

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

SAMARA MARQUES DE MOURA

**PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: UM INSTRUMENTO DA
INTERSETORIALIDADE NA PROMOÇÃO DA SAÚDE**

Goiânia

2014

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR AS TESES E DISSERTAÇÕES ELETRÔNICAS NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: **Dissertação** **Tese**

2. Identificação da Tese ou Dissertação

Nome completo do autor: Samara Marques de Moura

Título do trabalho: Programa Saúde na Escola: Um Instrumento da Intersetorialidade na Promoção da Saúde

3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento SIM NÃO¹

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF da tese ou dissertação.



Assinatura do (a) autor (a)

Data: 15 / 02 / 2014

¹ Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Os dados do documento não serão disponibilizados durante o período de embargo.

SAMARA MARQUES DE MOURA

UFG PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: UM INSTRUMENTO DA INTERSETORIALIDADE NA PROMOÇÃO DA SAÚDE 2014

SAMARA MARQUES DE MOURA

**PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: UM INSTRUMENTO DA
INTERSETORIALIDADE NA PROMOÇÃO DA SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás para obtenção de título de Mestre.

Linha de Pesquisa: Saúde Coletiva

Orientadora: Prof^a Dr^a Vânia Cristina Marcelo

Goiânia

2014

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(GPT/BC/UFG)

Moura, Samara Marques.

Programa Saúde Na Escola: Um Instrumento da Intersetorialidade na Promoção da
Saúde/ Samara Marques de Moura. Goiânia, 2014.

Orientadora: Vânia Cristina Marcelo

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Goiás, Faculdade de
Odontologia, 2014.

Inclui anexos e apêndices

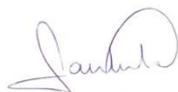
**1. Escolas Promotoras de Saúde, 2. Intersetorialidade, 3. Promoção da Saúde. I.
Marcelo, Vânia Cristina da II. Universidade Federal de Goiás, Faculdade de
Odontologia III. Título.**

CDU:

Autorizo a reprodução total ou parcial deste trabalho, para fins de estudo e pesquisa.

Goiânia, 04/02/2014

Assinatura:



E-mail: samaramarquesmoura@yahoo.com.br



Ministério da Educação
Universidade Federal de Goiás
Faculdade de Odontologia
Programa de Pós-Graduação em Odontologia

Ata de Defesa de Dissertação número 127

Aos **quatro dias do mês de fevereiro de 2014**, às 14:00 horas, reuniu-se na sala 1003 da Faculdade de Odontologia, a Comissão Julgadora infranomeada para proceder ao julgamento da Defesa de Dissertação de **Samara Marques de Moura** intitulada "**Programa saúde na escola: Um instrumento da intersectorialidade na promoção da saúde**",, como parte de requisitos necessários à obtenção do título de **Mestre**, área de concentração **Clínica Odontológica**. Inicialmente, Prof^a. Dr^a. Vânia Cristina Marcelo apresentou a Comissão Examinadora da qual é presidente, e concedeu a palavra a candidata, para exposição de sua dissertação em trinta minutos. A seguir, a senhora presidente concedeu a palavra aos examinadores, os quais passaram a arguir a candidata conforme os termos regimentais. Finalizada a arguição, a Comissão expressou seu Julgamento em sessão secreta, conforme abaixo.

Comissão Examinadora

Aprovado(a)/Reprovado(a)

Prof^a. Dr^a. Vânia Cristina Marcelo – Presidente aprovada

Prof^a. Dr^a. Maria Goretti Queiroz- Membro aprovada

Prof^a. Dr^a. Jacqueline Rodrigues de Lima- Membro Aprovada

Prof^a. Dr^a. Rejane Faria Ribeiro-Rotta- Suplente _____

Prof^a. Dr^a. Enilza Maria Mendonça de Paiva- Suplente _____

Em face do resultado obtido, a Comissão Examinadora considerou a candidata Samara Marques de Moura

Aprovada – A candidata deverá fazer as modificações eventualmente sugeridas e apresentar a versão definitiva à Coordenadoria do Programa em no máximo trinta (30) dias após a defesa (artigo 57 da Resolução CEPEC 1136/2013 que regulamenta este Programa).

Reprovada – A candidata () poderá () não poderá submeter-se a outra defesa em um prazo de dias (mínimo 30, máximo 90 dias) (artigo 55, parágrafo 2º, Resolução CEPEC 1136/2013).

Observações que a Comissão Examinadora julgar importantes que constem em ata:

Nada mais havendo a tratar eu, Gláucia Terra e Silva, secretária do Programa de Pós-Graduação em Odontologia, lavrei a presente ata que segue assinada pelos membros da Comissão Examinadora, pela candidata e por mim.

Comissão Examinadora

Assinatura

Prof^a. Dr^a. Vânia Cristina Marcelo – Presidente Vânia Cristina Marcelo

Prof^a. Dr^a. Maria Goretti Queiroz- Membro Maria Goretti Queiroz

Prof^a. Dr^a. Jacqueline Rodrigues de Lima- Membro Jacqueline Lima

Prof^a. Dr^a. Rejane Faria Ribeiro-Rotta- Suplente _____

Prof^a. Dr^a. Enilza Maria Mendonça de Paiva- Suplente _____

Ata homologada em Reunião da Coordenadoria de Pós-Graduação do dia 12/02/2014

Assinatura da Coordenadora do Programa: Gláucia Terra e Silva

*Ao Deus, pelo dom da vida e força interior,
Aos meus amados pais, Adeone e Deolina, que sempre
foram e são exemplo de dignidade, honestidade,
sabedoria, trabalho e que, com muito amor, dedicação
e renúncia, nunca mediram esforços para oferecer a
mim e à minha irmã, uma formação moral e
intelectual sólidas.*

*À minha irmã Cláudia, por estar sempre presente.
Às minhas queridas Peggy e Dora, pelos olhares
carinhosos e companhias que fazem tão bem.*

*À professora Vânia, pela orientação sábia e afetuosa,
digna de minha gratidão e admiração.*

AGRADECIMENTOS

Ao Deus por me amparar nos momentos difíceis, me dar força interior para superar as dificuldades, mostrar os caminhos nas horas incertas e me suprir em todas as minhas necessidades.

A meus pais, Deolina e Adeone, meu infinito agradecimento. Sempre acreditaram em minha capacidade e me acharam A MELHOR de todas, mesmo não sendo. Isso só me fortaleceu e me fez tentar, não ser A MELHOR, mas a fazer o melhor de mim. Obrigada pelo amor incondicional!

À minha orientadora, professora Vânia, por acreditar em meu potencial, me mostrar o caminho da pesquisa, o saber e a reflexão crítica frente à realidade. Minha gratidão é gigantesca! Obrigada por fazer parte da minha vida, por ser exemplo de pessoa e profissional em minha caminhada!

Aos amigos que fizeram parte desses momentos, sempre me ajudando e incentivando. Obrigada pelas palavras tão incentivadoras e apoio fundamental em minha vida.

Aos meus amigos e colegas de Mestrado, pela convivência inesquecível, pelo aprendizado, pelas conversas, pelas risadas e partilha.

Aos amigos da Graduação, Residência, trabalho, enfim, cada um que com paciência ouviu minhas angústias, experiências e me incentivou nesta caminhada.

À minha querida Rosália, pela companhia, amizade e colaboração oferecida sempre de boa vontade.

À professora Dais Gonçalves Rocha, pelos ensinamentos, carinho e gentileza em ceder a mim material de pesquisa.

Às minhas professoras queridas (e colegas) da Disciplina de Odontologia Coletiva da FO/UFG, Vânia, Fatinha, Maria do Carmo, Maria Goretti, Tatiana e Bárbara, pelo aprendizado e apoio constante.

Aos professores da Pós-Graduação que compartilharam seus conhecimentos colaborando com minha formação.

À Pós-Graduação da FO/UFG que abriu portas para a realização de meu sonho em cursar o Mestrado.

Aos funcionários desta Pós-Graduação e de toda a Faculdade de Odontologia pela acolhida e ajuda providencial.

Ao prof. João Batista de Sousa, pelo acompanhamento e disponibilidade frente ao Comitê de Ética da UFG.

À Faculdade de Odontologia, todos os professores, demais servidores e estudantes e em especial, diretora e professora Enilza, pelo acompanhamento e oportunidade de concretizar este curso.

Às professoras da Banca de Qualificação e Defesa, Vânia, Maria Goretti e Jacqueline, pela disponibilidade e considerações valiosas.

Aos participantes da pesquisa pela contribuição fundamental para a realização deste estudo.

Às Secretarias Municipais de Saúde e Educação, por aceitarem e viabilizarem a confecção deste trabalho.

À FAPEG, pelo apoio financeiro, fundamental para o alcance dessa vitória.

Ninguém vence sozinho... A todos, meu carinho e gratidão!

RESUMO

PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: UM INSTRUMENTO DA INTERSETORIALIDADE NA PROMOÇÃO DA SAÚDE

A Promoção da Saúde é uma das estratégias para a melhoria da qualidade de vida da população. Para isso, há necessidade de parcerias intersetoriais, já que elas pressupõem articulação de saberes, compromisso entre instituições, organizações e pessoas para o alcance de soluções de problemas complexos. Exemplo de iniciativa pública de intersetorialidade é o Programa Saúde na Escola – PSE, instituído em 2007 pelos Ministérios da Saúde e da Educação, na perspectiva da atenção integral (prevenção, promoção e atenção) à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino público básico, no âmbito das escolas e unidades básicas de saúde. A avaliação dessa política e sua prática podem conferir legitimidade à Promoção da Saúde se gerar evidências de que suas ações são capazes de produzir mudanças significativas nas condições de vida das pessoas, grupos e comunidades. O objetivo do presente estudo foi analisar o potencial do PSE como instrumento de intersetorialidade no contexto da Promoção da Saúde em um município de grande porte. Por meio de uma abordagem qualitativa foram entrevistados profissionais da educação com suas correspondentes Equipes da Estratégia Saúde da Família, estudantes beneficiados com o programa, além de integrantes do Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal do PSE de Goiânia. As entrevistas foram transcritas e os dados analisados por meio da análise de conteúdo com formulação de categorias analíticas emergentes. A partir das entrevistas, descreveu-se o processo de implementação do PSE e as percepções dos respondentes sobre as temáticas desenvolvidas nos projetos do PSE quanto à intersetorialidade, os impactos das ações desenvolvidas junto à comunidade escolar, os fatores considerados facilitadores e dificultadores para a realização das ações, percepção sobre a potencialidade do PSE em induzir ações intersetoriais e as perspectivas futuras com o programa. Os resultados permitiram entender sobre o PSE, mostrando que ainda não há de fato a consolidação da intersetorialidade, mas que houve aproximação e o surgimento de parcerias importantes para a construção de ações saudáveis no ambiente escolar e no âmbito da Promoção da Saúde.

Palavras-chave: Escolas Promotoras de Saúde, Intersetorialidade, Promoção da Saúde

ABSTRACT

SCHOOL HEALTH PROGRAM: AN INSTRUMENT OF INTERSECTORAL ACTION IN HEALTH PROMOTION

Health Promotion is one strategy that seek to improve the population's quality of life. For that reason, intersectoral partnerships are necessary, since they require knowledges' articulation, commitment between institutions, organizations and individuals to reach solutions for complex problems. One example of a public initiative of intersectoral action is the School Health Program (PSE), established in 2007 by the Brazilian Ministries of Health and Education, on the perspective of comprehensive healthcare (prevention, promotion and assistance) of children, adolescents and young people enrolled in the public schools in partnership with basic health units. The evaluation of this policy and its implementation may legitimate Health Promotion and generate evidence that their actions may produce significant changes in the life conditions of individuals, groups and communities. The aim of this study was to analyze the potential of PSE as an instrument of intersectoral action in the context of health promotion in a large municipality. Through a qualitative approach, education professionals and their corresponding teams of the Family Health Strategy were interviewed , and also students who benefited from the program, as well as members of the municipal Working Group of the Intersectoral PSE of Goiânia. The interviews were transcribed and analyzed using content analysis to formulate emerging analytical categories. From the interviews, the process of implementation of PSE, the perceptions of respondents of the themes developed in the PSE's projects regarding intersectoral matters, the impact of actions developed in the school community, the facilitators and the shortcomings in undertaking the actions, the PSE's potential to induce intersectoral actions and future perspectives were described. The results allowed a better understanding of the PSE, showing that there is no evidence of the consolidation of intersectoral actions, but there was an approximation and the emergence of important partnerships and actions aiming the establishment of healthy school environment within the Health Promotion.

Keywords : Health Promoting Schools, Intersectoral Action, Health Promotion

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	REVISÃO DE LITERATURA	19
2.1	A PROMOÇÃO DA SAÚDE	19
2.2	A INTERSETORIALIDADE	22
2.3	A ESCOLA COMO ESPAÇO PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE	25
2.3.1	O PSE	28
3	OBJETIVOS	32
3.1	OBJETIVO GERAL	32
3.2	OBJETIVO ESPECÍFICO	32
4	METODOLOGIA	33
4.1	CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA	33
4.2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO-METODOLÓGICA	33
4.3	TRABALHO DE CAMPO	34
4.4	PARTICIPANTES	34
4.4.1	Critérios de Inclusão	35
4.4.2	Critérios de Exclusão	36
4.5	ASPECTOS ÉTICOS	36
4.6	COLETA DE DADOS	37
4.7	TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	39
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	43
5.1	PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO PSE EM GOIÂNIA	44
5.1.1	Fluxograma de ações e recursos	44
5.1.2	Coerência com a proposta do programa	50
5.2	TEMÁTICAS DESENVOLVIDAS NO PSE	64
5.2.1	Tipos de Temáticas	64
5.2.2	Definição das Temáticas	73
5.2.3	Metodologias Utilizadas	77
5.3	IMPACTO DAS AÇÕES INTERSETORIAIS DESENVOLVIDAS A PARTIR DO PSE	82
5.4	FATORES FACILITADORES E DIFICULTADORES RELACIONADOS À REALIZAÇÃO DE AÇÕES INTERSETORIAIS	88
5.5	POTENCIALIDADE DO PSE EM INDUZIR AÇÕES INTERSETORIAIS	93
5.6	PERSPECTIVAS FUTURAS PARA COM O PSE	97
6	CONCLUSÕES	100
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	102
	REFERÊNCIAS	103
	APÊNDICE A Roteiro de Entrevista (Saúde da Família)	104
	APÊNDICE B Roteiro de Entrevista (Educador)	105
	APÊNDICE C Roteiro de Entrevista (Estudante)	106
	APÊNDICE D Roteiro de Entrevista (Grupo Gestor)	107
	APÊNDICE E Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	108
	ANEXO A Termo de Anuência Secretaria Municipal de Saúde	112
	ANEXO B Termo de Anuência Secretaria Municipal de Educação	113

APRESENTAÇÃO

"A educação é como uma semente, precisa ser plantada no lugar certo, deve ser regada periodicamente, necessita de espaço para crescer e quando está madura concede frutos que irão nutrir novas sementes e recomençar a sua jornada do conhecimento."

Gui Tesla

Cadernos, pessoas, o sino, a professora. A escola remete a um mundo mágico de aprendizado, de troca de saberes, de reflexões, desenvolvimento e crescimento. É um espaço que nos acompanha por tantos anos e que nos permite mostrar um pouco do que carregamos de história e capaz de influenciar na construção de nosso ser e em nossa forma de agir durante toda a vida.

Pensando nesse universo sempre admirável, durante dois anos, ao trabalhar na Estratégia Saúde da Família como cirurgiã-dentista, tive a oportunidade de conhecer o Programa Saúde na Escola (PSE), programa que busca somar as competências dos trabalhadores da saúde com a prática educacional escolar para promover saúde.

É um projeto teoricamente ambicioso, ao mesmo tempo novo, que despertou em mim a vontade de aceitar o desafio de adentrar no contexto escolar e de desenvolver atividades que pudessem despertar nas pessoas envolvidas o entendimento de suas potencialidades para a busca de qualidade de vida.

Durante esse tempo, a nossa equipe teve bons resultados com o programa. As metas foram, em sua maioria, alcançadas. Mas restava saber se o que fazíamos estava mesmo em concordância com o conceito de Promoção da Saúde. Havia a dúvida ainda de como era o desempenho de outras equipes e como os envolvidos com o programa percebiam o PSE, particularmente se a intersetorialidade entre a área da saúde e a área da educação era realmente possível.

Ao ingressar no Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Goiás (Mestrado Acadêmico) e propor uma linha de pesquisa, resgatei essa vontade de estudo e apresentei à professora orientadora Vânia Cristina Marcelo que aceitou prontamente trabalhar com a temática.

A partir de então, o pré-projeto foi remodelado, refletido e estudado para se encontrar uma forma metodológica que permitisse conhecer mais sobre o PSE.

Para tanto, o método qualitativo de pesquisa foi escolhido, fornecendo dados quanto à percepção de participantes acerca da prática do programa.

Este trabalho apresenta inicialmente uma revisão da literatura abordando a Promoção da Saúde, Intersetorialidade e o ambiente escolar como estratégia de promoção em saúde, reafirmando a importância desses conceitos para a busca de ações intersetoriais que promovam qualidade de vida às pessoas. Em seqüência, traz um consolidado sobre a proposta do PSE enquanto programa e suas potencialidades quanto à intersetorialidade.

A metodologia do trabalho também é descrita, envolvendo amostragem, critérios de inclusão e exclusão, coleta e análise dos dados. Os resultados são apresentados e discutidos simultaneamente, caracterizando o processo de implementação do PSE nos municípios brasileiros, em especial, no município de Goiânia, as características dos entrevistados e suas percepções acerca do programa, essas, organizadas em categorias de análise, progredindo para a formulação de discussões e considerações a respeito do andamento do PSE como política de intersetorialidade.

Como bem disse João Guimarães Rosa, “mestre não é quem sempre ensina, mas quem de repente aprende”, então, que ‘de repente’ se perceba que na construção de um sonho de mestrado, há uma construção maior de conhecimento que transcende o próprio querer da ciência, mas que reforça e desperta para tantos outros pensamentos de cidadania, educação e do próprio caminho de ser um educador.

Mais dignidade, mais diálogo, mais redes, mais educação.

Boa leitura!

A pesquisadora

1 INTRODUÇÃO

Em nenhum outro momento falou-se tanto em Promoção da Saúde (PS) como na década atual. Isso porque, promover saúde é uma estratégia complexa que implica a compreensão da relação do homem ou das populações com sua história, seus padrões de desenvolvimento, suas relações com o mundo, com seu ambiente sociocultural, com necessidades, direitos e condições de vida. (FOCESI, 1990; MOYSÉS e WATT, 2000; AERTS, 2004; MORETTI, 2010).

Apesar de durante muito tempo predominar o conceito de que saúde era simplesmente a ausência de doenças, no entanto, ao longo dos anos, uma reflexão mais aprofundada levou a considerar uma maior complexidade de fatores relacionados a um estado de saúde.

Desde a Carta de Ottawa, resultante da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em 1986, até a determinação social em saúde, o conceito de saúde passou a ser tratado de forma muito mais ampla, considerando não somente a prevenção de doenças, mas um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida, afirmando a influência de aspectos sociais, econômicos políticos e culturais sobre o estado de saúde das pessoas. (OPAS, 1986; WHO, 2009; AERTS, 2004, TUSSET, 2012).

Outras Conferências Internacionais de Promoção da Saúde, (ADELAIDE, 1988; SUNDSWALL, 1991; BOGOTÁ, 1992; JACARTA, 1997; MÉXICO, 2000, BANGKOK, 2005) assim como para as Conferências Mundiais da Saúde (1991, 1995, 1998, 2001, 2004), a III Conferência Regional Latino-Americana de Promoção da Saúde (São Paulo, 2002) também comungam que a PS deveria enfatizar o protagonismo das pessoas e a necessidade de que sejam “empoderadas”, isto é, desenvolvam a habilidade e o poder de atuar em benefício da própria qualidade de vida.

Progressivamente, entende-se que para atingir um estado de saúde, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. Com esta definição, a PS passa a não ser responsabilidade exclusiva do setor da saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global. A garantia à saúde transcende, portanto, a esfera das atividades clínico-assistenciais, suscitando a necessidade de

um novo paradigma que revele a abrangência do processo saúde-doença (BRASIL, 2002).

Segundo Green & Kreuter (1991), a PS é uma “combinação de ações planejadas do tipo educativo, político, legislativo ou organizacional em apoio aos hábitos de vida e condições favoráveis à saúde dos indivíduos, grupos ou coletividades”. Um dos eixos básicos do discurso da PS é fortalecer a ideia de autonomia dos sujeitos e dos grupos sociais.

Pressupõe assim que o setor saúde não consegue isoladamente promover saúde em seu conceito ampliado de qualidade de vida, relacionada aos determinantes sociais, e deve necessariamente articular-se aos demais setores, como: educação, trabalho, economia, justiça, meio ambiente, transporte, lazer, produção e consumo de alimentos, além do acesso aos serviços de saúde, conforme consta no Relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), que subsidiou o Capítulo Saúde da Constituição Brasileira (1988) e a legislação pertinente ao Sistema Único de Saúde (Lei Nº 8080 de 19/9/1990).

Dessa forma, a intersetorialidade tem tido cada vez mais destaque, já que ela pressupõe articulação de saberes, troca de experiências e informações no desenvolvimento de ações sinérgicas entre os diferentes atores envolvidos, em um mesmo processo coletivo de alcance de soluções de problemas complexos (JUNQUEIRA, 1997). Trata-se de criar uma nova dinâmica para o aparato governamental setorizado, com uma rede de compromisso entre instituições, organizações e pessoas que se articulam, programam e realizam ações integradas, focando-se no território e na ampliação da participação social para decisões compartilhadas (TUSSET, 2012).

Ações intersetoriais permitem a superação da fragmentação de conhecimentos e das políticas sociais, apontando uma nova forma de intervenção e participação para resolução de questões amplas e complexas. O trabalho em rede favorece que o planejamento das ações em saúde esteja mais vinculado às necessidades percebidas e pode promover a sustentabilidade dos processos de intervenção nos determinantes e condicionantes de saúde. (ROCHA *et al*, 2006; GOMES, 2012;).

A intersetorialidade deve ser entendida de forma diferente da pactuação de parcerias. Enquanto a primeira ressalta uma unicidade de objetivos entre setores, uma articulação efetiva das ações, a segunda aponta para um trabalho fragmentado

em que cada setor tem suas próprias atribuições, e que mesmo inseridos em um mesmo propósito, ainda assim há divisão de seus campos de atuação.

O esclarecimento das competências para se concretizar a intersetorialidade aponta para a complexidade do tema, e a reflexão mais aprofundada sobre seu significado leva a considerar a necessidade de ações que envolvam vários setores no sentido de criar condições de vida saudáveis (BUSS, 2000; BRASIL, 2006a).

Um exemplo de programa com iniciativa pública de intersetorialidade é o Programa Saúde na Escola (PSE). O programa foi instituído pelo Decreto Presidencial nº 6.286/2007, e surgiu como uma política intersetorial entre os Ministérios da Saúde e da Educação, na perspectiva da atenção integral (prevenção, promoção e atenção) à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino público básico, no âmbito das escolas e unidades básicas de saúde, realizadas pelas Equipes de Saúde e educação de forma integrada (BRASIL, 2007a).

O PSE em Goiânia foi implantado em 2009 (BRASIL, 2011) e seguiu o propósito de permitir novas maneiras de ampliar o acesso dos estudantes às ações e serviços de saúde e fortalecer as políticas públicas de educação e saúde.

Com essa política, esforços devem ser desenvolvidos no sentido de consolidar as iniciativas existentes, apoiar novas experiências e implementar estratégias para facilitar o intercâmbio entre as escolas e divulgar o que vem se desenvolvendo, uma vez que o trabalho realizado é mais um espaço além do setor saúde para promover saúde, desenvolver estilos de vida saudáveis e orientar sobre condutas de risco para a saúde (BRASIL, 2009a).

Considerando que o PSE é uma política com inúmeros propósitos para a melhoria da saúde e educação de jovens brasileiros, ainda faltam trabalhos que mostrem efetivamente a sua situação deste programa nos municípios do território nacional.

Apesar dos propósitos definidos por essa política, ainda há a necessidade de se refletir se as ações e práticas do PSE propiciam o desenvolvimento de ações intersetoriais verdadeiras e se estas estão de acordo com o conceito ampliado de PS ou se estão fortalecidas ainda pela presença marcante do modelo de atenção biomédica, voltado para o assistencialismo e foco em doenças. Há dúvidas se as ações podem ser ditas de PS ou meramente preventivistas ou educacionais.

O presente estudo foi proposto ao considerar as problemáticas e as limitações apresentadas para a aplicabilidade da intersectorialidade e da PS em seu verdadeiro conceito no âmbito das políticas públicas, neste caso, como exemplo, o PSE. Com esse intuito, realizou-se uma pesquisa exploratória, com base no conceito de intersectorialidade e PS, utilizando como cenário o PSE, analisando as percepções dos atores envolvidos com o programa e responsáveis pela aplicabilidade do mesmo.

É importante pesquisar o potencial do PSE como instrumento de promover a intersectorialidade por este ser um dos pilares da PS e por este programa se constituir como um exemplo de importante estratégia da promoção da melhoria da qualidade de vida da população.

Ainda, esta pesquisa é relevante por trazer percepções quanto ao desenvolvimento atual de uma política pública intersectorial, vislumbrando-se qualquer outra política de mesmo caráter, além, é claro, de traçar possibilidades de desenvolvimento de ações e propostas para a continuidade e futuro de programas voltados à saúde do escolar.

Assim, o objetivo traçado é de analisar o potencial do PSE como um instrumento de indução de ações intersectoriais no contexto da PS.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Esta pesquisa se desenvolve sob a perspectiva da intersectorialidade no âmbito da PS. Dessa forma, o referencial aborda o conceito da PS, incluindo seu paradigma com a prevenção, educação e assistencialismo em saúde, buscando fundamentar a justificativa e discussão sobre a intersectorialidade como necessidade para se atingir padrões melhores de qualidade de vida. Posteriormente, por meio da síntese de trabalhos e publicações, há um resgate sobre o PSE, programa governamental que propõe a intersectorialidade como ferramenta para o êxito de ações de PS junto a escolares da rede pública de ensino.

2.1 A PROMOÇÃO DA SAÚDE

Há muito tempo tem se procurado definir com maior clareza a PS, mas um conceito único ainda não foi atingido. Isso não significa que as definições sejam insatisfatórias por completo, mas ao longo dos anos, tem se tido o cuidado de se descrever a essência da PS como um campo de estudo e prática (SPROD, ANDERSON, TREASURE, 1996; MCQUEEN & JONES, 2007).

