

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS**  
**BACHARELADO EM GESTÃO PÚBLICA**

**Ana Paula Padovani Resende**

**ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA**  
**SAÚDE NA ESCOLA EM BELO HORIZONTE - MG**

Belo Horizonte  
2016

**Ana Paula Padovani Resende**

**ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA  
SAÚDE NA ESCOLA EM BELO HORIZONTE - MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Gestão Pública.

Orientador: Telma Maria Gonçalves  
Menicucci

Belo Horizonte  
2016

**Ana Paula Padovani Resende**

**ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA EM  
BELO HORIZONTE - MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Gestão Pública.

---

Dra. Telma Maria Gonçalves Menicucci – UFMG/DCP

---

Dr. Eduardo Moreira da Silva – UFMG/DCP

Belo Horizonte, 31 de janeiro de 2017.

## **AGRADECIMENTOS**

A minha orientadora, Telma M. G. Menicucci, pela sua generosidade, disponibilidade e paciência em compartilhar seus conhecimentos, a quem dedico sincera admiração.

A todos os meus colegas de curso pela companhia, em especial ao Brito Brina e Cris Kelly, meu esteio e exemplo de perseverança durante esta jornada.

A minha mãe, que na medida do possível aliviou minha carga de obrigações para que eu pudesse me dedicar mais ao estudo.

Aos meus colegas e chefes de trabalho, especialmente Amanda, Maria José, Edmar e Ronaldo, que foram pacientes nos meus momentos de dispersão e me auxiliaram no possível.

A todos que gentilmente prestaram informações e responderam às entrevistas desta pesquisa.

A Deus.

*“Pelos mesmos caminhos não se chega  
sempre aos mesmos fins.”*

(J.J. Rousseau)

## **RESUMO**

Este estudo tem por objetivo avaliar o processo de implementação do Programa Saúde na Escola (PSE) no município de Belo Horizonte, operacionalizado por meio da articulação intersetorial no âmbito de atuação das áreas de saúde e educação. Para isso foi elaborado um marco teórico sobre diferentes abordagens acerca da implementação de políticas públicas e da estratégia intersetorial. Este marco orientou as questões que seriam pesquisadas e a aplicação de entrevistas semiestruturadas, tomando como campo empírico a implementação do programa em três escolas do município. Argumenta-se que o processo de implementação de uma política ou programa envolve mudanças no comportamento e na prática de atores com vistas à alteração na realidade e para sua compreensão deve-se levar em conta o contexto endógeno e exógeno, os atores envolvidos e o arranjo institucional adotado para promover a cooperação, coordenação, comunicação e articulação. O estudo identificou que a trajetória da implementação do PSE foi influenciada pela percepção e adesão dos atores envolvidos, em relação às regras definidas e aos incentivos oferecidos à cooperação pelo arranjo institucional estabelecido. Contudo não permitiu concluir sobre os efeitos do contexto, dada a semelhança entre os contextos das escolas estudadas.

Palavras-chave: implementação, intersetorialidade, políticas públicas, Programa Saúde na Escola.

## **ABSTRACT**

This study aims to evaluate the implementation process of the Health in School Program (PSE) in the city of Belo Horizonte, operationalized through intersectoral articulation within the scope of the health and education areas. For this, a theoretical framework was elaborated on different approaches on the implementation of public policies and the intersectoral strategy. This framework guided the questions that would be researched and the application of semi-structured interviews, taking as an empirical field the implementation of the program in three schools of the municipality. It is argued that the process of implementing a policy or program involves changes in the behavior and practice of actors with a view to change in reality and to their understanding must take into account the endogenous and exogenous context, the actors involved and the arrangement Institutional framework adopted to promote cooperation, coordination, communication and articulation. The study identified that the trajectory of the implementation of the PSE was influenced by the perception and adhesion of the actors involved, in relation to the defined rules and the incentives offered to the cooperation by the established institutional arrangement. However, it did not allow to conclude about the effects of context, given the similarity between the contexts of the schools studied.

Keywords: implementation, intersectorality, public policies, Health in School Program.

## LISTA DE SIGLAS

CF	Constituição Federal
CIESE	Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola
DOM	Diário Oficial do Município
DOU	Diário Oficial da União
DST's	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EJA	Educação de Jovens e Adultos
EM	Escola Municipal
ESF	Equipe de Saúde da Família
e-SUS AB	Estratégia e-SUS Atenção Básica
GERASA	Gerência de Atenção à Saúde
GERBES	Gerência do Programa Família Escola
GTI	Grupo de Trabalho Intersetorial
GTI-E	Grupo de Trabalho Intersetorial Estadual
GTI-F	Grupo de Trabalho Intersetorial Federal
GTI-M	Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal
HPV	Papiloma Vírus Humano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
NIR	Núcleo Intersetorial Regional
PBH	Prefeitura de Belo Horizonte
PENSE	Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PPP	Projeto Político Pedagógico
PSE	Programa Saúde na Escola
PUC	Pontifícia Universidade Católica
SEE	Secretaria Estadual de Educação
SES	Secretaria Estadual de Saúde

SIMEC	Sistema Integrado de Monitoramento Execução e Controle
SLU	Serviço de Limpeza Urbana
SMASAN	Secretaria Municipal Adjunta de Segurança Alimentar e Nutricional
SMED	Secretaria Municipal de Educação
SMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SPE	Saúde e Prevenção nas Escolas
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>2. IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS</b> .....	14
<b>2.1. Modelos Tradicionais de Implementação</b> .....	14
<b>2.2. Novas Teorias</b> .....	18
<b>2.3. Intersetorialidade em Políticas Públicas</b> .....	26
<b>2.4. Síntese dos argumentos</b> .....	29
<b>2.5. Metodologia de pesquisa</b> .....	31
<b>3. ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DO PSE</b> .....	34
<b>3.1. Arranjo institucional do PSE</b> .....	35
3.1.2. A adequação municipal do arranjo institucional .....	41
3.1.2.1 O Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal – GTI-M .....	44
3.1.2.2. Inclusão de novos papéis: os monitores escolares e as equipes de saúde volante .....	48
<b>3.2. Contexto exógeno e endógeno</b> .....	51
<b>3.3. Os atores responsáveis pela implementação</b> .....	55
<b>3.4. Produtos da implementação do PSE</b> .....	58
<b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	65
<b>5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	69
<b>ANEXOS</b> .....	75
<b>ANEXO I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b> .....	75
<b>ANEXO II – Roteiro de Avaliação Anual de Saúde</b> .....	76
<b>ANEXO III – Encaminhamento do Programa Saúde na Escola – PSE</b> .....	77

## 1. INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), definida em 2006 pelo Ministério da Saúde (MS), tem por objetivo promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados às condições sócio, econômicas e culturais dos indivíduos. Dentro dessa concepção, há certo consenso de que a escola deve ser entendida como importante espaço para o desenvolvimento crítico e para a construção de valores e hábitos que promovam a produção social da saúde.

Nessa perspectiva, foi criado o Programa Saúde na Escola (PSE), um programa intersetorial das áreas da Saúde e da Educação, instituído pelo Decreto Nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, que visa promover a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde, através de parceria entre as Equipes de Saúde da Família (ESFs)<sup>1</sup> e equipes da educação básica. A formação integral é compreendida pela proteção, a atenção e o pleno desenvolvimento da comunidade escolar, enquanto na esfera da saúde abrange a prevenção, promoção, recuperação e manutenção da saúde dos indivíduos e dos grupos aos quais estão inseridos (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2016).

As atividades do PSE são desenvolvidas em territórios limitados, os quais correspondem à área de abrangência das ESFs, de tal forma que seja estimulado o uso dos equipamentos públicos de saúde e educação. Tendo como fundamento a articulação intersetorial, a participação de outras áreas e atores é bem-vinda para se formar uma rede de corresponsabilidades como garantia para a sustentabilidade das ações propostas (BRASIL, 2015). Os recursos financeiros para o programa provêm do Ministério da Saúde, compondo o bloco de financiamento da atenção básica, enquanto o financiamento ou fornecimento de material didático-pedagógico e clínico é cedido pelo Ministério da Educação, em quantidade previamente estabelecida pelo MS (BRASIL, 2007).

O estímulo à intersectorialidade em substituição a lógica de governo setorial, previsto na PNPS e proposta pelo PSE, centra-se no planejamento, execução,

---

<sup>1</sup> Equipe de Saúde da Família é uma equipe multiprofissional composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal. (BRASIL, 2012, p.55)

monitoramento e avaliação compartilhadas das ações realizadas. Para tanto, busca adotar práticas horizontais, seguindo os princípios de cooperação, integração, coordenação, descentralização e, por consequência, a sustentabilidade do programa. A gestão compartilhada do PSE se dá por meio da criação dos Grupos de Trabalho Intersetorial (GTI). Este modelo de integração e articulação dos setores de saúde e educação proposto pelo PSE proporcionaria a melhoria da qualidade de vida da população, a partir do desenvolvimento das crianças e jovens inseridos na rede pública de ensino (BRASIL, 2009).

Este trabalho tem como objetivo avaliar o processo de implementação do PSE em escolas do município de Belo Horizonte e busca contribuir para os estudos sobre implementação de políticas públicas, uma vez que tem sido observado que os resultados alcançados nem sempre são condizentes com os resultados esperados do programa. Isto se deve ao fato de a implementação fazer parte de um processo não linear e possuir características próprias que vão além do cumprimento de objetivos, diretrizes, metas e atribuições de competências prescritas em um programa.

Estas especificidades e os resultados da implementação de políticas estão vinculados à definição das regras da política ou programa, mecanismos e processos que definem a forma como os atores se articulam e interagem para a formulação e execução das ações planejadas. Daí emana a motivação para que os atores, respeitados seus valores, crenças e interesses, adiram e colaborem com a implantação do programa. Todos estes fatores ainda serão afetados pelas características do contexto local no qual se quer implementar um programa, próprias dos territórios e organizações nos quais as políticas, no caso específico as escolas, se localizam.

A partir do objetivo geral de analisar a implementação do PSE em escolas do município de Belo Horizonte, este trabalho tem como objetivos específicos descrever o processo de implementação e o estado atual do PSE nessas escolas, analisar as principais ações desenvolvidas pelos atores envolvidos na implementação do PSE e os seus produtos; analisar as dificuldades enfrentadas pelos atores relativas às práticas do PSE e compreender a percepção dos atores envolvidos no PSE em relação ao processo de implementação e à estratégia intersetorial, que é estruturante do programa.

Considerando o exposto, será tomado como campo empírico três escolas públicas de Belo Horizonte inseridas no programa – Escola Municipal Maria de Resende Costa , Escola Municipal Nossa Senhora do Amparo e Escola Municipal

Arthur Guimarães, a fim de buscar identificar fatores que favorecem ou dificultam a efetivação do mesmo e compreender possíveis diferenças no processo de implementação do programa que possam estar vinculadas aos contextos específicos. Estas escolas foram indicadas pela coordenação municipal do programa por apresentarem diferentes resultados de implementação e contextos exógenos e endógenos diversos, na sua percepção. Para isso, foram analisados documentos oficiais do programa e realizadas entrevistas semi-estruturadas com diversos atores do programa, tanto do nível gerencial quanto de execução. As dimensões abordadas foram o contexto exógeno e endógeno à escola, os atores envolvidos, o arranjo institucional estabelecido na implementação do PSE e o enfoque intersetorial.

O trabalho está estruturado em quatro capítulos, incluindo essa introdução, na qual é feita uma contextualização do tema e dos objetivos do estudo. O segundo capítulo apresenta uma revisão bibliográfica sobre a implementação de políticas públicas e sobre a perspectiva intersetorial na formulação e implementação de políticas e programas públicos. Em seguida é apresentada a síntese dos argumentos que orientam a análise, construídos a partir da revisão anterior, e a metodologia de pesquisa de forma mais detalhada. O terceiro apresenta uma descrição do programa, acompanhada da análise do processo de implementação do PSE nas escolas estudadas, considerando as dimensões focalizadas, e, por último, as considerações finais acerca da análise realizada.

## **2. IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS**

A implementação de políticas públicas tem sido destacada como de suma importância para a concretização de uma política pública, além de ser considerada como um momento também de formulação da política, que pode sofrer alterações no processo. Crescentemente tem sido objeto de estudos na busca da identificação de variáveis mais importantes que contribuem para explicar o sucesso ou insucesso da implementação de uma política, bem como os redirecionamentos sofridos no processo, tanto positivos quanto negativos. Neste capítulo serão apresentadas algumas dessas perspectivas de análise de implementação encontradas na literatura. Espera-se com esta revisão teórica identificar fatores que afetam a implementação do PSE e o formato que assume o programa na sua efetivação nos casos escolhidos.

Como ponto de partida, cabe destacar que a implementação é um conceito intimamente ligado à governança, esta se referindo à organização e à ação pública. “Governança entendida enquanto regras do jogo e arranjos institucionais que dão sustentação à cooperação, à coordenação e à negociação.” (SILVA e MELO, 2000, p.15). Para se obter estes requisitos, são necessárias mudanças estruturais no sentido de horizontalizar o processo de implementação de políticas públicas. Contudo, este entendimento ainda é recente, como veremos a seguir.

### **2.1. Modelos Tradicionais de Implementação**

Os primeiros estudos mais conhecidos sobre implementação foram realizados por Pressman e Wildaviski, em 1973, os quais se amparam no ideal racionalista de implementação, vista como um conjunto de atividades-meio para se atingir finalidades, e no ideal weberiano de burocracia com comandos centralizados e direção hierárquica e que parte das decisões políticas para a execução administrativa, de cima para baixo (RUA e ROMANINI, 2013).

Consoante, a implementação se constitui na organização do aparelho administrativo, dos recursos financeiros, humanos, materiais e tecnológicos para por em prática a política pública. “... é a preparação para a execução (ou, em outras palavras, a

elaboração de planos, programas e projetos)”<sup>2</sup> (SARAVIA, 2006, p. 32). Costuma ser estudada como uma etapa de um ciclo da política pública, o qual se inicia com a identificação de um problema social e sua inclusão na agenda pública, seguida da formulação, seleção e implementação de alternativas supostamente resolutivas, completando com o monitoramento e avaliação dos resultados obtidos.

Esta abordagem sequencial caracteriza o modelo conhecido como *top down*. Nesse, a implementação consistiria na intervenção em uma realidade social com intuito de melhoria da mesma, conduzida por um conjunto de diretrizes pré-estabelecido, ou seja, para tornar reais intenções registradas em papel (RUA, 1997; RUA e ROMANINI, 2013). Equivaleria “à execução de atividades [...] com vistas à obtenção de metas definidas no processo de formulação das políticas” (SILVA e MELO, 2000, p.4). Nessa perspectiva são consideradas, de forma separada, por um lado a arena política, responsável pela decisão, e por outro a arena administrativa, incumbida de operacionalizar o que foi decidido.

Nesta visão de que a legislação favorece o processo de implementação, Sabatier e Mazmanian *apud* Rua e Romanini(2013) apontam seis atributos para a implementação eficaz:

- 1) Desenho de política que contenha objetivos claros e concretos, que estabeleçam critérios para resolução de conflitos de interesses;
- 2) As variáveis causais do problema devem ser descritas e orientar os implementadores na consecução dos objetivos;
- 3) Ter uma estrutura institucional que potencialize o desempenho dos atores envolvidos, dotada de integração hierárquica, recursos financeiros e acesso aos apoiadores da política; liderança com habilidades gerenciais e políticas, comprometida com os objetivos traçados;

---

<sup>2</sup> “Os planos são documentos que expressam o planejamento e a forma como será realizada a gestão das instituições e organizações e se referem ao nível de grandes objetivos e eixos estratégicos de ações que expressam compromissos de longo prazo. Um plano deste tipo constitui-se de vários programas e Projetos que serão desenvolvidos num determinado período de tempo, indicando a seqüência das ações, as principais providências, os responsáveis, dentre outras informações. Um programa é o conjunto organizado de Projetos, processos ou serviços orientados para a consecução de objetivos programáticos e, um Projeto é uma unidade operacional de planejamento que vincula diversos componentes ou elementos (objetivos, recursos, atividades, resultados etc.) durante um período de tempo determinado, propiciando intervenções mais específicas na resolução de um problema.”(CUNHA, 2008, p.8). No entanto, neste trabalho não é feita distinção entre os três termos, sendo os mesmos utilizados de forma intercambiável.

4) Apoio de grupos organizados da sociedade civil e membros do Legislativo de destaque para prevenir influências externas, como do Judiciário;

5) O foco nos objetivos deve ser mantido ainda que as condições políticas, sociais e econômicas enfraqueçam a teoria causal.

Na perspectiva desses autores, o mais importante em uma política pública seria a existência de uma teoria causal explicativa adequada e objetivos claros. As variáveis que afetariam o êxito dos objetivos, segundo Sabatier e Mazmanian *apud* Rua e Romanini (2013), são: a) a tratabilidade do problema; b) capacidade dos dispositivos legais e c) os efeitos do contexto sobre o apoio à política.

A tratabilidade do problema refere-se ao nível de dificuldade no manejo do mesmo, podendo ser por dificuldades técnicas, tamanho do público-alvo ou por outros aspectos, tais como a diversidade e extensão do comportamento a ser alterado ou serviço a ser prestado.

Os dispositivos legais devem estabelecer nitidamente os objetivos da política, as instituições implementadoras, a dotação orçamentária, as atribuições dos agentes públicos, os critérios para acesso aos benefícios e os mecanismos de participação social. Os efeitos do contexto sobre o apoio à política dizem respeito às variáveis políticas, tecnológicas ou socioeconômicas que influenciam na obtenção da cooperação de agentes do alto escalão hierárquico, da “burocracia de nível de rua”, dos poderes públicos, de grupos de interesse e do próprio público alvo.

Contudo, estudos posteriores apontam que durante a implementação percebe-se que não é possível prever tudo no desenho da política e que o implementador precisa tomar decisões para o enfrentamento de problemas. Os demais atores públicos envolvidos também decidem e executam suas rotinas de trabalho conforme valores, visões e interesses próprios, bem como na interação com níveis hierárquicos superiores. Assim, tem-se como fatores influentes na implementação a cooperação e adesão dos atores, o nível de envolvimento de cada um e o volume de recursos para barganha envolvidos no programa, como sustentam os autores Silva e Melo a seguir:

... estudos de situações concretas revelam um padrão muito distinto, onde prevalece a troca, a negociação e barganha, o dissenso e a contradição quanto aos objetivos. Ao invés de controle, autoridade e legitimidade verifica-se ambiguidade de objetivos, problemas de coordenação intergovernamental, recursos limitados e informação escassa. A implementação pode ser melhor representada como um jogo entre implementadores onde papéis são

negociados, os graus de adesão ao programa variam, e os recursos entre atores são objeto de barganha. (SILVA E MELO, 2000, p.9)

Então, o que asseguraria a implementação de uma decisão é o fato desta ter sido um consenso entre os atores envolvidos, os quais acreditam ganharem algo ou pelo menos não serem prejudicados (RUA e ROMANINI, 2013). Para que a implementação tenha seu valor reconhecido, Mintzberg (1994) e Barzelay e Campbell (2003) *apud* Velarde (2007) admitem a necessidade de algumas mudanças: os gerentes, nos seus cotidianos, devem identificar as oportunidades que agreguem maior valor possível ao bem ou serviço pelo cidadão e não limitar-se aos recursos disponibilizados. Mas isto ocorrerá a partir do momento que os atores envolvidos se comprometerem em identificar tais oportunidades e desenvolvê-las.

