



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
INTEGRADO EM SAÚDE COLETIVA



ISABELLE CAROLLINE VERÍSSIMO DE FARIAS

**ANÁLISE DA INTERSETORIALIDADE NO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA NO
MUNICÍPIO DE OLINDA-PE: perspectivas da saúde e da educação**

RECIFE

2014

ISABELLE CAROLLINE VERÍSSIMO DE FARIAS

**ANÁLISE DA INTERSETORIALIDADE NO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA NO
MUNICÍPIO DE OLINDA-PE: perspectivas da saúde e da educação**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Integrada em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

Orientadora: Prof. Dra. Ronice Maria Pereira Franco de Sá

RECIFE

2014

Ficha catalográfica elaborada pela
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

F224a Farias, Isabelle Caroline Veríssimo de.
Análise da intersetorialidade no programa saúde na escola no município de Olinda-PE: perspectivas da saúde e da educação / Isabelle Caroline Veríssimo de Farias. – Recife: O Autor, 2014.
98 f.: il.; tab.; quad.; 30 cm.

Orientadora: Ronice Maria Pereira Franco de Sá.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS, Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva, 2014.
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Saúde escolar. 2. Promoção da Saúde. 3. Ação intersetorial. I. Sá, Ronice Maria Pereira Franco de (Orientadora). II. Título.

614

CDD (23.ed.)

UFPE (CCS2014-122)

FOLHA DE APROVAÇÃO

ISABELLE CAROLLINE VERÍSSIMO DE FARIAS

**ANÁLISE DA INTERSETORIALIDADE NO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA NO
MUNICÍPIO DE OLINDA-PE: perspectivas da saúde e da educação**

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Abel Meneses Filho
(Examinador Externo- FIOCRUZ)

Prof. Dra. Nilcema Figueiredo
(Examinadora Interna)

Prof. Dra. Ronice Maria Pereira Franco de Sá
(Orientadora)

Recife, 22 de Maio de 2014.

***Dedico este trabalho aos meus pais e aos meus irmãos
pelo amor e carinho
cultivados em família.***

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer a todos aqueles que sempre confiaram em mim, desde sempre. À minha família e aos meus verdadeiros amigos, sempre. Sempre mesmo, de coração.

A Deus, meu porto seguro, minha luz divina, a Quem me apego nos momentos difíceis e agradeço nos momentos de glória. Fé inabalável.

Aos meus pais, exemplos da minha vida de persistência, honestidade, integridade e amor. Agradeço imensamente pelo incentivo diário para busca do conhecimento científico.

Aos meus irmãos, amor incondicional, que sempre me incentivaram nas minhas lutas diárias e a toda minha família Veríssimo que se alegra com minhas vitórias.

A toda tripulação do Hospital Naval de Recife, desde os diretores (Dr. Carlos Henrique e Dr. Gouveia), Chefes (Dr. Rui, Dr. Alisson) que me liberaram e incentivaram, os meus colegas fisioterapeutas (Jamaica, Filho, Sheyla, Vinicius, Fabienne e Clemente) pelas inúmeras trocas de serviço e de rotina para que eu não perdesse aula, os demais amigos oficiais e até os que apenas me davam palavras de apoio e perseverança.

Às minhas amigas que dividem a mesma moradia: Fabienne e Priscilla pelo carinho, apoio e principalmente pela compreensão.

Às novas amigas queridas que fiz durante esse marco: Niedja, Isabelle Nóbrega, Alyne, Daniele, Hérika, Gabriela, Elisa, Juliana e Manuela, que sempre me apoiam, não me deixam fraquejar, as quais posso sempre contar.

Ao secretário do Mestrado, companheiro José Moreira, pela seriedade no desenrolar de sua função, sendo sempre solícito, compreensível e adorável.

Aos professores do Mestrado Integrado em Saúde Coletiva, pelas reflexões e norteamientos teóricos para com o campo da saúde, dando-nos a ferramenta necessária para o crescimento profissional.

À minha orientadora Ronice Franco de Sá, por acreditar na minha capacidade, aceitando-me enquanto orientanda e possibilitando-me adentrar em novos mundos da saúde coletiva e da promoção da saúde. Admiro sua capacidade profissional e seu brilho pessoal.