Os moldes de atenção caracterizados pelo curativismo e biomedicismo começaram a ser criticados internacionalmente a partir da década de 1960 (FERREIRA & BUSS, 2002), quando iniciaram questionamentos sobre o paradigma flexeneriano e a nova perspectiva sobre qualidade de vida e aspectos em saúde (RABELLO, 2010; TUSSET, 2012).

As experiências positivas de melhora nas condições de vida das populações orientais, com investimento no 'estilo de vida', impulsionaram a elaboração internacional da proposta de atenção primária em saúde (FERREIRA & BUSS, 2002; TUSSET, 2012), assim como a tentativa de se reduzirem custos de assistência em países como Canadá culminou em uma nova forma de se pensar a construção de saúde de uma população. Essa preocupação canadense resultou na divulgação do Relatório Lalonde (LALONDE, 1974), que trazia com maior relevância aspectos de PS e criticava o modelo curativista e de assistência até então estimulados como atenção à saúde. Além dos serviços, o relatório trouxe também uma reflexão sobre o

estilo de vida como diretamente relacionado ao estado de saúde das pessoas (LALONDE, 1974).

A nova forma de se pensar saúde foi fortalecida pela Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde, em 1978, com a Declaração de Alma Ata, que além de salientar serviços, estilo de vida e meio ambiente como importantes formas de atenção em saúde, trouxe a afirmação de saúde como “direito humano”, e a sua construção transcendia o individualismo e necessitava de ações coletivas para a concretização de qualidade de vida (TUSSET, 2012).

Mais tarde, em 1986, com a 1ª Conferência Internacional de PS e a publicação da Carta de Ottawa, amplia-se o significado de promoção considerando a influência de aspectos sociais, econômicos, políticos e culturais sobre as condições de vida e de saúde das pessoas (OPAS, 1986; AERTS, 2004).

A Carta de Ottawa propôs cinco campos de ação para a PS: ambientes saudáveis que estimulassem hábitos que conduzissem ao bem-estar; políticas públicas saudáveis; fortalecimento da participação da comunidade a respeito de suas condições de saúde; estímulo às habilidades pessoais e de conhecimento sobre qualidade de vida e busca por saúde e reorientação dos serviços de saúde com ênfase na prevenção e proteção de agravos.

A saúde, nesse momento, não era simplesmente a ausência de doenças, mas compreendida como busca de qualidade de vida, necessitando ser enfrentada por meio de ações intersetoriais, interligando competências diversas além do próprio setor saúde, este, incapaz isoladamente de promover o bem-estar das pessoas.

A partir da 1ª Conferência de Ottawa, vários outros encontros e conferências aprofundaram no desafio da PS, como a 2ª Conferência de Adelaide, Austrália, em 1988 (DECLARAÇÃO DE ADELAIDE, 1988) que ressaltou propostas de ações voltadas a campos específicos (saúde da mulher, questões nutricionais, tabagismo e outras); a 3ª Conferência Internacional de PS, Suécia, em 1991 (DECLARAÇÃO DE SUNDSVALL, 1991) ressaltando a equidade em saúde; a 4ª Conferência de Jacarta (DECLARAÇÃO DE JACARTA, 1997) abrindo uma ampla discussão sobre os determinantes sociais como influenciadores no processo de saúde; a 5ª Conferência Internacional de PS, México (DECLARAÇÃO DO MÉXICO, 2000), que trouxe como tema relevante a intersetorialidade como fundamental nas questões da PS; em 2005, a 6ª Conferência Internacional de PS de Bangkok (WHO, 2005) evidenciou a

mudança no perfil epidemiológico das doenças diante à globalização e a necessidade de fortalecer as políticas públicas benéficas à saúde; e a 7ª Conferência, em Nairóbi, África, 2009 (WHO, 2009), que salientou novamente a necessidade de investimento em conhecimento em saúde e a relevância da intersetorialidade como peça-chave para o desenvolvimento das ações no âmbito da PS.

Todas essas conferências repercutiram e influenciaram a forma de se pensar saúde e a PS em todo o mundo. As conferências regionais, da América Latina (OPAS, 1992) e Caribe (OPAS, 1993) seguiram igual tendência de desfocar a doença e ressaltar o direito, os ambientes, as políticas públicas, os determinantes sociais e principalmente, ações intersetoriais como preponderantes no processo de capacitação coletiva em prol de um estado de saúde.

No Brasil, também com vistas sobre a impossibilidade de o setor sanitário responder sozinho à transformação dos determinantes e condicionantes em saúde, desenvolveu-se o processo de criação do Sistema Único de Saúde - SUS, em 1988, e o conceito ampliado de saúde e da PS foram resgatados, assim como a necessidade de se criar políticas públicas para promovê-la, o imperativo da participação social na construção do sistema e das políticas de saúde e a necessidade de parceria com outros setores para garantir melhorias de qualidade de vida para as pessoas (BRASIL, 2006 a; TUSSET, 2012).

Dessa forma, pode-se dizer que a PS passou a ser vista como uma estratégia mediadora entre pessoas e ambientes, de forma a estreitar a relação da coletividade e seus determinantes sociais, como cultura, educação, lazer, hábitos de vida, emprego, renda e outros (AERTS, 2004). É preciso promover meios que possibilitem a redução de vulnerabilidades e desenvolvam competências individuais e coletivas para se promover saúde.

Como a lógica da PS é ampla, por vezes, é confundida com outros conceitos também pertinentes na busca pela saúde, como a prevenção de doenças e educação em saúde.

A prevenção diz respeito às ações que objetivam evitar um dano ou um agravo específico. É uma ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural da doença (LEAVELL & CLARCK, 1976). Ações preventivas são também consideradas de grande importância para a PS, porém não bastam quando se pensa que cada

indivíduo ou grupo populacional deve se capacitar e desenvolver as condições para conduzir a sua vida com autonomia e atingir seu pleno potencial.

Da mesma forma, a educação em saúde quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde (CANDEIAS, 1997). Confusões entre os termos educação em saúde e PS têm provocado desentendimentos e afetado a qualidade de discussões técnicas que dizem respeito a intervenções sociais na área de saúde pública. As ações da PS não podem prescindir das ações educativas. No entanto, ações educativas executadas isoladamente com o único propósito de atender uma especificidade de um campo da saúde não configuram PS.

O progresso no entendimento da PS ao longo dos anos tem enfatizado que o setor saúde isoladamente não é eficaz na construção de saúde das populações, no entanto, é preciso ainda sensibilizar os setores diversos e as políticas públicas para que haja a contribuição de todos como estratégia de alcance de qualidade de vida.

Embora essa linha de pensamento seja cada vez mais urgente, o campo das políticas sociais tem sido representado como um conjunto de “setores” independentes ou ainda, comunicantes entre si (PAIM & ALMEIDA-FILHO, 1998). Para que não ocorra uma comunicação simplificada, mas sim uma articulação verdadeira em prol da PS, costuma-se evidenciar a necessidade da estratégia de intersetorialidade.

2.2 A INTERSETORIALIDADE

A abordagem da intersetorialidade como uma necessidade de políticas públicas de saúde no Brasil requer entendê-la historicamente, já que está entremeada a processos históricos inscritos no cenário nacional e internacional.

A discussão de intersetorialidade em saúde esteve relacionada ao surgimento da Reforma Médica Alemã que receberia a denominação de “Medicina Social” (ABREU, 2009). Durante o processo de urbanização brutal provocado pela revolução industrial, intelectuais e lideranças européias passaram a buscar soluções para a situação de saúde/doença da população. A partir disso, passaram a cobrar do Estado ações que necessitavam do envolvimento de mais de um setor com o

objetivo de proteger e promover a saúde para a produção e desenvolvimento social. (ANDRADE, 2006; ABREU, 2009).

Esse período (século XIX) foi marcado por importantes disputas no campo da saúde em torno de modelos explicativos sobre o processo de adoecimento da população e quais seriam as formas de intervenção nesse processo. E é nesse contexto de produção e exploração da força de trabalho que surge a discussão acerca de políticas públicas sociais e da intersetorialidade visando à concepção de saúde, naquela época, vista de forma biologicista, esta incapaz de alcançar resultados significativos e de manter a população saudável, até mesmo para corresponder aos anseios de produtividade da época.

A discussão sobre a intersetorialidade é fortalecida a partir da conferência de Alma –Ata. (ABREU, 2009). A conferência enfatizou a saúde como bem estar-físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doenças. Esse pensamento critica a perspectiva biomédica e enfatiza os cuidados primários em saúde, estes, impossíveis de serem atingidos pelo setor saúde exclusivamente.

A partir de então, é propagada a necessidade da ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde, visando à redução das lacunas existentes para a PS propriamente dita. A tendência de desenvolvimento da intersetorialidade caminha junto com as discussões sobre a PS, pois se entende que não há como promover saúde se não há a articulação de todos os setores sociais para esse fim. A PS demanda uma ação coordenada entre todas as partes envolvidas: governo, setor saúde e outros setores sociais e econômicos, organizações, autoridades, indústria e mídia (ABREU, 2009).

No Brasil, essa discussão ganhou impulso principalmente com a promulgação da Constituição Federal de 1988, estabelecendo arcabouço jurídico institucional que outorgou legitimidade a reivindicações clamadas por movimentos sociais (ABREU, 2009). Isso porque, na história brasileira, a população atingira considerável grau de desenvolvimento de produção, mas que não conseguia satisfazer as demandas mínimas das condições saudáveis de forma igualitária.

Ainda, sob influência do modelo médico-hegemônico, a assistência baseava-se na cultura de hospitais, tratamento e reabilitação.

Em decorrência do esgotamento econômico e da crise política instaurada pelo regime político imposto, percebe-se ao final da década de 70, uma agitação política

que objetivava à redemocratização e o alcance universal de melhorias de condições de vida. Durante a 7ª Conferência Nacional de Saúde, com influência da Conferência de Alma-Ata, há a disseminação dos cuidados primários de saúde e a discussão sobre a necessidade de políticas intersectoriais (ABREU, 2009).

Autores como Andrade (2006) defendem que apesar da intersectorialidade não estar específica na redação da Constituição de 1988, encontra-se pressuposta no artigo 196 em decorrência deste mencionar que a saúde só poderá ser garantida mediante à articulação de políticas sociais e econômicas desenvolvidas a partir do Estado.

Dessa forma, deve haver o investimento em políticas públicas saudáveis que envolvam práticas intersectoriais entre agricultura, comércio, educação, indústria e comunicação (ANDRADE, 2006). As condições intersectoriais direcionam ao enfrentamento da pobreza, migrações, aumento populacional e degradação ambiental.

. Compreende-se a intersectorialidade como uma articulação das possibilidades dos distintos setores de pensar a questão complexa da saúde, de co-responsabilizar-se pela garantia da saúde como direito humano e de cidadania e de mobilizar-se na formulação de intervenções que a propiciem (GOMES, 2012) Para a PNPS, o processo de construção de ações intersectoriais implica a troca e a construção coletiva de saberes, linguagens e práticas entre os diversos setores envolvidos na tentativa de equacionar determinada questão sanitária, de modo que nele torna-se possível produzir soluções inovadoras quanto à melhoria da qualidade de vida. Tal processo propicia a cada setor a ampliação de sua capacidade de analisar e de transformar seu modo de operar a partir do convívio com a perspectiva dos outros setores, abrindo caminho para que os esforços de todos sejam mais efetivos e eficazes. O compromisso na articulação intersectorial é tornar cada vez mais visível que o processo saúde-adoecimento é efeito de múltiplos aspectos, sendo pertinente a todos os setores da sociedade e devendo compor suas agendas. (BRASIL, 2006 a; BRASIL, 2006b; GOMES, 2012).

Intersectorialidade visa a ampliação do comprometimento e da corresponsabilidade entre trabalhadores da saúde, usuários e território em que se localizam altera os modos de atenção e de gestão dos serviços de saúde, uma vez que a produção de saúde torna-se indissociável da produção de subjetividades mais

ativas, críticas, envolvidas e solidárias e, simultaneamente, exige a mobilização de recursos políticos, humanos e financeiros que extrapolam o âmbito da saúde. (BRASIL, 2007b; GOMES, 2012).

Andrade (2006) considera a intersetorialidade um dilema da política de saúde brasileira porque ao mesmo tempo em que ela reconhece ter a saúde como fatores condicionantes e determinantes à moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação e outros, atribui a uma política intersetorial o papel de divulgar e concretizar essas ações, mesmo com todas as diferenças e atores distintos entre os setores aos quais são exigidos articulação intersetorial.

2.3 A ESCOLA COMO ESPAÇO PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE

A escola tem apresentado, ao longo do tempo, diversas significações no que diz respeito à sua função social, missão e organização, de modo que, atualmente, apresenta-se como um espaço social no qual são desenvolvidos processos de ensino/aprendizagem que articulam ações de natureza diversa, envolvendo seu território e seu entorno.

Desde a Carta de Ottawa, em 1986, (OPAS, 1986) salienta-se o ambiente escolar como propício ao desenvolvimento de práticas de empoderamento, redução de vulnerabilidades, educação em saúde, prevenção, proteção e logicamente de PS. Isso porque a escola reúne crianças e jovens em faixas etárias propícias à adoção de medidas educativas, preventivas (VASCONCELOS, 2001), à capacidade crescente de reflexão sobre seus determinantes, à importância de serem agentes multiplicadores em seus contextos para a mudança de hábitos, à capacidade de empoderamento e busca por qualidade de vida.

Atualmente a ideia de “educar” para uma “vida saudável” se ampliou bastante, pois se acredita que as condições necessárias para que sujeitos e comunidades sejam mais saudáveis não dependem unicamente do indivíduo receber informações sobre cuidados com o corpo e ter acesso a tratamento médico e odontológico, mas que é necessário desenvolver o pensamento crítico e político, na medida em que contribua para a construção de valores pessoais, conceitos e maneiras de conhecer

o mundo, o que interfere diretamente na produção social da saúde (BRASIL, 2009a; TUSSET, 2012, GOMES, 2012).

A concepção de educação e saúde sempre teve destaque nas políticas públicas por serem amplamente reconhecidas como necessidades básicas e universais do ser humano. A escola é espaço de grande relevância para a promoção da saúde, principalmente quando esta questão se insere na constituição do conhecimento do cidadão crítico, estimulando-o à autonomia, ao exercício de direitos e deveres, às habilidades com opção por atitudes mais saudáveis e ao controle das suas condições de sua saúde e qualidade de vida (BRASIL, 2006 a; BRASIL 2007b, CRYNO E PEREIRA, 1999).

As instituições escolares têm apresentado, ao longo do tempo, diversas significações no que diz respeito à sua função social, missão e organização, de modo que, atualmente, apresentam-se como um espaço social no qual são desenvolvidos processos de ensino/aprendizagem que articulam ações de natureza diversa, envolvendo seu território e seu entorno. (TUSSET, 2012)

Como documentam as publicações existentes, algumas estratégias têm sido utilizadas para que os países possam avançar e reforçar suas propostas de desenvolvimento de ações de saúde, no aspecto da atenção integral à saúde da comunidade escolar (BRASIL, 2007b). A realização de reuniões, seminários e conferências, entre outros eventos, tem paulatinamente congregado indivíduos, comunidades e profissionais das áreas de políticas sociais, sobretudo da educação e da saúde, com o objetivo de incentivar a formação de redes de pessoas comprometidas com a melhoria da qualidade de vida do indivíduo e da comunidade, de modo a fortalecer a luta pela garantia de direitos humanos, equidade, justiça e paz na América Latina e países de todo o mundo. (BRASIL 2005, BRASIL 2006 a, TUSSET 2012).

Desde meados da década de 1950, o governo brasileiro tem desenvolvido diversas iniciativas nas escolas numa perspectiva de melhorar a saúde dos estudantes, com foco nos cuidados de higiene e primeiros socorros, bem como a garantia de assistência médica e odontológica (SALERA JÚNIOR, 2011).

Nessa visão, a escola passou a tratar a “saúde” como um tema transversal e multidisciplinar, de modo que a abordagem dessa questão se tornou parte

obrigatória de todas as disciplinas e projetos educacionais (BUSS, 1999; SALERA JÚNIOR, 2011).

Nesse contexto, foi a partir da valorização da escola como núcleo de convivência de crianças e adolescentes, capaz de promover a articulação com seus familiares e a comunidade, que surgiu a iniciativa de Escolas Promotoras de Saúde (ou Escola Saudável). A iniciativa baseava-se na importância da escola como espaço de fundamental relevância para a promoção da saúde, principalmente quando esta questão se insere na constituição do conhecimento do cidadão crítico, estimulando-o à autonomia, ao exercício de cidadania, às habilidades com opção por atitudes mais saudáveis e ao controle das suas condições de sua saúde e qualidade de vida (BRASIL, 2007 b).

Do ponto de vista da educação, em âmbito internacional, o Fórum Mundial de Educação, em 2000, na cidade de Dakar/Senegal, estabelece, em suas principais metas e estratégias, a garantia a todos os indivíduos o direito à educação, para que possam atingir a responsabilidade de contribuir para o desenvolvimento da sociedade em que vivem (BRASIL, 2007 b).

Nos dias de hoje, está, portanto, estabelecida e oficializada, mediante essa determinação oficial, a interseção da educação com vários outros saberes e ciências, em especial com a área de Saúde.

Tudo indica que essa parceria venha a se solidificar e estruturar, levando-se em conta os limites e as inúmeras possibilidades de atuação parceira, de forma dinâmica e perene, não eventual nem espasmódica (BRASIL, 2007 b). Este parece ser um rico desafio para os profissionais da saúde e da educação, seus interlocutores, usuários, gestores e formuladores de políticas sociais, além dos movimentos sociais, suas representações populares, acadêmicas e de serviços, públicas e privadas.

Ao rever a articulação entre os setores da Educação e Saúde, ressalta-se o processo de humanização dos serviços de atenção à saúde como importante contribuição para o fortalecimento da promoção da saúde. Esse processo facilita uma melhor inter-relação entre profissionais de saúde e usuários, como também entre as unidades de saúde e outros setores da sociedade, como as escolas e a comunidade.

2.3.1 O PSE

O Programa Saúde na Escola (PSE), foi instituído por Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, e resulta do trabalho integrado entre o Ministério da Saúde e o Ministério de Educação, na perspectiva de ampliar as ações específicas de saúde aos alunos da rede pública de ensino: Educação Infantil, Ensino Fundamental, Ensino Médio, Rede Federal de Educação Profissional e Tecnológica, Educação de Jovens e adultos (EJA).

As estratégias do PSE possuem uma abordagem amplificada sobre a saúde das crianças, jovens e comunidade educadora, com propostas de atividades em três eixos: vigilância, promoção e proteção da saúde, e o desenvolvimento de conhecimentos, capacidades e competências em saúde. Ainda, segundo o Ministério da Saúde – MS (2007), o PSE tem como objetivo principal contribuir para a formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino.

No âmbito do SUS, considera-se a Estratégia Saúde da Família - ESF² como estratégia essencial para a consolidação desse objetivo, pois uma vez que, tem o papel de investir em ações coletivas e reconstruir práticas de saúde a partir da interdisciplinaridade e da gestão intersetorial, em um dado território.

No PSE, a criação dos territórios locais é elaborada a partir das estratégias firmadas entre a escola, a partir de seu projeto político-pedagógico e a Unidade de Atenção Básica de Saúde - UABS. O planejamento destas ações do PSE considera: o contexto escolar e social, o diagnóstico local em saúde do escolar e a capacidade operativa em saúde do escolar.

O Decreto Nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007 afirma cinco componentes para o PSE:

a) Avaliação das condições de saúde das crianças, adolescentes e jovens que estão na escola pública;

²Estratégia Saúde da Família surgiu em 1994 como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade.

- 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.

Algumas considerações foram feitas sobre alguns componentes. A exemplo, as ações de prevenção do componente 2 compreendem ações do Programa Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE), portanto há um movimento de unificação entre os grupos gestores do PSE e SPE para o fortalecimento das ações comuns, sendo uma alteração em construção para gestores e profissionais do nível local. A segunda consideração refere-se ao envolvimento de escolares na capacitação, ou seja, é a preparação de jovens protagonistas para que estejam aptos a agir em defesa dos seus direitos de saúde (BRASIL, 2011). A última consideração é sobre o monitoramento do PSE, realizado por meio do Sistema Integrado de Planejamento, Orçamento e Finanças do Ministério de Educação e Cultura (SIMEC), que constitui uma ferramenta de gestão do programa e um mecanismo para verificar o cumprimento de metas, para posterior repasse financeiro, via ESF, que deve ser empenhado intersetorialmente para efetivar as ações do PSE (BRASIL, 2011; TUSSET, 2012).

Considerando essas iniciativas, especial atenção tem sido disposta na área da pedagogia à formação integral, pois quando se fala em educação integral fala-se na formação integral do indivíduo. Logo, favorecer a formação integral através do PSE atenderia um dos fatores críticos para a educação integral, a intersetorialidade dos processos educacionais.

Os profissionais envolvidos com o programa precisam estar cientes de que no espaço escolar não devem ser realizadas consultas médicas para a medicalização e diagnósticos de problemas de ensino-aprendizagem, no entanto, as triagens são permitidas e devem acontecer no local (BRASIL, 2011).

Ainda, é esperado que o Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI) em todos os níveis, auxilie a formação de parcerias, de redes e a inclusão de representantes de órgãos, entidades ou pessoas do setor público e privado na implementação do PSE. Da mesma forma, espera-se que toda a comunidade escolar, envolvendo

professores, diretores, estudantes, secretários, assistentes administrativos, trabalhadores da merenda, da limpeza e outros estejam ativos nas ações do programa. Similar a participação das equipes da ESF, com todos os seus membros, médicos, dentistas, enfermeiros, técnicos e agentes comunitários de saúde participantes das atividades do PSE. De forma enfática, a teoria do programa ainda fala sobre a participação e empoderamento das famílias e de toda a comunidade envolvida com a escola e com a UABSF.

O sistema de ensino do Brasil tem mais de sete milhões de crianças matriculadas na educação infantil. No ensino fundamental ultrapassam a casa dos 33 milhões. Já no ensino médio, são atendidos mais de 8 milhões de adolescentes e jovens, enquanto a educação profissional beneficia cerca de 750 mil jovens e adultos. Além disso, mais 5,6 milhões de cidadãos são atendidos na EJA. Esses dados demonstram que a rede pública de ensino é responsável pelo atendimento, na educação básica, por 26% da população brasileira (BRASIL, 2009a)

O PSE está sendo implantado por meio da adesão dos municípios que tiverem implantado equipes de ESF, conforme as normas preconizadas pela Política Nacional de Atenção Básica - PNAB, articulados com os estados e Distrito Federal (BRASIL, 2009b). O sucesso desse programa se funda justamente no compromisso e na pactuação entre os entes federados e na articulação, em todas as esferas, dos setores saúde e educação.

O Projeto Municipal do PSE – PM – PSE é um dos requisitos do processo de adesão, como “leitura técnica” da situação municipal, elaborada para iniciar o processo de construção coletiva para a ação, visando a implementação do PSE. O documento é desenvolvido a partir da articulação de informações de diversas fontes, acessíveis nas bases de dados dos órgãos federais, estaduais e municipais. O projeto deve identificar as prioridades e aspectos que precisam ser redimensionados e/ou qualificados no âmbito das ações de educação e saúde no território municipal, como: 1) O diagnóstico situacional com as questões referentes a determinantes sociais, cenário epidemiológico e modalidades de ensino das escolas vinculadas às equipes da ESF e que atuarão no PSE; 2) O mapeamento da rede SUS de atenção básica/Saúde da Família e das redes de ensino - estadual e municipal, criando espaços comuns, os territórios de responsabilidade; 3) As atribuições das equipes da ESF e das escolas em cada um dos territórios de responsabilidade, quantificando

o número de escolas, de estudantes de cada estabelecimento e as questões prioritárias do perfil desses alunos. Definição dos responsáveis das áreas da saúde e da educação pelo projeto dentro de cada território; 4) A identificação das instituições de ensino atendidas pelo PSE. Definição do professor responsável pela articulação das ações de prevenção e PS na escola (BRASIL, 2009 a; BRASIL 2009b).

A partir da adesão do município ao programa, as responsabilidades intersetoriais do PSE serão estabelecidas a partir de assinatura do 'Termo de Compromisso' entre as Secretarias Municipais de Saúde e de Educação – SMS e SME, com metas pactuadas de implantação/implementação das ações e a transferência dos recursos vinculada ao alcance das metas que serão monitoradas por meio do Sistema Integrado de Monitoramento Execução e Controle (SIMEC).

Com relação ao crescimento do PSE, os dados indicam que anualmente o número de municípios beneficiados aumenta, assim como das equipes de saúde da ESF e das escolas participantes. A expansão do programa é uma das metas do Plano Nacional de Saúde para os anos 2012 a 2015, que visa promover a sua universalização, ou seja, a adesão de todos os municípios (5.556 mil), para garantir e qualificar o acesso aos serviços de saúde.

O PSE em Goiânia foi implantado desde 2009, com adesão de 49 escolas da rede pública e vem permitindo experimentar novas maneiras de ampliar o acesso dos estudantes as ações e serviços de saúde e encaminhar as políticas públicas de educação e saúde. (BRASIL, 2010).

Entretanto, mudanças significativas ocorreram nos sistemas de saúde e de educação: novas estratégias, novas formas de gestão, novas equipes da ESF e novas escolas participantes. Assim, impõem-se novas formas de operacionalizar a saúde escolar e de avaliar o seu impacto em todo o Brasil e particularmente no município de Goiânia. Considerando que o PSE ainda é uma política recente, mas com inúmeros propósitos para a melhoria da saúde e educação de jovens brasileiros, ainda faltam trabalhos que mostrem efetivamente a sua situação nos municípios do território nacional.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar o potencial do PSE como instrumento de indução de ações intersetoriais no contexto da PS.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o processo de implantação do PSE em um município de grande porte;
- Identificar se as temáticas desenvolvidas nos projetos do PSE caracterizam ações intersetoriais;
- Identificar os impactos das ações intersetoriais desenvolvidas pelo programa junto à comunidade escolar;
- Identificar os fatores facilitadores e dificultadores para a realização de ações intersetoriais na percepção dos entrevistados;
- Analisar a percepção sobre a potencialidade do PSE em induzir ações intersetoriais no âmbito das experiências vivenciadas;
- Conhecer as perspectivas futuras dos participantes para com o programa na perspectiva da PS;

4 METODOLOGIA

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

A proposta deste estudo é de analisar o potencial do PSE como instrumento de intersectorialidade no contexto da PS em um município de grande porte, caracterizando uma pesquisa exploratória. Para Gil, esse tipo de pesquisa envolve fazer um levantamento bibliográfico e/ou entrevistas com pessoas que tiveram (ou têm) experiências práticas com a temática pesquisada e posterior análise de exemplos que estimulem a compreensão. Assim, este tipo de estudo proporciona maior conhecimento para o pesquisador acerca do assunto, a fim de que esse possa formular perguntas mais precisas ou criar hipóteses que possam ser pesquisadas por estudos posteriores (GIL, 1999).

