima, não há transparência quanto ao recebimento e à aplicação dos recursos financeiros, visto que os gestores do Programa não participam da prestação de contas, a qual não ocorre nem em formato de avaliação nem como relatório formal. Assim, verifica-se um grande descontentamento dos profissionais em relação à administração dos gestores municipais. Essa relação entre os secretários municipais e os gestores do PSE revela a falta de transparência no investimento dos recursos básicos do Programa. Neste aspecto, a Portaria Interministerial n. 1.055 destaca que:

> Fica instituído o incentivo financeiro de custeio às ações no âmbito do PSE, que será repassado fundo afundo, 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 (Brasil, 2017a, artigo n. 12).

Dessa forma, os recursos financeiros são repassados do Ministério da Saúde à Atenção Básica, fundo a fundo, após a adesão ao Programa. No entanto, segundo a Portaria n. 1.055 (Brasil, 2017a), no parágrafo 2º do artigo 12, o cálculo do incentivo financeiro do segundo ano do ciclo do PSE a ser repassado aos municípios levará em conta a realização das ações pactuadas na adesão e monitoradas pelo Ministério da Saúde.

Portanto, é fundamental que, ao final de cada ciclo, haja uma avaliação do Programa no município, instituída pela Secretaria de Saúde, visto que os recursos destinados à compra dos materiais básicos são repassados diretamente para esta secretaria, fundo a fundo. Assim, cabe a ela prover os materiais necessários para efetivar as ações assistenciais aos educandos.

A falta dos materiais básicos pode comprometer diretamente as ações essenciais tanto de promoção da saúde, como a prevenção dos agravos à saúde dos educandos. Isso pode se tornar um prejuízo para a educação no ensino básico da escola pública, visto que segundo a PNPS, é atribuição da Secretaria municipal de Saúde "destinar recursos orçamentários e financeiros para a realização das ações de promoção da saúde" (Brasil, 2018 p. 20). Assim, sobre a desestruturação dos setores, a Professora B se manifestou:

> *Que a saúde [...] para estar proporcionando, deveria estar mais alinhada para ter um Programa, e não tem. Mas isso é uma questão municipal mesmo, não é só da gente.* (Professora B).

A partir da fala da profissional, observa-se um questionamento acerca da falta de estrutura no setor de Saúde, mesmo com as ações do PSE no município de Tucuruí constando no Plano Plurianual e, portanto, possuindo previsão orçamentária destinada ao Programa. Nesse sentido, evidencia-se a existência de lacunas entre o planejamento e a operacionalização do Programa no âmbito da Secretaria Municipal.

Essa realidade corrobora o estudo de Kusano (2019), ao afirmar que a burocracia do sistema governamental, aliada à inexistência de um sistema organizacional e financeiro eficiente, dificulta o processo de implementação da política do Programa Saúde na Escola.

6.4.2 Desafios na área de Recursos Humanos

Esta temática foi desdobrada em quatro subtemas, a saber: *falta de recursos humanos*; *dificuldade de integração*; *fragilidades de formação*; *rotatividade dos profissionais*. Sobre o primeiro tópico, assim discursaram:

> *Seria mais a questão de falta de profissional e a falta de material. Por exemplo, o tema da saúde auditiva, a gente não faz, porque a gente não tem um profissional qualificado. Nem assim uma vez na semana para fazer isso, e a gente tem demanda, mas não tem um profissional, então isso é uma dificuldade.* (Professora B).

> A gente vai esbarrando em vários pontos, porque a gente sabe que a unidade básica de saúde às vezes é sobrecarregada porque só tem um enfermeiro (Professora A).

Os depoimentos dos profissionais acerca da falta de recursos humanos revelam a sobrecarga dos trabalhadores e a insuficiência de profissionais qualificados, o que, por consequência, faz com que algumas atividades deixem de ser realizadas, como é o caso da saúde auditiva. Segundo o Relatório de Desempenho do PSE (Tucuruí, 2022a), citado na seção 5, o município recebeu autorização para expandir o número de escolas a partir de 2022, passando a contar com 41 escolas cadastradas, de um total de 48, atendendo a 21.116 alunos, para um total de 23 Equipes de Saúde da Família (ESF) pactuadas ao Programa.

Nesse contexto, observa-se uma grande demanda de alunos em relação à quantidade de ESF, o que torna relevante refletir sobre a decisão das instâncias superiores do GTI-F e do GTI-E de aumentar o número de escolas sem garantir a qualidade da implementação do Programa.

Cabe destacar que a capacidade da Atenção Primária à Saúde (APS) está diretamente relacionada à organização dos cuidados primários e à resolução dos problemas mais comuns de saúde. Assim, entende-se que a PNAB, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, deve assegurar o número adequado de profissionais, condizente com as demandas dos escolares, evitando a sobrecarga dos trabalhadores e atendendo às necessidades específicas das escolas.

No entanto, no Brasil, observa-se uma cultura de constante construção e desconstrução da organização dos serviços públicos essenciais, evidenciada pelas frequentes alterações nas políticas públicas. Isso ficou claro na última revisão da PNAB (Brasil, 2017b), que flexibilizou a legislação para o financiamento das equipes de saúde, permitindo sua redução para apenas um médico e um enfermeiro, diminuição da composição das equipes, redução do número de agentes comunitários de saúde e, em alguns casos, até a ausência desses profissionais, além da flexibilização da carga horária dos profissionais de 40 para 20 horas semanais (Melo *et. al.*, 2018; Fittipaldi, O'Dwyer; Henriques, 2021).

Esse tipo de flexibilização pode fragilizar ainda mais a Atenção Básica, resultando na sobrecarga dos profissionais de saúde e na precarização do SUS. Quanto à rotatividade dos profissionais, os depoimentos revelaram o seguinte:

> *[...] manter as equipes que já têm um trabalho, que já conhecem uma estratégia, um método, que no mínimo conheçam o Programa. A gente consegue fazer essa articulação, consegue fazer essa integração de tantas coisas, níveis de pessoas diferentes e fazer todo mundo conversar com respeito, entendendo um lado do outro e tentando se ajudar dentro do processo. E muitas vezes troca a gestão, ou troca o secretário, ou troca o prefeito e aí vai embora a equipe. Você tem que começar do zero.* (Professora C).

O depoimento acima evidencia fragilidades na manutenção da equipe de trabalho, em razão da intensa rotatividade dos profissionais. Essas constatações são compatíveis com o estudo de Bandeira (2021), que apontou a rotatividade nos setores da Saúde e da Educação como um dos principais desafios para as ações intersetoriais. Dessa forma, verifica-se que esse problema limita a operacionalização do Programa como um todo, uma vez que inviabiliza o planejamento intersetorial, já que tanto os profissionais da Saúde quanto os da Educação necessitam de tempo para adquirir experiência e formação adequadas sobre a organização do processo de trabalho no PSE.

A alta rotatividade aliada à ausência de formação configura uma combinação preocupante para a implementação de Programas de saúde. Rivera e Artmann (2019) destacam a necessidade de construções tático-processuais que, embora não partam diretamente do plano

formal, garantem a viabilidade das ações. Para alcançar esse nível de atuação operacional, a equipe envolvida precisa ser valorizada técnica e financeiramente.

Um estudo de Gleriano *et. al.* (2021) ressaltou que a rotatividade dos profissionais pode limitar a eficácia do planejamento e da atuação, pois muitas situações demandam experiência para serem manejadas adequadamente. O pouco tempo de atuação, a rotatividade e o baixo investimento na formação complementar acabam por intensificar os desafios para uma abordagem integral. Sobre a dificuldade de integração, os participantes relataram:

> *Então às vezes não tem essa ligação na palestra, essa integração na palestra dele, então isso é uma barreira que às vezes a gestão não olha*. (Professora B).

> *São as barreiras né, que são colocadas no caso pelos diretores, que não veem a importância às vezes do tema. A gente também tem, assim, uma certa barreira quando se trabalha com professores*. (Professora A).

> *Nem sempre nós vamos encontrar diretores acessíveis, [...] porque tudo o que vamos fazer nós temos as datas, por isso a importância do planejamento. [..] Tem escola que às vezes a gente não consegue fazer, [...] não consegue o contato com a direção ou porque foi remarcado*. (Profissional da Saúde C).

Tais depoimentos referem-se ao planejamento na seleção dos profissionais responsáveis pela realização das ações, cujas habilidades muitas vezes não favorecem uma boa integração. Além disso, existem barreiras relacionadas à aceitação do Programa por parte de alguns diretores e professores, o que reforça a necessidade de apoio e subsídios do GTI-M para fortalecer a articulação e a integração das ações de promoção da saúde, alinhadas aos princípios da Atenção Primária à Saúde.

Essas dificuldades devem ser abordadas por meio de planos de trabalho inseridos no território escolar. Isso implica que os profissionais das ESF devem elaborar planos de trabalho articulados com os gestores das escolas. Essas articulações intersetoriais horizontais, que envolvem o planejamento conjunto de ações e a troca de informações sobre o território e as necessidades de saúde dos educandos, são mecanismos fundamentais para potencializar a promoção da saúde. (Gleriano *et. al.*, 2021).

A base de cuidado da APS é o território, considerado tanto a área geográfica, como um local constituído de histórias, de ocupações, aspectos ambientais, exercício de saberes e poderes das pessoas que ali vivem, do trabalho que ali desenvolvem, das disputas históricas, das ideologias que ali circulam, do modo de viver, da cultura local, dos afetos, percepções e sentimentos. O SUS preconiza que o território seja o ponto de partida dos planos de trabalho da atenção primária. Portanto é responsabilidade do GTI-M subsidiar o plano de trabalho e garantir a integração entre a ESF e a escola. Sobre as fragilidades na formação:

> *O professor se formou para isso, [...] ele estudou Pedagogia, ele estudou como desenvolver uma aula de acordo com a faixa etária, e a gente sabe que o profissional da saúde não tem essa formação, às vezes não tem nem o perfil de ser palestrante, o perfil de ser e de se comunicar com uma criança da creche, ou com adolescente.* (Professora A).

> *Então, a dificuldade, eu creio que seja mais a questão de funcionários, profissional qualificado mesmo, teria que ter, por exemplo, específico para a gente poder abranger todas as escolas, porque são muitas escolas.* (Professora B).

De acordo com os depoimentos das professoras, a falta de formação dos profissionais da saúde é uma das barreiras que dificultam a execução das ações. Corroborando esses depoimentos, vários estudos abordam a fragilidade da formação dos profissionais do PSE, como, por exemplo, a pesquisa realizada por Baroni e Silva (2022), em São Paulo, que demonstrou escassez de formação continuada e desconhecimento da política; e Bandeira (2021), que apontou que os profissionais apresentavam insegurança em relação ao Programa, com confusão sobre os conceitos, diretrizes, ações e responsabilidades de cada setor envolvido.

Como já discutido no tópico 6.3.3, para a efetividade das ações intersetoriais é fundamental que sejam estabelecidas medidas relativas à formação do quadro de profissionais da educação e da saúde, para que estes se sintam motivados na implementação do Programa. Isso porque, para o sucesso do PSE, é indispensável que a política de saúde na escola se efetive na formação, além dos planos de carreira, salários atrativos, condições de trabalho adequadas e processos de formação inicial e continuada, tanto na dimensão ampliada da saúde quanto na didático-pedagógica, conforme as garantias da Constituição Brasileira de 1988 e das políticas que subsidiam os campos da saúde e da educação.

6.4.3 Desafios operacionais

Esta categoria foi subdividida em: *dificuldade de conciliar as agendas e equipamentos* e *falta de regulamentação do Programa*. Sobre a dificuldade de conciliar as agendas e equipamentos, assim descreveram:

> *É a questão de se reunir, né? As vezes não dá. O certo era nós trabalharmos juntos diariamente, porque todos os dias têm problemas para resolver. Em relação às ações e aos equipamentos, a gente tem que ter contato com a escola. Então a gente depende muito do telefone, do celular. Essa é a maior dificuldade para mim. [...] É, a principal dificuldade é essa.* (Profissional da Saúde A).

De acordo com o depoimento acima, são referidos vários entraves na execução do Programa, destacando-se os equipamentos e a necessidade de uma comunicação eficaz para superar os problemas. Essas evidências corroboram o estudo de Chiari et al. (2018), que identificou dificuldades como a incompatibilidade de agendas; o estudo de Coelho (2018)

também destacou a falta de comunicação do GTI municipal com as equipes de Saúde e Educação como um desafio para a efetivação da intersetorialidade.

A política do PSE destaca que deve-se "articular as ações do SUS às ações das redes de educação básica pública, de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações [...], otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis" (Brasil, 2017a). A ampliação das ações e dos equipamentos é um dos objetivos da intersetorialidade. No entanto, observa-se que os setores necessitam de uma estrutura básica satisfatória, tais como equipamentos em quantidade e qualidade adequadas, para que possam realizar uma redistribuição qualitativa.

No caso do município de Tucuruí, conforme discutido na seção 4, há deficiência de equipamentos nas escolas públicas, como bibliotecas, auditórios e ambientes de informática. Verificou-se, também, deficiências de materiais para efetivas as ações de saúde como flúor, balanças, veículos de locomoção dos profissionais etc. Assim, para além de permitir o compartilhamento dos equipamentos, "a intersetorialidade como ferramenta estratégica para pensar integralmente a realidade tem enfrentado grandes desafios e entraves" (Silveira; Meyer; Félix (2019), a qual tais autores reconhecem como uma alternativa para potencializar processos de trabalho, através dos territórios, como atores sociais, a fim de torná-los mais sensíveis às suas questões.

