

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM ODONTOLOGIA
EM SAÚDE PÚBLICA

**A intersectorialidade no Programa Saúde na Escola
no município de Belo Horizonte, MG**

Antônio Paulo Gomes Chiari

**A intersectorialidade no Programa Saúde na Escola
no município de Belo Horizonte, MG**

Faculdade de Odontologia
Universidade Federal de Minas
Belo Horizonte - MG

2015

Antônio Paulo Gomes Chiari

**A intersectorialidade no Programa Saúde na Escola
no município de Belo Horizonte, MG**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Odontologia.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Inês Barreiros Senna

Coorientadora: Profa. Dra. Raquel Conceição Ferreira

Faculdade de Odontologia
Universidade Federal de Minas
Belo Horizonte - MG

14 de dezembro de 2015

FICHA CATALOGRÁFICA

C532i
2015
T

Chiari, Antônio Paulo Gomes.
A intersectorialidade no Programa Saúde na Escola no
município de Belo Horizonte, MG / Antônio Paulo Gomes
Chiari . – 2015.

118 f. : il.

Orientadora: Maria Inês Barreiros Senna.
Co-orientadora: Raquel Conceição Ferreira.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Gerais,
Faculdade de Odontologia.

1. Ação intersectorial. 2. Saúde escolar. 3. Políticas públicas de
saúde. I. Senna, Maria Inês Barreiros. II. Ferreira, Raquel Conceição.
III. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Odontologia.
IV Título.

BLACK – D047



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
ODONTOLOGIA

MESTRADO PROFISSIONAL EM ODONTOLOGIA EM
SAÚDE PÚBLICA



FOLHA DE APROVAÇÃO

A intersectorialidade no Programa Saúde na Escola no município de Belo Horizonte - MG

Antônio Paulo Gomes Chiari

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ODONTOLOGIA, como requisito para obtenção do grau de Mestre Profissional em ODONTOLOGIA EM SAÚDE PÚBLICA.

Aprovada em 14 de dezembro de 2015, pela banca constituída pelos membros:

Maria Inês Barreiros Senna
FO/UFMG

Raquel Conceição Ferreira
FO/UFMG

Eliana Aparecida Villa
EE/UFMG

Marco Akerman
Faculdade de Saúde Pública/USP



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
ODONTOLOGIA

MESTRADO PROFISSIONAL EM ODONTOLOGIA EM
SAÚDE PÚBLICA



ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO de Antônio Paulo Gomes Chiari

Aos 14 dias do mês de dezembro de 2015, às 14:00horas, na sala 3418 da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, reuniu-se a Comissão Examinadora composta pelos professores Maria Inês Barreiros Senna (Orientador) – FO/UFMG, Raquel Conceição Ferreira (Co-orientador) - FO/UFMG, Eliana Aparecida Villa - EE/UFMG e Marco Akerman – Faculdade de Saúde Pública/USP para julgamento da dissertação intitulada **A intersetorialidade no Programa Saúde na Escola no município de Belo Horizonte - MG.** A Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Profa. Isabela Almeida Pordeus, abriu os trabalhos e apresentou a Comissão Examinadora. Após a exposição oral do trabalho pelo aluno e arguição pelos membros da banca, a Comissão Examinadora considerou a dissertação:

Aprovada

Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrou-se a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos demais membros da Comissão. Belo Horizonte, 14 de dezembro de 2015.

Maria Inês Barreiros Senna
FO/UFMG

Raquel Conceição Ferreira
FO/UFMG

Eliana Aparecida Villa
EE/UFMG

Marco Akerman
Faculdade de Saúde Pública/USP



Todas as manifestações de nossa vida e todas as experiências são formas, fenômenos estruturados e apreendidos através de processos também estruturados. Impossível, então, deveras irrealizável, é desfazer um acontecimento, eximir-se dele ou supor que não existiu. Por acontecer, o fato configura algo e, ao configurar, modifica algo. Modifica certas realidades – em nós também. A única coisa possível é elaborarmos as formas a partir de sua existência, em busca de novas realidades. Só podemos mesmo criar.

(Fayga Ostrower, Criatividade e processos de criação, Editora Vozes, 2009, p. 96-97).

Para o Alex.

AGRADECIMENTOS

Foram dois anos de estudo e prazer; muitas pessoas contribuíram para este resultado. Agradeço com carinho à equipe do Centro de Saúde Nossa Senhora de Fátima, onde aprendo diariamente a contribuir para a construção do SUS. É uma honra trabalhar com vocês! Agradeço especialmente à Maria Sílvia que me inspirou a tomar este caminho; e à Ana Cristina que, com profissionalismo e dedicação, possibilitou que eu o trilhasse. Sem ela, o mestrado não teria sido possível! Agradeço à família pelo incentivo e apoio. Ao Alex pelo companheirismo e solidariedade. À Tereza pela amizade. Agradeço à Maria Inês e Raquel, que me orientaram neste estudo. Inês, com disponibilidade imediata aceitou meu pedido de orientação e me guiou com leveza por uma experiência ímpar de aprendizagem no campo nem sempre fácil da ciência. Raquel, com a precisão de seu olhar afiado, clareando os impasses pelos quais passava. Agradeço a todos que gentilmente responderam ao questionário desta pesquisa. Agradeço enfim ao grupo do PPSUS da Faculdade de Odontologia, que tardiamente passei a integrar e cujas discussões colaboraram na fase final deste trabalho.

RESUMO

A intersectorialidade tem sido um dos temas mais discutidos no âmbito das políticas públicas e verifica-se um consenso discursivo sobre se constituir em uma estratégia privilegiada para o enfrentamento de problemas sociais complexos. Este trabalho buscou analisar o desenvolvimento de uma política intersectorial – o Programa Saúde na Escola (PSE) – no município de Belo Horizonte, MG. Foi desenvolvido um estudo de caso com triangulação de métodos, para a compreensão da intersectorialidade nos campos da gestão e do desenvolvimento das ações propostas. Um primeiro foco da pesquisa documental foram as normas federais e municipais que tratam do Grupo de Trabalho Intersectorial Municipal (GTI-M), instância de gestão local do PSE, editadas entre janeiro de 2008 e março de 2014. Para entendimento da implantação e da evolução do PSE no município foram pesquisadas as matérias de divulgação sobre o PSE publicadas no Diário Oficial do Município (DOM) no período de janeiro de 2007 a outubro de 2014. Para conhecimento da percepção dos gestores municipais do PSE foi aplicado um questionário eletrônico semi-estruturado aos membros do GTI-M (n=23) e das coordenações regionais do PSE (n=18). Os dados quantitativos foram analisados por análise descritiva e os dados qualitativos pela técnica da análise de conteúdo com o suporte do software NVivo 10. Os resultados da análise documental mostraram que o GTI-M se configura como uma instância potencialmente promotora da intersectorialidade pelas características de sua composição, modo de funcionamento, coordenação e competências. As matérias sobre o PSE revelaram a sua importância institucional seja pelo número de publicações identificadas (n=54) no período estudado e por integrar o “Programa BH Metas e Resultados” e o projeto “Melhoria da Qualidade da Educação”. Por outro lado, há pouco destaque para temas como participação de professores e equipes da Estratégia Saúde da Família assim como dos estudantes e familiares no planejamento das ações. Estes silêncios levaram à reflexão sobre qual a concepção de intersectorialidade embasa a gestão e a execução do programa. A análise dos questionários mostrou um esvaziamento do GTI-M – apenas 52,2% dos membros nomeados participam com regularidades das atividades – com indicativos de fragilidade na gestão e no desenvolvimento das ações intersectoriais do PSE. A potencialidade do GTI-M advinda de sua estrutura formal e a difundida relevância institucional do PSE não se repercutem na sua gestão e nas

ações desenvolvidas. Não foram percebidas sinergia entre atores/setores nem inovações nas ações da saúde e da educação. Observa-se um distanciamento entre a norma formulada e a implementação do PSE e uma incipiente construção de uma lógica intersetorial de atuação e intervenção no território.

Palavras-chave: Ação Intersetorial, Saúde Escolar, Promoção da Saúde, Políticas Públicas.

Intersectoriality in public Health Policy at School (Programa Saúde na Escola) in the municipality of Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil.

ABSTRACT

Intersectoriality is nowadays one of the most debated subjects in the field of public policies. It is general agreement the importance of building a privileged strategy to face complex social problems. This paper has studied the development of an intersectoral policy – the School Health Program (PSE) (Programa Saúde na Escola) – at Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. A case study was performed using the triangulation of methods in order to understand intersectoriality in the field of management as well as in the development of the proposed actions. At first our focus was on the federal and municipal rules concerning the Municipal intersectoral Working Group (GTI-M) which plays a role in the intersectoral management of the program. The rules were published on governmental journals from January 2008 to March 2014. Data published on Diário Oficial do Município from January 2007 to October 2014 concerning the PSE were reviewed in order to understand the settlement and the evolution of PSE in the municipality. An online semi-structured questionnaire was distributed to the members of the GTI-M and to the regional coordinators in order to check their point of view on the program. For the qualitative data a descriptive analysis was carried out. Quantitative data were analysed using the technique of content analysis and the NVivo 10 software. Our results show that GTI-M acts as a potentially promoting instance of the intersectoriality through their composition, way of acting, management and capacity. Published data on PSE showed its relevant role as an institution either because of the great amount of published articles (n=54) in the forementioned period or because it is part of health improvement programmes namely “BH objectives and results” (BH Metas e Resultados) and the other called “improving education” (Melhoria da Qualidade da Educação). Nevertheless, not much emphasis is given on the role of the teachers, members of the Family Health Team, students or their family in actively planning and developing the strategies. Those gaps led us to ask which fundamental of intersectoriality supports the planning and performance of the program. The analysis of the questionnaire answers show an emptying of the GTI-M. Only 52.2% of its members take part regularly on the activities, which shows fragility on the management and development of intersectoral actions in the PSE. The great potential of the GTI-M

coming from its formal structure and the so called institutional importance of the PSE don't echo on its management nor on the actions developed. There was no synergy between the actors and sectors. Innovation on the health policy actions was not seen. There is a gap between the written rules and the settlement of the PSE. An intersectoral thinking and acting is still in its very beginning.

Key words: Intersectoral Action, School Health, Health Promotion, Public Policies.

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CNDSS	Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde
CR	Coordenações Regionais
DOM	Diário Oficial do Município
DOU	Diário Oficial da União
ESF	Estratégia Saúde da Família
GERASA	Gerência de Atenção à Saúde
GERBES	Gerência do Programa Família Escola
GERUS	Especialização em Desenvolvimento Gerencial de Unidade Básicas do SUS
GTI	Grupo de Trabalho Intersetorial
GTI-M	Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal
ME	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PBF	Programa Bolsa Família
PBH	Prefeitura de Belo Horizonte
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PPP	Projeto Político Pedagógico
PROAP	Programa de Promoção da Aprendizagem
PSE	Programa Saúde na Escola
SIMEC	Sistema Integrado de Monitoramento Execução e Controle
SMASAN	Secretaria Municipal Adjunta de Segurança Alimentar e Nutricional
SMED	Secretaria Municipal de Educação
SMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UMEI	Unidade Municipal de Educação Infantil

SUMÁRIO

Apresentação	15
1 Introdução	19
2 Referencial teórico	21
2.1 Intersetorialidade e promoção da saúde	21
2.2 Intersetorialidade e as políticas públicas de saúde no Brasil	22
2.3 Programa Saúde na Escola	24
2.4 O Programa Saúde na Escola em Belo Horizonte	26
3 Objetivos	27
4 Metodologia	28
4.1 Desenho do estudo	28
4.2 Local de estudo	29
4.3 Sujeitos do estudo e critérios de seleção dos participantes.....	29
4.4 Coleta de dados	30
4.4.1 Pesquisa documental: análise dos documentos oficiais sobre o PSE	30
4.4.2 Pesquisa documental: análise das notícias oficiais sobre o PSE	31
4.4.3 Estudo transversal com os gestores municipais e regionais do PSE	31
4.5 Análise dos dados	32
4.6 Aspectos éticos	32
5 Resultados e discussão	33
5.1 Artigo 1: Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal do Programa Saúde na Escola: instância facilitadora da intersetorialidade?	33
5.2 Estudo exploratório: Programa Saúde na Escola em Belo Horizonte: uma análise a partir das publicações no Diário Oficial do Município, 2007-2014	53
5.3 Artigo 2: Ação intersetorial no Programa Saúde na Escola: percepção dos gestores de um município brasileiro de grande porte	60
5.4 Produto técnico: Oficina – Atenção à Saúde Bucal no SUS-BH: gestantes e crianças de zero a cinco anos	86
6 Considerações finais	90
Referências	93
Apêndices	97
Anexos.....	107

APRESENTAÇÃO

Como servidor da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, nos últimos 22 anos participei da consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Em processo de permanente construção, as políticas públicas de saúde evoluíram na organização e ampliação dos serviços, com base nos princípios da universalidade, integralidade e equidade. Esforço de setores diversos da sociedade, esta evolução trouxe consigo a discussão muito pertinente sobre a gestão do sistema de saúde. Neste âmbito específico da saúde pública, construí/construo a minha prática profissional, pois atuo na gerência de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) há dezoito anos. No processo de formação no campo da saúde coletiva, considero que o curso de Especialização em Saúde Pública pela Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) me possibilitou um aprofundamento no conhecimento da história sanitária brasileira assim como uma visão ampliada e crítica dos conceitos de saúde, seu caráter processual e seus determinantes. Posteriormente, já exercendo a função de gerente, cursei a Especialização em Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas do SUS (GERUS) da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais que me possibilitou a discussão orientada da prática diária, promovendo o deslocamento de um desempenho essencialmente intuitivo para uma prática mais consciente e fundamentada. No plano institucional, a estruturação política da atenção à saúde trouxe consigo um necessário clareamento da posição e das atribuições da gerência local.

A proposta de organização dos serviços de saúde em Belo Horizonte, iniciada em 1992, com o processo de territorialização e aperfeiçoada com a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) a partir de 2001, permitiu às equipes de saúde um melhor conhecimento da realidade social e epidemiológica das populações residentes nas áreas de abrangência. Avalio que houve significativos avanços na superação de questões iniciais da implantação das Equipes de Saúde da Família, tais como cadastro da população, diagnóstico do território, organização das agendas dos profissionais, discussão do processo de trabalho assistencial. Entretanto, considero que estes avanços trouxeram para o campo de trabalho das equipes uma complexidade que vai muito além da clínica, passando por questões sociais, administrativas e relacionais até então desconhecidas.

No meu entendimento, uma das principais funções da gerência local de uma UBS é possibilitar o ambiente e as condições propícias para que estas complexidades sejam reconhecidas, problematizadas e transformadas em ações concretas voltadas para a população. Ações estas que devem estar de acordo com as reais demandas e necessidades da população e consonantes com as diretrizes da política institucional. Esta função expressa a posição ocupada pelo gestor local de um serviço de saúde, intermediando relações, algumas vezes conflituosas, entre as três esferas que justificam e mantêm o funcionamento da rede de saúde: o interesse da população, a política institucional e o desempenho da equipe. Mediando essas forças e interesses, o gerente deve procurar aglutiná-las em direção ao bem comum. Como alcançar este resultado? Eis o desafio atual desta função.

Neste cenário, uma gestão participativa e democrática torna-se uma opção estratégica e facilitadora do envolvimento de todos os atores no processo de produção do cuidado. Instrumentos como colegiado gestor, contrato interno de gestão, projeto terapêutico singular e outros contribuem para o rompimento da fragmentação do trabalho em saúde e facilitam a comunicação entre os sujeitos, tornando possíveis e por que não dizer prazerosas a produção e a gestão em saúde. No entanto, considero que é preciso ir além.

Como já relatado, a melhoria da qualidade do serviço também traz dilemas para as práticas em saúde. Um melhor conhecimento da realidade local também expõe a fragilidade de uma equipe de saúde no enfrentamento dos determinantes sociais do processo saúde/doença. Na minha experiência, o vínculo que se estabelece entre equipe e usuários não tem sido suficiente para garantir responsabilização da primeira e co-responsabilização dos segundos. Este problema torna-se evidente na abordagem e acompanhamento de pacientes portadores de condições crônicas. Não há uniformidade no trabalho desempenhado pelas equipes da ESF, mas a maioria delas se esforça na tentativa de organizar o processo de trabalho e dar respostas adequadas às necessidades da população. No entanto, o arsenal de ferramentas e técnicas conhecidas pelos profissionais é limitado e a incorporação de novas tecnologias tem sido lenta. A dificuldade em dar resposta a todos é muitas vezes justificada pelo excesso de demanda; a dificuldade em conseguir a adesão e a colaboração do paciente é interpretada como responsabilidade exclusiva do mesmo.

Outra questão permanente para as equipes – e que quase sempre é referida como a justificativa que impede a programação do trabalho cotidiano – é o enfrentamento da

multiplicidade e da irregularidade da demanda espontânea que chega à unidade de saúde. A capacidade da equipe para interpretar as falas e demandas dos usuários tem sido limitada por uma formação muito técnica e pouco humanista. Nem sempre a demanda trazida pelo paciente é interpretada como uma necessidade pelo profissional. Sem minimizar a relevância e o papel das consultas individuais – especialmente da consulta médica – considero que uma equipe de saúde tem muito mais a oferecer como resposta. Avalio que uma abordagem multidisciplinar seria um fator de facilitação nesta etapa importante do trabalho das equipes. A reorientação dos serviços de saúde proposta pela Carta de Ottawa (BRASIL, 2002) está em curso, mas ainda é uma meta que não pode ser perdida de vista.

Apesar do trabalho intenso e árduo, muitas vezes não se vê o resultado deste esforço. Fica a frustração de não se conseguir alcançar todos que têm necessidades. A complexidade no trabalho, a determinação social da saúde, as relações entre os sujeitos demandam outras estratégias de enfrentamento dessa realidade no campo da atenção básica. Neste sentido é que considero que a intersetorialidade, enquanto uma estratégia de organização de políticas públicas, pode se constituir em um dos caminhos para a viabilização de respostas mais adequadas e efetivas, já que o trabalho em rede garante a sustentabilidade dos processos de intervenções nos determinantes e condicionantes de saúde (BRASIL 2010).

Compreender as possibilidades e os limites das ações intersetoriais e sua contribuição para a produção e a gestão do cuidado em saúde foi a busca que resolvi empreender neste programa de pós-graduação. Buscar, a partir desta compreensão, condições de oferecer à equipe de saúde formas mais eficientes de promover a saúde da população adscrita. Formas de ajudar a romper com o isolamento e com o trabalho fragmentado. Formas de aproximar o setor saúde dos outros setores, disseminando o quão efetiva pode ser uma rede de promoção da saúde sobre a qualidade de vida da população.

O documento ora apresentado é o resultado destes dois anos de trabalho. Produto do estudo teórico sobre a intersetorialidade associado ao projeto de pesquisa sobre sua operacionalização no Programa Saúde na Escola (PSE) implementado em Belo Horizonte. Como resultados desta reflexão aqui estão incluídas a produção científica e a produção técnica: (1) estudo documental sobre as bases legais de funcionamento do Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTI-M) do PSE; (2) estudo exploratório das publicações sobre o PSE no Diário Oficial do Município (DOM) de Belo Horizonte; (3) estudo transversal com os

gestores municipais do PSE e sua percepção sobre a intersetorialidade no programa; e (4) oficina de trabalho entre professores e alunos da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais e gestores e trabalhadores da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte para discussão e construção coletiva de estratégias para enfrentamento de situações-problema.

1. INTRODUÇÃO

A complexidade da realidade social tem exigido novos conhecimentos e novas formas de atuação das organizações para a abordagem das diversas dimensões que determinam os problemas sociais (Almeida Filho, 2000; Junqueira, 2005). O acesso a políticas públicas é condição imprescindível para a promoção da cidadania e dos direitos humanos (Inojosa, 2001). A busca por soluções que garantam uma vida com qualidade passa necessariamente por modelos de gestão das políticas públicas que promovam respostas adequadas àquela realidade num dado momento histórico (Junqueira, 2005; Sposati, 2006). A organização clássica do processo de trabalho, com divisão exclusivamente setorial de responsabilidades e relação hierarquizada na definição de ações não atende às demandas reais das pessoas (Inojosa, 2001).

A intersectorialidade tem se mostrado, portanto, uma estratégia de gestão pública especialmente oportuna para o enfrentamento de problemas das áreas sociais (Almeida Filho, 2000; Inojosa, 2001; Junqueira, 2005; Santos, 2011) e está baseada na contratualização entre setores para a busca de intervenções estratégicas a partir do compartilhamento de responsabilidades, recursos e metas (Coelho, 2009). Espera-se uma interdependência, com integração e interação entre os setores envolvidos (Junqueira, 2005) para alcançar os resultados esperados a partir de intervenções que transcendam as ações setoriais isoladas. Busca-se, dessa forma, uma alternativa para o modelo fragmentado e hegemônico de administração pública, em que “cada política social tem um olhar próprio de ver os problemas sociais e de encaminhar solução” (Junqueira, 2005, p.1). Sposati (2006) enfatiza que a combinação e complementaridade entre os elementos setorialidade, intersectorialidade, territorialização, democratização e participação são o caminho para um modelo de gestão que garanta os direitos dos cidadãos.

A operacionalização do trabalho intersectorial exige, além de conhecimento técnico, capacidade de análise e de formulação de estratégias, capacidade relacional, de arranjo institucional e organizacional que não estão entre as aptidões habituais dos técnicos envolvidos em sua execução. Esta organização é, na maioria das vezes, tão complexa que os encontros entre os setores envolvidos não passam de reuniões entre profissionais num

mesmo lugar com um mesmo objeto, sem que ocorra um diálogo efetivo entre eles (Inojosa, 2001). A intersetorialidade visa superar este isolamento, possibilitando uma gestão cooperativa, descentralizada e voltada para a realidade territorial. É, no entanto, ainda pouco clara em sua definição conceitual como modelo de gestão pública, na sua aplicabilidade e como categoria de avaliação e pesquisa (Mendes e Akerman, 2007; Santos, 2011; Akerman *et al.*, 2014).

O setor saúde, pela base científica multidisciplinar, composição multiprofissional e proximidade com outros setores das áreas sociais é potencialmente um setor privilegiado para o desenvolvimento de ações intersetoriais (Monnerat e Souza, 2014). No entanto, as práticas hegemônicas de assistência em saúde mantém caráter fragmentado, reafirmando as clausuras citadas por Inojosa (2001).

Já há algum tempo, o termo intersetorialidade está presente no discurso cotidiano de gestores e trabalhadores da saúde como uma estratégia para a solução de problemas enfrentados pelo setor. Este contexto justifica a opção desta pesquisa pelo estudo da intersetorialidade dentro do Programa Saúde na Escola (PSE), política pública intersetorial entre saúde e educação instituída pelo Governo Federal em 2007. Pretende-se que este estudo contribua com a discussão do tema, ampliando o conhecimento científico sobre o assunto. Além disso, espera-se que o referencial teórico e a abordagem metodológica do estudo possibilitem uma análise crítica do processo de implantação do PSE no município de Belo Horizonte, contribuindo para a construção de indicadores de monitoramento e avaliação.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Intersectorialidade e promoção da saúde

Fundamental para o entendimento da questão sanitária no mundo contemporâneo, o conceito ampliado de saúde é fruto de estudos, debates, conferências e encontros internacionais realizados ao longo do século XX, especialmente na sua segunda metade. Importantes passos foram dados no entendimento de saúde como processo complexo, multifatorial, socialmente determinado (Buss, 2000; Sícoli e Nascimento, 2003; Buss e Carvalho, 2009). Esta construção teórica, ao mesmo tempo em que aprofundou o conceito e a determinação da saúde, buscou também formas diversificadas de intervenções sobre seus determinantes e condicionantes, estabelecendo estratégias de ação a serem adotadas em âmbitos regionais, nacionais e mundial. A formulação moderna de promoção da saúde surgiu, então, como uma concepção da produção de saúde a partir da atuação sobre as condições de vida da população, ao evidenciar que respostas podem e devem vir de variados setores articulados ao setor saúde (Buss, 2000; Sícoli e Nascimento, 2003). O próprio *modus operandi* da promoção da saúde, com a combinação de variadas estratégias, contribuiu para uma importante constatação desses trabalhos: a impossibilidade do setor saúde atuar isoladamente. Neste contexto, as propostas de ações intersectoriais ganharam gradativamente corpo e relevância não só no enfrentamento dos determinantes de saúde, mas também e, principalmente, como estratégia para se alcançar medidas de promoção da saúde, bem estar e qualidade de vida (Buss, 2000). Marcos referenciais deste modelo, o Informe Lalonde (1974), a Declaração de Alma-Ata (1978) e a Carta de Ottawa (1986) enfatizam que para se alcançar a meta de saúde para todos é fundamental a ação de outros setores além da saúde (Brasil, 2002; Sícoli e Nascimento, 2003). Expressões como “esforços coordenados”, “adoção de políticas públicas saudáveis”, passam a ter relevância no discurso sanitário assim como é salientado o papel fundamental dos governos na formulação de políticas coordenadas e intersectoriais que lancem e sustentem o cuidado em saúde (Brasil, 2002).

Os relatórios das Conferências sobre Promoção da Saúde reforçam que as iniciativas para a produção da saúde devem vir de todos os setores da sociedade, enfatizando a capacidade convocatória do setor saúde sobre os outros setores sociais. Enfatizam que as boas

experiências mundiais comprovam que a combinação de estratégias múltiplas levam a resultados mais eficazes que abordagens limitadas. É colocado o seguinte desafio: novas ações para alcançar novas respostas. E para isso a cooperação e o rompimento das fronteiras setoriais são essenciais. Mas reconhecem que a promoção da saúde é um dever e uma responsabilidade dos governos, dever este compartilhado por toda a sociedade. A partir deste reconhecimento os governos propõem assumir a liderança necessária para a busca da participação ativa de todos os setores e da sociedade civil (Brasil, 2002).

Todas estas discussões modularam as questões mundiais sobre saúde, colocando o paradigma da promoção da saúde como uma pauta permanente e orientadora da organização dos serviços de saúde.

2.2 Intersectorialidade e as políticas públicas de saúde no Brasil

A Reforma Sanitária Brasileira, cujas bases foram propostas pela VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986, também sofreu influência desta discussão mundial (Buss e Carvalho, 2009). A criação do SUS e suas diretrizes de implantação, expansão e qualificação seguem os princípios de “Saúde para Todos” da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 1977 reforçados pela Carta de Ottawa (Brasil, 2002). Políticas e normatizações do Ministério da Saúde, assim como outras iniciativas do Estado, vêm subsidiando e orientando as práticas e a gestão da saúde no Brasil (Buss e Carvalho, 2009). Entre elas, o Programa Saúde da Família, iniciado em 1992, pode ser considerado um marco na reorientação e na inovação do SUS à luz das estratégias de promoção da saúde (Buss e Carvalho, 2009). Neste mesmo sentido, duas outras importantes referências para a política sanitária brasileira foram implementadas quase que simultaneamente em 2006: a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) (Brasil, 2008), instituída pelo Decreto Presidencial de 13 de março de 2006 e a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) (Brasil, 2010), aprovada pela Portaria nº 687 de março de 2006.