Diante disso, alguns estudiosos voltaram sua atenção para as ações dos implementadores, os atores envolvidos na entrega dos bens e serviços, visto o grau de discricionariedade que os mesmos possuem. O modelo *bottom up* veio reconhecer que a política muda à medida que é executada, questionando a influência decisiva dos formuladores.

Este modelo emerge da visão de implementação descentralizada e que preza pela participação como característica democrática. Partindo dos burocratas individuais para as redes administrativas, admite a implementação como um “conjunto de estratégias criadas pela burocracia de nível de rua para a resolução de problemas cotidianos” a partir de um processo de negociação expressivo que inclui as organizações implementadoras e o público atendido (RUA e ROMANINI, 2013, p. 97). “A implementação é entendida como processo autônomo onde decisões cruciais são tomadas e não só “implementadas”.”(SILVA E MELO, 2000, p. 10). Com efeito, uma nova política seria formatada aos poucos.

Nesta visão, o processo decisório tem continuidade na implementação, pois as decisões são tomadas no contexto imediato de enfrentamento do problema. Lipsky (1980) *apud* Rua e Romanini (2013) atribui isto à proximidade dos burocratas locais com os problemas públicos e os atingidos. São eles quem enfrentam a escassez de recursos, as interferências externas, inclusive de outras burocracias, a diferença de valores e interesses e os preconceitos nas interações com os cidadãos-clientes, que requerem coalizões para o enfrentamento de tais problemas. Diante destes imprevistos

na rotina de trabalho, Velarde (2006) faz a seguinte afirmação sobre o processo operativo:

Supone la interiorización de conocimientos, la interpretación de situaciones, identidades y reglas, así como la capacidad para llegar a acuerdos estables sobre tales interpretaciones. Las operaciones están continuamente acosadas por problemas de incertidumbre y ambigüedad, que conducen a complejos conflictos estratégicos entre los operadores. (VELARDE, 2006, p. 21).<sup>3</sup>

À medida que as ações tomadas têm efeitos positivos sobre a solução de problemas, estas passam a institucionalizar-se, de baixo para cima. Portanto, a formulação não define por completo a política pública. Os burocratas de nível de rua aplicam suas decisões na esfera da execução, refletindo seus valores individuais. O que parece não se adequar a este modelo é a implementação de políticas que requerem partir de um eixo decisório superior, a fim de garantir a soberania da autoridade para estabelecer arranjos institucionais, normas e alocação de recursos, como no caso de políticas regulatórias.

## 2.2. Novas Teorias

Diante da complexidade do processo de implementação e da indistinção de um modelo único que fosse capaz de explicar esse processo, novas teorias foram propostas a partir de 1980: as “Teorias Híbridas”. Tais teorias superam a visão cíclica da política pública e concebem a implementação como um processo em aberto e não como uma etapa restrita, além de incorporarem elementos tanto do modelo *top down*, quanto do *bottom up*.

Seguindo esta nova perspectiva, tem-se o modelo interativo, proposto por Grindle e Thomas (1991) *apud* Rua e Romanini(2013), no qual uma vez que o problema entrou na agenda política, as decisões passam a ser tomadas passo a passo e revisadas a cada estágio, na medida em que surgem conflitos entre os atores sociais e burocratas.

Uma vez na agenda, há vários estágios de decisões, que são tomadas aos poucos e revisadas a cada momento. Esses estágios dinâmicos de decisão definem gradualmente as características da *policy*, na medida em que originam conflitos entre atores da sociedade (pois precisam mudar seu comportamento com a execução da política pública) e burocratas (que

---

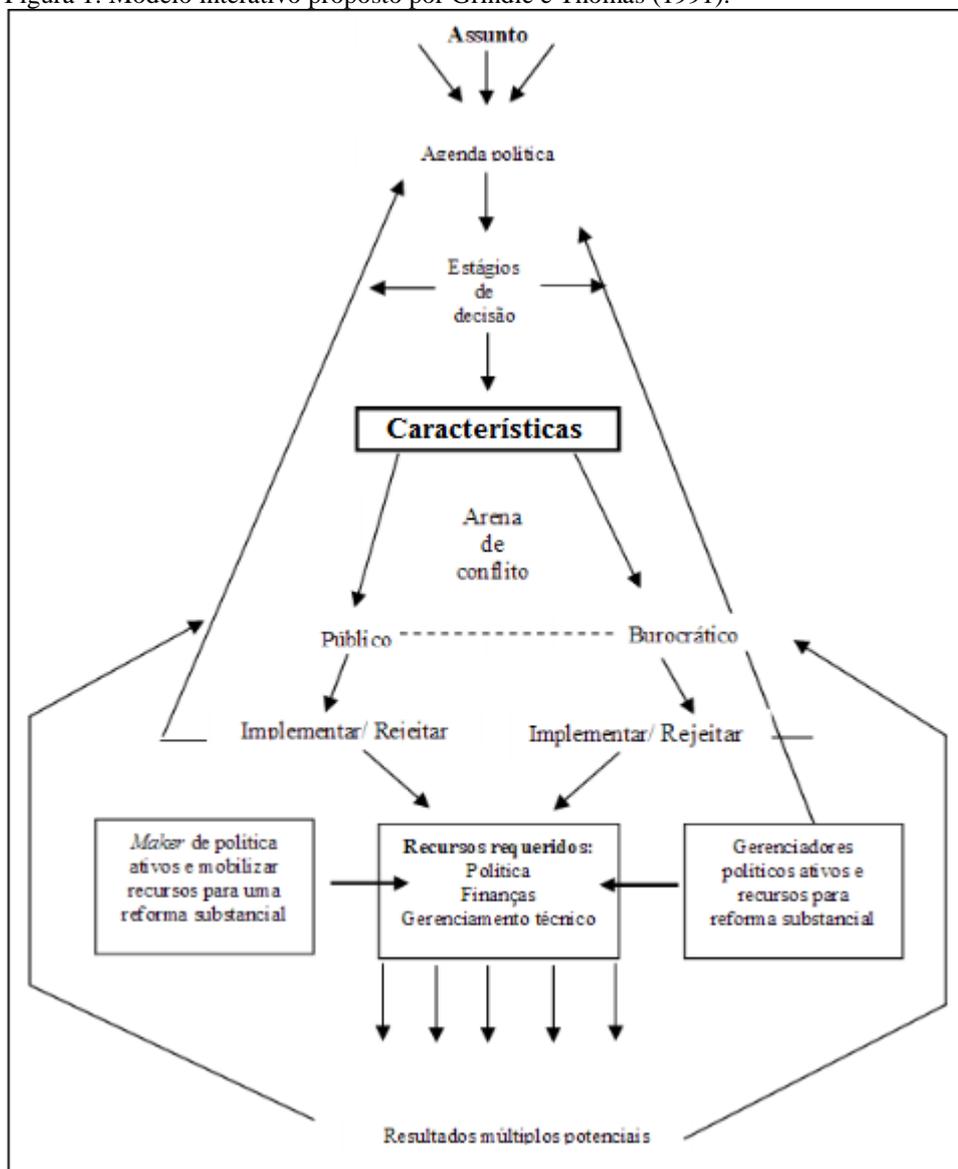
<sup>3</sup> Envolve a internalização de conhecimentos, interpretação de situações, identidades e regras, bem como a capacidade de chegar a acordos estáveis sobre tais interpretações. As operações estão continuamente cercadas de incertezas e ambiguidades, que conduzem a complexos conflitos estratégicos entre os operadores. (Tradução da autora)

precisam mudar as rotinas organizacionais com a finalidade de implementar a política). Esses conflitos encaminham o processo de determinada política pública a vários movimentos possíveis: a política pode ser implementada, ou não. Pode sê-lo apenas parcialmente ou totalmente.

Caso seja implementada, pode sê-lo conforme foi prescrito ou pode enveredar por outros rumos. Em todos esses momentos, atores sociais e agentes públicos empregam seus recursos de poder: força política, recursos financeiros, informação e capacidade de gestão (gerenciamento técnico) para apoiar ou rejeitar as decisões tomadas. Nesse contexto ou nessa arena, os tomadores de decisão ativos buscam alterar a situação problemática imbuídos de seus recursos de poder, enquanto agentes burocráticos fazem o mesmo, o que conduz a múltiplos resultados potenciais para as políticas públicas, que retroalimentam a agenda governamental. (RUA e ROMANINI, 2013, p.100-101)

Dessa maneira, movimentos ascendentes e descendentes vão formando uma política pública gradualmente como mostra a Figura 1.

Figura 1: Modelo interativo proposto por Grindle e Thomas (1991).



Fonte: GRINDLE E THOMAS (1991) *apud* RUA e ROMANINI, 2013, p. 101.

Outro modelo é o interativo-iterativo<sup>4</sup> de Kliksberg (1994) *apud* Rua e Romanini (2013), que também não admite etapas estanques na política pública, pelo contrário, as fases interagem entre si e são afetadas mutuamente, a fim de responder aos interesses dos diversos envolvidos. É iterativo porque o processo se repete a cada nova ação (ou melhor, decisão) e reação, conforme ilustra a Figura 2. A estreita relação entre formulação e implementação se deve à presença de atores chave que mobilizam recursos de poder para que decisões sejam alteradas.

Figura 2: Modelo Interativo-iterativo de Formação de Políticas e Programas Sociais.



Fonte: MOLINA, 2002, p.14.

Cada componente tradicional das políticas públicas é mantido neste modelo e tem sua importância evidenciada por Molina (2002): 1) definição do problema; 2) análise das prioridades e seleção dentre as opções; 3) gestão da alternativa de escolha e 4) monitoramento e avaliação.

O primeiro desafio na implementação de uma política ou programa social continua sendo a definição do problema. É preciso conhecer as causas (primárias e secundárias) e ordená-las conforme a relevância, o que orientará a definição das prioridades e a proposição de objetivos claros e específicos, que possam ser avaliáveis. Desta forma podem-se selecionar alternativas viáveis, possibilitando o entendimento e a mensuração de ações posteriores. Assim, devem-se levar em conta os interesses e

<sup>4</sup> Interação é a ação que se exerce mutuamente entre duas ou mais coisas, ou duas ou mais pessoas; ação recíproca. Iteração refere-se à repetição; sequência finita de operações em que o objeto de cada uma é o resultado da que a precede. (Mini Dicionário Aurélio, 2007)

expectativas dos envolvidos. Isto não deve ser encarado como um mero plano formulado para ser executado e cumprir metas, mas como um condutor para as primeiras ações e mobilização de recursos necessários (MOLINA, 2002).

Segundo o autor, em geral, as escolhas seguem uma única linha de raciocínio, normalmente a técnica. Ele destaca ainda que a seleção dentre as alternativas não pode ser intuitiva. É preciso escolher alternativas que cerquem o problema em seus distintos aspectos. Por exemplo, não adianta somente vacinar adolescentes do sexo feminino contra HPV para prevenção de câncer de colo uterino, além disto, é necessário abordar a educação para a saúde sexual, saúde reprodutiva e prevenção de DST's para jovens de todo gênero. A alternativa não tem que ser necessariamente técnica, a forma de escolha da alternativa é que deve ser fundamentada com instrumentos e metodologias que apontem os possíveis efeitos das medidas adotadas, conforme diz Molina:

En los raros casos en los cuales se ventilan diversas opciones, la propuesta de ellas suele ser dominada por una sola racionalidad, como, por ejemplo, la técnica, lo que reduce sus posibilidades. Las opciones, para ser certeras, deben ser comprensivas en los distintos aspectos que caracterizan la acción, incluidos los políticos y los institucionales.

Pero además, en los casos en que se proponen diversas opciones, el proceso de selección de una de ellas casi nunca es claro. (...) Este hecho plantea uno de los desafíos que tienen los sectores sociales, que es el de generar instrumentos y metodologías que dejen ver con mayor claridad cuáles son los efectos potenciales de las decisiones por tomar.(MOLINA, 2002, p. 16)<sup>5</sup>

Ademais, para haver sustentabilidade de uma política ou programa a decisão tomada deve acomodar adequadamente os diversos interesses em jogo. Na impossibilidade de consenso, ao menos deve haver transparência na seleção das alternativas e legitimidade ante aos envolvidos, a fim de se obter o melhor resultado. A busca por resultados de forma gradual é, por vez, mais efetiva que uma grande mudança, pois se evita graves tensões e dificuldades (MOLINA, 2002).

De acordo com Molina (2002, p.17), dadas as características do modelo proposto, a implementação de uma política ou programa nestes moldes requer uma gestão peculiar com base nas seguintes características:

---

<sup>5</sup> Em raros casos em que são veiculadas as diversas opções, a proposta é definida por uma só racionalidade, como por exemplo, a técnica, o que reduz suas possibilidades. As opções, para serem certas, devem abranger diferentes aspectos que caracterizam a ação, incluindo os políticos e institucionais.

Além disso, nos casos em que são propostas diversas opções, o processo de seleção de uma delas quase nunca é claro. (...) Isto levanta um dos desafios enfrentados pelos setores sociais, que é gerar instrumentos e metodologias que permitam ver com maior clareza quais são os efeitos potenciais das decisões a tomar. (Tradução da autora)

- Interação contínua com outras políticas em curso;
- Abertura e interação permanente com os usuários e envolvidos;
- Flexibilidade e capacidade de resposta às mudanças frequentes no ambiente;
- Clareza e compreensão das viabilidades técnica, financeira, política e institucional, como a base das ações empreendidas;
- Uma boa compreensão de sua organização e sua relação com o meio ambiente; e
- uma coordenação primorosa.

A atividade chave que integra todos os outros componentes do modelo é o monitoramento e avaliação. Essa é que gera a informação que, por sua vez, permite controlar o desempenho e o desenvolvimento da política ou programa, tanto por formuladores, quanto implementadores ou usuários. Assim deve haver um esforço para que tais informações interpretem os fenômenos sociais da melhor forma possível.

A inovação trazida por estes novos modelos é a flexibilidade, que permite incorporar novas alternativas à política na medida em que surgem novas situações. Isto se deve à percepção de que para atender às complexas demandas públicas não convém a separação entre formulação e implementação. Pelo contrário, reconhecer que estas atividades são interdependentes é uma necessidade e uma realidade frente à maior participação social na definição da agenda política e nos processos decisórios, o que requer desenvolvimento das instituições e o aumento de suas capacidades técnicas.

Winter (2010) também propõe um “modelo integrado de implementação”, que não é propriamente uma síntese das perspectivas de cima para baixo e de baixo para cima, mas que utiliza elementos úteis de ambos.

Seus principais fatores na explicação de produtos e resultados são a formulação e o planejamento de políticas, as relações interorganizacionais, o comportamento burocrático do nível de rua em associação ao comportamento do grupo-alvo, as condições socioeconômicas e os mecanismos de feedback. (WINTER, 2010, p.216)

Elmore (1985) *apud* O’Toole Jr. (2010) respaldam Winter (2010) quando argumentam que na formulação e planejamento de políticas deve se considerar os instrumentos e recursos disponíveis, assim como o comportamento da burocracia de rua e do grupo-alvo em relação à estrutura de incentivos para enfrentamento do problema,

que está ligado à complexidade organizacional e das tarefas. “... a implementação de políticas requer que as instituições arquem com o ônus de transformar tentativas de políticas gerais em um leque de regras, rotinas e processos sociais que possam converter intenções políticas em ação.” (O’TOOLE JR, 2010, p. 230).

Quando a implementação de um programa público envolve uma rede de organizações com rotinas e linguagens diferentes, ações acordadas e trabalho conjunto tornam-se mais difícil. Em cenários interorganizacionais, o desafio do gestor público é encontrar ou estimular interesses comuns, trabalhar para obter apoio e criar canais de comunicação que promovam o alcance da cooperação destinada à política. As decisões podem ser discutidas e definidas em conjunto, elaborando um “pacote de acordos”. “Colocando-se diversas questões em jogo, simultaneamente, criam-se possibilidades de permutas. E a fusão de decisões em um conjunto mais abrangente de negociações reduz o número de obstáculos separados” (O’TOOLE JR, 2010, p. 237). A cooperação também pode se dar “por meio de desagregação de compromissos e decisões grandes, complicadas e potencialmente arriscadas em compromissos de decisões menores” (O’TOOLE JR, 2010, p. 241). A institucionalização de acordos e entendimentos influenciam no sucesso da ação da implementação.

O contexto político, organizacional e técnico de uma política social molda o comportamento da burocracia de nível de rua, seja em relação à fidedignidade aos objetivos e metas pactuadas, seja em relação à adaptação da política durante seu processo de implantação. Os burocratas de nível de rua são, assim, chamados porque têm interação direta com os cidadãos/clientes, o que lhes confere considerável grau de discricionariedade. Meyers e Vorsanger (2010) veem esta categoria também como aquela que faz a interface entre os cidadãos e os servidores eleitos. Assim, a discricionariedade destes trabalhadores pode contribuir tanto para a governança democrática, equilibrando a relação entre cidadãos e legisladores, quanto pode minar os objetivos destes.

Alguns estudos demonstram a capacidade de transformação de uma política quando os burocratas de rua dedicam-se especialmente às ações visíveis, às atividades de menor grau de dificuldade de execução e concorrem com a assimetria de informações entre si, entre formuladores, burocratas de alto escalão e público-alvo, priorizando interesses próprios. Um estudo realizado por Behn (1991) *apud* Meyers e Vorsanger (2010) que descreve programas de assistência ao trabalho demonstrou que a burocracia de rua muitas vezes alcançou seus objetivos por meio de barganha quando

“os administradores dos órgãos aplicaram medidas de desempenho e incentivos (tais como rastrear e recompensar vagas de trabalho) que alinhavam os interesses dos trabalhadores com os dos profissionais responsáveis por políticas (reduzir o número de atendimentos referentes à assistência) e dos clientes (obter empregos estáveis)” (MEYERS e VORSANGER, 2010, p.259).

Da mesma forma, o controle organizacional também é comprometido diante da complexidade organizativa e de tarefas, que obriga o burocrata a selecionar o que é possível fazer diante de determinado contexto. Um estudo de Sandfort (2000) *apud* Meyers e Vorsanger (2010) sobre o compromisso de trabalhadores da linha de frente com atividades colaborativas, realizadas com assistentes sociais de instituições públicas e privadas, mostrou que estes trabalhadores são orientados por conhecimento partilhado e crenças coletivas, desenvolvidos na rotina de trabalho.

Quando as iniciativas de gestão eram coerentes com esses esquemas coletivos, os trabalhadores de linha de frente achavam razoável acatar as novas diretrizes. No entanto, quando as iniciativas pareciam ilegítimas ou desvinculadas das realidades já presentes na rotina diária, os esquemas coletivos dos trabalhadores legitimavam a busca por objetivos e definições de êxito alternativos. (MEYERS e VORSANGER, 2010, p.256).

Ainda de acordo com Meyers e Vorsanger (2010), as condições socioeconômicas, principalmente diante da restrição de recursos, também é um fator que influencia a discricionariedade da burocracia de rua. A escassez de recursos frente à grande demanda dos cidadãos-clientes e o esforço em solucionar tal situação pode conduzir a um tratamento particularista, ainda que de forma inconsciente. Assim se tem o controle dos serviços ofertados, a seleção de clientes mais cooperativos e a racionalização dos objetivos do programa.