No caso do PSE de Tucuruí, há necessidade de tornar as ações mais sensíveis às questões dos educandos potencializando a comunicação, a afetividade, o cognitivo a favor do seu empoderamento, bem como há necessidade de atrelar ao Programa a infraestrutura básica e a comunicação mais efetiva entre os dois setores. Sobre a falta de regulamentação do Programa, assim se manifestaram:

> *Vai ter que convencer o novo gestor do que é o Programa, do que precisa, justamente porque não tem uma Portaria, não tem nenhuma diretriz dentro das Portarias que regulamentam essas ações, que regulamentam os períodos, que regulamentam até a transição de um governo para o outro, como vamos articular esse Programa dentro dessa transição?* (Professora C).

Conforme a narrativa do professor, há barreiras para a formalização do Programa. Observa-se que a falta de documentos prejudica a estruturação e a articulação do PSE, por não haver normativas municipais estabelecidas. Conforme destacado na seção 5, o PSE tem respaldo na Portaria n. 1.055 (Brasil, 2017a, p. 3) para regulamentar o GTI-M: "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". Portanto, se tal iniciativa não ocorre, é uma inadequação que fragiliza o Programa.

Foi nesse contexto que os estudos de Chiari *et. al.* (2018) e de Vieira e Belisário (2018) identificaram a adesão do município ao PSE, com sua inserção nas pautas prioritárias do município em diversas regulamentações. Apesar de a intersetorialidade ser valorizada no plano normativo, na prática havia um esvaziamento das proposições em sua relação com a promoção da saúde, visto que havia pouco compartilhamento de responsabilidades entre os setores, com pequeno alcance no desenvolvimento da promoção da saúde e na atuação sobre seus determinantes.

Tal inconformidade nos leva a refletir sobre a objetividade da intersetorialidade na política do PSE, pois o discurso normativo evoca a gestão intersetorial e faz referência a essa estratégia como fundamental para a integração e articulação permanente entre as políticas de Educação e Saúde, com o objetivo de desenvolver ações de promoção e atenção à saúde. No entanto, na prática, a política acaba por condicionar as ações de planejamento conjunto à elaboração de um cronograma de trabalho que visa, principalmente, o alcance de indicadores quantitativos.

Portanto, entre o que é declarado nas normativas legais do PSE e o que efetivamente se integraliza no processo de gestão intersetorial no município de Tucuruí, há uma enorme distância. O depoimento dos profissionais revelou uma realidade bastante frágil quanto à proposta de prática da intersetorialidade na gestão do Programa. Os desafios enfrentados para a efetivação da intersetorialidade são inúmeros, sendo a deficiência na formação um dos mais preocupantes. Por esse motivo, sugere-se maior investimento na formação e valorização dos profissionais que atuam no Programa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, o objeto de investigação foi a intersetorialidade no Programa Saúde na Escola (PSE), no município de Tucuruí (PA). O PSE é um programa com diretrizes vinculadas à Política Nacional de Promoção da Saúde, criado em 2007 com o objetivo de atender às necessidades de promoção da saúde dos educandos da rede pública de educação básica, tendo como eixo central a gestão compartilhada entre os setores da Saúde e da Educação.

Nessa perspectiva, reconhece-se a importância do PSE como uma iniciativa fundamentada na concepção ampliada de saúde e na formação integral dos educandos, por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, com foco no enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e adolescentes da rede pública de ensino básico. Conforme a Portaria Interministerial n. 6.286/2007 (Brasil, 2007), o Programa representa um avanço significativo na política de saúde na escola, ao assegurar o direito à promoção da saúde dos escolares e propor um modelo organizativo sustentado pela gestão intersetorial.

Portanto, a compreensão da intersetorialidade torna-se imprescindível. Partindo desse pressuposto, este estudo baseou-se na definição de gestão intersetorial como uma ação colaborativa e articulada, pautada na responsabilização e na implementação sinérgica entre os setores da Saúde e da Educação, abrangendo as fases de planejamento, execução, monitoramento e avaliação. Essa abordagem considera os elementos produzidos no campo de atuação, os quais evidenciam não apenas uma mudança no paradigma de gestão, mas também a valorização da comunicação, das parcerias, da participação dos atores sociais no processo de planejamento e da formação dos profissionais envolvidos.

Nesse sentido, questionou-se: como se efetivou a intersetorialidade na gestão do Programa Saúde na Escola no município de Tucuruí/PA, no período de 2017 a 2022? O objetivo central foi analisar como se efetivou a intersetorialidade na gestão do Programa Saúde na Escola no município de Tucuruí/PA, no período de 2017 a 2022.

Do objetivo central foram delineados os seguintes objetivos específicos: 1)Averiguar como as alterações do arcabouço normativo influenciaram a gestão intersetorial do PSE; 2) Apontar como os processos estruturantes, a favor da intersetorialidade, foram produzidos nos documentos oficiais e como se integralizam na prática da gestão; 3) Compreender como foi integralizado o processo de gestão intersetorial na perspectiva dos profissionais; 4) Refletir sobre quais processos instituídos na prática apontaram na direção de ações intersetoriais e 5)

Identificar quais os desafios enfrentados pelos profissionais para a efetivação da intersetorialidade.

Neste sentido, os processos de gestão do PSE no município de Tucuruí, considerando o contexto local e suas múltiplas dimensões, foram abordados por meio de um detalhamento descritivo e interpretativo da efetividade da intersetorialidade na gestão do Programa. O estudo centrou-se no caso específico da gestão do PSE no município e na compreensão das diversas dimensões expressas nos documentos oficiais e/ou nos depoimentos dos participantes, o que possibilitou uma análise aprofundada do objeto de estudo, situada em seu contexto particular, ou seja, na práxis do PSE em Tucuruí.

Dessa forma, a materialização do estudo sobre a intersetorialidade no âmbito do PSE foi viabilizada por meio da análise das etapas de planejamento, execução, monitoramento e avaliação, bem como dos registros oficiais correspondentes a essas fases. Buscou-se compreender os motivos das escolhas realizadas em cada etapa, analisando-as de forma integrada, com vistas a captar a realidade em sua totalidade.

Foram utilizados documentos de domínio público oficiais federais do PSE, produzidos de 2007 a 2022, e os documentos produzidos no próprio município sobre a gestão no PSE em Tucuruí, entre eles as Leis, Decretos e Portarias Interministeriais, bem como os documentos produzidos pelas Secretarias de Saúde e de Educação e GTI-M de Tucuruí (PA) sobre o Programa. Tais documentos complementaram as informações obtidas na pesquisa empírica, favorecendo a triangulação dos dados e/ou, quando necessário, ratificaram e/ou validaram as informações obtidas através dos depoimentos nas entrevistas sem dirigidas.

Neste sentido para a análise da *efetividade da intersetorialidade na gestão do Programa Saúde na Escola no município de Tucuruí(PA) no período de 2017 a 2022,* realizou-se primeiramente uma compreensão sobre o PSE em Tucuruí no período de 2008 a 2016, para estabelecer uma relação do Programa com as Portarias que preconizaram a sua implantação. Assim, neste período, apesar do aporte normativo referirem exigências sobre as competências do GTI-F, GTI-E e GTI-M, a articulação do PSE, inclusive com o Projeto Político-Pedagógico das escolas, não se realizou nos primeiros anos de implantação no município de Tucuruí, e na formação do primeiro GTI-M, que não foi formalizado, segundo os relatórios,

Verificaram-se fragilidades na gestão das ações, evidenciadas pela realização de atividades pontuais, bem como por cortes e bloqueios no financiamento do Programa. Diante do exposto, destaca-se que a implantação do PSE no município de Tucuruí, conforme indicam os relatórios do próprio Programa, enfrentou diversos obstáculos e não contou com a devida

estruturação das equipes de Educação e de Saúde para subsidiar de forma adequada a gestão intersetorial do PSE.

No que tange à implementação da gestão do PSE no município de Tucuruí no período de 2017 a 2022, os documentos oficiais destacaram a importância da gestão intersetorial e a constituição dos GTIs, bem como os arranjos de trabalho foram focados em integração e planejamento conjunto para articular a inclusão dos temas relacionados às ações do PSE nas propostas pedagógicas das escolas. Apesar de a Portaria n. 1.055 (Brasil, 2017a) e os Cadernos do Gestor (Brasil, 2015; 2022) destacarem a importância da gestão intersetorial para o PSE, não há um detalhamento acerca da sua implementação no GTI-M, tornando a instituição das ações intersetoriais à critério de cada município.

Considerando a importância das orientações no âmbito do GTI-M, especialmente diante da polissemia do termo *intersetorialidade* – que ainda carece de maior compreensão por parte dos profissionais envolvidos –, torna-se fundamental que os detalhamentos acerca da gestão intersetorial sejam claramente estabelecidos. Cabe à Política de Saúde na Escola indicar, de forma precisa, nas normas e regimentos, os parâmetros para uma implementação qualitativa do Programa, sobretudo diante dos entraves identificados quanto à intersetorialidade no PSE a partir do ano de 2017.

Nesse sentido, a análise mais aprofundada da gestão intersetorial no ciclo 2017–2018 revelou que, no município, houve a composição do GTI-M com a participação de profissionais da Saúde e da Educação. No entanto, novamente, a formalização do GTI-M não foi efetivada. Ainda assim, foi possível observar certa articulação na gestão do PSE, muito em função do esforço individual dos profissionais envolvidos, os quais buscaram estabelecer melhor comunicação e parcerias com outras instituições, como as universidades.

No entanto, constatou-se uma falha significativa no que diz respeito à efetivação do único projeto identificado como resultado da articulação entre as Secretarias de Saúde e Educação: o projeto *"Juventude Consciente"*, voltado ao combate às drogas nas escolas. Verificou-se que esse projeto não foi executado integralmente, uma vez que não contemplou a formação continuada dos professores, limitando-se à realização de ciclos de palestras preventivas sobre o uso de drogas. Tal cenário evidencia que o Programa não contou com o apoio logístico adequado das secretarias envolvidas e revelou dificuldades na inserção das ações do PSE no Projeto Político-Pedagógico (PPP) das escolas, além de reforçar uma tendência à realização de ações com caráter predominantemente assistencialista.

Apesar dos desafios enfrentados para a implementação de uma gestão intersetorial efetiva, essas limitações não impediram a ampliação do número de escolas credenciadas ao

Programa, o que suscita questionamentos sobre os critérios adotados nas avaliações do PSE, especialmente quanto à real consideração da qualidade das ações intersetoriais.

No ciclo 2019-2020, em razão da pandemia de COVID-19, as ações do Programa foram realizadas de forma on-line e não houve articulação do GTI-M. Já na gestão do PSE durante o ciclo 2021-2022, conforme as evidências apresentadas, verificou-se no município uma reorganização das equipes de coordenação do Programa nas Secretarias de Saúde e de Educação, o que resultou em um aumento na adesão tanto das escolas quanto das Equipes de Saúde da Família (ESF) ao Programa.

De um total de 48 escolas municipais, 41 foram pactuadas, correspondendo a 85,4% de cobertura. Nelas, foram registrados 21.116 alunos. Das 25 ESF e quatro Centros de Saúde existentes no município, 23 ESF foram pactuadas, representando 92% de adesão. Dessa forma, pode-se afirmar que, nesse período, houve uma expansão significativa do PSE em Tucuruí, especialmente em relação ao número de escolas e equipes de saúde pactuadas.

No entanto, no que tange à gestão intersetorial, percebeu-se a existência de dicotomias entre as legislações oficiais e a prática do Programa no município. Os manuais orientadores dos ciclos 2017-2018 e 2021-2022 (Brasil, 2018; 2021), por exemplo, destacaram que as ações poderiam ser desenvolvidas setorialmente, uma vez que já faziam parte de um planejamento conjunto. Dessa forma, acredita-se que, ao fazer tais pontuações, as normativas do PSE tornam-se mais flexíveis em relação às exigências de intersetorialidade do Programa, o que pode fragilizar a efetiva articulação entre os setores envolvidos.

Outra contradição acerca da intersetorialidade no Programa foi evidenciada por meio dos critérios de monitoramento e avaliação. A partir de 2017, os manuais orientadores passaram a destacar que as decisões deveriam ser tomadas coletivamente, por meio do Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI). No entanto, esses mesmos documentos apontaram que o cálculo do financiamento a ser repassado no segundo ano do ciclo do PSE seria baseado prioritariamente no desempenho **quantitativo** do Programa, e não na qualidade das ações intersetoriais desenvolvidas.

Assim, verificou-se que, apesar do aporte normativo da política do Programa sustentar a gestão intersetorial como imprescindível para a implementação do PSE, sua avaliação é realizada por meio de indicadores quantitativos, sem considerar, em nenhum aspecto, a qualidade da gestão intersetorial como critério para o recebimento dos repasses financeiros. Portanto, não existem indicadores nos processos avaliativos que garantam uma gestão intersetorial focada nos determinantes de saúde dos educandos em um território específico. Essa inconformidade pode representar um entrave para o exercício efetivo da ação intersetorial, visto

que não há relação estabelecida entre ela e o monitoramento e avaliação, o que se torna lamentável.