À minha coorientadora Nilcema Figueiredo por acreditar no meu potencial, pelas oportunidades, compreensão e dedicação.

Ao Prof. Dr. Abel Menezes Filho pela contribuição ao crescimento desta pesquisa.

À Maria Clara, coordenadora do PSE-Olinda que me abriu as portas do programa me ajudando em todos os momentos que precisei, assim como aos profissionais participantes da pesquisa, que me acolheram com respeito e paciência.

Às minhas inúmeras amigas e amigos Paraibanos que mesmo de longe me apoiam sempre com palavras de animo e carinho.

A todos que se dispuseram a participar e auxiliar na construção desta pesquisa. Enfim, compartilho com todos a gratidão e alegria em concluir mais uma etapa tão importante da minha vida acadêmica.

SE FICAR
O BICHO
COME



SE CORRER
O BICHO
PEGA



SE UNIR O BICHO SOME !



*Se não houve frutos, valeu a beleza das flores
Se não houve flores, valeu a sombra das folhas
Se não houve folhas, valeu a intenção da semente.*

Henfil

*" É fundamental diminuir a distância entre o que se diz e o que se faz, de tal maneira que
num dado momento a tua fala seja a tua prática."*

Paulo Freire

RESUMO

A Promoção da Saúde vem se firmando através de uma concepção positiva e ampla de saúde, sendo capaz de convocar conhecimentos interdisciplinares e estimular práticas intersetoriais, reconhecendo dessa maneira a real necessidade de atuação não somente do setor saúde, mas também como um resultado de ações intersetoriais e multidisciplinares. Em toda saúde pública, um dos maiores desafios é a utilização das evidências obtidas por meio das diversas fontes de dados, através da análise, para aprimorar, reorganizar e transformar as práticas rotineiras. As políticas públicas de saúde atestam que a escola é um espaço privilegiado para a produção de ações de promoção de saúde, prevenção de doenças e de educação em saúde. O Programa Saúde na Escola (PSE) é resultante de uma parceria entre os Ministérios da Saúde e da Educação e objetiva contribuir para o enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças, adolescentes e jovens brasileiros. Essa iniciativa reconhece e acolhe as ações de intersetoriais entre saúde e educação já existentes e que têm impactado positivamente na qualidade de vida dos educandos. Diante do contexto, o objetivo do estudo é de conhecer e analisar o processo da intersetorialidade no Programa Saúde na Escola no município de Olinda-PE. Trata-se de uma pesquisa de caráter exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa. O estudo foi realizado no município de Olinda-PE, nas 20 primeiras escolas que estão aderidas ao PSE desde seu lançamento no município e que receberam a capacitação por meio de oficinas do Programa. Os sujeitos desta pesquisa foram os agentes comunitários de saúde e os professores comunitários que faziam parte do comitê local de cada escola e que atuavam diretamente no PSE, totalizando 19 profissionais por ponto de saturação. A coleta de dados foi realizada mediante entrevista individual semiestruturada. Todas as entrevistas serão gravadas em MP3 e depois transcritas pela escuta cuidadosa e exaustiva. A análise foi realizada através da análise de conteúdo proposta por Bardin, associados ao programa computacional NVivo[®], também foi utilizado o diário de campo. Ao discorrer sobre a análise, podemos evidenciar três nós principais: em relação ao Programa de Saúde na Escola, em relação à Intersetorialidade e em relação ao desenvolvimento de Ações Intersetoriais, que serviram de alavanca para a incorporação de subnós, formando o escopo da discussão deste estudo. O Programa Saúde na Escola, apesar de apresentar algumas dificuldades estruturais e gerenciais no âmbito dos escolares da rede municipal de ensino de Olinda, evidencia-se como ferramenta capaz de propiciar melhorias na qualidade de vida dos alunos que compõem as escolas, pois desenvolvem ações benéficas e eficazes relacionadas à saúde. O dilema passa a ser de se operar uma política necessariamente intersetorial explicitada num ambiente com atores que possuem agendas setoriais previamente montadas, com poucos profissionais disponíveis para a correta execução das políticas, o que leva a dificuldade de conciliar os tempos institucionais dos vários setores e o comprometimento e envolvimento setorial, impedindo a sustentabilidade das ações. Mudanças estão sendo implementadas, mas o que pode ser observado é a escassez de capacitação e educação permanente, além da inexistência de protocolos que norteiem o desenvolvimento de ações intersetoriais.