No entanto, a burocracia de rua não pode ser a única responsabilizada pelo sucesso ou insucesso de uma política. A avaliação da fidelidade e o desempenho da burocracia de rua, em relação aos objetivos dos formuladores da política, poderá mostrar que os resultados dependem também do contexto da implementação, o qual varia conforme as características da população alvo, visto ser para esta que a política é pensada. Sendo assim, a política deve ser coproduzida com esta população, observando as especificidades dos territórios, e com os implementadores, pois estes “podem tentar buscar fielmente os interesses dos formuladores de políticas, mas fracassam na realização das políticas porque não recebem os recursos, ou falta capacidade tecnológica, para executá-las” (MEYERS e VORSANGER, 2010, p. 266).

Os problemas de implementação são resumidos por Ribeiro (2012) em três grupos. O primeiro relaciona-se aos atores envolvidos no processo. Estes podem intervir quando há dissenso no entendimento dos objetivos da política, desejo de manutenção dos padrões de trabalho já estabelecidos, apropriação dos recursos e normas para fins particulares, incluindo aí disputas entre atores e agências, quando uma rede é mobilizada. Desse modo, compreender o grau de autonomia desses atores, suas crenças e interesses pessoais, bem como os recursos que têm disponibilizados, o controle sobre as informações e as habilidades individuais afetam as tomadas de decisão e as rotinas de execução das ações.

O segundo grupo concerne ao ambiente interno da instituição implementadora, determinado pelo arranjo institucional. Este leva em conta as condições políticas e técnicas, incluindo os recursos financeiros, materiais e humanos para execução das ações. Estas condições garantem e ao mesmo tempo são garantidas pela estrutura institucional, pelas práticas gerenciais, pela articulação interorganizacional, por canais de comunicação e informação e por mecanismos de coordenação e controle das ações executadas pelos atores envolvidos. “No caso de políticas públicas, cuja natureza visa proporcionar mudança de comportamento e de valores em seu público alvo, a gestão necessita, ainda, contar com uma capacidade institucional adaptativa e flexível para garantir legitimidade das atividades perante os beneficiários.” (RIBEIRO, 2012, p. 41).

O terceiro grupo diz respeito às condições exógenas ou o contexto no qual os atores se inserem para transformar os objetivos previstos na política em ações concretas. Estes ambientes possuem características diversas e muitas vezes imprevisíveis, que podem aumentar ou restringir a capacidade operativa dos atores e agências diante de relações de poder, conflito de valores, resistências ou indolência (RIBEIRO, 2012).

Por fim, Winter (2010) conclui, que ocorrendo em cenários variáveis, a implementação dependerá do desenvolvimento da cooperação inter organizacional, já que as políticas públicas, em especial àquelas que prestam serviços sociais, é envolvida por uma rede de agências estatais e da sociedade civil que têm estruturas próprias. Esta rede pode aumentar as capacidades implementadoras quanto impor limitações, uma vez que terá que atender a interesses comuns. Daí a importância de uma coordenação comprometida e atuante.

Visto o potencial construtivo e transformador do processo de implementação de políticas públicas e da complexidade dos problemas sociais que requer uma abordagem

multidimensional na tentativa de resolvê-los, arranjos cooperativos em redes de implementação tem sido cada vez mais incentivados. Um desses arranjos tem como paradigma a intersectorialidade, da qual tratará o próximo subcapítulo a fim de auxiliar na compreensão de políticas e programas que adotam esta lógica de gestão.

### **2.3. Intersectorialidade em Políticas Públicas**

Nos últimos anos os governos vêm se empenhando em se organizar administrativamente em busca de atender aos anseios da sociedade. No Brasil, desde a Constituição Federal de 1988 tem-se observado um processo intenso de descentralização que responsabiliza os governos locais pelas principais ações que permitem assegurar a qualidade de vida dos cidadãos (MENICUCCI, 2002).

A delimitação geográfica – territorialização – permite a aproximação com o público-alvo. Nesta nova perspectiva, públicos específicos são atendidos de forma abrangente, através de um trabalho conjunto de setores com alto nível de colaboração.

Daí que a cidade se coloca como o local privilegiado para a ação intersectorial por ser um espaço definido territorial e socialmente; onde os problemas se manifestam; onde as pessoas vivem e se reproduzem. É na cidade que é possível articular as ações governamentais, seja no município em sua totalidade, ou em área mais desagregadas do espaço urbano (distritos, microrregiões, etc.) para o desenvolvimento de ações concretas em função da priorização de problemas e de grupos populacionais, considerando as condições territoriais, urbanas e do meio ambiente dos microespaços que interagem com a organização social dos grupos populacionais. (MENICUCCI, 2002, p.12)

O Art. 198 da CF/88 já previu que “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único...” (BRASIL, 2012), logo, a área da saúde foi pioneira na defesa do enfoque intersectorial em políticas públicas, dado que este setor é afetado por vários determinantes sociais e sensível a diversas demandas (CUNILL GRAU, 2014, p.10). O que este enfoque propõe é uma forma de promover a integração de setores<sup>6</sup> diversos em torno de uma situação social que merece uma abordagem multidimensional, com introdução de novos objetivos, conhecimentos e novas linhas de trabalho nos mesmos.

---

<sup>6</sup> Setor pode referir-se, na lógica da ação coletiva, ao setor público, privado, não estatal, empresarial; ou na lógica da especialidade de conhecimento, expresso em pastas governamentais da saúde, educação, agricultura, etc. (CUNILL GRAU, 2014, p.6).

De acordo com Cunill Grau (2005; 2014), o conceito de intersetorialidade se alicerça em 3 elementos básicos.

O primeiro deles é a integração, que possui dois fundamentos. Um é político, no qual se busca uma solução integral para os problemas sociais contando com a contribuição especializada de cada setor e o outro é técnico, no qual as deficiências de cada setor podem ser supridas com o compartilhamento de recursos, saberes, experiências, meios de influência, promovendo melhores resultados. Isto requer a comunhão dos mesmos conceitos, princípios, objetivos e ações entre os setores envolvidos.

O segundo elemento é a inclusão. É importante envolver os setores desde a definição do problema e planejamento das soluções até a avaliação dos resultados, pois isto promove e amplia os acordos de colaboração. Além disso, ressalta-se a relevância de se fazer esta programação antes que cada setor se organize individualmente para não haver conflitos ou redundância de ações (CORREA, 2001 *apud* CUNILL GRAU, 2014).

O terceiro elemento é a cooperação, sendo esta um desafio aos sentimentos de solidariedade e poder, uma vez que a intersetorialidade remete a partilha de recursos, responsabilidades e ações. Portanto requer mudanças de práticas, valores e cultura de instituições e atores públicos.

En todo caso, la variada literatura sobre colaboración interagencial llama la atención sobre la necesidad de establecer arreglos comunes de gobernanza, o sea espacios o instancias donde los sectores involucrados en una acción intersectorial puedan por lo menos expresar sus intereses y tratar de zanjar sus diferencias o conflictos. (CUNILL GRAU, 2014, p.24)<sup>7</sup>

Então, o objetivo das ações intersetoriais é transformar o modo de agir numa perspectiva integrada, a fim de alcançar a otimização de recursos e a maior efetividade na resolução de “problemas que são objeto das diversas políticas setoriais [no entanto] têm que ser compreendidos de forma sistêmica, pois são interligadas e interdependentes” (MENICUCCI, 2002, p.10). Sendo assim, Cunill Grau (2005; 2014) reconhece que a perspectiva intersetorial se aplica nas seguintes situações:

---

<sup>7</sup> Em todo caso, a variada literatura sobre colaboração interinstitucional chama a atenção para a necessidade de estabelecer arranjos comuns de governança, ou seja, espaços ou situações onde os setores envolvidos em uma ação intersetorial podem pelo menos expressar os seus interesses e tentar resolver suas diferenças ou conflitos. (Tradução da autora)

- Quando as soluções para um problema dependem da intervenção de mais de um órgão, por exemplo, políticas de gênero, que envolve educação, saúde, trabalho, etc.;
- Em políticas que envolvem todo o município em que se pretende a melhoria da qualidade de vida de todos os cidadãos;
- Na descentralização da execução de políticas sociais, naqueles casos em que o município tem autonomia decisória e na gestão de recursos;
- Na centralização da formulação ou coordenação de políticas sociais que requerem um marco comum aplicável a todos os setores envolvidos.

O arranjo institucional adequado para o qual se aplicará a intersetorialidade dependerá do grau de inclusão dos setores e da população, considerando a arena política de formulação, implementação, execução ou mais de uma destas e da natureza da política pública, sendo que para a prestação de bens e serviços, ela se aplica em níveis mais locais, enquanto que para políticas regulatórias, ela se aplica em escala nacional. De todo modo, terá como requisito a construção de redes que incluem diferentes atores e instâncias governamentais que compartilhem responsabilidades e funções.

Portanto, a viabilização dessa ação intersetorial depende da habilidade de criar grupos que possuam um senso compartilhado de realidade com coesão, em torno de entendimentos comuns, que determinam seu crescimento.(...) A intersetorialidade como um meio de intervenção na realidade social exige articulação de instituições e pessoas, para integrar e articular saberes e experiências estabelecendo um conjunto de relações, constituindo uma rede.(...) A rede de organizações estabelece acordos de cooperação, de alianças e de reciprocidade. (JUNQUEIRA, 2004, p. 28-29)

Para Cunill Grau (2005; 2014) não existe um modelo de rede exemplar. No entanto, as condições sob a qual se efetiva depende de alguns fatores contingentes: a) confiança; b) número de participantes; c) consenso sobre os objetivos e d) habilidades ou especialidades necessárias. Um nível menor, mediano ou maior destes fatores *in loco* determinaria o desenho mais efetivo de rede a ser aplicado na política (GOLDSMITH e EGGERS, 2006; PROVAN e KENIS 2008 *apud* CUNILL GRAU, 2014).

Também é necessária a articulação de espaços que permitam a deliberação sobre as demandas públicas entre as agências envolvidas, os responsáveis pelos recursos financeiros e a sociedade, dado que cada indivíduo está sujeito a um condicionamento social. De todo modo, mais canais de comunicação aumentam os níveis de cooperação em ações intersetoriais (CUNILL GRAU, 2005; 2014). A participação cidadã é

fundamental para vencer as barreiras culturais e desenvolver as capacidades integradoras nos territórios e com isso ampliar as redes.

Assim, os arranjos institucionais devem levar em conta um elemento básico na implementação de qualquer política pública e tão importante na gestão de políticas intersetoriais que é a coordenação interinstitucional. A presença de um “agente catalítico”, nos termos de Cunill Grau (2005), que promova o equilíbrio entre as disputas por influência, poder e resistência até que se chegue a um consenso, de tal forma que não haja liderança ou preponderância de um ou outro ator ou setor.

Ademais, a viabilidade da intersectorialidade não se concebe sem financiamento. O planejamento e a definição de verbas em prol de uma causa comum pressupõem que os planos e orçamentos das organizações individuais estejam assegurados. O argumento de integração com intuito de economia precisa mudar a lógica do orçamento nesse sentido.

Do mesmo modo, os sistemas de avaliação devem superar os critérios de entrega de produtos por setor e adotar uma visão holística ao longo do tempo. Winter (2010) incute que um produto seria apenas a fração de uma política composta por metas.

Diante do exposto, a constituição de formas organizacionais mais flexíveis desponta-se como alternativa para superar a perda de autonomia organizacional diante da coordenação interinstitucional; a administração pública e distribuição de recursos separada por setores; o corporativismo dos setores diante das alterações nos processos de trabalho e na centralidade do poder; a superação de valores, expectativas e da racionalidade individual.

## **2.4. Síntese dos argumentos**

Como se procurou mostrar, a implementação é parte de um processo não linear e possui características intrínsecas e complexas, que estão articuladas, em primeiro lugar, ao arranjo institucional, entendido como o conjunto de regras, mecanismos e processos que definem a forma como os atores se coordenam e interagem, respeitando os objetivos de uma determinada política pública. Este arranjo, em princípio, deve considerar as características do contexto local no qual se quer implementar um programa, bem como as particularidades dos atores envolvidos na implementação, uma vez que esta interação influi no processo operacional do programa.

No caso da implementação do PSE, tem-se um programa público que se propôs a modificar uma estrutura social já em funcionamento de forma seccionada, adotando a perspectiva da intersectorialidade entre as redes públicas de educação e saúde. Historicamente, as políticas de educação e saúde no Brasil se estruturaram para funcionarem de forma setorial, visto que movimentos sociais diversos fundamentaram a formalização das leis e responsabilização de cada esfera governamental (BRASIL, 2009, *apud* FERREIRA *et al*, 2012).

Em segundo lugar, parte-se também da ideia de que não basta publicar uma lei com uma conjunção entre objetivos, diretrizes, metas e definição de competências para que um programa seja implementado. Especificidades dos territórios onde as escolas estão inseridas influenciarão na seleção das ações e no processo de implementação do PSE. A introdução da perspectiva intersectorial implica adesão dos implementadores e executores à ideia de integração, para então reestruturar as práticas e relações entre si e com os beneficiários do programa, instituindo um perfil colaborativo. O arranjo institucional arquitetado para promover a cooperação, coordenação, comunicação e articulação influencia no resultado desse processo, mas as exigências vão além disso, uma vez que o problema a ser solucionado e a opção pelo enfoque intersectorial requer uma capacidade institucional caracterizada pela adaptabilidade e flexibilidade das agências implementadoras.

Diante do exposto, foram definidos os seguintes argumentos analíticos que orientaram o estudo:

- De forma mais ampla, a implementação de uma política ou programa envolve mudanças no comportamento e na prática de atores com vistas à alteração na realidade e para sua compreensão deve-se levar em conta os atores envolvidos, o ambiente interno da instituição implementadora e o contexto exógeno;
- O arranjo institucional deve garantir condições políticas, gerenciais e técnicas para execução das ações, o que inclui recursos humanos, materiais e mecanismos de coordenação e controle;
- A implementação de ações deve levar em conta contexto territorial no qual cada escola está inserida, além de ser afetada por ele;
- A gestão da implementação exige interação entre outras políticas, interação com os envolvidos e compreensão dos mesmos, flexibilidade e coordenação efetiva;

- O grau de autonomia dos atores, seus interesses próprios e a adesão ao programa impactam nos resultados;
- Os resultados da implementação dependem do planejamento integrado, das relações interorganizacionais, do comportamento da burocracia de rua;
- O desenvolvimento do programa deve ser monitorado e avaliado por todos os envolvidos;
- A sustentabilidade de um programa depende da acomodação dos interesses em jogo;
- A intersetorialidade em um programa deve se alicerçar na interação, inclusão e cooperação entre atores e agências implementadoras.

Considerando esses argumentos, partiu-se da hipótese geral de que o resultado da implementação do PSE será uma função do contexto das escolas – exógeno e endógeno -, da percepção e adesão dos atores envolvidos e das regras definidas e dos incentivos oferecidos à cooperação pelo arranjo institucional estabelecido.

## **2.5. Metodologia de pesquisa**

Este trabalho procurou avaliar o processo de implementação do PSE, a fim de identificar os fatores que atuam na implementação do programa no município de Belo Horizonte, tomando como campo empírico algumas escolas do município. Ele se justifica por contribuir para os estudos sobre implementação de políticas públicas e, especificamente, de políticas ou programas intersetoriais que acrescentam aos problemas da implementação outras especificidades, além de intensificar outras necessidades como a coordenação.

Para avaliar o processo de implementação do PSE e identificar os fatores que atuam na efetivação do mesmo foi elaborado um marco teórico sobre diferentes abordagens acerca da implementação de políticas públicas e o enfoque intersetorial que tem sido dado àquelas políticas sociais que exigem uma abordagem sistêmica, conforme descrito nas seções anteriores.

A partir desse referencial, foi analisado, inicialmente o arranjo institucional definido para o PSE com vista a identificar, do ponto de vista formal, a sua adequação aos objetivos propostos na perspectiva de uma ação intersetorial adequada. No caso de

Belo Horizonte, foram criadas estruturas organizacionais e funções com atribuições específicas para o PSE, conforme verificado na análise documental e entrevistas.

Em seguida, para ilustrar a implementação do PSE, realizou-se um estudo de três casos, tomando-se como campo empírico três escolas públicas atendidas pelo PSE: Escola Municipal Maria de Resende Costa, no bairro Frei Eustáquio, Escola Municipal Nossa Senhora do Amparo, localizada no bairro Riachuelo, e Escola Municipal Arthur Guimarães, no bairro Nova Esperança. Estas escolas foram indicadas pela coordenação municipal do programa por apresentarem diferentes resultados de implementação e por estarem alocadas em contextos exógenos e endógenos diversos, na sua percepção. O contexto exógeno no qual a escola está alocada referencia o perfil dos alunos matriculados, sua origem social e cultural. O contexto endógeno remete à caracterização das escolas quanto a sua infraestrutura, tamanho (ponderado pelo número de alunos matriculados) e complexidade de gestão. Também houve a preocupação em indicar profissionais mais antigos atuando junto ao PSE, que pudessem relatar informações mais precisas do processo de implementação do programa desde seu início.

Buscou-se identificar os resultados da implementação do programa, entendidos como os seus produtos e não os seus efeitos sobre o público-alvo e as dificuldades e entraves a partir da percepção dos atores envolvidos. “O produto da implementação é o conteúdo de uma política pública em um nível muito mais operacional que uma lei. Trata-se da política que está sendo entregue aos cidadãos. De modo análogo, os resultados são as consequências da política, que foi entregue.” (WINTER, 2010, p.219). Para isso definiu-se alguns produtos como foco de análise, considerando que ainda é um programa em implantação, não consolidado. Estes produtos são as estruturas organizacionais e funções criadas e as atividades executadas em cada uma, nas quais se pode verificar o contexto de integração e cooperação no nível operacional. A inserção do monitor escolar ou assistente de apoio, da Equipe Volante de Saúde e a instituição dos Grupos de Trabalho Intersetorial, responsável pela coordenação e articulação do programa mostram a reorganização do arranjo institucional neste sentido. Estes produtos serão mais bem definidos adiante, após a descrição e análise do arranjo institucional.

Além do exame documental foram feitas entrevistas, considerando que a análise do programa foi feita a partir da percepção dos atores envolvidos na implementação do programa. Para a realização deste estudo, foi feito um pedido formal de autorização para

o desenvolvimento e realização da pesquisa à SMED, a qual deu parecer favorável por meio de ofício. Também foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para que os participantes das entrevistas pudessem assinar, bem como o pesquisador, assegurando assim aos mesmos o sigilo dos dados fornecidos nas entrevistas (Anexo I). No período entre três de junho e sete de dezembro de 2016, foram aplicadas e gravadas dez entrevistas semiestruturadas junto a gestores em nível de Secretaria Municipal e Gerência Regional, membros de equipe volante de saúde, monitores e diretores escolares participantes do programa, a fim de verificar suas percepções quanto ao planejamento, a implementação, a execução e sobre a intersetorialidade como estratégia de ação do PSE.