Consoante à proposta, optou-se por trabalhar com a metodologia qualitativa, uma vez que através dela é possível alcançar a subjetividade dos indivíduos, isto é, desvendar suas percepções.

De acordo com Nogueira-Martins e Bógus (2004, p.48), a abordagem qualitativa refere-se a “estudos de significados, significações, representações psíquicas, representações sociais, simbolizações, simbolismos, percepções, pontos de vista, perspectivas, vivências, experiências de vida, analogias”. Diferentemente da pesquisa quantitativa, a qualitativa busca uma compreensão particular daquilo que estuda; não se preocupa com generalizações populacionais, princípios e leis. O foco de sua atenção é centralizado no específico, no peculiar, buscando mais a compreensão dos fenômenos estudados, uma forma não perceptível e não exitosa em equações, médias e estatísticas.

4.2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO-METODOLÓGICA

A pesquisa teórica que fundamentou o presente estudo constituiu-se por periódicos e documentação governamental. Os primeiros foram selecionados a partir das bases de dados: BIREME (Biblioteca Regional de Medicina), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), MEDLINE (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*), PUBMED (*Publisher Medline*), SCIELO

(*Scientific Electronic Library Online*) e Google Acadêmico. Utilizaram-se os seguintes descritores e expressões: **escolares, saúde do escolar, escolas promotoras de saúde, Programa Saúde na Escola, PSE, Promoção da Saúde, intersectorialidade, ações intersectoriais.**

Além disso, foi utilizada uma apresentação em Power Point com relatos e dados sobre o PSE, realizada na Faculdade de Enfermagem da UFG por um representante do MS (BRASIL, 2011).

4.3 TRABALHO DE CAMPO

O estudo foi realizado junto às escolas da SME e ESF das UABSF da SMS de Goiânia – GO durante o ano de 2013.

A partir dos dados fornecidos pela SME sobre os equipamentos escolares que aderiram ao PSE há mais de um ano, assim como a sua localização, contatos e equipes de saúde responsáveis, mapeou-se aleatoriamente escolas distribuídas no município.

Após contato com direção e/ou coordenação, cada escola indicou um representante educador e estudante, ambos relacionados ao PSE, para entrevista semiestruturada. Dessa forma, a pesquisadora procurou a equipe da ESF correspondente à mesma escola para também responder às questões vinculadas ao programa.

4.4 PARTICIPANTES

Para os dados sobre a implantação do PSE no município de Goiânia, 01 representante do Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal – GTI do PSE foi incluído. Para os dados sobre o nível local do PSE na percepção dos entrevistados, foi considerado como universo desta pesquisa todas as equipes da ESF e escolas que estão vinculadas ao PSE há pelo menos 01 (um) ano, com total de 83 escolas pactuadas e 155 equipes da ESF vinculadas (GOIÂNIA, 2013).

Para as análises referentes aos dados coletados por intermédio do roteiro de entrevista semi estruturado, a representação do público-alvo foi do tipo de “conveniência”, buscando escolher representantes de diferentes distritos sanitários

da cidade. Assim, foram escolhidas 10 (dez) escolas que aderiram ao PSE em Goiânia, participando do estudo 10 profissionais representantes da educação (sendo um representante de cada instituição escolar) com suas correspondentes 10 equipes da ESF (um membro representativo de cada equipe). Da mesma forma, um representante estudantil de uma turma beneficiada com o programa também compõe a representação.

Nas escolas, só foi possível entrevistar 08 educadores em função da greve ocorrida no setor educação e do início do período de férias escolares, porém não houve prejuízo para a qualidade das entrevistas, uma vez que se observou um esgotamento no conteúdo das respostas. Por essa razão, também foi uma equipe da ESF por corresponder à escola que não teria representação nesta pesquisa, no entanto, foi mantida a entrevista de uma cirurgiã-dentista da ESF que já havia sido realizada e analisada.

Assim, as 28 pessoas entrevistadas são distribuídas:

- Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal do PSE:
01 representante
- Instituições Escolares (10 aderidas ao PSE)
08 educadores (01 educador de cada instituição)
10 estudantes representantes das turmas beneficiadas com o programa (01 estudante de cada instituição escolar)
- Equipe ESF
09 profissionais ou trabalhadores envolvidos com o PSE (01 representante de cada equipe ESF)

4.4.1 Critérios de Inclusão

Os participantes foram incluídos se atenderam durante a pesquisa aos seguintes critérios:

- Membro do GTI e coordenador com experiência de no mínimo 6 (seis) meses com o PSE;
- Educadores envolvidos com as responsabilidades do PSE em sua escola há pelo menos 01 (um) ano;
- Trabalhadores atuando na ESF há pelo menos 01 (um) ano no PSE;
- Estudantes beneficiados com o PSE há pelo menos 06 (seis) meses;

Além disso, foi preciso que concordassem em participar da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido -TCLE assinado pelo pesquisado ou responsável no caso dos estudantes menores de idade.

4.4.2 Critérios de Exclusão

Foram excluídos da pesquisa os sujeitos que:

- a) Não atenderam aos critérios acima descritos;
- b) Não concordaram em participar da pesquisa por meio da assinatura do TCLE.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Antes das entrevistas, foi realizado contato com as SMS e SME para entrega da carta-apresentação e pedido de anuência com a pesquisa. Este projeto foi inicialmente encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa Humana da Universidade Federal de Goiás – UFG, conforme orienta a Resolução 466/2012 do MS e foi aprovado em de julho de 2013

4.6 COLETA DE DADOS

O presente estudo caracteriza-se como pesquisa de tipo exploratória e descritiva.

O estudo exploratório tem a característica de proporcionar maior familiaridade com o tema, com o objetivo de torná-lo mais conhecido ou formular hipóteses (GIL, 2002).

A pesquisa da implantação do PSE em Goiânia poderia responder a dois tipos de delineamento de estudo: o bibliográfico - busca em fontes teóricas, exploráveis; e o documental - documentos ainda não explorados e entrevistas com pessoas-chave (GIL, 2002). Sendo assim, optou-se por unir os dois tipos de fontes, buscando bases teóricas (portarias e decretos) que diziam a respeito do processo de da implantação do PSE nos municípios brasileiros e comparar com a da implantação do programa no município de Goiânia, com testemunho de um dos integrantes do grupo gestor municipal presente nesta fase e aqueles que trabalham junto aos equipamentos sociais vinculados ao PSE.

Sobre a prática do PSE, optou-se por realizar entrevistas com participantes do programa. O instrumento de coleta de dados dessa fase foi um roteiro de entrevista elaborado para a pesquisa. Este roteiro foi pré-testado em uma parcela representativa da amostra antes de ser aplicado em definitivo. Após o pré-teste, algumas adaptações de forma foram feitas para adequar à linguagem dos pesquisados, porém, sem alteração de conteúdo.

A pesquisadora criou um diário de campo para anotações das observações individuais e subjetivas. Essas informações são muito importantes para detalhar os resultados e responder à pergunta central deste estudo “Qual a potencialidade do PSE como instrumento indutor de ações intersetoriais”. Os relatos dizem respeito ao interesse de cada entrevistado em responder às perguntas, seu nível de envolvimento com o programa e com seu trabalho, seus elogios e queixas, sua postura crítica e de propor soluções para os fatores dificultadores encontrados em sua prática de trabalho.

Com a listagem das escolas e UABSF, a pesquisadora responsável mapeou o acesso a todas elas, entrando em contato com responsáveis para o esclarecimento de possíveis nomes para as entrevistas. Dessa forma, cada escola e cada unidade

já entrevistada propuseram um horário para ser concedido o momento da entrevista, variando entre os turnos matutino e vespertino, registrando em diário de campo.

Identificados os equipamentos sociais participantes, verificou-se a obediência aos critérios de inclusão e exclusão ao estudo.

A pesquisadora apresentava-se e esclarecia quanto ao objetivo do estudo, aos riscos e benefícios deste, à garantia do sigilo e a afirmação de que não haveria penalidade em caso de recusa à participação na pesquisa. Como benefício, esclareceu que o participante estaria contribuindo para repensar a atuação das equipes envolvidas com o PSE e subsidiaria a gestão municipal no planejamento e execução de suas ações. Salientava-se a voluntariedade ao responder, não havendo riscos de repreensões pelo chefe, superior imediato e/ou colegas de equipe.

Além disso, mostrou-se que a qualquer momento da pesquisa, o sujeito teria o direito de retirar o TCLE, sem qualquer prejuízo para si.

O TCLE foi assinado antes do momento da entrevista pela pesquisadora e pelo entrevistado; uma cópia ficou com a pesquisadora e a outra com o participante da pesquisa.

As entrevistas foram feitas pela pesquisadora que utilizou o roteiro de entrevista gravado em meio digital e posteriormente transcritas para análise. Aqueles que não permitiram a gravação tiveram sua vontade respeitada, sendo transcritas as falas no momento da entrevista. As transcrições e gravações serão mantidas sob guarda da pesquisadora durante 05 (cinco) anos e depois, destruídas.

Os entrevistados foram identificados pelo conjunto letra e número para garantir a proteção da identidade e o sigilo das informações. Convencionou-se “P” para professores ou trabalhadores da educação, “E” para estudantes, “S” para profissionais da saúde. A sequência de numeração foi aleatória para os entrevistados em um mesmo dia, mas as tríades - “profissional da educação-estudante-profissional da saúde” receberam uma mesma numeração. Exemplo: P1, E1 e S1 participam juntos de um mesmo PSE e falam de uma mesma realidade.

Cada participante foi entrevistado uma única vez, num determinado momento, em ambiente de sua própria instituição de trabalho e/ou estudo.

A entrevista mais curta teve a duração de 10 minutos e a mais longa de 34 minutos, sendo respeitada a capacidade de diálogo de cada participante. As

primeiras duas perguntas do roteiro semiestruturado foram elaboradas com a intencionalidade de se estabelecer o início da entrevista e reafirmar os critérios de inclusão como o tempo de atividade no PSE e a função no equipamento social. As demais perguntas diziam sobre a prática do programa, atendendo aos objetivos específicos do presente estudo.

Não houve ressarcimentos de qualquer natureza, pois nenhum participante teve gastos de deslocamento ou custos durante a pesquisa.

4.7 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

As entrevistas foram transcritas e os dados foram analisados por meio da análise de conteúdo com formulação de categorias analíticas emergentes. Vale salientar que as respostas foram conhecidas na íntegra apenas pela pesquisadora e orientadora envolvidas no estudo.

Segundo Nogueira-Martins e Bógus (2004), a entrevista permite o acesso a dados de difícil obtenção por meio da observação direta, tais como sentimentos, pensamentos e intenções. A análise e abordagem qualitativa busca justamente encontrar respostas nessa subjetividade que impossivelmente seria encontrada em uma análise puramente numérica. Mais do que em outros instrumentos de pesquisa que, em geral, estabelecem uma relação hierárquica entre o pesquisador e o pesquisado, na entrevista, a relação que se cria é de interação, havendo uma atmosfera de influência recíproca entre quem pergunta e quem responde (LÜDKE E ANDRÉ, 1986).

Para Minayo, em 2006, para se fazer uma análise de determinado tema, é preciso descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença e frequência signifiquem alguma evidência para o objetivo analítico primeiro. Dessa forma, a partir de uma abordagem qualitativa, buscou-se interpretar e analisar detalhadamente os dados, utilizando a Técnica de Análise de Conteúdo - TAC, examinando os escritos e registrando os pontos recorrentes e relevantes nas entrevistas. Após essa interpretação e exploração, houve a definição de categorias de núcleos de sentido, explicitados neste estudo como 'Resultados e Discussão'.

Posteriormente, foi utilizada a técnica de 'triangulação', que consiste no uso de múltiplas técnicas de recolha de dados para investigar o mesmo fenômeno,

facultando o cruzamento de informação e promovendo uma maior reflexão sobre determinado assunto (KELLE & ERZBERGER, 2005). A técnica permite integrar diferentes perspectivas no fenômeno em estudo (complementaridade) e descobrir paradoxos e contradições sobre o tema. Buscou-se a triangulação da teoria, comparando as bases teóricas do PSE com o processo de implantação indicado nos documentos oficiais dos ministérios e o ocorrido no município estudado, além da percepção dos entrevistados sobre o programa.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a interpretação das entrevistas concedidas pelos participantes à pesquisadora e análise da teoria e dos documentos, núcleos de sentido e temáticas foram definidos de forma a provocarem discussão sobre o objetivo geral de se conhecer a possível potencialidade do PSE como instrumento de intersectorialidade na PS.

Os 28 respondentes obedeceram aos critérios de inclusão, participando enfermeiros, auxiliar de saúde bucal, cirurgiões-dentistas, médico, professores, coordenadores, diretores e estudantes envolvidos com o PSE.

Analisando as características gerais dos participantes, nota-se que há uma variedade de tempo de atuação em sua profissão, com educadores trabalhando na área entre 09 e 22 anos, profissionais da saúde em dedicação à função entre 04 e 14 anos e participante GTI com 25 anos de dedicação à profissão. A diversidade de profissionais da saúde não foi planejada, uma vez que a própria equipe elegia espontaneamente um representante para a entrevista. O mesmo fato não ocorreu com o representante do Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI), uma vez que seu nome já estava vinculado à implantação do PSE em Goiânia, e a entrevista sua entrevista foi estratégica para o conhecimento do histórico do programa em Goiânia.

Note-se que os profissionais da Enfermagem foram os mais indicados para representar a equipe, como afirmaram Balsanelli e Cunha (2009), em revisão sistemática, como conclusão de 110 trabalhos sobre a temática. Para eles *“o enfermeiro traz em sua essência o contato com o outro, seja no exercício da arte de cuidar, como também gerindo equipes e preocupando-se com quem cuida”*.

A grande parte dos profissionais da saúde e da educação são mulheres. A predominância do sexo feminino nessas áreas está de acordo com outros trabalhos (MACHADO, 2000; GIL, 2005; TOMASI *et al*, 2007; MAHL & TOMASI, 2013). Para Machado (2006), o crescimento da participação das mulheres no mercado de trabalho não é verificado somente na área da saúde e educação, mas em todos os ofícios e esferas de atividade econômica. Já Guimarães (2001) afirma que há a alocação maior de mulheres em atividades culturalmente definidas como “femininas”, tais como serviços sociais, administração pública, saúde e educação, estes últimos, cada vez mais consolidados pelo universo feminino.

Caracterização dos Respondentes

Código	Dados profissionais	Tempo de trabalho/estudo (anos)	Tempo de prática com o PSE
P1	Professora/Coordenadora	09	1ano e 6 meses
P2	Coordenadora Escolar	10	1ano e 6 meses
P3	Professora	21	1ano e 6 meses
P4	Diretora	22	04 anos
P5	Coordenador	18	1 ano
P6	Diretora	12	2 anos
P7	Coordenadora	09	2 anos
P8	Coordenadora	22	3 anos
E1	Estudante	04	02 anos
E2	Estudante	06	01 ano
E3	Estudante	06	6 meses
E4	Estudante	06	6 meses
E5	Estudante	02	6 meses
E6	Estudante	06	1 ano
E7	Estudante	06	3 anos
E8	Estudante	06	6 meses
E9	Estudante	06	1 ano
E10	Estudante	04	6 meses
S1	Enfermeira	05	1 ano
S2	Enfermeira	14	2 anos
S3	Enfermeira	10	1 ano e 3 meses
S4	Enfermeira	13	2 anos
S5	Enfermeiro	05	1 ano e 6 meses
S6	Médico	04	1 ano
S7	ASB	04	3 anos
S8	Cirurgiã-Dentista	05	03 anos
S9	Cirurgiã-Dentista	04	03 anos
GTI	Pedagoga	25	05 anos

A respeito do tempo de prática com o PSE, houve entrevistados que estão atuantes no programa desde a sua implantação em Goiânia e outros que só se envolveram recentemente. Este fato permitiu a análise de percepções distintas acerca do desenvolvimento da prática do PSE.

Os resultados são apresentados da seguinte forma:

5.1 PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO PSE EM GOIÂNIA

- 5.1.1 Fluxograma de ações e recursos
- 5.1.2 Coerência com a proposta do programa

5.2 TEMÁTICAS DESENVOLVIDAS NO PSE

- 5.2.1 Tipos de Temáticas
- 5.2.2 Definição das Temáticas
- 5.2.3 Metodologias Utilizadas

5.3 IMPACTO DAS AÇÕES INTERSETORIAIS DESENVOLVIDAS A PARTIR DO PSE

5.4 FATORES FACILITADORES E DIFICULTADORES RELACIONADOS À REALIZAÇÃO DE AÇÕES INTERSETORIAIS

5.5 POTENCIALIDADE DO PSE EM INDUZIR AÇÕES INTERSETORIAIS

5.6 PERSPECTIVAS FUTURAS PARA COM O PSE

5.1 PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO PSE EM GOIÂNIA

O processo de implantação de um programa é um fator determinante para seu sucesso ou fracasso. As etapas de implantação, mais que um simples cronograma a ser cumprido, representam a possibilidade de envolvimento dos atores, determinam a valorização de cada ação e a representação que os grupos sociais envolvidos terão a respeito dos processos e impactos desse programa.

5.1.1 Fluxograma de ações e recursos

Segundo a portaria nº1861 de 04 de setembro de 2008, que estabelece o termo de adesão municipal ao PSE, o fluxo de organização para esta vinculação deveria obedecer aos seguintes passos:

1. Formulação de um GTI municipal (representante da secretaria de educação e saúde);
2. Criação e apresentação do Projeto Municipal do PSE (PM – PSE) aos Conselhos Municipais de Saúde e de Educação para possível aprovação;
3. Escrita do Termo de Adesão ao PSE a ser enviado juntamente com o Projeto Municipal ao Colegiado Interfederativo Estadual – CIE;
4. Aguardo da aprovação do termo por parte do Ministério da Saúde e posterior publicação de portaria para credenciamento das ESF para o repasse de recursos financeiros;
5. Preenchimento do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde –SCNES pela Secretaria Municipal de Saúde com a identificação das ESF que atuarão no PSE;
6. Acompanhamento da homologação dos projetos do PSE pelo CNES e CIE por parte da Secretarias Estaduais de Saúde.

A proposta do PSE é definida como uma gestão compartilhada por meio de Grupos de Trabalho Intersetoriais (GTI), de forma que possibilitasse a construção de um planejamento, execução e avaliação conjunta de ações de prevenção, promoção e assistência junto aos estudantes de escolas públicas (BRASIL, 2010).

Com esse propósito, os GTIs devem ser compostos por um representante da secretaria de saúde e um representante da secretaria de educação e, facultativamente, por parceiros locais e de iniciativas públicas e/ou líderes sociais.

Dessa forma, há a formação de GTI em cada esfera: GTI federal, GTI estadual e GTI municipal.

O GTI federal é responsável por articular ações interministeriais, coordenar e avaliar as ações do PSE no território nacional. Ao GTI estadual, cabe o apoio institucional de mobilização dos municípios de seu território para a construção de espaços potenciais à concretização das propostas do programa, oferecendo ainda supervisão e capacidade de avaliação das atividades desenvolvidas. O GTI municipal fica encarregado de formular o chamado “Projeto Municipal”, com a descrição do município, suas escolas e equipamentos de saúde vinculados.

O entrevistado (GTI municipal), ao ser questionado sobre seu tempo de trabalho no grupo, apresentou resposta que veio a confirmar a ordem de acontecimentos esperada para a adesão dos municípios ao PSE. Embora o programa tenha sido decretado ao final do ano 2007, o processo de implantação do PSE em Goiânia começou ao final do ano seguinte e a formação do GTI municipal (ao mesmo tempo, do GTI estadual) era uma exigência para se cadastrar ao PSE:

“Bom, com a criação do PSE, que foi via decreto presidencial, no final de 2008 chamou-se todas as pessoas que tinham militância nessa área para se pensar uma forma de trabalhar o PSE, já que ele surgiu como uma política de articulação intersetorial. Para viabilizar essa política, teria que criar um grupo gestor porque o PSE cobrava isso em seu decreto presidencial, cobrava uma equipe gestora contemplando principalmente saúde e educação (teve outros setores que foram envolvidos) pra fazer a primeira gestão do PSE. (...) Em 2008 saiu a portaria e já se cobrou a existência desse grupo. Para o município fazer a adesão, ele teria que estar criando esse grupo gestor por meio de decreto intersecretarial onde se colocaria o compromisso e os indicadores de cada secretaria e as competências de cada secretaria em especial as de saúde e educação. Sem essa criação, o ministério não concederia a criação do PSE, caso o município não criasse, portanto, também, seria, ficaria de fora dos recursos que estariam disponíveis para o PSE desde 2008. (GTI municipal)”

Sobre a sua função no grupo, o entrevistado foi um dos formuladores do GTI municipal em Goiânia e já trabalhava em outros programas de articulação entre saúde e educação antes do PSE permanecendo neste último cargo até 2011.

Informalmente, o participante ressaltou ter sido convidado para a primeira formação do GTI por ser “conhecido” por ambas as secretarias municipais (educação e saúde) e por ter formação pedagógica, o que facilitava o entendimento sobre a importância e a necessidade de se aplicar atividades em prol da saúde no espaço escolar.

“O convite na época foi para a área da saúde, eu representava a saúde, eu fiquei um tempão representando a saúde, participei do processo de implantação até então com autoria no projeto de implantação da criação do grupo gestor, sendo meu vínculo da educação. Posteriormente, eu estive também na educação (GTI municipal)”

Chianenato & Sapiro (2003), em um estudo em que discorrem sobre as características de um administrador, afirmam que um líder (gestor), além de suas capacidades inerentes, deve conhecer a natureza humana, saber conduzir as pessoas, construir e dinamizar equipes de trabalho, de forma a utilizar competências básicas de relacionamento interpessoal, comunicação, liderança, motivação e resolução de conflitos. O fato de ter experiência como um ator ativo em processos de articulação intersetorial mostra uma maior potencialidade para o desenvolvimento de ações como essas descritas por Chianenato (2003) e também propostas pelo programa, uma importante estratégia de implantação do PSE.

Junqueira (2000) acrescenta que ao incentivar a formação de grupos intersetoriais, por exemplo, também pode configurar uma solução institucional para diversos problemas sociais, pois estes grupos permitirão a repartição de responsabilidades por parte dos diversos atores envolvidos no processo, papel este esperado pela conjunção dos GTIs.

O tempo transcorrido para a formação do GTI municipal, de aproximadamente um ano, mostra que possa ter havido dificuldades de alguma natureza para a consolidação do grupo e/ou formulação do PM - PSE proposto. Dessa forma, o participante esclareceu:

“Olha, a gente teve várias dificuldades como qualquer relação intersetorial tem. É muito difícil porque as pessoas vão numa mesa e elas querem sobrepor suas

ações. E o PSE não era isso, era realmente para ver o que as pessoas estão fazendo, cada um falar o que estão fazendo e somar essas ações e fazer um plano de ação que era o objetivo inicial e do PSE, que é de agregar todas as iniciativas. A gente teve dificuldade porque as pessoas iam nas reuniões do grupo gestor mensalmente e a gente percebia que ali as pessoas se propunham a fazer um trabalho conjunto, mas quando voltavam para suas realidades, voltavam com suas atividades pontuais até então priorizadas pelos seus departamentos, divisões (...). (GTI municipal)”

A fala demonstra o grande desafio da intersetorialidade, não somente nas relações, neste caso, entre escola e unidade de saúde, mas também e principalmente, nas relações gestoras. Para Campos (2003), a reestruturação das formas de trabalho dos estabelecimentos e organizações é o primeiro desafio para a intersetorialidade. A mudança das práticas de saúde, particularmente aquelas interssetoriais, deve ocorrer em todos os níveis.

A consolidação do GTI municipal, ao parecer do entrevistado, embora tenha iniciado em 2008, ocorreu nessa capital no ano de 2009 com a portaria nº 3.146 de 17 de dezembro de 2009 que estabelecia os recursos financeiros para Municípios com equipes de Saúde da Família, que aderissem ao Programa Saúde na Escola-PSE. (atores individuais/ atores institucionais)

“Antes de 2008, a gente já tinha um trabalho de articulação entre saúde e educação, com outros nomes: “Educação Promotora de Saúde; e de outros nomes” e que quando chegou o PSE, não foi difícil vislumbrar o que era todo um desejo que tanto a saúde como a educação tinha de institucionalizar, para que a gente pudesse ter governabilidade entre os dois setores e principalmente recursos. Então, logo que foi instituída a portaria, em 2009, nós começamos a articulação e conseguimos efetivar esse grupo gestor através desse decreto interministerial (GTI municipal)”

Em sua fala, por ser um trabalhador imerso no contexto da intersetorialidade, sobretudo na articulação entre setores como saúde e educação, é clara a necessidade de que houvesse um programa público que tornasse mais evidentes as ações interssetoriais e garantisse o repasse de recursos financeiros para este fim. Outras iniciativas citadas, embora tivessem propósitos semelhantes, ainda assim não apresentavam com clareza a magnitude de ações de caráter institucional como a proposta pelo PSE. Nesse momento, há a interpretação de que, pelo decreto, pela disponibilização de recursos, pela movimentação e obrigatoriedade de formação de lideranças, o programa trazia o estímulo à aproximação maior entre os setores

saúde e educação. Isso não quer dizer que outras iniciativas ou programas foram considerados de menor importância. Pelo contrário, em uma das falas de uma enfermeira, o fato de ter tido outros programas antecedentes (e paralelos atualmente) ao PSE contribuiu para a formulação da proposta do programa e para uma melhor aceitação da continuidade das ações de saúde no ambiente da escola, podendo considerar como um agente facilitador de implantação do programa.

“A nossa relação (entre ESF e escola) é boa, tranqüila. Na verdade, o PSE veio mas a escola já é acostumada a receber o pessoal da saúde, de qualquer tipo de atendimento, com pessoas de fora dentro da escola.(S4)”

Percebeu-se que, durante a formulação do GTI municipal, esse ainda também era composto pelo nível local (representantes de unidades escolares e de saúde), distrital (distritos sanitários responsáveis por escolas e unidades de um determinado território) e central (Secretarias de Educação e Saúde), este, representado pelo participante da entrevista.