Identificou-se que, antes das alterações no arcabouço normativo do PSE no período de 2017 a 2022, o Programa era condicionado à adesão do município por meio dos secretários de Saúde e de Educação, e os recursos financeiros do PSE eram pagos em parcela única, no último trimestre de cada ano, com base no número de ESF cadastradas. Após as alterações a partir de 2017, as contradições no aporte normativo, especialmente no que se refere à gestão, passaram a se refletir na prática do Programa no município de Tucuruí, evidenciadas pela serialização das ações de planejamento e pela construção de cronogramas voltados para atender aos indicadores impostos pelo GTI-F. Essa prática desviou-se dos princípios de promoção da saúde, que antes privilegiavam os subsídios centrados nos indicadores de saúde baseados no território escolar e na participação dos atores sociais.

Portanto, verificaram-se evidências de práticas centradas no conhecimento técnico-científico, com insuficiência de diálogo e comunicação entre os setores, prejudicando a sinergia das ações. Em vez de um diagnóstico baseado nos indicadores do território, observa-se a produção de planos de trabalho com caráter reducionista, desvinculados das necessidades dos educandos e do território, o que é incompatível com a singularidade da intersetorialidade prevista no PSE. Essa intersetorialidade tem como objetivo assegurar integralmente a educação, promovendo uma aprendizagem significativa e de qualidade, compatível com as necessidades de saúde dos sujeitos.

Os apontamentos quanto às práticas setoriais no PSE de Tucuruí, demonstram retrocessos na gestão do Programa, visto que o pilar de sustentação e promoção da saúde dos educando evidencia-se pela intersetorialidade para minimizar a exclusão escolar dos educandos, com a abordagem do território, baseada em indicadores sociais de saúde e de educação e com a participação da comunidade escolar para minimizar os agravos a saúde e a educação na escola pública em Tucuruí (PA), um munícipio como muitas desigualdades sociais.

Assim, o exposto acima confirma a tese de que as alterações graduais ocorridas no arcabouço normativo do Programa Saúde na Escola (PSE) fomentam mudanças em sua gestão, provocando uma flexibilização progressiva da gestão intersetorial e incentivando o desenvolvimento de uma gestão serializada, o que compromete a efetividade do Programa. Reafirma-se que as políticas públicas, por sua natureza, devem estabelecer processos de implementação que promovam a equidade, pois são dispositivos político-administrativos que, no caso do PSE, devem ter objetivos explícitos voltados aos anseios de saúde e educação dos

educandos. No entanto, no caso do PSE de Tucuruí, verificou-se incoerências em relação à intersetorialidade prevista na política do Programa.

Neste contexto, este estudo considera imprescindível que o Programa alcance melhores resultados em termos de efetividade. A partir das opiniões dos profissionais acerca da gestão intersetorial no PSE de Tucuruí, destacam-se alguns pontos essenciais para garantir maior coerência e eficácia na política da saúde na escola. No que se refere ao planejamento e à seleção das temáticas, verificou-se que os temas 'prioritários' definidos pelo GTI-F têm primazia no planejamento, o que resulta em uma verticalização na escolha dos temas. Dessa forma, o foco do planejamento não é determinado pelos indicadores de saúde e educação do território onde estão localizadas as escolas e as UBS. Assim, as escolas possuem outras demandas e problemas de saúde que, em parte, não são contemplados, pois o planejamento do GTI-M considera apenas parcialmente as solicitações das escolas. Portanto, observam-se fragilidades no planejamento, uma vez que este não considera adequadamente as demandas locais.

Outro ponto desfavorável às ações intersetoriais são as deficiências na inclusão e na construção do Projeto Político-Pedagógico da escola. Sobre essa temática, a Portaria n. 1.055 destaca no §2º: "As ações realizadas pela escola deverão estar alinhadas ao currículo escolar e à política de educação integral" (Brasil, 2017, p. 4). Contudo, para que as ações do PSE sejam efetivamente operacionais nesse instrumento de planejamento escolar, elas devem estar alinhadas aos indicadores de saúde do território. Portanto, a intersetorialidade no planejamento é imprescindível para que as escolas e a ESF oportunizem momentos de socialização desses indicadores, integrando mutuamente ações e metas que sejam condizentes com as expectativas locais e com o significado educacional para os educandos envolvidos no processo escolar.

Além disso, verificou-se que a participação no planejamento do GTI-M ocorre por meio da aproximação com o diretor da escola, seja por contato direto ou por meio de um formulário de escuta. Portanto, não há a escuta dos professores, educandos e familiares, conforme preconizado nas normas operacionais. Essas fragilidades na participação vão contra as diretrizes da promoção da saúde, pois a inclusão da comunidade escolar na gestão do PSE é fundamental para a democratização do conhecimento sobre o processo saúde-doença dos setores envolvidos. A ausência desses representantes no GTI-M fragiliza o planejamento baseado nas necessidades dos sujeitos e prejudica a sistematização de ações que promovam o empoderamento sobre saúde e seus preceitos na Educação Básica.

Evidenciou-se uma maior proatividade do setor de educação no que tange ao planejamento e às articulações, o que é bastante positivo. Contudo, no que se refere à visão intersetorial, torna-se fundamental que a implementação das ações conte com uma participação

mais equilibrada entre os dois setores. O setor da saúde, cujas funções devem ser subsidiadas pela visão ampliada dos determinantes sociais da saúde, deve assumir o papel principal de fomentar a gestão intersetorial, dada sua atribuição na mobilização da Rede de Atenção à Saúde dos educandos.

Os profissionais da escola e da atenção básica demonstraram reconhecer a importância da equipe do GTI-M no planejamento e na execução das ações, bem como nas dinâmicas estabelecidas para o cumprimento dos objetivos do Programa, que envolve diversas modalidades de atenção e articulações. Isso possibilita a realização das ações, considerando a complexidade das interações nos espaços escolares, as quais requerem habilidades específicas dos profissionais.

No entanto, em relação aos aspectos de monitoramento e avaliação das ações do PSE, verificou-se discordância entre os profissionais, pois alguns desconhecem as orientações para registro e monitoramento das ações, bem como o processo de avaliação do Programa, há ausência de "feedback" sobre o desempenho e desconhecimento dos resultados alcançados. Dessa forma, evidencia-se uma fragmentação na gestão, visto que os profissionais da ESF e da escola não participam da avaliação das ações planejadas, o que pode não somente interferir negativamente no sucesso das ações de promoção da saúde, mas também fragilizar os princípios da integralidade e da equidade.

Destacaram-se inconformidades relacionadas à formação dos profissionais da educação e à educação permanente dos profissionais da saúde, visto que, dos nove profissionais entrevistados, apenas duas professoras referiram ter participado de cursos de formação. Essa fragilidade evidencia um grave descaso com a qualificação dos profissionais, considerando que o Programa já conta com mais de 13 anos de implantação, o que contraria a Portaria Interministerial que regulamenta a responsabilidade das três esferas de governo na oferta de formação e educação permanente, as quais devem ser realizadas de maneira contínua e constante.

Verificou-se também grande interesse por parte dos profissionais em relação à formação, pois muitos recorrem à leitura das normativas e a videoaulas para se manterem informados. No entanto, essa forma de acesso à informação, embora importante, não é suficiente para capacitá-los sobre a gestão intersetorial, que envolve conhecimentos e habilidades para a interação multidisciplinar, a conciliação de agendas distintas, entre outros aspectos, o que demanda formação continuada e permanente, especialmente no município em questão.

Por fim, os profissionais apontaram diversos desafios na efetivação da intersetorialidade no PSE de Tucuruí, destacando, por exemplo, o déficit de materiais de consumo essenciais para a execução das ações. Nesse sentido, evidenciou-se a angústia dos profissionais ao tentar implementar e operacionalizar o Programa sem recursos básicos, chegando a, inúmeras vezes, custear do próprio bolso despesas como gasolina, transporte, lanches, flúor e equipamentos como data show, entre outros. Trata-se de uma realidade lamentável, especialmente considerando a importância do PSE para os alunos da rede pública, que carece de investimentos fundamentais de responsabilidade do Estado, conforme garantido pela CF/1988.

Portanto, verificou-se que há uma grande distância entre o que se propõe no aporte teórico sobre a intersetorialidade no PSE e o que efetivamente é implementado na gestão intersetorial na prática do município de Tucuruí. Diversos desafios foram apontados pelos profissionais, tais como a falta de transparência na prestação de contas dos recursos financeiros, o que deixa o Programa à mercê do descaso das autoridades competentes; a escassez de recursos humanos; a sobrecarga dos profissionais; a intensa rotatividade; a dificuldade de conciliar agendas; e as deficiências nos equipamentos. Além disso, existem barreiras na aceitação do Programa por parte de alguns diretores, professores e profissionais da saúde, bem como a falta de profissionais qualificados na atenção básica, e a ausência de especialistas nas áreas de saúde auditiva e oftalmológica.

Tais demandas comprometem a efetividade do PSE, são urgentes e carecem de soluções imediatas. Sobretudo, destaca-se a falta de formação continuada, que é um aspecto extremamente importante e que contraria a eficácia das políticas públicas sociais promotoras de saúde na escola e da qualidade do ensino público básico. Portanto, essa questão precisa ser tratada com prioridade pelas autoridades legais municipais, estaduais e federais.

Pela importância da intersetorialidade no PSE para a promoção da saúde dos educandos e, consequentemente, para a efetividade do Programa — visto que a gestão intersetorial entre os setores de saúde e educação constitui um dos pilares mais importantes — torna-se imprescindível a formação dos gestores, professores e técnicos da saúde.

Portanto, sugere-se que sejam tomadas as providências cabíveis para qualificar as ações do Programa, tanto pelo poder público local quanto pelas esferas estadual e federal competentes. Essas constatações nos levam a concluir que as fragilidades na intersetorialidade do PSE em Tucuruí (PA) são apenas a ponta do “iceberg”, pois refletem deficiências estruturais nas políticas públicas de saúde e educação, configurando um grave descaso com a educação e a saúde dos educandos da rede pública, que carecem de suporte e investimentos tanto nos aspectos qualitativos quanto quantitativos.

Outrossim, faz-se necessário que haja transparência eficaz na prestação de contas dos recursos financeiros, bem como que tais recursos sejam destinados ao suprimento das necessidades de materiais de consumo e equipamentos. É inadmissível que os profissionais utilizem recursos próprios para a manutenção do Programa, configurando falta de compromisso e responsabilidade por parte das autoridades competentes ao não disponibilizarem os recursos necessários para subsidiar as ações do PSE.

Sugere-se, também, que haja investimento na formação e atualização dos profissionais para a inserção das ações do PSE no Projeto Político-Pedagógico da escola, bem como para atuação no monitoramento e avaliação, de forma periódica e com a participação dos profissionais da educação básica e da saúde envolvidos no PSE de Tucuruí. Deve-se incluir também representantes de todos os grupos da comunidade escolar, inclusive os pais, pois é inadmissível que os profissionais que atuam no PSE desconheçam ou não participem dos diálogos sobre informações básicas do Programa, especialmente no que tange ao alcance dos seus indicadores. Além disso, recomenda-se que sejam considerados planos de cargos e carreiras para incentivar os profissionais, diminuindo a rotatividade e aumentando o número de profissionais nas escolas e na atenção básica, em função das necessidades locais. Sendo o PSE um programa diferenciado quanto às suas diretrizes, é necessário um redimensionamento do número de profissionais compatível com as demandas dos planos de trabalho.

Ressalta-se a imprescindível formalização do GTI-M, bem como o fomento de parcerias com outros setores, como o da assistência social, que possui importante contribuição no enfrentamento das vulnerabilidades sociais presentes no ensino básico. A ausência de normativas municipais prejudica a estruturação e a articulação do PSE, tornando a falta de formalização uma inadequação que fragiliza o processo de intersetorialidade no âmbito das diretrizes de promoção da saúde.

Diante do exposto, concluo este trabalho reafirmando as questões essenciais para a efetividade da intersetorialidade no PSE em Tucuruí (PA), conforme abordado nas seis seções anteriores. Destaca-se a importância da intersetorialidade para a promoção da saúde dos educandos da escola pública básica, que carece de maiores investimentos e aprimoramentos no arcabouço legal da Política de Saúde na Escola, especialmente no que tange à adequação qualitativa da gestão intersetorial do Programa.

Pelo exposto nas seções desta tese, considero que as questões de pesquisa foram devidamente respondidas, e assim encerro este trabalho de doutoramento, embora com certo desapontamento em relação aos resultados da investigação, especialmente no que se refere à insuficiência de suporte ofertado pelo gestor municipal para subsidiar a Política de Saúde na

Escola na implementação da gestão intersetorial no PSE, no município de Tucuruí. Reconheço, contudo, o empenho e o grau de envolvimento dos professores e profissionais de saúde, bem como o compromisso demonstrado com o Programa, apesar dos inúmeros desafios enfrentados. Portanto, é com grande expectativa que espero que esta pesquisa possa sensibilizar os gestores das áreas de educação e saúde do município de Tucuruí (PA) a investir na qualificação do PSE, promovendo uma educação mais qualitativa e emancipadora, sobretudo no que tange aos temas relacionados à saúde dos educandos.

Este estudo apresenta limitações, como a impossibilidade de triangular as informações com os alunos das escolas públicas sobre seus conhecimentos e demandas relacionadas ao PSE, bem como a impossibilidade de associar diretamente a relação entre a promoção da saúde e a efetivação da gestão intersetorial compartilhada entre Saúde e Educação. Dessa forma, sugere-se a destinação de maiores investimentos para pesquisas futuras na área da promoção da saúde escolar no município de Tucuruí.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Zenaide Neto (org.). **SUS – Sistema Único de Saúde:** antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2015.