Com base no objetivo da pesquisa e no referencial teórico foram definidas as questões que seriam pesquisadas e tratadas em entrevistas. As dimensões abordadas foram o contexto, os atores envolvidos, o arranjo institucional estabelecido na implementação do PSE e o enfoque intersetorial. As questões arguíam, principalmente, sobre o processo de implantação do programa, sobre a coordenação, a adesão, participação e interação dos atores e as atividades desenvolvidas. Durante as tentativas de agendamento das entrevistas, foi possível perceber uma maior disposição daqueles da área da educação, enquanto na área da saúde foi mais difícil agendar as entrevistas e a duração das mesmas foi mais curta, possivelmente, devido a uma sobrecarga maior de trabalho. Apesar disso, todas as entrevistas transcorreram tranquilamente com vistas a contribuir da melhor forma com o estudo. Não foi possível entrevistar a monitora escolar de uma das escolas estudadas por incompatibilidade de agenda, apesar de ter sido agendado por duas vezes e terem ocorrido imprevistos.

Portanto, trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória sob a óptica qualitativa que utilizou dados primários, coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, e dados secundários, obtidos a partir de artigos, documentos oficiais e normatizações publicadas entre 2007 e 2016. Os resultados serão apresentados no capítulo seguinte.

### **3. IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA**

As políticas públicas de saúde endossam que a escola é um espaço privilegiado para ações de saúde, visto ser o local de apropriação do conhecimento sobre o direito à saúde (FERREIRA et al, 2012). Também é um lugar fundamental para a prevenção de doenças e promoção da saúde de crianças e adolescentes em prol de adultos sadios no futuro, dado o ganho de escala em ambiente coletivo (BRASIL, 2009; 2015).

Neste sentido, criou-se o Programa Saúde na Escola (PSE), um programa intersetorial da Saúde e da Educação, que visa promover a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde, através de parceria entre as equipes de saúde da família e da educação básica (BRASIL, 2007). Para atingir seu objetivo, o PSE foi estruturado em cinco componentes de ações. Para cada um destes existe a especificação de ações essenciais e ações opcionais a serem desenvolvidas conforme levantamento da necessidade local (BRASIL, 2009; 2011; 2015). Estes componentes são:

- a) Avaliação das Condições de Saúde das crianças, adolescentes e jovens que estão na escola pública;
- b) Promoção da Saúde e de Atividades de Prevenção;
- c) Educação Permanente e Capacitação dos Profissionais da Educação e da Saúde e de Jovens;
- d) Monitoramento e Avaliação da Saúde dos Estudantes;
- e) Monitoramento e Avaliação do Programa. (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2016)

A gestão compartilhada do PSE se dá por meio da criação dos Grupos de Trabalho Intersetorial (GTI) nos três níveis de governo. Estes grupos são responsáveis pelo planejamento, execução, monitoramento e avaliação das ações definidas em concordância com as demandas locais. Para tanto, os GTIs devem ser compostos obrigatoriamente por representantes das secretarias de Saúde e de Educação e, facultativamente, por outros parceiros locais (BRASIL, 2009; 2011; 2015). Dada a amplitude do PSE em nível nacional, a instituição dos GTIs nos três níveis de governo reforça o compromisso dos gestores públicos com a melhoria da qualidade da educação e saúde dos estudantes. Também é uma forma de garantir a construção de espaços coletivos, de trocas e aprendizagens contínuas, de modo que haja mobilização e expansão do PSE nos territórios de sua responsabilidade.

A participação dos Ministérios da Saúde e da Educação na formulação inicial do PSE representa um avanço em termos de intersetorialidade e de adoção de modelos

interativos na formulação das regras do programa. No entanto, existe uma percepção de exclusão das instâncias municipais da formulação do programa, ainda que formalmente elas tenham participado (ver p. 38, nota 8). Isto se deve ao fato da iniciativa ter partido de instâncias superiores da administração pública para execução pelos municípios, o que demonstra uma necessidade maior de integrar e interagir com as agências implementadoras, horizontal e verticalmente. Esta sensação de exclusão dos gestores municipais da formulação e imposição da implementação do programa faz com que ainda haja dúvidas sobre a origem do PSE entre os implementadores, como se percebe adiante:

Bom. Esse é um programa federal. E ele não é um programa da área da educação. Ele é um programa da área da saúde. Certo? Tanto é que a única linha de financiamento que ele tem é do Ministério da Saúde para a Secretaria Municipal de Saúde (Entrevistado 2).

O PSE é um programa da Educação. Nós da Secretaria de Saúde somos parceiros, porque esse programa veio pela secretaria de educação. E aí a gente trabalha juntos. Toda organização, toda programação é feita em parceria entre a secretaria de Educação e Secretaria de Saúde (Entrevistado 3).

Todavia, utilizar sistemas compartilhados de gestão entre as diferentes áreas como os GTIs permite reorientar o desenho institucional para a solução de problemas específicos. Para esclarecer os fundamentos da construção e implementação do PSE, o próximo subcapítulo apresentará o arranjo institucional adotado por meio do decreto que formalizou o programa.

### **3.1. Arranjo institucional do PSE**

O Decreto Nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007 instituiu o Programa Saúde na Escola, determinando seus objetivos, diretrizes e proposições de ações.

O PSE tem como objetivos:

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

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

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

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

- V - fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar;
- VI - promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes; e
- VII - fortalecer a participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde, nos três níveis de governo. (BRASIL, 2007)

O decreto de criação estabeleceu as seguintes diretrizes para a implementação do programa: “descentralização e respeito à autonomia federativa; integração e articulação das redes públicas de ensino e de saúde; territorialidade; interdisciplinaridade e intersetorialidade; integralidade; cuidado ao longo do tempo; controle social e monitoramento e avaliação permanentes” (BRASIL, 2007). A adesão ao programa se dá mediante assinatura do Termo de Compromisso Municipal ou do Distrito Federal do PSE pelos secretários municipais de Saúde e Educação, formalizando as responsabilidades e metas inerentes à execução do PSE, nos territórios de responsabilidades, objetivando o desenvolvimento das ações, recebimento de recursos financeiros e materiais. Este termo é assinado anualmente, mediante um prazo estabelecido para adesão ao ciclo do PSE no site do MS, e nele se firma as ações e metas a serem contempladas no prazo de 12 (doze) meses da data de assinatura do termo pelo município. (BRASIL, 2007a; 2013; 2015). É importante reforçar que a cobertura dos educandos vincula as ESFs com as escolas do território de responsabilidade, conforme as normas preconizadas pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Assim, o incremento da intersetorialidade no programa se funda também no compromisso e na pactuação entre os entes federados e na articulação em todas as esferas desde a seleção das escolas participantes, indiferentemente da dependência administrativa das mesmas.

Considerando que as atividades do PSE são desenvolvidas em territórios limitados à área de abrangência das ESFs, pretende-se também estimular o uso dos equipamentos públicos de saúde e educação. Tendo como fundamento a articulação intersetorial, a participação de outras áreas e atores é bem-vinda para se formar uma rede de corresponsabilidades como garantia para a sustentabilidade das ações propostas (BRASIL, 2015). No planejamento das ações do PSE deverá ser considerado o contexto escolar e social, o diagnóstico local em saúde do escolar e a capacidade operativa em saúde do escolar (BRASIL, 2007). Isto viabiliza alcançar os objetivos de enfrentamento das vulnerabilidades, inerentes aos diferentes territórios, promoção da saúde e pleno desenvolvimento do escolar. “Uma máxima aqui no PSE do município que norteia a

nossa política, desde a sua implantação, é a convicção de que a criança saudável aprende mais e melhor” (Entrevistado 1). Nota-se que a integração dos setores parte da compreensão de que a melhoria da qualidade de vida do aluno implica em aumento do desempenho educacional.

As ESF realizam visitas periódicas às escolas participantes do PSE ao longo do ano letivo, a fim de avaliar as condições de saúde dos alunos e fazer o atendimento de acordo com as necessidades identificadas. As ações a serem desenvolvidas se ajustarão à rede de educação básica e aos princípios e diretrizes do SUS, podendo compreender as seguintes: avaliação clínica, nutricional, oftalmológica, auditiva, da saúde e higiene bucal, psicossocial, do calendário vacinal; prevenção do uso de álcool, cigarros e outras drogas; redução da morbimortalidade por acidentes e violências; promoção da saúde sexual e reprodutiva, da alimentação saudável, de atividade física, da cultura da prevenção no âmbito escolar e da educação permanente em saúde, com a inclusão das temáticas de educação em saúde no projeto político pedagógico das escolas (BRASIL, 2007).

O decreto ainda estabelece as competências conjuntas do MS e do MEC para execução do PSE, sendo que estas se sintetizam no fomento da articulação entre as Secretarias Estaduais e Municipais de Educação e o SUS; no apoio aos gestores estaduais e municipais quanto ao planejamento e implementação das ações do PSE, formação profissional, estabelecimento de parcerias; e definição das prioridades e metas de atendimento do PSE, monitoramento e a avaliação do programa, realizados por comissão intersetorial constituída em ato conjunto dos Ministros da Saúde e da Educação. Para o monitoramento do PSE foi criado o Sistema Integrado de Monitoramento Execução e Controle do Ministério da Educação (SIMEC/PSE), que é direcionado para o mapeamento do território, para as metas e ações pactuadas pelos secretários municipais e realizadas nas escolas. A avaliação do programa se dá pela Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (Pense) em parceria com o IBGE. As competências das comissões intersetoriais (GTIs) em cada instância estão previstas na Portaria Interministerial nº 1.413, de 10 de julho de 2013 e estas se relacionam na perspectiva do apoio institucional: planejamento, monitoramento e avaliação (BRASIL, 2013).

O Grupo de Trabalho Intersetorial Federal (GTI-F) tem por função fazer a articulação dos Ministérios no âmbito federal, portanto compõem-se de representantes do

MS e MEC. Este foi instituído antes mesmo do programa em si, pela Portaria Interministerial nº 16, de 24 de abril de 2007, com a atribuição de elaborar um documento base que direcionasse a implementação do PSE nas escolas, com ações integradas entre as áreas de educação e saúde (BRASIL, 2007b). Esta instância tem por competências o seguinte: garantir a agenda da CIESE<sup>8</sup>; promover, respeitadas as competências próprias de cada ministério, a articulação entre as Secretarias Estaduais e Municipais de Educação e o SUS; subsidiar o planejamento integrado das ações do PSE nos municípios entre o SUS e o sistema de ensino público, no nível da educação básica, bem como as propostas de educação permanente dos profissionais de saúde e da educação básica para implementação das ações do PSE; apoiar os gestores estaduais e municipais na articulação, planejamento e implementação das ações do PSE, bem como na definição e estabelecimento de prioridades, metas, instrumentos e indicadores de avaliação do PSE (BRASIL, 2011).

O GTI Estadual (GTI-E) tem a responsabilidade de realizar o apoio institucional e ser um mobilizador do PSE nos municípios do seu território, prevendo a construção de espaços coletivos de troca de experiências e aprendizagem contínuos. Cabe a ele: definir as estratégias específicas de cooperação entre estados e municípios; apoiar e subsidiar o planejamento e a implementação integrados das ações no âmbito municipal; articular a rede de saúde; subsidiar a capacitação permanente dos profissionais; pactuar, nas Comissões Intergestores Bipartites (CIB) do Sistema Único de Saúde, encaminhamentos e deliberações no âmbito do PSE, conforme fluxo de adesão;

---

<sup>8</sup> A Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola (CIESE) é uma comissão instituída pela Portaria Interministerial nº 675, de 04 de junho de 2008, prevista no Art. 6º do decreto de criação do PSE, para conformar o PSE às políticas nacionais de educação e aos princípios e diretrizes do SUS. Ela tem por competência: propor diretrizes para a política nacional de saúde na escola; apresentar referenciais conceituais para a formação inicial e continuada dos profissionais de educação e da saúde; propor estratégias de integração e articulação entre as áreas de saúde e de educação nas três esferas do governo; e acompanhar a execução do PSE, especialmente na apreciação do material pedagógico elaborado no âmbito do Programa. A designação dos seus membros foi feita pela Portaria Interministerial Nº 1.399, de 14 de novembro de 2008 com representações do MEC (Secretaria-Executiva – SE; Secretaria de Educação Básica – SEB; Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade – SECAD; Secretaria de Educação Especial - SEESP; e Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação - FNDE), do MS (Secretaria-Executiva – SE; Secretaria de Atenção à Saúde – SAS; Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS; Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES; Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGEP); Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS; Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS; Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Educação – CONSED; União Nacional dos Dirigentes Municipais de Educação – UNDIME. Ficou estabelecido como Coordenador Titular da Comissão o membro Titular da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde e como suplente o membro Titular da Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade do Ministério da Educação. (BRASIL, 2008a; 2008b; 2011; 2015).

contribuir com os ministérios no monitoramento e avaliação do programa; identificar experiências exitosas e promover o intercâmbio das tecnologias produzidas entre os municípios e o PSE. (BRASIL, 2011).

Em Minas Gerais, por exemplo, o GTI-E foi instituído recentemente pela Resolução Conjunta SES-MG/SEE-MG nº187 de 11 de novembro de 2015. Esta foi composta por representantes indicados de diversas instituições<sup>9</sup> além daquelas relativas às áreas de saúde e educação, como desenvolvimento e defesa social, esportes, alimentação, saúde pública, trabalho, etc. A coordenação deste grupo coube à Diretoria de Promoção à Saúde, que tem por responsabilidade garantir infraestrutura necessária para o funcionamento do grupo e para a realização das reuniões periódicas (MINAS GERAIS, 2015).

Considerando os objetivos do PSE de formar uma rede de corresponsabilidades para fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar, mediante as diretrizes de territorialidade; interdisciplinaridade, intersetorialidade e integralidade, e o argumento de que os resultados da implementação dependem das relações intergovernamentais e interorganizacionais, é de se compreender a variabilidade de agências que compõem esta comissão. No entanto, o elevado número de instituições pode causar conflitos e impasses que venham impedir o alcance dos resultados pretendidos, uma vez que preferências e decisões são produtos de instituições. A demora na sua instituição também pode dificultar seu entrosamento com as instâncias municipais que estão à frente no processo de implementação do PSE.

Apesar destas comissões em instâncias superiores terem por competência apoiar os municípios na implementação do PSE, o que se percebe é a maior responsabilização dos municípios na gestão do PSE, como citado pelos entrevistados logo abaixo.

O apoio dado pelo Governo Estadual é zero. No caso do PSE zero. Porque, até pela própria concepção, de ser um programa destinado aos municípios.

---

<sup>9</sup> O GTI-E compôs-se de representantes da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais/SES-MG; Superintendência de Vigilância Epidemiológica, Ambiental e Saúde do Trabalhador/SUBvPS; Superintendência de Redes de Atenção à Saúde/SUBPAS; Superintendência de Atenção Primária à Saúde/SUBPAS; Secretaria de Estado de Educação/SEE; Secretaria de Estado de Trabalho e Desenvolvimento Social/SEDESE; Secretaria de Estado de Desenvolvimento e Integração do Norte e Nordeste de Minas Gerais/SEDINOR; Secretaria de Estado de Defesa Social/SEDS; Secretaria de Estado de Esportes e da Juventude/SEEJ; Conselho de Segurança Alimentar e Nutricional Sustentável de Minas Gerais/CONSEA-MG; Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Minas Gerais/COSEMS; Escola de Saúde Pública de Minas Gerais/ESP-MG; Sindicato Único dos Trabalhadores em Educação de Minas Gerais/Sind-UTE (MINAS GERAIS, 2015).

(...) O apoio do Governo Federal a nós é muito pouco. A não ser as ações de capacitação do programa, em que o contato é pela Saúde. (Entrevistado 2)  
Todas as ações são do município. O PSE ele se dá em três níveis governamentais, o ministerial, estadual e municipal, porém são níveis de execução independentes. O que a gente tem do Governo Federal, ou tinha, porque muitos recursos não estão chegando para o programa, é o aporte de recursos através dos programas como o “Olhar Brasil”, que é o que me garante atendimento oftalmológico, está dentro de um programa maior que é o “Brasil Carinhoso”, mas que teve essa crise e estão todos passando por reestruturação. (Entrevistado 1)

A busca eletrônica pelo conjunto de palavras chaves Grupo de trabalho Intersetorial Federal, Estadual, Programa Saúde na Escola não retornou conteúdos sobre atuação dessas comissões, apenas da instituição das mesmas, incluindo as atribuições previstas. Ao cabo, a coordenação, articulação, monitoramento e avaliação do PSE conflui para o GTI-M (Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal), explanada adiante (ver item 3.1.2.1).

Quanto ao financiamento do programa, o Art. 7º do Decreto Nº 6.286 determina que “correrão à conta das dotações orçamentárias destinadas à sua cobertura, consignadas distintamente aos Ministérios da Saúde e da Educação, as despesas de cada qual para a execução dos respectivos encargos no PSE” (BRASIL, 2007). Os recursos financeiros para o programa provêm do Ministério da Saúde, compondo o bloco de financiamento da atenção básica, enquanto o financiamento ou fornecimento de material didático-pedagógico e clínico é cedido pelo Ministério da Educação, em quantidade previamente estabelecida pelo MS (BRASIL, 2007). A transferência dos recursos e materiais do PSE é feita somente para os municípios cadastrados no programa, condicionada à assinatura, pelos secretários municipais de Saúde e Educação, do Termo de Compromisso Municipal e a gestão desses recursos deve ser intersetorial (Saúde e Educação) (BRASIL, 2015). Mas como se viu na fala de um entrevistado, este financiamento está comprometido pela crise financeira pela qual passa o país. A interação com outros programas demonstra uma maior necessidade de interação e coordenação inter e intragovernamental, principalmente em se tratando da gestão de recursos públicos.

Além das legislações que definem as normas gerais do PSE citadas nesta seção, outras disposições federais, estaduais e municipais regulamentam o programa. A seguir, será mostrado como se definiu o atual desenho institucional do PSE no município de Belo Horizonte.