“Tinham um coordenador geral da educação e um coordenador geral da saúde. Como eu falei, eram três grupos: o grupo central, o distrital (que seriam responsáveis pelos distritos da educação e da saúde, chamados de distritos regionais) e o grupo gestor local com o pessoal da educação e da saúde, sendo que o da saúde, a equipe da estratégia saúde da família porque até então, naquela época, pra ter o PSE teria ter a estratégia, que era o link para dar sustentação e os ACS, enfim, o grupo local se reuniu para fazer a adesão, o planejamento e a execução das ações. Eles se encontravam nos três momentos hierárquicos: local, distrital e o central (GTI municipal)”

A fala do entrevistado mostra que o PSE obedece, em sua proposta, princípios do SUS, como se percebe neste momento, a descentralização e a regionalização em saúde.

Esse fato é coerente ao pensamento de Elias, em 1996, (apud CAMPOS, 2003) ao discorrer que uma lógica em saúde deve ser criada mediante uma estruturação de funcionamento para permitir articulações institucionais para então se construir qualificações em relação à população abrangida, respeitando o modelo assistencial maior já implementado e as formas de financiamento adotadas.

Para Junqueira, em 1998, a descentralização consiste “em um processo dialético em relação à centralização, a possibilidade de levar a decisão sobre as políticas sociais para o âmbito do município, para junto dos seus cidadãos”.

Nesse pensamento, soma-se que a descentralização vale-se de competências de representantes de todos os níveis de governabilidade, conhecedores das realidades de suas localidades e das necessidades específicas das diversas coletividades.

Em coerência ao fluxo de acontecimentos, o grupo gestor procurou fazer o levantamento das escolas que poderiam pertencer ao PSE, assim como as equipes da ESF disponíveis para a construção das ações.

“A gente até escreveu um documento e a gente colocava a meta das escolas, tantas ações e aí quem seriam as pessoas responsáveis e depois a gente observava na hora de fechar o relatório, que alguns estavam em algumas escolas mais que em outras, eles faziam pactos com o ministério de trabalhar tais escolas e isso não mudava. Então, no final, quem assumia realmente a situação do PSE era a equipe da saúde da família e a escola do nível local.”

Segundo esta fala, seria essa a etapa de construção do projeto municipal em Goiânia.

O Projeto Municipal é a etapa de diagnóstico da realidade e da situação do município, e deveria ser elaborado como uma proposta de primeira articulação intersetorial de ação visando a implementação do PSE. O documento deve ser desenvolvido a partir da articulação de informações de diversas fontes, acessíveis nas bases de dados dos órgãos federais, estaduais e municipais. O Projeto identifica as prioridades e aspectos que precisam ser redimensionados e/ou qualificados no âmbito das ações de educação e saúde no território municipal (MEC, 2013).

Em uma espécie de “recorte” da área de atuação, o Projeto Municipal delimita os territórios de responsabilidade, definidos segundo a área de abrangência das equipes da ESF e define o conjunto de escolas integrantes de cada território, apresentando informações sobre (MEC, 2013):

- O diagnóstico situacional com a descrição de determinantes sociais, cenário epidemiológico e modalidades de ensino das escolas vinculadas às equipes da ESF e que atuarão no PSE;
- O mapeamento da Rede SUS de AB/SF e das Redes de Ensino - estadual e municipal, criando espaços comuns, os territórios de responsabilidade;
- As atribuições das equipes da ESF e das escolas em cada um dos territórios de responsabilidade, quantificando o número de escolas, de estudantes de cada

estabelecimento e as questões prioritárias do perfil desses alunos. Definição dos responsáveis das áreas da saúde e da educação pelo projeto dentro de cada território;

- A identificação das instituições de ensino atendidas pelo Programa Saúde na Escola. Definição do professor responsável pela articulação das ações de prevenção e promoção da saúde na escola.

Segundo a entrevista, em 2009, Goiânia passou a estar vinculada ao PSE, com metas definidas, projeto municipal aprovado e aproximadamente 83 escolas aderidas, sendo 71 Municipais e 12 Estaduais.

Mesmo apresentando também críticas negativas ao decorrer da entrevista sobre o PSE, o membro do GTI que formulou o Projeto Municipal e os primeiros anos de articulação mostrou-se sempre com muito entusiasmo sobre a criação do programa, sobretudo o que ele significou na época da adesão do município:

“Olha, diante de toda a experiência que eu tenho, de toda a militância que eu tenho que não é pequena, eu acho que o PSE foi o programa, o maior programa que eu já vi, muito bem escrito, muito bem articulado, com definições de atores, de recursos, de tudo, tanto é que ele nasce não como um programa, não como um departamento, as como uma política intersetorial. Então, ele é perfeito do ponto de vista da promoção da saúde... (GTI municipal)”

A questão da intersetorialidade é realçada e transparece no processo de implantação do PSE e na forma de se pensar ou construir a PS, em consonância à teoria atual da própria PS e concepção de busca por qualidade de vida por modulação de determinantes sociais. Os resultados de saúde alcançados por meio da intersetorialidade são mais efetivos do que o setor saúde alcançaria por si só (TEIXEIRA e PAIM, 2002; WHO, 2008).

5.1.2 Coerência com a proposta do programa

O decreto federal nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, que instituiu o PSE e os demais instrumentos normativos, apresenta artigos descrevendo as competências do programa. Dessa forma, no presente trabalho, é feita uma comparação entre a descrição do decreto federal para o PSE e o dito em entrevista com um dos

componentes do grupo gestor participante do processo de implantação do PSE em Goiânia e os demais entrevistados, entre eles, educadores, estudantes e trabalhadores da saúde.

O decreto foi organizado de forma a elucidar uma possível correspondência à fala do entrevistado. O objetivo foi destacar o cumprimento ou descumprimento das diretrizes do PSE neste município e a percepção do grupo gestor acerca da proposta do programa.

Quadro- Comparação do decreto federal nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007 com trechos da entrevista do representante do GTI municipal

Artigo	Descrição	Entrevista
1º	Fica instituído, no âmbito dos Ministérios da Educação e da Saúde, o Programa Saúde na Escola - PSE, com finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde.	<p><i>“Bom, com a criação do PSE, chamou-se todas as pessoas que tinham militância nessa área para se pensar uma forma de trabalhar o PSE, já que ele surgiu como uma política de articulação intersetorial para estudantes da escola pública (...) para promover saúde, desde a prevenção até a assistência.(GTI municipal)”</i></p> <p><i>“Acho que todas as ações do programa são positivas, porque as avaliações antropométricas fizeram abrir os olhos para a prevenção e para a saúde também.(P1)”</i></p>
2º	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;	<i>“E o terceiro ponto, vem a questão das violências, pois sabe-se que os jovens morrem muito por questões de violência e aí veio a temática da paz, a cultura de paz, para reduzir o índice de violência</i>

		<p>(...), questões evitáveis como projeto de vida, uma questão legal que eu deixo na zona da violência.”</p> <p>“Olha, a gente fala sobre tantas coisas. Alimentação, higiene, violência, drogas... Os pais já participaram também. (P4)”</p>
2º	<p>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;</p>	<p>“Antes de 2008, a gente já tinha um trabalho de articulação entre saúde e educação, com outros nomes: “Educação Promotora de Saúde; e de outros nomes” e que quando chegou o PSE, não foi difícil vislumbrar o que era todo um desejo que tanto a saúde como a educação tinha de institucionalizar, para que a gente pudesse ter governabilidade entre os dois setores e principalmente recursos.”</p>
2º	<p>III - contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos;</p>	<p>“A demanda era tanta para esses jovens que acabava sucumbindo as equipes e a escola no sentido de estarem acompanhando os problemas assistenciais (...) porque ele foi criado para potencializar, para fazer acontecer essas vertentes da atenção, da prevenção e da promoção aos estudantes”.</p>
2º	<p>IV - contribuir para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos;</p>	<p>“Então, ele é perfeito do ponto de vista da promoção da saúde... O que aconteceu com ele foi que preconiza a atenção da promoção e da prevenção, não sei se por conveniência ou facilidade, a maioria das pessoas interpretam ele como ação de promoção da saúde, mas na verdade, mais de assistência, de atenção, porque ele vai e</p>

		<i>prioriza o exame clínico, a própria escola quer o exame clínico, a estratégia, o pessoal faz o exame clínico, as ações de promoção são bem pontuais, mais ligadas à nutrição, à saúde bucal, às DSTs e AIDS, então, na prática, acaba não aproveitando o grande potencial que é ele”.</i>
2º	V - fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar;	<i>“Eu venho observando ultimamente que a gente deixou um pouco a questão da prevenção e de pensar na promoção em detrimento das ações que a gente tem que fazer nos exames clínicos”.</i>
	VI - promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes; e	<i>“Que eu observo é que (o PSE) efetivou a questão da parceria, tanto a escola cobra da saúde, quanto a saúde cobra da escola, ou seja, houve uma internacionalização da importância da intersetorialidade”.</i>
	VII - fortalecer a participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde, nos três níveis de governo.	<i>“A comunidade, quando a gente consegue chegar nela, a gente tem bons resultados, a gente envolve com os problemas, a questão do alcoolismo por exemplo, quando vem da família, quando a equipe consegue chegar na família, é muito interessante”.</i>
3º	O PSE constitui estratégia para a integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de educação e de saúde, com a participação da comunidade escolar, envolvendo as equipes de saúde da família e da educação básica.	
3º	1º São diretrizes para a implementação do PSE: I - descentralização e respeito à autonomia	<i>“Precisa da equipe da estratégia saúde da família porque até então, naquela época, pra ter o PSE teria ter a</i>

	<p>federativa;</p> <p>II - integração e articulação das redes públicas de ensino e de saúde;</p> <p>III - territorialidade;</p> <p>IV – interdisciplinaridade e intersetorialidade</p> <p>V - integralidade;</p> <p>VI - cuidado ao longo do tempo;</p> <p>VII - controle social; e</p> <p>VIII- monitoramento e avaliação permanentes.</p>	<p><i>estratégia, que era o link para dar sustentação (ao PSE). Aproveitou-se as diretrizes da estratégia para o PSE”.</i></p>
3º	<p>2º O PSE será implementado mediante adesão dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios aos objetivos e diretrizes do programa, formalizada por meio de termo de compromisso.</p>	<p><i>“Para o município fazer a adesão, ele teria que estar criando esse grupo gestor por meio de decreto intersecretarial onde se colocaria o compromisso e os indicadores de cada secretaria e as competências de cada secretaria em especial as de saúde e educação. Sem essa criação, o ministério não concederia a criação do PSE, caso o município não criasse, portanto, também, seria, ficaria fora dos recursos que estariam disponíveis para o PSE desde 2008 (...). A gente até escreveu um documento e a gente colocava a meta das escolas, tantas ações e aí quem seriam as pessoas responsáveis”</i></p>
3º	<p>3º O planejamento das ações do PSE deverá considerar:</p> <p>I - o contexto escolar e social;</p> <p>II - o diagnóstico local em saúde do escolar; e</p> <p>III - a capacidade operativa em saúde do</p>	<p><i>“Então, como eu falei, essas temáticas não foram escolhidas aleatoriamente. Quando a gente chegava na escola para discutir as temáticas, já existia alguma coisa em andamento ou um sentimento de que alguma coisa importante</i></p>

	<p>escolar.</p>	<p><i>acontecesse. O que a gente fez, foi o seguinte: é, fazendo o diagnóstico da escola, e na hora do planejamento, priorizar algumas ações (...)</i></p> <p><i>“Olha, naquela época, o nível local construía seu próprio cronograma. Naquela época não tinha essa coisa do ministério mandar tantos de dados pra você colher. Parece que hoje o PSE está mais como um sistema de informação.”</i></p>
<p>4º</p>	<p>As ações em saúde previstas no âmbito do PSE considerarão a atenção, promoção, prevenção e assistência, e serão desenvolvidas articuladamente com a rede de educação pública básica e em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS, podendo compreender as seguintes ações, entre outras:</p>	
<p>4º</p>	<p>I - avaliação clínica;</p> <p>II - avaliação nutricional;</p> <p>III - promoção da alimentação saudável;</p> <p>IV - avaliação oftalmológica;</p> <p>V - avaliação da saúde e higiene bucal;</p> <p>VI - avaliação auditiva;</p> <p>VII - avaliação psicossocial;</p> <p>VIII - atualização e controle do calendário vacinal;</p> <p>IX - redução da morbimortalidade por acidentes e violências;</p> <p>X - prevenção e redução do consumo do álcool;</p> <p>XI - prevenção do uso de drogas;</p> <p>XII - promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva;</p> <p>XIII - controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer;</p>	<p><i>“Então, as temáticas, achei interessante, porque eles anunciaram, sentaram e analisaram todas as iniciativas do Brasil inteiro e agregaram em grandes cinco componentes. O primeiro componente que eles colocaram que é a questão de atenção à saúde, pegaram todas as temáticas e problemas que esses jovens têm, que é a questão das doenças pré existentes e preconizarm que tem que fazer exame visual, oftalmológico, obesidade (...). O segundo grande campo eram as ações de prevenção porque nas ações de prevenção, vem a questão das DSTs e AIDS, vem a questão da obesidade, das diabetes, das vacinas... E o terceiro ponto, vem a questão das violências, pois sabe-se que os jovens morrem muito por questões de violência e aí veio a temática da paz, a cultura de paz, para reduzir o índice de violência (...). O quarto componente que depois virou e</i></p>

	<p>XIV - educação permanente em saúde;</p> <p>XV - atividade física e saúde;</p> <p>XVI - promoção da cultura da prevenção no âmbito escolar; e</p> <p>XVII - inclusão das temáticas de educação em saúde no projeto político pedagógico das escolas.</p>	<p><i>juntou com o quinto foi o próprio processo de monitorar as ações, o que ele (PSE) impactou na juventude (...) que vê a questão da nutrição... O quinto que eu falei que juntou com quarto que era o próprio ministério criando mecanismos de avaliação, melhorando seu próprio sistema de informação, que mudando seu sistema, para que a gente pudesse alimentar esses dados, pra voltar no ano que vem para servir de diagnóstico (...)</i>”.</p>
4º	<p>Parágrafo único. As equipes de saúde da família realizarão visitas periódicas e permanentes às escolas participantes do PSE para avaliar as condições de saúde dos educandos, bem como para proporcionar o atendimento à saúde ao longo do ano letivo, de acordo com as necessidades locais de saúde identificadas.</p>	<p><i>“(...) onde tem a estratégia, faz um trabalho melhor (...). Mas as equipes ficam assoberbadas, com aquele tanto de escola, o distrito com aquele tanto de escola, uma unidade como essa com aquele outro tanto, a gente tem aqui três escolas, falta RH, como é que a gente consegue?”</i></p>
. 5º	<p>Para a execução do PSE, compete aos Ministérios da Saúde e Educação, em conjunto:</p>	
5º	<p>I - promover, respeitadas as competências próprias de cada Ministério, a articulação entre as Secretarias Estaduais e Municipais de Educação e o SUS;</p> <p>II - subsidiar o planejamento integrado das ações do PSE nos Municípios entre o SUS e o sistema de ensino público, no nível da educação básica;</p> <p>III - subsidiar a formulação das propostas de formação dos profissionais de saúde e da educação básica para implementação das ações do PSE;</p> <p>IV - apoiar os gestores estaduais e</p>	<p><i>“Bom, com a criação do PSE, que foi via decreto presidencial, no final de 2008, chamou-se todas as pessoas que tinham militância nessa área para se pensar uma forma de trabalhar o PSE, já que ele surgiu como uma política de articulação intersetorial. Para viabilizar essa política, teria que criar um grupo gestor porque o PSE cobrava isso em seu decreto presidencial, cobrava uma</i></p>

	<p>municipais na articulação,</p> <p>planejamento e implementação das ações do PSE;</p> <p>V - estabelecer, em parceria com as entidades e associações representativas dos Secretários Estaduais e Municipais de Saúde e de Educação os indicadores de avaliação do PSE; e</p> <p>VI - definir as prioridades e metas de atendimento do PSE.</p>	<p><i>equipe gestora contemplando principalmente saúde e educação (teve outros setores que foram envolvidos) pra fazer a primeira gestão do PSE”.</i></p> <p><i>“Então ele (PSE) tem um grande potencial, embora os grupos gestores, tanto federal, estadual, municipal, deveriam aproveitar essa potencialidade dele para trabalhar a questão da promoção, apesar de ter no seu pacote a tendência para as ações de assistência, a gente observa cobrar nas reuniões de avaliação o que a gente tem feito sobre promoção”.</i></p>
5º	<p>§ 1º Caberá ao Ministério da Educação fornecer material para implementação das ações do PSE, em quantidade previamente fixada com o Ministério da Saúde, observadas as disponibilidades orçamentárias</p>	<p><i>“Antes de 2008, a gente já tinha um trabalho de articulação entre saúde e educação, com outros nomes: “Educação Promotora de Saúde; e de outros nomes” e que quando chegou o PSE, não foi difícil vislumbrar o que era todo um desejo que tanto a saúde como a educação tinha de institucionalizar, para que a gente pudesse ter governabilidade entre os dois setores e principalmente recursos.”</i></p>
5º	<p>§ 2º Os Secretários Estaduais e Municipais de Educação e de Saúde definirão conjuntamente as escolas a serem atendidas no âmbito do PSE, observadas as prioridades e metas de atendimento do Programa.</p>	<p><i>“Olha, os indicadores é em nível de Brasil inteiro, o que difere é que os secretários assumem um termo de compromisso no início do ano é o número de escolas que eles vão trabalhar. Só que ao definir o número de escolas, ao invés de definir a escola pelo contexto (...), onde tem a estratégia, faz um trabalho melhor... Isso eu estou falando quando eu estava no</i></p>

		<i>nível central, na hora de fazer esse pacto, porque você já tem um cronograma de ações intenso para cumprir até o final de ano e aí o que acontece, as equipes ficam assoberbadas, com aquele tanto de escola, o distrito com aquele tanto de escola, uma unidade como essa com aquele outro tanto, a gente tem aqui três escolas, falta RH, como é que a gente consegue?”</i>
6º	O monitoramento e avaliação do PSE serão realizados por comissão interministerial constituída em ato conjunto dos Ministros de Estado da Saúde e da Educação.	<i>“Então, quando vem essa questão da avaliação, então penso que como o PSE é recente, contou-se também com essas iniciativas que não estavam fora e que o resultado, segundo que eu tenho informação, o PSE veio para potencializar, tornar legal, institucionaliza, tornar obrigação o compromisso da gestão, tanto da saúde como da educação.”</i> <i>“Falta o feedback, sabe?”</i>
7º	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.	<i>“Sem essa criação (do grupo gestor), o ministério não concederia a criação do PSE, caso o município não criasse, portanto, também, seria, ficaria fora dos recursos que estariam disponíveis para o PSE desde 2008.”</i>
8º	Os Ministérios da Saúde e da Educação coordenarão a pactuação com Estados, Distrito Federal e Municípios das ações a que se refere o art. 4º, que deverá ocorrer	

	no prazo de até noventa dias.	
9º	Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.	

A análise do quadro 2 permite perceber algumas características da proposta feita em decreto para o PSE. Embora coerente com o decreto, ao decorrer do tempo, a prática do programa trouxe também, outros tantos desafios e problemáticas levantadas pelos entrevistados. A discussão do andamento do PSE posterior à fase de implantação, cabe nas categorias emergentes discriminadas ao longo do presente estudo.

Ainda é importante observar que o PSE, criado em 2007, pelo decreto federal nº 6.286, teve suas diretrizes descritas por portarias, também referidas durante a entrevista com o membro do GTI municipal fundador:

Portaria	Descrição
Nº 675 – 04 de junho de 2008	Institui a Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola.
Nº1861 – 04 de setembro de 2008	Estabelece recursos financeiros pela adesão ao PSE para Municípios com equipes de Saúde da Família, priorizados a partir do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica - IDEB, que aderirem ao Programa Saúde na Escola - PSE
Nº 1399- 14 de novembro de 2008	Designa os membros para compor a Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola - CIESE instituída pela Portaria nº 675, de 4 de junho de 2008.
Nº 2931- 04 de dezembro de 2008	Altera a Portaria Nº- 1.861/GM, de 4 de setembro de 2008, que estabelece recursos financeiros pela adesão ao Programa Saúde na Escola - PSE e credencia Municípios para o recebimento desses recursos. Alteração: "III - Os recursos financeiros referentes ao PSE serão pagos a

	partir da manifestação de interesse de adesão ao PSE apresentada pelos Municípios conforme definido no inciso I do art. 3º desta Portaria, em parcela única, com base no número de ESF cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES, na competência novembro, conforme Portaria que estabelece o cronograma de envio da base de dados do SCNES, que geraram transferência de incentivos financeiros ao Município."
Nº 3.146 - 17 de dezembro de 2009	Estabelece recursos financeiros para Municípios com equipes de Saúde da Família, que aderirem ao Programa Saúde na Escola- PSE.
Nº 790 – 12 de abril de 2010	Altera a Portaria nº 3.146/GM, de 17 de dezembro de 2009, que estabelece recursos financeiros pela adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE). Alteração: ""VIII - Estabelecer o prazo até 30 de junho de 2010 para o envio do Termo Adesão e do Projeto do PSE Municipal. O não cumprimento deste prazo acarretará a devolução dos recursos recebidos na ocasião do credenciamento dos Municípios mediante manifestação de interesse de adesão."
Nº 1537- 15 de junho de 2010	Credencia Municípios para o recebimento de recursos financeiros pela adesão ao Programa Saúde na Escola - PSE, conforme a Portaria nº 3.146/GM, de 17 de dezembro de 2009.
Nº 1.910- 8 de agosto de 2011	Estabeleceu o Termo de Compromisso Municipal como instrumento para transferência dos recursos financeiros do Programa Saúde na Escola (PSE)
Nº 3014 dezembro de 2011	Habilita os municípios e o Distrito Federal para o recebimento do repasse de recursos financeiro relativos ao PSE.
Nº 357 – 1º de março de 2012	Institui a Semana Anual de Mobilização Saúde na Escola (Semana Saúde na Escola) e o respectivo incentivo financeiro, e estabelece regras específicas para a execução no ano de 2012.
Nº 524- 26 de março de 2012	Habilita Municípios ao recebimento do repasse de recursos financeiros relativos ao Programa Saúde na Escola (PSE) §1º Os Municípios relacionados no anexo desta Portaria receberão,

	<p>inicialmente, 70% (setenta por cento) do valor correspondente a uma parcela extra do incentivo mensal das equipes que atuam no Programa Saúde na Escola (PSE).</p> <p>§ 2º Os 30% (trinta por cento) restantes dos recursos serão repassados aos Municípios quando forem atingidas 70% (setenta por cento) das metas pactuadas no Termo de Compromisso firmado.</p>
<p>Nº 2.693 - 29 de novembro de 2012</p>	<p>Propõe a expansão de ações em 122 (cento e vinte e dois) Municípios do Programa Saúde na Escola (PSE).</p> <p>Art. 1º Fica promovida a expansão de ações do Programa Saúde na Escola (PSE) aos 122 (cento e vinte e dois) Municípios participantes que ainda não pactuaram todas as Equipes Saúde da Família no Termo de Compromisso, conforme listagem anexa a esta Portaria, onde se encontram também discriminados os Códigos de entidades de ensino gerados pelo INEP (Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira) participantes e os respectivos tetos de repasse de incentivos financeiros destinados a cada Município.</p> <p>Parágrafo único. Os Municípios e seus respectivos estabelecimentos de ensino, apresentam mais de 50% de alunos beneficiários do Programa Bolsa Família, sendo em razão disso considerados prioritários no contexto da ação governamental "Brasil Carinhoso".</p> <p>Art. 2º Os Municípios beneficiados com a possibilidade de expansão de ações ora prevista deverão realizar as seguintes atividades de prevenção, promoção e atenção à saúde dos escolares das pré-escolas nos seus territórios de responsabilidade:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Avaliação Antropométrica e Avaliação Nutricional; b) Verificação do Calendário Vacinal; e c) Avaliação de saúde bucal. <p>Parágrafo único. Para concretizarem a expansão ora mencionada e fazerem jus ao recebimento do incentivo financeiro previsto nesta Portaria, os Municípios deverão registrar as ações acima definidas até o dia 30 de novembro de 2012, em aba específica do Sistema de Monitoramento e Avaliação do PSE (SIMEC), disponível em http://simec.mec.gov.br.</p> <p>Art. 3º A quantidade de educandos utilizada para cálculo de teto de repasse de incentivo financeiro ao qual cada município poderá ser beneficiado para</p>

	<p>expansão das ações do PSE encontra-se listada em Anexo a esta Portaria.</p> <p>§ 1º O cálculo do teto do incentivo para a presente expansão ao PSE seguiu os seguintes parâmetros:</p> <p>I - Entre 01 (um) e 200 (duzentos) educandos registrados no SIMEC, o município fará jus ao incentivo de R\$ 1.000,00 (mil reais);</p> <p>II - Em sequência, a cada novos duzentos educandos registrados no SIMEC acrescentam-se mais R\$1.000,00 (mil reais) ao valor do incentivo destinado ao Município, respeitado o teto máximo de repasse previsto.</p> <p>§ 2º O Município que informar no SIMEC as ações delimitadas no art. 2º desta Portaria até o dia 30 de novembro de 2012, com, no mínimo, 50% (cinquenta por cento) dos educandos das respectivas pré-escolas definidas no Anexo a esta Portaria será considerado apto ao recebimento de 50% (cinquenta por cento) do teto do incentivo financeiro previsto.</p>
<p>Nº 297, de 28 de fevereiro de 2013</p>	<p>Habilita Municípios e o Distrito Federal ao recebimento do repasse de recursos financeiros relativos ao Programa Saúde na Escola (PSE)</p> <p>1º Os Municípios e o Distrito Federal listados no Anexo I a esta Portaria farão jus ao recebimento de 30% (trinta por cento) do valor correspondente a uma parcela extra do incentivo mensal das equipes de Saúde da Família que atuam no PSE, em conformidade com o número de equipes informadas no Sistema de Monitoramento do PSE (SIMEC) e com o alcance de 70% (setenta por cento) das metas pactuadas no Termo de Compromisso instituído pela Portaria nº 1.910, de 8 de agosto de 2011.</p>
<p>Nº 1.302, de 28 de junho de 2013</p>	<p>Altera o prazo para o registro das informações das ações realizadas na Semana de Mobilização Saúde na Escola (Semana Saúde na Escola) junto aos Sistemas de Avaliação e Monitoramento do PSE.</p>
<p>Nº 1.413, de 10 de julho de 2013</p>	<p>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.</p> <p>Art. 1º Esta Portaria 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.</p> <p>Art. 2º Para fins do disposto nesta Portaria, todos os Municípios e o Distrito</p>

	<p>Federal estão aptos a assinar o Termo de Compromisso Municipal ou do Distrito Federal do PSE;</p> <p>Art. 3º Todas as equipes de saúde da Atenção Básica poderão ser vinculadas ao PSE.</p> <p>Parágrafo único. As equipes criadas exclusivamente para o desenvolvimento das ações do PSE também poderão ser vinculadas no momento da adesão ao Programa.</p> <p>Art. 4º Para adesão ao PSE serão observadas as seguintes etapas:</p> <p>I - a adesão pelo Estado ao PSE será realizada por meio do sistema informatizado de pactuação a ser disponibilizado no sítio eletrônico http://simec.mec.gov.br/;</p> <p>II - o Município ou Distrito Federal poderá aderir ao PSE no início de cada ano;</p> <p>III - a adesão pelo Município ou pelo Distrito Federal ao PSE será realizada por meio do sistema informatizado de pactuação a ser disponibilizado no sítio eletrônico http://dab.saude.gov.br/sistemas/sgdab;</p> <p>IV - ao aderir ao PSE, o gestor de saúde do Município ou do Distrito Federal poderá aderir, concomitantemente, ao Projeto Olhar Brasil, cujos procedimentos encontram-se previstos em ato específico do Ministério da Saúde;</p> <p>V - a formalização da adesão pelo Município ou Distrito Federal será feita com a indicação das equipes de atenção básica, das escolas da rede pública, por nível de ensino, quais sejam creches, pré escolas, ensino fundamental, ensino médio e modalidade Educação de Jovens e Adultos, do número de educandos participantes e das ações a serem realizadas, que constarão no Termo de Compromisso descrito no Anexo; e</p> <p>VI - a conclusão da adesão se dará com a assinatura conjunta do Termo de Compromisso pelos Secretários de Saúde e de Educação dos Municípios e do Distrito Federal, constante do Anexo, o qual deverá ser anexado ao sistema informatizado de pactuação de que trata o inciso II do "caput". Parágrafo único. A participação dos Estados no PSE se dará por meio da assinatura de Termo de Adesão constante do Sistema de Informação, Monitoramento, Execução e Controle (SIMEC), dentro do módulo Plano de Ações Articuladas (PAR), mediante o qual se comprometerão a apoiar a realização das ações do PSE nas escolas estaduais e a fomentar a atuação do Grupo de Trabalho Intersetorial Estadual do PSE (GTIE).</p> <p>Art. 5º A gestão do PSE é realizada pelos Grupos de Trabalho Intersetorial (GTI) Federal, Estadual, do Distrito Federal e Municipal do PSE, em conformidade com as diretrizes da Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola (CIESE). (...)</p>
<p>Nº 15, de 10 de outubro de 2013</p>	<p>Institui o Projeto Consultórios Itinerantes de Odontologia e de Oftalmologia, no âmbito do Programa Saúde na Escola - PSE e Programa Brasil Alfabetizado - PBA, e dá outras providências.</p>

Nº 2.608, de 31 de outubro de 2013	Define Municípios com adesão ao Programa Saúde na Escola de 2013 e os habilita ao recebimento de 20% (vinte por cento) do teto de recursos financeiros pactuados em Termo de Compromisso e dá outras providências.
------------------------------------	--

Ao analisar as portarias que compõem o histórico burocrático do PSE, percebe-se a preocupação a respeito ao processo de credenciamento de municípios e o repasse de recursos financeiros. A cada portaria, o PSE foi amplificado, tanto quanto ao número de escolas e equipes de saúde credenciadas, como também pelo volume de recursos repassados, o que demonstra a consolidação do programa como estratégia de governo para a aplicabilidade de iniciativas que visem à intersectorialidade das ações em saúde.