Palavras-chave: Saúde escolar. Promoção da Saúde. Ação intersetorial.

ABSTRACT

Health Promotion has established itself through a positive and broad conception of health, being able to summon interdisciplinary knowledge and stimulate intersectoral practices, thus recognizing the real need for action not only the health sector but also as a result of intersectoral actions and multidisciplinary. Across public health, one of the biggest challenges is the use of evidence obtained by means of the various data sources, through analysis, to enhance, reorganize and transform the routine practices. Public health policies attest that the school is privileged to produce actions of health promotion, disease prevention and health education space. The School Health Program is the result of a partnership between the Ministries of Health and Education and objectively contribute to the coping with vulnerabilities that compromise the full development of children, adolescents and young Brazilians. This initiative recognizes and welcomes the actions of intersectoral between existing health and education and have positively impacted the quality of students life. In this context, the objective of the study is to understand and analyze the process of intersectoral cooperation in the School Health Program in Olinda –PE city. This is an exploratory, descriptive and qualitative approach. The study was conducted in Olinda city, Pernambuco, in the first 20 schools that are adhered to the PSE since its launch in the city and who received training through workshops of the program. The subjects were community health workers and community teachers who were part of the local committee of each school and who worked directly on the PSE, totaling 19 professionals per point of saturation. Data collection was conducted through semi-structured individual interviews. All interviews will be recorded in MP3 and transcribed by careful and thorough listening. The analysis was performed through the content analysis proposed by Bardin associated computational NVivo® program, field diary was also used. To discuss the analysis, we highlight three main nodes: in relation to the School Health Program, in relation to the Intersectoral and for the development of intersectoral actions, which served as a lever for the incorporation of sub-nodes, forming the scope of this discussion study. The School Health Program, despite its structural and managerial difficulties within the school of municipal schools in Olinda, it is clear as a tool capable of providing improvements in the quality of life of students that make up the schools, because they develop beneficial and effective health actions. The real dilemma becomes to operate an intersectoral policy necessarily explicit in an environment with actors that have previously mounted sectoral programming, with few available professionals for proper implementation of the politic, which leads to difficulty in reconciling the times the various institutional sectors and sector involvement and commitment, preventing the sustainability of actions. Changes are being implemented, but what can be seen is the lack of training and continuing education, besides the lack of protocols to guide the development of intersectoral actions.

Key-words: School Health. Health Promotion. Intersectoral action.

LISTA DE QUADROS

Quadro1 - Modelos Teóricos de Saúde na Escola.....	35
Quadro 2 - Unidades escolares e Unidades de Atenção Básica de Referência.....	50

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1- Esquema Conceitual do Estudo.....	46
FIGURA 2 - Esquema utilizado para análise dos dados no <i>software</i> NVivo®	56
FIGURA 3 – Categorias e Subcategorias da pesquisa.....	59

LISTA DE TABELA

TABELA 1 – Perfil dos Entrevistados.....	53
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ACS** – Agente Comunitário de Saúde
- BDTD** - Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações
- CF**- Constituição Federal
- CIESE** - Comissão Intersetorial de Saúde e Educação na Escola
- CNES** - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
- ESF** – Estratégia de Saúde da Família
- EPS** – Escola Promotora de Saúde
- GTI** - Grupo de Trabalho Intersetorial
- HDN** - História Natural das Doenças
- IDEB** - Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
- LDB** – Lei de Diretrizes e Bases na Educação Nacional
- MS** – Ministério da Saúde
- OMS** – Organização Mundial da Saúde
- OPAS** – Organização Panamericana de Saúde
- PAB** - Piso da Atenção Básica
- PCN** – Parâmetro Curricular Nacional
- PNAB**- Política Nacional de Atenção Básica
- PNPS** – Política Nacional de Promoção da Saúde
- PPP** - Projeto Político Pedagógico
- PS** – Promoção da Saúde
- PSE** – Programa Saúde Escolar
- SPE** – Projeto Saúde e Prevenção na Escola
- SUS** – Sistema Único de Saúde
- TCLE** - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNESCO- Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