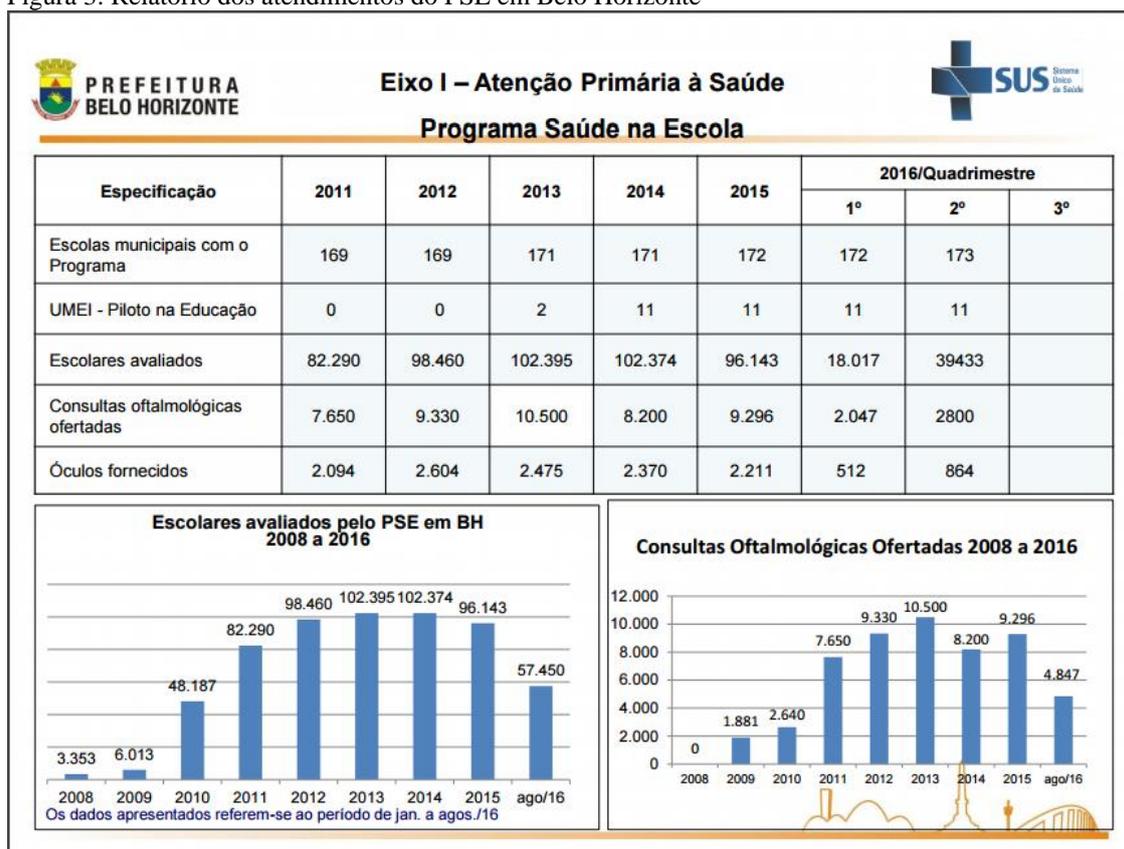
### 3.1.2. A adequação municipal do arranjo institucional

A revisão da literatura mostrou que um dos principais fatores que implicam no alcance dos resultados pretendidos com a implementação de um programa é o arranjo institucional, que para garantir condições políticas, técnicas e gerenciais, deve apresentar flexibilidade, a fim de obter o comportamento colaborativo esperado dos atores e o contexto interno pacífico das agências.

O arranjo institucional do PSE pode ser considerado flexível, uma vez que permite adequar as ações às necessidades dos territórios. A convergência da gestão para o GTI-M, sendo este o sustentáculo da intersetorialidade do programa, também permite ampliar a participação de representantes dos setores envolvidos nas discussões sobre os problemas e tomadas de decisão, substituindo à estrutura setorializada de governo, de tal modo que seja possível compreender as necessidades dos envolvidos e acomodar os seus interesses.

Em Belo Horizonte, o PSE foi implantado no ano de 2008 com o projeto-piloto em nove escolas, sendo uma por cada regional administrativa (BELO HORIZONTE, 2008b). No município existem no total 426 escolas públicas, sendo 5 federais, 232 estaduais e 189 municipais, sendo que estas últimas totalizaram 110 547 alunos matriculados no ano de 2015. (INEP, 2015). Um pequeno número de escolas estaduais participa do programa em Minas Gerais, sendo que no município de Belo Horizonte não há nenhuma. O número de 1561 (36,13%) do total de 4321 escolas estaduais mineiras participou da última adesão do Programa Saúde na Escola/PSE em 2014 (CAMPOS, 2015; INEP, 2015). Em contrapartida, todas as escolas municipais de ensino fundamental de Belo Horizonte estão aderidas ao PSE atualmente (dezembro/2016), sendo que 173 (91,5%) escolas foram atendidas até o segundo quadrimestre do ano de 2016, como mostra a Figura 3.

Figura 3: Relatório dos atendimentos do PSE em Belo Horizonte



Fonte: Relatório do 2º quadrimestre de 2016 da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte/PBH.

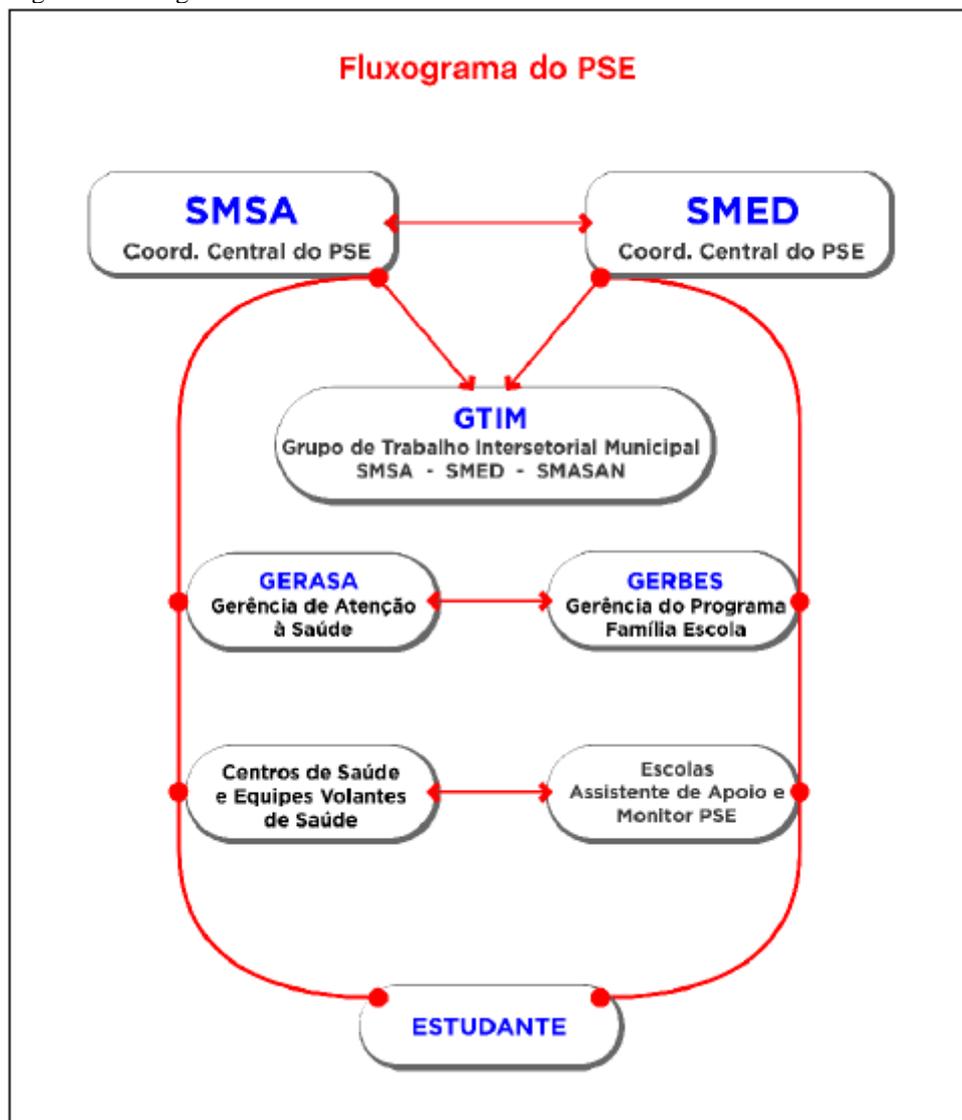
Uma possível falta de articulação entre os níveis administrativos municipal e estadual pode ter levado a um impasse na seleção das escolas participantes. A instituição recente (novembro de 2015) do GTI-E em Minas pode ter contribuído para este pequeno número de escolas estaduais atendidas pelo PSE no estado, por falta de representação desta instância administrativa nos grupos intersetoriais.

A administração municipal em Belo Horizonte é dividida em três níveis hierárquicos, sendo o primeiro nível equivalente à Secretaria Municipal ou equivalente; o segundo nível à Secretaria Municipal Adjunta ou equivalente; e o terceiro nível à Gerência ou equivalente. Este último ainda se subdivide em nove regiões administrativas, a fim de favorecer a interlocução entre a administração municipal e a sociedade local (BELO HORIZONTE, 2005).

A partir dessa divisão, o PSE em Belo Horizonte ajustou o seu arranjo institucional, estabelecendo uma coordenação central localizada nas Secretarias Municipais de Saúde (SMSA) e de Educação (SMED) e coordenações regionais no âmbito das regiões administrativas por meio da GERASA (Gerência de Atenção à

Saúde) e GERBES (Gerência do Programa Família Escola, que também tutela o PSE), conforme apresentado na Figura 4.

Figura 4: Fluxograma do PSE em Belo Horizonte.



Fonte: CHIARI, 2015, p. 29.

O GTI-M foi criado para seguir o critério de gestão compartilhada do PSE, prevista para acontecer de forma articulada entre a rede de educação básica, o SUS, por meio das ESFs, e demais parceiros. “As decisões são distribuídas por meio de análises e de avaliações construídas intersetorialmente. O trabalho no GTI pressupõe, dessa forma, interação com troca de saberes, de poderes e de afetos entre profissionais da Saúde e da Educação, educandos, comunidade e demais redes sociais” (BRASIL, 2011, p. 9).

### 3.1.2.1. O Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal – GTI-M

Ao GTI Municipal (GTI-M) cabe promover a articulação intersetorial para a discussão, o planejamento e a execução de ações de atenção, prevenção e promoção da saúde nas escolas da rede pública municipal de educação básica. Ele foi instituído pela Portaria Conjunta SMSA/SMED nº 001/2008 de 05 de novembro de 2008, tendo sido alterado pela Portaria Conjunta SMED/SMSA/SMASAN nº 003/2013 de 12 de setembro de 2013, como pode ser visto no quadro 1. Estas mudanças no sentido de ampliar a composição desta comissão, bem como os setores de atuação, parecem indicar uma tentativa de potencializar o desenvolvimento de ações intersetoriais capazes de proporcionar maior impacto sobre as prioridades dos estudantes, principalmente quanto àquelas relacionadas à saúde e educação alimentar.

Quadro 1: Evolução da composição do GTI-M de Belo Horizonte.

2008	SME	05 representantes da Secretaria Municipal de Educação (sem especificação da gerência ou coordenação representada).
	SMSA	08 representantes da Secretaria Municipal de Saúde (sem especificação da gerência ou coordenação representada).
	SMASAN	–
2013	SME	01 representante das: a) Gerência de Articulação da Política Educacional/Projeto Sustentador: Qualidade de Melhoria da Educação; b) Coordenação do Programa Saúde na Escola; c) Programa Família-Escola; d) Gerência de Coordenação da Política Pedagógica e de Formação; e) Escola Integrada; f) Educação Infantil; g) Educação de Jovens e Adultos; h) Núcleo de Inclusão da Pessoa com Deficiência; i) Núcleo de Gênero e Diversidade Sexual; j) Escritório de Gestão de Projetos; k) Gerência de Gestão Administrativo-Financeira; l) Gerência de Planejamento e Informação.
	SMSA	01 representante das: a) Coordenação do Programa Saúde na Escola/SMSA; b) Coordenação de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente; c) Coordenação de Saúde Mental; d) Coordenação de Saúde Bucal; e) Coordenação de DST/Aids; f) Centro Municipal de Oftalmologia; g) Coordenação de Reabilitação.
	SMASAN	02 representantes das: a) Gerência de Planejamento e Avaliação Nutricional b) Gerência de Educação para o Consumo Alimentar
2015	SME	01 representante das: a) Coordenação do Programa Saúde na Escola; b) Programa Família-Escola; c) Gerência de Coordenação da Política Pedagógica e de Formação; d) Escola Integrada e) Núcleo de Inclusão da Pessoa com Deficiência.
	SMSA	01 representante das: a) Coordenação do Programa Saúde na Escola/SMSA; b) Coordenação de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente; c) Coordenação de Saúde Mental; d) Coordenação de Saúde Bucal; e) Coordenação de DST/Aids; f) Centro Municipal de Oftalmologia; g) Coordenação de Reabilitação.
	SMASAN	02 representantes (titular e suplente) das: a) Gerência de Alimentação Escolar e Assistência Nutricional; b) Gerência de Planejamento e Avaliação Nutricional; c) Gerência de Educação para o Consumo Alimentar.

Fonte: BELO HORIZONTE, 2008a; 2013; 2015, DOM-BH, organizado pela autora.

Este grupo é coordenado de maneira compartilhada pela Coordenação Central do PSE da Secretaria Municipal de Educação e pela Coordenação Central do PSE da Secretaria Municipal de Saúde. Ele se reúne mensalmente e em caráter excepcional quando necessário, sendo as reuniões sempre registradas em atas. Em ocasiões especiais

nas quais seja necessária a colaboração externa para exame de determinado assunto, poderão ser convidados representantes de órgãos, entidades ou pessoas do setor público e privado. (BELO HORIZONTE, 2013; 2015).

As atribuições do GTI-M são: propor diretrizes para o planejamento das ações do PSE no município; intensificar e articular parcerias entre vários setores e atores sociais para articular ações de promoção à saúde integral nas escolas; apresentar parâmetros conceituais para capacitação, estratégias de integração, mobilização e informação relativas às ações desenvolvidas; acompanhar a execução do programa (BELO HORIZONTE, 2015).

Questões referentes à saúde dos escolares também são discutidas no Núcleo Intersetorial Regional (NIR), instituído pelo Decreto nº 13.660 de 03 de agosto de 2009, presente em cada instância regional municipal. Este se reúne mensalmente com objetivo de promover a intersetorialidade e descentralização das ações de inclusão social, por meio da articulação entre as diversas políticas sociais e urbanas desenvolvidas no município, dentre elas o PSE. Excepcionalmente também reúne quando se registram casos que precisam de um tratamento especial (por exemplo, elevado número de crianças obesas em determinada escola; surto de alguma epidemia, etc).

Este grupo compõe-se por representantes de vários órgãos<sup>10</sup> e sua coordenação é realizada pelos titulares das Gerências Regionais de Políticas Sociais, Regionais de Educação e Distritais de Atenção à Saúde, com periodicidade trimestral no exercício da função, em regime de rodízio (BELO HORIZONTE, 2009). Este grupo intersetorial, composto por uma variabilidade de agências representadas por uma burocracia mais próxima do nível de rua, permite ampliar a visão sistêmica do(s) problema(s) de saúde do escolar e sua tratabilidade, incluindo o próprio comportamento da burocracia de rua.

Estando previsto arranjos locais de gestão intersetorial na legislação federal, o GTI-M se estruturou nessa perspectiva de promoção da intersetorialidade no PSE. Isto pode ser observado na evolução da legislação específica sobre a comissão, quando se propõe aumentar o número de componentes e de setores representados em busca de uma rede de responsabilidades. O NIR também demonstrou a possibilidade de

---

<sup>10</sup> Composição do NIR: um Gerente Regional de Políticas Sociais; Gerente Regional de Educação; Gerente Distrital de Atenção à Saúde; Gerente Regional de Programas de Transferência de Renda e Geração de Trabalho; Gerente Regional de Assistência Social; Gerente Regional do Programa Bolsa-Escola Municipal/Programa Família-Escola; Coordenadores dos Equipamentos Municipais de Apoio à Família e à Cidadania; um representante da Gerência de Coordenação Municipal dos Programas de Transferência de Renda da Secretaria Municipal de Políticas Sociais. (BELO HORIZONTE, 2009).

desenvolvimento de ações intersetoriais, tendo em vista a diversidade de gerências de programas integrantes do grupo.

Para amparar as decisões do GTI-M é feito o monitoramento do PSE, que se baseia na participação dos gestores das secretarias municipais e das gerências regionais em reuniões periódicas para planejamento, monitoramento e avaliação conjunta das ações. Algumas reuniões incluem os monitores escolares nas gerências regionais (GERBES) e na gerência central (SMED). O GTI-M é o principal responsável pelo monitoramento, tendo como atribuição “acompanhar a execução do Programa Saúde na Escola” (BELO HORIZONTE, 2015).

As escolas, na verdade, não têm assento no GTI-M. Mas por meio do monitor, que tem mensalmente reunião no nível regional com os gerentes do Família Escola (GERBES) é monitorado como está a escola, o atendimento. Eles levam as demandas das escolas, dos professores para as regionais, que fazem as reuniões mensais e eventualmente trazem pro GTI-M, pro nível central. (Entrevistado 1)

Os instrumentos de monitoramento identificados nas ações do PSE foram atas, planilhas, formulários, consolidados, portfólios e sistemas de informação próprios do município, preenchidos pelos monitores escolares e enviados à GERBES.

Então, todos os projetos tem um portfólio, que é uma construção do monitor do PSE com o professor referência. (...) A gente recebe no final do ano, em dezembro, avalia e devolve para as regionais em fevereiro. Na devolutiva eu vou pessoalmente nas regionais, entrego um por um para os monitores com uma ficha de avaliação, com os comentários do que foi feito. (...) Alguns projetos a gente tem reuniões periódicas de monitoramento, a gente chama, aqui no nível central, professor referência e monitor, para falar o que está fazendo, quais as dificuldades, quem são os parceiros, se a Saúde está participando ou não, se o professor está envolvido ou não, se precisa fazer uma sensibilização, tipo uma intervenção nossa pra que a coisa tenha um *up*. (Entrevistado 1)

O consolidado refere-se ao registro em um modelo de planilha, feito pelo monitor do PSE, que contém informações sobre o atendimento dos estudantes pelos profissionais de saúde quanto à condição geral de saúde, situação vacinal, saúde bucal, triagem oftalmológica, entre outras. O monitor lotado nas escolas encaminha o consolidado dos atendimentos da avaliação anual de saúde dos estudantes e das ações de prevenção e promoção realizadas até o 25º dia de cada mês para a GERBES. Por sua vez, o monitor do PSE lotado na GERBES encaminha o consolidado de todas as escolas de sua região para a SMED até o 2º dia de cada mês.

São planilhas enviadas pela SMED, então são padronizadas pra todas as regionais, no nível municipal. Aí, cada escola tem a sua. É por e-mail mesmo. Então os monitores acabam de realizar o preenchimento e mandam

pra mim, que eu mando para SMED, aqui eu vou arquivando. Então as escolas que já passaram pelo atendimento, eu tenho essas informações. (Entrevistado 8)

O monitor então envia essa informação consolidada da sua escola para o nível regional. A regional consolida de todas as escolas da sua regional e manda aqui pra gente no nível central, que quem trabalha com os consolidados é o Roberto. Então eu tenho informação de cada aluno individualmente, de cada escola e da cidade. E esses consolidados, então, eles também me dão dados que subsidiam a política. Principalmente a política do serviço da saúde. Porque esses atendimentos que são feitos aqui de avaliação, ela vai ter um desdobramento no serviço, nos centros de saúde, nas UPAS, nos hospitais. Porque se o menino tá gordinho, eu vou mandar ele pro endocrinologista, se ele tá com cárie no dente ele vai pro dentista, então essa avaliação de saúde ela é fundamental. E ela também é que vai me dizer quais os projetos que aquela escola tá precisando, a partir dessa avaliação. (Entrevistado 1)

Os sistemas de informação usados para registro das informações sobre as atividades desenvolvidas no PSE são Sistemas e-SUS da Atenção Básica e Sistema Integrado de Monitoramento Execução e Controle (SIMEC). No primeiro são registrados os dados de avaliação das condições de saúde dos estudantes, enquanto no segundo registram-se os dados sobre ações de prevenção e promoção da saúde dos estudantes e de capacitação dos profissionais. Estes dados subsidiam a avaliação do programa, que se dá pela Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (Pense), por meio do Censo Escolar, em parceria com o INEP e o IBGE. (BRASIL, 2013).