A seguir, são analisadas as temáticas desenvolvidas no PSE no município de Goiânia e sua potencialidade em induzir ações intersectoriais no âmbito da PS.

5.2 TEMÁTICAS DESENVOLVIDAS NO PSE

A palavra “temática” designa um conjunto de temas que possuem um único “fio condutor”, um conjunto de saberes desenvolvidos com o objetivo de alcance de um mesmo assunto.

Como dito anteriormente neste estudo, o PSE reúne várias “temáticas” relacionadas entre si com o intuito de “reduzir vulnerabilidades”, estimular a cultura de paz, promover o protagonismo juvenil e de, sobretudo, desenvolver ações para a qualidade de vida e PS a crianças e jovens brasileiros da rede pública de saúde (BRASIL, 2011).

As ações do programa são agrupadas em componentes, a saber: componente I – sobre a avaliação clínica e psicossocial; componente II – sobre a promoção e prevenção à saúde e componente III – sobre a formação. A orientação das diretrizes do programa é para que, as ações desenvolvidas, ou as chamadas “temáticas” estejam relacionadas entre si a fim de alcançar esses três componentes básicos do PSE.

Dessa forma, esta parte do presente estudo descreve a percepção dos entrevistados no que diz respeito às temáticas construídas: tipos; quem e como são

definidas; como são trabalhadas. Discute-se se o PSE e suas ações são potenciais para a intersectorialidade no âmbito da PS.

5.2.1 Tipos de temáticas

Para a análise dos tipos de temática, considerou-se que estas deveriam atender ao proposto no “Passo a Passo PSE: tecendo caminhos da intersectorialidade” (BRASIL, 2011), publicação do Ministério da Saúde que propõe diretrizes e ações a serem observadas em cada município que adere ao programa.

Os entrevistados, envolvendo educadores, estudantes e trabalhadores da saúde e membro do GTI municipal (fundador), foram diretamente questionados sobre quais eram as “temáticas” ou assuntos discutidos nas ações do PSE.

As falas destacaram:

“Alimentação, sexualidade, viram o peso, a altura, as doenças bucais... Fizeram atividade física também.” (P1)

“Os professores falaram de alimentação, sustentabilidade, higiene bucal e pessoal” (P2)

“Verificaram a visão, viram a parte odontológica, a pressão [...]. Deram palestras também... Sim. Falaram sobre drogas, alimentação, bullying. ” (P3)

“Foram tantos assuntos... Alimentação, higiene, sexualidade, gravidez na adolescência, família... [...] diversidade, preconceitos... Buscamos a formação do indivíduo, o respeito às culturas. Além daquelas consultas e exames [...]” (P4)

“Como eu te falei, nós fizemos toda a avaliação física das crianças, verificamos pressão, pesagem, avaliação oral, oftalmológica que começou este ano (...). Falamos sobre alimentação saudável, a hora do lanche, drogas... (S3)”

Para estes entrevistados, foram citados temas como “alimentação”, “higiene”, “bullying”, “drogas”, “sexualidade”, “família”, “preconceito”, “diversidade”. Temas que vão ao encontro ao proposto para o programa, voltados para as vulnerabilidades e agravos existentes em escolares:

“As estratégias de promoção da saúde serão abordadas a partir dos temas destacados como prioritários para a implementação da promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos no território, quais sejam:

Ações de segurança alimentar e promoção da alimentação saudável; Promoção das práticas corporais e atividade física nas escolas; 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 e

tabaco e outras drogas; Promoção da cultura de paz e prevenção das violências; e Promoção da saúde ambiental e desenvolvimento sustentável. (BRASIL, 2011)”

Ao mesmo tempo, esses participantes enfatizaram as avaliações antropométricas (verificação de peso, altura, Índice de Massa Corporal - IMC), pressão arterial, exame oftalmológico e de saúde bucal como temáticas desenvolvidas.

De certa forma, em quase todas as escolas e unidades de saúde entrevistadas havia o desenvolvimento de alguma ou outra ação relacionada aos componentes I - avaliação clínica e psicossocial; e II - promoção e prevenção à saúde do “Passo a Passo PSE” (BRASIL, 2011), iniciativas consideradas positivas, de acordo com a teoria do programa.

Neste estudo, considerando as diferenças entre prevenção, a educação em saúde ou em seu conceito ampliado, a PS, percebeu-se que a escolha pelos assuntos abordados estava muitas vezes relacionada à prevenção e proteção específica de determinada doença ou agravo visto naquela comunidade e não de PS verdadeira, capaz de capacitar e provocar mudanças a partir da própria comunidade. Para Buss & Pelligrini (2007), a prevenção difere-se da promoção, porque direciona mais às ações de detecção, o controle e o enfraquecimento dos fatores de risco, como temática emergente nas falas dos participantes.

As ações em sala de aula têm cunho de educação em saúde e dizem respeito a temas específicos da saúde, como área de conhecimento única destes profissionais e não construída em rede. Autores como Briceño-León (1996) e Cáceres (1995) deixam explícito o fato de que os programas de educação e saúde não devem se limitar a iniciativas de simples informação, mas a um “saber articulado” que capacite a comunidade a buscar suas próprias soluções de vida, propósito almejado além do setor saúde.

“Eles (ESF) têm feito palestras concernentes e alguns temas são definidos... Alimentação saudável... São temas mais necessários para as crianças... A questão da alimentação saudável é por causa do número de crianças desnutridas, às vezes com obesidade, né? (P7)

“Era para nós termos feito uma palestra mas acabou não tendo... Se bem que teve sim, as meninas entraram com uma parte de nutrição (S5).

A intersetorialidade, que ampliaria esse conceito para a junção de saberes de vários setores em busca de um objetivo único, não foi contemplada idealmente nas

falas dos entrevistados, e quando próxima desse conceito, era de natureza de 'parcerias'.

"Tem várias campanhas durante o ano. A saúde está desenvolvendo uma campanha sobre as drogas... A doutora passou o calendário dela para a escola e nós aproveitamos a oportunidade para fazer ações" (P6).

"Eles trabalharam a questão da violência, drogas, preconceito, higiene, saúde, alimentação, doenças venéreas, até porque nós temos um grupo bem diversificado nessa escola, alunos de seis a quinze anos, dentro do possível, eles tentaram atingir todos os meninos (P8)."

"Primeiramente a gente se reúne com a escola, com os coordenadores, quase nunca com os professores, não sei por quê... Por exemplo, essa última, nós fizemos uma conversa com figuras e partiu da saúde, outra nós chamamos o NASF com a psicologia..." (S9)

A PS, que visa no PSE, ao empoderamento, à educação entre pares, ao protagonismo juvenil e mudança de conceitos e hábitos, também não foi clara durante as entrevistas.

"Hoje, as ações de promoção são bem pontuais, mais ligadas à nutrição, à saúde bucal, às DSTs e AIDS, então, na prática, acaba não aproveitando o grande potencial que é ele, porque ele foi criado para potencializar, para fazer acontecer essas vertentes da atenção, da prevenção e da promoção (GTI municipal)

Isso, embora também houvesse o depoimento de ações puramente clínicas, ou ainda, pontuais e pouco efetivas:

*"Temos diretrizes, mas elas não são desenvolvidas." (S2)
"A enfermeira veio mas só olhou a pressão dos meninos, isso na feira de saúde porque eu convidei." (P2)*

A fala de S2 demonstra que há o conhecimento das diretrizes propostas, porém o desenvolvimento das ações não segue o proposto. Estas são desenvolvidas seguindo outras motivações e/ou experiências prévias dos profissionais como no caso citado por P2 quando a aferição de pressão arterial foi executada dentro de uma atividade escolar por uma enfermeira da ESF atendendo a um convite pessoal da professora e não se tratar de uma atividade periodicamente realizada de uma diretriz do PSE.

. "Os professores mesmo é que colocam esses temas nas aulas. Se for depender da saúde, não dá." (P2)

No diálogo da intersectorialidade, os temas propostos deveriam ser trabalhados conjuntamente entre educadores, trabalhadores da saúde e estudantes e até outros atores, de forma a unirem expertises e construir a troca de conhecimento saudável. Somente assim as temáticas seriam diversificadas envolvendo várias áreas de cunho interdisciplinar e intersectorial.

Na redação das diretrizes do PSE, diz-se que:

“As práticas em educação e saúde devem considerar os diversos contextos com o objetivo de realizar construções compartilhadas de saberes sustentados pelas histórias individuais e coletivas, com papéis sociais distintos – professores, educandos, merendeiras, porteiros, pais, mães, avós, entre outros sujeitos – produzindo aprendizagens significativas e ratificando uma ética inclusiva.” (BRASIL, 2011)

Com o objetivo de desenvolver ações integrais, é que as diretrizes do programa dividem em componentes os tipos de temáticas a serem desenvolvidas, de forma a dar maior clareza ao entendimento dos campos de atenção, envolvendo o empoderamento, prevenção, promoção, diagnóstico precoce, tratamento, reabilitação, cidadania e qualidade de vida. O ideal é que todos os componentes discriminados na teoria do programa fossem alcançados.

Existe ainda, em algumas falas, o desconhecimento sobre as ações propostas pelo programa, como a exemplificada por um dos profissionais da saúde (médico) entrevistado. Ao ser questionado sobre os tipos de atividades desenvolvidas, disse:

“Só as consultas, não é? (S6)”

Interessante dizer que tal entrevista foi sugerida à pesquisadora por um profissional da saúde da mesma UABSF, fazendo alusão às dificuldades de relacionamento enfrentadas entre os trabalhadores dessa unidade quanto desconhecimento de alguns acerca da proposta do PSE.

Ao ser questionado sobre os tipos de temáticas e/ou atividades desenvolvidas, o profissional garante realizar consultas, demonstrando insegurança quanto à proposta inicial do programa, acreditando ter este, caráter unicamente assistencialista.

A ideia de assistencialismo em saúde vem sendo disseminada principalmente desde meados do século XX, com o propósito de que a chamada “Medicina

Moderna” seria capaz de solucionar os problemas em saúde com ações curativistas (ACKERMAN e NADANOVSKI, 1992). Ações assistencialistas atenderiam aos interesses da indústria de tecnologia médica e reforçariam o modelo biomédico vigente, centrado na cura de doenças e na reabilitação dos indivíduos, sem a preocupação sobre as causas, determinantes sociais envolvidos e o conceito ampliado de saúde pautado na PS (BYDLOWSKI, WESTPHAL, PEREIRA, 2004).

Esse conceito assistencialista ainda é bastante forte entre os profissionais da saúde, reforçados por uma formação biologicista, e por uma população resultante da forma de pensar saúde do século passado, repleta de demandas populacionais dessa natureza e por políticas públicas voltadas para a assistência em saúde (BYDLOWSKI, WESTPHAL, PEREIRA, 2004).

Dalmolin *et al* (2011), em pesquisa com docentes de diversas áreas dos cursos da saúde, também encontraram resultados semelhantes acerca da forte tendência assistencialista e curativista ainda presente na forma de pensar saúde e na formação dos diferentes recursos humanos envolvidos nessa área de atuação:

“Para alguns participantes do estudo, o conceito de saúde parece estar associado a um olhar biologicista, reduzindo-se apenas ao processo de cura, deixando de lado os determinantes sociais, psicológicos, espirituais e contextuais do indivíduo. Percebe-se, portanto, que apesar dos grandes avanços e conquistas no processo de saúde brasileiro, ainda perdura, por parte de alguns profissionais da saúde, a abordagem ao modelo biologicista, mecanicista e materialista, a qual se restringe ao cuidado técnico, aos aspectos do adoecimento, desconsiderando, muitas vezes, o usuário em sua integralidade e na sua dimensão singular, postando, com isso, a humanização do cuidado em segundo plano”. Dalmolin *et al* (2011)

A valorização de ações e temáticas de cunho assistencialista também esteve presente em outras falas:

“Sim, nós fizemos avaliação física, bucal, oftalmológica, avaliação das fichas... Já existe um questionário pronto. Vimos o cartão vacinal... [...]” (S3)

“Peso, altura, IMC... Aplicamos também a caderneta do Adolescente.” (S4)

“Bom, o pessoal da saúde veio e verificou a visão dos meninos, o dentista viu como estava a saúde bucal, a enfermeira viu a pressão..(P3).”

“(Temáticas) do PSE? Claro, eles vêm aqui, fazem as consultas e até encaminham” (P3)

Convém lembrar que o PSE apresenta realmente como um de seus componentes a questão de avaliação clínica, diagnóstico precoce e as chamadas

“consultas”, mas estas ainda não contemplam a totalidade da proposta, pelo contrário, é apenas um item das ações do PSE. Sobre isso, o “Passo a Passo PSE (2011), afirma:

“É preciso compreender que o espaço escolar não deve ser utilizado para consultas médicas com o objetivo da medicalização ou de diagnóstico clínico-psíquico dos fracassos do processo ensino-aprendizagem, mas apenas para triagens, por sua objetividade e ganho em ambiente coletivo.”
(BRASIL, 2011, p.6)

Ao analisar a proposta do programa, percebe-se que as temáticas assistenciais não devem configurar a centralidade das ações em saúde realizadas no âmbito da escola e do PSE:

“O PSE tem como objetivo contribuir para a formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção, prevenção e atenção a saúde, com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino.”
(BRASIL, 2011, p.14)

Nesse contexto, percebe-se que ações e temáticas sobre educação em saúde, prevenção e PS também devem ser desenvolvidas no PSE. Soma-se à teoria do programa o fato deste ter a ESF como estratégia de ação para a consolidação do atendimento integral e qualidade de vida de escolares. Como sabido, a ESF consiste em um modelo de reorientação da assistência em saúde, com foco na PS às famílias de uma área adstrita. Dessa forma, seria o PSE um campo para essas ações também propostas à ESF, programa que ultrapassaria a necessidade de assistência, mas que também teria o empoderamento, a capacitação da comunidade e a PS como estratégias fundamentais para a melhoria da saúde do escolar.

Nunes e Barbosa (2000) salientaram o papel da ESF na lógica da PS:

“A Saúde da Família propõe uma prática assistencial com novas bases estruturais, as quais substituem o modelo tradicional de assistência direcionado à cura de doenças. Deste modo, torna-se uma estratégia que prioriza ações de promoção, proteção e recuperação da saúde familiar de forma integral.” (NUNES e BARBOSA, 2000)

Em seu estudo sobre “Políticas públicas, controle estatal e superação do modelo assistencialista de Estado”, Santos (2012) considera ainda presente a característica assistencialista de várias políticas públicas, “com o Estado cedendo seus serviços em caráter de favor” e afirma ser importante o desenvolvimento de

iniciativas que considerem a busca por cidadania e direitos legítimos das pessoas como caminho para a melhoria das condições da população. Com isso, cabe perguntar se o PSE tem propiciado realmente o desenvolvimento de temáticas, tal como diz a sua teoria, voltadas ao enfrentamento das vulnerabilidades de crianças e jovens de escolas públicas brasileiras ou se ainda impulsiona ações puramente assistencialistas e de inclusão que não colaboram verdadeiramente com a dignidade humana.

Um profissional da saúde, mesmo com vistas a seu desconhecimento sobre a teoria do programa, mas participante ativo de sua prática, diz:

[...] Ele (PSE) gera renda para a secretaria e município e a gente tem que cumprir o cronograma. Aí vai lá a equipe e tenta fazer naquela data, aquela quantidade de aluno (S6)".

Quando diz “cumprir o cronograma”, ressalta a existência de cumprimento de metas estipuladas por instâncias de governo. Assim, a forma de avaliar as ações do PSE também é importante para nortear a prática e as iniciativas das equipes de saúde e de educação, ou valorizando ações preventivas e de educação em saúde, ou as ações clínicas ou, como é de se esperar, de todas as ações previstas na proposta do programa.

No momento da entrevista ao representante do GTI, quando questionado sobre as temáticas do PSE, foi ressaltado:

“A gente percebe que o PSE tem tantos indicadores que tanto a escola quanto a unidade, eles correm atrás desses dados e que esses dados a meu ver eles se limitam muito na questão do exame clínico, de detectar problemas e encaminhamentos. A questão da prevenção parece ser ter uma tendência de ir para a pontualidade mesmo e nesse sentido, eu venho observando ultimamente que a gente deixou um pouco a questão da prevenção [...]” (GTI municipal)

A avaliação de programas relacionados à saúde é uma parte complexa, mas que pode estar relacionada ao direcionamento das ações para o próprio programa. Isso ocorre com maior dificuldade de avaliação para os programas voltados a ações que extrapolam as atividades quantificáveis como as de ‘número de atendidos’, mas contemplam iniciativas de intersetorialidade, de mudança de hábitos e de PS, estas requerem maior tempo de acompanhamento e categorias várias de avaliação.

A exemplo, Bodstein e Zancan, 2004, em seu estudo sobre “Avaliação das ações de promoção da saúde em contextos de pobreza e vulnerabilidade social” afirmam que *“o fundamental na avaliação desses programas é a compreensão sobre a dinâmica capaz de desencadear mudanças mais consistentes, tanto na rede de sociabilidade local, como na qualidade de vida”*.

O entrevistado acrescenta sobre a avaliação feita pelo PSE:

“Então, ele (PSE) é perfeito do ponto de vista da promoção da saúde... O que aconteceu com ele foi que preconiza a atenção da promoção e da prevenção, não sei se por conveniência ou facilidade, a maioria das pessoas interpretam ele como ação de promoção da saúde, mas na verdade, mais de assistência, de atenção, porque ele vai e prioriza o exame clínico, a própria escola quer o exame clínico, a estratégia, o pessoal faz o exame clínico, as ações de promoção são bem pontuais, mais ligadas à nutrição, à saúde bucal, às DSTs e AIDS, então, na prática, acaba não aproveitando o grande potencial que é ele, porque ele foi criado para potencializar, para fazer acontecer essas vertentes da atenção, da prevenção e da promoção. (GTI municipal)”

O entrevistado mostra uma constatação sua a respeito do desencadeamento das ações do PSE mais focadas em assistência e menos naquelas voltadas à PS. Na verdade, a questão das necessidades de assistência ser ainda muito presente na população de países em desenvolvimento, como o Brasil, poderia forçar uma atenção assistencial como reposta à alta demanda de uma população doente (BYDLOWSKI, WESTPHAL, PEREIRA, 2004).

Quanto aos estudantes entrevistados, foi notória a memória a respeito também das ações clínicas:

“Ela botou um colírio no meu olho. Pediu para eu olhar lá naquela coisa....(...) Aí depois eu tive que usar óculos (E4).”

*“Lembro quando eles vieram e fizeram perguntas e mediu a pressão (E6).”
“Eles pesaram a gente, viram a pressão.” (E2)*

“Eles olharam a gente, viu se a gente precisava usar óculos, viu a altura, viu a boca (E9)”

Para Bydlowski (2004), ainda é presente erroneamente na população, principalmente para os segmentos excluídos, que aspectos preventivos específicos e ações voltadas para a cura de doenças resultam no combate ao adoecimento e melhoria dos níveis de saúde. E no caso exposto, apesar de muito jovens, os

entrevistados já demonstram lembrar-se de exames clínicos como característica dos profissionais da saúde, confirmando o estudo citado.

Vale ressaltar que, segundo os componentes do PSE, há a legítima necessidade de constante formação dos atores envolvidos com o programa (componente III), de forma a entenderem a problemática das vulnerabilidades, assim como a construção de ações no contexto da PS. Essa formação para os profissionais pode contribuir para a maior reflexão sobre os tipos de temáticas desenvolvidas, assim como melhor entendimento da amplitude da proposta do programa.

5.2.2 Definição das Temáticas

A complexidade do setor saúde exige uma abordagem de temáticas de forma conjunta entre setores diversos. Para enfrentar de forma eficiente os problemas de saúde em que vive a população, somente ações coletivas, intersetoriais, transdisciplinares e que proporcionem o desenvolvimento de autonomia nos sujeitos podem apresentar resultados satisfatórios (JUNQUEIRA e INOJOSA, 1997 apud WIMMER E FIGUEIREDO, 2005).

O PSE busca em sua teoria, mostrar que o trabalho intersetorial, sobretudo das equipes da ESF e das equipes das escolas é fundamental na consolidação de ações que estreitem a relação entre educação e saúde e promovam qualidade de vida para os envolvidos. Para o programa, as atividades em saúde a serem desenvolvidas “devem fazer parte do projeto político-pedagógico escolar” (BRASIL, 2011). Além disso, devem ser realizadas em sala de aula pelos professores, orientados e pelos trabalhadores da saúde. O planejamento deve ser prévio às atividades e estas, agendadas com o apoio da escola (BRASIL, 2011).

“Portanto, estratégias pedagógicas podem ser sugeridas tanto pelos profissionais de saúde quanto de educação para que sejam analisadas pelo setor da educação e estejam coerentes com os fundamentos e pressupostos de aprendizagem adotados e aceitos, caracterizando uma ação conjunta, de maneira que sejam respeitadas as competências próprias de cada setor, assim como suas estratégias de atuação no que concerne sua área técnica por excelência. (BRASIL, 2011)”

No contexto da intersetorialidade e das diretrizes do PSE, este trabalho buscou analisar as respostas dos entrevistados da saúde e da educação sobre o

planejamento das atividades propostas no âmbito do programa, sobretudo, quem participava das definições das temáticas e/ou atividades desenvolvidas.

Para Batista (2003, p.35), *“planejar não pode ser considerado uma atividade neutra, mas intencional; conta com a projeção de objetivos e estabelecimento de meios, sendo um exercício de reflexão ideologicamente comprometido.”* Assim, conhecer os atores que definem um planejamento reflete em interpretar como as ações estão sendo propostas, quais os objetivos das mesmas e o caminho de interesse percorrido por cada setor envolvido no programa.

As equipes da ESF salientaram que as temáticas são pré-definidas e há o esforço para que sejam planejadas de forma conjunta:

“A gente dá liberdade para a escola. A escola na verdade que fala, que escolhe, vê as necessidades dos alunos (S9).”

“Nós conversamos, temos uma relação próxima, de planejamento conjunto [...] às vezes planejamos por telefone também.(P1)”

“Na verdade, a gente tem uma organização inicial. Ao final de cada ano letivo, a gente faz uma avaliação, a gente reflete o que foi feito (...). Nosso PPP por exemplo, foi elaborado por três anos. A gente propôs atividades sobre saúde, sustentabilidade, meio ambiente. Aí no começo do ano, a gente parte dessa avaliação e segue o eixo temático (P4).”

Nessas falas, vêm-se aspectos positivos quanto à tentativa de planejamento, percebendo a característica de parcerias na definição dos temas propostos como atividades para os educandos. Da mesma forma, há obediência acerca da proposta de atividades juntamente com o planejamento pedagógico da escola.