AKERMAN, Marco; SÁ, Ronice Franco de; MOYSES, Simone; REZENDE, Regiane; ROCHA, Dais. Intersetorialidade? IntersetorialidadeS! **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 19, n. 11, p. 4291-4300, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/LnRqYzQZ63Hr5G4Hb7WPQLD

ALBUQUERQUE, Tales Iuri Paz; SÁ, Ronice Maria Pereira Franco de; ARAÚJO JÚNIOR, José Luiz do Amaral Correia de. Perspectivas e desafios da "nova" Política Nacional de Promoção da Saúde: para qual arena política aponta a gestão? **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 21, n. 6, p. 1695-1705, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/5w8v5n9h7X9Rz5w9h9W9X9/

ALMEIDA, Ney Luiz Teixeira de. Descentralização e intersetorialidade: desafios para a consolidação da política pública de educação. *In:* MONNERAT, Giselle Lavinas; ALMEIDA, Ney Luiz Teixeira de; SOUZA, Rosimary Gonçalves de (org.). **A intersetorialidade na agenda das políticas.** Campinas: Papel Social, 2014.

ALVES, Carolina dos Reis; SILVA, Patrick Leonardo Nogueira da; SANTOS, Cláudio Luís de Souza; FREITAS, Ingred Gimenes Cassimiro de; RUAS, Rosana Franciele Botelho; ANDRADE, Mariléia Chaves Andrade. Avaliação do processo de qualificação na atenção básica com foco na valorização do trabalhador. **Revista Enfermagem Atual *In Derme*,** v. 97, n. 2, 2023. Disponível em: http://www.revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/1610/3782. Acesso em 21 fev. 2025.

AMRI, Michelle; CHATUR, Ali; O'CAMPO, Patricia. An umbrella review of intersectoral and multisectoral approaches to health policy. **Social Science & Medicine**, 315:115469, dec. 2022. DOI: 10.1016/j.socscimed.2022.115469. Epub 2022 Oct 22. PMID: 36403353. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36403353/.

ANDRADE, Domitila Almeida de. **Intersetorialidade no Programa Saúde na Escola:** uma análise sobre a construção de redes entre saúde e educação no município do Recife. 2015. 118 f. Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2015. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/15929.

ANDRÉ, Marli. 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. Disponível em: https://www.revistas.uneb.br/index.php/faeeba/article/view/7441

AZEVEDO, Janete Maria Lins. **A educação como política pública.** 3. ed. Campinas: Autores Associados, 2008.

BAGGIO, Maria Aparecida; BERRES, Rosilene; GREGOLIN, Bruna Penteado Silva; AIKES, Solange. Implantação do Programa Saúde na Escola em Cascavel, Paraná: relato de

enfermeiros. **Revista Brasileira de Enfermagem,** [Internet], n. 71, p. 1631-1638, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/QZ5pxBh4HvMQ6fR7HfXXbkp/.

BALEEIRO, Aliomar; BARBOSA LIMA SOBRINHO, Alexandre José. **1946.** 3. ed. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2012. (Constituições Brasileiras, 5).

BANDEIRA, Marconde Ávila. **O Programa Saúde na Escola:** a intersetorialidade entre educação e saúde em Altamira – Pará (2008-2019). 2021. 122 p. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Currículo e Gestão da Escola Básica, Universidade Federal do Pará, Belém, 2021.

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; CUNHA, Marcela Silva da. Análise da produção bibliográfica sobre atenção primária à saúde no Brasil em quatro periódicos selecionados. **Saúde Debate,** Rio de Janeiro, v. 39, n. Especial, p. 91-104, dez. 2015. Disponível em: https://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000400006

BARBIERI, Aline Fabiane; Noma, Amélia Kimiko. A intersetorialidade nas políticas brasileiras de educação: a articulação setorial no Programa Saúde na Escola. **Educação Unisinos,** São Leopoldo, v. 21, n. 2, p. 137-145, mai./ago. 2017. DOI: https://doi.org/10.4013/edu.2017.212.02.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo.** São Paulo: Edições 70, 2011.

BARONI, Juliane Gonçallo Baroni; SILVA, Carla Cilene Baptista da. Percepção de profissionais da saúde e da educação sobre o Programa Saúde na Escola. **Saúde Debate,** Rio de Janeiro, v. 46, n. Especial 3, p. 103-115, nov. 2022.

BENCHIMOL, Samuel. **Amazônia:** formação social e cultural. 3. ed. Manaus: Valer, 2009.

BENTO, Maria Aparecida da Silva; COELHO, Wilma de Nazaré Baía; COELHO, Mauro Cezar; FERNANDES, Daniela Martins Pereira. A educação na região Norte: apontamentos iniciais. **Amazônica – Revista de Antropologia,** Belém, v. 5, n. 1, p. 140-175, 2013. Disponível em: https://periodicos.ufpa.br/index.php/amazonica/article/view/1302

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil [1988]. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, seção 1, n. 191-A, p. 1-5, out. 1988. Disponível em: https://www2.camara.leg.br/legin/fed/consti/1988/constituicao-1988-5-outubro-1988-322142-publicacaooriginal-1-pl.html. Acesso em: 20 abr. 2021.

BRASIL. Lei n. 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. **Diário Oficial da União,** Brasília, 20 set. 1990.

BRASIL. Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial da União,** Brasília, 23 dez. 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9394.htm.

BRASIL. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros Curriculares Nacionais – terceiro e quarto ciclos:** apresentação dos temas transversais. Brasília: MEC/SEF, 1998. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/ttransversais.pdf. Acesso em 23 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **As Cartas de Promoção da Saúde.** Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 687, de 30 de março de 2006.** Aprova a Política de Promoção da Saúde. Brasília, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde – PNPS.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Decreto n. 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola – PSE, e dá outras providências. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, 5 dez. 2007a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto/D6286.htm.

BRASIL. **Escolas Promotoras de Saúde:** experiências no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde, 2007b.

BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 675**, de 4 de junho de 2008. Institui a Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola. Brasília, 2008a.

BRASIL. **Portaria n. 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, 2008b.

BRASIL. **Emenda Constitucional n. 59**, de 11 de novembro de 2009. Acrescenta § 3º ao art. 76 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para reduzir, anualmente, a partir do exercício de 2009, o percentual da Desvinculação das Receitas da União incidente sobre os recursos destinados à manutenção e desenvolvimento do ensino de que trata o art. 212 da Constituição Federal, dá nova redação aos incisos I e VII do art. 208. Diário Oficial da União, Brasília, 12 nov. 2009.

BRASIL. Ministério da Educação. Conferência Nacional de Educação – CONAE. **Construindo o Sistema Nacional Articulado de Educação:** O Plano Nacional de Educação – Diretrizes e estratégias de ação. Brasília: Presidência da República, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde.** Brasília, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Portaria Interministerial n. 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. Brasília, 2010c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Passo a passo PSE:** Programa Saúde na Escola – tecendo caminhos da intersetorialidade. Brasília, 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução CNS n. 466**, de 12 de dezembro de 2012. Diário Oficial da União, Brasília, n. 12, quinta-feira, 13 de junho de 2013 – Seção 1, p. 59.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Portaria Interministerial n. 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, 2013.

BRASIL. **Lei n. 13.005**, de 25 de junho de 2014. Aprova o Plano Nacional de Educação (PNE) e dá outras providências. Plano Nacional de Educação 2014-2024. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2014.

BRASIL Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Caderno do Gestor do PSE.** Brasília, 2015a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_gestor_pse.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde – PNPS:** revisão da Portaria MS/GM n. 687, de 30 de março de 2006. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015b.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução CNS n. 510**, de 07 de abril de 2016. Diário Oficial da União, Brasília, n. 98, terça-feira, 24 de maio de 2016a – Seção 1, p. 44-46.

BRASIL. **Emenda Constitucional n. 95**, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília, 2016b.

BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial n. 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, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 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, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição. **Nota técnica n. 69/2017 – CGN/DAB/SAS/MS.** Brasília, 2017c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde – PNPS**: Anexo I da Portaria de Consolidação n. 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS. Brasília, 2018a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 3.222**, de 10 de dezembro de 2019. Dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. Brasília, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 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, 2020.

BRASIL. **Documento orientador:** indicadores e padrões de avaliação – PSE: ciclo 2021/2018. Brasília, 2021a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PSE – Documento Orientador:** Indicadores e Padrões de Avaliação – PSE ciclo 2021/2022. Brasília, 2021b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Caderno do gestor do PSE.** [Recurso eletrônico]. Brasília, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Políticas de Saúde:** Política Nacional de Atenção Básica e Política Nacional de Vigilância em Saúde no Brasil. [Recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2023a.

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Prevenção e Promoção da Saúde. **Relatório estadual de Monitoramento de 2022 do PSE**: PARÁ. Brasília, 2023b.

BRASIL. **Projeto de Lei n. 2614/2024.** Aprova o Plano Nacional de Educação para o decênio 2024-2034. Brasília, 2024a. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2443764.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Crescer Saudável.** Brasília, 2024. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/promocao-da-saude/Programa-crescer-saudavel.

BUENO, Roberto Eduardo; MOYSES, Simone Tetu; BUENO, Paula Alexandra Reis. Diálogos intersetoriais: pontes estabelecidas na revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde. **Divers@ Revista Eletrônica Interdisciplinar,** Matinhos, v. 10, n. 2, p. 51-59, jul./dez. 2017.

BUSS, Paulo Marchiori et al. Promoção da saúde e qualidade de vida: uma perspectiva histórica ao longo dos últimos 40 anos (1980-2020). **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 25, n. 12, p. 4723-4735, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/5BJghnvvZyB7GmyF7MLjqDr/

CAMPOS, Gastão Wagner; BARROS, Regina Benevides de; CASTRO, Adriana Miranda de. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 9, n. 3, p. 745-749, 2004. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/t39W4PnHZCxWnYCbZyyk9Vc/

CÂNDIDO, Gardênia Ribeiro de Souza. **Henri Coudreau e os rios:** ambientes naturais e as fronteiras políticas do Pará na Belle Époque (1895-1897). 2023. 28 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em História) – Departamento de História, Instituto de Ciências Humanas, Universidade de Brasília, 2023.

CARVALHO, K. N. de; ZANIN, L.; MARTÃO FLÓRIO, F. Percepção de escolares e enfermeiros quanto às práticas educativas do programa saúde na escola. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade,** Rio de Janeiro, v. 15, n. 42, p. 2325, 2020. DOI: 10.5712/rbmfc15(42)2325. Disponível em: https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2325.

CARVALHO, Maria Regina Viveiros de. **Formação docente e desempenho discente na educação básica.** 2018. 208 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Programa de Pós-Graduação em Administração, Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Gestão de Políticas Públicas, Universidade de Brasília, Brasília, 2018.

CASASSUS, Juan. A reforma educacional na América Latina no contexto da globalização. **Cadernos de Pesquisa,** n. 114, p. 7-18, nov. 2001. Disponível em: https://publicacoes.fcc.org.br/cp/article/view/581

CASTRO, Edna Ramos de; CAMPOS, Índio. (org.). **Formação Socioeconômica da Amazônia.** Belém: Núcleo de Altos Estudos Amazônicos – NAEA, Universidade Federal do Pará, 2015.

CASTRO, Jorge Abrahão de; DUARTE, Bruno de Carvalho. **Descentralização da educação pública no Brasil:** trajetória dos gastos e das matrículas. Brasília: Ipea, agosto de 2008. (Texto para Discussão, 1352).

CAVALCANTI, Patrícia Barreto; LUCENA, Carla Mousinho Ferreira; LUCENA, Pablo Leonid Carneiro. Programa Saúde na Escola: interpelações sobre ações de educação e saúde no Brasil. **Revista Textos & Contextos,** Porto Alegre, v. 14, n. 2, p. 387-402, ago./dez. 2015. Disponível em: https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/21728. Acesso em: 19 abr. 2021.

CEPAL. **Informação Histórica:** evolução das ideias da CEPAL. [*S.l.*]: [*S.d.*]. Disponível em: https://www.cepal.org/sites/default/files/static/files/14-20735_sitio_web_cepal_info_historica_port.pdf. Acesso em: 26 out. 2022.

CHAVES, Morgana Dias. **Programa Saúde na Escola (PSE):** perspectiva dos atores sociais acerca da intersetorialidade na promoção da saúde. 2018. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2018.

CHIARI, Antônio Paulo Gomes. **A intersetorialidade no Programa Saúde na Escola no município de Belo Horizonte, MG.** 2015. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

CHIARI, Antônio Paulo Gomes et al. Rede intersetorial do Programa Saúde na Escola: sujeitos, percepções e práticas. **Cadernos de Saúde Pública,** v. 34, n. 5, e00104217, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/d9GHPC4rRF9WJKQxyqmbZCG/

CHIESA, Anna Maria; FRACOLLI, Lislaine Aparecida; NOGUEIRA, Vanessa Franquini. A promoção da saúde e a educação em saúde como campo de conhecimentos e práticas. *In:* MIRANDA, Sonia Maria Rezende Camargo de; MALAGUTTI, William (Org.). **Educação em saúde.** São Paulo: Phorte, 2010.

CHIZZOTTI, Antônio. **Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais.** 5. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

COELHO, Aldine Cecília Lima. **Intersetorialidade no Programa saúde na escola no município de Santarém – Pará.** 2018. 120 f. Dissertação (Mestrado em Sociedade, Natureza e Desenvolvimento) – Universidade Federal do Oeste do Pará, Santarém, 2018.