A CNDSS, após análise da situação de saúde no Brasil e de políticas e programas relacionados com seus determinantes, recomenda uma série de intervenções como forma de combate às iniquidades em saúde no país. A CNDSS reconhece que a maior parte das políticas públicas sociais aborda os problemas de forma setorializada, fragmentada e sem articulações. Isso gera concorrência e competição entre órgãos e agentes públicos, baixa

coordenação, redundância de ações com baixa qualidade do serviço prestado e ineficiência do gasto público. Reconhece ainda que existem programas sociais com abrangência intersetorial, mas que, devido aos problemas relatados, apresentam efetividade limitada e não conseguem atuar adequadamente sobre os determinantes sociais da saúde. Dessa forma, com o objetivo de promover a equidade, a CNDSS propõe a adoção de políticas que abordem a questão macroeconômica do país, que assegurem melhoria das condições de vida, que favoreçam ações de promoção de saúde assim como mudanças de comportamento para redução de riscos e aumento da qualidade de vida. Estas políticas, que extrapolam as competências e atribuições das instituições de saúde, devem estar apoiadas em três pilares: intersetorialidade, participação social e evidências científicas. Reconhecendo a dificuldade do trabalho intersetorial, a comissão alerta para a necessidade de um processo sustentável de coordenação destas ações (Brasil, 2008).

A PNPS estabelece que “a promoção da saúde, como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias [...], contribui na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde” (Brasil, 2010 p. 10). Reconhece, assim, a impossibilidade do setor saúde responder de forma isolada às interferências necessárias nos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença. A PNPS define a promoção da saúde como um mecanismo de implantação e fortalecimento de uma política transversal, integrada e intersetorial que promova o diálogo entre as várias áreas do setor sanitário e deste com outros setores do governo, do setor privado, da sociedade em geral. E propõe ao setor saúde o desafio de construir a intersetorialidade, entendida da seguinte maneira:

Compreende-se a intersetorialidade como uma articulação das possibilidades dos distintos setores de pensar a questão complexa da saúde, de co-responsabilizar-se pela garantia da saúde como direito humano e de cidadania, e de mobilizar-se na formulação de intervenções que a propiciem. (Brasil, 2010, p.13)

O conceito de intersetorialidade e sua forma de atuação no enfrentamento da questão sanitária segundo a PNPS integram o marco teórico deste trabalho na definição dos atributos da estratégia.

O processo de construção de ações intersetoriais implica na troca e na construção coletiva de saberes, linguagens e práticas entre os diversos setores envolvidos na tentativa de equacionar determinada questão sanitária, de modo que nele torna-se

possível produzir soluções inovadoras quanto à melhoria da qualidade de vida. Tal processo propicia a cada setor a ampliação de sua capacidade de analisar e de transformar seu modo de operar a partir do convívio com a perspectiva dos outros setores, abrindo caminho para que os esforços de todos sejam efetivos e eficazes (Brasil 2010, p. 13-14).

A PNPS foi redefinida em 2014, fruto da necessidade permanente de qualificação e atualização das ações do SUS. A intersetorialidade permanece entre seus princípios com o enfoque na importância da articulação da Rede de Proteção à Saúde com as demais redes de proteção social (Brasil, 2014).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (Brasil, 2012), aprovada pela Portaria nº 2.488 de outubro de 2011, define as diretrizes e normas organizacionais da Atenção Básica no Brasil, considerando, entre outras prerrogativas, as recomendações e proposições da CNDSS e da PNPS. A PNAB reafirma a Estratégia Saúde da Família como forma prioritária para execução e coordenação das ações no âmbito local e estabelece que as UBS se configurem como o equipamento social central na garantia de acesso da população a uma atenção à saúde de qualidade. Também, neste documento, as ações interssetoriais são apresentadas como uma das diretrizes fundamentais do setor saúde. Como uma característica importante do trabalho das equipes de atenção básica, a intersetorialidade promove integração da rede e possibilita atuação sobre os condicionantes e determinantes da saúde (Brasil 2012).

Os avanços são inegáveis, mas a estrutura administrativa do Estado brasileiro, segmentada, setorial e competitiva tem dificultado a implementação da lógica interssetorial como prática transversal orientada à promoção da saúde em todas as políticas públicas (Buss e Carvalho, 2009).

2.3 Programa Saúde na Escola

O PSE foi instituído pelo Governo Federal em 2007, por meio do Decreto Presidencial número 6.286, “com 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). Tem como base a articulação interssetorial entre escola e rede básica de saúde, mas prevê a participação de outros setores e atores sociais. Mais do que a organização e a oferta de serviços dentro de determinado território, o PSE propõe a criação de uma rede de corresponsabilidades como garantia para a sustentabilidade das ações propostas (Brasil,

2013a). Visa ao desenvolvimento da cidadania e da qualificação das políticas públicas uma vez que busca a participação de estudantes e familiares em programas e projetos que possibilitem melhor enfrentamento das vulnerabilidades e condicionantes sociais do processo saúde-doença. Estados, Distrito Federal e Municípios aderem voluntariamente ao programa enviando a documentação exigida ao Ministério da Saúde.

O PSE é financiado conjuntamente pelos Ministérios da Saúde (MS) e da Educação (ME) (Brasil, 2007). Ao primeiro cabe o custeio das ações realizadas pelo Distrito Federal e pelos municípios. O incentivo financeiro será repassado gradativamente ao longo do ano, de acordo com o percentual alcançado dentro das metas pactuadas. Ao Ministério da Educação cabe o financiamento ou o fornecimento dos materiais necessários à execução das ações do programa (Brasil, 2013b). Este predomínio do financiamento pelo MS demonstra um desequilíbrio potencialmente conflitante em uma política intersetorial (Ferreira *et al.*, 2012).

A gestão compartilhada proposta para o PSE será garantida por meio da implantação dos Grupos de Trabalho Intersetorial (GTI) que devem ter representantes da Saúde e da Educação, além de outros setores definidos frente à realidade de cada local. Cada nível de governo deve instituir o GTI correspondente e este grupo será responsável pelo planejamento, monitoramento e avaliação das ações construídas coletivamente e em consonância com as necessidades do território (Brasil, 2013b).

As ações propostas pelo PSE são divididas em três dimensões: 1) avaliação das condições de saúde, 2) prevenção de doenças e agravos e promoção da saúde, 3) formação (Brasil, 2013a). Em cada dimensão estão especificadas ações essenciais e ações opcionais a serem desenvolvidas com o objetivo de alcançar atenção integral à saúde dos estudantes, assim como a formação de gestores e equipes de trabalho para os desafios da prática intersetorial (dimensão 3). As equipes locais das unidades de saúde e das escolas devem trabalhar de forma integrada, realizando diagnóstico do território para planejamento e a execução das atividades que incluem atendimentos, levantamentos epidemiológicos, atividades de prevenção e promoção entre outras.

Pesquisas recentes ressaltam o caráter inovador da proposta de ação intersetorial trazida pelo PSE, ao mesmo tempo em que confirmam ser a efetivação desta proposta um desafio para os gestores (Ferreira *et al.*, 2014a). Estas contradições estão presentes desde a instituição do programa, conforme demonstrado por Ferreira *et al.* (2012) em estudo que analisa as bases legais do PSE. O mesmo grupo de pesquisadores afirma a necessidade de mais processos

avaliativos sobre o programa divulgando uma metodologia de suporte para a avaliação de ações promotoras de saúde, e o PSE foi utilizado como exemplo (Ferreira *et al.*, 2014b).

2.4 O Programa Saúde na Escola em Belo Horizonte

Em Belo Horizonte, o PSE foi implantado em 2008 (Belo Horizonte, 2008). O Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTI-M) foi instituído, assim como coordenações locais nas nove Administrações Regionais da cidade (Belo Horizonte, 2015). Avançou-se de um projeto piloto inicial para um total de 171 escolas municipais atendidas em agosto de 2013. As ações propostas e os resultados alcançados têm sido divulgados como um exemplo de política intersetorial de sucesso (Belo Horizonte, 2013a). Profissionais das equipes locais da saúde e da educação julgam o PSE importante para a comunidade e valorizam as atividades de promoção da saúde (Jacoé *et al.*, 2014; Graciano, 2014). No entanto, os dois grupos de trabalhadores relatam um desconhecimento da proposta do programa, têm pouca capacidade de argumentação sobre a avaliação do mesmo e não se sentem participantes da operacionalização de suas ações (Jacoé *et al.*, 2014; Graciano, 2014). Os resultados destas duas pesquisas alertam para o desafio de se criar estratégias voltadas para a efetivação e consolidação do PSE em Belo Horizonte.

Neste sentido, este estudo buscou contribuir para a compreensão de como se dá a intersetorialidade entre a saúde e a educação no município de Belo Horizonte, por meio do PSE. A partir desta compreensão, será possível colaborar para o rompimento do isolamento e do trabalho fragmentado dos setores das áreas sociais na implementação de ações de promoção da saúde no nível local. Pois no nosso entendimento, a implantação do PSE em Belo Horizonte ocorreu de forma verticalizada, com pouca discussão com os profissionais das escolas e unidades de saúde, o que parece contribuir para a sua pequena capilaridade entre as equipes locais. Os gestores e os trabalhadores da saúde e da educação têm percepções bastante diferenciadas em relação ao PSE, não havendo uniformidade de entendimento quanto à sua proposta de ação intersetorial. E consideramos que as ações desenvolvidas no âmbito do PSE são fragmentadas e desarticuladas, fruto de atuações setoriais isoladas.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar a intersetorialidade no Programa Saúde na Escola (PSE) no município de Belo Horizonte, MG.

3.2 Objetivos específicos

- Descrever o processo de implantação e a situação atual do PSE no município de Belo Horizonte, MG.
- Compreender a percepção dos gestores municipais e regionais do PSE em relação à intersetorialidade.
- Analisar as principais ações intersetoriais desenvolvidas pelos setores/atores envolvidos na implementação do PSE.

4. METODOLOGIA

4.1 Desenho do estudo

Para se atingir os objetivos propostos foi realizado um estudo de caso da rede intersetorial do PSE no município de Belo Horizonte, MG, buscando investigar as relações estabelecidas entre os setores educação e saúde, os atores sociais envolvidos e o processo de formulação e execução do programa.

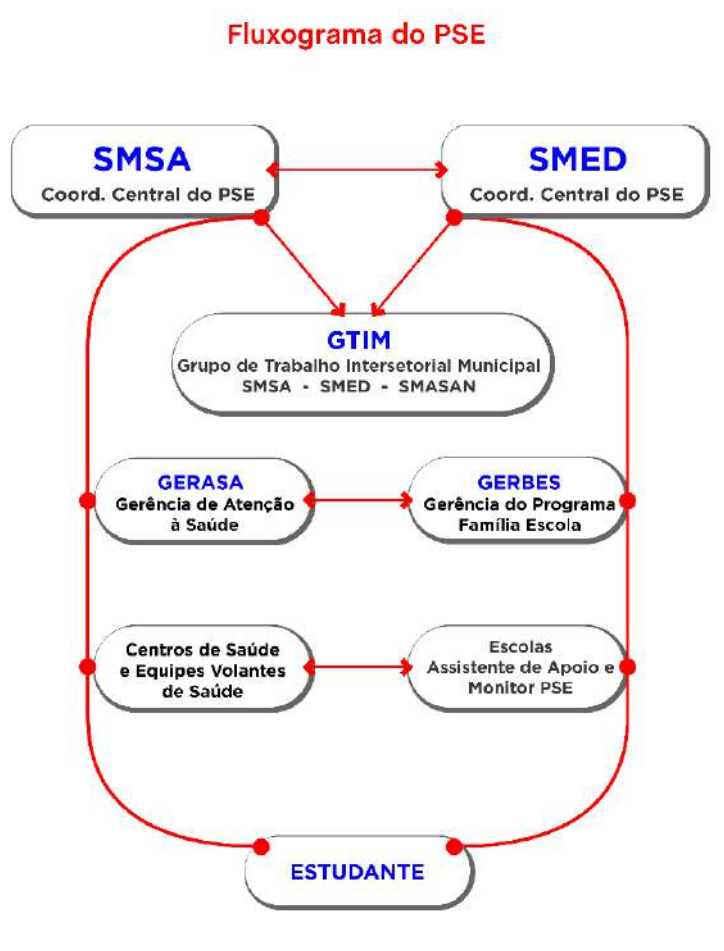
Optou-se pelo estudo de caso por ser ele especialmente útil na avaliação de políticas e intervenções sobre determinada realidade (Minayo, 2013). Este tipo de estudo propicia a observação direta do fenômeno escolhido por meio de estratégias de investigação que permitem mapear, descrever e analisar o contexto, as relações e as percepções dos atores/setores envolvidos. A abordagem escolhida será a triangulação de métodos objetivando expandir a compreensão sobre o contexto e o objeto de estudo (Jick, 1979; Minayo, 2010), a partir da análise das ações e visão dos diferentes atores envolvidos no processo (Minayo, 2010 e 2013). Busca-se, com tal abordagem, enriquecer o entendimento do fenômeno, permitindo que possíveis dimensões subjacentes tornem-se evidentes (Jick, 1979).

Em sua fase exploratória, o estudo contemplou pesquisa bibliográfica para embasamento teórico, levantamento e análise dos documentos relacionados ao processo de implantação do PSE no Brasil e no município de Belo Horizonte. A pesquisa bibliográfica foi realizada nas bases de dados SciELO, BIREME e PubMed e no Portal de Periódicos da CAPES, utilizando-se os descritores “intersectorialidade”, “ação intersectorial”, “promoção da saúde”, “saúde escolar”, “programa saúde na escola”, a partir de 2007, ano de implantação do PSE no Brasil. Além disso, foram incluídos estudos e artigos que se constituem em referências sobre a temática da intersectorialidade nas políticas públicas assim como publicações oficiais de órgãos governamentais.

4.2 Local de estudo

O estudo de caso foi desenvolvido no município de Belo Horizonte, levando-se em conta a sua divisão em nove Administrações Regionais. Neste sentido, se configuraram como espaços de investigação a gestão municipal do PSE, formada pelo GTI-M e a pelas Coordenações Regionais do PSE no âmbito das referidas regiões administrativas (Belo Horizonte, 2015) (Figura 1).

Figura 1: Fluxograma do PSE em Belo Horizonte



Fonte: Manual Operacional Programa Saúde na Escola, Belo Horizonte, 2015.

4.3 Sujeitos do estudo e critérios de seleção dos participantes

Os sujeitos de estudo foram os gestores municipais do PSE. Neste campo foram investigados dois grupos. O primeiro foi o GTI-M. Em Belo Horizonte, o GTI-M é formado por representantes

de três secretarias municipais: 12 representantes da Secretaria Municipal de Educação, sete representantes da Secretaria Municipal de Saúde e quatro representantes da Secretaria Municipal Adjunta de Segurança Alimentar e Nutricional, perfazendo 23 membros (BELO HORIZONTE, 2013b).

O segundo grupo é formado pelas Coordenações Regionais (CR) do PSE das nove administrações regionais de Belo Horizonte. Cada coordenação é formada por um representante da área da educação e outro da área da saúde perfazendo 18 gestores regionais.

4.4 Coleta de dados

A coleta dos dados foi realizada por meio da pesquisa documental e aplicação de questionário para os gestores municipais do PSE (GTI-M e CR).

Neste estudo, as dimensões norteadoras da intersetorialidade no PSE a serem investigadas foram baseadas no estudo de Ferreira *et al.* (2014a) que avaliou a percepção sobre intersetorialidade de gestores municipais do PSE em cinco cidades brasileiras: Manaus, Olinda, Brasília, Rio de Janeiro e Curitiba.

As dimensões são: 1) Gestão do PSE; 2) Desenvolvimento das ações intersetoriais; 3) Monitoramento e avaliação das ações; 4) Sustentabilidade do PSE. A categoria 'Gestão do PSE' trata de características do grupo e modo de funcionamento do GTI-M, como, por exemplo, sua instituição, coordenação, competências e processo decisório. A segunda categoria abrange as ações intersetoriais desenvolvidas, os modelos de gestão e envolvimento dos setores, facilitadores e dificultadores do trabalho intersetorial entre outras subcategorias. A categoria 'Monitoramento e avaliação das ações' inclui os instrumentos de avaliação e monitoramento do PSE e a quarta categoria contempla as estratégias relacionadas à transformação do PSE em uma política de Estado.

4.4.1 Pesquisa documental: análise dos documentos oficiais sobre o PSE

Foi realizada uma pesquisa documental nos textos oficiais publicados sobre o PSE no âmbito do governo federal e do município de Belo Horizonte, no período compreendido entre janeiro

de 2008 até março de 2014. As fontes das normativas federais e municipais foram o Diário Oficial da União (DOU) e o Diário Oficial do Município (DOM), respectivamente. A palavra chave utilizada para a busca foi “Programa Saúde na Escola”. Foram incluídas as normativas vigentes e as revogadas para melhor compreensão da evolução das competências e atribuições da instância de gestão municipal do PSE. Neste levantamento foram identificadas 19 portarias federais e duas portarias municipais. Após a análise inicial dos documentos, foram incluídas para estudo apenas as portarias que tratavam do Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTI-M), instância de gestão intersetorial do PSE, a saber: cinco portarias federais (Portaria MS/GM nº 1.861/2008, Portaria MS/GM nº 3.146/2009, Portaria Interministerial nº 3.696/2010, Portaria Interministerial nº 1.910/2011 e Portaria Interministerial nº 1.413/2013) e as duas portarias municipais (Portaria Conjunta SMSA/SMED nº 001/2008 e Portaria Conjunta SMED/SMSA/SMASAN nº 003/2013).

4.4.2 Pesquisa documental: análise das notícias oficiais sobre o PSE

A análise documental buscou identificar os eventos que marcaram as diferentes etapas do processo de implantação e execução do PSE no âmbito municipal. As fontes para a análise foram os textos sobre o programa publicados no Diário Oficial do Município (DOM) de Belo Horizonte no período de dezembro de 2007 a outubro de 2014.

4.4.3 Estudo transversal com os gestores municipais e regionais do PSE

Para avaliar a percepção dos gestores municipais e regionais do PSE foi utilizado questionário semi-estruturado em formato eletrônico adaptado de Ferreira (2012). Era composto por 35 questões que abordavam as quatro dimensões da intersectorialidade no PSE, já descritas anteriormente e seis questões de caracterização dos participantes (sexo, idade, setor e nível de gestão, escolaridade e tempo de atuação no PSE). (Apêndice A). O questionário foi elaborado na plataforma digital *Survey Monkey*® e enviado por e-mail para os gestores municipais e regionais, juntamente com o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) elaborado para a pesquisa (Apêndice B). Tendo em vista que se trata de questionário utilizado em outro estudo não foi necessária realização de teste do instrumento.

4.5 Análise dos dados

Os dados quantitativos provenientes das matérias do DOM e aqueles coletados a partir das questões fechadas do questionário eletrônico foram interpretados por análise descritiva simples. Os textos das portarias, das matérias do DOM e as respostas às questões abertas e as justificativas do questionário eletrônico foram analisadas por meio do método de análise de conteúdo proposto por Bardin (2013). Foi utilizado o software NVivo 10 para auxiliar no manuseio e análise dos documentos provenientes das portarias e das matérias do DOM.

4.6 Aspectos Éticos

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi enviado a todos os participantes (Apêndice B). O projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (Parecer Consubstanciado nº 1.020.689 de 13/04/2015) (Anexo 1) e da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (Parecer Consubstanciado nº 1.006.181 de 31/03/2015) (Anexo 2).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Produção Científica

5.1 Artigo 1 - Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal do Programa Saúde na Escola: instância facilitadora da intersectorialidade?

Artigo submetido à Revista Interface – Saúde, Educação, Comunicação (Qualis 2014, Odontologia, B3)

Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal do Programa Saúde na Escola: instância facilitadora da intersectorialidade?

Municipal Intersectoral Working Group in the context of Health Policy at School: making it easier for reaching intersectoriality?

Grupo de Trabajo Intersectorial Municipal del Programa de Salud en la Escuela: ¿instancia facilitadora de la intersectorialidad?

Antônio Paulo Gomes Chiari¹, Raquel Conceição Ferreira², Maria Inês Barreiros Senna³

¹ Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Mestrado Profissional em Odontologia em Saúde Pública, Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Av. Antônio Carlos, 6627, Pampulha. 31.270-901 Belo Horizonte MG Brasil. apgchiari@gmail.com

² Departamento de Odontologia Social e Preventiva, Faculdade de Odontologia, UFMG.

³ Departamento de Clínica, Patologia e Cirurgia, Faculdade de Odontologia, UFMG.

RESUMO

Este estudo analisou a configuração da gestão do Programa Saúde na Escola no município de Belo Horizonte, Minas Gerais. Foi realizada pesquisa documental sobre as normativas do

programa nas edições do Diário Oficial da União e Diário Oficial do Município publicadas entre janeiro de 2008 e março de 2014. Foram selecionadas cinco portarias federais e duas portarias municipais que tratavam do Grupo de Trabalho Intersetorial, instância de gestão intersectorial do programa. O material foi trabalhado pela técnica de análise de conteúdo. Evidenciou-se um deslocamento do foco das atribuições do Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal. Inicialmente voltado para as questões do diagnóstico territorial, incorporou funções de planejamento. Houve maior institucionalização do grupo a partir da definição de mecanismos para o seu funcionamento. Em Belo Horizonte, a normatização municipal estabelece condições para o grupo se constituir numa instância promotora de ações intersectoriais.

PALAVRAS-CHAVE

Intersetorialidade, Ação intersectorial, Programa Saúde na Escola, Políticas públicas

ABSTRACT

This paper presents an analysis of the configuration of the management in public Health Policy at School in the municipality of Belo Horizonte, Brazil. A retrospective study was performed based on data published on governmental journals namely Diário Oficial da União and Diário Oficial do Município from January 2008 to March 2014. Five federal government orders and two municipal government orders ruling the Intersectoral Working Group functioning were reviewed. The material was analytically studied using the technique of content analysis. It has disclosed a displacement on the main goal of the Municipal Intersectoral Group. Originally meant to perform territorial analysis, the group has taken part in planning. Mechanisms describing its functioning also rendered the group more institutionalized. In the city of Belo Horizonte, municipal regulation makes it possible for the group to act as an enabling instrument in promoting intersectoral actions.

KEY WORDS

Intersectoriality; Intersectoral action; Health Policies at School; Public policies

RESUMEN

Este estudio analizó la configuración de gestión del “Programa Saúde na Escola” en el municipio de Belo Horizonte, Minas Gerais. Se realizó investigación documental sobre las normativas del programa en ediciones del Diario Oficial de la Unión y Diario Oficial del Municipio publicadas entre enero de 2008 y marzo de 2014. Se seleccionaron cinco órdenes federales y dos órdenes municipales que trataban del Grupo de Trabajo Intersectorial, instancia de gestión intersectorial del programa. El material se trabajó a través de la técnica de análisis de contenido. Se evidenció un desplazamiento del foco de las atribuciones del Grupo de Trabajo Intersectorial Municipal. Inicialmente volcado para las cuestiones del diagnóstico territorial, incorporó las funciones de planeamiento. Hubo más institucionalización del grupo a partir de la definición de mecanismos hacia su funcionamiento. En Belo Horizonte, la normalización municipal establece condiciones para que el grupo se constituya en una instancia promotora de acciones intersectoriales.

PALABRAS CLAVE

Intersectorialidad, Acción intersectorial, Programa Salud en la Escuela, Políticas públicas

INTRODUÇÃO

A complexidade da realidade social tem exigido novos conhecimentos e novas formas de atuação das organizações para a abordagem das diversas dimensões que determinam os problemas sociais¹⁻⁵. As necessidades e expectativas das pessoas e da sociedade refletem esta diversidade e não podem ser atendidas por ações isoladas, fragmentadas e desarticuladas que “não dão conta de promover qualidade de vida e fomentar o desenvolvimento, de superar a exclusão social”². Inojosa² e Junqueira³ afirmaram que ações integradas construídas de forma intersectorial se configuram em modalidade de interferência em problemas no campo das práticas sociais, e podem ser a chave para uma nova dinâmica no aparato governamental e para a busca de uma sociedade mais equânime.

A intersectorialidade tem se mostrado uma estratégia de gestão pública especialmente oportuna para o enfrentamento de problemas das áreas sociais^{1,2,4,6}. Baseia-se na contratualização entre setores para a busca de intervenções estratégicas a partir do

compartilhamento de responsabilidades, recursos e metas. Espera-se uma interdependência, com integração e interação entre sujeitos e processos organizacionais para alcançar os resultados esperados a partir de intervenções que transcendam as ações setoriais isoladas e que tenham sido desenhadas tomando o território como sua referência^{2,4,5,7}. Busca-se, dessa forma, uma alternativa para o modelo fragmentado e hegemônico de gestão pública, e neste sentido, a intersetorialidade se constitui em uma prática para a melhor efetivação das políticas públicas e enfrentamento da exclusão social⁵.

A operacionalização do trabalho intersetorial exige, além de conhecimento técnico, capacidade de relação e de arranjo institucional e organizacional para análise situacional e formulação de estratégias de intervenção. A ação intersetorial, desenvolvida numa lógica de articulação e coordenação, possibilita uma síntese em torno de um projeto comum no qual há compartilhamento de energia e de recursos visando à ampliação de respostas⁵. Torna-se, portanto, também um importante contraponto à cultura de processos decisórios verticalizados e da disputa por poder e orçamento, tão comuns da estrutura governamental brasileira^{2,5,8}.

A intersetorialidade é ainda pouco clara em sua definição conceitual como modelo de gestão pública, em sua aplicabilidade e como categoria de pesquisa e avaliação^{6,9}. Apesar disso, deve ser vista como uma qualidade necessária nos processos de execução de políticas públicas sob a ótica da equidade^{9,10}.

O setor saúde, pela base científica multidisciplinar, composição multiprofissional e proximidade com outros setores das áreas sociais é potencialmente um setor privilegiado para o desenvolvimento de ações intersetoriais. No entanto, as práticas hegemônicas de assistência em saúde mantém caráter fragmentado, reafirmando os isolamentos citados por Inojosa².

Investigações sobre experiências intersetoriais voltadas para a saúde pública têm demonstrado a importância destas ações na promoção da saúde e no combate às iniquidades em saúde^{5,9,11,12}. Revisão sistemática da literatura realizada no Canadá¹¹ concluiu que os estudos não deixam claro qual a relação entre os setores envolvidos, assim como fornecem poucos detalhes sobre os processos, contextos, acertos e desafios do trabalho intersetorial. Recente revisão de experiências brasileiras¹² observou que nenhum dos programas analisados explicita a definição de intersetorialidade na qual estão embasados e não apresentam informações sobre sua continuidade e sustentabilidade. Todos concluem pela

necessidade de desenvolvimento de um maior número de pesquisas avaliativas sobre a intersetorialidade nas políticas de saúde.