UNICEF- Fundo das Nações Unidas para a Infância

UNFPA- Fundo de População das Nações Unidas

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	17
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	22
2.1 MARCO HISTÓRICO E CONCEITUAL DA PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	22
2.1.1 A Saúde Escolar no Brasil.....	30
2.1.2 Intersetorialidade.....	36
2.2 PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE).....	39
3 OBJETIVOS.....	47
3.1 OBJETIVO GERAL.....	47
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	47
4 ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	48
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	48
4.2 LOCAL DO ESTUDO.....	49
4.3 SUJEITOS DA PESQUISA.....	51
4.4 COLETA E PROCESSAMENTO DOS DADOS.....	54
4.5 PROCEDIMENTOS DA COLETA DOS DADOS.....	57
4.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	57
5 RESULTADOS, ANÁLISE E DISCUSSÃO.....	59
5.1 SAÚDE NA ESCOLA EM OLINDA: UMA REALIDADE A SER AJUSTADA.....	60
5.1.1 Conceito do PSE alinhado à proposta governamental.....	60
5.1.2 Importância incontestável do Programa de Saúde na Escola.....	61
5.1.3 Baixa credibilidade do PSE.....	62

5.1.4	Baixa credibilidade da Gestão Municipal.....	63
5.1.5	Deficiência de Capacitações.....	64
5.2	INTERSETORIALIDADE SAÚDE/EDUCAÇÃO NO PSE.....	66
5.2.1	Conceito de Intersetorialidade- restrito e controverso.....	67
5.2.2	Existência da intersetorialidade saúde/educação no PSE.....	67
5.2.3	Conflito de interesse entre os setores Saúde e Educação.....	68
5.2.4	Deficiência na comunicação entre os setores.....	70
5.2.5	Poucos interlocutores além da Saúde e Educação.....	71
5.3	AÇÕES INTERSETORIAIS PONTUAIS.....	73
5.3.1	Ações intersetoriais realizadas.....	73
5.3.2	Equidade entre Saúde e Educação na realização das ações intersetoriais do PSE.....	74
5.3.3	Envolvimento da família no PSE.....	76
5.3.4	Necessidade de múltiplas estratégias para consolidação do PSE como política intersetorial.....	78
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	80
	REFERÊNCIAS.....	83
	APÊNDICES.....	95
	ANEXOS.....	98

1 INTRODUÇÃO

O discurso da Promoção da Saúde (PS) vem sendo construído e praticado de acordo com as capacidades operativas, as necessidades e os desafios locais em saúde pública desde a década de 70, perante diferentes paradigmas teórico-conceituais (OPAS, 1986).

Campo em construção e em constante crescimento, a PS vem se firmando como ponto de concentração de um conjunto de reflexões e práticas comprometidas com a superação do modelo biomédico. Partindo de uma concepção positiva e ampla de saúde, e tendo como objetivo o processo social de sua produção, vem sendo capaz de convocar conhecimentos interdisciplinares e estimular práticas intersetoriais visando o desenvolvimento do modelo de intervenção para além do enfoque biomédico e da crescente medicalização dos problemas sociais (CARVALHO et al., 2004).

O novo paradigma da PS traz uma definição abrangente do conceito de saúde, vista a partir de seus determinantes sociais e culturais. Coerente com essa definição, as práticas de Promoção da Saúde são igualmente abrangentes, de modo que um dos méritos das iniciativas e práticas em promoção da saúde é dado pela diversidade de estratégias que propõe no nível da população, das comunidades e dos municípios, da advocacia, entre outros, ampliando o debate, o diálogo e a participação intersetorial. Dessa maneira os diversos setores, começando pela população, os gestores de serviços públicos, pesquisadores e acadêmicos, incluindo as organizações sociais, são todos convidados a participar do desenvolvimento das ações, o que inclui a discussão sobre o porquê de avaliar e como avaliar (BODSTEIN, 2009).

A Promoção da Saúde significa intervenções sustentadas pela associação da intersetorialidade e da participação social voltadas para a conquista do direito à saúde, operando ações que visem à melhoria das condições e qualidade de vida. Ações que podem ocorrer no espaço dos serviços de saúde, no espaço do parlamento e no espaço das comunidades (PEDROSA, 2004).