Estes sistemas são iniciativas para o cumprimento dos componentes “Monitoramento e Avaliação da Saúde dos Estudantes” e “Monitoramento e Avaliação do Programa”, como partes integrantes da estruturação do PSE. O primeiro tem sido utilizado pelas equipes volante de saúde para preenchimento dos dados das avaliações anuais de saúde dos estudantes. No entanto, o SIMEC mostrou-se pouco conhecido dos envolvidos no programa, o que demonstra a necessidade de divulgar melhor o programa e suas formas de monitoramento e avaliação.

#### 3.1.2.2. Inclusão de novos papéis: os monitores escolares e as equipes de saúde volante

De acordo com o decreto de criação do programa, as atividades de educação e saúde do PSE devem ser definidas conforme a área de abrangência da Estratégia Saúde da Família (Ministério da Saúde), tornando possível o melhor aproveitamento dos equipamentos públicos da saúde e da educação (escolas, centros de saúde, áreas de lazer como praças e ginásios esportivos, etc) (BRASIL, 2011; 2015).

Assim, as escolas devem abrir suas portas para os projetos de saúde destinados aos educandos e à comunidade escolar, considerando as necessidades da escola e o seu Projeto Político Pedagógico. Nas escolas, os gestores, professores e funcionários são estimulados a terem uma conduta de observação do cotidiano dos alunos de modo que possam contribuir com a identificação de problemas de saúde dos alunos a partir do conhecimento e experiência que possuem, bem como levantar assuntos de relevância para serem discutidos. O Programa faz uma recomendação mínima de ações a serem integradas com o PPP das escolas, mas entende que as necessidades locais dos estudantes são a prioridade. Assim, é considerado o contexto escolar e social, o diagnóstico local em saúde do escolar e a capacidade operativa em saúde do escolar no planejamento de ações de prevenção e promoção da saúde pela UBS e a escola (BRASIL, 2011; 2015).

Inicialmente, as ações do PSE concentravam-se nas avaliações médicas, para as quais era necessário deslocar os alunos das escolas até a UBS, quando eram alugados ônibus para transportar grupos de cerca de 30 alunos acompanhados dos professores, conforme agendamento prévio. Percebeu-se a inviabilidade desta ação, pois além de os alunos permanecerem muito tempo fora da escola perdendo aula, os mesmos causavam certa agitação e incômodo nas UBS, visto que os atendimentos destes eram paralelos às atividades rotineiras dos centros de saúde e da escola.

Em de 2010, um novo profissional foi inserido no programa: o monitor do PSE (CHIARI, 2015). Este atua dentro das escolas, fazendo a articulação das ações do programa em parceria com as equipes de saúde. Dentre as atribuições destes monitores ou Assistentes de Apoio ao PSE, descritas em Ofício nº 39/2016 emitido pela SMED, estão: divulgar e prestar informações e esclarecimentos sobre o PSE a toda comunidade escolar; planejar e potencializar ações de promoção da saúde e parcerias; realizar o trabalho administrativo das ações, como organizar as autorizações dos responsáveis pelos alunos, organizar o local para atendimento aos estudantes, preencher o registro de informações, manter arquivos organizados e atualizados, agendar as triagens junto a equipe do centro de saúde; informar aos pais sobre os encaminhamentos dos estudantes; acompanhar os estudantes nos atendimentos externos; participar das formações. A comunicação entre os monitores nas escolas e a GERBES é feito por meio de um Assistente de Apoio ao PSE lotado na gerência regional, o qual além de fazer este elo, de acordo com o Ofício nº 091/2013 emitido pela SMED, tem por função orientar e

treinar os monitores e contribuir com o planejamento, desenvolvimento e monitoramento das ações desenvolvidas nas escolas.

A partir de 2011, foi anunciado a contratação de Equipes Volantes de Saúde na Escola, equipe esta composta por um enfermeiro e um técnico em enfermagem contratados pela SMSA, integrantes da Estratégia Saúde da Família, lotados nas gerências regionais (em média de 2 equipes por regional) para atendimento exclusivo do PSE nas escolas. Estes atuam nas escolas pertencentes à mesma região administrativa na qual são lotados, sendo que cada equipe atende uma média de nove escolas (BELO HORIZONTE, 2011). Deste modo, cada equipe comparece nas escolas pelo menos uma vez ao ano, permanecendo o tempo necessário para avaliação dos alunos em cada escola, conforme agendamento junto aos monitores escolares e à GERASA. Parece pouco, mas está dentro da meta preconizada pelos MS e MEC (BRASIL, 2015). Estas equipes atuam na realização das avaliações anuais das condições de saúde dos estudantes, mediante autorização dos pais dos alunos emitida no ato da matrícula. Esta avaliação inclui verificação da saúde bucal, estado nutricional, imunização, crescimento e desenvolvimento, prevenção de doenças e agravos à saúde, avaliação oftalmológica, auditiva, mental, da saúde reprodutiva, de acordo com as proposições do Decreto N° 6.286, de 5 de dezembro de 2007, que institui o programa. Além disto, as equipes volantes participam de atividades em conjunto com os monitores escolares, tais como ações de promoção e prevenção nas escolas com temas ligados à sexualidade, violência, obesidade, educação para o trânsito, educação ambiental e educação para cidadania. Também participam da capacitação das equipes de saúde e dos assistentes de apoio ao PSE nas escolas.

A inclusão destes atores no arranjo do programa se deu mediante a apresentação de um problema na implementação: alteração na rotina de atividades e no ambiente interno de agências envolvidas – escola e UBS. Considerando aspectos técnicos, institucionais e interesses em jogo, a ampliação dos recursos humanos com funções específicas para o programa impactou nos resultados, promovendo a garantia do atendimento do aluno e da continuidade das atividades habituais nas escolas e nos centros de saúde. Por outro lado, a inserção do monitor escolar e avaliação do aluno feita *in loco* pela equipe volante distanciaram outros profissionais de saúde e de educação das ações do programa.

### 3.2. Contexto exógeno e endógeno

Para que o programa atinja seu objetivo de ampliar o alcance e o impacto das ações relativas aos estudantes e à comunidade escolar, cumprindo com a diretriz de territorialidade e a otimização do uso dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis, é preciso conhecer o contexto exógeno e endógeno no qual as escolas estão inseridas. Os efeitos do contexto sobre o programa variam conforme as condições políticas, gerenciais, tecnológicas ou socioeconômicas, o que influenciará na capacidade operativa dos implementadores e na obtenção da cooperação entre os mesmos.

Uma forma de contextualizar o desenvolvimento das cidades é a medida do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) que utiliza como critérios de avaliação a renda, a longevidade e a educação para ser calculado, variando de 0 a 1. É usado como referência para gestores públicos para priorizar a melhoria da vida das pessoas em suas ações e decisões. Em 2014, Belo Horizonte apresentou IDHM igual a 0,798, valor considerado alto, acima das média do estado mineiro (0,738) e do país (0,761). Contudo, educação foi a dimensão que menos contribuiu para este índice (PNUD; IPEA; FJP, 2016). Apesar do IDHM alto, Belo Horizonte é uma cidade populosa (7.177 habitantes/km<sup>2</sup> segundo IBGE/Censo 2010), indicando uma complexidade socioeconômica e cultural que se reflete nos bairros.

O bairro Frei Eustáquio, no qual está localizada a EM Maria de Rezende Costa, teve origem em 1975 e foi ocupado por população de baixa renda. Por ele passam dois principais corredores da região, a Avenida Abílio Machado e Avenida Brigadeiro Eduardo Gomes, o que lhe permite ser atendido por várias linhas de transporte público e por uma vasta oferta de comércio e serviços (PBH, 2016).

A EM Maria de Rezende Costa, na Avenida Abílio Machado, nº 1009, tem cerca de 75 funcionários, 757 alunos matriculados, com oferta do 1º ao 6º ano do ensino fundamental e Educação de Jovens e Adultos (EJA). Em termos de infraestrutura e recursos materiais, a escola possui biblioteca, cozinha com fornecimento de alimentação escolar para os alunos, laboratório de informática com 16 computadores para uso dos alunos, quadra de esportes, sala para a diretoria e para os professores, sanitários dentro do prédio da escola. A escola possui 12 computadores para uso administrativo, banda larga, aparelho de DVD, impressora, copiadora, televisão. 91,70% dos seus professores

dos anos iniciais (1º ao 5º ano) possuem formação superior compatível<sup>11</sup>, enquanto nos anos finais (6º ao 9º ano) apenas 6,90%. O nível socioeconômico<sup>12</sup> da escola é considerado alto. Em termos de complexidade de gestão<sup>13</sup>, ela se encaixa no nível 5 (QEDU, 2015). Escolas que recebem alunos de diferentes etapas e modalidades de ensino são mais complexas porque necessitam de mais espaço físico, maior número de profissionais variados, mobiliário e equipamentos adaptados aos alunos de diferentes faixas etárias e necessidades específicas. Para o PSE, é disponibilizado um espaço dentro da secretaria, que é dividido por um armário e também é utilizado como copinha. O Centro de Saúde Dom Bosco, o qual é a referência, localiza-se a cerca de 850 metros.

O bairro Riachuelo, no qual está localizada a EM Nossa Senhora do Amparo, é um bairro antigo, originado em 1928 teve uma ocupação operária e resultou em uma região de muitos contrastes. Encontra-se próximo a um dos principais corredores de acesso da capital, a Avenida Presidente Antônio Carlos, ficando a cinco minutos do centro da capital, próximo a UFMG e outras universidades, hospitais, comércio variado e outros serviços (PBH, 2016).

A EM Nossa Senhora do Amparo, está situada na Rua Hespéria, nº 300, com cerca de 60 funcionários, 560 alunos matriculados, com oferta do 1º ao 6º ano do ensino fundamental e Educação de Jovens e Adultos (EJA). Em termos de infraestrutura e recursos materiais, a escola possui biblioteca, cozinha com fornecimento de alimentação escolar para os alunos, laboratório de informática com 15 computadores para uso dos alunos, sala para a diretoria e para os professores, sanitários dentro do prédio da escola. A escola possui 14 computadores para uso administrativo, banda larga, aparelho de

---

<sup>11</sup> O Indicador de Adequação da Formação Docente analisa a formação dos docentes por meio do percentual de disciplinas, em cada etapa, que são ministradas por professores com formação superior de Licenciatura (ou Bacharelado com complementação pedagógica) na mesma disciplina que leciona. No caso dos anos iniciais, considera-se adicionalmente a formação em Licenciatura em Pedagogia (ou Bacharelado com complementação pedagógica) (PROVA BRASIL, 2015; QEDU 2015).

<sup>12</sup> O Indicador de Nível Socioeconômico situa o público atendido pela escola em um estrato ou nível social, apontando referente padrão de vida. Esse indicador é calculado a partir da escolaridade dos pais, posse de bens e contratação de serviços pela família dos alunos. Em uma escala de 1 a 7, no grupo 1, estão as escolas com nível socioeconômico mais baixo e, no grupo 7, aquela com nível socioeconômico mais alto (PROVA BRASIL, 2015; QEDU 2015).

<sup>13</sup> O indicador de complexidade de gestão escolar resume em uma única medida as informações de porte (nº de matrículas), turnos de funcionamento, quantidade de etapas ofertadas e nível de complexidade das etapas (alunos em idade mais avançada, indicam maior complexidade). É medido em escala de 1 a 6, do menor para o maior nível de complexidade. (BRASIL, 2014).

DVD, impressora, copiadora, retroprojektor, televisão. Por equiparação<sup>14</sup>, cerca de 80-90% dos seus professores dos anos iniciais possuem formação superior compatível, enquanto nos anos finais cerca de 13%. Seu nível socioeconômico é considerado médio alto. Em termos de complexidade de gestão, ela se encaixa no nível 5 (QEDU, 2015). É disponibilizado uma sala dentro da secretaria, somente para uso do PSE. O Centro de Saúde Bom Jesus, o de referência, localiza-se a cerca de 1000 metros.

O bairro Nova Esperança, onde se localiza a EM Arthur Guimarães, teve origem em 1929, possui imóveis mais antigos, que passaram de geração para geração, o que propiciou forte laço entre os moradores. É um bairro de fácil acesso, a poucos minutos do centro da capital, shoppings, universidades, emissora de televisão e outros serviços, sendo seu principal corredor a Avenida Américo Vespúcio (PBH, 2016).

A EM Arthur Guimarães, está situada na Avenida Américo Vespúcio, nº 1610, com cerca de 68 funcionários, 489 alunos matriculados, com oferta do 1º ao 7º ano do ensino fundamental. Em termos de infraestrutura e recursos materiais, a escola possui biblioteca, cozinha com fornecimento de alimentação escolar para os alunos, laboratório de informática com 27 computadores para uso dos alunos, quadra de esportes, sala para atendimento especializado, sala para a diretoria e para os professores, sanitários dentro do prédio da escola. A escola possui 21 computadores para uso administrativo, banda larga, aparelho de DVD, impressora, copiadora, retroprojektor, televisão. 75,70% dos seus professores dos anos iniciais possuem formação superior compatível, enquanto nos anos finais 8,50%. Seu nível socioeconômico é considerado médio alto. Em termos de complexidade de gestão, ela se encaixa no nível 3 (QEDU, 2015). É disponibilizada uma sala dentro da secretaria, somente para uso do PSE. O Centro de Saúde Ermelinda, de referência, localiza-se a 1000 metros.

---

<sup>14</sup> Não foi encontrado resultados da Prova Brasil para esta escola. No banco de dados do Qedu, ela é equiparada a EM Doutor Julio Soares no bairro Granja de Freitas, Regional Leste e EM Desembargador Loreto Ribeiro de Abreu no bairro Ribeiro de Abreu, Regional Nordeste.

Quadro 2: Síntese do contexto exógeno e endógeno das escolas estudadas.

Contexto		EM Maria de Rezende Costa	EM Nossa Senhora do Amparo	EM Arthur Guimarães
Exógeno	Nível socioeconômico	Alto	Alto	Médio-alto
	Distância do Centro de Saúde (m)	850	1000	1000
Endógeno	Nº de alunos matriculados	757	560	489
	Nº de funcionários	75	60	68
	Complexidade de gestão	5	5	3
	% professores dos anos iniciais com formação superior	91,70	80-90	75,70
	% professores dos anos finais com formação superior	6,90	13,0	8,5
	Estrutura física da escola	Biblioteca Cozinha Laboratório de informática Quadra Eletrônicos 16 computadores para alunos	Biblioteca Cozinha Laboratório de informática  Eletrônicos 15 computadores para alunos	Biblioteca Cozinha Laboratório de informática Quadra Eletrônicos 27 computadores para alunos

Fonte: Organizado pela autora.

Nas entrevistas realizadas com as diretoras escolares destas três escolas, todas alegaram atender a um público carente e vulnerável, contradizendo os níveis socioeconômicos em que estão classificadas as respectivas escolas. Observou-se que a escola de menor porte e complexidade de gestão possui melhor infraestrutura e é mais bem atendida em termos de recursos materiais. Todas as diretoras, bem como as monitoras escolares entrevistadas, citaram a incapacidade de atendimento da demanda dos seus centros de saúde de referência como um problema, justificado pela falta de recursos humanos. Os contextos exógenos e endógenos das escolas mostraram-se muito similares, não sendo possível avaliar a influência desse fator na implementação do PSE nestas escolas. O esforço da PBH em nivelar a infraestrutura das escolas, remete que as diferenças mais significativas se devem ao comportamento e atitude dos atores, como será tratado na próxima seção.

### 3.3. Os atores responsáveis pela implementação

O comportamento dos implementadores em relação à fidedignidade aos objetivos e metas convencionadas ou em relação à adaptação da política durante seu processo de implantação é afetado pelo contexto exógeno e endógeno das escolas, destacando-se os fatores organizacionais, gerenciais, técnicos e relacionais que se moldam com o arranjo institucional. A análise da participação de atores envolvidos na implementação do PSE busca averiguar como os arranjos do programa se desdobraram em decisões e ações partilhadas.

Partindo de níveis hierárquicos superiores, nota-se que se formou uma estrutura grande com pouca funcionalidade. O GTI-F e GTI-E/MG que deveriam ser os catalisadores do programa na interpretação de regras, esclarecimentos de dúvidas e organização de ações, pouco se fazem presentes. Após a formulação do programa e divulgação entre os secretários municipais, coube ao GTI-F apenas deliberar sobre o emprego dos recursos financeiros pelo MS e MEC.

A secretaria municipal, principalmente a SMED, tenta uma aproximação da burocracia de rua quando promove em suas dependências, mensalmente, os encontros para capacitação, reflexão, discussão e monitoramento dos assistentes de apoio, com a coparticipação da SMSA. As gerências regionais é que interagem mais com os monitores escolares e as equipes volantes, nos seus respectivos segmentos. Assim em termos de coordenação, a interação entre educação e saúde parece se restringir aos GTI-M e às atividades fim do PSE, como se nota na fala seguinte:

O nosso contato é mais com a Regional. Se é alguma coisa específica a gente vai lá. É separado. Eu não encontro com ninguém da saúde para conversar. No caso, se tem alguma demanda eu repasso para a Regional que tem esse encontro com a saúde. O único contato que eu tenho direto com a saúde é com a equipe da odonto e com a equipe do PSE que fica rodando para fazer a triagem, a avaliação anual de saúde (Entrevistado 10).

Os monitores escolares são selecionados e contratados pela GERBES por meio de entrevista, realizada pela monitora do PSE/GERBES junto a sua gerente, em busca de um agente com perfil de liderança, que seja criativo e articulador entre os gestores escolares, professores, alunos, pais e outros parceiros. Depois de selecionados passam por um treinamento feito pela monitora da gerência regional quanto ao contexto escolar, à postura frente a crianças e as funções que deverão ser exercidas. Inicialmente, tentou-se buscar monitores com formação técnica na área da saúde, mas isto foi inviabilizado

por demandar uma remuneração específica e por não ser competência dos monitores ações inerentes às equipes de saúde. Deste modo, é exigido ser maior de 18 anos e ter o ensino médio completo, embora muitos dos monitores tenham formação superior em áreas diversificadas, inclusive as monitoras entrevistadas: uma é enfermeira, outra estudante do 2º período de Enfermagem e a outra do 8º período de Pedagogia.

No entanto, as virtudes esperadas de um monitor nem sempre podem ser detectados na entrevista e interferem na relação e atuação no ambiente escolar. “Ela (a monitora) realiza as atividades, mas acho que ela poderia se mais proativa. Poderia buscar mais.” (Entrevistado GE3). Outro problema é o desequilíbrio entre a escolarização exigida e a apresentada, que faz com que haja uma alta rotatividade dos monitores e um sentimento de frustração, visto que a remuneração é incompatível com a formação e não se tem um plano de carreira. A maioria adere ao programa pela necessidade de ter um trabalho e uma renda. “Que futuro que tem uma pessoa que trabalha no PSE? Porque tem pessoas que o desconhecem. Perguntam: ‘Onde você trabalha? Eu trabalho no Programa Saúde na Escola. Mas o que é isso?’ é uma mesmice que não tem como você crescer.” (Entrevistado 9).