Nesse sentido, com base na articulação intersetorial entre escola e rede básica de saúde, o Programa Saúde na Escola (PSE) foi instituído pelo Decreto Presidencial nº 6.286, de 05 de dezembro de 2007. O programa tem 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”¹³, e prevê a participação de outros setores e atores sociais. Mais do que a organização e a oferta de serviços em um determinado território, o PSE propõe a criação de uma rede de corresponsabilidades como garantia para a sustentabilidade das ações¹⁴. Visa ao desenvolvimento da cidadania e da qualificação das políticas públicas uma vez que busca a participação de estudantes e familiares em programas e projetos que possibilitem melhor enfrentamento das vulnerabilidades e condicionantes sociais do processo saúde-doença.

A adesão dos Estados, Distrito Federal e Municípios ao PSE é voluntária. As ações propostas pelo PSE são divididas em três dimensões: 1) avaliação das condições de saúde, 2) prevenção de doenças e agravos e promoção da saúde e 3) formação de gestores e equipes de trabalho¹⁴. Em cada dimensão, estão especificadas ações essenciais e ações opcionais a serem desenvolvidas com o objetivo de alcançar atenção integral à saúde dos estudantes, assim como a formação para os desafios da prática intersetorial. As equipes locais das unidades de saúde e das escolas devem trabalhar de forma integrada, realizando diagnóstico do território para planejamento e a execução das atividades que incluem atendimentos, levantamentos epidemiológicos, atividades de prevenção e promoção, dentre outras.

Pesquisas recentes ressaltam o caráter inovador da proposta de ação intersetorial colocada pelo PSE, ao mesmo tempo em que confirmam que a sua efetivação se constitui em um desafio para os gestores¹⁵⁻¹⁷. Estas contradições estão presentes desde a instituição do PSE, conforme demonstrado por Ferreira *et al.*¹⁸ em uma análise de suas bases legais. O mesmo grupo de pesquisadores afirma a necessidade de mais processos avaliativos sobre o programa divulgando uma metodologia de suporte para a avaliação de ações promotoras de saúde, utilizando-se o PSE como exemplo¹⁹.

Neste sentido, cabe interrogar: quais têm sido os mecanismos propostos no âmbito do PSE para favorecer a ação intersetorial nos territórios municipais? Akerman *et al.*⁹ propuseram que um dos pontos de partida para o estudo de empreendimentos intersetoriais deveria ser a análise dos níveis de gestão e de produção do cuidado. De fato tem sido relatada a

importância dos gestores no processo de descentralização e de incorporação e estímulo ao uso de novas tecnologias e estratégias na administração pública em geral e no cuidado em saúde em particular^{2,20-23}.

No campo de políticas públicas intersetoriais, grupos de trabalho intersetorial têm sido descritos como potenciais facilitadores de sua implementação, desde que reconhecidos como instância interinstitucional, tenham representatividade, capacidade de decisão e ação e estabeleçam processos comunicativos entre os setores, os níveis de gestão e os atores envolvidos^{15,23-25}. De acordo com o Manual Instrutivo, a proposta do PSE está centrada na gestão compartilhada garantida pelos Grupos de Trabalho Intersetoriais (GTI) nos três níveis de governo¹⁴. Nos municípios, o Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTI-M) é a instância responsável pelas ações do programa. Este estudo analisou a constituição e a configuração do GTI-M do PSE no município de Belo Horizonte, Minas Gerais. Como objetivo específico buscou-se identificar e analisar suas atribuições, composição e forma de funcionamento, avaliando suas potencialidades como promotor de ações intersetoriais.

METODOLOGIA

Foi realizada uma pesquisa documental nos textos oficiais publicados sobre o PSE no âmbito do governo federal e do município de Belo Horizonte, no período compreendido entre janeiro de 2008 até março de 2014. As fontes das normativas federais e municipais foram o Diário Oficial da União (DOU) e o Diário Oficial do Município (DOM), respectivamente. A palavra chave utilizada para a busca foi “Programa Saúde na Escola”. Foram incluídas as normativas vigentes e as revogadas para melhor compreensão da evolução das competências e atribuições da instância de gestão municipal do PSE. Neste levantamento foram identificadas 19 portarias federais e duas portarias municipais. Após a análise inicial dos documentos, foram incluídas para estudo apenas as portarias que tratavam do Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTI-M), instância de gestão intersetorial do PSE, a saber: cinco portarias federais (Portaria MS/GM nº 1.861/2008, Portaria MS/GM nº 3.146/2009, Portaria Interministerial nº 3.696/2010, Portaria Interministerial nº 1.910/2011 e Portaria Interministerial nº 1.413/2013) e as duas portarias municipais (Portaria Conjunta SMSA/SMED nº 001/2008 e Portaria Conjunta SMED/SMSA/SMASAN nº 003/2013). Os documentos foram analisados por meio do método de análise de conteúdo proposto por Bardin²⁶. É um método que possibilita, a partir da análise

formal das características do próprio texto, extrair informações e sentidos que não estão inteligíveis a uma leitura padrão. Para a pré-análise do material realizou-se a leitura flutuante dos documentos, momento em que os textos se tornam gradativamente mais claros em função das impressões e informações deles emergentes. Na fase de exploração do material, os temas emergentes foram codificados em categorias. Por meio de um processo de organização por decomposição do texto e posterior reconstrução em categorias, tal procedimento tem o objetivo de transformar os dados brutos em representação de seu conteúdo. Na última etapa do processo de análise do conteúdo, a reconstrução categorizada dos textos foi interpretada de forma a expressar os significados e os sentidos que se “movem com discrição e eficiência sob o sentido primeiro”²⁶. O material foi codificado de acordo com categorias definidas previamente a partir do referencial teórico, especialmente dos estudos de Ferreira *et al.*^{15,18} e confirmadas durante a leitura do material. As categorias foram as seguintes: instituição, composição, modo de funcionamento coordenação e competências do GTI-M. Foi utilizado o software NVivo 10 para auxiliar no manuseio e análise dos documentos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A primeira referência ao Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTI-M) está na Portaria MS/GM nº 1.861 de 04 de setembro de 2008, que estabelece que a nomeação do GTI pelos gestores municipais é uma das etapas do fluxo de adesão ao programa²⁷. Na sua composição, devem ser incluídos representantes das Secretarias de Saúde e Educação e da Secretaria Estadual de Educação, nos locais onde escolas estaduais participam do PSE. O GTI-M tem como atribuições a elaboração do Projeto do PSE e do Termo de Adesão e o envio do projeto, após sua homologação pela Comissão Intergestora Bipartite (CIB), para o endereço eletrônico do PSE no Ministério da Saúde. A portaria estabelece os itens que devem constar no Projeto do PSE, a saber: diagnóstico situacional que compreenda questões referentes a determinantes sociais, cenário epidemiológico e modalidades de ensino das escolas na área de atuação das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF); mapeamento da Rede SUS de Atenção Básica/Saúde da Família e da Rede de Escolas – Federal, Estadual e Municipal – criando espaços comuns, denominados de territórios de responsabilidade; atribuições das ESF e das escolas em cada um dos territórios de responsabilidade, quantificando o número de escolas, de alunos em cada escola e as questões prioritárias do perfil desses alunos, bem

como definindo responsáveis das áreas da saúde e da educação pelo seguimento do projeto em cada território; identificação de cada instituição de ensino atendida pelo PSE com definição do professor responsável pela articulação das ações de prevenção e promoção da saúde na escola; programação das atividades do PSE que deverão ser incluídas no projeto político-pedagógico de cada uma das escolas. A portaria não trata da coordenação do GTI-M, assim como não atribui ao mesmo nenhuma função de coordenação do programa municipal. Em seu Anexo IV, que descreve modelo para o Termo de Adesão ao PSE, está especificado que o programa “se efetivará por meio da gestão intersetorial entre Educação e Saúde, cujas responsabilidades da gestão municipal estão explícitas no Plano de Ação em anexo”²⁷.

Esta lacuna, intencional ou não, pode gerar organizações municipais mais ou menos estimuladoras de ações intersetoriais, já que faculta ao município a organização da gestão do programa. Esta possibilidade de pautar o programa de acordo com as especificidades do território é um elemento importante da intersectorialidade defendido por Mendes e Akerman⁵. Para os autores, esta é uma prática concreta que deve ser estabelecida a partir da ação recíproca e complementar entre os atores envolvidos. Para tal, relatam ainda, não há metodologia consagrada nem evidência estabelecida para a sua construção. Ferreira *et al.*¹⁸ afirmaram que as competências do GTI-M instituídas pela Portaria 1.861/2008 possibilitam a superação da fragmentação das políticas sociais e contribuem para o aperfeiçoamento do diagnóstico local e a criação de territórios de responsabilidade entre saúde e educação. Na verdade, as características do projeto do PSE, ao valorizarem no diagnóstico situacional, questões atinentes à determinação social do processo saúde-doença, o mapeamento das redes de saúde e educação e o acompanhamento local do programa, avançam ao possibilitar o início da construção de uma articulação entre os dois setores. A base regional com foco em uma lógica populacional e territorial é um dos pressupostos para a implementação de ações intersetoriais, assim como a articulação da intersectorialidade, da descentralização e do planejamento participativo constitui um novo paradigma orientador do modelo da gestão pública compatível com os desafios para a promoção da qualidade de vida^{2,4,10,28}.

A Portaria MS/GM nº 3.146 de 17 de dezembro de 2009 mantém o mesmo texto relativo às atribuições do GTI-M e aos requisitos necessários no projeto municipal²⁹.

A Portaria Interministerial nº 3.696 de 25 de novembro de 2010 é publicada com o objetivo de ampliar a cobertura e intensificar a atuação do PSE no país³⁰. Esta portaria mantém o papel do GTI-M na elaboração do projeto municipal, solicitando maior detalhamento sobre a forma

de funcionamento do GTI-M (periodicidade de reuniões, integrantes e outros). O parágrafo primeiro do Artigo 5º estabelece que o GTI-M “tem o papel de articular e apoiar a implantação e implementação das ações do Programa no território de responsabilidade, [...]”³⁰, tornando-se aqui mais claro o seu papel como facilitador local do processo de implantação do programa. É definido o Sistema Integrado de Monitoramento, Execução e Controle do Ministério da Educação (SIMEC) como ferramenta de gestão do programa. Este sistema é composto por três cadastros: Cadastro Secretaria, Cadastro Escola e Unidade Local Integrada. Cabe ao GTI-M alimentar o primeiro deles e monitorar o preenchimento dos outros dois pelos diretores das escolas com o apoio das ESF.

A Portaria Interministerial nº 1.910 de 08 de agosto de 2011 define o Termo de Compromisso Municipal a ser celebrado entre as Secretarias Municipais de Saúde e Educação no qual são formalizadas as metas das ações de prevenção, promoção e atenção à saúde dos escolares para fins de transferência dos recursos financeiros e materiais do PSE³¹. A forma do Termo de Compromisso é descrita no Anexo I da referida portaria. A Cláusula quinta deste Anexo define as atribuições e responsabilidades da esfera municipal e/ou distrital do PSE, especificando os compromissos assumidos pelas Secretarias Municipais de Saúde e Educação. A instituição do GTI-M é o primeiro compromisso citado, e este se constitui no grupo de execução, gestão do recurso, acompanhamento e monitoramento das ações do PSE no território. Os compromissos seguintes são semelhantes aos tópicos do projeto municipal do PSE definidos nas portarias anteriores. No entanto, nesta portaria, estas atividades são colocadas como atribuições diretas das Secretarias Municipais de Saúde e de Educação. Não estão relacionadas ao projeto do PSE, que não é citado na normativa, nem ao GTI-M.

Dessa forma, como não consta revogação das portarias anteriores, estabelece-se uma situação de ambiguidade quanto aos responsáveis pelas atribuições inicialmente designadas ao GTI-M. Ferreira *et al.*¹⁸ apontam contradições nas portarias que privilegiam o protagonismo do setor saúde em ações de coordenação e financiamento do programa. Ambiguidades legais associadas a contradições podem ser fatores dificultadores da implantação e implementação da política por dificultar o entendimento da norma, assim como a própria construção do trabalho intersetorial. Como já relatado, o Anexo I atribui ao grupo municipal a gestão do recurso financeiro do PSE.

A Portaria Interministerial 1.413 de 10 de julho de 2013 é editada para redefinir regras e critérios para adesão ao PSE³². Esta portaria revoga sete portarias anteriores, entre elas as

quatro portarias federais acima citadas. Entre as alterações instituídas, amplia a possibilidade de adesão ao PSE a todos os municípios do país e reconfigura as atribuições dos GTI nos três níveis de governo. O Artigo 5º estabelece que a gestão do PSE é realizada pelos Grupos de Trabalho Intersectorial, nos três níveis de governo. As responsabilidades do GTI-M passam a ser as seguintes: apoiar a implementação dos princípios e diretrizes do PSE no planejamento, monitoramento, execução, avaliação e gestão dos recursos financeiros; articular a inclusão dos temas relacionados às ações do PSE nos projetos políticos pedagógicos das escolas; definir as escolas públicas federais, estaduais (em articulação com o Estado) e municipais a serem atendidas no âmbito do PSE, considerando-se as áreas de vulnerabilidade social, os territórios de abrangência das Equipes de Atenção Básica e os critérios indicados pelo Governo Federal; possibilitar a integração e planejamento conjunto entre as equipes das escolas e as equipes de Atenção Básica; subsidiar o processo de assinatura do Termo de Compromisso pelos secretários municipais de saúde e de educação; participar do planejamento integrado de educação permanente e formação continuada e viabilizar sua execução; apoiar, qualificar e garantir o preenchimento do Sistema de Monitoramento e Avaliação do PSE; propor estratégias específicas de cooperação entre Estados e Municípios para a implementação e gestão do cuidado em saúde dos educandos no âmbito municipal; garantir que os materiais do PSE, enviados pelo Ministério da Educação, sejam entregues e utilizados de forma adequada pelas Equipes de Atenção Básica e equipes das escolas. O Projeto do PSE não se constituiu mais como um requisito e o Termo de Compromisso se torna o documento que direciona o programa no âmbito local. Percebe-se um deslocamento do foco das competências do GTI-M. As portarias anteriores, ao enfocarem a elaboração do projeto do PSE como principal atribuição do GTI-M, privilegiavam aspectos relacionados ao diagnóstico do território como perfil epidemiológico, levantamento de vulnerabilidades, composição das redes de saúde e educação. Esta nova portaria traz para o grupo atribuições mais técnicas na área de planejamento. Suas funções no acompanhamento, monitoramento e avaliação do programa permanecem intrincadas em meio às competências explicitadas, como por exemplo, a gestão do recurso financeiro e a facilitação do planejamento local pelas equipes das escolas e equipes das unidades básicas de saúde.

O Quadro 1 apresenta, de forma sintética, a evolução das atribuições do GTI-M, de acordo com as normativas do governo federal selecionadas.

Quadro 1: Atribuições do GTI-M segundo as normativas do governo federal selecionadas, Brasil, 2008-2014

PORTARIAS	ATRIBUIÇÕES
Portaria MS/GM nº 1.861/2008 e Portaria MS/GM nº 3.146/2009	Elaborar o Projeto do PSE.
	Elaborar o Termo de Adesão ao PSE.
	Enviar o Projeto do PSE, em meio eletrônico, para o <i>site</i> do Ministério da Saúde.
Portaria Interministerial nº 3.696/2010	Elaborar o Projeto do PSE.
	Articular e apoiar a implantação e implementação das ações do programa no território de responsabilidade.
	Alimentar o Cadastro Secretaria e monitorar o preenchimento e a atualização dos Cadastros Escola e Unidade Local Integrada, todos componentes do Sistema Integrado de Monitoramento do Ministério da Educação (SIMEC).
Portaria Interministerial nº 1.910/2011	Executar a gestão do recurso, acompanhar e monitorar as ações do PSE no território.
Portaria Interministerial nº 1.413/2013	Apoiar a implementação dos princípios e diretrizes do PSE no planejamento, monitoramento, execução, avaliação e gestão dos recursos financeiros.
	Articular a inclusão dos temas relacionados às ações do PSE nos projetos políticos pedagógicos das escolas.
	Definir as escolas públicas a serem atendidas no âmbito do PSE, considerando-se as áreas de vulnerabilidade social, os territórios de abrangência das equipes de atenção básica e os critérios indicados pelo governo federal.
	Possibilitar a integração e planejamento conjunto entre as equipes das escolas e as equipes de atenção básica.
	Subsidiar o processo de assinatura do Termo de Compromisso pelos secretários municipais de saúde e de educação.
	Participar do planejamento integrado de educação permanente e formação continuada e viabilizar sua execução.
	Apoiar, qualificar e garantir o preenchimento do Sistema de Monitoramento e Avaliação do PSE.

	Propor estratégias específicas de cooperação entre Estados e Municípios para a implementação e gestão do cuidado em saúde dos educandos no âmbito municipal.
	Garantir que os materiais do PSE, enviados pelo Ministério da Educação, sejam entregues e utilizados de forma adequada pelas equipes de atenção básica e equipes das escolas.

Fonte: Brasil, 2008; 2010; 2011; 2013, organizado pelos autores.

O GTI-M de Belo Horizonte 2008-2014: constituição, configuração e atribuições

No âmbito do município de Belo Horizonte, o PSE é instituído pela Portaria Conjunta SMSA/SMED nº 001/2008 de 05 de novembro de 2008, composta por três artigos³³. O Artigo 1º institui e nomeia o GTI-M com o objetivo de elaborar o Projeto do PSE. O GTI-M é constituído por 13 componentes, oito representantes da Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) e cinco representantes da Secretaria Municipal de Educação (SMED). O Artigo 2º define as quatro atribuições do GTI-M: elaboração do projeto municipal do PSE; elaboração do termo de adesão ao PSE; envio do projeto para o Ministério da Saúde; acompanhamento, monitoramento e avaliação da implementação das ações do programa no âmbito das duas secretarias envolvidas. Não há nenhuma citação sobre mecanismos de funcionamento do GTI-M nem sobre a coordenação do mesmo. Observa-se que os diagnósticos territoriais e mapeamentos de rede, preparatórios para a elaboração do projeto e entendidos por estes autores como importantes para as fases iniciais de construção da articulação entre saúde e educação, não são citados no texto do documento.

Pode-se considerar que a gestão municipal busca avançar em relação ao estabelecido pela Portaria MS/GM nº 1.861/2008, pois institui o GTI-M como a esfera responsável pelo acompanhamento, monitoramento e avaliação do processo de implementação municipal do PSE. Entende-se que tal atribuição não é garantia de superação da fragmentação e das disputas de poder presentes na administração pública, mas a definição clara do papel do grupo pode contribuir para a diminuição de dissensos práticos^{6,18,23,24,34}. Verifica-se que a presença de maior representação do setor saúde na composição do GTI-M em Belo Horizonte parece confirmar os achados de Ferreira *et al.*¹⁸ que demonstraram destaque deste setor na implantação do PSE em municípios brasileiros.

A segunda normatização sobre o PSE publicada em Belo Horizonte foi a Portaria Conjunta SMED/SMSA/SMASAN nº 003/2013, de 12 de setembro de 2013. Esta portaria acrescenta a Secretaria Municipal Adjunta de Segurança Alimentar e Nutricional (SMASAN) na composição do novo GTI-M³⁵. A portaria possui oito artigos e amplia a formação do GTI para 21 membros: doze representantes da SMED, sete representantes da SMSA e dois representantes da SMASAN. Além da inclusão de uma terceira secretaria de governo e do aumento do número de participantes, o novo GTI-M tem reconfigurada as representações das Secretarias de Saúde e Educação. Enquanto que na portaria de 2008 são citados apenas os nomes dos componentes do GTI-M, nesta há especificação da Gerência ou Coordenação representada (Quadro 2).

Quadro 2: Composição do GTI-M do PSE de Belo Horizonte, de acordo com a Portaria Conjunta SMED/SMSA/SMASAN nº 003/2013.

Secretaria Municipal de Educação	Secretaria Municipal de Saúde	Secretaria Municipal de Segurança Alimentar
1. Gerência de Articulação da Política Educacional / Projeto Sustentador: Melhoria da Qualidade da Educação	1 Coordenação do PSE/SMSA 2 Coordenação de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente	1 Gerência de Planejamento e Avaliação Nutricional 2 Gerência de Educação para o Consumo Alimentar
2. Coordenação do PSE	3 Coordenação de Saúde Mental	
3. Programa Família-Escola	4 Coordenação de Saúde Bucal	
4. Gerência de Coordenação da Política Pedagógica e de Formação	5 Coordenação de DST/Aids	
5. Escola Integrada	6 Centro Municipal de Oftalmologia	
6. Educação Infantil	7 Coordenação de Reabilitação	
7. Educação de Jovens e Adultos		
8. Núcleo de Inclusão da Pessoa com Deficiência		
9. Núcleo de Gênero e Diversidade Sexual		
10. Escritório de Gestão de Projetos		

11. Gerência de Gestão Administrativo- Financeira
12. Gerência de Planejamento e Informação

Fonte: Belo Horizonte, 2013, organizado pelos autores.

Os representantes da SMASAN são os únicos para os quais foram nomeados suplentes. Estas mudanças parecem indicar maior potência de desenvolvimento de ações intersetoriais, tendo em vista a maior abrangência das áreas de atuação dos integrantes do programa. No entanto, uma composição diversificada do grupo não garante a efetivação da prática da intersectorialidade. Seus mecanismos de funcionamento, sua coordenação, a alternância da mesma, a metodologia de trabalho serão determinantes para os avanços ou não da prática intersectorial¹⁸.

A Secretaria de Saúde participa do GTI-M com coordenações de áreas técnicas do setor. Já a Secretaria de Educação, além dos núcleos técnicos, compõe o grupo com pelo menos três gerências administrativas e de planejamento. Este fato, associado ao maior número de componentes da educação no GTI-M pode indicar a ampliação do protagonismo desse setor na gestão intersectorial do PSE, assim como uma maior institucionalização do programa no âmbito desta secretaria.

A portaria define cinco competências para o grupo: propor diretrizes para o planejamento das ações do PSE; intensificar as parcerias entre os setores e atores sociais envolvidos para articular ações de promoção da saúde nas escolas; apresentar parâmetros conceituais de educação, saúde e cidadania para capacitação dos assistentes do PSE e das equipes de saúde volantes; propor estratégias de integração, mobilização e informação relacionadas às ações do PSE; acompanhar a execução do programa na cidade. A nova redação das competências do GTI-M de Belo Horizonte também as tornou mais claras, como aconteceu no âmbito nacional a partir da publicação da Portaria 1.413/2013. Mais uma vez, a normativa municipal explicita a atribuição do GTI-M no acompanhamento da execução do PSE. Além disso, trata de aspectos não abordados pela portaria anterior, reforçando a percepção de maior institucionalização do GTI-M. O Artigo 4º define que o GTI será coordenado de maneira compartilhada pelas coordenações centrais do PSE da SMED e da SMSA. Essa tem sido uma medida recomendada para contribuir na superação de obstáculos próprios à implantação de

políticas intersetoriais^{18,23}. O Artigo 5º estabelece a periodicidade mensal das reuniões, com indicação do dia e semana dos encontros do GTI-M e as reuniões serão registradas em atas e suas deliberações serão publicadas no Diário Oficial do Município (DOM-BH) conforme previsto no Artigo 7º. Neste sentido, foi realizada uma busca na versão digital do DOM-BH no período de 05 de dezembro de 2007 a 10 de outubro de 2014. Nenhuma publicação de deliberação do GTI-M do PSE foi encontrada.

A instituição, composição, atribuições e forma de funcionamento do GTI-M do PSE de Belo Horizonte apresentam convergências com a maior parte das disposições da normativa federal. No entanto, conforme demonstra Faria²⁴ na análise da intersectorialidade no Programa Bolsa Família (PBF) na mesma cidade, a intenção do Governo Federal de promoção de ações intersetoriais pode não se refletir na execução territorial da política. A partir da análise documental sobre este programa, foram identificadas lacunas entre as fases de formulação e implementação do mesmo. Além disso, dissensos práticos e aparatos administrativos eminentemente setoriais também geram impasses na implementação de políticas sociais^{6,8,10,24}.

A primeira portaria municipal, mais concisa e com texto bem curto, deixa lacunas em relação ao detalhamento da elaboração do projeto do PSE, importante instrumento de articulação intersetorial. A segunda portaria, mais abrangente, demonstra avanços na organização do programa em Belo Horizonte, com a presença de mecanismos potencialmente promotores de ações intersetoriais. Verifica-se que ambas as portarias municipais estabelecem explicitamente o GTI-M como a instância responsável pelo acompanhamento do PSE, fato nem sempre claro nas portarias federais (Quadro 3).

Quadro 3: Evolução das atribuições do GTI-M de Belo Horizonte, 2008 a 2013

	Portaria Conjunta SMSA/SMED nº 001/2008	Portaria Conjunta SMED/SMSA/SMASAN nº 003/2013
Atribuições do GTI-M	Elaborar o Projeto do PSE. Elaborar o Termo de Adesão ao PSE.	Propor diretrizes para o planejamento das ações do PSE no município de Belo Horizonte. Intensificar as parcerias entre os vários setores e atores sociais para articular

	<p>Enviar o projeto para o endereço eletrônico do PSE junto ao Ministério da Saúde.</p> <p>Fazer acompanhamento, monitoramento e avaliação da implementação das ações do PSE.</p>	<p>ações de promoção à saúde integral nas escolas.</p> <p>Apresentar parâmetros conceituais de educação, saúde e cidadania para capacitação dos assistentes do PSE e das equipes de saúde volantes.</p> <p>Propor estratégias de integração, mobilização e informação relacionadas às diversas ações desenvolvidas pelo programa.</p> <p>Acompanhar a execução do PSE.</p>
--	---	--

Fonte: Belo Horizonte, 2008; 2013, DOM-BH, organizado pelos autores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em relação ao objetivo deste trabalho, percebe-se que o GTI se configura como uma instância potencialmente promotora da intersetorialidade no PSE. Lacunas e ambiguidades apresentadas pelas portarias federais foram corrigidas ao longo do tempo, em um processo de mudança das atribuições e aperfeiçoamento do modo de funcionamento do GTI-M. A legislação federal possibilitou arranjos locais específicos, como por exemplo, a composição do GTI-M. No caso estudado, repete-se, em Belo Horizonte, esta evolução do GTI-M. Houve, desde o início, uma clara opção por um papel ativo do GTI-M na condução do PSE, se constituindo como a instância de gestão do programa.