COHN, Amélia. Intersectoral governance for health in all policies – structures, actions and experiences. **Revista de Direito Sanitário,** São Paulo, Brasil, v. 14, n. 1, p. 264-267, 2013. DOI: 10.11606/issn.2316-9044.v14i1p264-267. Disponível em: https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/56631.

CORONEL, Daniel Arruda; AZEVEDO, André Filipe Zago de; CAMPOS, Antônio Carvalho. Política industrial e desenvolvimento econômico: a reatualização de um debate histórico. ***Brazilian Journal of Political Economy***, v. 34, n. 1, mar. 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rep/a/hQnhpRSttpcPdn9VXJTJfWM/?lang=pt.

COSTA, Antônio Menezes da; QUIOSSA, Amanda Sangy; FRANCO, Denise Vieira. A implementação do Programa Mais Educação em escolas estaduais do campo de Manacapuru/AM. *In:* QUIOSSA, Amanda Sangy; MACHADO, Carla Silva; VILARDI, Luísa Gomes de Almeida; SANÁBIO, Marcos Tanure (Org.). **Casos de gestão:** políticas e situações do cotidiano educacional. Juiz de Fora: Projeto CAED-FADEPE/JF, 2015. p. 471-480. (Casos de Gestão Educacional, 1).

CRUZ, Soraia Souza. **Quando 1+1 resulta em três:** as expressões da intersetorialidade entre saúde e educação. Uma revisão de escopo. 2022. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2022.

CURY, Carlos Roberto Jamil. Direito à educação: direito à igualdade, direito à diferença. **Cadernos de Pesquisa,** n. 116, p. 245-262, jul. 2002.

DAVIES, Nicolas. FUNDEB: a redenção da educação básica? **Educação e Sociedade,** Campinas, v. 27, n. 96 – Especial, p. 753-774, out. 2006. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0101-73302006000300007.

DIAS. Patrícia Camacho. Desafios da intersetorialidade nas políticas públicas: o dilema entre a suplementação nutricional e a promoção da alimentação saudável em escolas. **Cad. Saúde Pública**, 34(J):e00035218. 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0102-311X00035218.

DEMO, Pedro. **Política social, educação e cidadania.** Campinas: Papirus, 2007.

DOURADO, Luís Fernando. Avaliação do Plano Nacional de Educação 2001-2009: questões estruturais e conjunturais de uma política. **Educação e Sociedade,** Campinas, v. 31, n. 112, p. 677-705, jul./set. 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/j/es/a/q8MtGNtnrL8zS3sGpnrYkwf/

DOURADO, Luiz Fernandes; OLIVEIRA, João Ferreira de. A qualidade da educação: perspectivas e desafios. **Cadernos Cedes,** Campinas, v. 29, n. 78, p. 201-215, mai./ago. 2009. Disponível em: https://repositorio.bc.ufg.br/items/a5df66fa-1471-4286-ad86-9a6b000e7ebd

DUARTE, Marisa Ribeiro Teixeira; GOMES, Carlos André T.; GOTELIB, Luciana G. de Oliveira. Condições de infraestrutura das escolas brasileiras: uma escola pobre para os pobres? **Arquivos Analíticos de Políticas Educativas,** v. 27, n. 70, p. 1-35, 10 jun. 2019. Disponível em: https://epaa.asu.edu/index.php/epaa/article/view/3536/2265

EDUCAÇÃO em Tucuruí. **Museu Virtual de Tucuruí,** 24 jan. 2023. Disponível em: https://museuvirtualtucurui.com.br/blog/historia-da-educacao-de-tucurui/.

FACCHINI, Luiz Augusto. A Declaração de Alma-Ata se revestiu de uma grande relevância em vários contextos. Entrevista. **Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio,** 14 set. 2018. Disponível em: https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/a-declaracao-de-alma-ata-se-revestiu-de-uma-grande-relevancia-em-varios.

FAPESPA – FUNDAÇÃO AMAZÔNIA DE AMPARO A ESTUDOS E PESQUISAS. **Estatísticas Municipais Paraenses:** Tucuruí. Belém, 2022.

FAPESPA – FUNDAÇÃO AMAZÔNIA DE AMPARO A ESTUDOS E PESQUISAS. **Nota Técnica n. 04/2023:** Configuração do modelo de regionalização político-administrativa do estado do Pará. Belém, 2023a. Disponível em: https://www.fapespa.pa.gov.br/sites/default/files/Nota%20T%C3%A9cnica%20-%20Configura%C3%A7%C3%A3o%20das%20RI%27s.docx.VERS%C3%83O%20PUBLICA%C3%87%C3%83O_0.pdf.

FAPESPA – FUNDAÇÃO AMAZÔNIA DE AMPARO A ESTUDOS E PESQUISAS. **RI Lago de Tucuruí:** perfil socioeconômico e ambiental. Belém, 2023b. Disponível em: https://www.fapespa.pa.gov.br/publicacao-01-ppa-plano-plurianual/.

FAPESPA – FUNDAÇÃO AMAZÔNIA DE AMPARO A ESTUDOS E PESQUISAS. **Radar Dos Indicadores das Regiões de Integração do Pará, 2024.** Belém, 2024. Disponível em https://fapespa.pa.gov.br/sistemas/radar2024/#.

FARIAS, Isabelle Carolline Veríssimo de; SÁ, Ronice Maria Pereira Franco de; FIGUEIREDO, Nilcema; MENEZES FILHO, Abel. Análise da Intersetorialidade no Programa Saúde na Escola. **Revista Brasileira de Educação Médica,** v. 40, n. 2, p. 261-267, 2016. Disponível em: https://old.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022016000200261

FERREIRA, Izabel do Rocio Costa; MOYSÉS, Samuel Jorge; FRANÇA, Beatriz Helena Sottile; CARVALHO, Max Luiz de; MOYSÉS, Simone Tetu. Percepções de gestores locais sobre a intersetorialidade no Programa Saúde na Escola. **Revista Brasileira de Educação,** v. 19, n. 56, p. 61-75, jan-mar. 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbedu/a/pqb9Bhm3zyYyjJ4VfP55knt/

FERREIRA, Jorge Lucas Franco; MULLER, Pierre. As políticas públicas. Trad. Carla Vicentini. Niterói: Eduff, 2018. **Ensaio Geral,** n. 2, p. 195-198, 2022. Disponível em: https://periodicos.uff.br/ensaiogeral/article/view/50810

FERREIRA, José Roberto; BUSS, Paulo Marchiori. O que o desenvolvimento local tem a ver com a promoção da saúde. *In:* ZANCAN, Lenira; BODSTEIN, Regina; MARCONDES, Willer B. (org.). **Promoção da saúde como caminho para o desenvolvimento local:** a experiência de Manguinhos. Rio de Janeiro: Abrasco, 2002. p. 15-37.

FIGUEIREDO, Ireni Marilene Zago. Os projetos financiados pelo Banco Mundial para o ensino fundamental no Brasil. **Educação e Sociedade,** Campinas, v. 30, n. 109, p. 1123-1138, set./dez. 2009. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0101-73302009000400010.

FIGUEIREDO, Túlio Alberto Martins de; MACHADO, Vera Lúcia Taqueti; ABREU, Margaret Mirian Scherrer de. A saúde na escola: um breve resgate histórico. **Ciência e Saúde Coletiva,** v. 15, n. 2, p. 397-402, 2008. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000200015. Acesso em: 20 abr. 2021.

FITTIPALDI, Ana Lúcia de Magalhães; O'DWYER, Gisele; HENRIQUES, Patrícia. Educação em saúde na atenção primária: as abordagens e estratégias contempladas nas políticas públicas de saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação,** Botucatu, n. 25, 2021. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/icse/2021.v25/e200806/

FONSECA, Ozorio J. M. Projeto Tucuruí: CNPq/INPA – Eletronorte. **Acta Amazonica,** Manaus, v. 10, n. 2, p. 243-244, 1980. Disponível em: https://www.scielo.br/j/aa/a/5KMjJDrDbc5yh7Nzbk7XVPy/

FORTALEZA Maria Albaneide. Espaço coletivo de aprendizagem sobre a integralidade das práticas educativas em saúde no programa saúde na escola (PSE), Dissertação. Universidade Estadual do Ceará. 2019. .
Disponível em: https://www.scielo.br/j/aa/a/5KMjJDrDbc5yh7Nzbk7XVPy/

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia:** saberes necessários à prática educativa. 43. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido.** 59. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2015.

FRIGOTTO, Gaudêncio; CIAVATTA, Maria. Educação básica no Brasil na década de 1990: subordinação ativa e consentida à lógica do mercado. **Educação e Sociedade,** Campinas, vol. 24, n. 82, p. 93-130, abril 2003. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0101-73302003000100005.

FUENTES, Ana Cristina Góis. **Intersetorialidade:** uma análise sobre as concepções e percepções presentes na experiência do município de Londrina. 2019. 138 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2019.

FURTADO, Celso. Teoria do subdesenvolvimento e dependência. *In:* OLIVEIRA, Francisco de. **Celso Furtado:** Economia. São Paulo: Ática, 1983.

FURTADO, Mariana Augusto; SZAPIRO, Ana Maria. Política Nacional de Promoção da Saúde: os dilemas da autonomização. **Saúde e Sociedade,** São Paulo, v. 25, n. 2, p. 277-289, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sausoc/a/8HZzR3PX44LSQvGd5RVcVMj/

GARNELO, Luiza; LIMA, Juliana Gagno; ROCHA, Esron Soares Carvalho; HERKRATH, Fernando José. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região Norte do Brasil. **Saúde Debate,** Rio de Janeiro, v. 42, número especial 1, p. 81-99, set. 2018. Disponível em: https://revista.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/657

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIRARD, Cláudia Cristina Pinto; HORA, Dinair Leal. A política de saúde na escola: reflexões sobre o planejamento das ações de promoção da saúde. **Olhar de Professor,** Ponta Grossa, v. 26, p. 1-26, e-21097.048, 2023. Disponível em: https://revistas.uepg.br/index.php/olhardeprofessor/article/view/21097

GLERIANO, Josué Souza; FABRO, Gisele Caroline Richi; TOMAZ, Wanderson Borges; FORSTER, Aldaísa Cassanho; CHAVES, Lucieli Dias Pedreschi. Gestão do trabalho de equipes da saúde da família. **Escola Anna Nery,** v. 25, n. 1, p. 1-8, e20200093, 2021. DOI: https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0093.

GOLGHER, André Braz. **Diálogos com o ensino médio 2:** o ensino médio no Brasil visto a partir do modelo profluxo e outros indicadores demográficos. Belo Horizonte: Universidade Federal de Mina Gerais/Cedeplar, 2010. (Texto para Discussão, 392).

GOMES, Valdete Aparecida Fernandes Moutinho; NUNES, Célia Maria Fernandes; PÁDUA, Karla Cunha. Condições de trabalho e valorização docente: um diálogo com professoras do ensino fundamental I. **Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos,** Brasília, v. 100, n. 255, p. 277-296, mai.-ago. 2019.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Tucuruí. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pa/tucurui/historico. Acesso em: 8 abr. 2023.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar. análise de indicadores comparáveis dos escolares do 9º ano do ensino fundamental municípios das capitais. 2022.

INOJOSA, Rose Marie. Intersetorialidade e a configuração de um novo paradigma organizacional. **Revista de Administração Pública – RAP,** Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, p. 35-48, mar./abr. 1997. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/cid-15290

INOJOSA, Rose Marie. Sinergia dos serviços públicos. **Cadernos Fundap,** n. 22, p. 102-110, 1998. Disponível em: https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/sinergia_politicas_servicos_publicos.pdf

JUNQUEIRA, Luciano Antonio Prates. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. **Revista de Administração Pública – RAP,** Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 35-45, nov./dez. 2000. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-283956

JUNQUEIRA, Luciano Antonio Prates. A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. **Saúde e Sociedade,** v. 13, n. 1, p. 25-36, jan.-abr. 2004a. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-12902004000100004.

JUNQUEIRA, Luciano Antonio Prates. Descentralização, intersetorialidade e rede na gestão da cidade. **Organizações e Sociedade,** v. 11 – Edição Especial, p. 129-139, 2004b. Disponível em: https://periodicos.ufba.br/index.php/revistaoes/article/view/12639

JUNQUEIRA, Luciano Antônio Prates; INOJOSA, Rose Marie; KOMATSU, Suely. Descentralização e intersetorialidade na Gestão Pública Municipal no Brasil: a experiência de Fortaleza. *In:* **El tránsito de la cultura burocrática al modelo de la gerencia pública.** Caracas: Unesco; Clad, 1997. p. 63-124. Disponível em: https://pt.scribd.com/document/375844055/INOJOSA-Sinergia-Politicas-Servicos-Publicos

KENYON, Lynn; GORDON, Frances. Community engagement: from a professional to a public perspective. **Community Practitioner,** v. 82, n. 2, p. 22-5, fev. 2009. PMID: 19266804. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19266804/

KUSANO, Leila Akemi Evangelista. **Analisando a implementação do Programa Saúde na Escola em um estabelecimento de ensino público do Distrito Federal**. 2019. Dissertação (Mestrado) – Programa de Mestrado em Formação de Gestores Educacionais, Universidade Cidade de São Paulo, São Paulo, 2019.