A divulgação do PSE ficou restrita aos formuladores e implementadores diretamente envolvidos no programa, não atingindo a comunidade geral. Sua apresentação teve falhas e pouco alcance. “No começo não tinha muita explicação do que se ia fazer, como é que ia ser, aí eu aceitei e comecei a trabalhar.” (Entrevistado 10). Há um esforço da escola em divulgar o PSE por meio das assembleias escolares, mas ao que parece fica restrito ao ambiente escolar. “Tanto os professores quanto os alunos sabem o que é o PSE e sabem as minhas funções.” (Entrevistado 10). Mas ainda sim, em algumas situações, a função dos monitores pode ser até desviada, por desconhecimento ou oportunismo, gerando um conflito de interesses. Cabe ao diretor da escola nesta hora ser o conciliador.

“Tem funcionário que vem aqui pra ela medir a pressão. Não é a função dela, ela não é a enfermeira da escola, ela até pode fazer porque ela tem esse conhecimento. Mas se ela não tivesse ela não faria. A gente explica o que é o programa, mas as pessoas tem essa dificuldade de entender que ela é uma pessoa que está aqui para desenvolver programas já pré determinados pela SMED, pela Regional, que não é por exemplo, o atendimento de urgência. Tem gente que pensa que no momento que precisa, ela tem que estar disponível para resolver. (...) Menino machuca, ela presta um primeiro socorro ali, que não é a função dela, mas ela faz e de boa vontade.” (Entrevistado 5)

A participação dos professores concentra-se em trabalhar os temas das ações do PSE nos conteúdos das disciplinas que lecionam, a fim de preparar os alunos para participarem e integrarem as ações, antes e durante a execução das mesmas. Em algumas ocasiões, os professores são convidados a terem uma postura mais ativa como palestrantes. “Na verdade nós contamos mais com os professores.” (Entrevistado ME1). “Mas a minha parceria é mais com a escola em si mesmo.” (Entrevistado ME2). Por outro lado, a presença dos monitores na tentativa de ser ter um articulador entre a escola e a UBS parece ter limitado a atuação dos professores e restringido a interação intersectorial a poucas pessoas. O mesmo se pode dizer em relação aos outros funcionários da escola que tem maior proximidade com os alunos, tais como cantineiros.

Já as Equipes de Saúde Volante do PSE foram formadas por profissionais que já constituíam a Estratégia Saúde da Família e atuavam nos centros de saúde, enquanto outros vieram de concurso público já destinados ao PSE. Estas equipes encontraram, e ainda encontram, uma dificuldade maior para consumir suas atividades, quando não são providas com certos aspectos técnicos, como um espaço adequado para as visitas e avaliações de saúde, além de problemas de recursos humanos insuficientes e sobrecarga de trabalho.

Por exemplo, eu trabalhava no centro de saúde, era responsável por 3800 pessoas, com 40% dessa população hipertensa, 20 a 30 % diabético, tem todas as prioridades que são cobradas do “Saúde da Família”, idosos, acamados, gestantes, menores de um ano, a demanda espontânea, tem o acompanhamento dos agentes comunitários de saúde. Tem todas as complicações de doenças crônicas que tem que ser acompanhadas. Tem esses problemas sazonais de saúde, como a dengue, que abarrotta o centro da saúde. Então o PSE é o menor dos problemas, apesar dessa criança já ser conhecida na unidade. A proposta seria orientar a família para que leve a criança pelo menos uma vez no ano para uma avaliação do seu desenvolvimento, mas isso não acontece assim. Hoje a gente não tem no país uma proposta assim preventiva. A única coisa preventiva que funciona é a vacina, que é eficaz. Ainda temos uma postura social, e até de nós da saúde muito curativa, muito médico centrada, então o centro de saúde é muito preso a essas questões de doença. E a “Saúde da Família” está muito sobrecarregada. Então chega uma criança saudável, com encaminhamento, eu vejo que muitas vezes isso é mais um problema do que uma parceria, do que uma sugestão de prevenção (Entrevistado 4).

O grau de autonomia desses atores, suas habilidades individuais, crenças e interesses pessoais, bem como os recursos que lhes são disponibilizados e o controle sobre as informações afetam as tomadas de decisão e as rotinas de execução das ações,

por exemplo, ao decidir sobre um encaminhamento ou não. Apesar de se ter pouca adesão dos profissionais de saúde, a interação no ambiente escolar é reconhecida.

Só da escola ter chamado para o programa foi um grande facilitador. Foi um desejo da Educação isso aí. O fato de ter o monitor na escola facilita muito pra gente, porque é uma linha direta que a gente tem ali. É a parceria mesmo. A gente percebe que eles estão muito motivados para esse programa. Então, o grande facilitador é a boa vontade, é o querer, porque o resto a gente vai aos poucos ajustando (Entrevistado 3).

Um fator positivo identificado nas entrevistas é que parece haver um consenso entre os entrevistados de que a melhoria da qualidade de vida do aluno, partindo das condições de saúde, implica aumento do desempenho educacional. O partilhamento dos objetivos do programa entre os implementadores é um elemento fundamental para o sucesso de qualquer iniciativa. Este fundamento é o que valida o programa e integra os atores, inter e intraorganizacionalmente.

### **3.4. Produtos da implementação do PSE**

Para se alcançar o objetivo de “contribuir para a formação integral dos estudantes da educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde” (BRASIL, 2007a) é preciso cumprir diretrizes e realizar atividades, que são produtos de processos sociais complexos e de longo prazo. Para compreender este processo, definiram-se como produtos para análise as estruturas organizacionais e funções criadas e as atividades executadas em cada uma, nas quais se pode verificar o contexto de integração e cooperação a nível operacional.

Em relação ao GTI-M, esta estrutura tem exercido papel central na definição das ações intersetoriais por meio da adequação do desenho institucional ao incluir novas funções no programa, associadas a novos atores que são centrais na implementação do PSE – monitor e equipe volante. As coordenações em nível gerencial, apesar de ainda centrarem-se no modelo setorial, permitem chegar ao GTI-M as dificuldades e as experiências positivas vivenciadas pelos atores de ponta, a fim de ajustar as ações a serem adotadas. O monitoramento das ações e a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, geram informações que orientam novas ações. “Então eu tenho informação de cada aluno individualmente, de cada escola e da cidade. E esses consolidados, então, eles também me dão dados que subsidiam a política” (Entrevistado 1). As capacitações oferecidas mensalmente no âmbito da SMED também reforçam a comunicação entre

dirigente-dirigente e dirigente-burocracia de rua. Aí são articuladas as atividades prioritárias para as escolas.

Já no âmbito escolar, tais atividades são complementadas conforme a necessidade local, em um combinado feito entre o monitor escolar, a equipe volante de saúde e as gerências regionais – GERBES e GERASA. Isto é possível, pois o programa permite flexibilizar as ações recomendadas pelos MS e MEC, descritas no Quadro 2, desde que se considere o contexto escolar e social, o diagnóstico local e capacidade operativa em saúde do escolar.

Quadro 2: Linha de ação/tema recomendadas pelo PSE.

Componente I: Avaliação das condições de saúde	Avaliação antropométrica
	Verificação da situação vacinal
	Saúde bucal
	Saúde ocular
	Saúde auditiva
	Desenvolvimento de linguagem
	Identificação de possíveis sinais relacionados às doenças negligenciadas
Componente II: Promoção da saúde e prevenção de agravos	Ações de segurança alimentar e promoção da alimentação saudável
	Promoção da cultura de paz e direitos humanos
	Saúde mental
	Saúde e prevenção nas escolas (SPE): educação para a saúde sexual, saúde reprodutiva e prevenção das DST/Aids
	Saúde e prevenção nas escolas (SPE): prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas
	Prevenção de acidentes
	Saúde ambiental
	Práticas corporais e atividade física

Fonte: BRASIL, Ministério da Saúde. Caderno do Gestor. 2015, organizado pela autora.

A Avaliação Anual de Saúde - Componente I - é item obrigatório e as ações previstas ocorreram em todas as escolas estudadas. Estas avaliações que seguem um roteiro (Anexo II), realizadas pela Equipe Volante de Saúde, muitas vezes permitem identificar problemas de distúrbios alimentares, hipertensão arterial, alterações da fala, da visão, no crescimento, dentre outros. Quando se verifica a necessidade de exames aprofundados, os alunos são encaminhados para a UBS, conforme o Encaminhamento do Programa Saúde na Escola (Anexo II). O encaminhamento segue para os pais dos alunos, os quais são responsáveis por acompanhar os filhos nas consultas médicas.

O roteiro de avaliação e o modelo de encaminhamento foram considerados “fracos” pelos profissionais entrevistados, o primeiro por ser pouco abrangente e o segundo por ser impreciso. O fato de não se explicitar o problema de saúde do aluno no encaminhamento, por questões éticas, muitas vezes faz com que os pais não deem tanta importância para o mesmo. Diversas vezes os alunos não são levados à UBS e não tem continuidade na sua avaliação e tratamento.

O instrumento de avaliação ele é ineficaz, os encaminhamentos são inadequados. Porque eu faço uma comunicação por escrito com os pais, mas eu não vou colocar, sem conversar com os pais de uma forma mais delicada, por exemplo, que o filho dele está com sobrepeso, obeso. Porque às vezes isso não é problema para aquela família. A gente simplesmente encaminha para o centro de saúde. Só que o encaminhamento é assim: “Sugiro avaliação da ESF.” (Entrevistado 4).

Quando identificados problemas de saúde durante as avaliações há, muitas vezes, a garantia de atendimento e solução dos casos, por exemplo, com a confecção de óculos, aparelhos ortodônticos, distribuição de alimentação específica para alunos com restrição dietética, etc.

No decorrer do ano, atividades do Componente II, que envolvem a formação dos estudantes, ações de prevenção e promoção da saúde vão sendo realizadas pelos monitores em parceria com as equipes de saúde e de outros parceiros, como a SMASAN, convidados como a SLU, o Centro de Zoonoses, universidades, etc., conforme a rede formada. O tempo de execução de cada uma é planejado pelo monitor juntamente com a Equipe de Saúde e com a direção da escola, considerando a duração do ano letivo e o PPP da escola. A maior participação do professor centra-se em trabalhar os conteúdos que lecionam paralelamente às atividades desenvolvidas pelos monitores.

Nas escolas pesquisadas foram identificadas ações comuns e outras específicas (ver Quadro 3), o que indica a observação das necessidades locais no planejamento das mesmas e a participação em projetos amplos propostos pela SMED, em conformidade com as ações recomendadas pelo PSE.

Quadro 3: Ações realizadas em 2016 nas escolas E1, E2 e E3.

<b>Escola</b>	<b>Nº de alunos no ensino fundamental</b>	<b>Ações realizadas</b>
E1	685	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ação de prevenção ao câncer de cólon do útero;</li> <li>- Incentivo de hábitos de higiene corporal;</li> <li>- Conscientização para uma boa alimentação;</li> <li>- Conscientização sobre os malefícios do consumo de drogas;</li> <li>- Combate ao bullying;</li> <li>- Palestras e debates.</li> </ul>
E2	433	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conscientização para uma boa alimentação e combate ao desperdício da merenda escolar;</li> <li>- Incentivo à higiene pessoal;</li> <li>- Combate ao piolho;</li> <li>- Incentivo à prática de atividades físicas;</li> <li>- Combate ao bullying;</li> <li>- Incentivo à alimentação saudável.</li> </ul>
E3	483	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incentivos de hábitos de higiene corporal;</li> <li>- Conscientização para uma alimentação saudável;</li> <li>- Palestras e debates;</li> <li>- Ação de prevenção ao câncer de cólon do útero.</li> </ul>

Fonte: GERBES, GERASA, organizado pela autora.

A Escola E1 é considerada de nível de complexidade de gestão alto e o público atendido considerado de nível socioeconômico alto, segundo dados do INEP. Apesar de ter maior número de alunos, possui um menor aporte de recursos materiais disponíveis. Apresenta os materiais específicos para o PSE – uma balança e um computador a disposição, mas a alocação do programa foi improvisada, de modo que o ambiente não proporciona muito conforto, tão pouco a privacidade necessária para o atendimento dos alunos. Foram realizadas seis ações no decorrer do ano de 2016. A monitora possui graduação completa em Enfermagem, o que lhe proporciona desempenhar suas funções

com expertise, apesar de integrar o PSE há apenas um ano e meio e não contar com uma rede de parceiros que transponha a escola e as equipes de saúde.

A adesão dos professores da escola é excelente. O que é triste no meu ponto de vista, é que eles (a SMED) dão a capacitação, falam que nós podemos contar com várias parcerias, mas fica só na fala. Colocar em prática não coloca. Para o programa crescer realmente nós teríamos que ter mais parcerias sim. Porque não é todo mundo que tem formação na área da saúde e não é todo mundo que tem capacidade de desenvolver todas as ações que realmente têm que ser desenvolvidas. (Entrevistado 9).

A Escola E2 também é considerada de nível de complexidade de gestão alto e o público atendido considerado de nível socioeconômico médio alto, segundo dados do INEP, contudo, esta escola possui um menor número de alunos e funcionários vinculados. Apresenta os materiais específicos para o PSE – uma balança e um computador a disposição, em uma sala reservada unicamente para uso da monitora no decorrer do ano e da equipe de saúde volante quando à época das avaliações anuais de saúde, com privacidade e relativo conforto. Também foram realizadas seis ações no decorrer do ano de 2016. A monitora é graduanda em Enfermagem, é a mais antiga no programa em todo o município e conta com uma rede de parceiros maior. “Aqui na escola a gente tem a PUC, que a gente faz um trabalho com a fonoaudiologia. A Secretaria de Esportes. E a gente tentou um parceiro de horta, mas a gente não conseguiu.” (Entrevistado 10). Sua experiência lapidou seu desempenho, sendo este reconhecido pela diretora escolar e pela própria SMED, que já a premiou como melhor monitora do ano de 2014.

A Escola E3 é considerada de nível de complexidade de gestão médio e o público atendido considerado de nível socioeconômico médio alto, segundo dados do INEP. Apesar de ter menor número de alunos, possui um maior aporte de recursos materiais disponíveis. Apresenta os materiais específicos para o PSE – uma balança e um computador a disposição e uma sala apropriada para o atendimento dos alunos. Foram realizadas quatro ações no decorrer do ano de 2016. A monitora possui ensino médio completo e atua no PSE há três anos. A escolaridade inferior às outras pode justificar o número menor de ações executadas, demonstrando que é preciso uma capacitação mais específica para desempenhar mais e melhores atividades. Mas isto nem sempre é reconhecido, o que leva a um clima de insegurança e incredibilidade entre o monitor e o gestor escolar.

Existe um cronograma de atividades que é passado da Regional para a monitora que ela tem que cumprir. (...) Penso que a motivação é pessoal, de cada um, assim cada um tem que buscar melhorar, buscar conhecimento. Hoje tem muito coisa na internet gratuita. Mas a formação para o que eles fazem é suficiente. (Entrevistado 7)

Nas escolas E1 e E2 houve maior êxito no desempenho das atividades do PSE, considerando o maior número de atividades desenvolvidas e a percepção dos gestores escolares. “Ela está dentro do desejável, dentro daquilo que a gente precisa, ela é sempre muito atenciosa, aquilo que a gente precisa ela está sempre disponível”. (Entrevistado 5, em relação a monitora de sua escola). “Melhor pessoa, melhor monitora do PSE aqui da regional, que já foi premiada como a primeira PSE da regional Noroeste”. (Entrevistado 6 sobre a monitora de sua escola). Superaram a condição de maior nível de complexidade de gestão, de onde se esperaria maior dificuldade em obter a integração e a colaboração do corpo escolar. Na escola E1 as condições de trabalho são ainda menos favoráveis. Provavelmente, o maior nível de escolarização dos monitores e a experiência profissional, no contexto escolar ou em outro, foi um item facilitador da implementação e execução das ações do PSE. Por outro lado, na escola E3, de menor nível de complexidade de gestão, verificou-se um desempenho inferior no programa, considerando o menor número de atividades desenvolvidas. A percepção da diretora desta escola sobre a monitora escolar é de que “falta iniciativa, mais pela timidez, introspecção. Poderia buscar mais.” (Entrevistado 7). A menor escolarização do monitor e inexperiência pode ser uma limitação para a capacidade criativa, de articulação e comunicação, restringindo-o a cumprir as atividades indispensáveis pela coordenação central. Assim, a qualificação dos monitores parece ser um fator primordial para o sucesso do PSE nas escolas, aliada a empatia, dinamismo e apoio dos gestores escolares.

Nas escolas estudadas, percebeu-se que há entre os setores de Saúde e Educação o consenso sobre a importância do PSE na melhoria da qualidade de vida dos estudantes, apesar de o foco da ação das equipes de saúde ter sido a avaliação anual de saúde, enquanto houve o protagonismo dos monitores do PSE nas ações de prevenção e promoção da saúde. A presença destes profissionais melhorou a interlocução entre profissionais da saúde e da educação. Tornaram-se o elo entre os setores. Por outro lado, os monitores assumiram atividades preconizadas para professores e profissionais de

saúde - por exemplo, o papel de educadores que tem que desempenhar e a realização do teste de acuidade visual, por isso a capacitação e qualificação destes é primordial.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este trabalho teve o objetivo geral de analisar a implementação do PSE em escolas do município de Belo Horizonte, tomando como exemplo três escolas. Para isso, buscou-se descrever o processo de implementação do PSE, analisar as principais mudanças organizacionais e ações desenvolvidas pelos atores envolvidos e as dificuldades enfrentadas na prática, bem como identificar a percepção dos atores envolvidos no PSE em relação ao eixo estruturante do programa, que é a intersetorialidade.

Foi elaborado um marco teórico, que salientou a complexidade que envolve o processo de implementação de políticas públicas e a necessidade de se adotar modelos flexíveis e permeáveis de formulação e implementação. A partir dessa análise documental definiu-se as dimensões que seriam abordadas – arranjo institucional, contexto e atores envolvidos. Pela abordagem qualitativa, através de entrevistas semiestruturadas, realizadas com gestores das áreas de educação e saúde e com atores da burocracia de rua e tomando três escolas como campo empírico, empenhou-se em identificar os resultados da implementação do programa, entendidos como os seus produtos e não os seus efeitos sobre o público-alvo. Estes produtos foram definidos como as estruturas organizacionais e funções criadas e as atividades executadas em cada uma, nas quais se pode verificar o contexto de integração e cooperação a nível operacional

Na concepção do programa, a integração dos setores partiu da compreensão de que a melhoria das condições de saúde dos estudantes do ensino fundamental favorece o seu desempenho escolar e melhora sua qualidade de vida. Assim, a intervenção para melhoria do desempenho escolar dependeria da atuação conjunta de mais de um órgão, de onde surgiu a iniciativa dos Ministérios da Saúde e da Educação na formulação prévia do PSE, o que representou um avanço em termos de intersetorialidade. A partir de então, Grupos de Trabalho Intersetorial (GTI) foram criados em todos os níveis administrativos, com a finalidade de dinamizar a implementação do programa. Mas ao contrário, o GTI-F e GTI-E/MG se transformaram em grandes estruturas com pouca funcionalidade. As diretrizes de descentralização e territorialidade acabaram por responsabilizar o município pela gestão do PSE – que se justifica por ser o território onde os alunos vivem e onde se dá a gestão das escolas e da atenção à saúde.