Este estudo, limitado à análise documental das bases normativas do GTI-M do PSE, está no limiar do entendimento da complexa questão da intersetorialidade nas políticas públicas. Pesquisas posteriores devem se dedicar a uma análise mais aprofundada do funcionamento do GTI-M e do próprio PSE para compreender e avaliar o desenvolvimento do programa e de suas estratégias de ação e gestão intersetorial.

Colaboradores

Chiari APG contribuiu para a concepção, coleta e análise dos dados e redação do artigo. Ferreira RC contribuiu para a concepção, marco teórico e revisão do artigo. Senna MIB contribuiu com a orientação, concepção, marco teórico e revisão final do artigo.

REFERÊNCIAS

1. Almeida Filho N. Intersetorialidade, transdisciplinaridade e saúde coletiva: atualizando um debate em aberto. *Rev Adm Publica*. 2000; 34(6): 11-34.
2. Inojosa RM. Sinergia em Políticas e Serviços Públicos: desenvolvimento social com intersectorialidade. *Cad Fundap*. 2001; 22:102-110.
3. Junqueira LAP. A gestão intersectorial das políticas sociais e o terceiro setor. *Saude Soc*. 2004; 13(1):25-36.
4. Junqueira LAP. Articulações entre o serviço público e o cidadão. X Congreso Internacional del CLAD sobre da Reforma del Estado y de la Administración Pública; 2005 Oct; Santiago, Chile. p. 18-21.
5. Mendes R, Akerman M. Intersetorialidade: reflexões e práticas. In: Fernandes JCA, Mendes R, organizadores. *Promoção da saúde e gestão local*. São Paulo: CEPEDOC; 2007.
6. Santos NN. A intersectorialidade como modelo de gestão das políticas de combate à pobreza no Brasil. O caso do Programa Bolsa Família no município de Guarulhos [dissertação]. São Paulo (SP): Fundação Getúlio Vargas; 2011.
7. Coelho AVAG. A Construção da Intersetorialidade no Programa Bolsa Família em Manguinhos, no Rio de Janeiro [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2009.
8. Andrade LOM. A saúde e o dilema da intersectorialidade. São Paulo: Hucitec; 2006.
9. Akerman M, de Sá RF, Moysés S, Rezende R, Rocha D. Intersetorialidade? IntersetorialidadeS! *Cien Saude Colet*. 2014; 19(11):4291-4300.
10. Nascimento S. Reflexões sobre a intersectorialidade entre as políticas públicas. *Serv Soc Soc*. 2010; 101:95-120.
11. Ndumbe-Eyoh S, Moffatt H. Intersectoral action for health equity: a rapid systematic review. *BMC Public Health* [internet], 2013 [acesso em 15 Nov 2014]; 13: 1056. [cerca de 13 p.]. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/1056>
12. Garcia LMT, Maio IG, Santos TI, Folha CBJC, Watanabe HAW. Intersetorialidade na saúde no Brasil no início do século XXI: um retrato das experiências. *Saude Debate*. 2014; 38(103):966-980.
13. Decreto Presidencial nº 6.286 de 05 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola – PSE, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 5 Dez 2007.

14. Manual instrutivo do Programa Saúde na Escola. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Brasília; 2013.
15. Ferreira IRC, Moysés SJ, França BHS, Carvalho ML, Moysés ST. Percepções de gestores locais sobre a intersetorialidade no Programa Saúde na Escola. Rev Bras Educação. 2014; 19 (56):61-76.
16. Jacóé NB, Aquino NM, Pereira SCL, de Souza ES, de Souza FC, Santana MS, Marçal MM, Rocha MJ, do Nascimento AR, Maia DKA, da Costa MCM, Ribeiro VCM. O olhar dos profissionais de uma Unidade Básica de Saúde sobre a implantação do Programa Saúde na Escola. Rev Med Minas Gerais. 2014; 24 (Supl. 1): 43-48.
17. Graciano AMC. Percepção dos professores em relação à promoção da saúde em escolas do ensino fundamental [tese]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2014.
18. Ferreira IRC, Vosgerau DSR, Moysés SJ, Moysés ST. Diplomas Normativos do Programa Saúde na Escola: análise de conteúdo associada à ferramenta ATLAS TI. Cien Saude Colet. 2012; 17(12):3385-3398.
19. Ferreira IRC, Moysés SJ, França BHS, Moysés ST. Manual metodológico. Avaliação da intersetorialidade no Programa Saúde na Escola. Utilização da metodologia de avaliação rápida. Curitiba: Editora Universitária Champagnat; 2014.
20. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Los proyectos locales de promoción de la salud. Nuevos escenarios para el desarrollo de la salud pública. Ciudad de la Habana [internet], Habana: 1995. [acesso em 02 Ago 2015]. Disponível em: http://www.paho.org/cub/index.php?gid=63&option=com_docman&task=doc_download.
21. Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MCM. O Programa Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2007; 21(2):164-176.
22. Moretti AC, Teixeira FF, Suss FMB, Lawder JAC, de Lima LSM, Bueno RE, Moysés SJ, Moysés ST. Intersetorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba (PR). Cien Saude Colet 2010; 15(Supl. 1):1827-1834.

23. Ferreira VSC, Silva LMV. Intersetorialidade em saúde: um estudo de caso. In: Hartz ZMA, Silva LMV, organizadores. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática da avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador, Rio de Janeiro: EDUFBA, Fiocruz; 2014. p. 103-150.
24. Faria MSR. A intersectorialidade e os dilemas de sua prática no trabalho em saúde [dissertação]. Belo Horizonte (MG): Universidade Católica de Minas Gerais; 2013.
25. Silva KL, Sena RR, Akerman M, Belga SMM, Rodrigues AT. Intersetorialidade, determinantes socioambientais e promoção da saúde. Cien Saude Colet. 2014; 19 (11):4361-4370.
26. Bardin, L. L'analyse de contenu. Paris: PUF; 2013.
27. Portaria nº 1.861 de 04 de setembro de 2008. Estabelece recursos financeiros pela adesão ao PSE para Municípios com equipes de Saúde da Família, priorizados a partir do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica – IDEB, que aderirem ao Programa Saúde na Escola – PSE. Diário Oficial da União, 24 Set 2008.
28. Junqueira LAP, Inojosa RM, Komatsu S. Descentralização e intersectorialidade da gestão pública municipal no Brasil: a experiência de Fortaleza. XI Concurso de Ensayos del CLAD “El tránsito de la Cultura Burocrática al Modelo de la Gerencia Pública: perspectivas, posibilidades y limitaciones”; 1997; Caracas, Venezuela. P.1-75.
29. Portaria nº 3.146 de 17 de dezembro de 2009. Estabelece recursos financeiros para Municípios com equipes de Saúde da Família, que aderirem ao Programa Saúde na Escola – PSE. Diário Oficial da União, 18 Dez 2009.
30. Portaria Interministerial nº 3.696, de 25 de novembro de 2010. Estabelece critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE) para o ano de 2010 e divulga a lista de Municípios aptos para Manifestação de Interesse. Diário Oficial da União, 26 Nov 2010.
31. Portaria Interministerial nº 1.910, de 08 de agosto de 2011. Estabelece o Termo de Compromisso Municipal como instrumento para o recebimento de recursos financeiros do Programa Saúde na Escola (PSE). Diário Oficial da União, 09 Ago 2011.
32. Portaria Interministerial nº 1.413, de 10 de julho de 2013. Redefine as regras e critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE) por Estados, Distrito Federal e Municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações. Diário Oficial da União, 11 Jul 2013.

33. Portaria Conjunta SMSA/SMED nº 001, de 05 de novembro de 2008. Institui o Grupo de Trabalho Intersetorial para elaboração do Projeto do PSE. Diário Oficial do Município, 07 Nov 2008.
34. Gomes LC. O desafio da intersetorialidade: a experiência do Programa Saúde na Escola (PSE) em Manguinhos, no município do Rio de Janeiro [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2012.
35. Portaria Conjunta SMED/SMSA/SMASAN nº 003, de 12 de setembro de 2013. Institui o Grupo de Trabalho Intersetorial do Programa Saúde na Escola. Diário Oficial do Município, 16 Out 2013.

5.2 Estudo exploratório – Programa Saúde na Escola em Belo Horizonte: uma análise a partir das publicações do Diário Oficial do Município, 2007-2014.

5.2.1 METODOLOGIA E FONTES DE DADOS

O Diário Oficial do Município de Belo Horizonte (DOM) é o veículo de comunicação governamental no qual são publicados todos os atos oficiais do poder legislativo e do poder executivo municipal. Apresenta uma edição impressa distribuída para os órgãos da administração, assim como uma versão digital, com acesso disponível na *web*. Além dos atos oficiais da Prefeitura e da Câmara de Vereadores, veicula matérias informativas sobre ações, eventos e programas desenvolvidos pelo poder público municipal. Estas matérias estão localizadas na capa e fotografias coloridas figuram ao lado dos textos. Neste sentido, foi realizada uma pesquisa em outubro de 2014, em sua versão digital, sobre textos relacionados ao PSE em Belo Horizonte. Para seleção dos textos se utilizou o sistema de busca do próprio site, disponível em <http://portal6.pbh.gov.br/dom/pesquisaCidadao.do?method=Inicia>. A palavra chave usada foi “Programa Saúde na Escola” e a busca compreendeu as notícias publicadas entre dezembro de 2007 e outubro de 2014.

O *software* NVivo 10 foi utilizado para organização e manipulação do material. As categorias de análise utilizadas foram: evolução da implantação do programa; planejamento e execução de ações intersetoriais. Além da ordenação dos textos de acordo com as categorias, o *software* contribuiu com o sistema de busca por palavras dentro dos temas relevantes. O material foi trabalhado por análise descritiva e análise de conteúdo (Bardin, 2013).

5.2.2 RESULTADOS

A busca identificou 119 textos. Destes, 59 (49,6%) foram descartados por não tratarem do tema de estudo e se constituírem, em sua maioria, de assuntos específicos e isolados dos setores saúde ou educação. Dos 60 textos restantes, três tratavam de notificações de recebimento de recursos financeiros do governo federal transferidos para a Secretaria Municipal de Saúde, dois eram sobre as portarias municipais que regulamentam o PSE na cidade e um tratava da criação do Programa de Promoção da Aprendizagem (PROAP) a ser financiado com recursos do PSE. Como não abordavam o processo de implantação e

desenvolvimento do PSE estes seis textos também foram excluídos da análise. As portarias municipais foram foco de análise já descrita (Artigo 1). Estabeleceu-se então um *corpus* (Bardin, 2013) de 54 publicações (Quadro 1) sobre o PSE, em 53 edições do jornal.

Quadro 1 – Distribuição de frequência das notícias sobre o PSE publicadas no Diário Oficial do Município, Belo Horizonte, MG, dez 2007 a out 2014.

Ano	Número de notícias
2008	1
2009	1
2010	9
2011	11
2012	7
2013	17
2014	8
Total	54

Fonte: DOM, Belo Horizonte, MG, 2008 a 2014.
Organizado pelos autores

Observa-se que ocorreu, ao longo do tempo, um aumento das notícias sobre o PSE publicadas no DOM. Além disso, verificou-se que “o PSE é integrante do projeto sustentador Melhoria da Qualidade da Educação, parte do programa BH Metas e Resultados” e que “representa uma experiência bem sucedida deste governo no exercício da intersetorialidade” (notícia de 17 de fevereiro de 2011). Estes resultados parecem indicar sua relevância institucional, tendo em vista que os temas das notícias são aqueles considerados relevantes e surpreendentes do ponto de vista social e não apenas individual por uma comunidade discursiva (Alves Filho, 2011).

Os textos publicados pertencem ao gênero jornalístico das notícias e apresentam, na maioria das vezes, duas seções: a primeira relata algum evento ou atividade específica do PSE e a segunda parte apresenta informações gerais sobre o programa, englobando seus objetivos, cobertura, tipo e número de atividades realizadas.

A partir da análise cronológica das notícias publicadas foi possível construir uma linha do tempo que mostrou a evolução do PSE em Belo Horizonte. O PSE foi implantado, como projeto piloto, em 2008, em nove escolas e nove centros de saúde. Neste ano 3.353 alunos foram avaliados. Em 2009, ocorreu uma ampliação do número de escolas (n=36) e centros de saúde

(n=61), alcançando um total de 6.013 estudantes. Em 2010, o PSE atingiu uma cobertura de 100% da rede municipal de ensino fundamental diurno – 169 escolas – com participação de todas as 147 unidades básicas de saúde. O número de alunos avaliados foi de 47.728. A partir de 2011, sempre com cobertura de 100% da rede municipal diurna de ensino fundamental, o número de estudantes avaliados aumentou significativamente (Quadro 2). Em 2013 duas novas escolas passaram a integrar a rede de atuação do PSE e se iniciou a incorporação das Unidades Municipais de Educação Infantil (UMEI) com inclusão de duas unidades. Em 2014, onze UMEI passaram a participar do PSE.

Quadro 2: Evolução do PSE no município de Belo Horizonte, 2008 a 2014.

Ano	Número de escolas municipais participantes	Número de unidades de saúde participante	Número de alunos avaliados (6 a 14 anos)
2008	9	9	3.353
2009	36	61	6.013
2010	169 *	147 **	47.728
2011	169 *	147 **	82.290
2012	169 *	147 **	98.460
2013	171 *	147 **	102.395
2014	171 *	147 **	Não é citado

*100% da rede municipal de ensino fundamental diurno.

** 100% da rede de atenção básica.

Fonte: DOM, Belo Horizonte, MG, 2008 a 2014. Organizado pelos autores

As ações relatadas nas notícias durante os dois primeiros anos do PSE eram desempenhadas pelos profissionais das equipes das unidades básicas de saúde e os escolares eram levados aos centros de saúde para realização da avaliação de saúde. Notícia publicada em 24 de abril de 2010, intitulada “Saúde e Educação se unem para implantar o Programa Saúde na Escola na Região Norte”, anuncia a introdução de um novo profissional, o monitor do PSE.

“A inserção de novos participantes amplia e fortalece o alcance das políticas de Educação e Saúde e, ao mesmo tempo, é uma oportunidade rara de formação através do trabalho para estes jovens”, relatou uma gestora da SMED.

Naquele momento, foram contratados 169 monitores para atuar dentro das escolas, em parceria com os profissionais das equipes de saúde e as avaliações continuavam a ser realizadas nos centros de saúde. A notícia “Secretaria de Saúde qualifica atendimento do PSE

nas escolas. Escolas da rede municipal de educação ganham, a partir de agosto, 17 Equipes de Saúde na Escola”, de 21 de julho de 2011, anunciou o início da atuação das Equipes de Saúde na Escola – compostas por um enfermeiro e um auxiliar de enfermagem. Segundo as notícias, estas equipes têm como objetivos “qualificar o primeiro atendimento” e “ampliar o número de alunos atendidos”. O expressivo aumento no número de estudantes avaliados a partir de 2011 parece estar relacionado à inserção destas equipes. A partir de 2012, o número de monitores se amplia (n=180) e estão formadas 20 equipes de saúde na escola, agora denominadas como “equipes volantes de saúde”. A partir deste mesmo ano passou a aparecer o termo “assistentes de apoio” associado aos monitores. No entanto, não foi possível esclarecer nos textos se são designações diferentes para um mesmo profissional ou se são atores distintos com funções diferenciadas dentro da estrutura do PSE.

A presença dos monitores/assistentes de apoio dentro das escolas e das equipes volante de saúde parece indicar a opção por um modelo diferenciado, no qual novos profissionais assumem as atividades preconizadas para os professores e membros das equipes da ESF. Estes foram os profissionais citados como constituindo as “Equipes do PSE” em Belo Horizonte. Verifica-se que o profissional mais citado nas notícias foi o monitor do PSE. Os demais profissionais das equipes de saúde foram citados em menor frequência e em atividades pontuais do programa. (Quadro 3).

Quadro 3: Categorias profissionais, por setor, envolvidas com o PSE e citadas nas matérias.

Setor	Categoria profissional	Ocorrência por número de matérias	Total por setor
Educação	Monitor / assistente de apoio	31	43
	Professor	12	
Saúde	Médico	12	36
	Enfermeiro	9	
	“Equipe volante do PSE”	9	
	Auxiliar de enfermagem	4	
	“Profissionais da saúde”	2	
	Dentista	0	

Fonte: DOM, Belo Horizonte, MG, 2008 a 2014. Organizado pelos autores.

Os temas mais presentes nas notícias foram as capacitações dos trabalhadores do PSE e as ações desenvolvidas com os estudantes. As capacitações foram citadas em 23 notícias

(43,4%), e o termo “formação” foi o mais comumente utilizado para se referir as estas atividades. Os processos de formação dos monitores e assistentes de apoio foram destacados em 13 (56,5%) destas 23 matérias. A participação de outras categorias profissionais foi pouco citada. As Secretarias de Educação e de Saúde, assim como as Administrações Regionais foram responsáveis pela promoção dos eventos de capacitação citados. A Figura 2 ilustra a associação das formações aos monitores em nove publicações que utilizaram o termo em seu título.

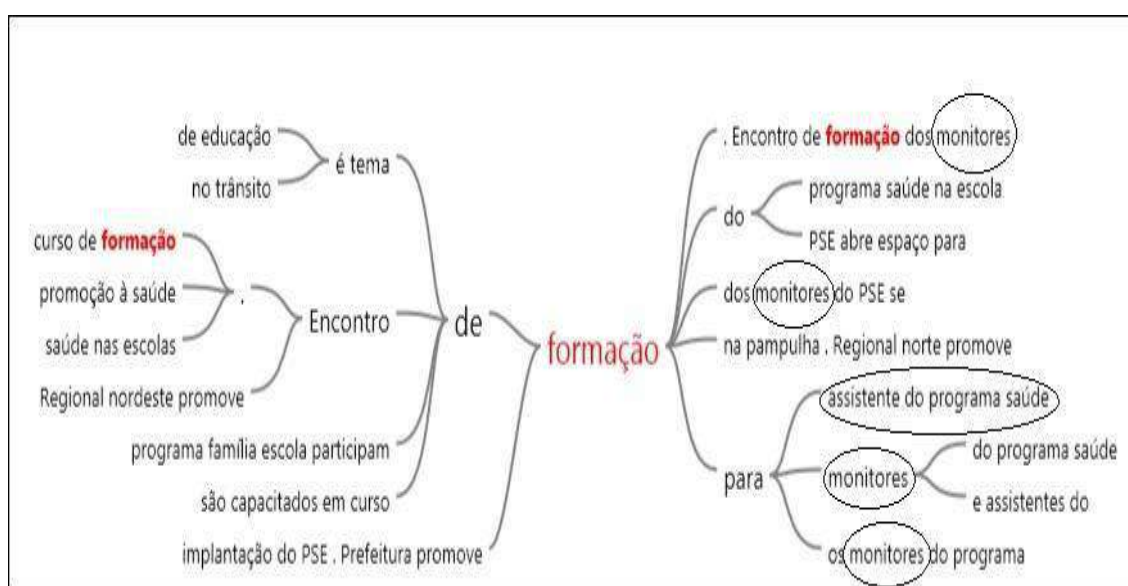


Figura 2 – Representação construída pelo *software* NVivo 10 das conexões da palavra “formação” nos títulos das publicações do DOM sobre o PSE.

Dentre as atividades desenvolvidas com os estudantes, destacaram-se as notícias sobre as avaliações clínicas, sendo as mais citadas as avaliações anuais de saúde e as avaliações oftalmológicas. Relatadas ainda, as avaliações nutricionais e as ações de saúde bucal. Atividades de promoção da saúde desenvolvidas com os estudantes também foram mencionadas nas matérias, com relatos de que temas relacionados à prevenção e à promoção da saúde foram incluídos nos projetos político pedagógicos das escolas. Os assuntos foram abordados por meio de oficinas, rodas de conversa, projetos, feiras, seminários, gincanas, palestras e campanhas. Na edição de 03 de maio de 2012 foi noticiado o lançamento do Guia de Promoção à Saúde que “[...] aborda temas que privilegiam a vida saudável e será um importante meio para os profissionais do PSE implementarem, cada vez mais, ações de promoção à saúde”, de acordo com uma gestora da SMSA.

Foram noticiados cinco eventos realizados pelas regionais administrativas para apresentação do programa às famílias, à sociedade civil e à outros órgãos públicos. Não há nenhuma menção sobre a participação de estudantes e familiares nas etapas de planejamento das ações do PSE.

Percebe-se uma descentralização da gestão do PSE, com a publicação de 34 eventos promovidos pelas Administrações Regionais. Além das Secretarias de Educação e Saúde, a SMASAN é o órgão municipal que mais é citado nas notícias, porém não foram encontradas referências sobre a participação desta secretaria na gestão municipal do PSE (Belo Horizonte, 2013b). Outro setor da administração municipal mencionado é a Empresa de Transporte e Trânsito de Belo Horizonte (BHTrans). Três cursos da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) são citados em eventos promovidos conjuntamente: enfermagem, nutrição e odontologia.

Buscou-se identificar as vozes sociais presentes nas notícias sobre o PSE e observou-se que a maior parte das entrevistas foi realizada com gestores do programa, seja do nível central das secretarias de governo envolvidas, seja dos níveis regionais da administração municipal (Quadro 4).

Quadro 4 – Vozes sociais presentes nas notícias sobre o PSE.

Ator	Número de depoimentos
Gestores (Educação e Saúde)	38
Monitores do PSE	10
Profissionais da saúde atuantes no PSE	10
Estudantes	6
Pais ou responsáveis	2
Professor	1
Outro setor envolvido (universidade)	1

Fonte: DOM, Belo Horizonte, MG, 2008 a 2014. Organizado pelos autores

A análise dos textos das notícias não possibilitou a identificação de uma concepção institucional de intersetorialidade. Foram relatados os trabalhos conjuntos entre educação e saúde no planejamento e execução das ações do PSE, mas sempre de maneira geral e sem detalhamento. Nas entrevistas, a ação intersetorial foi descrita, quase sempre na perspectiva

da ação de saúde desenvolvida dentro da escola. O lançamento do Guia de Promoção da Saúde e as capacitações parecem ser os elementos mais consistentes de ação intersetorial desenvolvida. No entanto, em relação aos processos de formação, houve indicativos de serem restritos aos monitores do PSE. Profissionais da saúde, inclusive os membros das equipes volantes, foram citados apenas pontualmente como público deste processo.

Pergunta-se então, qual o modelo de intersetorialidade tem sido construído no PSE de Belo Horizonte? A implantação de equipes específicas para o desenvolvimento das ações do programa parece restringir o envolvimento dos profissionais das equipes da ESF e dos professores. Dois estudos recentes e independentes conduzidos com professores da rede municipal (Graciano, 2014) e com profissionais das equipes de saúde (Jacoé *et al.*, 2014) do município de Belo Horizonte evidenciaram que estes trabalhadores não conhecem a proposta do PSE, têm pouca capacidade de argumentação sobre o mesmo e não se sentem participantes da operacionalização de suas ações. Como tem sido a integração das equipes do PSE com as equipes das unidades básicas de saúde e com os professores? No âmbito de um programa intersetorial, qual o sentido de equipes do PSE dissociadas das equipes de saúde e de educação?

Também não são citadas dificuldades para o trabalho intersetorial. Por se tratarem de notícias institucionais, os textos tornam evidentes algumas situações, silenciando-se sobre outras, condizentes com a natureza sócio-ideológica do contexto em que foram publicadas (Alves Filho, 2008).

5.3 Artigo 2 – Ação intersetorial no Programa Saúde na Escola: percepção dos gestores de um município brasileiro de grande porte

Artigo a ser enviado à Revista Cadernos de Saúde Pública
(Qualis 2014, Odontologia, A2)

AÇÃO INTERSETORIAL NO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: PERCEPÇÃO DOS GESTORES DE UM MUNICÍPIO BRASILEIRO DE GRANDE PORTE

Antônio Paulo Gomes Chiari¹, Raquel Conceição Ferreira², João Henrique Lara do Amaral², Kecyanne Malheiros Machado³, Maria Inês Barreiros Senna⁴

UFMG, Faculdade de Odontologia. Programa de Pós Graduação. Mestrado Profissional em Odontologia em Saúde Pública.

¹Estudante de pós-graduação, ²Professores OSP, ³Estudante de graduação, ⁴Professora CPC

RESUMO

Estudo transversal que analisou a percepção dos gestores do Programa Saúde na Escola (PSE) sobre a intersectorialidade na gestão e no desenvolvimento das ações. Um questionário eletrônico semiestruturado foi aplicado entre maio e junho de 2015 para os membros do Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTI-M) (n=23) e das Coordenações Regionais do PSE (n=18), em Belo Horizonte, MG. Dados foram submetidos à análise descritiva e análise de conteúdo. Evidenciaram-se dificuldades para a construção do trabalho intersectorial. O GTI-M se encontra esvaziado e se mostrou frágil, com pequeno conhecimento sobre o processo de implementação do PSE e baixo poder de decisão. Foi identificado um baixo índice de utilização dos mecanismos de integração intersectorial propostos pela política estudada. Nas ações desenvolvidas percebeu-se pequeno compartilhamento de responsabilidades entre os setores educação, saúde e segurança alimentar, com adoção de práticas tradicionais e pouco inovadoras.

PALAVRAS-CHAVE

Ação Intersetorial; Saúde Escolar; Promoção da Saúde; Políticas Públicas.

INTRODUÇÃO

A intersectorialidade, amplamente discutida no âmbito das políticas sociais, adquiriu um conceito polissêmico de *princípio* ou *paradigma* norteador, nova *lógica* de gestão e/ou *estratégia* política de articulação, denotando um caráter tão complexo quanto a natureza da realidade sobre a qual propõe atuar¹. Entre seus elementos se destacam a combinação de perspectivas, especialidades ou setores, a otimização de saberes, o compartilhamento de responsabilidades e funções e da prática social numa base regional¹⁻³. A inovação possibilitada pela intersectorialidade está na síntese destes elementos na construção de objeto e objetivos comuns e de propostas para além das ações setoriais⁴. Estudos internacionais e nacionais têm demonstrado a potencialidade dos grupos de trabalho intersectorial e de outras formas de lideranças no âmbito do aparato governamental como dispositivos de coordenação de práticas, projetos e programas cuja diretriz é a intersectorialidade⁵⁻⁸.

Neste contexto, o Programa Saúde na Escola (PSE) foi instituído pelo Decreto Presidencial nº 6.286 de 05 de dezembro de 2007 com o objetivo de contribuir para a formação integral dos estudantes por meio da integração e articulação permanentes das ações do Sistema Único de Saúde (SUS) às ações da rede pública de educação básica. Apresenta as seguintes diretrizes: descentralização e respeito à autonomia federativa; integração e articulação das redes públicas de ensino e de saúde; territorialidade; interdisciplinaridade e intersectorialidade; integralidade; cuidado ao longo do tempo; controle social; monitoramento e avaliação permanentes⁹.