LAGARES, Rosilene. Arranjos para os municípios no campo das políticas públicas e gestão educacional. **Desafios – Revista Interdisciplinar da Universidade Federal do Tocantins,** Palmas, v. 1, n. 1, p. 95-114, jul./dez. 2014. Disponível em: https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/desafios/article/view/923

LASCOUMES, Pierre; Le BOURHIS, Jean-Pierre. Le bien commun comme construit territorial. Identités d'action et procédures. **Politix,** v. 11, n. 42, pp. 37-66, 2ème. trimestre 1998. Définir l'intérêt général. Disponível em: https://www.persee.fr/doc/polix_0295-2319_1998_num_11_42_1724.

LIBÂNEO, José Carlos. **Didática.** 2. ed. São Paulo: Cortez, 2013.

LIBÂNEO, José Carlos; OLIVEIRA, João Ferreira de; THOSCH, Mirna Seabra. **Educação escolar:** política, estrutura e organização. 10. ed. São Paulo: Cortez, 2012.

LIMA, Telma Cristiane Sasso; MIOTO, Regina Célia Tamaso. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. **Revista Katálysis,** Florianópolis, v. 10, n. esp., p. 37-45, 2007. Disponível em: https://periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis/article/view/S1414-49802007000300004

LISBOA, Pedro B.; MACIEL, Ubirajara N. Notas sobre os dormentes da estrada de ferro do Tocantins. **ACTA Amazônica,** Manaus, v. 13, n. 2, p. 467-471, 1983. Disponível em: SciELO Acta Amazonica, Volume: 13, Número: 2, Publicado: 1983

LÜDKE, Menga; ANDRÉ, Marli E. D. A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1985.

MALLUE, Felipe Garcia; LEITE, Giulia Salaberry; DIAS, Tales Conceição; GUIMARÃES, Italo Fontoura; KNUTH, Alan Goularte; CROCHEMORE-SILVA, Inácio. Perspectivas de profissionais de educação ações do Programa Saúde na Escola em 2022. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde,** v. 29, p. 1-8, 2024. DOI: 10.12820/rbafs.29e0341. Disponível em: https://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/15222.

MALTA, Deborah Carvalho; SILVA, Marta Maria Alves da; ALBUQUERQUE, Geórgia Maria; LIMA, Cheila Maria de; CAVALCANTE, Tania; JAIME, Patrícia Constante; SILVA JÚNIOR, Jarbas Barbosa da. A implementação das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde, um balanço, 2006 a 2014. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 19, n. 11, p. 4301-4311, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/6CwVSjyyxwQhj8SMvYNrs9h/

MARCONDES, Nilsen Aparecida Vieira; BRIZOLA, Elisa Maria Andrade. Análise por triangulação de métodos: um referencial para pesquisas qualitativas. **Revista Univap,** São José dos Campos, v. 20, n. 35, jul. 2014. Disponível em: https://revista.univap.br/index.php/revistaunivap/article/view/228

MARCONI, Marina Andrade de; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica.** 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MARTINS, Maísa Mônica Flores; PRADO, Nília Maria de Brito Lima; AMORIM, Leila Denise Alves Ferreira; VILASBÔAS, Ana Luiza Queiroz; AQUINO, Rosana. Ações intersetoriais e o reconhecimento de uma fonte de atenção primária à saúde dos adolescentes brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública,** v. 40, n. 10, e00195923, 4 nov. 2024. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/csp/2024.v40n10/e00195923/

MELLO, Alex Fiúza de. Dilemas e desafios do desenvolvimento sustentável da Amazônia: O caso brasileiro. **Revista Crítica de Ciências Sociais,** n. 107, p. 91-108, set. 2015. Disponível em: Dilemas e desafios do desenvolvimento sustentável da Amazônia: O caso brasileiro

MELO, Eduardo Alves; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de; OLIVEIRA, Jarbas Ribeiro de; ANDRADE, Gabriella Carrilho Lins de. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em Debate,** Rio de Janeiro, v. 42, Número Especial 1, p. 38-51, set. 2018. Disponível em: https://revista.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/541

MELO, Maria de Fátima da Silva; FERNANDES, Sheila Beatriz da Silva; OLIVEIRA, Francisca de Fátima Araújo. Federalismo, descentralização e municipalização: desafios das políticas públicas para a gestão educacional. **Holos,** ano 3, v. 33, 2017. Disponível em: Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios | Saúde em Debate

MENDONÇA, Edna Mara; LANZA, Fernanda Moura. Perspectivas da intersetorialidade no cotidiano da Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma reflexão teórica. **Research, Society and Development,** v. 9, n. 11, e2549119834, 2020. Disponível em: https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/9834

MIRANDA. João Paulo Rocha de. **Análise e avaliação de políticas públicas.** Brasília: PNAP; Recife: UPE/NEAD, 2021.

MISHIMA, Silvana Martins et al. O processo saúde e doença. *In*: FORTUNA, Cinira Magali (Org.). **O cuidado integral na atenção primária à saúde.** São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2022.

MONDÊGO, Thiago Lima. **As visões da crise econômica dos anos 60:** as análises desenvolvimentistas de Celso Furtado e Roberto Campos. 2013. 145 f. Dissertação (Mestrado) – Departamento de História, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2013.

MONNERAT, Giselle Lavinas; SOUZA, Rosimary Gonçalves de. Da seguridade social à intersetorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil. **Revista Katálysis,** Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 41-49, jan./jun. 2011. Disponível em: https://periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis/article/view/S1414-49802011000100006?utm

MONTEIRO, Paulo Henrique Nico; NELIO, Bizzo. A saúde na escola: análise dos documentos de referência nos quarenta anos de obrigatoriedade dos Programas de saúde, 1971-2011. **Revista História, Ciências, Saúde – Manguinhos,** Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 411-427, abr.-jun. 2015. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-59702014005000028.

MORIN, Edgar. **A cabeça bem-feita**. 8. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.

MULINARI, Guilherme. **Princípios da educação sobre temas relacionados à saúde:** em busca de possibilidades para ser docente no Programa Saúde na Escola. 2023. 192 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Educação Científica e Tecnológica, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2023.

MULLER, Pierre. Un schéma d'analyse des politiques sectorielles. **Revue Française de Science Politique,** 35e année, n. 2, p. 165-189, 1995. Disponível em: https://www.persee.fr/doc/rfsp_0035-2950_1985_num_35_2_396182.

MULLER, Pierre. Les politiques publiques entre secteurs et territoires. **Politiques et Management Public,** v. 8, n. 3, p. 19-33, 1990. Disponível em: https://www.persee.fr/doc/pomap_0758-1726_1990_num_8_3_2951.

MULLER, Pierre; SUREL, Yves. **A análise das políticas públicas.** Trad. Agemir Bavaresco e Alceu R. Ferraro. Pelotas: Educat, 2002.

NAJAFI, Marziyeh; MOSADEGHRAD, Ali Mohammad; ARAB, Mohammad. Mechanisms of Intersectoral Collaboration in the Health System: A Scoping Review. **Iran J Public Health,** 2023 Nov; 52(11):2299-2312. DOI: 10.18502/ijph.v52i11.14030. PMID: 38106823; PMCID: PMC10719692. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38106823/.

NOGUEIRA, Antonio Wherbty Ribeiro; SENA, Edilene Ferreira de; RIBEIRO, Luís Távora Furtado. Educação e trabalho: Manifesto dos Pioneiros da Educação Nova (1932). **Ensino em Perspectivas,** Fortaleza, v. 2, n. 2, p. 1-12, 2010. Disponível em: https://revistas.uece.br/index.php/ensinoemperspectivas/.

NÓVOA, António. **Professores:** imagens do futuro presente. Lisboa: Universidade de Lisboa, Instituto de Educação, 2009.

OLIVEIRA, Fernanda Piana Santos Lima. **Avaliação do Programa Saúde na Escola com foco na integração entre unidade básica de saúde e escola de ensino fundamental:** um estudo de caso em Belo Horizonte, Brasil. 2017. 225 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2017. Disponível em: http://hdl.handle.net/1843/BUOS-ATXKKG.

OLIVEIRA, Reginaldo Célio Almeida de. **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. 2021. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Pará, Belém, 2012.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde.** Ottawa, 1986.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas.** Washington, D.C.: OPAS, 2007.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Transformar cada escola em uma escola promotora de saúde.** [*S.l.*]: OPAS, 2022.

OMS – ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Cómo construir una escuela promotora de la salud?** Buenos Aires: OPAS, 2018.

OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Renovação da atenção primária em saúde nas Américas.** Washington, D.C., 2007.

PACHECO, Jéssica Gomes. **Programa Saúde na Escola:** conhecimento, participação e avaliação de professores de escolas públicas do ensino fundamental. 2019. 59 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2019.

PARO, Vitor Henrique. **Gestão escolar, democracia e qualidade do ensino.** São Paulo: Intermeios, 2007.

PARO, Vitor Henrique. Por dentro da escola pública. São Paulo: Cortez, 2016.

PARO, Vitor Henrique. A educação, a política e a administração: reflexões sobre a prática do diretor de escola. Educação e Pesquisa, São Paulo, v. 36, n.3, p. 763-778, set./dez. 2010. Disponível em https://www.scielo.br/j/ep/a/z3kMwmdfKMTGM6pb6ZKzXjt/?format=pdf

PEDROSA, José Ivo dos Santos. Educação popular e promoção da saúde: bases para o desenvolvimento da escola que produz saúde. *In:* BRASIL. **Escolas Promotoras de Saúde:** experiências no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde, 2007. p. 41-48.

PEDROSO, Raquel Turci; ABREU, Samia; KINOSHITA; Roberto Tykanori. Aprendizagens da intersetorialidade entre saúde e educação na prevenção do uso de álcool e outras drogas. **Textura,** Canoas, n. 33, p. 9-24, jan./abr. 2015. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/283722163_Aprendizagens_da_intersetorialidade_entre_saude_e_educacao_na_prevencao_do_uso_de_alcool_e_outras_drogas.

PEREIRA, Potyara A. P. A intersetorialidade e políticas sociais na perspectiva dialética. *In:* MONNERAT, Giselle Lavinas; ALMEIDA, Ney Luiz Teixeira de; SOUZA, Rosimary Gonçalves de (org.). **A intersetorialidade na agenda das políticas.** Campinas: Papel Social, 2014.

PESCE, Sébastian. A intersetorialidade na França e suas especificidades: o exemplo da educação. *In:* ROMAGNOLI, Roberta Carvalho (org.). **A intersetorialidade e seus desafios.** Curitiba: CVR, 2018.

PIMENTEL, Cleyton Alves Candeira; RAVENA, Nírvia; TRINDADE, José Raimundo Barreto. Da estrada de ferro Tocantins à hidrelétrica de Tucuruí: uma leitura baseada no conceito de ambiente construído. **Paper do NAEA,** Belém, v. 31, n. 1 (edição 532), p. 1-24, 2022.

PINTO, Ana Katia Pereira; MOTTA-ROCHA, Flavia Encarnação. Relação saúde–escola: desafios e perspectivas. **Journal of Research in Special Educational Needs,** v. 16, n. 1, p. 945-949, 2016.

PIRES, José Calixto de Souza; MACEDO, Kátia Barbosa. Cultura organizacional em organizações públicas no Brasil. **Revista de Administração Pública – RAP,** Rio de Janeiro, v. 40, n. 1, p. 81-105, jan.-fev. 2006. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rap/a/8tWmWPZd8jYbQvDMkzkdcGx/

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem:** avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PORTILHO, Kaira Carla de Oliveira; LIMA, Marcos Venicius Malveira de; LAGO, Rozilaine Redi; ROCHA, Greiciane da Silva. Mortalidade por agressões em um estado da região Norte do Brasil de 2000 a 2019: tendência em séries temporais. **Cogitare Enfermagem,** Curitiba, v. 28, e86812, 2023. Disponível em: https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/86812

PRADO, Nília Maria de Brito Lima; AQUINO, Rosana; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; SANTOS, Hebert Luan Pereira Campos dos; MEDINA, Maria Guadalupe. Revisitando definições e naturezas da intersetorialidade: um ensaio teórico. **Ciência e Saúde Coletiva,** v. 27, n. 2, p. 593-602, 2020. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/csc/2022.v27n2/593-602/

PRZEWORSKI, A. **Crises da democracia.** São Paulo: Companhia das Letras, 2020.

QUEIROZ, Adriana Renata Sathler de; MOTTA-VEIGA, Marcelo. Análise dos impactos sociais e à saúde de grandes empreendimentos hidrelétricos: lições para uma gestão energética sustentável. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 17, n. 6, p. 1387-1398, 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/qWN44jgrfPKJWsrWQs4p9tF/

RABELLO, Lucíola Santos. Introdução: como abordamos a promoção da saúde. *In:* RABELLO, Lucíola Santos. **Promoção da saúde:** a construção social de um conceito em perspectiva do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. p. 21-38.

RANGEL, Mary. Educação e saúde: uma relação humana, política e didática. **Revista Educação,** Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 59-64, jan./abr. 2009. Disponível em: https://revistaseletronicas.pucrs.br/faced/issue/view/346

RIBEIRO, Mílvio da Silva; POMPEU, Veridiana de Souza; RIBEIRO, Floriete Assunção. O uso do território e as dinâmicas territoriais no espaço da Usina Hidrelétrica de Tucuruí. *In:* SILVA, Christian Nunes da; ROCHA, Gilberto de Miranda; SILVA, João Marcio Palheta da (org.). **O espaço geográfico amazônico em debate:** dinâmicas territoriais e ambientais. Belém: GAPTA/UFPA, 2020.