Na verdade, questões relacionadas a planejamento de ações têm lugar central em vários estudos sobre intersetorialidade, tanto no campo da Administração Pública como no da Saúde Coletiva, vista sua importância para o alcance da melhoria das condições de vida da coletividade. Em seu estudo, por exemplo, Monnerat e Souza (2010) ressaltam essa necessidade de planejamento conjunto e intersetorial para o sucesso das ações em saúde:

“O planejamento deve ser a tradução da articulação entre saberes e práticas setoriais, considerando-se que no âmbito do planejamento conjunto a intersetorialidade deve se concretizar como síntese de conhecimentos diversos (interdisciplinaridade) para atuar sobre problemas concretos” (Monnerat e Souza, 2010, p. 204).

Por ser fundamental um planejamento intersetorial, há que se considerar o papel de iniciativa de cada setor para que ações conjuntas aconteçam. Segundo as diretrizes do PSE, *“atividades em saúde devem atender às expectativas dos professores e educandos”* (BRASIL, 2011, p. 13), o que pode dizer que o setor saúde deve ter iniciativas que sejam coerentes às necessidades escolares.

Esse fato pode dar margem à interpretação errônea de que deve sempre partir do setor saúde a iniciativa para as atividades, sem a preocupação da escola também conhecer o ambiente da saúde, tão menos buscar, se necessário, a iniciativa para as ações.

“No turno matutino vem uma médica, acho que é até odontóloga, ela que é responsável pela equipe, ela está sempre aqui, muito educada, prestativa. [...] Já a equipe do turno vespertino, eles estiveram aqui, apesar de serem um pouco desorganizados, a gente também percebeu que a equipe do vespertino não vem com frequência (...). Eu não sei como é esse cronograma de ações do PSE, mas a realidade que a gente viveu em 2012 e 2013 é essa. Esse ano, a equipe do vespertino veio uma única vez. Não se o porquê. (P6)”

“Nessa atual equipe é um pouco tumultuado porque às vezes a gente chega na escola para desenvolver a atividade previamente organizada, mas aí eles ficam meio aéreos e não sabem o que vão fazer sendo que a gente já combinou.. É uma coisa meio que a gente da saúde tem que fazer” (S9)

Reconhecendo a forte liderança do setor saúde na proposição de ações intersetoriais, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) recomenda que a *“ações intersetoriais demandam da área da saúde não somente iniciativa, mas receptividade a convocatórias de outros setores”* (COSTA; PONTES. ROCHA, 2006, p.99). Dessa forma, há a responsabilização de todos os setores envolvidos além da iniciativa em si, mas na forma de acolher os atores envolvidos nas ações intersetoriais. Caso não haja essa responsabilidade de planejamento por parte de todos os setores envolvidos, não há como considerar ações ditas intersetoriais.

No entanto, para Giovanella (2002, p.55), *“a existência de rede básica com adscrição populacional é tomada como critério do estabelecimento de vínculos entre usuários e unidades”*, ou seja, seria estratégico que o PSE estimulasse primeiramente a iniciativa de ações para o programa por parte das equipes da ESF, por ser um modelo de reorientação de assistência e responsável por uma área definida, mas que usualmente extrapola os muros da unidade para o (re) conhecimento das necessidades da comunidade e seus determinantes sociais específicos. A escola torna-se parceira quando acolhe a equipe de saúde, e é capaz

de construir ações intersetoriais quando passa a planejar e executar juntos as ações voltadas para a qualidade de vida dos escolares.

Embora haja nas falas o componente de planejamento conjunto, houve também a detecção, sobretudo dos profissionais da saúde, de uma clara relação de obediência a um cronograma sugerido pela SMS.

“Existe a sugestão da escola, mas a gente acaba cumprindo o cronograma da SMS. Fazemos até um curso no início do ano [...]” (S1)

“Temos um cronograma que vem pra gente no início do ano, mas ainda não foram desenvolvidas... Sozinha não dá.” (S2)

“Não sei quem definiu os temas. Só sei que chega aí pra gente... Veio de cima pra baixo.” (S2)

“É de acordo com a coordenação mesmo.” (S3)

“Acho que foi a Secretaria, né?” (S4)

“Tem o dia marcado, a gente chega lá, monta tudo o que é preconizado lá, olha os parâmetros biométricos, depois passa pelo dentista, consulta com o dentista e com o médico, só. A gente pergunta baseado no formulário.(S6)”

“Veio de cima para baixo. Antes, a gente que escolhia de acordo com a necessidade da escola.(S7)”

Sobre este cronograma, foi indagado pela pesquisadora se era considerado “bom”, destacando-se as seguintes respostas:

“É bom porque a gente já sabe o que fazer, né? Já vem tudo explicado sobre as atividades que a gente deve fazer. Tem até curso pra gente sobre isso. Facilitou o trabalho” (S1)

“De forma alguma. Pra mim, foi uma mudança ruim, porque a gente não faz mais aquela etapa de diagnóstico. Na verdade, engessou a gente. Esse programa era pra gente conhecer a realidade da escola, o jeito que eles vivem, “o” que eles precisam mais... Mas agora, eu tenho que seguir temas que servem pra Goiânia inteira.” (S3)

“Só serviria se eu tivesse estrutura, uma equipe completa... Do jeito que está, não tem nem como seguir isso daqui.” (S2)

“É bom. Tem de tudo um pouco pra gente falar.” (S4)

A tarefa que se coloca para a escola, bem como para o setor saúde, é sem dúvida a de superar as práticas isoladas, procurando promover um trabalho conjunto, intersetorial (SOARES; SALVETTI & ÁVILA, 2003). Aerts, 2004,

analisando ações de PS no âmbito escolar, afirma que é preciso que os trabalhadores envolvidos com programas intersetoriais conheçam a realidade em que vive a comunidade beneficiada (nesse caso, a escolar), e suas características sócio-culturais, valores e crenças. Para Chaves e Videira-Silva, (2007), o planejamento estratégico permite atender ao dinamismo das situações sociais, de pessoas e dos seus contextos. Esses aspectos devem ser investigados para se definirem necessidades, problemas e expectativas. O conhecimento gerado com a pesquisa e diagnóstico da realidade vivenciada subsidiam a escolha e a organização dos conteúdos e atividades pedagógicas.

Dessa forma, com a criação de um cronograma, as temáticas passam a não ser mais específicas no contexto de vida daquela dada comunidade. Elas são generalizadas para todos os tipos de grupos. Se aparentemente há o interesse de facilitar o desenvolvimento do trabalho com pré-definições, efetivamente as ações não são voltadas para os critérios de vulnerabilidade vivenciados para a população adstrita, o que vai de encontro à proposta da ESF e do PSE (BRASIL, 2006 a) e principalmente à PS.

No entanto, há a preocupação de que, a depender da motivação e do nível de conhecimento dos atores envolvidos com programas, estes muitas vezes não consigam desenvolver um planejamento estratégico (WHO, 1996), e por esse motivo, possam inviabilizar ações previstas de intersectorialidade. Assim, o cronograma poderia ser um orientador de ações e permitiria auxiliar os recursos humanos na execução das propostas do programa.

5.2.3 Metodologias Utilizadas

Etimologicamente, de origem grega, a palavra “metodologia” advém de *methodos*, que significa “meta” (objetivo, finalidade) e “*hodos*” (caminho, intermediação), isto é caminho para se atingir um objetivo. Por sua vez, “*logia*” quer dizer conhecimento, estudo. Assim, “metodologia” significaria o estudo dos métodos, dos caminhos a percorrer, tendo em vista o alcance de uma meta, objetivo ou finalidade.

O ambiente escolar e as práticas de ensino-aprendizagem estiveram, historicamente, marcadas por metodologias conservadoras ou chamadas também

de 'tradicionais', influenciadas pelo método cartesiano-newtoniano, com disciplinas fragmentadas e campos do saber sistematizados (CAPRA, 2006; COTTA, 2006; COTTA, 2007).

A prática tradicional ou bancária é centralizada na reprodução do conhecimento, o professor (ou aquele que ensina, no caso o trabalhador da saúde) possui o saber, transmite conteúdos, de forma que o escolar assimila o que foi dado, sem estimular uma visão crítica e reflexiva sobre determinado assunto (ALVES, 2003; MITRE, 2008).

Quando se reflete sobre as práticas de educação em saúde, há uma aproximação do setor saúde com as tendências de ensino-aprendizagem no que diz respeito ao intuito de se fazer entender, criticar, provocar mudanças na realidade a partir da própria comunidade. Isso porque construir saúde engloba empoderar as pessoas no entendimento sobre suas condições de vida e capacitar os cidadãos na alteração de sua realidade a favor de qualidade de vida coletiva.

A partir desta perspectiva, as tendências atuais na área da educação apontam para a utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, 'visando tornar o escolar ativo em seu próprio processo de formação' (SILVEIRA 2006, apud COTTA et al, 2012).

Diferentemente da metodologia tradicional, metodologias ativas são oriundas de um modelo crítico-reflexivo que induz à intervenção da realidade, propõe a construção coletiva de conhecimento em vários cenários de aprendizagem. Neste caso, o centro da construção de saber não está mais focado no professor ou educador, mas sim, no próprio estudante, ativo no processo de busca por conhecimento (ALVES, 2003; MITRE, 2008; COTTA, 2012).

Coerente a esse processo de mudança nas práticas de ensino-aprendizagem, o PSE propõe em suas diretrizes que as ações sejam construídas de forma a estimular o "enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento das crianças e jovens da rede pública de ensino (BRASIL, 2011, p.15), de forma que haja participação ativa dos sujeitos.

"A inclusão de temas nos projetos político-pedagógicos também facilita o protagonismo dos educandos, apontando para um processo importante de auto-cuidado. Falar e trabalhar pedagogicamente os temas de alimentação, visão, audição, práticas corporais e outros aproximam os educandos da ação e desperta o interesse deles com suas próprias condições de saúde e riscos. (BRASIL, 2011, p. 16)

Assim, sendo o PSE um possível estimulador do processo ensino-aprendizagem no contexto da saúde, buscou-se conhecer as metodologias utilizadas pelos trabalhadores da saúde e educadores na construção de conhecimento e capacitação de crianças e jovens da rede pública beneficiados com o programa.

As respostas apresentaram:

“Por exemplo, essa última, nós fizemos uma conversa com figuras e partiu da saúde, outra nós chamamos o NASF com a psicologia... Cada uma, um propõe uma idéia que demanda uma atividade. Essa última, nós fizemos gravuras, apresentação dos desenhos, jogos e por fim, uma história. A psicóloga lia a história para fixar o conteúdo (S9)”

“Nas palestras, já aconteceu deles utilizarem data-show, em forma de fantoches, teatro, mesa redonda, jogos, conversa com as meninas, com os meninos... Tem dinâmicas diferenciadas (P7).”

As falas descritas mostram a tentativa de educadores e trabalhadores da saúde em desenvolverem atividades dentro de uma concepção mais ativa, utilizando o lúdico muitas vezes como estratégia de aprendizado.

Em seu estudo, Pires *et al* (2013, p.386 e 387), mostra, assim como os respondentes desta pesquisa, a utilização do jogo como ferramenta de aprendizagem, no caso do estudo, sobre o SUS e afirma que, este método “contemplou os aspectos plurais da formação humana, como a interação em grupo, a participação ativa, a capacidade de auto-reflexão, a motivação para o estudo e a vontade de conquista”. De forma semelhante, as rodas de conversas também consistem em boa estratégia baseada na aprendizagem significativa, de forma a construir saberes a partir das experiências das pessoas (TREVISAN *et al*, 2013). Momentos de reuniões possibilitam discutir problemas, propor soluções em conjunto de acordo com as necessidades existentes.

Apesar dessas iniciativas, a maioria das respostas disse utilizar as tradicionais palestras como metodologia de educação em saúde:

“Geralmente é palestra mesmo.(P3)”

“Palestras, teatros, consultas(P8)”

“Palestras, entrega das cadernetas”. (P1)

O fato de profissionais de saúde recorrer a palestras tradicionais para as atividades de educação em saúde também foi verificado em um estudo de Ronzanni,

em 2008, ao avaliar ações de prevenção de trabalhadores da ESF. Eles perceberam que as equipes têm dificuldades para criar estratégias eficientes de atingir os objetivos de prevenção e promoção da saúde. O trabalho afirma que seria ideal que as equipes fossem sejam criativas, sobretudo para a vocação de trabalhos em grupo, uma forma de tornar ativo o processo de aprendizagem.

Quanto a isso, a teoria do Passo a Passo PSE (2011, p. 40, anexo), diz que as atividades devem “utilizar metodologias participativas, (oficinas temáticas, vídeos, gincanas, rodas de conversa, debates a partir de expressões artísticas, intervenção da comunidade”. Esse envolvimento de diversos atores necessita da busca por outros setores com maiores expertises de conhecimento, o que possibilitaria fortalecer parcerias e a intersetorialidade de ações. Além disso, na perspectiva da PS, a interação de educandos, educadores, trabalhadores da saúde e comunidade em uma abordagem mais participativa contribui para que o espaço escolar seja realmente um promotor de saúde, capacitando cidadãos para a busca por qualidade de vida (TUSSET, 2012).

Oliveira e Gonçalves (2004, p. 761) também salientaram que “a educação em saúde deve provocar conflito nos indivíduos, criando oportunidade da pessoa pensar e repensar a sua cultura, e ele próprio transformar a sua realidade”. Assim, em sua experiência com um grupo da enfermagem junto a escolares, realizaram a chamada “palestra dialogada” em que havia a oportunidade dos participantes compartilharem problemas e proporem soluções.

Já no trabalho de Fujimori (2008), ao avaliar os resultados de palestras junto a escolares do ensino fundamental sobre aleitamento materno teve como resultados a indicação desta metodologia em saúde no ambiente escolar, respeitando a metodologia da própria escola, afinal, as respostas dos escolares mostraram influência benéfica das palestras sobre o conhecimento, percepção e atitudes acerca do tema proposto.

Acredita-se ainda, para um respondente, que independente da metodologia, o fato de ter a presença de profissionais pertencentes à outra instância que não seja ao equipamento escolar, já produza impactos positivos no aprendizado:

*“Tem sempre as palestras. Além disso, quando a equipe de saúde vem, eles falam de forma diferente. É melhor, as crianças entendem mais”
(P4)*

Sobre o “entender mais” por parte dos educandos, qualquer metodologia utilizada deve considerar o perfil do público-alvo, a adequação da linguagem, faixa etária e entendimento prévio acerca do assunto (OLIVEIRA E GONÇALVES, 2004; FUJIMORI, 2008). Assim, desenvolver atividades de educação em saúde requer entendimento do setor saúde sobre a realidade em que está inserida a escola, sendo necessárias iniciativas verdadeiras de intersectorialidade, estabelecendo diálogo e planejamento conjunto dessas atividades, assim como propõe o PSE:

“O trabalho conjunto entre escola e equipe de saúde pode trazer novos sentidos para a produção da saúde, construindo redes de produção de saberes e de solidariedade entre profissionais e comunidade” (BRASIL, 2011, p. 17)

E para os alunos, as temáticas foram desenvolvidas da seguinte forma:

“Eles fazem brincadeiras e conversam com a turma”. (E4)

“Fizeram brincadeiras com a gente sobre alimentação.” (E1)

“Eles olharam a pressão da gente.” (E2)

“Fizeram um monte de coisa... [...] Fizeram palestra, brincadeira, uma gincana. Os alunos tem liberdade de expressão.” (E3)

De forma geral, os escolares respondem com coerência às atividades realizadas, sejam elas somente clínicas e de educação em saúde, envolvendo metodologias ativas e tradicionais. No entanto, uma metodologia problematizadora poderia cumprir melhor ao proposto pelo PSE, na tentativa de construir o chamado “protagonismo juvenil” no âmbito da PS.

Assim como para o PSE, Ferreti *et al* (2004) já conceituava o termo ‘protagonismo juvenil’ como um conceito multifacetado carregado de concepção pedagógica e política, relacionados à capacitação de jovens como agentes da construção de responsabilidade social, identidade, autonomia e cidadania.

Observou-se que nenhum dos entrevistados ressaltou o termo “protagonismo juvenil”, apesar de o PSE indicar o guia “Adolescentes e Jovens para a educação entre pares”, dentro da lógica de formação de atores para o programa, componente III do PSE. Assim, conforme anotações de diário de campo da pesquisadora, suas percepções revelam que a preocupação maior dos entrevistados seria acerca das

ações de educação em saúde voltadas para a prevenção específica de agravos e não para o empoderamento real dos jovens beneficiados com o programa. Ao mesmo tempo, o conhecimento ficava, na maioria das vezes, centralizado nos temas dominados pela própria saúde, sem iniciativa de ações com outros setores que possibilitassem a discussão de mais temáticas com outras formas de metodologias. Nas respostas, não houve depoimento de aliança com grupos de teatro, de profissionais do Direito e Justiça, do Meio Ambiente, entre outros. Somente, com profissionais da saúde que trabalham interligados à própria ESF (Diário de Campo).

5.3 IMPACTO DAS AÇÕES INTERSETORIAIS DESENVOLVIDAS A PARTIR DO PSE

O impacto de ações diz respeito à análise de resultados esperados ou não de acordo com os objetivos de uma dada proposta de intervenção. Por sua vez, resultados são as mudanças que o programa pretende propiciar na realidade (BEZERRA, CAZARIN, ALVES, 2010).

Com essa lógica, há a divisão em:

“Resultados intermediários – atingem a população-alvo do programa com resultados diretos, de curto e médio prazo, podendo retratar o resultado do conjunto de atividades de um componente; Resultados finais- atingem a população geral e são, em sua maioria, de longo prazo, muitas vezes influenciados por fatores externos ao programa”

(BEZERRA, CAZARIN, ALVES, 2010, p.72).

No presente trabalho, buscou-se analisar as informações coletadas dos participantes na rotina do programa acerca do que eles consideram como impacto e/ou resultados de suas ações de intersectorialidade dentro do PSE.

Quando questionados sobre os resultados positivos intersectoriais alcançados com o programa, os participantes responderam sobre a assistência à saúde:

“Eu acho que tudo foi positivo. Mas o que eu posso dizer é que encontraram três casos de hanseníase na escola durante o PSE. A gente nem sabia que os meninos tinham isso (P3).”

“Os meninos foram encaminhados pra tratar.(P3).”

“Positivo? Difícil, viu? (risos). Bom, a gente sabe que existe um posto aqui perto, aí as crianças são encaminhadas para lá. Talvez o PSE melhorou isso (P2).”

“Acho que todas elas foram positivas, além do que a própria avaliação antropométrica fez abrir os olhos para os pais sobre a prevenção de algumas doenças (P1)”

Os participantes viram como impacto positivo a garantia de tratamento para as crianças ou a oportunidade de diagnóstico precoce para as doenças já existentes em indivíduos da comunidade escolar. A garantia de assistência à saúde foi entendida como uma ação intersetorial. Em sua pesquisa sobre a percepção de educadores e profissionais da saúde acerca das atividades desenvolvidas no ambiente escolar, Faria *et al* (2013) também obteve resultados semelhantes quanto ao predomínio do conhecimento dos participantes baseado no modelo biomédico e na interpretação de que o programa pudesse atender às necessidades de assistência da comunidade escolar. Segundo os autores, esse pensamento parece comprometer a concretização de ações intersetoriais, uma vez que atribui somente ao setor saúde a resolução de problemas focados em doenças.

Silva *et al* (2013), em seu trabalho sobre as percepções de gestores de saúde e educação acerca de ações intersetoriais, também percebeu que os fatores “encaminhamento e assistência” foram recorrentes nas falas dos entrevistados como um impacto das ações intersetoriais, no entanto, os pesquisadores classificaram as relações existentes como de “parceria”, considerando a fragmentação no processo de trabalho.

Outro impacto atribuído foi a receptividade dos alunos diante à equipe de saúde. Segundo fala, além de satisfatório, o acolhimento foi crescente ao decorrer do desenvolvimento das ações do PSE:

“Nossa! (risos) Elas adoram o PSE! Ficam ansiosos quando a gente fala que o pessoal da saúde vem pra cá (P3).”

“Os alunos adoram quando eles vêm pra cá. Sabem que vão fazer uma atividade diferente. (P1)”

Em pesquisa de percepções dos profissionais da saúde sobre os programas realizados com jovens adolescentes, os respondentes afirmaram “ter dificuldades no trato diário com esse grupo etário”, atribuindo, entre outras causas, acolhimento deficiente e desobediência às orientações em saúde (GALVÃO, 2013).

Em estudo semelhante, Duarte *et al* (2013), ao entrevistar profissionais da Enfermagem relacionados a programas com adolescentes, esses também relataram as dificuldades inerentes ao trato com esse grupo específico.

Dessa forma, os resultados aqui expostos sobre o progressivo acolhimento de crianças e adolescentes às atividades do PSE, embora não configurem de fato uma ação intersetorial, podem ser considerados como impactos positivos e frutos da aproximação entre os diversos setores, considerados assim, importantes para a construção da intersectorialidade (COSTA; PONTES. ROCHA, 2006).

As falas dos estudantes também confirmaram impacto positivo:

“Ah, eles se preocupam com a gente, temos liberdade com eles.” (E3)

“ Meus colegas gostam do PSE.” (E4)

“Eu gosto quando eles vêm aqui. Falam sobre saúde, vê se a gente tem pressão alta, se tem cárie” (E7)

Interessante a fala de uma criança entrevistada:

“Fiquei assustada. Pensei que era injeção...” (E1)

O relato dos estudantes, crianças e adolescentes revelam aspectos interessantes sobre o PSE e também sobre PS. Segundo Santiago (2012, p. 1027), *“a escola é formadora de opiniões de crianças, adolescentes e de suas famílias, sendo um dispositivo social a ser utilizado como cenário e ferramenta da educação em saúde”*. De forma simples, as falas dos estudantes mostram como suas famílias e a grande parcela da sociedade considera a saúde. Quando a criança faz referência à chegada da equipe da ESF a “injeções”, reafirma a concepção de assistência ou prevenção imunológica. Para ela, ainda não há correlação desses profissionais com acompanhamento em ações que não sejam meramente assistenciais.

Pode-se refletir que há razões históricas imbuídas nesse pensamento social, refletido aqui na fala da criança. Os modelos de atenção à saúde que mais se destacaram ao longo da história brasileira foram o sanitarista, na primeira metade do

século XX, o médico-assistencial privatista, ainda presente nos dias de hoje, e os alternativos (AERTS, 2004).

A ESF surgiu para reorientar o modelo de atenção em saúde, numa perspectiva de acompanhar uma população adstrita, muito além de ações assistenciais, mas voltadas principalmente para a PS. A aproximação da equipe da ESF de sua comunidade promovendo diminuição de vulnerabilidades é um dos propósitos do PSE (BRASIL, 2006a).

Em um estudo de Santiago et al, 2012, em que mostrou o processo de implantação do PSE pela equipe da ESF em uma escola de Fortaleza-CE, verificou-se justamente a relação entre os adolescentes e os profissionais de saúde. Para o estudo, a relação ainda é limitada, sendo a proposta do PSE uma oportunidade para estabelecer e manter um vínculo pautado na corresponsabilização e em uma postura de confiança entre adolescentes e ESF.

Para a mesma criança respondente (E1) sobre a relação de sua turma com a ESF, após responder que pensara que fosse “injeção”, a pesquisadora continuou a perguntar:

“Ah, e agora? Você ainda acha que é injeção? (pesquisadora)

“Não. Eles não fazem injeção... Só olham a gente, conversa também.” (E1)

A segunda fala da estudante pode mostrar uma certa aproximação dela (ou da turma) com a equipe da ESF pela oportunidade do PSE, de forma semelhante à conclusão do estudo de Santiago (2012), criando vínculo entre a ESF e comunidade escolar numa perspectiva diferente de um modelo exclusivamente assistencialista.

Outro aspecto levantado como impacto positivo foi a participação da família:

“Todos apoiaram. Aqui, de manhã nós temos alunos mais velhos. À tarde, são mais novos. Eu percebi que principalmente o pessoal da tarde, os pais vieram, participaram, assinaram os termos de consentimento.” (P4)

Gomes e Horta (2011), também ao trabalhar percepções com educadores, revelaram a importância atribuída à família na consolidação de parcerias entre saúde e educação.

Embora os pais tenham participado das atividades da escola, ainda assim a entrevistada diz “assinaram os termos de consentimento”. Essa é uma tendência da instituição escola em considerar como participação desses sujeitos o simples fato de

estar cientes quanto a tarefas e reuniões. Isso não configura uma mobilização da família, tão menos a capacitação para a mudança de hábitos e articulações no âmbito da PS (CARVALHO, 2004; TUSSET, 2012).

A escola deve ser entendida como um espaço promotor de saúde na medida em que respeita a autonomia da família, mas a torna co-responsável pelo processo de desenvolvimento integral dos escolares (REZENDE, 2006; SILVA, 2006; TUSSET, 2012).

Durante as falas, impactos negativos diretos relacionados às atividades do PSE na escola não foram levantados pelos respondentes. Apesar de existirem fatores dificultadores, os participantes que realizavam as atividades mostraram satisfação quanto aos resultados alcançados.

Apesar disso, duas falas explicitam um impacto negativo indireto do programa junto à comunidade escolar:

“Nós temos aqui crianças com problemas de excesso de peso, oftalmológicos e a equipe diagnóstica de forma correta. Mas quando eles encaminham essa criança para a família pegar essa criança e levar para um pediatra infantil ou um endócrino infantil para tratar o problema de excesso de peso, eles não conseguem. Então, a proposta é muito boa, mas quando eles vão para o sistema de saúde, eles não conseguem, não tem vagas. Então eu vejo isso como um entrave. (P6)”

“Negativo é a dificuldade para fazer os encaminhamentos. A gente vai lá, faz as consultas e vê que a criança precisa de tratamento, de ir ao médico, no dentista... Mas aí você não consegue inserir essa criança pra atendimento. Aí adianta muito pouco.” (S4)

Segundo a educadora, apesar da equipe de saúde desempenhar “seu papel” no diagnóstico e oferecer encaminhamentos para tratamento na rede pública de saúde, a partir desse momento, não há continuidade da proposta. Os estudantes não conseguem atendimento, assim, são bem diagnosticados, mas não tratados. Essa lógica configuraria um fator negativo do programa, contrariando a expectativa inicial da educadora quanto à resolução de problemas (agravos já instalados) na comunidade escolar. Ao mesmo tempo, o depoimento também de uma profissional da saúde revela as dificuldades de encaminhamento do próprio sistema.