O modelo de intersectorialidade proposto pelo PSE pode ser depreendido dos seus objetivos e do Manual Instrutivo de 2013¹⁰. O PSE se propõe atuar no enfrentamento das vulnerabilidades no campo da saúde, fortalecendo a comunicação entre serviços e entre estes e os cidadãos e contribuindo para a construção de redes sociais. Busca efetivar a articulação intersectorial necessária à garantia do direito fundamental à saúde, conforme preconizado pela Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)¹¹. A articulação dos setores com vistas à otimização e racionalização de espaços, equipamentos e recursos para ampliação do alcance e do impacto das ações, também um dos objetivos do PSE, é descrita como um dos atributos da intersectorialidade^{2,12-14}.

No âmbito dos municípios, a gestão compartilhada proposta para o PSE será viabilizada pela implantação dos Grupos de Trabalho Intersectorial (GTI), com representação das áreas da educação e da saúde, além de outros setores definidos de acordo com cada realidade local. O Grupo de Trabalho Intersectorial Municipal (GTI-M) foi instituído pela Portaria nº 1.861 de 04 de setembro de 2008 e deve ser nomeado pelos gestores municipais como uma das etapas de adesão ao PSE. As competências atuais do GTI-M são regulamentadas pela Portaria Interministerial nº 1.413 de 10 de julho de 2013¹⁵.

A definição do GTI-M como instância de gestão compartilhada do PSE sinaliza uma tendência ao modelo de gestão intersetorial descendente, ou seja, quando os princípios da intersetorialidade são aplicados na cúpula da gestão associados à setorialidade na base institucional¹³. No modelo ascendente, a intersetorialidade prevalece nas instâncias executoras, com setorialidade nos órgãos de cúpula¹³. A associação de modelos ora mais descendentes, ora mais ascendentes contribui para o equilíbrio necessário entre setorialidade e intersetorialidade nos diferentes níveis institucionais e que combinados aos elementos territorialização, democratização e participação favorecem a qualidade na gestão pública, segundo Sposati¹³. A forma de atuação prevista para o GTI-M, com ações de planejamento, execução, monitoramento e avaliação realizadas coletivamente, considerando as potencialidades e voltadas às vulnerabilidades do território, também insere o PSE nos elementos descritos pela autora. Caracteriza-se, assim como uma gestão democrática com interação, troca de saberes e compartilhamento de poderes entre gestores, profissionais, educandos e comunidade.

Ferreira *et al.*¹⁶, ao analisarem as normas federais que regulamentam o PSE, concluíram que o GTI é um espaço privilegiado para a superação da fragmentação de políticas sociais. Por ter entre suas competências a elaboração do projeto do PSE, que leva em conta a criação de territórios sob a responsabilidade conjunta de educação e saúde, tem a possibilidade de estimular reflexões sobre a determinação social da saúde dentro da escola. Pesquisa posterior realizada com gestores do PSE em cinco cidades brasileiras concluiu que os participantes, apesar de apresentarem os conhecimentos necessários ao trabalho intersetorial, vivenciavam um processo de aprendizagem para a superação do modelo tradicional de gestão¹⁷.

Esta aprendizagem é necessária à transição para um modelo democrático e participativo, pois neste processo a equipe de gestão se constitui em protagonista essencial na medida em que tem a possibilidade de desenvolver mecanismos e instrumentos de vinculação dos atores locais que participam da implementação de determinada política pública¹⁸. Tal fato torna-se especialmente crítico no contexto de incorporação de novos serviços e de novos modelos de gestão¹⁸. A atuação dos grupos de trabalho intersetorial pode contribuir na superação de hierarquias e relações de poder⁷ e, no caso do PSE, foram encontrados poucos estudos dedicados à sua análise^{16,17,19,20}. Desde modo, torna-se relevante compreender a atuação de gestores de um programa intersetorial em municípios brasileiros de grande porte, onde a educação e saúde apresentam gestão setorial bem definida e, apesar de atuarem nos mesmos territórios, estabelecem contatos pontuais e pouco integrados.

O PSE foi implantado no município de Belo Horizonte em 2008 como um projeto piloto. Em dezembro de 2010 atingiu uma cobertura de 100% da rede municipal de ensino fundamental diurno (169 escolas) em parceria com toda a rede de atenção básica em saúde (147 unidades de saúde)²¹. Em 2013, 171 escolas da rede municipal participavam do PSE²². Conta com monitores – um por escola – e com 20 equipes volantes de saúde. Os monitores são contratados diretamente pelas escolas. Devem possuir ensino médio completo e têm a responsabilidade de articular as ações do PSE no âmbito da escola, e se constituem como referência para toda a comunidade escolar. Cada equipe volante de saúde é composta por um profissional enfermeiro(a) e um auxiliar/técnico de enfermagem e atua num número variável de escolas distribuídas de acordo com a quantidade de alunos matriculados. Cabe às equipes volantes de saúde a realização das avaliações anuais dos estudantes e das atividades de promoção da saúde em associação com os monitores das escolas. Outras ações do PSE são desempenhadas em parceria com as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e de outros pontos da rede de atenção à saúde²³.

O GTI-M foi instituído em 2008 na sua primeira configuração²⁴, assim como as coordenações regionais do PSE nas nove Administrações Regionais²³. Em 2013, a Portaria Conjunta SMED/SMSA/SMASAN nº 003/2013 reconfigurou o GTI-M e regulamentou as suas atividades²⁵.

Apesar de ser a intersetorialidade um dos temas mais comentados na gestão pública, a construção e o exercício da ação intersetorial não têm sido tarefas fáceis^{1,3,7,26,27}. A experiência tem mostrado que barreiras burocráticas e administrativas impedem o pleno desenvolvimento das ações intersetoriais^{26,28} já que não há uma tradição com processos horizontais de trabalho⁵. Os conflitos de poder que perpassam a introdução de inovações e a fragilidade da incorporação do método pelos operadores no cotidiano dos serviços também têm sido descritos^{7,29}.

Associada às dificuldades práticas do exercício da ação intersetorial nas políticas públicas, há também a escassez de pesquisa e avaliação sobre o tema^{27,30}. Radicalizando o conceito já polissêmico do termo¹, Akerman *et al.*²⁷ falam em “intersetorialidadeS” e sintetizam perguntas que indicam caminhos de pesquisa para uma melhor compreensão do tema no âmbito da promoção da saúde e do combate às iniquidades. Neste sentido, este estudo analisou a percepção dos gestores do PSE no município de Belo Horizonte, MG, em relação à intersetorialidade nos aspectos da gestão do programa e das ações desenvolvidas.

METODOLOGIA

Estudo observacional realizado com os 41 gestores municipais do PSE, subdivididos em dois grupos: o GTI-M e as coordenações regionais (CR), no município de Belo Horizonte, MG. O GTI-M é composto por 23 membros²⁵ conforme descrito no Quadro 1. O grupo de coordenadores regionais do PSE é formado por 18 membros, um representante da área da educação e outro da área da saúde de cada uma das nove administrações regionais. Os endereços eletrônicos dos membros do GTI-M foram obtidos por meio de contato direto com a coordenação do PSE na Secretaria Municipal de Educação (SMED). Os nomes e os endereços eletrônicos dos membros das CR foram obtidos por meio de contato telefônico com as Gerências de Atenção à Saúde (GERASA) e Gerências do Programa Família Escola (GERBES) nas administrações regionais.

Quadro 1 – Composição do GTI-M do PSE de Belo Horizonte, de acordo com a Portaria Conjunta SMED/SMSA/SMASAN nº 003/2013.

Secretaria Municipal de Educação	Gerência de Articulação da Política Educacional / Projeto Sustentador: Qualidade de Melhoria da Educação Coordenação do PSE Programa Família-Escola Gerência de Coordenação da Política Pedagógica e de Formação Escola Integrada Educação Infantil Educação de Jovens e Adultos Núcleo de Inclusão da Pessoa com Deficiência Núcleo de Gênero e Diversidade Sexual Escritório de Gestão de Projetos Gerência de Gestão Administrativo-Financeira
Secretaria Municipal de Saúde	Coordenação do PSE/SMSA Coordenação de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente Coordenação de Saúde Mental Coordenação de Saúde Bucal Coordenação de DST/Aids Centro Municipal de Oftalmologia Coordenação de Reabilitação
Secretaria Municipal Adjunta de Segurança Alimentar e Nutricional	Gerência de Planejamento e Avaliação Nutricional (titular e suplente) Gerência de Educação para o Consumo Alimentar (titular e suplente)

Fonte: Belo Horizonte, 2013, organizado pelos autores.

Foi utilizado um questionário semiestruturado em formato eletrônico, adaptado de Ferreira³¹, composto por 35 questões que abordam quatro dimensões da intersectorialidade no PSE (Quadro 2) e seis questões

de caracterização dos participantes (sexo, idade, setor e nível de gestão, escolaridade e tempo de atuação no PSE).

A dimensão “Gestão do PSE” avaliou a percepção dos gestores municipais do PSE sobre o GTI-M (forma de instituição, composição, características de funcionamento e competências). Era composta por 13 questões: quatro de múltipla escolha, seis questões dicotômicas e três abertas. Quatro questões estruturadas solicitavam justificativas para as respostas. Foi necessária atualização em relação às competências do GTI-M¹⁵, de acordo com a Portaria n° 1.413 de 10 de julho de 2013, em vigor no momento de delineamento deste estudo.

A dimensão “Desenvolvimento das ações intersetoriais” investigou as percepções dos gestores sobre a intersetorialidade como estratégia de ação e de seu exercício no PSE (facilidades e dificuldades do trabalho intersetorial, setores e atores envolvidos no planejamento das ações, realização de capacitações, relevância do PSE para o município e gestão de recursos). Era formada por 19 questões: uma de múltipla escolha, oito dicotômicas, três de classificação e sete abertas. Entre as questões fechadas, quatro solicitavam justificativas.

A dimensão “Monitoramento e avaliação das ações” investigou os instrumentos utilizados para o acompanhamento das ações do PSE e era composta por duas perguntas, uma questão de classificação e outra aberta.

A dimensão “Sustentabilidade do PSE”, era composta por uma única questão aberta que abordava as estratégias para sustentabilidade do PSE como uma política de Estado.

Quadro 2 – Questionário eletrônico: composição e estrutura.

Dimensão	Subdimensão	Nº de questões	Tipo de questão
Gestão do PSE	Instituição do GTI-M	02	Múltipla escolha Aberta
	Composição do GTI-M	02	Dicotômica Múltipla escolha
	Coordenação do GTI-M	02	Múltipla escolha Dicotômica
	Rotatividade no GTI-M	02	Dicotômica Aberta
	Estratégias de funcionamento do GTI-M: Frequência das reuniões	01	Múltipla escolha
Tomada de decisões	01	Dicotômica	
Situações de divergências	01	Aberta	
Instrumentos de comunicação	01	Múltipla escolha	

	Competências do GTI-M	01	Dicotômica
Desenvolvimento das ações intersectoriais pelo PSE	Modelos de gestão possibilitam a ação intersectorial	03	Dicotômicas
	Realização de Capacitações	02	Dicotômicas
	Envolvimento de estudantes e familiares no PSE	02	Dicotômica Aberta
	Levantamento de necessidades do território	04	Dicotômicas Abertas
	O que é importante para a intersectorialidade?	01	Aberta
	Facilidades do trabalho intersectorial	01	Aberta
	Dificuldades do trabalho intersectorial	01	Aberta
	Outros setores que se envolvem com o PSE	02	Múltipla escolha Classificação
	Ações do PSE relevantes para o município	02	Aberta Classificação
	Gestão de recursos	01	Classificação
Monitoramento e avaliação das ações	Instrumentos de avaliação e monitoramento	02	Aberta Classificação
Sustentabilidade do PSE	Estratégias para sustentabilidade do PSE como política de Estado	01	Aberta

Fonte: Ferreira (2012), adaptado pelos autores.

Foi realizada uma adaptação no questionário no sentido de adequá-lo às funcionalidades e aos mecanismos de coleta de dados da plataforma *online* utilizada (*Survey Monkey*®). A coleta de dados ocorreu no período entre 11 de maio e 10 de julho de 2015 e durante este período, o convite para participação foi enviado três vezes para aqueles que ainda não tinham respondido ao questionário. O banco de dados gerado na plataforma *online* foi exportado para o programa SSPS e validado por meio de conferência manual de campos respondidos e coerência entre as respostas. Os resultados foram submetidos a uma análise descritiva realizada pela própria Plataforma *Survey Monkey*® e pelo programa SSPS.

As questões abertas e as justificativas foram analisadas por meio do método de análise de conteúdo proposto por Bardin³². Na fase de pré-análise, foram realizadas leituras exaustivas de todo o material, no sentido de tornar os textos gradativamente mais claros em função das impressões e informações deles emergentes. Na fase de exploração do material, todas as respostas foram identificadas por setor (saúde, educação e segurança alimentar) e por nível de gestão (GTI-M e CR) dos respondentes e codificadas de acordo com as dimensões e subdimensões pré-estabelecidas. A categorização temática foi utilizada para análise das questões com respostas com maior diversidade. Na última etapa do processo de análise do conteúdo, a reconstrução categorizada das respostas organizada em uma planilha foi interpretada à luz do referencial teórico.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi enviado a todos os participantes. O projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (Parecer Consubstanciado nº 1.020.689 de 13/04/2015) e da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (Parecer Consubstanciado nº 1.006.181 de 31/03/2015).

RESULTADOS

Taxa de Participação

Na fase preparatória do trabalho de campo, a Coordenação do PSE da SMED informou que, dos 23 membros nomeados para o GTI-M, apenas 12 (52,2%) mantinham participação frequente e regular nas reuniões. Foi disponibilizado o nome e o *e-mail* apenas destes membros. Este achado é um indicativo de que o GTI-M, na prática, não atua com a composição estabelecida pela norma municipal. O questionário eletrônico foi distribuído para 30 gestores municipais e a taxa de resposta foi de 70% (Tabela 1). Entre os membros do GTI-M, a maior taxa de participação foi dos representantes do setor saúde com 100% de respostas, seguido do setor educação com 40% e da Secretaria Municipal Adjunta de Segurança Alimentar e Nutricional (SMASAN) com 33,3% de adesão à pesquisa. Nas CR, os setores responderam na mesma proporção, ambos com 77,8% de respostas.

Tabela 1 – Taxa de participação dos gestores municipais do PSE, Belo Horizonte, MG, 2015.

Nível de gestão / Setor	Total n	Convidados ⁽¹⁾ n %		Participação na pesquisa					
				Sim		Não (recusa)		Não respondeu	
				n	%	n	%	n	%
GTI/Educação	12	5	41,7	2	40,0	0	0	3	60,0
GTI/Saúde	7	4	57,1	4	100,0	0	0	0	0
GTI/SMASAN	4*	3	75,0	1	33,3	0	0	2	66,7
CR/Educação	9	9	100	7**	77,8	0	0	2	22,2
CR/Saúde	9	9	100	7**	77,8	1	11,1	1	11,1
Total	41	30	73,2	21	70,0	1	3,3	8	26,7

Fonte: Questionário eletrônico GTI-M e Coordenações Regionais do PSE/BH/MG, 2015.

(1) No GTI-M, foi possível convidar a participar da pesquisa apenas os 12 membros com participação regular nas reuniões.

*SMASAN: dois titulares e dois suplentes.

**Dois participantes responderam ao questionário de forma incompleta.

Perfil dos gestores municipais do PSE em Belo Horizonte, MG

A maioria (85,7%) dos respondentes é do sexo feminino, com idade média de 45 anos (DP = 12,58), com ensino superior (95,2%) e atuação no PSE há mais de quatro anos (47,6%). Quanto aos setores de origem dos respondentes, 52,4% era do setor saúde (Tabela 2).

Tabela 2 – Caracterização dos gestores municipais do PSE de acordo com variáveis selecionadas, Belo Horizonte, MG, 2015.

Variável	n	%
Sexo		
Feminino	18	85,7
Masculino	3	14,3
Faixa etária (em anos)		
25 a 29	4	19,0
30 a 39	4	19,0
40 a 49	4	19,0
50 a 59	6	28,7
60 e mais	3	14,3
Escolaridade		
Graduando	1	4,8
Graduação	5	23,8
Especialização	11	52,3
Pós-graduação <i>stricto sensu</i>	4	19,1
Tempo de atuação no PSE		
Menor ou igual a um ano	8	38,1
Dois a três anos	3	14,3
Quatro anos ou mais	10	47,6
Setor		
Saúde	11	52,4
Educação	9	42,8
SMASAN	1	4,8

Fonte: Questionário eletrônico GTI-M e Coordenações Regionais do PSE/BH/MG, 2015

Gestão do PSE: percepção dos gestores sobre o GTI-M

Verificou-se que 28,6% dos gestores souberam responder sobre a composição atual do GTI-M e que 45% informaram que a coordenação do GTI-M é realizada pela área de Educação. Para 20%, a coordenação é compartilhada entre a Educação e a Saúde e um respondente informou que a coordenação compartilhada do GTI-M é determinada pela Portaria Conjunta nº 003/2013 que instituiu o GTI-M²⁵. Sobre a existência de alternância entre os setores na coordenação do GTI-M, 62% não souberam responder e 23% informaram que esta situação não ocorre. A não alternância na coordenação do GTI-

M gera conflitos, na percepção de duas respondentes da saúde, que justificaram sua resposta indicando situações que ocorrem na dinâmica do GTI-M: as pautas das reuniões não são previamente discutidas e estas só acontecem com a presença da coordenação.

Um percentual de 45% dos gestores não soube avaliar sobre a existência de rotatividade dos representantes nas reuniões do GTI-M. Foi relatado que o grande número de componentes GTI-M ocasiona, não uma rotatividade, mas uma fragmentação do trabalho por uma participação menor do que o previsto na norma vigente. Este relato confirmou a informação recebida de que 12 dos 23 membros nomeados para o GTI-M efetivamente participam de suas atividades. No sentido de viabilizar a participação regular nas reuniões foram relatados os seguintes mecanismos: comunicação com as gerências hierarquicamente superiores, lista de presença, avaliações periódicas, telefonemas para os faltosos e agenda fixa para facilitar a participação.

Apesar da maior parte (60,0%) das respondentes ter relatado que as decisões são tomadas de forma equânime, 15,0% consideraram que esta situação não ocorreu, pois avaliaram que as reuniões são mais informativas que deliberativas, e que algumas decisões sobre o PSE são tomadas em instância superior de gestão, para além do GTI-M. Em certos casos de divergências nas tomadas das decisões, a discussão é encaminhada para as secretarias temáticas em busca de soluções setoriais. Cabe ressaltar que 66,7% dos respondentes relataram participação nas reuniões do GTI-M e que alguns membros das CR destacaram que sua ação é restrita ao nível regional de gestão do PSE.

Tabela 3 – Percepção dos gestores municipais do PSE sobre o GTI-M Belo Horizonte, MG, 2015.

Variáveis selecionadas	N	%
Setor(es) que tomou(aram) a iniciativa de incorporar o PSE em Belo Horizonte		
Educação e Saúde	15	71,4
Educação ou Saúde	4	19,1
“Não sei”	2	9,5
Setores representados no GTI-M		
Educação e Saúde	13	61,9
Educação, Saúde e Segurança Alimentar	6	28,6
Educação, Saúde, Segurança Alimentar e Políticas Sociais	1	4,8
Educação, Saúde, Políticas Sociais e universidade	1	4,8
Coordenação do GTI-M.*		
Educação	9	45,0
Educação e Saúde	4	20,0
Saúde	2	10,0
“Não sei”	5	25,0
Alternância na coordenação do GTI-M		
Sim	3	14,3
Não	5	23,8

“Não sei”	13	61,9
Rotatividade de representantes nas reuniões e nas outras atividades do GTI-M.*		
Sim	4	20,0
Não	7	35,0
“Não sei”	9	45,0
Equanimidade na tomada de decisões no GTI-M em relação à representação dos setores participantes*		
Sim	12	60,0
Não	3	15,0
“Não sei”	5	25,0
Frequência das reuniões do GTI-M*		
Mensal	15	75,0
Bimestral	5	25,0
Instrumentos de comunicação utilizados pelo membros do GTI-M segundo o número de respondentes.		
E-mail.	17	81,0
Telefonemas	15	71,4
Atas	10	47,6
Cartas	3	14,3
Redes sociais	0	0
Participa ou já participou de reunião do GTI-M.		
Sim	14	66,7
Não	7	33,3

Fonte: Questionário eletrônico GTI-M e Coordenações Regionais do PSE/BH/MG, 2015

* Um participante não respondeu a esta questão (N = 20)

Gestão do PSE: as competências do GTI-M

Ainda na dimensão gestão do PSE, observou-se desconhecimento e percepções distintas quanto ao cumprimento das competências do GTI-M de acordo com a normatização federal¹⁵ (Tabela 4). As treze competências previstas podem ser classificadas em três áreas de atuação: planejamento (sete), monitoramento e avaliação (quatro) e apoio às Secretarias de Educação e Saúde no manejo do Termo de Compromisso do PSE (duas). Esta última área apresentou as competências menos conhecidas e assumidas pelo GTI-M. O percentual que afirmou que o GTI-M assume as competências de planejamento e de monitoramento variou de 30% a 80%.

Tabela 4 – Competências assumidas pelo GTI-M (n = 20), Belo Horizonte, MG, 2015

Competências assumidas pelo GTI-M.	Sim		Não		“Não sei”	
	n	%	n	%	n	%
Planejamento						
1. Definição de estratégias e formas de integração e planejamento	16	80,0	2	10,0	2	10,0

conjunto entre as equipes das escolas e as equipes de Atenção Básica.						
2. Responsabilização pela entrega dos materiais do PSE, enviados pelo Ministério da Educação, assim como por sua utilização adequada pelas Equipes de Atenção Básica e Equipes das Escolas.	15	75,0	3	15,0	2	10,0
3. Apoio à implementação dos princípios e diretrizes do PSE no planejamento, execução, avaliação e gestão dos recursos financeiros do PSE.	15	75,0	2	10,0	3	15,0
4. Articulação para inclusão dos temas relacionados às ações do PSE nos projetos políticos pedagógicos das escolas.	13	65,0	1	5,0	6	30,0
5. Participação no planejamento integrado de educação permanente e formação continuada e viabilização de sua execução.	12	60,0	2	10,0	6	30,0
6. Definição das escolas públicas federais, estaduais (em articulação com o Estado) e municipais a serem atendidas no âmbito do PSE, considerando-se as áreas de vulnerabilidade social, os territórios de abrangência das Equipes de Atenção Básica e os critérios indicados pelo Governo Federal.	7	35,0	6	30,0	7	35,0
7. Apresentação de estratégias específicas de cooperação entre Estados e Municípios para a implementação e gestão do cuidado em saúde dos educandos no âmbito municipal.	6	30,0	5	25,0	9	45,0
Monitoramento e avaliação						
8. Monitoramento das ações realizadas pelas equipes de saúde e da educação e avaliação do alcance das metas pactuadas.	16	80,0	2	10,0	2	10,0
9. Apoio, qualificação e garantia do preenchimento do Sistema de Monitoramento e Avaliação do PSE.	13	65,0	2	10,0	5	25,0
10. Monitoramento e avaliação das informações relativas ao PSE contidas no SIMEC.	12	60,0	2	10,0	6	10,0
11. Monitoramento e avaliação das informações relativas ao PSE contidas no e-SUS/AB.	6	30,0	3	15,0	11	55,0
Apoio no manejo do Termo de Compromisso						
12. Auxílio no processo de assinatura do Termo de Compromisso pelos secretários municipais de saúde e de educação.	9	45,0	2	10,0	9	45,0

13. Encaminhamento do Termo de Compromisso Municipal do PSE aos Conselhos Municipais de Saúde e de Educação (quando houver) e à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) do Estado para homologação.	4	20,0	2	10,0	14	70,0
--	---	------	---	------	----	------

Fonte: Questionário eletrônico GTI-M e Coordenações Regionais do PSE/BH/MG, 2015

Desenvolvimento das ações intersetoriais pelo PSE

Os modelos de gestão dos setores educação e saúde possibilitam a ação intersetorial na percepção de 79% dos respondentes (Tabela 5), pois se baseiam numa gestão democrática, participativa e descentralizada, com participação em comitês, comissões e grupos de trabalho. E também porque estabelecem parcerias para que cada setor desenvolva melhor suas ações específicas. Já 15,7% não souberam avaliar se o modelo de gestão da saúde favorece a intersectorialidade e justificaram suas respostas pela configuração das ações de saúde na escola, que são realizadas pelas equipes volantes, sem a presença dos pais, fragmentando a atenção à saúde e não considerando o princípio da territorialização na organização da atenção básica em saúde. Relataram, ainda, que a sobrecarga de trabalho das equipes da ESF tem dificultado a sua participação nas ações do PSE. Em relação ao modelo de gestão do setor educação, as justificativas indicaram a persistência de uma gestão rígida com pequena capacidade de flexibilização na busca por solução para casos especiais. Avaliaram também que as atividades são protocolares e padronizadas para toda a rede de ensino e que a articulação e parcerias da gestão da educação com empresas e serviços privados não seriam adequadas para a gestão pública.

O modelo de gestão do PSE é entendido como facilitador da ação intersetorial por 89,4% dos respondentes (Tabela 5) e as justificativas apontadas foram relacionadas à natureza do programa que prevê a participação de vários setores, em um processo de reuniões periódicas para planejamento, monitoramento e avaliação conjunta das ações. Uma representante da educação justificou “[...] por ser um modelo que contempla as três instâncias executivas e as áreas envolvidas”. Mas observou que “a ação intersetorial ainda precisa ser apropriada verdadeiramente pelas instâncias, como estratégia de ação”. Uma respondente da saúde discordou sobre a possibilidade do modelo de gestão do PSE favorecer a ação intersetorial justificando que “a coordenação [do GTI-M] tem que ser eleita pelo grupo e as decisões serem melhor assumidas pelo grupo”.

Na percepção de 68,5% dos respondentes foi realizado processo de capacitação das equipes da educação e da saúde sobre o PSE e 47,4% afirmaram que ocorreu capacitação no sentido de favorecer uma

apropriação da linguagem específica dos setores. A participação de estudantes e seus familiares na definição de prioridades, planejamento e programação das ações do PSE ocorreu na opinião de 36,8%. Essa participação se deu pela presença em reuniões informativas realizadas, principalmente, nas escolas e pesquisas com estudantes. Os mecanismos mais citados que podem favorecer a participação dos jovens no PSE foram desenvolvimento de ações de educação e de promoção da saúde; desenvolvimento de ações que estimulem o protagonismo do jovem; qualificação da escuta, da linguagem, das ações e dos métodos utilizados e ações de divulgação do PSE.

O levantamento das necessidades do território para o planejamento das ações do PSE foi realizado na percepção de 58,9% dos participantes. Entretanto, verificou-se que a instância de gestão regional do PSE e os profissionais das escolas foram os mais citados (47,1%) como responsáveis pela realização da atividade, seguidos pelos profissionais da saúde (41,2%). As atividades realizadas pelas equipes de saúde na escola (levantamentos e avaliações clínicas) foram citadas como as principais fontes de informações sobre o território.