Como já afirmava Barretto (2008), em nenhum outro momento histórico, falou-se tanto em saúde e promoção da saúde como no contexto atual, o que vem a corroborar com a valorização do papel de promoção da saúde vinculada ao ambiente escolar como elemento transformador da realidade. Assim, reconhece-se a necessidade de atuação não somente do setor saúde, mas também como um resultado de ações intersetoriais e multidisciplinares, tornando assim a intersetorialidade uma condição para a prática da Promoção da Saúde (SILVA, 2009).

A promoção da saúde implica, necessariamente, no estabelecimento de agendas públicas com a participação de diversos atores para se alcançar mais saúde e uma melhor qualidade de vida (CAMPOS, 2003).

A intersectorialidade fundamenta-se em uma prática integradora de ações de distintos setores que se articulam, complementam e interagem para uma aproximação mais intrincada dos problemas e seu enfrentamento, compartilhando recursos, metas e desenvolvendo estratégias conjuntamente (WIMMER; FIGUEREDO, 2006). Na saúde, a articulação intersectorial é relevante para refletir sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença e do bem-estar, bem como para promover a saúde. Os resultados de saúde alcançados por meio da intersectorialidade são mais efetivos do que o setor saúde alcançaria por si só (TEXEIRA; PAIM, 2000).

Não se trata apenas de uma estratégia política de intersectorialidade na saúde. É a convicção de que os ganhos em saúde requerem um amplo processo de inclusão para a compreensão e transformação da realidade, significando um esforço na interação de diferentes saberes e atores sociais para o estabelecimento de relações horizontais e para a superação de problemas de saúde (WESTPHAL, 2007).

Nestas condições, surge a necessidade de pensar em artifícios metodológicos que permitam recompor o objeto que se quer avaliar (as intervenções de Promoção da Saúde) na perspectiva de que os elementos que conformam e imprimem movimento ao campo e ao objeto expresso sob a forma de intervenções se tornem não apenas visíveis e contáveis, mas interpretados como dispositivos para a produção de referências para a avaliação (PEDROSA, 2004).

Em toda saúde pública, um dos maiores desafios é a utilização das evidências obtidas por meio das diversas fontes de dados (primárias, secundárias, artigos, midiáticas) para aprimorar, reorganizar e transformar as práticas rotineiras. Diante desse contexto, os estudos que apresentam evidências têm sido um assunto de interesse crescente por parte de governos e diferentes atores envolvidos na implementação de projetos e de ações em promoção da saúde. (BRASIL, 2009b). A avaliação de programas de Promoção da Saúde é um dos pontos prioritários da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, sendo também incentivada pela Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) (BRASIL, 2010), isso enfatiza a necessidade do uso de evidências. O estudo de caso, por propiciar um mergulho no tema que se busca analisar, é uma estratégia apropriada para apresentar evidências necessárias à melhoria das práticas e a um maior conhecimento sobre as temáticas que se aprofundar.

As políticas públicas de saúde atestam que a escola é um espaço privilegiado para a produção de ações de promoção de saúde, prevenção de doenças e de educação em saúde (BRASIL, 2009b).

A escola pode ser considerada como um espaço onde aparecem muitos fatores de vulnerabilidade trazidos pelos alunos, o que a caracteriza como um local de escuta e conhecimento das experiências de vida dos mesmos. Estes fatores vêm à tona nesse espaço porque interferem na permanência de alunos vulneráveis, bem como no seu aprendizado. Daí a importância dos que fazem o ambiente escolar estar atentos a todos esses fatores. Contudo, sabe-se que toda essa gama de especificidades gera sobrecarga nas instituições escolares ao ter que lidar com os problemas e questões afeitos à sua área de atuação (AHLERT, 2010).

Para Guará (2006) a formação integral dos indivíduos não está adstrita ao processo formal e intencional de ensino, pois tem suas bases nas esferas da vida cotidiana. Sendo assim, a educação deve fazer parte de uma política articulada de desenvolvimento do município, do estado, da região e da nação. A busca pela intersetorialidade através de uma rede de proteção social parece ser o caminho mais coerente no enfrentamento das necessidades reveladas nos muros internos das escolas. Destacam-se os adolescentes por ser um grupo que dificilmente comparece aos serviços de saúde e que precisa ser alvo da atenção dos profissionais de saúde. Neste sentido, o elo saúde e educação é fundamental para alcançar grupos populacionais de crianças e adolescentes.