Nesse contexto, o impacto negativo poderia ser interpretado como a falta de credibilidade a um programa intersetorial, já que há insatisfação quanto à assistência referenciada pelo PSE. A expectativa da escola era que o programa facilitasse o

acesso a esses serviços, e como não houve continuidade de ações de assistência, surgiu um sentimento de frustração (diário de campo).

De forma semelhante, Kantorsk (2013), ao trabalhar percepções de usuários quanto à integralidade de ações da ESF, percebeu que a demora de acesso ao especialista pode comprometer o vínculo entre o usuário e a ESF, pois pode ser interpretado como descompromisso dos profissionais e/ou incompetência do sistema em solucionar os problemas emergentes.

Considerando o SUS um sistema hierarquizado, a necessidade de referência no atendimento deve ser assegurada ao usuário, na perspectiva de atendê-lo de forma integral, respeitando a organização dos serviços e a complexidade tecnológica crescente, possibilitando a resolutividade das ações. (BRASIL, 1990; BRASIL, 2002).

A integralidade pressupõe acesso a bens e serviços, gestão e controle participativo de políticas públicas, interação usuário/profissional sem perder a perspectiva daquilo que é comum a todos e deve ser universal: o direito à dignidade da condição humana em situações de saúde, doença e morte (VIEGAS e PENNA, 2013).

As diretrizes do PSE ditam “informação organizada de maneira individual sobre a saúde dos educandos encaminhados para atenção especializada” (BRASIL, 2011), evidenciando a referência e contra-referência quando for necessário para completude da atenção à saúde dos escolares beneficiados com o programa.

Como apresenta este estudo, outros trabalhos mostram a dificuldade enfrentada por crianças e adolescentes quanto ao acesso a serviços especializados em saúde (HORTA, 2010; MACHADO, 2012, TUSSET, 2012).

Ainda, a literatura mostra o desafio vivenciado pela rede de atenção básica, sobretudo da ESF, localizada geralmente em regiões de maior vulnerabilidade e agravos já instalados, quanto ao referenciamento de usuários na rede pública de saúde. Essa dificuldade não restringe apenas a uma faixa etária, mas a todos os usuários que necessitam de tratamentos especializados (MATTOS, 2001; FRANCO E JÚNIOR, 2003; GOMES E PINHEIRO, 2005; VIEGAS E PENNA, 2013, KANTORSKI, 2013).

Embora a realidade mostre dificuldades de acesso, é importante ressaltar a importância de um ambiente escolar que promova saúde e progressivamente

diminua a alta demanda para tratamentos e reabilitações. Para Gradella (2013, p. 103), em seu trabalho sobre urgências e emergências no ambiente escolar, ao analisar dificuldades de referenciamento de atendimento, conclui que apesar do desafio, “desenvolver uma sociedade mais saudável consiste em estimular o planejamento de políticas públicas capazes de promover saúde quando não há doença e proteger a saúde quando existe o risco de um agravo”. Dessa forma, o investimento em ações no âmbito da PS seria o melhor caminho para a qualidade de vida.

5.4 FATORES FACILITADORES E DIFICULTADORES RELACIONADOS À REALIZAÇÃO DE AÇÕES INTERSETORIAIS

O verbo facilitar significa tornar fácil, pôr à disposição ou ao alcance (FERREIRA, 2006). O contrário, dificultar seria tornar difícil uma ação ser conquistada ou concretizada.

Dessa forma, neste estudo, os fatores facilitadores e dificultadores descritos são as estratégias identificadas pelos sujeitos como relacionadas ao desenvolvimento das ações intersetoriais do PSE.

Palavras como “acolhimento dos professores”, “boa vontade das pessoas” foram as mais citadas quando interrogadas sobre quais fatores facilitavam cumprir com as propostas do PSE:

“Acho que é porque os professores aceitam bem as atividades da Saúde” (P3)

“O aceite das crianças facilita muito nosso trabalho.” (P2)

“Acho que é a disposição e boa vontade da enfermeira que vem aqui. Nossa! Ela é ótima.” (P1)

“A facilidade de assistência para as crianças. Elas aceitam bem. Isso é importante pra elas.” (P4)

Para Ribeiro (2006), “a afetividade é importante para o ensino e para a aprendizagem, pois contribui para a criação de um clima de compreensão, de

confiança, de respeito mútuo e podem trazer benefícios para a aprendizagem escolar”.

Entretanto, Barilli e Pessôa (2013, p. 134) ressaltam que para se construir a intersectorialidade, é necessário mais do que “*uma população receptiva*”, mas sim, uma “*população que pratica saúde*”.

Na fala “*os professores aceitam bem as atividades da Saúde*”, há um destaque para a abertura da escola à realização das atividades, mas também há a fragmentação da ação, considerando esta como atividade atribuída a um setor.

Outro fator positivo levantado nas falas foi o cronograma de ações sugerido pela SMS do município, com sugestão de temáticas e roteiro para os exames clínicos. De fato, como discutido no item “definição das temáticas” este instrumento foi avaliado como “fator facilitador” para alguns e “fator dificultador” para outros.

“Acho que o instrumento de avaliação física é muito bom e ajuda a gente.” (S3)

“Só o cronograma dá uma ideia do que tem que fazer nesse programa.” (S2)

“Mas com esse cronograma, já facilitou muito.”(P4)

“O cronograma não ajudou muito. A gente deveria olhar as necessidades da escola” (S9)

“Antes do cronograma era melhor. Agora a gente precisa cumprir com o que lêem querem” (S5)

Para Schimonek et al (2013), avaliando o Plano de Desenvolvimento da Escola (PDE – Escola) de escolas da cidade de Limeira-SP , concluiu que, instrumentos como cronogramas, configuram “imposição de um sistema padronizado e burocrático, com base em mecanismos de monitoramento, pedido e controle que impedem a conquista gradual da autonomia pedagógica, administrativa e financeira das escolas pesquisadas”.

O participante do grupo GTI disse sobre o instrumento:

“Olha, naquela época, o nível local construía seu próprio cronograma. Naquela época não tinha essa coisa do ministério mandar tantos de dados pra você colher. Parece que hoje o PSE está mais como um sistema de informação. Antes, era planejado localmente, aí a gente tinha talvez mais autonomia pra caminhar sobre as prioridades e da realidade que a gente tinha. E agora, pra gente ter que responder por tantos indicadores de atendimento, eu penso que isso dificultou o cronograma local, porque você tem que fazer até tal hora, até tal dia, tem monitoramento pra saúde, tem no final do ano... Acho que a equipe ficou muito sucumbida com isso.(GTI municipal)”

Um fator considerado dificultador presente nas falas diz respeito à rotatividade e/ou falta de outros profissionais nas escolas e principalmente na ESF:

*“A mudança de médico tem dificultado as atividades. Só tem enfermeira agora.”
(P1)*

“[...] Não tem como fazer atividade na escola. A gente tem uma demanda enorme, falta médico, falta dentista. Sozinha eu não consigo [...]”. (S2)

“Outra coisa importantíssima é a falta de recursos humanos.(P1)”

“Com certeza, falta de recursos humanos. Nossa, é uma rotatividade de gente na equipe. Atualmente, por exemplo, eu tenho só duas agentes na minha área. O resto está tudo descoberto. É complicado trabalhar assim e dar uma boa atenção para o PSE [...]”. (S3)

“ Eu estou sem agentes de saúde. Tenho quatro áreas descobertas. É difícil [...]”. (S3)

A falta de recursos humanos tem sido relatada por diversos trabalhos (MAHL e TOMASI, 2009; GARCIA, 2013; SANTOS E OLIVEIRA, 2013; SILVA, 2013)

Garcia et al (2013, p. 87) salienta em seu estudo com enfermeiros da ESF as dificuldades encontradas no cotidiano das equipes:

“Os profissionais de saúde das ESF enfrentam cotidianamente em seu campo de atuação vários impedimentos que dificultam os profissionais exercerem seus trabalhos com qualidade são: estrutura física inadequada, falta de recursos financeiros, falta de materiais para procedimentos, escassez de medicamentos, baixa remuneração, falta de protocolos de enfermagem e recursos humanos.(GARCIA et al, 2013, p. 87)”

Trindade e Pires (2013), avaliando as cargas de trabalho dos profissionais de saúde da Atenção Básica, observaram “insatisfação dos profissionais na ESF com os salários e a ausência de planos de cargos e salários que sinalizassem uma carreira e valorização profissional”. Fatos como esses foram apontados pelos entrevistados do referido estudo como causas da alta rotatividade de profissionais na ESF.

Costa (2012) confirmou em seu trabalho, redução na rotatividade de profissionais da saúde na ESF quando a gestão municipal de Sobradinho-DF

investiu em incentivos salariais e melhorias nas condições de trabalho. Entretanto, Mahl e Tomasi (2009), mostraram que os profissionais médicos possuem maior salário quando comparados à outras categorias profissionais, chegando até a uma diferença de 67% a mais do que os demais, e mesmo assim, são os que apresentam maior rotatividade no serviço público. No presente estudo, a falta de médico foi a mais reclamada, seguida do cirurgião-dentista.

“Olha, de dois a três meses para cá, a equipe lá da Vila Pedroso passou por uma mudança de médico e agora eles estão com um médico novo. Isso provocou uma quebra, um rompimento, isso foi uma experiência negativa. A gente estava dando prosseguimento no trabalho desse ano, mas a gente não conseguiu terminar por falta de médico. Aliás, eu nem sei se tem médico ali. (P1)”

Araújo e Rocha (2007), em uma pesquisa sobre a ESF, entrevistando trabalhadores das equipes, afirmam que a abordagem integral dos indivíduos/famílias é facilitada pelos olhares dos distintos profissionais que compõem as equipes interdisciplinares. Galvão (2013), em entrevistas com profissionais da saúde, percebeu que, apesar desses visualizarem a importância do trabalho multiprofissional, os entrevistados mostraram dificuldade em reconhecer como cada profissional poderia contribuir na execução dos programas propostos à ESF. O autor ressalta que, sobretudo para a atenção a adolescentes, com a diversidade de contextos existente no campo da escola, deve haver a “participação de profissionais de diversos campos de saberes devem interagir por meio de um enfoque interdisciplinar. O atendimento por equipe evita visões fragmentadas, apenas de cada especialidade ou disciplina.”

Os resultados da pesquisa mostraram dificuldades enfrentadas na prática cotidiana da ESF são, na maioria das vezes, problemas oriundos dessa desarticulação no trabalho em equipe, o que pode ser interpretado como um fator dificultador para as ações de intersetorialidade.

A questão da ‘falta de tempo’ para planejamento e execução das atividades também foi levantada pelos respondentes como fator dificultador:

Outro problema é o tempo, tanto pra nós quanto para eles da saúde. É difícil coincidir um horário aqui e lá..(P2).”

“Acredito sim (...), mas a falta de tempo é que atrapalha. Ano passado funcionou pra mim plenamente porque a gente teve aquele curso de formação e hoje a gente já usa um tempo pra sentar e planejar. Agora, quando não se tem esse tempo tão periódico, metódico mesmo para a gente sentar, aí fica difícil (P4).”

“Acho que o excesso de trabalho atrapalha tanto... Falta tempo pra gente sentar e planejar o que fazer na escola. Nós fazemos, mas sai tudo meio atropelado, encima da hora.(S1)

“[...] Isso porque tanto a escola quanto a ESF tem pouco tempo para o PSE. Nossa demanda é altíssima e não temos a equipe toda formada. Na verdade, nossas agendas são incompatíveis.” (S2)

“Tempo. Falta de tempo para planejar, para pensar. O que devemos fazer? (P8)

Silva et al (2013), analisando fatores facilitadores e dificultadores do trabalho das equipes da ESF, também encontraram reclamações sobre a falta de tempo para várias das tarefas executadas nas unidades de saúde.

A literatura salienta que o excesso de atividades no serviço e sobrecarga na agenda é um fator importante que atrapalha a articulação de diversos trabalhos que exigem intersectorialidade, principalmente em ações intersectoriais envolvendo saúde e educação, equipamentos sociais tradicionalmente sobrecarregados de funções, com poucos recursos humanos e rotinas diferentes (JOURDAN et al, 2008; TUSSET, 2012).

O desenvolvimento de um trabalho parcelar, no qual cada profissional realiza suas atividades de forma desarticulada e independente das ações dos demais, pode contribuir significativamente com práticas que não atendam as necessidades de saúde da população, se distanciando da integralidade da assistência.
(COLOMÉ et al, 2008 apud SILVA, 2013)

Além do tempo, outro fator dificultador apontado pelos participantes foi sobre a falta de espaço próprio para as atividades.

“Precisa de um espaço adequado para o programa, pra eles virem aqui medir os meninos, pesar, ver a pressão... Na sala de aula é complicado, tem as carteiras, tem as aulas, todo mundo junto, não tem luz boa, sabe? (P2)

“Não tem um espaço certinho na escola pra isso.” (P3)

“Vou falar que é o espaço de novo. Tinha que ter... Precisa muito! (P7)”

“Falta espaço, uma sala adequada pra gente” (S9)

“Acho que tinha que ter um espaço certo para o PSE, sabe? Aqui não tem isso. O pessoal da saúde chega e tem que entrar nas salas, fazer palestra lá e ver a pressão também. Fica meio bagunçado. (risos) (P6).”

Tenório et al (2013) avaliou em seu trabalho as dificuldades da falta de estrutura para o desenvolvimento de atividades no âmbito escolar, ressaltando que a ausência de espaço propício poderia prejudicar ou inviabilizar muitas das ações propostas, a exemplo de atividades de educação física e esportes.

Donabedian (1982), afirma ainda que a estrutura é relevante na qualidade da atenção, pois aumenta ou diminui a probabilidade da boa atuação do profissional.

Considerando que o PSE abrange avaliações clínicas, é importante que este momento seja individual e em local que permita a privacidade do profissional e do escolar, sem provocar constrangimentos de qualquer tipo.

Ao mesmo tempo, segundo as diretrizes do PSE (BRASIL, 2011), é de iniciativa tanto da escola quanto da equipe de saúde, conhecer o ambiente escolar e propor adequação para a realização das atividades:

“[...] Sugerimos que educação em saúde possam organizar espaços para torças de saberes e produção de cuidado com construção de projetos terapêuticos singulares.” (BRASIL, 2011, p. 35)

Para o documento, consta como competência intersetorial, a descoberta do ambiente escolar, mesmo com suas deficiências, e a necessidade real de que as ações não se esgotem nesse ambiente, mas que haja a possibilidade de encontro dos estudantes com a equipe da ESF na própria unidade de saúde, aproximando os mesmos e estimulando a intersetorialidade (BRASIL, 2011).

5.5 POTENCIALIDADE DO PSE EM INDUZIR AÇÕES INTERSETORIAIS

A potencialidade é a consideração da possibilidade da realização. Neste estudo, é a possibilidade de que ações intersetoriais aconteçam oportunizadas pelo PSE, de forma que o programa estimule ações que transformem a realidade entre o setor educação e o setor saúde.

Nesta pesquisa, houve entrevistados que concordaram com essa potencialidade enquanto outros discordaram dessa capacidade do programa junto à comunidade escolar.

Participantes citaram a descoberta do universo da comunidade, em especial, das crianças, jovens e professores como exemplificação da potencialidade do PSE em induzir ações intersetoriais:

“Todas as ações são positivas... [...] Mas achei interessante vivenciar a experiência do professor, isso me tornou mais sensível à realidade com a qual eu trabalho. Descobri que a Educação tem até melhorado no Brasil. Eles avançaram muito mais que a Saúde, apesar de terem tantos problemas também [...].” (S3)

O PSE fortaleceu a intersetorialidade. Eu acho que até mesmo para a gente conhecer melhor o que acontece na escola.(S10)

“É uma relação que eu classifico como ótima porque temos um bom relacionamento... Quando eu preciso, eles estão prontos a me atender. E a mesma coisa que quando eles vêm a gente discute o que a gente vai fazer. Nós conversamos, temos uma relação próxima, de planejamento conjunto.É uma intersetorialidade que antes não tinha. (P1)

“Não conhecia a Estratégia Saúde da Família... Com certeza, o PSE propiciou essa aproximação (P3).”

“[...] Antes, nós não tínhamos aproximação nenhuma com a equipe de saúde. Nós só recebíamos o pessoal da faculdade, fizemos muitas boas juntos. E eu acredito que saúde e educação devem andar juntas mesmo. Devem estar próximas. Nesse tempo que trabalho com educação, sei que há muita carência das crianças, dos adolescentes. Não há atendimento pra eles... Existem tantas situações críticas que se eu for te falar... A escola não deve ser só o repasse de conteúdo, mas tudo interfere na saúde. Se existe possibilidade, podemos melhorar o desempenho dos meninos. Por isso, no PSE tem as consultas, as palestras...Vermífogos, cadernetas de vacinação... O programa atende até bem a comunidade.Se existe a oportunidade do programa, a gente consegue melhorar muito.” (P4)

“Eu sei que esse programa tem como vantagem eu conhecer a realidade de lá e ela a realidade de cá. Posso dizer que aconteceu isso.”(P5)

“É uma relação que eu classifico como ótima porque temos um bom relacionamento [...]. Quando eu preciso, eles estão prontos a me atender. E a mesma coisa que quando eles vêm a gente discute o que a gente vai fazer. Nós conversamos, temos uma relação próxima, de planejamento conjunto.[...]” (P6)
“Bem tranquila... Tem até uma certa amizade.” (S1)

“É intersetorial. Por causa das parcerias que a gente tem acesso e eu acho que a cada dia mais vão aumentando essas parcerias.” (P7)

As falas mostram que os participantes têm uma percepção positiva acerca do PSE ao avaliarem a aproximação ocorrida entre a equipe de saúde e de educação.

A maioria dos entrevistados disse haver um bom relacionamento entre as partes. Esse resultado é diferente do encontrado no trabalho de Faria et al (2013) ao analisarem a capacidade de diálogo entre os trabalhadores da saúde e educação. Para eles, com a comunicação prejudicada entre os envolvidos, era difícil concretizar as ações intersetoriais propostas pelo PSE.

Apesar dos depoimentos positivos de aproximação entre os setores, percebeu-se que os respondentes desconheciam de fato, o conceito de ações intersetoriais (diário de campo). Sobre o entendimento acerca da intersetorialidade, ressalta-se:

“Olha, acho que (a intersetorialidade) é quando envolve os temas transversais, pra gente preparar esses alunos para a sociedade, são temas além da escola, envolve a família, envolve, docentes, discentes, parceiros.. (P7).”

“Essa é difícil. Essa não dá para responder. Não sei o que é mesmo a intersetorialidade” (risos) (P8)

“ Eu não sei.. São setores?[...] É a união de saúde e educação. (S7)”

“Intersetorialidade é independente do local aonde a escola esteja, na minha região ou não, a criança, (a gente) é obrigado a atender. Qualquer intercorrência, ela pode ser encaminhada para a região dela. É isso que eu entendo.(S6)”

As respostas dos entrevistados mostram com relevância o desconhecimento sobre o conceito de intersetorialidade, embora ainda assim, acreditem que o programa propicie ações intersetoriais. Há a consideração errônea de transdisciplinaridade, transversalidade, aproximação, parceria como sendo iniciativas efetivas de intersetorialidade. O mais grave é considerar a simples assistência a pessoas de área de abrangência diferente àquela atendida pela equipe da ESF como ações intersetoriais, o que configura total desconhecimento acerca dos propósitos do PSE.

Para Inojosa (2001), o trabalho intersetorial implica mais do que justapor projetos que continuem sendo formulados e realizados setorialmente. A intersetorialidade está para além desta restrita relação.

Já para Westphal e Mendes (2000), a intersetorialidade acontece quando há projetos estruturantes que “objetivam promover a saúde e ampliar a qualidade de vida da população”.

Na concepção de Machado (2008), além do diálogo, a intersectorialidade deve estimular a capacidade dos diversos setores de resolver situações e de enfrentarem problemas concretos.

Dessa forma, nas falas, a simples aproximação ou parceria entre os setores saúde e educação não configuram o conceito ampliado de intersectorialidade. No entanto, Feuerwerker & Costa (2000) consideram ações de parceria como exercícios de “paciência e negociação”, importantes no processo para a intersectorialidade, sendo um caminho positivo para o alcance da proposta intersectorial.

No presente estudo, embora tenha sido muito falada a existência de um diálogo entre a escola e a ESF, houve posições opostas no sentido de que surgiu também um forte descontentamento sobre essa relação:

*“O PSE não funciona na prática. A teoria é linda, mas não funciona na realidade.”
(S2)*

“Não (é intersectorial). Porque é uma maneira segregada, cada um faz a sua parte, não tem uma comunicação, as partes não tem interesse de fazer a sua parte. Você é da saúde, dentista, você é médico, você trabalha com determinada faixa etária, você é professor... Não há uma junção, há uma segregação (S9)”

A resposta de S9 mostra um melhor conhecimento do participante sobre a intersectorialidade, já que ele observa a fragmentação na forma de trabalho do programa.

A fala está consoante a que Paula et al (2004):

Trabalhar com intersectorialidade é uma coisa difícil, pois os setores ainda trabalham isoladamente; não há uma cultura de cooperação e de complementaridade. Também os sujeitos trabalham de forma fragmentada e o trabalho em equipe ainda é compartimentalizado, assim como a organização dos serviços de saúde. As pessoas não enxergam a saúde com uma visão mais ampla e as que pertencem a outros setores ainda acham que não fazem parte da saúde.

Vieira (2013) reforça que a intersectorialidade deve ser considerada não somente nos setores saúde e educação, mas sim envolvendo outras áreas fundamentais para o êxito das ações:

“Assim, torna-se imprescindível que as ações do Programa Saúde na Escola perpassem pelo encontro entre diferentes setores ligados às políticas públicas que estão preocupados com a garantia de direitos de crianças, adolescentes e jovens, nas três esferas de governo, nos setores da sociedade civil como escolas, equipes de atenção básica em saúde, centro de referência de assistência social, conselho tutelar, equipes de saúde mental, reafirmando o compromisso de garantir a atenção integral à saúde dos escolares, de forma que o programa se transforme em uma política pública reivindicada pela sociedade.” (VIEIRA, 2013)

Outra consideração importante é afirmada por Junqueira (2000, p. 43) em que diz “a população deve ser considerada sujeito e não objeto de intervenção”. Assim, as famílias, os educandos e toda a comunidade devem ser considerados na concepção de “setores”, e não somente, as equipes de saúde e educação. A questão do protagonismo juvenil e capacitação comunitária para busca por qualidade de vida e transformação de seu espaço e hábitos também deve ser preponderante no entendimento de intersectorialidade no âmbito da PS.

5.6 PERSPECTIVAS FUTURAS PARA COM O PSE

Os entrevistados, apesar de ressaltarem fatores negativos acerca de alguns temas comentados sobre o PSE durante a entrevista, ainda assim tiveram perspectivas positivas para a continuidade do programa e ainda apontaram algumas necessidades de melhora.

“Espero que continue. Espero também melhores condições de trabalho, de encaminhamentos, de consulta... Recebemos poucos recursos.” (S1)

“Acho que ele vai melhorar, vai ampliar a avaliação. Tem que continuar porque ele aproxima a gente da escola [...]” (S4)

“Ele veio pra ficar, com mudanças. O tempo é curto para avaliar isso, mas lá na escola há muitos grupos com poucas mudanças para a família. O diálogo com eles ainda precisa melhorar. O PSE pode melhorar isso pra gente.” (S3)

Para os educadores, a aproximação da saúde com a escola é benéfica e deve continuar, já que asseguram mais atendimentos às crianças e adolescentes.

“Penso positivo. Acho que o programa só tem que crescer. Apesar das dificuldades, ele tem que crescer porque a saúde para essa faixa etária é muito importante. Temos muita carência de atendimento aqui.” (P1)

“Acho que a tendência é de melhorar o atendimento. As crianças são mais atendidas com ele.” (P3)

“Eu tenho uma certa preocupação com isso... No meu entendimento tem que continuar, porque envolve muita gente, a comunidade... [...] Isso é muito bom. Trazer a comunidade para a escola... [...]. Mas, nesse tempo todo de escola (22 anos), eu sempre vi tudo o que é bom sendo substituído por outra coisa e depois acaba. Tomara que o PSE não acabe.” (P4)

“Espero que aconteçam melhorias, mas é bem demorado, sei disso. Precisa melhorar o entrosamento da saúde com a educação, tem que fazer um planejamento só, não tem jeito. Pras crianças, isso será muito bom.” (P2)

“Eu penso positivo, acho que só vai crescer. Como eu disse, apesar das dificuldades, esse casamento entre saúde e educação só tende a melhorar.” (P1)

Os entrevistados consideraram que, apesar de deficiências quanto à execução do programa, a teoria do PSE é bem delineada e que o seu desenvolvimento é uma estratégia para a construção de ações para a PS.

Da mesma forma, como os poucos trabalhos que analisaram o PSE, a exemplo, Faria (2013), os participantes das duas instituições também analisaram positivamente a necessidade de intersetorialidade entre saúde e educação. Em consonância, Mafra (2008) também mostrou em seu estudo que a percepção para o programa foi positiva, e que a escola consiste em um ambiente propício para a formação de uma população mais saudável. Assim, mesmo com as dificuldades levantadas e com o desconhecimento sobre a intersetorialidade, a perspectiva dos participantes é de que o programa seja ampliado.

No entanto, uma das entrevistadas da ESF, como respondeu a outras perguntas, seguiu uma tendência mais “negativa” quanto ao futuro do programa:

“Acho que não vai melhorar. O município deve estar recebendo verbas e só pede para alimentar o sistema pra continuar recebendo. Tudo é precário.” (S2)

Como a sua fala foi a única contrária ao que os demais entrevistados disseram ter como perspectiva para o PSE, percebe-se que a profissional da saúde associa seu contexto rico em elementos dificultadores para uma possível extinção do programa. Segundo o diário de campo, esse caso específico apresentou a maior falta de recursos humanos na equipe de saúde e uma desmotivação perceptível nas falas e comportamento da entrevistada durante toda a entrevista.

Trindade (2007), em seu trabalho sobre “O estresse laboral da ESF: implicações para a saúde do trabalhador”, também levantou problemas enfrentados pelas equipes da ESF, e considerou que as principais fontes de problema são a falta de recursos e má administração dos mesmos, e que isso, era um fator importante para a desmotivação de trabalhadores, muitas vezes afetando, por sua vez, a situação de saúde desse trabalhador.