RIVERA, Francisco Javier Uribe; ARTMANN, Elizabeth. **Planejamento e gestão em saúde:** conceitos, história e propostas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

ROCHA, Dais Gonçalves; ALEXANDRE, Veruska Prado; MARCELO, Vânia Cristina; REZENDE, Regiane; NOGUEIRA, Júlia Devidé; SÁ, Ronice Franco de. Processo de revisão da Política Nacional de Promoção da Saúde: múltiplos movimentos simultâneos. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 19, n. 11, p. 4313-4322, nov. 2016. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/csc/2014.v19n11/4313-4322/pt/

RODRIGUES, Carla Roberta Ferraz. Do Programa de Saúde da Família à Estratégia Saúde da Família. *In:* AGUIAR, Zenaide Neto. (org.). **SUS – Sistema Único de Saúde:** antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2020.

RODRIGUES, Edilberto Guimarães. **A universalização do ensino fundamental em Tucuruí:** uma análise da implementação da Meta 3 do Plano Municipal de Educação. 2020. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Currículo e Gestão da Escola Básica, Universidade Federal do Pará, Belém, 2020.

ROMAGNOLI, Roberta Carvalho (org.). **A intersetorialidade e seus desafios.** Curitiba: CVR, 2018.

RUBIM, Linda; ARGOLO, Fernanda (org.). **O golpe na perspectiva de gênero**. Salvador: Edufba, 2018.

SÁNCHEZ GAMBOA, Silvio. **Epistemologia da pesquisa em educação**. Campinas: *Práxis*, 1998.

SÁNCHEZ GAMBOA, Silvio. **Pesquisa em educação:** métodos e epistemologias. 2. edição. Chapecó: Argos, 2012.

SANTOS, Amaral. Apontamentos sobre o percurso histórico do Plano Nacional de Educação: continuidade na descontinuidade. *In:* DOURADO, Luiz Fernandes (org.). **PNE, políticas e gestão da educação:** novas formas de organização e privatização. Brasília: ANPAE, 2020.

SAVIANI, Demerval. Política educacional brasileira: limites e perspectivas. **Revista de Educação PUC-Campinas,** Campinas, n. 24, p. 7-16, jun. 2008. Disponível em: https://periodicos.puc-campinas.edu.br/reveducacao/article/view/108

SCAFF, Elisangela Alves da Silva; OLIVEIRA, Marli dos Santos de; LIMA, Simone Estigarribia de. O planejamento educacional frente às fragilidades da democracia brasileira. **ETD – Educação Temática Digital,** Campinas, v. 20, n. 4, p. 905-923, out./dez. 2018.

SCHUTZ, Fernanda; MIOTO, Regina Célia Tamaso. Intersetorialidade e política social: subsídios para o debate. **Sociedade em Debate,** Pelotas, v. 16, n. 1, p. 59-75, jan./jun. 2010. Disponível em: https://revistas.ucpel.edu.br/rsd/article/view/337

SETA, Marismary Horsth de; OCKÉ-REIS, Carlos Octávio; RAMOS, André Luís Paes. Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde? **Ciência e Saúde Coletiva,** n. 26, supl. 2, 2020. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/csc/2021.v26suppl2/3781-3786/pt/

SEVALHO, Gil. O conceito de vulnerabilidade e a educação em saúde fundamentada em Paulo Freire. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação,** v. 22, n. 64, p. 177-189, 2018. Disponível em: SciELO Brasil - O conceito de vulnerabilidade e a educação em saúde fundamentada em Paulo Freire O conceito de vulnerabilidade e a educação em saúde fundamentada em Paulo Freire

SEVERINO, J. A. **Metodologia do trabalho científico.** 23. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SILVA, Carlos dos Santos. **Saúde na escola:** intersetorialidade e promoção da saúde. 23. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2019.

SILVA, Gilson Fernandes da; RODRIGUES, Rosa Maria; CONTERNO, Solange de Fátima Reis; VIEIRA, Claudia Silveira. Programa Saúde na Escola na visão de gestores, em cinco municípios do Oeste Paranaense, Brasil. **ABCS Health Sciences,** 2022, 47:e022225. Disponível em: https://doi.org/10.7322/abcshs.2020203.2120.

SILVA, Kênia Lara; BELGA, Stephanie Marques Moura Franco. Problematizando a intersetorialidade: estratégia necessária, sustentável e possível. *In:* ROMAGNOLI, Roberta Carvalho (org.). **A intersetorialidade e seus desafios.** Curitiba: CVR, 2018.

SILVA, Lidiane Rodrigues Campêlo da; DAMACENO, Ana Daniella; MARTINS, Maria da Conceição Rodrigues; SOBRAL, Karine Martins; FARIAS, Isabel Maria Sabino de. Pesquisa documental: alternativa investigativa na formação docente. *In:* CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 9, 2009, Curitiba. **Anais...** Curitiba, 2009.

SILVA, Patrícia Ferrás Araújo da; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. A Política Nacional de Promoção da Saúde: texto e contexto de uma política. **Saúde Debate,** Rio de Janeiro, v. 39, n. especial, p. 91-104, dez. 2015. Disponível em: scielo.br/j/sdeb/a/ZLXXFnLk8zfzPkM8VYd8zMm/?format=pdf

SILVEIRA, Catharina da Cunha; MEYER, Dagmar Elisabeth Estermann; FÉLIX, Jeane. A generificação da intersetorialidade no Programa Saúde na Escola. **Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos,** Brasília, v. 100, n. 255, p. 423-442, mai./ago. 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbeped/a/QsFK3V7H56XL7rBKK7RcRsf/

SOARES, Luana; QUARESMA, Mayara. Reconfiguração dos territórios e cidades da região de integração do lago de Tucuruí – Pará. *In:* COLÓQUIO ORGANIZAÇÕES, DESENVOLVIMENTO E SUSTENTABILIDADE – CODS, 6, 2017, Belém. **Anais...** Belém: Unama, 2015. p. 119-129.

SOUSA, Marta Caires de; ESPERIDIÃO, Monique Azevedo; MEDINA, Maria Guadalupe. A intersetorialidade no Programa Saúde na Escola: avaliação do processo político-gerencial e das práticas de trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 22, n. 6, p. 1781-1790, 2017. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.24262016.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: Ministério da Saúde; UNESCO, 2002.

SUCH, Elizabeth; SMITH, Katherine; WOODS, Helen Buckley; MEIER, Petra. Governance of Intersectoral Collaborations for Population Health and to Reduce Health Inequalities in High-Income Countries: A Complexity-Informed Systematic Review. **International Journal of Health Policy and Management,** 2022 Dec 19; 11 (12): 2780-2792. DOI: 10.34172/ijhpm.2022.6550. Epub 2022 Feb 23. PMID: 35219286; PMCID: PMC10105187.

TANCRED, T.; FALKENBACH, M.; RAVEN, J.; CAFFREY, M. How can intersectoral collaboration and action help improve the education, recruitment, and retention of the health and care workforce? A scoping review. **International Journal of Health Planning and Management,** 2024 May;39 (3):757-780. DOI: 10.1002/hpm.3773. Epub 2024 Feb 6. PMID: 38319787.

TEDESCO, Anderson Luiz; REBELATTO, Durlei Maria Bernardon. Qualidade social da educação: um debate em aberto. **Perspectivas em Políticas Públicas,** Belo Horizonte, v. 8, n. 16, p. 173-197, jul./dez. 2015. Disponível em: https://revista.uemg.br/index.php/revistappp/article/view/1020. Acesso em: 15 set. 2020.

TEIXEIRA, Carmen. **Planejamento em saúde:** conceitos métodos e experiências. Salvador: EDUFBA, 2010.

TUCURUÍ (Município). **Lei Orgânica do Município.** Tucuruí, 1990.

TUCURUÍ (Município). Secretaria Municipal de Educação e Cultura. **Programa Saúde na Escola:** Relatório referente ao ciclo 2017/2018. Tucuruí, 2018.

TUCURUÍ (Município). **Programa Saúde na escola:** Plano de Ação do PSE para o Ciclo 2021-2022. Tucuruí, 2021a.

TUCURUÍ (Município). **Programa Saúde na Escola:** Relatório dos Serviços Vinculados à Atenção Primária de Saúde da Coordenação do PSE 2021-2022. Tucuruí, 2021b.

TUCURUÍ (Município). **Programa Saúde na escola:** Plano de ação de ação para o ciclo do PSE da SEMEC 2021-2022. Tucuruí, 2021c.

TUCURUÍ (Município). Secretaria Municipal de Saúde Pública. **Programa Saúde na Escola:** Relatório de desempenho. Tucuruí, 2022a.

TUCURUÍ (Município). **Programa Saúde na escola:** Atas de reuniões de planejamento. Tucuruí, 2022b.

TUCURUÍ (Município). **Memorando nº 062/2022 – GS.** Tucuruí, 2022c.

TUCURUÍ (Município). **Programa Saúde na escola:** Plano de Ação do PSE. Tucuruí, 2022d.

TUCURUÍ (Município). **Lei Complementar nº 10.952, de 19 de julho de 2022.** Institui o Plano Municipal de Educação – PME do Município de Tucuruí, cria o Fórum Municipal de Educação, e dá outras providências. Tucuruí, 2022e.

TULCHINSKY, Theodore H. Marc Lalonde, the Health Field Concept and Health Promotion. *In:* TULCHINSKY, Theodore H. (org.). **Case Studies in Public Health.** [*S.l.*]: Elsevier, 2018. p. 523-541. Disponível em: https://doi.org/10.1016%2FB978-0-12-804571-8.00028-7.

TURATO, Egberto Ribeiro. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa:** construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 6. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

VAROTO, Michele. Resenha do livro AZEVEDO, F. de et.al. Notas para a História da Educação. (Manifesto dos Pioneiros da Educação Nova). Revista Brasileira de estudos pedagógicos, Rio de Janeiro, v. XXXIV, n. 79, p. 108-127, jul./set. 1960. **Revista HISTEDBR On-line,** Campinas, n. 39, p. 346-349, set. 2010.

VIEIRA, Lidiane Sales; BELISÁRIO, Soraya Almeida. Intersetorialidade na promoção da saúde escolar: um estudo do Programa Saúde na Escola. **Saúde em Debate,** Rio de Janeiro, v. 42, N. Especial 4, p. 120-133, dez. 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-11042018S409.

VIEIRA, Isabel Cristina Bohn; RIBEIRO, Eduardo Augusto Werneck; HEIDEMANN, Ivonete Teresinha Schülter Buss. Educação em saúde: ponderações de um itinerário freiriano. **Hygeia – Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde,** Uberlândia, Edição Especial: X Simpósio Nacional de Geografia da Saúde (GeoSaude), p. 1-11, 2021. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/358754186_EDUCACAO_EM_SAUDE_PONDERACOES_DE_UM_ITINERARIO_FREIRIANO

VIEIRA, Sofia Lerche. A educação nas constituições brasileiras. **Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos,** Brasília, v. 88, n. 219, p. 291-309, mai./ago. 2007. Disponível em: https://cadernosdeestudos.inep.gov.br/ojs3/index.php/rbep/article/view/1469

WACHS, Louriele Soares; FACCHINI, Luiz Augusto; THUMÉ, Elaine; TOMASI, Elaine; FASSA, Maria Elizabeth Gastal; FASSA, Anaclaudia Gastal. Avaliação da implementação do Programa Saúde na Escola, do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: 2012, 2014 e 2018. **Cadernos de Saúde Pública,** v. 38, n. 6, 2022. Disponível em: scielo.br/j/csp/a/3dcVzH7x3cj6dhBvNMt85PJ/?format=pdf

WANDERLEY, Mariangela Belfiore; MARTINELLI, Maria Lúcia; PAZ, Rosangela Dias O. da. Intersetorialidade nas políticas públicas. **Serviço Social e Sociedade,** São Paulo, n. 137, p. 7-13, jan./abr. 2020. Disponível em: scielo.br/j/sssoc/a/DPfFVvJzjDFYSzB9NWWHv7z/?format=pdf

WARSCHAUER, Marcos; CARVALHO, Yara Maria de. O conceito "Intersetorialidade": contribuições ao debate a partir do Programa Lazer e Saúde da Prefeitura de Santo André/SP. **Saúde e Sociedade,** São Paulo, v. 23, n. 1, p. 191-203, 2014. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000100015.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **From Alma-Ata to the Year 2000:** reflections at the midpoint. Geneva, 1988.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Intersectoral governance for health in all policies:** structures, actions and experiences. Edited by David V. McQueen, Matthias Wismar, Vivian Lin, Catherine M. Jones, Maggie Davies. Copenhagen: European Observatory on Health System and Policies, 2018.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Basic documents.** [*S.l.*], 2020.

APÊNDICE A – ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Universidade Federal do Pará
Núcleo de Estudos Transdisciplinares em Educação Básica
Programa de Pós-Graduação em Educação na Amazônia – PGEDA

ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Eixo I – Concepção dos sujeitos sobre a intersetorialidade no Programa Saúde na Escola:

- ✓ Qual o seu entendimento sobre intersetorialidade?
- ✓ Qual a importância da gestão intersetorial no PSE?