Tabela 5. Desenvolvimento das ações intersetoriais no PSE, Belo Horizonte, MG, 2015

Desenvolvimento das ações intersetoriais	Sim		Não		"Não sei"	
	N	%	N	%	N	%
O modelo de gestão do setor saúde possibilita a ação intersetorial? *	15	79,0	1	5,3	3	15,7
O modelo de gestão do setor educação possibilita a ação intersetorial? *	15	79,0	2	10,5	2	10,5
O modelo de gestão do PSE possibilita a ação intersetorial? *	17	89,4	1	5,3	1	5,3
Houve capacitação para que os profissionais da saúde e da educação se apropriassem da linguagem do outro setor? *	9	47,4	6	31,6	4	21,0
Houve capacitação para que os profissionais da saúde e da educação compreendessem as bases estruturais do PSE? *	13	68,5	4	21,0	2	10,5
Estudantes e familiares foram envolvidos na definição de prioridades, planejamento e programação das ações do PSE? *	7	36,8	6	31,6	6	31,6
Foi realizado levantamento das necessidades do território para as ações do PSE? **	10	58,9	3	17,6	4	23,5
Instâncias que participaram do levantamento de necessidades segundo os respondentes.						
Coordenação regional. **	8	47,1	4	23,5	5	29,4
Profissionais das escolas. **	8	47,1	4	23,5	5	29,4
Profissionais das unidades de saúde. **	7	41,2	5	29,4	5	29,4
GTI-M. **	6	35,3	5	29,4	6	35,3
Estudantes. **	6	35,3	4	23,5	7	41,2
Comunidade. **	5	29,4	5	29,4	7	41,2

Fonte: Questionário eletrônico GTI-M e Coordenações Regionais do PSE/BH/MG, 2015

*Dois participantes não responderam a estas questões (N = 19).

**Quatro participantes não responderam a estas questões (N = 17).

Os elementos importantes para a ação intersetorial, na percepção do grupo, foram divididos nas seguintes categorias: planejamento, monitoramento e avaliação; princípios éticos; integração e comunicação eficazes. Nesta última categoria os termos utilizados que mais se aproximaram das especificidades da intersetorialidade são: “parceria”, “trabalho em rede”, “interlocação”, “articulação”, “fazer diferente do costumeiro” e “divisão de responsabilidades”. A importância do envolvimento dos trabalhadores da ponta do sistema foi citada e explicada pela necessidade de se garantir o alcance e a execução das atividades. A questão do financiamento foi citada com a recomendação de que a aplicação dos recursos seja realizada de acordo com as deliberações do GTI-M. As facilidades para o trabalho intersetorial foram categorizadas em: articulação entre os setores; planejamento conjunto; solução para problemas; conhecimento do trabalho do outro. A proximidade e integração entre as gerências regionais de educação e saúde foram citadas como um facilitador para o desenvolvimento das ações do PSE. A resposta de um participante ressaltou a importância da intersetorialidade ser “uma estratégia institucionalizada”, mas observa que ela “é construída a duras penas.”

As dificuldades citadas sobre o trabalho intersetorial foram mais diversificadas e foram agrupadas em: desconhecimento (do programa, de seus objetivos, da forma de atuação do outro setor); dificuldades de comunicação (entre os setores, entre os níveis de gestão e destes com os profissionais da ponta do sistema); incompatibilidades de agendas; excesso de atividades e número reduzido de profissionais; cumprimento de prazos e metas; planejamento centralizado; divergências entre os setores; desrespeito entre os setores; dificuldade na adoção de novas posturas.

A maioria das respondentes (94,1%) concordou com a afirmativa que “em Belo Horizonte há integração do PSE com outras políticas e programas desenvolvidos por outros setores governamentais focados na atenção escolar”.

As ações relevantes do PSE mais citadas e que modificaram a realidade local foram categorizadas em: oficinas sobre alimentação saudável; ações de promoção da saúde e estímulo à vida saudável; ações de saúde bucal; avaliação anual de saúde dos estudantes; ações de saúde ocular; abordagem dos alunos com dificuldade e transtorno de aprendizagem; fortalecimento do vínculo dos alunos com as unidades de saúde; melhora da interlocação entre profissionais da saúde e da educação; presença de um monitor do PSE em cada escola; ampliação do PSE para a rede de Educação Infantil. As atividades tradicionais de assistência à saúde prevaleceram com 44,2% das respostas, seguidas das atividades de promoção da saúde com 35,4%. Apenas 5,8% das respostas foram incluídas nas categorias de fortalecimento de vínculo e melhora da interlocação entre serviços.

A inserção dos temas da saúde nos Projetos Político Pedagógico (PPP) das escolas, de forma intersetorial foi desenvolvida, na percepção de 64,8% dos respondentes. Entretanto, 52,9% não souberam precisar se a gestão dos recursos do PSE é realizada de forma intersetorial.

Monitoramento e avaliação das ações do PSE

Os instrumentos de monitoramento e avaliação das ações do PSE mais citados foram planilhas, formulários e sistemas próprios do município a partir das atividades desenvolvidas pelas equipes, principalmente as avaliações clínicas dos estudantes. Apenas três respondentes citaram a utilização do Sistema Integrado de Monitoramento Execução e Controle (SIMEC)¹⁵, conforme previsto na Portaria Interministerial 1.413/2013. Um participante informou que não conhece os instrumentos de monitoramento e avaliação. Mas 76,5% dos respondentes consideram que o PSE tem promovido a cidadania e a garantia de direitos humanos nos territórios de atuação.

Sustentabilidade do PSE

As estratégias consideradas importantes para a sustentabilidade do PSE como política de Estado envolveram a ampliação e universalização das ações; ampliação de recursos para o PSE; fortalecimento da adesão de gestores e trabalhadores; fortalecimento das relações entre os profissionais dos setores participantes; envolvimento das famílias, da comunidade e de outras instâncias locais de participação popular. Também surgiram percepções divergentes relativas às avaliações de saúde dos estudantes realizadas pelas equipes de saúde volantes. Se por um lado, foram citadas como características importantes do PSE, houve também a percepção de que é uma ação que deveria acontecer na unidade de saúde, fora da escola.

DISCUSSÃO

Os resultados mostraram que os gestores formam um grupo heterogêneo em relação ao conhecimento do processo de implantação do PSE e dos mecanismos de funcionamento do GTI-M no município de Belo Horizonte. A alta frequência de respostas “não sei” em muitas das subdimensões estudadas, associada ao esvaziamento do GTI-M em relação a sua composição formal, pode indicar pequena importância atribuída tanto à função desta instância como ao próprio PSE. Ferreira e Silva⁸ ressaltaram

o papel fundamental do GTI-M no desenvolvimento do trabalho intersetorial, mas relataram que a falta de apoio institucional e de autonomia de decisão podem limitar o seu desempenho.

O GTI-M apresentou-se frágil como instância de gestão intersetorial. Não se mostrou como um espaço democrático de integração, capaz de promover articulação entre os atores e setores envolvidos. Possui poder decisório apenas parcial e não demonstrou conhecimento sobre a gestão do recurso financeiro do programa.

Um campo de tensão relacionado à coordenação e ao processo de tomada de decisões no GTI-M foi encontrado. A normativa municipal sobre o PSE estabelece uma coordenação no âmbito da Secretaria de Educação e outra na Secretaria de Saúde, e que estas coordenações compartilham a coordenação do GTI-M²⁵. Tal modalidade de gestão pode ser considerada um avanço em relação à norma federal que não trata do tema¹⁵. No entanto, na prática, a coordenação é exercida pela área de Educação. E neste sentido, a não alternância entre os setores na coordenação do GTI-M foi considerada um ponto de conflito apenas por representantes da saúde. Esta situação pode gerar diferenças percebidas e de exercício de poder, se tornando um obstáculo para a viabilidade da intersetorialidade³. De fato, a coesão do grupo é atributo que determina seu crescimento e amadurecimento, viabilizando o cumprimento de seus objetivos³³.

Decisões tomadas fora do GTI-M e o modo utilizado para solução para situações de divergências com encaminhamento para as secretarias temáticas são indícios da sua fragilidade como espaço deliberativo e de negociação. O GTI-M, enquanto instância de gestão intersetorial não pode prescindir de habilidades e de mecanismos formais para trabalhar os conflitos em prol da garantia do planejamento conjunto e da racionalização das intervenções^{1,3,8,13,33}. Estas são estratégias fundamentais para se alcançar a execução de ações integradas⁴ e devem ser entendidas como negociação de interesses e assim a chave para a sinergia entre os saberes setoriais que levam à construção da síntese intersetorial⁴. Desta síntese, denominada de convergência, resultam as ações que atuarão sobre os problemas levantados. A prática relatada por um participante de “levar o assunto novamente para as áreas setoriais e pensar em novas estratégias” é a antítese da sinergia de saberes esperada na gestão intersetorial. Neste sentido, a incorporação da capacidade de negociação e seu exercício dentro do GTI-M torna-se uma importante atribuição. Disputas de poder, interesses setoriais e relações hierarquizadas são algumas das dificuldades que precisam ser enfrentadas nesta construção^{3,34}.

O sucesso da ação governamental integrada depende da performance interna de cada setor pois o paradigma intersetorial não extingue as responsabilidades setoriais específicas^{4,13,27}. A existência de coordenações setoriais do PSE pode ser fator facilitador do bom desempenho das atribuições próprias

de cada setor. Cabe, no entanto, ao GTI-M a concertação necessária para evitar que os setores se mantenham em “diálogos paralelos”¹, quando a atuação de cada um é isolada e sem convergência para objeto e objetivos comuns, apesar de atuarem num mesmo território. Para tal, uma coordenação deve ser muito mais do que meramente administrativa. É realçado o papel fundamental desta instância na mudança de paradigma para o agir conjuntamente^{2,3,18}. Ela deve ter respaldo político para enfrentar as dificuldades próprias do trabalho intersetorial; deve ter uma visão clara, significativa e ampla tanto da política quanto da realidade e ser enfrentada, propiciando o compartilhamento desta visão com os distintos atores envolvidos como forma de sustentabilidade para as ações a serem executadas; deve ser flexível em sua agenda³.

Em relação às atribuições do GTI-M, considera-se que mesmo que algumas das competências atribuídas pelo Governo Federal não sejam assumidas pelo grupo, era esperado uma maior apropriação da proposta municipal do PSE, o que não se refletiu nas respostas apresentadas. Este achado parece indicar as dificuldades para a construção de um processo de gestão intersetorial integrada que inclua todas as etapas do programa, do desenho à avaliação das ações.

Evidenciou-se que os respondentes possuem conhecimento teórico incipiente sobre os atributos da intersetorialidade e avançam pouco em sua prática. Reconheceram as possibilidades de inovação advindas da implantação desta estratégia, mas apresentaram uma visão superficial porque elegeram como elementos importantes para a ação intersetorial os princípios da ética e do planejamento, componentes que devem balizar o processo de implementação de qualquer política pública. As dificuldades mais citadas para o desenvolvimento do trabalho intersetorial também trataram de questões gerais associadas ao processo de trabalho, tais como sobrecarga de atividades das equipes, problemas de comunicação e a pressão institucional por resultados. A intersetorialidade é entendida como a parceria entre os setores para troca de experiências e planejamento conjunto de ações a serem desenvolvidas nos territórios.

Os modelos de gestão municipal da educação e da saúde, na percepção dos respondentes, favorecem a ação intersetorial. A estrutura descentralizada das áreas temáticas no município de Belo Horizonte é um fator potencialmente facilitador do desenvolvimento da intersetorialidade^{2,13,35} ao possibilitar a cooperação transversal entre os distintos setores³. As gerências regionais de educação e saúde, por seu conhecimento mais aprofundado do território e proximidade com os trabalhadores das escolas e unidades de saúde, têm melhores condições de planejar e desenvolver ações contextualizadas. A gestão do PSE em Belo Horizonte, ao acompanhar esta descentralização por meio da instituição das CR²³, amplia as

possibilidades de articulação entre os setores envolvidos e aproxima o nível diretivo dos profissionais operadores das ações. Esta é uma estratégia especialmente importante em municípios de grande porte, onde as redes de educação e saúde costumam estar distribuídas em uma grande extensão territorial com diversidade no perfil de vulnerabilidade social e de necessidades da população. No entanto, torna-se também maior o desafio da incorporação da lógica intersetorial de atuação por todas as instâncias de gestão, como observado por uma representante do GTI-M.

A combinação e complementaridade dos elementos do modelo de gestão pública – setorialidade, intersetorialidade, territorialização, democratização e participação – estão presentes na proposta do PSE. Além disso, a gestão intersetorial deve combinar modelos ascendentes e descendentes, ora aplicando os princípios da intersetorialidade predominantemente na base da gestão institucional, ora aplicando-os nos órgãos de cúpula. Percebe-se que o pequeno envolvimento dos trabalhadores das escolas e centros de saúde nas ações do PSE foi percebido como um problema para alguns gestores. Então, nos cabe perguntar, esta é uma questão que se coloca para todo o grupo? Verificou-se que ocorre o dissenso entre os gestores do PSE sobre o modelo de atenção à saúde dos escolares adotado em Belo Horizonte, baseado em avaliações clínicas realizadas nas escolas pelas equipes volantes de saúde. Se por um lado, a inclusão dos monitores do PSE nas escolas foi citada como uma ação relevante, a participação dos professores foi silenciada. Estes achados parecem indicar uma prevalência do modelo descendente de gestão com pouco investimento intersetorial na base das redes de educação e saúde.

A implementação de um movimento intersetorial ascendente, contrário, mas complementar, pode ser alcançada por meio de estratégias previstas no modelo de gestão do PSE. Tratam-se de mecanismos integradores que gerariam compartilhamento de visões e formas matriciais de organização especialmente oportunos na disseminação da lógica do trabalho intersetorial³. As capacitações conjuntas e permanentes para os trabalhadores da saúde e da educação se tornam ferramentas fundamentais no processo de implantação e consolidação do PSE. Têm a capacidade de promover o envolvimento com os projetos sociais, contribuindo para a divulgação e adesão ao programa, para a integração entre os participantes e como fator de consolidação de suas ações^{5,19}.

O envolvimento dos estudantes e familiares nas etapas de definição de prioridades, planejamento e programação das ações do PSE é outra estratégia para o estabelecimento do diálogo e do trabalho conjunto na perspectiva da inclusão social^{9,14}. Outra etapa importante no processo de implementação do PSE, o levantamento de necessidades do território para subsidiar o planejamento das ações, também funciona como estratégia de integração. A busca das informações nos territórios possibilita a

aproximação entre os gestores locais e trabalhadores, além de envolver a comunidade e outros equipamentos sociais nela localizados³⁶. A participação social e a territorialização estão entre as características mais bem marcadas da intersetorialidade^{2,12,13,26,33} e são diretrizes do PSE⁹. A diversidade de respostas impossibilitou concluir se estas três estratégias/etapas da implementação do PSE foram realizadas no município. A não realização ou a realização de forma fragmentada das capacitações e dos levantamentos de necessidades, associados à pequena participação dos estudantes e da comunidade indicam a perda de oportunidades para o incentivo a uma nova lógica de trabalho intersetorial.

A participação de outros setores no desenvolvimento das ações do PSE é esperada e pode contribuir para a ampliação da sua capacidade de ação⁹. Neste sentido, em Belo Horizonte, a participação de representantes da Secretaria de Segurança Alimentar no GTI-M traz um caráter inovador, ao incorporar na gestão do programa um setor relevante para o cumprimento de seus objetivos. Mas é preciso ir além. As políticas sociais não serão capazes de promover equidade e integralidade se estiverem desarticuladas das outras políticas públicas^{11,12,35,37}. Dessa forma, a intersetorialidade deve ser assumida como projeto de governo para o gerenciamento das cidades, cujo modelo de gestão urbana promoverá a identificação de problemas e a busca por soluções para atingir melhor qualidade de vida^{3,4,12}.

As atividades assistenciais foram consideradas as ações do PSE mais relevantes para o município e parecem adotar o padrão tradicional de ações de saberes isolados, não havendo evidências de “um novo domínio da realidade [que] traz o debate da inovação, superando o modelo de resposta pronta e única” que Sposati^{13(p.140)} chama de “nova inteligência institucional”. A permanência da atuação isolada tem sido um achado relativamente frequente na análise de experiências interssetoriais: os esforços realizados podem não promover melhoria da qualidade de vida, uma vez que não ocorrem mudanças significativas na forma de desenvolvimento das ações²⁶; o debate interssetorial nos níveis hierárquicos superiores parece não ter repercussão significativa no trabalho das unidades de saúde^{7,28}. Muitas vezes, a realização das ações de saúde dentro da escola é equivocadamente interpretada como sinônimo de ação interssetorial³⁶. Ferreira *et al.*¹⁷ avaliaram que o modelo biomédico hegemônico é uma barreira significativa a ser superada em relação ao PSE. Uma estratégia privilegiada para a superação de algumas das dificuldades acima citadas é a inserção de temas da saúde no PPP das escolas. A articulação interssetorial para que esta ação ocorra é uma das atribuições do GTI-M¹⁵. Os resultados sobre o cumprimento desta etapa na implantação do PSE no município estudado não foram conclusivos, indicando novamente um uso irregular e fragmentado de uma estratégia de integração.

A preocupação de uma das respondentes de que as atividades intersetoriais do PSE ainda são protocolares e padronizadas também é um aspecto abordado do Sposati¹³. A valorização da heterogeneidade das necessidades da população é um dos princípios da gestão intersetorial; a política social para ser bem-sucedida deve levar em conta as peculiaridades de grupos específicos. Em territórios com diversidade e intensidade de demandas sociais complexas esta é uma questão a ser considerada. Por outro lado, ações de fortalecimento da relação e da comunicação entre escolas, unidades de saúde e estudantes, também citadas pelos respondentes, são indícios de que o PSE pode realmente trazer inovações para o campo das relações intersetoriais e da promoção de direitos de cidadania.

A disputa por recursos financeiros tem sido relatada como um dos fatores que explica a fragilidade das políticas intersetoriais⁴. Ferreira *et al.*¹⁶ demonstraram que o financiamento do PSE não é equânime desde a sua origem, uma vez que o Ministério da Saúde (MS) é responsável pela maior parte do recurso financeiro. E esta situação se mantém com a normativa vigente sobre o PSE¹⁵. Neste estudo, chamou atenção o alto índice de desconhecimento por parte dos gestores municipais sobre a gestão do recurso financeiro do PSE.

Os resultados indicaram um pequeno conhecimento e um baixo índice de utilização dos instrumentos oficiais para avaliação e monitoramento das atividades do PSE estabelecidos pelo Ministério da Educação e da Saúde¹⁵. Verificou-se o uso de uma lista diversificada de recursos instituídos no âmbito municipal. O caráter inovador e as reformas organizacionais que estão em jogo no processo de implantação de uma política intersetorial, tornam imprescindíveis a utilização de indicadores de alcance das metas propostas e do impacto de suas ações. Estes instrumentos contribuirão para a sustentabilidade e longevidade das ações⁴. Alguns estudos apontaram a dificuldade em se relacionar resultados alcançados às ações intersetoriais desenvolvidas pelas políticas estudadas, indicando a fragilidade dos seus processos avaliativos^{38,39}.

As estratégias indicadas para consolidação do PSE como política de Estado foram, em sua maioria, etapas previstas da implementação do PSE que não foram cumpridas ou o foram de maneira fragmentada. Apesar dessa fragmentação, os respondentes parecem reconhecer que o fortalecimento do PSE pode impactar na qualidade de vida dos estudantes. As políticas públicas, de maneira geral, e as políticas de promoção da saúde, em particular, são campos de tensões e lidar com elas exige atenção contínua e um “trabalho plural” de gestores, técnicos e usuários, onde cada avanço inaugura novos

perigos e novos desafios, exigindo novas ações⁴⁰. Sposati¹³ alertou sobre o risco da intersectorialidade enfraquecer a responsabilidade pública do Estado, na medida em que esta pode ser fragmentada no processo de construção da política intersectorial. Pode haver também um distanciamento e uma sensação de externalidade em relação ao projeto por parte dos operadores, o que comprometeria a realização das ações e, conseqüentemente, sua consolidação⁸. Por isso, a importância do fortalecimento da adesão de gestores, trabalhadores, famílias e comunidades, incluindo as instâncias de participação popular já estabelecidas, conforme indicado pelos respondentes e descrito por diversos autores^{5,17,20}.

Este estudo, limitado à percepção dos gestores do PSE, apresentou a visão restrita de apenas um dos polos de construção do programa. Os trabalhadores, com os acúmulos e saberes próprios de suas áreas de atuação, e a comunidade, com a percepção de usuária da política, também precisam ser escutados. Especificamente no estudo das experiências intersectoriais, torna-se importante a expansão do conhecimento por meio de diferentes pontos de vista⁶, não só dos setores envolvidos, mas também dos diferentes atores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo revelou indicadores da dificuldade de construção da lógica de trabalho intersectorial, especialmente em relação à fragilidade da gestão e do desenvolvimento das ações intersectoriais. A introdução de novos modelos de atuação desintegrados da rede setorial pré-existente não tem contribuído para o compartilhamento de responsabilidades nem inovação nas ações executadas. A baixa utilização dos mecanismos integradores disponíveis e previstos pelo PSE, além de indicar planejamento fragmentado, denota um grande distanciamento entre a operacionalização e a norma prescrita do programa. A atuação integrada entre educação e saúde deve ir para além da simples presença dos profissionais da saúde nas escolas para atendimentos e palestras. Estabelecer processos comunicativos entre os setores é tarefa primordial e o investimento em capacitação e educação permanente que incluam a discussão atual sobre a intersectorialidade pode ser uma estratégia para o fortalecimento das intervenções. E neste processo devem participar todos os atores envolvidos (gestores, trabalhadores, estudantes e a comunidade).

Romper as barreiras operacionais na administração pública não tem sido uma tarefa simples, pois a incorporação de novas lógicas de gestão e execução das políticas públicas tem encontrado enormes dificuldades no campo das práticas. E isso é também observado mesmo quando existe um arcabouço legal e apoio institucional favoráveis, como é o caso do PSE no município de Belo Horizonte, MG.

Assim, nos cabe perguntar: O que tem impedido este avanço? Qual a etapa não está sendo cumprida? Onde está a fonte de resistência? Ou seriam etapas e fontes plurais? Estas são questões que precisam ser melhor entendidas para que avanços ocorram e para que as políticas públicas passem a atuar de forma integrada e racionalizada para a melhoria da qualidade de vida da população.

REFERÊNCIAS

1. Pereira PAP. A intersectorialidade das Políticas Sociais na perspectiva dialética. In: Monnerat GL, Almeida NLT, Souza RG, organizadores. A intersectorialidade na agenda das Políticas Sociais. Campinas: Papel Social; 2014. p. 23-39.
2. Inojosa RM. Sinergia em Políticas e Serviços Públicos: desenvolvimento social com intersectorialidade. Cad Fundap. 2001;22:102-110.
3. Cunill Grau N. La intersectorialidad en el gobierno y gestión de la política social. X Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública; 2005 Oct 18-21; Santiago, Chile. p.1-52.
4. Monnerat GL, Souza RG. Intersectorialidade e Políticas Públicas: um diálogo com a literatura atual. In: Monnerat GL, Almeida NLT, Souza RG, organizadores. A intersectorialidade na agenda das Políticas Sociais. Campinas: Papel Social; 2014. p. 41-54.
5. Mannheimer LN, Gulis G, Lehto J, Östlin P. Introducing Health Impact Assessment: an analysis of political and administrative intersectoral working methods. Eur J Public Health. 2007;7(5):526-531.
6. Shankardass K, Solar O, Murphy K, Greaves L, O'Campo P. A scoping review of intersectoral action for health equity involving governments. Int J Public Health. 2012;57:25-33.
7. Silva KL, Sena RR, Akerman M, Belga SMM, Rodrigues AT. Intersectorialidade, determinantes socioambientais e promoção da saúde. Cien Saude Colet. 2014;19(11):4361-4370.
8. Ferreira VSC, Silva LMV. Intersectorialidade em saúde: um estudo de caso. In: Hartz ZMA, Silva LMV, organizadores. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática da avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador, Rio de Janeiro: EDUFBA, Fiocruz; 2014. p. 103-150.

9. Brasil. Presidência da República. Poder Executivo. Decreto nº 6.286 de 05 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola – PSE, e dá outras providências. Diário Oficial da União 2007; 5 dez.
10. Brasil. Manual instrutivo Programa Saúde na Escola 2013. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Brasília; 2013.
11. Brasil. Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Diário Oficial da União 2014; 11 nov.
12. Junqueira LAP. Articulações entre o serviço público e o cidadão. X Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública; 2005 Oct 18-21; Santiago, Chile. p.1-8.
13. Sposati A. Gestão pública intersetorial: sim ou não? Comentários de experiência. Serv Soc Soc. 2006;85:133-141.
14. Nascimento S. Reflexões sobre a intersetorialidade entre as políticas públicas. Serv Soc Soc. 2010;101:95-120.
15. Brasil. Portaria Interministerial nº 1.413, de 10 de julho de 2013. Redefine as regras e critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE) por Estados, Distrito Federal e Municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações. Diário Oficial da União 2013; 11 jul.
16. Ferreira IRC, Vosgerau DSR, Moysés SJ, Moysés ST. Diplomas Normativos do Programa Saúde na Escola: análise de conteúdo associada à ferramenta ATLAS TI. Cien Saude Colet. 2012;17(12):3385-3398.
17. Ferreira IRC, Moysés SJ, França BHS, Carvalho ML, Moysés ST. Percepções de gestores locais sobre a intersetorialidade no Programa Saúde na Escola. Rev Bras Educação. 2014;19(56):61-76.
18. Báscolo E, Yavich N. Governança e efetividade das políticas de saúde. Um estudo de caso. In: Campos RO, Furtado JP, organizadores. Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde. Novas tendências e questões emergentes. Campinas: Editora UNICAMP; 2011. p. 185-204.
19. Graciano AMC. Percepção dos professores em relação à promoção da saúde em escolas do ensino fundamental [tese]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2014.