6 CONCLUSÕES

O presente estudo propôs analisar a potencialidade do PSE em induzir ações intersetoriais no contexto da PS. A partir de bases teóricas, do processo de implantação do programa no município de Goiânia e principalmente das percepções daqueles envolvidos (educadores, estudantes e profissionais da saúde) foi possível explorar o universo do PSE acerca de temáticas desenvolvidas, impactos alcançados, fatores facilitadores e dificultadores para a concretização da proposta, além da potencialidade para induzir ações intersetoriais e as perspectivas futuras do programa.

A potencialidade do PSE em induzir ações intersetoriais não foi verificada, em consideração ao conceito de que intersectorialidade como a articulação dos diversos setores, com objetivo comum na prática de ações de PS. Os depoimentos mostraram relações de parcerias e de aproximação entre os setores saúde e educação. A relevância da intersectorialidade para a PS esteve presente nas falas dos entrevistados, mas permitiu refletir que seu conceito ainda não é conhecido idealmente pelos atores envolvidos no programa.

A percepção do grupo gestor foi a de que o processo de implantação no município estudado ocorreu em coerência à teoria e diretrizes do PSE e seguiu tanto o fluxograma burocrático de ações, como também o cumprimento da proposta, visando a articulação, a tentativa do desenvolvimento de parcerias e iniciativas intersetoriais, assim como a melhoria de qualidade de vida e PS de crianças e jovens da rede pública de ensino.

Temáticas envolvendo a prevenção específica, centralizada em doenças e a disseminação de ações puramente assistencialistas foram recorrentes nos depoimentos. Ao mesmo tempo, ainda que houvesse uma tentativa de definir essas temáticas de forma conjunta, quando acontecem, não configuram ações intersetoriais, mas de parceria, divisão de tarefas e planejamento fragmentado.

As metodologias ainda são, em sua maioria, caracterizadas pelo método tradicional de ensino, configuradas no formato de palestras oferecidas pelos profissionais da saúde.

Os impactos ditos 'positivos' pelos entrevistados são exemplificados como a oportunidade oferecida pelo programa de se consolidar as ações de assistência no

ambiente escolar, assim como a concessão de encaminhamentos dentro da rede pública de saúde. Ainda, observaram crescente receptividade e aproximação da comunidade escolar com a equipe de saúde, muitas vezes, aproximando também a família dessas ações. Para a saúde, o impacto positivo também esteve relacionado à diminuição de agravos, possibilidade de diagnóstico precoce e tratamento dos jovens pertencentes à comunidade escolar. Os entrevistados não observaram impactos negativos diretos com as ações, exceto quando havia rompimento ou inconclusão das atividades propostas, sobretudo quanto às atividades de assistência na rede pública.

Fatores como a motivação de pessoas, a proximidade da unidade de saúde com a escola e a capacidade de planejamento conjunto foram levantados como facilitadores pelos participantes. Queixas a respeito da indisponibilidade de tempo, alta demanda de atendimento na unidade, falta ou rotatividade de recursos humanos, desinteresse e dificuldades de relacionamento, assim como problemas de espaço físico adequado nas escolas foram os principais fatores dificultadores apontados.

Embora todos os participantes deste estudo levantassem dificuldades quanto à potencialidade do PSE em induzir ações intersetoriais, ainda assim, a maioria acredita que o programa seria um instrumento intersetorial. Ao analisar o conceito de intersetorialidade com cada respondente, percebe-se um desconhecimento conceitual, e o que é considerado intersetorial, consistia de fato, em relações de parceria. Inegável dizer que, de certa forma, apesar disso, houve uma aproximação dos setores saúde e educação, consistindo em um primeiro passo para a concretização e/ou evolução dessa relação para a intersetorialidade.

Com vistas a essa ampliação provocada pelo programa, os resultados evidenciaram ainda que, de forma geral, os participantes apresentaram perspectivas favoráveis à permanência e ampliação do PSE, envolvendo mais escolas, estudantes e estreitando as relações entre saúde, educação e refletindo sobre a necessidade de articulação com tantos outros setores, de forma a buscar, de fato, a intersetorialidade de ações em saúde.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dada a importância atribuída às ações intersetoriais como meio de alcançar a PS, programas e políticas públicas que sirvam de instrumento para a intersectorialidade servem de referência para a educação, prática e gestão, o conhecimento sobre o PSE permitiu refletir sobre conceitos de construção compartilhada de saúde, assim como apontar caminhos para mudanças e a sugestão de novos estudos.

Com isso, há que se pensar ainda na existência de vários desafios. Primeiramente, que ações intersetoriais são consideradas desafiadoras por unirem setores diversos, mas sem primeiramente a construção de relações intra-equipe e de interdisciplinaridade, não há unicidade, o que dificulta o desenvolvimento de ações efetivas de intersectorialidade, muito mais amplificadas do que as internamente requeridas. Dessa forma, é preciso enfatizar os fatores facilitadores descritos neste estudo, assim como realizar melhorias nas chamadas ‘dificuldades’ enfrentadas na prática do PSE. Isso deve ser efetivado primeiramente em cada setor, para que estes possam, de uma melhor forma, construir ações conjuntas e intersetoriais. A exemplo, o investimento na formação dos envolvidos com o programa se faz necessário, com investimento em Educação Permanente e iniciativas formadoras que enfatizem a intersectorialidade.

Sugere-se ainda estudos que avaliem o processo e os resultados alcançados com o PSE, de forma que essa avaliação não enfatize apenas critérios assistenciais e de triagem dos escolares, mas que estimulem também as ações preventivas, de educação em saúde e em sentido amplificado, de PS. Ainda, que esses resultados sejam compartilhados com todos os atores envolvidos com o programa.

O presente estudo permitiu explorar o processo de implementação e a percepção sobre o PSE em um município de grande porte. Ainda se faz necessário outros estudos que analisem territórios diferenciados e as várias categorias emergentes no entendimento do programa.

Espera-se que a discussão dos resultados possa subsidiar a gestão do PSE no sentido de fortalecer os fatores facilitadores e amenizar os fatores dificultadores na construção de um programa Intersectorial que seja satisfatoriamente efetivo na construção de ações no âmbito da PS.

REFERÊNCIAS

ABREU, C.C. **A intersetorialidade no processo de construção da política de saúde brasileira.** Dissertação de Mestrado. Vitória, 2009.

ANDRADE, L.O. A saúde e o dilema da intersetorialidade. São Paulo: **Hucitec**, 2006.

AERTS, D.; ALVES, G. G.; SALVIA, M. W.; ABEGG, C. Promoção de saúde: a convergência entre as propostas da vigilância da saúde e da escola cidadã. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20 n. 4:1020-1028, jul- ago, 2004.

AKERMAN, M.; NADANOVSKI, P. Avaliação dos serviços de saúde: avaliar o quê? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8, n.4, p. 361-365, out/dez. 1992.

ALVES, M. G. **A inserção profissional de diplomados de ensino superior numa perspectiva educativa: o caso da Faculdade de Ciências e Tecnologia.** 2003.

BALSANELLI A. P, CUNHA I. C. K. O. Liderança no contexto da enfermagem. *Rev Esc Enf USP* 2006 janeiro-março; 40(1):117-22, 2006.

BALSANELLI, A. P.; CUNHA, I. C. K. O.; WHITAKER, I. Y. Estilos de liderança de enfermeiros em unidade de terapia intensiva: associação com o perfil pessoal, profissional e carga de trabalho. **Rev Lat Am Enferm**, v. 17, n. 1, p. 28-33, 2009.

BARILLI, E. C.; PESSÔA, L. R. A intersetorialidade saúde e educação para a construção de escolas promotoras de saúde: percepções dos profissionais ligados ao curso a distância gestão de projetos de investimento em saúde. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 7, n. 2, p. Pág. 121-137, 2013.

BATISTA, S. H. **Docência em saúde: temas e experiências.** Senac, 2003.

BRASIL. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**, 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf> Acesso em 12 de maio de 2013.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Título VIII, Capítulo II, Seção II. Brasília: Senado, 1988.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, 1990. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm > Acesso em 12 de maio de 2013.

_____. Ministério da Saúde. 2002 Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. 2005. **Marco legal: saúde, um direito dos adolescentes**. Brasília: MS. (Série A: normas e manuais técnicos). Disponível em: http://www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/marco_legal.pdf. Acesso em 07 de dez. 2011.

_____. Ministério da Saúde. 2006 a. Secretaria de Políticas de Saúde. **Política Nacional da Promoção da Saúde**/Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. 2006b. **Diretrizes para implantação do projeto Saúde e Prevenção nas Escolas**. Brasília: MS, MEC, UNESCO, UNICEF. (Série manuais; 77). 25p. Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: http://sistemas.aids.gov.br/saudenaescola2010/sites/default/files/Diretrizes_de_Implimentacao.pdf> Acesso em 07 de dez 2011.

_____. Decreto-lei Nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007a. **Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm. Acesso em 07 de janeiro de 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. 2007b. **Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b. 272 p. Disponível em: www.saude.gov.br/bvs

BRASIL, Ministério da Saúde. 2009a. **Saúde na escola** (Série B. Textos Básicos de Saúde - Cadernos de Atenção Básica, n. 24). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde. 96p. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/bvs> Acesso em 05 de dezembro de 2013

_____. Ministério da Saúde. 2009b. **Portaria nº 3.146/GM, de 2009**. Regulamenta os cuidados do Programa Saúde na Escola (PSE). Brasília. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt3146_17_12_2009_re.p.html> Acesso em 05 de dezembro de 2013.

_____. Ministério da Saúde. 2010. **Orientações sobre o Programa Saúde na Escola para a elaboração dos Projetos Locais**. Programa Saúde na Escola. 12p. Disponível em: www.saude.gov.br> Acesso em 05 de dezembro de 2013.

BRICEÑO-LEÓN, R.. The author reply. **Cadernos de Saúde pública**, v. 12, n. 1, p. 27-30, 1996.

BUSS, Paulo Marchiori. 1999. **Promoção e educação em saúde no âmbito da Escola de Governo em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública**. Cad. Saúde Pública (online), 15 (2): 177-185. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em 02 nov. 2011.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, 2000. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 10 jul. 2012.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI-FILHO, A.. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

BYDLOWSKI, C. R.; WESTPHAL, M. F.; PEREIRA, I. M. T. B. Promoção da saúde. Porque sim e porque ainda não. **Saúde e sociedade**, v. 13, n. 1, p. 14-24, 2004.

BODSTEIN, Regina; ZANCAN, L.; ESTRADA, D. D. Manguinhos: guia de equipamentos e iniciativas sociais. **Manguinhos: guia de equipamentos e iniciativas sociais**, 2001.

BODSTEIN, R. et al. Avaliação da Implantação do Programa de Desenvolvimento Integrado em Manguinhos: impasses na formulação de uma agenda local. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 593-604, 2004.

CÁCERES, C. F. La construcción epidemiológica Del SIDA. In: HARDY, E.; OSIS, M.I.D.; CRESPO, E. R. (Org.). Ciências sociais e medicina, atualidades e perspectivas latino-americanas. Campinas: Centro de Pesquisas Materno-Infantis de Campinas; 1995. p.131-71

CAMPOS, C.E.A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, 8(2): 569-98, 2003.

CANDEIAS, N. M. F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Rev. Saúde Pública**, 31 (2): 209-13, 1997.

CAPRA F. O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente. São Paulo: **Cultrix**; 2006.

CARVALHO, S. R. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à Saúde The multiple meanings of “empowerment” in the health promotion proposal. **Cad. saúde pública**, v. 20, n. 4, p. 1088-1095, 2004.

Carta de Ottawa. Primeira Conferência Internacional sobre promoção da saúde; novembro de 1986; Ottawa; Ca. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.

COTTA R.M.M., et al. Sobre o conhecimento e a consciência sanitária brasileira: o papel estratégico dos profissionais e usuários no sistema sanitário. **Rev Médica Minas Gerais** 2006; 16(1):2-8.

COTTA R.M.M., et al. Pobreza, injustiça e desigualdade social: repensando a formação de profissionais de saúde. **Rev Bras de Educação Médica** 2007; 31(3):278-286.

BRASIL, Ministério da Saúde. 2011. O PSE nas capitais brasileiras. In: Capacitação para SIMEC, Faculdade de Enfermagem, UFG. Goiânia, 2011.

CYRINO, E.G.; PEREIRA, M.L.T. 1999. Reflexões sobre uma proposta de integração saúde-escola: o projeto saúde e educação de Botucatu, São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 15 (Sup. 2): 39-44.

CHAVES, S. C. L.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Atenção à saúde bucal ea descentralização da saúde no Brasil: estudo de dois casos exemplares no Estado da Bahia Oral health care and health decentralization in Brazil: two case studies in Bahia State. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 5, p. 1119-1131, 2007.

CHIAVENATO, I.; SAPIRO, A. **Planejamento estratégico**. Elsevier, 2003.

COSTA, A. M.; PONTES, A. C. R.; ROCHA, D. G. Intersetorialidade na produção e promoção da saúde. **Castro A, Malo M. SUS: ressignificando a promoção da saúde. São Paulo: Hucitec, OPAS**, p. 97-115, 2006.

DALMOLIN, B. B. et al. Significados do conceito de saúde na perspectiva de docentes da área da saúde. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 15, n. 2, 2011.

DECLARAÇÃO DE ADELAIDE, 1988. Segunda Conferência Internacional sobre promoção da saúde; 5-9 de abril 1988; Adelaide; Au. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.**

DECLARAÇÃO DE SUNDSVALL, 1991. Terceira Conferência Internacional de promoção da saúde; 9-15 de junho 1991; Sundsvall; Su. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.**

DECLARAÇÃO DE BOGOTÁ, 1992. Conferência Internacional de promoção da saúde; 9-12 de novembro 1992; Santafé de Bogotá; Co. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.**

DECLARAÇÃO DE JACARTA, 1997. In: Brasil. **Projeto Promoção da Saúde. As cartas da Promoção da Saúde.** Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002. p.49-51.

DECLARAÇÃO DO MÉXICO, 2000. In: Brasil. **Projeto Promoção da Saúde. As cartas da Promoção da Saúde.** Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002. p.29-32.

DUARTE, S. J. H. et al. O Programa Saúde do Adolescente na opinião de técnicos em enfermagem da Estratégia Saúde da Família. **Cogitare Enfermagem**, v. 18, n. 4, 2013.

Faria, F. H. P. D., Aguiar, A. C., Moura, A. T. M. S. D., & Souza, L. M. B. D. M. (2013). Percepções de profissionais de Saúde da Família e de Educação sobre a Promoção da Saúde no ambiente escolar. **Revista de APS**, 16(2).

FERREIRA, J. R.; BUSS, P. Atenção primária e promoção da saúde. In: Ministério da Saúde (BR). **As cartas da promoção da saúde**. Brasília: O Ministério; 2002. p.7-18.

FERREIRA, M.A. A educação em saúde na adolescência: grupos de discussão como estratégia de pesquisa e cuidado-educação. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 205-211, 2006.

FERRETTI, C. J.; ZIBAS, D. M L; TARTUCE, G. L. B. P. Protagonismo juvenil na literatura especializada e na reforma do ensino médio. **Cadernos de pesquisa**, v. 34, n. 122, p. 411-423, 2004.

FOCESI, E. Educação em Saúde na escola. O papel do professor. **Revista Brasileira Saúde do Escolar**, v. 1, n. 2, p. 4-8, 1990.

FRANCO, T. B.; *et al.* Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, p. 125-34, 2003.

FUJIMORI, M. *et al.* Percepção de estudantes do ensino fundamental quanto ao aleitamento materno ea influência da realização de palestras de educação em saúde; The attitudes of primary school children to breastfeeding and the effect of health education lectures. **J. pediatr.(Rio J.)**, v. 84, n. 3, p. 224-231, 2008.

GALVÃO, L. M. et al. Atenção integral a saúde dos adolescentes: percepção dos trabalhadores de saúde na Unidade de Saúde da Família Nossa Senhora da Vitória do município de Ilhéus, Bahia, Brasil. **UDESC em Ação**, v. 6, n. 1, 2013.

GOIÂNIA, Secretaria Municipal de Educação. 2013. **Listagem das Escolas e Equipes da Família vinculadas ao Programa Saúde na Escola**. Material cedido em 10 de maio de 2013.15p. Secretaria Municipal de Educação, Goiânia, 2013.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GIL, Antonio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIL, C.R.R. Formação de Recursos Humanos em Saúde da Família: paradoxos e perspectivas. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n.2, 2005.

GIOVANELLA, L. et al. Sistemas municipais de saúde ea diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. **Saúde debate**, v. 26, n. 60, p. 37-61, 2002.

GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos; Reception and attachment: integral practices in health care administration in large urban centers. **Interface comun. saúde educ**, v. 9, n. 17, p. 287-302, 2005.

GOMES, C. de M.s; HORTA, N. C. Promoção de saúde do adolescente em âmbito escolar. **Revista de APS**, v. 13, n. 4, 2011.

GOMES, L.C. **O desafio da intersetorialidade: a experiência do Programa Saúde na Escola (PSE) em Manguinhos, no município do Rio de Janeiro**. 2012. 185 páginas. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

GRADELLA, C. M. Urgência e emergência nas escolas: prevenção, o melhor cuidado. **Revista Catarse**, v. 1, n. 1, p. 94-106, 2013.

GREEN, L. W.; KREUTER, M. W. **Health promotion planning**. An Education and Environmental Approach. Mountain View: Mayfield Publishing Company, 1991.

GUIMARÃES, N. A. G. A. A. Laboriosas mas redundantes: aboriosas mas redundantes: gênero e mobilidade no trabalho no Brasil dos 90. **Estudos Feministas**, p. 83, 2001.

HORTA, N. de C.; SENA, R. R. de. Abordagens ao adolescente e ao jovem nas políticas públicas de saúde no Brasil: um estudo de revisão. *PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 475-995, 2010.

JUNQUEIRA, L. A. P. Descentralização e intersetorialidade na gestão pública municipal. **XI Concurso de Ensayos del CLAD “El Tránsito de la Cultura Burocrática al Modelo de la Gerencia Pública : Perspectivas, Posibilidades y Limitaciones”**. Caracas, 1997 Disponível em:
<<http://www.fundap.sp.gov.br/publicacoes/TextosTecnicos/textec4.htm>>. Acesso em 10 jul.2012.

JUNQUEIRA, L. A. P. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade; New forms of health gestion: decentralization and intersectoriality. **Saúde Soc**, v. 6, n. 2, p. 31-46, 1998.

JUNQUEIRA, R. G. P. Agendas sociais: desafio da intersetorialidade na construção do desenvolvimento local sustentável; Social agendas: intersectorial challenge to the construction of a sustainable local development. **Rev. adm. pública**, v. 34, n. 6, p. 117-30, 2000.

JUNQUEIRA E INOJOSA. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade. In: Wimmer GF, Figueiredo GO. Ação coletiva para

qualidade de vida: autonomia, transdisciplinaridade e intersetorialidade. **Cien Saude Colet** 2006; 11(1):145-154.

KANTORSKI, L. P. et al. Prática da integralidade no cotidiano de trabalho na estratégia saúde da família. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 7, 2013.

KELLE, U. & ERZBERGER C. "Qualitative and Quantitative Methods: Not in Opposition", em Flick, U., E. V. Kardorff e I. Steinke (eds.), *A Companion to Qualitative Research*, Sage, pp. 172-177, 2005.

LALONDE, M. *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa: Health and Welfare; 1974.

LEAVEL, H.; CLARK, E. G. **Medicina preventiva**. São Paulo: Mcgraw-Hill, 1976.

LÜDKE, M. & ANDRÉ, M. E. D. A. (1986). *Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: E.P.U.

MACHADO, M.H. Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2000

MACHADO, M. H. et al. Análise da força de trabalho do setor saúde do Brasil: focalizando a feminilização [relatório]. **Rio de Janeiro: Observatório de Recursos Humanos**, 2006.

MACHADO, M. F. A. S et al. Sentidos atribuídos por profissionais à promoção da saúde do adolescente. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 5, p. 1275-84, 2012.

MAFRA, L. D. Promoção da saúde nas práticas pedagógicas em um núcleo de educação infantil [dissertação]. Itajaí: Universidade do Vale do Itajaí, Programa de Mestrado Profissional de Pós-Graduação em Saúde e Gestão do Trabalho; 2008. 90f.

MAHL, C.; TOMASI, E. • Estratégia Saúde da Família na 19ª. Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul: Perfil dos Profissionais e Estrutura das Unidades Básicas de Saúde. **Ciência et Praxis**, v. 2, n. 4, p. 19-26, 2013.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**, v. 6, p. 41-66, 2001.

MCQUEEN, D.V.; JONES, C.M. (Ed.) *Global perspectives on health promotion effectiveness*. New York: Springer/IUHPE, 2007.

MEC (Ministério da Educação). Programa Saúde na Escola, 2013. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&id=14578%3Aprograma-saude-nas-escolas&Itemid=817>. Acesso em 07 de janeiro de 2014.

MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento*. 9ª edição. São Paulo: Editora Hucitec, 2006.

MITRE, S. M. et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 2, p. 2133-2144, 2008.

MONNERAT, G. L.; SOUZA, R. G. Política Social e intersectorialidade: consensos teóricos e desafios práticos. **Revista SER Social**, v. 12, n. 26, p. 200-220, 2010.

MOYSÉS, S. T.; WATT, R. Promoção de Saúde Bucal: definições. In: Buischi YP. Promoção da Saúde Bucal na Clínica Odontológica. São Paulo: Artes Médicas; 2000.

MORETTI, A. C., TEIXEIRA, F. F., SUSS, F. M. B, LIMA, L. S. M., BUENO, R. E., MOYSÉS, S. J., *et al.* Intersectorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba (PR). *Ciênc Saúde Coletiva* 2010; 15 Suppl 1:1827-34.

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F.; BOGUS, C. M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saudesoc.**, São Paulo, v. 13, n. 3, Dec. 2004 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000300006&lng=en&nrm=iso>.access on 05 Jul 2013.

NUNES, C. B.; BARBOSA, M. A. M. Nossa História rumo a saúde da família; Our history route the health of the family. **Rev. bras. enferm**, v. 53, n. esp, p. 103-106, 2000.

OLIVEIRA, H. M.; GONÇALVES, M. J. F. Educação em saúde: uma experiência transformadora. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 57, n. 6, p. 761-763, 2004.

OLIVEIRA, P. M. P. *et al.* Literatura de cordel como meio de promoção para o aleitamento materno. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 12, n. 2, p. 217-23, 2008.

OPAS (Organização Panamericana de Saúde). **Carta de Otawa**. Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde. Otawa, dezembro de 2006. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadarq/ottawa.pdf>> Acesso em 07 nov. 2012.

_____. Declaração de Santa Fé de Bogotá, 1992. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadarq/santafe.pdf>> Acesso em 07 nov. 2012.

PAIN, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Rev. Saúde Pública*, 32 (4): 299-316, 1998

PEREIRA, A. C. Experiência do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas nas ações intersectoriais em sexualidade para adolescentes. 2013. 51 f. Monografia (Bacharelado em Serviço Social)—Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

RABELLO, L. S. Promoção da saúde: a construção social de um conceito em perspectiva comparada; Promotion of the health: the social construction of a concept in comparative perspective. Fiocruz, 2010.

RIBEIRO, D. de F.; ANDRADE, A. dos S. A assimetria na relação entre família e escola pública; The asymmetric relationship between families and the public school. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, v. 16, n. 35, p. 385-394, 2006.

ROCHA, D.G. Estudo da efetividade das ações de intersetorialidade desenvolvidas pelo SUS Goiânia, 2006. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/avaliacao_intersetorialidade.pdf> Acesso em 02 nov. 2011.

RONZANI, T. M.; SILVA, C. M.O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. **Cien Saude Colet**, v. 13, n. 1, p. 23-34, 2008.

SALERA JÚNIOR, G. **Projeto Saúde na Escola**. Recanto das Letras, 2011. Disponível em: <http://www.recantodasletras.com.br/artigos/2923410> Acesso em 02 nov. 2011.

SANTIAGO L. M. *et al.* Implantação do Programa Saúde na Escola em Fortaleza-CE: atuação de equipe da Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2012 nov-dez; 65(6): 1026-9.

SANTOS, E. A. Políticas públicas, controle estatal e superação do modelo assistencialista de Estado. **Cadernos de Direito**, v. 12, n. 22, p. 187-195, 2012.

SILVA, L. R. Promoção da saúde e intersetorialidade: a construção do cuidado ao usuário de crack, álcool e outras drogas no campo da saúde mental. 2013.

SILVA, K. L. et al. Promoção Da Saúde e Intersetorialidade em um Município da Região Metropolitana de Belo Horizonte/MG. **Revista de APS**, v. 16, n. 2, 2013.

SOARES, C. B.; SALVETTI, M. G. & ÁVILA, L. K. Opinião de escolares e educadores sobre saúde: o ponto de vista da escola pública de uma região periférica do Município de São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(4):1153-1161, jul-ago, 2003

SPROD, A. J., ANDERSON, R.; TREASURE, E. T. Effective oral health promotion: literature review. Cardiff: Dental Public Health Unit, University of Wales College of Medicine; 1996. (Health Promotion Wales Technical Report, 20).

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S. Planejamento e programação de ações intersetoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida. **Revista de Administração Pública**, v. 34, n. 6, p. 63 a 80, 2002.

TOMASI, E; et al. Perfil Sociodemográfico e Epidemiológico dos Trabalhadores da Atenção Básica à Saúde nas Regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(x): 105-113, 2007

TREVISAN, M., et al. O papel dos profissionais atendentes da área de saúde: a necessidade de políticas de humanização. **Gestão e Saúde**, Local de publicação (editar no plugin de tradução o arquivo da citação ABNT), 4, mai. 2013. Disponível em: <<http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/214>>. Acesso em: 20 Jan. 2014..

TRINDADE, L. L. O estresse laboral da equipe de saúde da família: implicações para saúde do trabalhador. 2007.

TUSSET, D. **Competências em Promoção da Saúde no Programa Saúde na Escola no Distrito Federal**. 2012. 161páginas. Dissertação (Mestrado) Universidade de Brasília, Faculdade de Educação Física, Programa de Pós-Graduação em Educação Física, Brasília, 2012.

VIEGAS, S. M. da F.; PENNA, C. M. de M. The Brazilian Unified Health System (SUS) is universal, but quotas are the norm. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, p. 181-190, 2013.

WESTPHAL, M. F. et al. Cidade Saudável: uma experiência de interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Revista de Administração Pública – RAP** - Rio de Janeiro, FGV, 34 (6): 47-61, Nov./Dez. 2000.

WHO (World Health Organization). The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World. Bangkok, Thailand, August 2006. 35.

WHO (World Health Organization). Nairobi call to action. 2009. Disponível em: <www.who.int/healthpromotion/conferences> Acesso em 02 nov. 2011.