Eixo II – Gestão do PSE:

- ✓ Como ocorre a gestão do PSE?
- ✓ De que modo a gestão do PSE realiza a intersetorialidade?
- ✓ Como se dá o planejamento no PSE?
- ✓ Como se dá a implementação do PSE?
- ✓ Como a gestão intersetorial contribui com a implementação das ações do PSE?
- ✓ Como ocorre a seleção das temáticas?
- ✓ Quais as dificuldades da gestão intersetorial no PSE?
- ✓ Como ocorre a participação da comunidade escolar no planejamento (estudantes, pais, etc.) no PSE?
- ✓ Como ocorre a inserção das ações do PSE no projeto político-pedagógico das escolas?

Eixo III – Formação:

- ✓ Como ocorre a formação dos profissionais que atuam na gestão (GTI Municipal)?
- ✓ Como ocorre a formação dos profissionais que atuam na implementação das ações do PSE?

Eixo IV – Monitoramento e Avaliação do PSE:

- ✓ Como ocorre o monitoramento das ações do PSE no Programa Saúde na Escola?
- ✓ Quais os instrumentos utilizados para o monitoramento do PSE?
- ✓ Como ocorre a avaliação do PSE?
- ✓ Quais os instrumentos utilizados para o monitoramento do PSE?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
NÚCLEO DE ESTUDOS TRANSDISCIPLINARES EM EDUCAÇÃO BÁSICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO NA AMAZÔNIA – PGEDA
ASSOCIAÇÃO PLENA EM REDE (EDUCANORTE

Convidamos você para participar de pesquisa de doutorado com o título "A intersetorialidade no Programa Saúde na Escola na região de Integração Lago de Tucuruí", do Programa de Pós-Graduação Educação na Amazônia (EDUCANORTE) da Universidade Federal do Pará, que se justifica pela fragilidade nos indicadores de saúde e de educação dos estudantes do ensino básico da região paraense, necessitando-se de pesquisas que retratem a promoção da saúde dos estudantes através do Programa Saúde na Escola. O estudo tem como objetivo principal analisar como se efetiva a intersetorialidade no Programa Saúde na Escola na Região de Integração Lago de Tucuruí. Para o alcance deste objetivo é muito importante a sua participação, respondendo a algumas perguntas sobre o planejamento, a execução e a avaliação do Programa Saúde na Escola. Será necessário o máximo de duas horas diárias do seu tempo, no período de agosto de 2023 a dezembro de 2024, tempo de realização do estudo. Sua participação será voluntária. Caso você concorde, a entrevista poderá ser gravada, e neste caso será utilizado o aplicativo de gravação de áudio do dispositivo móvel da pesquisadora para gravar a entrevista. Caso não concorde em gravar, as respostas serão anotadas no diário de pesquisa. Para a preservação e sigilo das informações, o áudio ficará sob a responsabilidade da pesquisadora. Caso não saiba alguma pergunta ou ela lhe provoque constrangimento, você tem liberdade para não responder. Nesta pesquisa não será realizado nenhum procedimento que traga risco à sua vida, porém, toda pesquisa que envolve seres humanos apresenta riscos. Portanto, esta pesquisa tem o risco de perda do sigilo da sua identidade, ou seja, o risco de seu nome vir a ser conhecido; porém, para evitar esse risco, deixamos claro que sua identidade será conhecida somente pela pesquisadora responsável e que, na divulgação dos resultados do estudo, o seu nome não irá aparecer, pois serão usados códigos (P1, P2, P3...). Durante a entrevista serão tomadas as medidas necessárias para que estejam presentes apenas a pesquisadora e o(a) participante. Seu nome ficará no anonimato para preservar a sua identidade e privacidade. Esta pesquisa também tem o risco de produzir constrangimentos, insatisfação ou estresse. Para minimizar este risco, será disponibilizado um local reservado, climatizado, para proporcionar conforto; será feito um agendamento, conforme a sua disponibilidade, em dia e hora de sua preferência, assim como você poderá escolher outro local que lhe seja mais conveniente para sua comodidade; comprometemo-nos a não ultrapassar o limite de duas horas diárias de seu tempo, no entanto, será respeitado o seu limite de tempo, se você desejar. Como medida de confidencialidade, garantimos a proteção das informações dadas em confiança por você, através da guarda pela pesquisadora do conteúdo da entrevista, quer seja na forma de transcrição ou na forma de áudio, por cinco anos, sendo os arquivos, após esse período, destruídos. Quanto aos benefícios, esperamos que este estudo contribua com a produção de evidências científicas para favorecer o processo de gestão do Programa Saúde na Escola e para elucidar informações que fortaleçam a efetividade das ações compartilhadas entre os profissionais do campo da saúde e da educação na promoção da saúde dos educandos.

_____

Rubrica do participante

_____

Rubrica da pesquisadora

Espera-se que o estudo identifique os processos potencializadores da gestão intersetorial no Programa Saúde na Escola, e que estes possam contribuir com as políticas públicas de educação e saúde para favorecer a educação integral no ensino básico. Durante todo o período da pesquisa, você terá o direito de ter esclarecida qualquer dúvida e de pedir qualquer outro esclarecimento, bastando para isso entrar em contato com a pesquisadora ou com o Conselho de Ética em Pesquisa. Você tem garantido o seu direito de não aceitar participar ou de retirar sua permissão, a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo ou retaliação pela sua decisão.

As informações desta pesquisa são confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas. Não haverá sua identificação nos eventos, pois somente a pesquisadora terá acesso às suas informações, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação. Não será utilizada sua imagem. Você não terá gastos financeiros para participar na pesquisa. A pesquisadora se compromete a propiciar assistência relativa a eventuais danos materiais e imateriais decorrentes da sua participação na pesquisa, conforme o caso, sempre e enquanto necessário.

Tucuruí ( ), Novo Repartimento ( ), PA _____ / _____ / _____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

Eu, _____ (nome completo do(a) participante), após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento, e tendo tido a oportunidade de conversar com a pesquisadora responsável para esclarecer todas as minhas dúvidas, acredito estar suficientemente informado(a), ficando claro para mim que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido(a), dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade e esclarecimentos, sempre que desejar. Diante do exposto, expresso minha concordância de espontânea vontade em participar deste estudo.

_____

Assinatura do Participante

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste(a) voluntário(a) (ou de seu(sua) representante legal) para a participação neste estudo.

_____

Cláudia Cristina Pinto Girard

APÊNDICE C – TERMO DE CESSÃO DE USO DE SOM DA VOZ PARA FINS CIENTÍFICOS E ACADÊMICOS

Universidade Federal do Pará
Núcleo de Estudos Transdisciplinares em Educação Básica
Programa de Pós-Graduação em Educação na Amazônia – PGEDA

Por meio deste termo, (_____), participante do estudo A INTERSETORIALIDADE NO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA NA REGIÃO DE INTEGRAÇÃO LAGO DE TUCURUÍ, cede o direito de uso do som da sua voz, que foi obtida durante a sua participação em estudo. Dessa forma, autoriza a pesquisadora *(Cláudia Cristina Pinto Girard/Universidade Federal do Pará)* responsável pelo trabalho a:

(a) utilizar e veicular o som da sua voz obtida durante a sua participação em estudo, com o objetivo de analisar como se efetiva a intersetorialidade no Programa Saúde na Escola na Região de Integração Lago de Tucuruí, do Programa de Pós-Graduação Educação na Amazônia (EDUCANORTE) da Universidade Federal do Pará/UFPA, para fim de obtenção de grau acadêmico (ou divulgação científica), sem qualquer limitação de número de inserções e reproduções, desde que essenciais para os objetivos do estudo. Está garantida a ocultação da sua identidade;

(b) veicular o som da sua voz acima referida na versão final do trabalho acadêmico, que será obrigatoriamente disponibilizado na página Web da biblioteca (repositório) da Universidade Federal do Pará (UFPA), ou seja, na Internet, assim tornando-as públicas para outros estudantes e/ou pesquisadores;

(c) utilizar o som da sua voz na produção de quaisquer materiais acadêmicos, inclusive aulas e apresentações em congressos e eventos científicos, por meio oral (conferências) e/ou impresso (pôsteres ou painéis);

(d) utilizar o som da sua voz para a publicação de artigos científicos em meio impresso e/ou eletrônico para fins de divulgação, sem limitação de número de inserções e reproduções;

e) No caso do som da voz, executar livremente a edição e montagem do trecho, realizando cortes e correções necessárias, sem alterar a sua veracidade, utilizando-as exclusivamente para os fins previstos neste termo e responsabilizando-se pela guarda e pela utilização da obra final produzida.

Não haverá restituição financeira de qualquer natureza neste ou a qualquer momento pela cessão de sua voz.

É vedado à pesquisadora utilizar as imagens para fins comerciais ou com objetivos diversos dos da pesquisa proposta, sob pena de responsabilização nos termos da legislação brasileira.

Concordando com o termo, o participante da pesquisa e a pesquisadora assinam o presente termo em 2 (duas) vias iguais, devendo permanecer uma em posse da pesquisadora responsável e outra com o participante ou seu responsável.

Local e data: _____

Pesquisadora responsável: _____

Participante do estudo ou seu responsável legal:_____

Observação: O participante precisa rubricar todas as páginas e assinar a última página. As páginas também precisam ser numeradas.

Endereço: Av. Bernal do Couto, n. 901 – Edif. Real Seasons, apto. 2102 – CEP 66055-080 – Belém – PA. E-mail: claudiarupali@gmail.com. Telefone (94) 98118-9348. Orientadora: Profa. Dra. Dinair Leal da Hora, Telefone (91) 99157-0533 – **Comitê de Ética em Pesquisa** da UEPA/CCBS/Campus VII/Conceição do Araguaia (CEPAr), Telefones (94) 3421-1824, 3421-3131.

APÊNDICE D– TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE ACESSO A FONTES SECUNDÁRIAS

Universidade Federal do Pará
Núcleo de Estudos Transdisciplinares em Educação Básica
Programa de Pós-Graduação em Educação na Amazônia – PGEDA

Para a conclusão do meu curso do Programa de Pós-Graduação Educação na Amazônia (EDUCANORTE), da Universidade Federal do Pará, realizarei uma pesquisa com o título "A intersetorialidade no Programa Saúde na Escola na Região de Integração Lago de Tucuruí", com o objetivo de analisar como se efetiva a intersetorialidade no Programa Saúde na Escola na Região de Integração Lago de Tucuruí. Informo que a realização desta pesquisa foi aprovada por esta instituição e pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (Centro de Ciência Biológicas e da Saúde Campus VII – CEPAR/UEPA). No momento, solicito sua autorização para o acesso aos planos de trabalho; relatórios, fluxogramas; termos de adesão e legislações do PSE da Secretaria de Saúde/Secretaria de Educação. Esta pesquisa tem risco de quebra do sigilo da identidade dos participantes e das informações, porém ressaltamos que a identidade dos elaboradores de tais documentos não será divulgada, ou seja, será conhecida somente pela pesquisadora, com garantia de não serem divulgados nomes, em atendimento à Resolução n. 466/2012 do CNS/MS, que regula pesquisa com seres humanos. Na apresentação e/ou publicação dos resultados será mantido o anonimato com utilização dos códigos IA, IB, IC... Como benefício, esperamos que este estudo contribua com a produção de evidências científicas para favorecer o processo de gestão do Programa Saúde na Escola e para elucidar informações que fortaleçam a efetividade das ações compartilhadas entre os profissionais do campo da saúde e da educação na promoção da saúde dos educandos. Espera-se também que o estudo identifique os processos potencializadores da gestão intersetorial no Programa Saúde na Escola, e que estes possam contribuir com as políticas públicas de educação e saúde para favorecer a educação integral no ensino básico.

Deixamos claro que as informações coletadas têm como única finalidade esta pesquisa e que os dados obtidos serão arquivados pela pesquisadora por 5 (cinco) anos e depois destruídos. Não há despesas para os participantes ou para a instituição. Os resultados obtidos serão descritos de forma geral e não individual e poderão ser encontrados na Biblioteca da Universidade Federal do Pará (UFPA) e na da Universidade do Estado do Pará (UEPA), para que possam servir como fonte de informação para os profissionais e estudantes interessados no tema. Também está pesquisa poderá ser apresentada em eventos científicos e publicada em

revistas científicas. Você receberá uma cópia deste termo, no qual constam o telefone e o endereço da pesquisadora responsável, da orientadora e do CEP (Comitê de Ética em Pesquisa), podendo esclarecer suas dúvidas sobre o projeto, agora ou a qualquer momento.

Eu, _____, declaro que li as informações sobre a pesquisa e me sinto perfeitamente esclarecido (a) sobre seu conteúdo, considerando que o projeto já foi analisado e aprovado por esta instituição e por um Comitê de Ética em Pesquisa. Declaro, por minha livre vontade, fornecer os documentos para coleta de informações da pesquisa.

Município (_____), _____ / _____ / _____.

_____

Assinatura do responsável pelo arquivo

RG: _____

_____

Assinatura do responsável por obter a autorização

RG: _____

Pesquisador (a) responsável: Cláudia Cristina Pinto Girard

Endereço: Av. Bernal do Couto, n. 901 – Edif. Real Seasons, apto. 2102 – CEP 66055-080 – Belém – PA. E-mail: claudiarupali@gmail.com

Telefone: (94) 98118-9348

Orientadora: Profa. Dra. Dinair Leal da Hora

Telefone: (91) 99157-0533

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UEPA/CCBS/Campus VII/Conceição do Araguaia (CEPAr), Telefones (94) 3421-1824, 3421-3131