20. Jacóé NB, Aquino NM, Pereira SCL, de Souza ES, de Souza FC, Santana MS, Marçal MM, Rocha MJ, do Nascimento AR, Maia DKA, da Costa MCM, Ribeiro VCM. O olhar dos profissionais da uma Unidade Básica de Saúde sobre a implantação do Programa Saúde na Escola. *Rev Med Minas Gerais*. 2014;24(Supl. 1):43-48.
21. PSE tem crescimento de 300% no atendimento aos alunos. *Diário Oficial do Município de Belo Horizonte*. 2010 Dez 27; 3732 (capa).
22. Monitores do Programa Saúde na Escola são capacitados em curso de formação. *Diário Oficial do Município de Belo Horizonte*. 2013 Jul 31; 4362 (capa).
23. Belo Horizonte. Manual Operacional PSE Programa Saúde na Escola. Secretaria Municipal de Educação, Secretaria Municipal de Saúde. Belo Horizonte; 2015.
24. Belo Horizonte. Portaria Conjunta SMSA/SMED nº 001, de 05 de novembro de 2008. Institui o Grupo de Trabalho Intersetorial para elaboração do Projeto do PSE. *Diário Oficial do Município* 2008; 07 nov.
25. Belo Horizonte. Portaria Conjunta SMED/SMSA/SMASAN nº 003, de 12 de setembro de 2013. Institui o Grupo de Trabalho Intersetorial do Programa Saúde na Escola. *Diário Oficial do Município* 2013; 16 out.
26. Mendes R, Akerman M. Intersetorialidade: reflexões e práticas. In: Fernandes JCA, Mendes R, organizadores. *Promoção da saúde e gestão local*. São Paulo: CEPEDOC; 2007.
27. Akerman M, de Sá RF, Moysés S, Rezende R, Rocha D. Intersetorialidade? IntersetorialidadeS! *Cien Saude Colet*. 2014;19(11):4291-4300.
28. Faria MSR. A intersetorialidade e os dilemas de sua prática no trabalho em saúde [dissertação]. Belo Horizonte (MG): Universidade Católica de Minas Gerais; 2013.
29. Andrade LOM. A saúde e o dilema da intersetorialidade. São Paulo: Hucitec; 2006.
30. Potvin L. Intersectoral action for health: more research is needed! [editorial] *Int J Public Health*. 2012;57:5-6.
31. Ferreira IRC. Avaliação da intersetorialidade no Programa Saúde na Escola [tese]. Curitiba (PR): Pontifícia Universidade Católica do Paraná; 2012.

32. Bardin, L. L'analyse de contenu. Paris: PUF; 2013.
33. Junqueira LAP. A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. Saude Soc. 2004;13(1):25-36.
34. Santos NN. A intersetorialidade como modelo de gestão das políticas de combate à pobreza no Brasil. O caso do Programa Bolsa Família no município de Guarulhos [dissertação]. São Paulo (SP): Fundação Getúlio Vargas; 2011.
35. Brasil. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Relatório final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). 2008.
36. Moretti AC, Teixeira FF, Suss FMB, Lawder JAC, de Lima LSM, Bueno RE, Moysés SJ, Moysés ST. Intersetorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba (PR). Cien Saude Colet. 2010;15(Supl. 1):1827-1834.
37. Brasil. Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Ministério da Saúde. Brasília; 2012.
38. Ndumbe-Eyoh S, Moffatt H. Intersectoral action for health equity: a rapid systematic review. BMC Public Health [Internet]. 2013 [acessado 2014 nov 15];13:1056:[cerca de 13 p.]. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/1056>.
39. Garcia LMT, Maio IG, Santos TI, Folha CBJC, Watanabe HAW. Intersetorialidade na saúde no Brasil no início do século XXI: um retrato das experiências. Saude Debate. 2014;38(103):966-980.
40. Ferreira Neto JL, Kind L, Barros JS, Azevedo NS, Abrantes TM. Apontamentos sobre promoção da saúde e biopoder. Saude Soc. 2009;18(3):456-466.

Baseado na dissertação de mestrado de Chiari APG intitulada “A intersetorialidade no Programa Saúde na Escola no município de Belo Horizonte, MG” a ser apresentada no Programa de Pós Graduação da Faculdade de Odontologia da UFMG em 2015.

Produção Técnica

5.4 Produto Técnico – OFICINA – Atenção à Saúde Bucal no SUS-BH: gestantes e crianças de zero a cinco anos.

APRESENTAÇÃO E JUSTIFICATIVA

O projeto de pesquisa *Atenção à saúde bucal das gestantes e crianças de zero a cinco anos na rede pública de saúde* tem sido desenvolvido desde 2014 e tem como objetivo avaliar a atenção à saúde bucal recebida pelas gestantes e crianças na rede pública de saúde. A equipe desse projeto, financiado pela FAPEMIG (Edital PPSUS Redes), conta com a participação professores, alunos de graduação e pós-graduação da Faculdade de Odontologia da UFMG.

Com a finalização de parte da pesquisa, propôs-se a realização de uma oficina para apresentação dos resultados para a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (Sistema de Informação da Extensão/UFMG – Registro 202128) (Anexo 4). Essa atividade poderá constituir-se em um espaço para discussão de possíveis estratégias de enfrentamento dos problemas observados.

OBJETIVO DA OFICINA

Apresentar à Secretaria Municipal de Belo Horizonte os resultados da pesquisa *Atenção à saúde bucal de gestantes e crianças de 0 a 5 anos na rede pública de saúde* e discutir possíveis estratégias de intervenção.

METODOLOGIA

A oficina está marcada para o dia 19 de novembro de 2015, na Faculdade de Odontologia da UFMG, para 30 participantes (gestores e trabalhadores da rede SUS/Belo Horizonte, alunos de graduação e pós-graduação do Mestrado Profissional e Acadêmico e professores da Faculdade de Odontologia) com quatro horas de duração.

Após acolhimento dos participantes será realizada uma dinâmica para compreender as expectativas individuais em relação à oficina. Cada expectativa será disposta numa corda formando um “varal de expectativas”. Posteriormente serão realizadas quatro apresentações referentes aos resultados de quatro pesquisas que compõem o estudo aprovado pelo PPSUS. Os participantes, divididos em quatro grupos, trabalharão tentando identificar os problemas levantados com a pesquisa e relacionando possíveis estratégias de enfrentamento. Esta atividade será registrada na Planilha 1. Após o tempo programado, cada relator escolhido dentre os participantes do grupo fará a exposição dos pontos discutidos. Simultaneamente, um relator desenvolverá a síntese geral e a apresentará ao final dos relatos dos grupos. Ao final dessa atividade, todos retomarão o varal de expectativas, que receberá a expressão do sentimento final dos participantes em relação à oficina. A oficina será avaliada por meio de um instrumento específico que contempla os seguintes aspectos: organização, infraestrutura, metodologia, carga horária.

Planilha 1 – Planilha utilizada durante a discussão em grupo para o levantamento dos problemas encontrados e a proposição de estratégias de enfrentamento.

Quais os problemas que o grupo identifica nos resultados apresentados	Como o grupo descreve os problemas identificados	Quais as possíveis causas para os problemas identificados pelo grupo	Quais estratégias de enfrentamento que o grupo propõe

CONTRIBUIÇÃO DESTE ESTUDO PARA A ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL DE CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS NA REDE SUS-BH

A melhor compreensão do PSE alcançada a partir dos resultados desta pesquisa possibilitou a identificação de suas potencialidades no sentido de contribuir na atenção à saúde bucal de crianças de zero a cinco anos. O PSE já está inserido em toda a rede municipal de ensino

fundamental e, no momento, em processo de expansão para a rede de educação infantil. As atividades de saúde bucal – consideradas ações essenciais (Brasil, 2013a) – já são realizadas e foram citadas entre as ações mais relevantes do PSE em Belo Horizonte. Há, portanto, um espaço significativo formado pelas escolas de educação infantil, já estabelecido para a incorporação e execução de novas ações. A composição do GTI-M também é um fator favorável, com presença de gerências estratégicas das três secretarias de governo nele representadas, inclusive com a participação de representante da Coordenação de Saúde Bucal da SMSA (Belo Horizonte, 2013b). Há ainda a parceria já firmada entre a Faculdade de Odontologia da UFMG e a Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, por meio do Projeto de Extensão Escolas Saudáveis, inclusive com intervenções junto ao PSE.

CRONOGRAMA

Atividade	Objetivos	Metodologia	Recursos	Responsável	Tempo
Abertura da oficina	Apresentar a oficina - recepção e boas-vindas aos participantes	Exposição oral	Sala de aula	Coordenador oficina	5 min
Identificação dos participantes e levantamento de expectativas	Conhecer as expectativas dos participantes com a oficina	Apresentação dos participantes com uma palavra que expresse as expectativas em relação à oficina. Os registros deverão compor o varal das expectativas	Tarjeta de papel, caneta, quadro	Coordenador da oficina	25 min
Apresentação dos resultados das pesquisas	Apresentar os resultados observados nas pesquisas	Exposição oral. Cada estudante de pós-graduação terá 10 minutos para fazer a apresentação dos resultados observados nas pesquisas	Power Point	Estudantes de pós-graduação e graduação	40 min
Identificação de problemas	Escolher um nome para o grupo Identificar problemas a partir dos resultados apresentados. Elencar estratégias de enfrentamento	Trabalho em pequenos grupos (dividir em quatro grupos; cada grupo deverá trabalhar separadamente em uma sala o grupo deverá indicar um relator).	Notebook, material impresso	Participantes	60 min

	dos problemas observados.				
Intervalo					20 min
Discussão em plenária	Apresentar as discussões dos grupos	Exposição oral	Data-show	Relatores dos grupos	40 min.
Síntese das apresentações	Sintetizar as principais ideias	Exposição oral	Sala de aula	Coordenador da oficina	5 min
Avaliação	Avaliar a oficina e propor encaminhamentos e pactuações	Cada participante deverá escolher uma palavra para expressar o seu sentimento ao final da oficina. Varal das expectativas. Preenchimento do instrumento de avaliação da oficina.	Papel e canetinhas Instrumento de avaliação	Participantes; coordenador da oficina	30 min
Encerramento	Agradecer aos participantes	Exposição oral	Sala de aula	Coordenador oficina	5 min

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em relação ao objetivo deste estudo, percebeu-se uma dificuldade na construção do trabalho intersetorial nos campos da gestão e do desenvolvimento das ações do PSE. Predominou a lógica setorial nas instâncias superiores de gestão com centralidade de poder e baixa utilização de mecanismos integradores. No âmbito das ações desenvolvidas pelo PSE, houve pouco compartilhamento de responsabilidades entre os setores, com pequeno alcance no desenvolvimento da promoção da saúde e na atuação sobre seus determinantes.

A implementação do PSE no município avançou em termos de cobertura da rede escolar e número de estudantes atendidos. Este estudo identificou, no entanto, dificuldades operacionais para a adoção de um método integrado indicativo de uma lógica intersetorial de atuação. As potencialidades verificadas no arcabouço legal do PSE, mais especificamente nas normatizações sobre o trabalho do GTI-M, não repercutiram na prática do grupo. A opção por um papel ativo do GTI-M na condução do PSE, que se manifesta na portaria municipal que o instituiu e o definiu como a instância de gestão intersetorial, não se confirmou na percepção do grupo de gestores. O GTI-M apresentou-se como uma instância frágil de gestão intersetorial, uma vez que se encontra esvaziado em relação aos membros nomeados: não se mostrou como um espaço democrático de integração, capaz de promover articulação entre os atores e setores envolvidos; não apresentou poder de decisão compatível com suas atribuições; não demonstrou possuir conhecimento sobre a gestão do recurso financeiro do programa, essencial para uma visão integrada da política.

A implantação do programa e de suas ações apresentou baixa utilização das estratégias de integração previstas pelo PSE, demonstrando um distanciamento entre a operacionalização e a norma estabelecida. A pequena participação dos profissionais da ESF e a ausência de participação dos professores, associadas à presença nas escolas dos monitores e das equipes volantes de saúde indicaram uma opção por um modelo baseado na inclusão de novos atores. Há de fato ampliação do alcance de resultados ou apenas o desenvolvimento de ações colaborativas multiprofissionais? Modelos paralelos não estariam contribuindo para uma maior fragmentação das ações, numa inversão da almejada racionalização de recursos? Não estariam dificultando as possibilidades de articulação intersetorial? Mais do que respostas

únicas e definitivas, o que se espera é a possibilidade de melhoria da qualidade de vida dos estudantes.

A análise das ações desenvolvidas pelo PSE mostrou uma permanência do modelo biologicista de intervenção, com o relato de atividades de promoção da saúde fruto de ações isoladas e baseadas em abordagens tradicionais com pouca inovação. O estudo documental sobre as notícias do DOM evidenciou um protagonismo dos monitores do PSE que não apresentou correspondência nas respostas dos gestores. Os respondentes citaram os monitores, mas não atribuíram a eles nenhuma conotação especial. Por outro lado, não houve consenso entre os respondentes em relação à atuação das equipes volantes de saúde. O potencial inovador que estes profissionais podem trazer às práticas de saúde na escola ainda está por ser desvelado. Este estudo não elucidou as razões que levaram o município a adotar tal modelo, e este pode se constituir em um tema para futuras pesquisas. Parece-nos, no entanto, que sua ação isolada não será suficiente para o fortalecimento e sustentação do PSE e para a alteração significativa da vida dos estudantes, pois a permanência de modelos de atuação paralelos gera desgaste, ineficiência e sobreposição no uso de recursos. A inserção da saúde como tema transversal nos currículos da educação básica é um caminho reconhecido para a superação de algumas dessas dificuldades, mas não é uma construção simples. Exige empenho coletivo dos dois setores, conhecimento mútuo e recíproco. O que tem sido feito neste sentido? O estudo transversal realizado com os gestores do PSE indicou que esta não é uma prática realizada por todas as escolas, assim como não há conhecimento uniforme do grupo sobre o assunto. Pela relevância estratégica do tema, este também é um campo para pesquisas futuras.

O discurso institucional valoriza o PSE como uma experiência bem-sucedida de política intersetorial. Os resultados mostraram indicativos de um maior protagonismo do setor educação na construção e no desenvolvimento do PSE no município: maior número de representantes no GTI-M; coordenação do GTI-M; destaque institucional para os monitores do PSE. Entretanto, mostraram também que as lógicas setoriais e as hierarquias de poder não foram rompidas nem na base da gestão do sistema nem nos territórios de atuação. A incorporação de novas estratégias de gestão e execução das políticas públicas tem encontrado enormes dificuldades no campo das práticas. Ultrapassar as barreiras operacionais na administração pública não tem sido uma tarefa simples. Neste cenário, o estabelecimento de processos comunicativos entre os setores é tarefa primordial e o

investimento em capacitação e educação permanente que incluam a discussão atual sobre a intersectorialidade pode ser uma estratégia para o fortalecimento das intervenções. E neste processo devem participar todos os atores envolvidos (gestores, trabalhadores, estudantes e a comunidade).

Este estudo, circunscrito no tempo e no espaço, ancorado na triangulação de métodos, trouxe à tona complexas questões relativas à intersectorialidade nas políticas públicas. Possibilitou a confirmação das hipóteses formuladas e poderá contribuir para um melhor entendimento da multiplicidade das políticas sociais. A sustentabilidade de projetos e programas desta ordem está direta e intimamente relacionada à dimensão política e ao apoio institucional advindo deste âmbito. Romper o *modus faciendi* setorial é tarefa árdua e não será conseguido sem esforço. Concordando com a opinião da professora Potyara Pereira, “a tarefa de intersectorializar as políticas sociais não é fácil, mas também não é impossível, desde que a maioria esteja consciente de que vale a pena persegui-la em prol do interesse público”.

REFERÊNCIAS

1. Akerman M, de Sá RF, Moysés S, Rezende R, Rocha D. Intersetorialidade? IntersetorialidadeS! Cien Saude Colet. 2014;19(11):4291-4300.
2. Almeida Filho N. Intersetorialidade, transdisciplinaridade e saúde coletiva: atualizando um debate em aberto. Revista de Administração Pública, 34(6):11-34, 2000.
3. Alves Filho F. Gêneros jornalísticos: notícias e cartas de leitor no ensino fundamental. São Paulo: Cortez, 2011.
4. Alves Filho F. O pé biográfico e a constituição da autoria em artigos de jornal. LemD, 8(2):335-351, 2008.
5. Bardin, L. L'analyse de contenu. Paris: PUF; 2013.
6. Belo Horizonte. Portaria Conjunta SMSA/SMED nº 001, de 05 de novembro de 2008. Institui o Grupo de Trabalho Intersetorial para elaboração do Projeto do PSE. Diário Oficial do Município 2008; 07 nov.
7. Belo Horizonte. Programa Saúde na Escola promove valorização da saúde em prol do desenvolvimento dos alunos de BH. Publicado em 07/08/2013. Disponível em <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/noticia.do?evento=portlet&pAc=not&idConteudo=118380&pIdPlc=&app=salanoticias>. Acesso em 02 nov. 2013.
8. Belo Horizonte. Portaria Conjunta SMED/SMSA/SMASAN nº 003 de 12 de setembro de 2013. Institui o Grupo de Trabalho Intersetorial do Programa Saúde na Escola. Diário Oficial do Município. 2013; 16 outubro.
9. Belo Horizonte. Manual Operacional PSE Programa Saúde na Escola. Secretaria Municipal de Educação, Secretaria Municipal de Saúde. Belo Horizonte; 2015.
10. Brasil. As cartas da promoção de saúde. Ministério da Saúde. Brasília; 2002.
11. Brasil. Decreto 6.286, de 05 de dezembro de 2007. Brasília. 2007.
12. Brasil. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Relatório final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). 2008.

13. Brasil. Política Nacional de Promoção da Saúde. 3ª Edição. Ministério da Saúde. Brasília; 2010.
14. Brasil. Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde. Brasília; 2012.
15. Brasil. Manual instrutivo do Programa Saúde na Escola. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Brasília; 2013.
16. Brasil. Portaria Interministerial nº 1.413, de 10 de julho de 2013. Redefine as regras e critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE) por Estados, Distrito Federal e Municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações. Diário Oficial da União 2013; 11 jul.
17. Brasil. Política Nacional de Promoção da Saúde. Revisão da Portaria MS/GM nº687, de 30 de março de 2006. Ministério da Saúde, Brasília; 2014.
18. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. Cienc Saude Col, 5(1):163-177, 2000.
19. Buss PM, Carvalho AI. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). Cienc Saude Col, 14(6):2305-2316, 2009.
20. Coelho AVAG. A Construção da Intersetorialidade no Programa Bolsa Família em Manguinhos, no Rio de Janeiro [Dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): FIOCRUZ; 2009.
21. Ferreira IRC. Avaliação da intersectorialidade no Programa Saúde na Escola [Dissertação]. Curitiba (PR): Pontifícia Universidade Católica do Paraná; 2012.
22. Ferreira IRC, Vosgerau DSR, Moysés SJ, Moysés ST. Diplomas Normativos do Programa Saúde na Escola: análise de conteúdo associada à ferramenta ATLAS TI. Cien Saude Colet. 2012;17(12):3385-3398.
23. Ferreira IRC, Moysés SJ, França BHS, Carvalho ML, Moysés ST. Percepções de gestores locais sobre a intersectorialidade no Programa Saúde na Escola. Rev Bras Educação, 19 (56):61-76, 2014.

24. Ferreira IRC, Moysés SJ, França BHS, Moysés ST. Avaliação da intersetorialidade no Programa Saúde na Escola. Utilização da metodologia de avaliação rápida. Curitiba: Editora Universitária Champagnat, 2014.
25. Graciano AMC. Percepção dos professores em relação à promoção da saúde em escolas do ensino fundamental [Dissertação]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2014.
26. Inojosa RM. Sinergia em Políticas e Serviços Públicos: desenvolvimento social com intersetorialidade. Cadernos Fundap, 22:102-110, 2001.
27. Jacóé NB, Aquino NM, Pereira SCL, de Souza ES, de Souza FC, Santana MS, Marçal MM, Rocha MJ, do Nascimento AR, Maia DKA, da Costa MCM, Ribeiro VCM. O olhar dos profissionais de uma Unidade Básica de Saúde sobre a implantação do Programa Saúde na Escola. Rev Med Minas Gerais, 24 (Supl. 1):S43-S48, 2014.
28. Jick TD. Mixing quantitative and qualitative methods: triangulation in action. Administrative Science Quarterly, 24:602-611, 1979.
29. Junqueira LAP. Articulações entre o serviço público e o cidadão. X Congreso Internacional del CLAD sobre La Reforma Del Estado y de La Administración Pública, Santiago, Chile, 18-21 Oct. 2005.
30. Mendes R, Akerman M. Intersetorialidade: reflexões e práticas. In: Fernandes JCA, Mendes R, organizadores. Promoção da saúde e gestão local. São Paulo: CEPEDOC; 2007.
31. Minayo MCS, Assis SG, Souza ER. Avaliação por triangulação de métodos. Abordagem de programas Sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.
32. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.
33. Monnerat GL, Souza RG. Intersetorialidade e Políticas Públicas: um diálogo com a literatura atual. In: Monnerat GL, Almeida NLT, Souza RG, organizadores. A intersetorialidade na agenda das Políticas Sociais. Campinas: Papel Social; 2014. p. 41-54.

34. Santos NN. A intersectorialidade como modelo de gestão das políticas de combate à pobreza no Brasil. O caso do Programa Bolsa Família no município de Guarulhos [Dissertação]. São Paulo (SP): Fundação Getulio Vargas; 2011.
35. Sícoli JL, Nascimento PR. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. Interface – Comunic, Saude, Educ. 7(12):91-112, 2003.
36. Sposati A. Gestão pública intersectorial: sim ou não? Comentários de experiência. Serv Soc Soc. 2006;85:133-141.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO ELETRÔNICO PARA REPRESENTANTES DO GTI-M E DAS COORDENAÇÕES REGIONAIS DO PSE.

Caracterização:

Sexo:

- Feminino
- Masculino

Idade: _____

1) Que setor você representa no PSE?

- Educação
- Saúde
- Segurança Alimentar e Nutricional

2) Há quanto tempo você atua no PSE?

- Menos de 1 ano
- 1 ano
- 2 anos
- 3 anos
- 4 anos
- Mais de 4 anos

3) Qual sua maior titulação?

- Graduação
- Especialização
- Mestrado
- Doutorado
- Outro: _____

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

- Educação
- Saúde
- Outro(s)

Se você marcou outro(s) na resposta anterior, especificar sua resposta - Outro(s), quais?

5) Na proposta estrutural do PSE cada município deveria constituir um Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI). Como foi instituído o GTI no município?

6) Você participa ou já participou do GTI do município?

- Sim

Não

7) Que setores estão representados no GTI do município? Marque quantas alternativas forem necessárias à resposta.

- Saúde
- Educação
- Universidade
- Outro(s)

Se você respondeu outro(s) na pergunta anterior, especifique sua resposta – Outro(s), quais?

8) Quem coordena o GTI do município? Se sua resposta for outro, especifique quem.

- Saúde
- Educação
- Outro: _____

9) Há alternância na coordenação do GTI?

- Sim
- Não
- Não sei

Se sua resposta foi não para a pergunta anterior, explique se este fato gera algum tipo de conflito no GTI.

10) Das competências listadas abaixo, marque se elas são assumidas pelo GTI do município.

- i. Apoio à implementação dos princípios e diretrizes do PSE no planejamento, monitoramento, execução, avaliação e gestão dos recursos financeiros.
 - Sim
 - Não
 - Não sei
- ii. Articulação para inclusão dos temas relacionados às ações do PSE nos projetos políticos pedagógicos das escolas.
 - Sim
 - Não
 - Não sei
- iii. Definição das escolas públicas federais, estaduais (em articulação com o Estado) e municipais a serem atendidas no âmbito do PSE, considerando-se as áreas de vulnerabilidade social, os territórios de abrangência das Equipes de Atenção Básica e os critérios indicados pelo Governo Federal.
 - Sim
 - Não
 - Não sei

- iv. Definição de estratégias e formas de integração e planejamento conjunto entre as equipes das escolas e as equipes de Atenção Básica.
 - Sim
 - Não
 - Não sei
- v. Auxílio no processo de assinatura do Termo de Compromisso pelos secretários municipais de saúde e de educação.
 - Sim
 - Não
 - Não sei
- vi. Participação no planejamento integrado de educação permanente e formação continuada e viabilizar sua execução.
 - Sim
 - Não
 - Não sei
- vii. Apoio, qualificação e garantia o preenchimento do Sistema de Monitoramento e Avaliação do PSE.
 - Sim
 - Não
 - Não sei
- viii. Apresentação de estratégias específicas de cooperação entre Estados e Municípios para a implementação e gestão do cuidado em saúde dos educandos no âmbito municipal.
 - Sim
 - Não
 - Não sei
- ix. Responsabilização pela entrega dos materiais do PSE, enviados pelo ME, sejam entregues e utilizados de forma adequada pelas Equipes de AB e Equipes das Escolas.
 - Sim
 - Não
 - Não sei
- x. Monitoramento das ações realizadas pelas equipes de saúde e da educação e avaliação do alcance das metas pactuadas.
 - Sim
 - Não
 - Não sei
- xi. Monitoramento e avaliação das informações relativas ao PSE contidas no e-SUS/AB.
 - Sim
 - Não
 - Não sei
- xii. Monitoramento e avaliação das informações relativas ao PSE contidas no SIMEC.
 - Sim
 - Não
 - Não sei

- xiii. Encaminhamento do Termo de Compromisso Municipal do PSE aos Conselhos Municipais de Saúde e de Educação (quando houver) e à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) do Estado, para homologação.
- Sim
 - Não
 - Não sei
- xiv. Há outras competências assumidas pelo GTI do município?
-

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

- Semanal
- Quinzenal
- Mensal
- Bimestral
- Outro: _____

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

- Sim
- Não

13) Cite até dois mecanismos de controle da rotatividade de representantes no GTI. Até dois itens.

Mecanismo 1: _____

Mecanismo 2: _____

14) Você considera que a tomada de decisões no GTI do seu município é feita de forma equânime em relação à representação dos setores participantes?

- Sim
- Não

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

15) Dos instrumentos de comunicação listados abaixo, marque se eles são utilizados pelo GTI.

- i. E-mail
 - Sim
 - Não
 - Não sei
- ii. Cartas
 - Sim
 - Não
 - Não sei
- iii. Atas
 - Sim

- Não
- Não sei
- iv. Telefonemas
 - Sim
 - Não
 - Não sei
- v. Redes sociais (Orkut, Twitter, Facebook etc)
 - Sim
 - Não
 - Não sei
- vi. Outros: _____

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

Estratégia 1:

Estratégia 2:

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

Item 1: _____

Item 2: _____

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

- Sim
- Não
- Não sei

Justifique a resposta da pergunta anterior:

19) O modelo de gestão do setor Educação possibilita a ação intersetorial? Marque somente uma alternativa e justifique-a.

- Sim
- Não
- Não sei

Justifique a resposta da pergunta anterior:

20) O modelo de gestão do PSE possibilita a ação intersetorial? Marque somente uma alternativa e justifique-a.

- Sim
- Não

Não sei

Justifique a resposta da pergunta anterior:

21) Cite até duas facilidades do trabalho intersetorial.

Facilidade 1: _____

Facilidade 2: _____

22) Cite até duas dificuldades do trabalho intersetorial.