Neste sentido, o GTI-M mostrou-se ser o eixo central do exercício da cooperação entre os setores de Saúde e Educação, por ser o local onde se delibera e se planeja as ações para a formação integral dos estudantes. Também por ele, as SMSA e SMED, e posteriormente a SMASAN puderam ter maior aproximação com os gerentes das regionais administrativas e com a burocracia de rua, sendo que com estas últimas, desenvolveu-se mais nas ações de capacitação, principalmente dos monitores escolares. Estes encontros foram citados como o maior canal de comunicação para se alcançar a integração e cooperação dos implementadores. As gerências regionais é que interagem mais com os subordinados nos seus respectivos segmentos – saúde e educação – persistindo a ótica setorial a nível de execução e intersetorial a nível de coordenação.

Em Belo Horizonte, o desenho institucional foi reorientado para solucionar problemas surgidos pela alteração na rotina de atividades e no ambiente interno das escolas e das UBS, as principais agências implementadoras. A inserção de novos participantes – monitores escolares e equipes volante de saúde -, ao mesmo tempo em que amplia e fortalece programas intersetoriais, pode ocasionar sobreposição de tarefas ou até não consecução das tarefas, por contar que o outro irá fazê-la. A opção por um modelo baseado na inclusão de novos atores ocasionou certa exclusão de outros atores, uma vez que os novos atores assumiram atividades inerentes a função dos professores e integrantes das equipes da ESF.

Todavia, a presença de um monitor do PSE em cada escola ganhou destaque, pois resultou na melhoria da articulação entre profissionais da saúde e da educação, embora tenham mostrado também que as lógicas setoriais permanecem nos territórios de atuação. Por ser uma figura que já nasceu intersetorial, o monitor tornou-se o elo entre os setores. Ainda assim, por ser um programa intersetorial, é de se esperar que haja equanimidade na atuação dos setores de educação e saúde. Enquanto as avaliações anuais de saúde foram o foco da atuação das equipes de saúde, o que é compreensível dada a demanda por estes profissionais em todo o sistema de saúde brasileiro, o monitor escolar tomou um papel central no PSE, por meio do desenvolvimento de atividades de prevenção e promoção da saúde.

As escolas se apresentam como contextos sociais únicos, o que exige flexibilização e adaptação do programa, mas com foco na formação integral dos estudantes. Assim as atividades realizadas em cada uma são ajustadas conforme o diagnóstico local feito em parceria entre monitores e equipe de saúde volante. Algumas

dificuldades operacionais foram apontadas, como a falta de espaço nas escolas para o atendimento aos alunos participantes do PSE, demanda não atendida nas unidades de saúde e rede de corresponsabilidades limitada às áreas de saúde e educação.

Assim, em duas escolas foi observado melhor desempenho das atividades do PSE, maior integração e reconhecimento mútuo, estreitamente ligado ao melhor nível de escolarização dos monitores e a experiência profissional. Já em uma terceira escola verificou-se um desempenho inferior no programa, precisamente naquela que possui monitor escolar com menor escolarização e experiência profissional, e perfil mais introspectivo. A qualificação dos monitores parece ser um fator primordial para o sucesso do PSE nas escolas, aliada a empatia e dinamismo. “Se todo mundo tivesse oportunidade de ter dentro da escola um profissional da saúde para auxiliar ou para trabalhar no PSE seria o ideal. Eu acho que essa função não é de qualquer um, não é de quem se candidata, é de quem tem uma formação específica na área de saúde.” (Entrevistado 5).

A legitimidade e sustentabilidade do programa se fundamentam na expectativa de atendimento com maior agilidade daqueles alunos encaminhados pelo PSE, tratamento e solução para determinados diagnósticos, como por exemplo, com a confecção de óculos, aparelhos ortodônticos, distribuição de dieta específica para alunos com restrição alimentar, etc. Apesar do avanço em termos de cobertura da rede escolar e número de estudantes atendidos nas escolas municipais, a ampliação do público atendido para o ensino infantil, EJA e para as outras redes de ensino públicas foi apontado como melhoria potencial.

Em resumo, a análise da implementação do Programa Saúde na Escola foi desafiadora, dada a complexidade do programa. Ela evidenciou questões complicadas relativas à intersectorialidade em políticas públicas, tais como protagonismo de um ou outro setor, ausência de compartilhamento de informação, necessidade de capacitação e qualificação dos atores envolvidos, mas que mesmo assim teve êxito em seus objetivos. Possibilitou verificar que o resultado da implementação do PSE está relacionado à percepção e adesão dos atores envolvidos, em relação às regras definidas e aos incentivos oferecidos à cooperação pelo arranjo institucional estabelecido. Contudo não permitiu concluir sobre os efeitos do contexto, dada a semelhança entre os contextos das escolas estudadas. Programas sociais dessa ordem exigem o esforço de melhorar a

compreensão do contexto social, da inclusão, da flexibilização das ações e da interação com outras políticas.

## 5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BELO HORIZONTE. Decreto nº13.660 de 03 e agosto de 2009. Institui os Núcleos Intersetoriais Regionais - NIR, e dá outras providências. **Diário Oficial do Município**, Belo Horizonte, 01 de outubro de 2009.

BELO HORIZONTE. Lei nº 9.011, de 1º de janeiro de 2005. Dispõe sobre a estrutura organizacional da Administração Direta do Poder Executivo e dá outras providências. **Diário Oficial do Município**, Belo Horizonte, 01 de janeiro de 2005.

BELO HORIZONTE. Portaria Conjunta SMED/SMSA/SMASAN nº 003/2013 de 12 de setembro de 2013. Institui o Grupo de Trabalho Intersetorial do Programa Saúde na Escola. **Diário Oficial do Município**, Belo Horizonte, 16 de outubro de 2013.

BELO HORIZONTE. Portaria Conjunta SMED/SMSA/SMASAN Nº 005/2015 de 04 de novembro de 2015. Institui o Grupo de Trabalho Intersetorial do Programa Saúde na Escola. **Diário Oficial do Município**, Belo Horizonte, 10 de dezembro de 2015.

BELO HORIZONTE. Portaria Conjunta SMSA/SMED nº 001/2008 de 05 de novembro de 2008. Institui Grupo de Trabalho Intersetorial para elaboração do Projeto do PSE. **Diário Oficial do Município**, Belo Horizonte, 07 de novembro de 2008a.

BELO HORIZONTE. Prefeitura lança Programa Saúde na Escola. **Diário Oficial do Município**, Belo Horizonte, 01 de outubro de 2008b.

BELO HORIZONTE. Secretaria de Saúde qualifica atendimento do PSE nas escolas. **Diário Oficial do Município**, Belo Horizonte, 21 de julho de 2011.

BRASIL. Avaliação do rendimento escolar – **Prova Brasil 2015**. Disponível em: <<http://sistemasprovabrasil.inep.gov.br/provaBrasilResultados>>. Acessado em: 19 jan 2017.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2012. 103 p.

BRASIL. Consulta ao Índice de Desenvolvimento da Educação Básica – **Ideb 2015**. Disponível em: <<http://ideb.inep.gov.br/resultado/>>. Acessado em: 19 jan 2017.

BRASIL. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Indicador para mensurar a complexidade da gestão nas escolas a partir dos dados do censo escolar da educação básica. Brasília, DF: Inep, 2014. (Nota Técnica, n. 040/2014).

BRASIL. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Nota técnica: Índice de Desenvolvimento da Educação Básica – Ideb. Disponível em: <<http://ideb.inep.gov.br/resultado/>>. Acessado em: 19 jan 2017.

BRASIL. Ministério da Educação. Portaria Interministerial MEC/MS nº 675, de 4 de junho de 2008. Institui a Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola. **Diário Oficial da União**, 2008(a); 27 ago.

BRASIL. Ministério da Educação. Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.399, de 14 de novembro de 2008. Designar os membros para compor a Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola - CIESE instituída pela Portaria nº 675, de 4 de junho de 2008. **Diário Oficial da União**, 2008(b); 17 nov.

BRASIL. Presidência da República. Poder Executivo. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. **Diário Oficial da União** 2007a; 6 dez.

BRASIL. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº16 de 24 de abril de 2007. Constitui o Grupo de Trabalho, com a atribuição de elaborar um Documento Base que direcione a implementação do Programa Educação e Saúde nas Escolas. **Diário Oficial da União** 2007b; 26 abr.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno do Gestor do PSE** / Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 68 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 96 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Educação. **Passo a passo PSE: Programa Saúde na Escola**, tecendo caminhos da intersetorialidade. Brasília, DF, 2011. 46 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 114 p.

CAMPOS, S. **Relação de escolas** [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por <ana\_padovani@yahoo.com.br> em 22 set 2015.

CHIARI, Antônio Paulo Gomes. **A intersetorialidade no Programa Saúde na Escola no município de Belo Horizonte, MG**. Universidade Federal de Minas Gerais; Dissertação de Mestrado; 2015.

CUNHA, Eleonora S.M.; CUNHA; Edite da P. **Elaboração de projetos sociais**. Belo Horizonte: UFMG, 2008. (mimeo)

CUNILL GRAU, Nuria. 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**, Santiago, Chile, 2005. Disponível em: <<http://cdim.esap.edu.co/BancoMedios/Documentos%20PDF/la%20intersectorialidad%20en%20el%20gobierno%20y%20gesti%C3%B3n%20de%20la%20pol%C3%ADtica%20social.pdf>>. Acessado em: 28 nov 2015.

\_\_\_\_\_ (2013), La intersectorialidad en las nuevas políticas sociales. Un acercamiento analítico-conceptual. **Gestión y Política Pública**. Vol. XXIII, n.1. 1º Semestre de 2014. p. 5-46.

FERREIRA, Aurélio B. de Hollanda. **Mini Aurélio o Dicionário da Língua Portuguesa**. 6. ed. Curitiba: Positivo, 2007. 895 p.

FERREIRA, I.R.C.; VOSGERAU, D.S.R.; MOYSÉS, J.S.; MOYSÉS, S.T. Diplomas Normativos do Programa Saúde na Escola: análise de conteúdo associada à ferramenta ATLAS TI. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol. 17, n.12, p. 3385-3398, 2012.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA (INEP). Censo Escolar, 2015. Disponível em: <<http://portal.inep.gov.br/resultados-e-resumos>>. Acessado em: 10 dez 2016.

JUNQUEIRA, Luciano A. P. A. Gestão Intersetorial das Políticas Sociais e o Terceiro Setor. **Saúde e Sociedade**, v. 13, nº 1, 2004.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. Intersetorialidade: o desafio atual para as políticas sociais. **Pensar BH**. Política Social, Belo Horizonte, v. 3, p. 10-13, 2002.

MEYERS, Marcia K. E VORSANGER, Susan. Burocratas de nível de rua e a implementação de políticas públicas. In PETERS, B. Guy, PIERRE, J. **Administração Pública**. Coletânea. São Paulo: Ed. UNESP; Brasília: ENAP, 2010.

MINAS GERAIS. Resolução Conjunta SES-MG/SEE-MG Nº 187 de 11 de Novembro de 2015. Institui o Grupo de Trabalho Intersetorial Estadual do Programa Saúde na Escola do Estado de Minas Gerais (GTI-E). **Diário Oficial de Minas Gerais**, Belo Horizonte, 12 de novembro de 2015.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO [Internet]. Programa Saúde na Escola. Disponível em: < <http://portal.mec.gov.br/expansao-da-rede-federal/194-secretarias-112877938/secad-educacao-continuada-223369541/14578-programa-saude-nas-escolas>>. Acessado em: 04 out 2016.

MOLINA, Carlos Geraldo. Modelo de formacion de politicas y programas sociales. Notas de classe. BID/INDES, 2002. Disponível em: <<http://indes.iadb.org/pub.asp?intpageini=3&intini=1&intfin=3&t=N&ActForm=&lg=S>>. Acessado em: 30 ago 2016.

O'TOOLE JR, Laurence J. Relações Interorganizacionais no processo de implementação. In PETERS, B. Guy, PIERRE, J. **Administração Pública**. Coletânea. São Paulo: Ed. UNESP; Brasília: ENAP, 2010.

PNUD; IPEA; FJP. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. 2016. Disponível em: <[http://www.atlasbrasil.org.br/2013/data/rawData/RadarIDHM\\_Analise.pdf](http://www.atlasbrasil.org.br/2013/data/rawData/RadarIDHM_Analise.pdf)>. Acesso em 19 jan. 2017.

QEDU. Desenvolvido por Meritt e Fundação Lemann, 2015. Apresenta informações sobre a qualidade da educação por escola, município e estado do Brasil. Disponível em: <<http://www.qedu.org.br>>. Acessado em: 19 jan 2017.

RIBEIRO, Shirley Alexandra Ferreira. **Implementação do Programa Fica Vivo!: Instituições, atores e contextos**. Universidade Federal de Minas Gerais; Dissertação de Mestrado; 2012.

RUA, Maria das Graças. **Análise de Políticas Públicas: Conceitos Básicos**. Washington, Indes/BID, 1997, mimeo. Disponível em: <<http://www.ufba.br/~paulopen/AnalisedePoliticPublicas.doc>>. Acessado em: 08 ago 2015.

RUA, Maria das Graças; ROMANINI, Roberta. **Para Aprender Políticas Públicas: Conceitos e Teorias**. Brasília: IGEPP, 2013, p. 90-121. Disponível em: <[http://igepp.com.br/uploads/ebook/ebook-para\\_aprender\\_politicas\\_publicas-2013.pdf](http://igepp.com.br/uploads/ebook/ebook-para_aprender_politicas_publicas-2013.pdf)>. Acessado em: 15 dez 2015.

SARAVIA, Enrique. Introdução à teoria da política pública. In: SARAVIA, Enrique e FERRAREZI, Elisabete (Org.). **Coletânea Políticas Públicas**. Brasília: ENAP, 2006. v. 01 p. 21-42.

SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO. Ofício nº 091/2013. 2013-10-15. Atribuições dos Assistentes de Apoio ao PSE/GERBES. Acessível na Gerência do Programa Família Escola (GERBES), Belo Horizonte, Brasil.

SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO. Ofício nº 39/2016. 2016-05-05. Atribuições dos Assistentes de Apoio ao PSE das escolas. Acessível na Gerência do Programa Família Escola (GERBES), Belo Horizonte, Brasil.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Relatório do 2º quadrimestre de 2016. Belo Horizonte, 2016. 84 p. Disponível em: <[http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=saudef&lang=pt\\_BR&pg=5571&tax=15436](http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pIdPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=saudef&lang=pt_BR&pg=5571&tax=15436)>. Acessado em 15 dez 2016.

SILVA, Pedro Luiz Barros e MELO, Marcus André Barreto. **O processo de implementação de políticas públicas no Brasil: características e determinantes da avaliação de programas e projetos**. NEPP/UNICAMP, Caderno nº 48, 2000.

VELARDE, Juan Carlos Cortazar. Una mirada estratégica y gerencial de la implementación de los programas sociales. In: **Entre el diseño y la evaluación**. El papel crucial de la implementación de los programas sociales. Washington: Banco Interamericano de Desarrollo. p. 1-62 1.ed. 2007.

WINTER. S. C. Perspectivas de implementação: status e reconsideração. In PETERS, B. Guy, PIERRE, J. **Administração Pública**. Coletânea. ENAP. Ed. UNESP. 2010.

Relação dos entrevistados.

<b>Código</b>	<b>Função</b>
Entrevistado 1	Coordenadora do Programa Saúde na Escola – SMED.
Entrevistado 2	Secretário Municipal Adjunto de Educação - SMAED- Foi coordenador do programa inicialmente.
Entrevistado 3	Médica e Gerente na GERASA-NO.
Entrevistado 4	Enfermeira da Equipe Volante do PSE – GERASA-NO.
Entrevistado 5	Diretora Escolar há cerca de 5 anos, mas já atuava como professora na mesma escola há 10 anos.
Entrevistado 6	Diretora Escolar há cerca de 2 anos, mas já atuou como vice-diretora na mesma escola por 3 anos.
Entrevistado 7	Diretora Escolar há cerca de 2 anos, mas já atuava como professora na mesma escola há 8 anos.
Entrevistado 8	Monitora do PSE/GERBES-NO há cerca de 6 anos.
Entrevistado 9	Monitora do PSE há cerca de 1,5 ano.
Entrevistado 10	Monitora do PSE há cerca de 6 anos.

## ANEXO I

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o(a) Sr(a). para participar da pesquisa sob o título provisório “Desafios na implementação de programas intersetoriais: uma análise do Programa Saúde na Escola”, sob a responsabilidade da graduanda Ana Paula Padovani Resende, para fim de compor o trabalho de conclusão de curso de Gestão Pública da UFMG.

Sua participação é voluntária e dar-se-á por meio de participação em entrevista semi-estruturada, em que se espera ouvir opiniões, percepções, sugestões e críticas livremente expressas e retratando seu melhor entendimento das questões propostas.

Não são antecipados riscos decorrentes de participação nesta pesquisa. Todavia, para evitar qualquer consequência indesejada relacionada à livre manifestação do(a) presente(e), solicitamos confidencialidade em relação às contribuições de cada participante.

Se depois de consentir em sua participação o(a) Sr(a). desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independentemente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O(A) Sr(a). não terá qualquer despesa e também não receberá qualquer remuneração.

Os resultados da pesquisa serão analisados e poderão ser publicados. Para qualquer outra informação, o(a) Sr(a). poderá entrar em contato com a responsável por este trabalho pelo e-mail ana\_padovani@yahoo.com.br, telefone (31) 98723 8728 ou com a orientadora deste trabalho, Dra. Telma Maria Gonçalves Menicucci, na sala FAFICH/UFMG 4065, ou poderá entrar em contato pelo e-mail telmenicucci@fafich.ufmg.br.

#### Consentimento Pós-Infirmação

Eu, \_\_\_\_\_, fui informado(a) sobre o que a pesquisadora quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar qualquer valor monetário ou de outra natureza, e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pela pesquisadora, ficando uma via com cada um de nós.

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_

Assinatura do participante

\_\_\_\_\_

Assinatura da Pesquisadora Responsável



### ANEXO III



#### ENCAMINHAMENTO DO PROGRAMA SAÚDE-ESCOLA – PSE

ESCOLA: MUNICIPAL

MONITORIA:

CENTRO DE SAÚDE DE REFERENCIA DA FAMÍLIA: \_\_\_\_\_

NOME DO ALUNO: \_\_\_\_\_

NOME DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

DATA DA AVALIAÇÃO:

SENHORES RESPONSÁVEIS,

NA AVALIAÇÃO FEITA, PELA EQUIPE DE SAÚDE, OS PROFISSIONAIS INDICARAM QUE VOCÊS  
PRECISAM LEVR SEU FILHO, AO CENTRO DE SAÚDE DE REFERENCIA DE SUA RESIDENCIA PARA:

- ATUALIZAÇÃO DE VACINAÇÃO.
- CONSULTA COM EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA.
- MÉDICO (ESF).
- ENFERMEIRO (ESF).
- CONSULTA COM A EQUIPE DE SAÚDE BUCAL, CÓDIGO ( )
- PROGRAMA ARTE DA SAÚDE.

OBSERVAÇÃO:

PORTANTO, COMPAREÇAM AO SEU CENTRO DE SAÚDE, LEVANDO ESTAS FICHA, PARA  
MARCAR O HORÁRIO.

LOCAL DE ATENDIMENTO:

ASSINATURA DO PROFISSIONAL: \_\_\_\_\_