Dificuldade 1: _____

Dificuldade 2: _____

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

Sim

Não

Não sei

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

Sim

Não

Não sei

25) Além da Educação e da Saúde, quais outros setores (governamentais e/ou não governamentais) se envolvem intersetorialmente nas ações desenvolvidas pelo PSE?

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

Sim

Não

Não sei

De que forma foi o envolvimento?

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

Mecanismo 1: _____

Mecanismo 2: _____

28) Em Belo Horizonte, há integração do PSE com outras políticas e programas desenvolvidos por outros setores governamentais focados na atenção escolar.

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

29) Em Belo Horizonte foi realizado o levantamento das necessidades do território para as ações do PSE?

- Sim
- Não
- Não sei

30) Das instâncias/atores listadas abaixo, marque se elas participaram deste levantamento.

- i. GTI
 - Sim
 - Não
 - Não sei
- ii. Coordenação regional
 - Sim
 - Não
 - Não sei
- iii. Comunidade
 - Sim
 - Não
 - Não sei
- iv. Profissionais da escola
 - Sim
 - Não
 - Não sei
- v. Profissionais das Unidades de Saúde
 - Sim
 - Não
 - Não sei
- vi. Estudantes
 - Sim
 - Não
 - Não sei
- vii. Outros: _____

31) Onde foram buscadas as informações para o levantamento?

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

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

Ação 1: _____

Ação 2: _____

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

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

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

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

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

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

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

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

Estratégia 1: _____

Estratégia 2: _____

39) Qual nível de gestão você representa nesta pesquisa?

- GTI-M
- Barreiro
- Centro-Sul
- Leste
- Nordeste
- Noroeste
- Norte
- Oeste
- Pampulha
- Venda Nova

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

Título da pesquisa: **A intersectorialidade no Programa Saúde na Escola no município de Belo Horizonte, MG**

Instituição promotora: Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia da UFMG

INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “**A intersectorialidade no Programa Saúde na Escola no município de Belo Horizonte, MG**”, que tem como objetivo geral avaliar a intersectorialidade no Programa Saúde na Escola (PSE) no município de Belo Horizonte, e como objetivos específicos descrever o processo de implantação e situação atual do PSE, compreender a percepção dos participantes em relação à intersectorialidade e avaliar as principais ações intersectoriais desenvolvidas.

Esta pesquisa será conduzida pelos pesquisadores Antônio Paulo Gomes Chiari e Maria Inês Barreiros Senna, do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais. A sua participação neste estudo será completamente voluntária e será garantida a fidedignidade de suas respostas individuais e o seu anonimato. Os resultados deste estudo serão apresentados apenas de forma agregada e nenhuma característica de identificação de qualquer participante constará na descrição dos resultados. Você não receberá nenhuma gratificação para participar deste estudo. Você não será prejudicado(a) de qualquer forma caso não queira participar da pesquisa. Levantamento documental referente ao processo de formulação e execução do PSE, aplicação de questionários eletrônicos *on line* e realização de entrevistas com roteiro serão os instrumentos utilizados para a coleta de dados. Os resultados deste estudo serão apresentados em eventos e artigos científicos. Caso seja do seu interesse, você poderá fazer mais perguntas relacionadas a esta pesquisa e estaremos à sua disposição para respondê-las, pelo telefone 0xx31-3409-2445 e 3409-2444 ou pelo e-mail mibsenna@hotmail.com. Você poderá obter mais informações sobre este estudo junto aos comitês de ética envolvidos: Comitê de Ética na Pesquisa da UFMG, na Av. Antônio Carlos, 6.627, Unidade Administrativa II, 2º andar, sala 2005, Campus Pampulha, Belo Horizonte, MG, CEP: 31270-901 ou pelo telefone: 3409-4592. Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte, na Av. Afonso Pena, 2.336, sobre-loja, Funcionários, Belo Horizonte, MG ou pelo telefone 3277-5309.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO:

Eu li e entendi as informações acima. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para participar nesta pesquisa, até que eu decida o contrário. Receberei uma via assinada deste consentimento.

Nome do participante

Assinatura do participante

Data:

Nome da testemunha

Assinatura da testemunha

Data:

Antônio Paulo Gomes Chiari
Maria Inês Barreiros Senna
Nome dos coordenadores da pesquisa.

ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO CEP – UFMG

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: A intersetorialidade no Programa de Saúde na Escola no município de Belo Horizonte, MG

Pesquisador: Maria Inês Barreiros Senna

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 40224214.0.0000.5149

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DA NOTIFICAÇÃO

Tipo de Notificação: Outros

Detalhe: Envio do TCLE modificado conforme CEP, Secretaria Municipal de Saúde de Belo

Justificativa: Envio do TCLE modificado conforme CEP, Secretaria Municipal de Saúde de Belo

Data do Envio: 31/03/2015

Situação da Notificação: Parecer Consubstanciado Emitido

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.020.689

Data da Relatoria: 14/04/2015

Apresentação da Notificação:

O estudo de caso faz parte de dissertação de Mestrado e será desenvolvido em Belo Horizonte. Configuram-se como espaços de investigação a gestão municipal do PSE, formada pelo Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTI-M) e as equipes gestoras regionais. Para aprofundar a compreensão sobre a intersetorialidade, o estudo propõe como recorte a rede de saúde e de educação da Regional Centro-Sul, formada por 10 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 12 Escolas Municipais. Os participantes de estudo serão os gestores municipais do PSE e os trabalhadores das equipes de saúde e educação. No campo da gestão municipal do PSE serão investigados três grupos. O primeiro será o GTI-M formado por representantes de três secretarias: Secretaria Municipal de Educação, Secretaria Municipal de Saúde e Secretaria Municipal Adjunta de Segurança Alimentar e Nutricional, perfazendo 21 membros. O segundo grupo será formado pelos gestores

distritais do PSE das nove Regionais, composto por um representante da área da educação e outro da área da saúde, totalizando 18 participantes. Já o terceiro grupo será formado pelos gestores locais das dez UBS e 12 escolas da Regional Centro-Sul. Entre os trabalhadores da saúde serão investigados os profissionais de nível superior – enfermeiros, médicos e dentistas – de 26 Equipes de Saúde da Família das UBS selecionadas, num total de 78 profissionais. Nas escolas serão entrevistados professores. O dimensionamento do corpo docente será realizado durante a exploratória do estudo. Após aprovação da pesquisa pelos comitês de ética envolvidos – Universidade Federal de Minas Gerais e Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – todos os potenciais participantes serão contactados para convite à participação no estudo. Aqueles que concordarem terão acesso ao TCLE elaborado para a pesquisa. A coleta dos dados será realizada por meio da pesquisa documental, aplicação de questionários e realização de entrevistas. As dimensões norteadoras da intersectorialidade no PSE a serem investigadas foram baseadas no estudo de Ferreira et al. (2014) que avaliou a percepção sobre intersectorialidade de gestores municipais do PSE em cinco cidades brasileiras. As dimensões são: Gestão do PSE; Desenvolvimento das ações intersectoriais; Monitoramento e avaliação das ações; Sustentabilidade do PSE. A análise documental buscará identificar os eventos que marcaram as diferentes etapas do processo de implantação e execução do PSE no âmbito municipal. As fontes serão portarias, resoluções, atas, relatórios e demais documentos oficiais emitidos pela coordenação municipal do PSE. Para avaliar a percepção dos gestores municipais e regionais do PSE será aplicado questionário semiestruturado em formato eletrônico adaptado de Ferreira (2012). É composto por 71 questões e será elaborado na plataforma digital Survey Monkey® e enviado por e-mail para todos os gestores, juntamente com o TCLE. Tendo em vista que se trata de questionário utilizado em outro estudo não será necessária realização de teste do instrumento. As entrevistas com roteiros serão realizadas com o objetivo de avaliar as ações locais desenvolvidas pelo PSE assim como compreender a percepção dos gestores locais e dos trabalhadores destas unidades em relação à intersectorialidade. O roteiro foi elaborado de acordo com as quatro dimensões descritas acima. Estudo piloto e o teste do instrumento serão realizados com as equipes do Centro de Saúde Nossa Senhora de Fátima e da escola municipal localizada na área de abrangência. No estudo principal, o critério de saturação (MINAYO, 2013) será utilizado para definir o número total de entrevistas realizadas. A partir da análise gradual do material coletado, levando-se em conta os objetivos da pesquisa, serão levantados critérios para a definição do ponto a partir do qual os dados obtidos, por sua redundância, passarão a ser considerados pouco relevantes para o aprofundamento da reflexão proposta (FONTANELLA, 2008)

Critério de Inclusão: ser funcionário da secretaria de saúde e de educação e de segurança alimentar e nutricional da PBH/MG, atuar nos espaços de gestão do PSE (gestores municipais, distritais e locais do PSE) e na rede municipal de saúde e de educação (trabalhadores das equipes de saúde das UBS e das Escolas da Regional Centro-Sul), ter tido alguma experiência com o PSE.

Objetivo da Notificação:

Envio do TCLE modificado conforme CEP, Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

Objetivo da pesquisa adequados e previstos no parecer consubstanciado CEP 982753.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Adequados e previstos no parecer consubstanciado CEP 982753.

Comentários e Considerações sobre a Notificação:

Pesquisa relevante e de interesse da política pública em Saúde, especialmente Programa Saúde na Escola (PSE). A Prefeitura de Belo Horizonte é coparticipante. Previsão de término em 30/12/2015.

Justificativa: Envio do TCLE modificado conforme CEP, Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte - Houve inclusão do endereço do CEP da Secretaria Municipal de Saúde, informações relativas aos possíveis riscos e desconfortos que a pesquisa pode trazer aos participantes e informações relativas a garantia de reparação dos danos causados na execução da pesquisa e reembolso no caso de gastos em decorrência da participação.

Observação: solicita-se a exclusão do local de assinatura para testemunhas e inclusão e formatação de campo de assinatura para o pesquisador e para a pesquisadora principal no TCLE (não é necessário o reenvio pela Plataforma desta modificação, estando a mesma aprovada).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentação anterior adequada e prevista no parecer consubstanciado CEP 982753.

TCLE modificado conforme CEP, Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

Recomendações:

Recomenda-se a aprovação da emenda ao projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Somos favoráveis à aprovação da emenda ao projeto de pesquisa "A intersetorialidade no Programa de Saúde na Escola no município de Belo Horizonte, MG" da Pesquisadora Profa. Dra. Maria Inês Barreiros Senna, com a inclusão do TCLE modificado conforme CEP - Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

ANEXO 2 – PARECER CONSUBSTANCIADO CEP – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A intersectorialidade no Programa de Saúde na Escola no município de Belo Horizonte, MG

Pesquisador: Maria Inês Barreiros Senna

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 40224214.0.3001.5140

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.006.181

Data da Relatoria: 23/03/2015

Apresentação do Projeto:

O estudo de caso será desenvolvido em Belo Horizonte. Configuram-se como espaços de investigação a gestão municipal do PSE, formada pelo Grupo de Trabalho Intersectorial Municipal (GTI-M) e as equipes gestoras regionais. Para aprofundar a compreensão sobre a intersectorialidade, o estudo propõe como recorte a rede de saúde e de educação da Regional Centro-Sul, formada por 10 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 12 Escolas Municipais. Os sujeitos de estudo serão os gestores municipais do PSE e os trabalhadores das equipes de saúde e educação. No campo da gestão municipal do PSE serão investigados três grupos. O primeiro será o GTI-M formado por representantes de três secretarias: Secretaria Municipal de Educação, Secretaria Municipal de Saúde e Secretaria Municipal Adjunta de Segurança Alimentar e Nutricional, perfazendo 21 membros. O segundo grupo será formado pelos gestores distritais do PSE das nove Regionais, composto por um representante da área da educação e outro da área da saúde, totalizando 18 participantes. Já o terceiro grupo será formado pelos gestores locais das dez UBS e 12 escolas da Regional Centro-Sul. A coleta dos dados será realizada por meio da pesquisa documental, aplicação de questionários e realização de entrevistas. As dimensões norteadoras da intersectorialidade no PSE a serem investigadas foram baseadas no estudo de Ferreira et al. (2014) que avaliou a percepção sobre intersectorialidade de gestores municipais do PSE em cinco cidades

brasileiras. As dimensões são: Gestão do PSE; Desenvolvimento das ações intersetoriais; Monitoramento e avaliação das ações; Sustentabilidade do PSE. A análise documental buscará identificar os eventos que marcaram as diferentes etapas do processo de implantação e execução do PSE no âmbito municipal. As fontes serão portarias, resoluções, atas, relatórios e demais documentos oficiais emitidos pela coordenação municipal do PSE. Para avaliar a percepção dos gestores municipais e regionais do PSE será aplicado questionário semi-estruturado em formato eletrônico adaptado de Ferreira (2012). É composto por 71 questões e será elaborado na plataforma digital Survey Monkey® e enviado por e-mail para todos os gestores, juntamente com o TCLE. Tendo em vista que se trata de questionário utilizado em outro estudo não será necessária realização de teste do instrumento. As entrevistas com roteiros serão realizadas com o objetivo de avaliar as ações locais desenvolvidas pelo PSE assim como compreender a percepção dos gestores locais e dos trabalhadores destas unidades em relação à intersetorialidade. O roteiro foi elaborado de acordo com as quatro dimensões descritas acima. Estudo piloto e o teste do instrumento serão realizados com as equipes do Centro de Saúde Nossa Senhora de Fátima e da escola municipal localizada na área de abrangência. No estudo principal, o critério de saturação (MINAYO, 2013) será utilizado para definir o número total de entrevistas realizadas.

A partir da análise gradual do material coletado, levando-se em conta os objetivos da pesquisa, serão levantados critérios para a definição do ponto a partir do qual os dados obtidos, por sua redundância, passarão a ser considerados pouco relevantes para o aprofundamento da reflexão proposta (FONTANELLA, 2008).

Objetivo da Pesquisa:

Hipótese:

- No nosso entendimento, a implantação do PSE em Belo Horizonte ocorreu de forma verticalizada, com pouca discussão com os profissionais das escolas e unidades de saúde, o que parece contribuir para a sua pequena capilaridade entre as equipes locais.
- Os gestores e os trabalhadores da saúde e da educação têm percepções bastante diferenciadas em relação ao PSE, não havendo uniformidade de entendimento quanto à sua proposta de ação intersetorial.
- Consideramos que as ações desenvolvidas no âmbito do PSE são fragmentadas e desarticuladas, fruto de atuações setoriais isoladas.

Objetivo Primário:

Avaliar a intersetorialidade no Programa Saúde na Escola (PSE) no município de Belo Horizonte, MG.

Objetivo Secundário:

• Descrever o processo de implantação e a situação atual do PSE no município de Belo Horizonte, MG. • Compreender a percepção dos gestores municipais, distritais, trabalhadores da saúde e educação participantes do PSE em relação à intersetorialidade. • Avaliar as principais ações intersetoriais desenvolvidas pelos setores/atores envolvidos na implementação do PSE, evidenciando o alcance, os limites, as parcerias e sinergia dessas ações.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os únicos riscos potencialmente detectados dizem respeito a eventuais constrangimentos durante o processo de entrevistas e respostas ao questionário eletrônico, que serão minimizados tendo em vista as entrevistas e aplicação do questionário serão realizadas contemplando a privacidade dos participantes. Não haverá identificação dos respondentes na divulgação dos resultados, que será feita sempre de forma agregada.

Benefícios:

Este estudo buscará contribuir para a compreensão de como se dá a intersetorialidade entre saúde e educação no município de Belo Horizonte, por meio do PSE. A partir desta compreensão, será possível colaborar para o rompimento do isolamento e do trabalho fragmentado dos setores das áreas sociais na implementação de ações de promoção da saúde no nível local.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Os métodos descritos no Projeto são pertinentes com os objetivos da pesquisa, está bem fundamentado, possui mérito científico e atende às exigências de ética na pesquisa envolvendo seres humanos, estando também compatível com seu orçamento e cronograma.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A Folha de Rosto assinada pelo(a) pesquisador(a) Maria Inês Barreiros Senna e pelo representante da Instituição proponente foi devidamente apresentada.

Carta de anuência da Instituição Coparticipante da pesquisa foi apresentada.

O TCLE foi apresentado com linguagem clara, acessível aos possíveis participantes da pesquisa e contém contatos do pesquisa.

Recomendações:

Adotar modelo de TCLE que inclua dados atualizados do CEP-SMSA e informação quanto ao qu

consta nas alíneas 'b', 'g' e 'h' do item IV.3 da Resolução CNS 466/12.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, não encontrando objeções éticas e verificando que o projeto cumpriu os requisitos da Resolução CNS 466/12, considera aprovado o projeto A intersetorialidade no Programa de Saúde na Escola no município de Belo Horizonte, MG.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Salienta-se que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.

O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto nos casos previstos na Resolução CNS 466/12. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser previamente apresentadas para apreciação do CEP através da Plataforma Brasil, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Notificações podem ser apresentadas ao CEP através da Plataforma Brasil. As notificações de início e término da pesquisa devem ser apresentadas tão logo os eventos ocorram.

Relatórios semestrais, a partir da data de aprovação, devem ser apresentados ao CEP para acompanhamento da pesquisa. Ao término da pesquisa deve ser apresentado relatório final.

BELO HORIZONTE, 31 de Março de 2015

**Assinado por: Eduardo
Prates Miranda
(Coordenador)**

Endereço: Av. Afonso Pena, 2336 - 9º andar

Bairro: Funcionários

CEP: 30.130-0

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

ANEXO 3 – COMPROVANTE DE ENVIO DE MANUSCRITO PARA A REVISTA
INTERFACE – COMUNICAÇÃO, SAÚDE, EDUCAÇÃO

From: intface@fmb.unesp.br
To: apgchiari@gmail.com
CC: apgchiari@gmail.com, ferreira_rc@hotmail.com, mibsenna@hotmail.com
Subject: Interface - Comunicação, Saúde, Educação - ID ICSE-2015-0756
Body: 15-Oct-2015

Prezado (a) Mr. Chiari:,

Seu manuscrito, intitulado "GRUPO DE TRABALHO INTERSETORIAL MUNICIPAL DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: INSTÂNCIA FACILITADORA DA INTERSETORIALIDADE?" foi submetido com sucesso e será encaminhado para avaliação, visando à sua publicação em Interface – Comunicação, Saúde, Educação. O ID do manuscrito é ICSE-2015-0756 e deverá ser mencionado em toda correspondência enviada para a revista ou em contato com a Interface. Se houver mudança em seu endereço postal e/ou endereço eletrônico, por favor, acesse ScholarOne Manuscripts no endereço <http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo> e faça a atualização de seus dados cadastrais. Enfatizamos a importância de manter também os demais dados do seu perfil atualizados, principalmente as palavras-chave referentes a sua (s) área (s) de conhecimento. Você pode acompanhar o status do seu manuscrito clicando em Author Center depois de acessar <http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo>. Agradecendo pela submissão em Interface – Comunicação, Saúde, Educação. Atenciosamente,

Antonio Pithon Cyrino
Lilia Blima Schraiber
Miriam Foresti
Editores

Date Sent: 15-Oct-2015

**EVENTO - OFICINA ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL NO SUS/BH: GESTANTES E CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS****Registro**

202128

Revisão

11/11/2015

Status

Ativo

Título

OFICINA ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL NO SUS/BH: GESTANTES E CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS

Data de início

18/11/2015

Previsão de término

19/11/2015

Data da última aprovação pelo Órgão Competente

26/10/2015

Órgão Competente

Congregação

CARACTERIZAÇÃO**Ano em que se iniciou a ação**

2015

Unidade

Faculdade de Odontologia

Departamento

Depto Odontologia Social e Preventiva

Caracterização

Outros

Programa vinculado

SEM VÍNCULO Projeto

vinculado SEM

VÍNCULO

Principal Área Temática de Extensão

Saúde

Área Temática de Extensão Afim

NÃO POSSUI Linha

de Extensão Saúde

Humana

Grande Área do Conhecimento

Ciências da Saúde

Palavras-chave

criança, saúde bucal, serviços de saúde

DESCRIÇÃO**Apresentação e justificativa**

Desde 2014 professores da Faculdade de Odontologia vem desenvolvendo uma Pesquisa com apoio da FAPEMIG (Edital PPSUS Redes) com alunos do Mestrado Profissional de Odontologia em Saúde Pública. A pesquisa está em fase final e os seus resultados serão devolvidos para a Secretaria Municipal de Saúde. Além disso, busca-se discutir estratégias de enfrentamento para os problemas observados. Assim justifica-se a realização de uma Oficina na qual os professores, alunos da FOUFG e profissionais/gestores da Secretaria Municipal de Saúde tem a oportunidade de discutir os resultados encontrados e propor encaminhamentos para o enfrentamento dos problemas observados.

Objetivos gerais

Apresentar à Secretaria Municipal de Belo Horizonte os resultados da pesquisa Atenção à saúde bucal de gestantes e crianças de 0 a 5 anos na rede pública de saúde .

Objetivos específicos

EVENTO - OFICINA ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL NO SUS/BH: GESTANTES E CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS			
Discutir estratégias de enfrentamento para os problemas observados			
Metodologia			
Oficina com 30 participantes (gestores e trabalhadores do SUS/BH, alunos de graduação e pós-graduação do Mestrado profissional e acadêmico e professores da Faculdade de Odontologia).			
Forma de avaliação da ação de Extensão			
A oficina será avaliada por meio de um instrumento específico que avaliará os seguintes aspectos: organização, infraestrutura, metodologia, carga horária.			
Site			
-			
Origem do público-alvo			
Externo			
Caracterização do público-alvo			
Gestores (referências técnicas da SMS/PBH, cirurgiões -dentistas da SMS/PBH, coordenação de saúde bucal da SMS/PBH, alunos de graduação/bolsistas de IC, alunos de pós-graduação do Mestrado profissional e Acadêmico, professores da Faculdade de Odontologia da UFMG.			
Captação por edital de foment			
Sim			
Articulado com política pública			
Sim			
ESTUDANTES MEMBROS DA EQUIPE			
Plano de atividades previstas			
Contato prévio com os participantes Convite aos participantes Organização e planejamento da Oficina Levantamento dos recursos necessários Avaliação da Oficina			
Plano de acompanhamento e orientação			
A Oficina será desenvolvida na Faculdade de Odontologia e os professores acompanharão e orientarão todo o seu desenvolvimento.			
Processo de avaliação			
A oficina será avaliada por meio de um instrumento específico que avaliará os seguintes aspectos: organização, infraestrutura, metodologia, carga horária. Também os participantes irão se expressar em relação ao cumprimento das expectativas com a Oficina.			
INFORMAÇÕES ESPECÍFICAS			
Infra-estrutura física			
Salas de aula da Faculdade de Odontologia é			
Início da inscrição			
-			
Término			
-			
Local de inscrição			
CENEXFOUFGM			
Gratuito para o público			
Sim			
Público estimado			
30			
INFORMAÇÕES ADICIONAIS			
Informações adicionais			
-			
REALIZAÇÕES			
Data Início	Data Término	Início Inscrição	Término Inscrição
19/11/2015	19/11/2015	10/11/2015	19/11/2015

--

EVENTO - OFICINA ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL NO SUS/BH: GESTANTES E CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS

EQUIPE

Participação	Nome	Telefone	E-mail	Unidade	Departamento/ Curso/Setor	Período
Coordenador	M A R A VASCONCELOS		maravas@odonto.ufm g.br maravas@odonto.ufm g.br	Facultad e de Odontolo gia	D e p t o Odontologia Social Preventiva e	- a -
Co-coordenador	R A Q U E L CONCEICAO FERREIRA		raquelcf@ufmg.br	Facultad e de Odontolo gia	D e p t o Odontologia Social Preventiva e	18/11/2015 a 18/11/2015
Participante	JOAO HENRIQUE LARA DO AMARAL		jhlamaral@ufmg.br	Facultad e de Odontolo gia	D e p t o Odontologia Social Preventiva e	18/11/2015 a 18/11/2015
Participante	PATRICIA MARIA PEREIRA DE ARAUJO ZARZAR		pzarzar@odonto.ufmg. Br	Facultad e de Odontolo gia	D e p t o Odontopediatria e Ortodontia	18/11/2015 a 18/11/2015
Participante	ANDREIA MARIA A R A Ú J O D R U M M O N D		andreiadrummond@uf mg.br	-	ODONTOLOGIA /D	18/11/2015 a 18/11/2015
Participante	GISELE TEIXEIRA NASCIMENTO CARNEIRO		giselencascimento@od onto.grad.ufmg.br	-	ODONTOLOGIA	18/11/2015 a 18/11/2015
Participante	ALEX MOREIRA HERVAL		alexherval@ufmg.br	-	ODONTOLOGIA E M, S A Ú D E PÚBLICA/MP	18/11/2015 a 18/11/2015
Participante	K E C Y A N N E M A L H E I R O S M A C H A D O		kecymalheiros@ufmg. Br	-	ODONTOLOGIA	18/11/2015 a 18/11/2015
Participante	ANNA RACHEL DOS SANTOS SOARES		annasoares@ufmg.br	-	ODONTOLOGIA	18/11/2015 a 18/11/2015
Participante	VIVIANE MOURÃO SOUSA DINIZ		vivianemourao14@uf mg.br	-	ODONTOLOGIA EM SAÚDE PÚBLICA/MP	18/11/2015 a 18/11/2015
Participante	ANTÔNIO PAULO GOMES CHIARI		apchiari@ufmg.br	-	ODONTOLOGIA EM SAÚDE PÚBLICA/MP	18/11/2015 a 18/11/2015
Participante	V I V I A N E ELISANGELA GOMES		vivianegomes@ufmg.b r	Facultad e de Odontolo gia	D e p t o Odontologia Social Preventiva e	18/11/2015 a 18/11/2015
Participante	MARIA INES B A R R E I R O S S E N N A		senna@odonto.ufmg.b r	Facultad e de Odontolo gia	Depto Clinica Patologica Cirurgia Odontologica	18/11/2015 a 18/11/2015
Participante	LEONARDO DE PAULA AMORIM		leoamorim@ufmg.br	-	ODONTOLOGIA EM SAÚDE PÚBLICA/MP	18/11/2015 a 18/11/2015

PARCERIAS

CNPJ	Nome	Caracterização	Tipo
------	------	----------------	------

ABRANGÊNCIAS

Nome	Estado	Município	CEP	Detalhes
Belo Horizonte	Minas Gerais	Belo Horizonte		
F a c u l d a d e Odontologia de	Minas Gerais	Belo Horizonte	30.441-042	Av. Antonio Carlos n. 6627 , Pampulha
F a c u l d a d e Odontologia de	Minas Gerais	Belo Horizonte		Av. Antonio Carlos 6627 Pampulha

--

EVENTO - OFICINA ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL NO SUS/BH: GESTANTES E CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS

RESULTADOS ESPECÍFICOS

Número de inscritos

0

Número de participantes

0

RESULTADOS GERAIS

Data	Resultados
-------------	-------------------

PRODUÇÕES

Tipo	Título	Data Publicação	Identificação
-------------	---------------	----------------------------	----------------------