Instituído pelo Decreto Presidencial Nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, o Programa Saúde na Escola (PSE) foi resultante de uma parceria entre os Ministérios da Saúde e da Educação. Seu objetivo principal é contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio das ações de prevenção, promoção e atenção à saúde, integrando as redes do Sistema de Educação e do Sistema Único de Saúde mediante articulação das escolas públicas, unidades básicas de saúde e unidades de Saúde da Família (BRASIL, 2009).

O PSE objetiva contribuir para o enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças, adolescentes e jovens brasileiros. Essa iniciativa reconhece e acolhe as ações de integração entre saúde e educação já existentes e que têm impactado positivamente na qualidade de vida dos educandos (BRASIL, 2011).

O PSE, dessa forma, se constitui em uma possibilidade de complemento de uma necessidade há tempos discutida: o fortalecimento da integração entre os setores educação e saúde, promovendo a intersetorialidade promulgada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e a

corresponsabilização entre estes setores, habituados a trabalhar isoladamente (SANTIAGO et al., 2012).

Em 2013 o PSE reforça a importância da articulação intersetorial como prioritária no desenvolvimento e na sustentabilidade das ações, para assim formar redes de corresponsabilidade, e põe em questão como o serviço está se relacionando, qual o padrão comunicacional estabelecido entre os diferentes serviços e equipes e quais os modelos de gestão e atenção que estão sendo produzidos. Dessa maneira, observamos que a intersetorialidade é tida como base do programa e se torna uma constante preocupação como princípio a ser atingido (BRASIL, 2013b).

Nesta perspectiva, trabalhar a saúde na escola, a partir da proposta do PSE, requer compreender o espaço escolar como local estratégico para a PS e articulação intersetorial e confirmar outra lógica às ações voltadas para a escola, no sentido de proporcionar a construção de conhecimento compartilhado e a formação de atitudes saudáveis à vida. Cabe ressaltar que a escola é um ambiente de importantes interações sociais, entre professores, alunos, familiares e profissionais de saúde, onde surgem as diversas demandas e necessidades que podem ser problematizadas em seu contexto mais amplo (GOMES, 2012).

Apesar da coerência existente entre a proposta da intersetorialidade e a concepção ampliada do processo saúde-doença, há pouco conhecimento acumulado sobre experiências relacionadas às práticas interssetoriais (LIMA; VILASBÔAS, 2011), o que se torna motivo de reflexão para pesquisas futuras, já que as políticas públicas cada vez mais apoiam e requerem a intersetorialidade entre os setores Educação e Saúde nas iniciativas voltadas a escolares (FERREIRA, 2012).

A relação entre os serviços de saúde e as escolas representa um foco onde têm sido identificadas fragilidades apesar de, cada vez mais, se considerar fundamental para o sucesso da implementação de ações de educação para a saúde um trabalho articulado entre ambas as partes. O desenho do PSE parte justamente dessa necessidade de articular e integrar os setores da saúde e da educação para ampliar o alcance e o impacto das ações de saúde aos estudantes e seus familiares, por meio de ações interssetoriais. No PSE, a proposta é que essa articulação ocorra, principalmente, entre as Equipes de Saúde da Família (ESF) e as escolas do território de adscrição dessas equipes, atendendo às diversas demandas da comunidade escolar, na perspectiva da atenção integral e considerando o conceito positivo de saúde apresentado desde a Carta de Ottawa (1986), reafirmado na Constituição Federal Brasileira (1988).

Historicamente, políticas de educação e saúde se estruturaram para que o seu funcionamento ocorresse de forma fragmentada, setorialmente. Isto contradiz o paradigma

promocional da saúde o qual expõe a necessidade de que o processo de produção do conhecimento e das políticas públicas ocorra por meio de construção e gestão compartilhadas, ou seja, por meio de ações intersetoriais em que haja um grau de abertura em cada setor para dialogar, estabelecendo corresponsabilidade e cogestão pela melhoria da qualidade de vida populacional (BRASIL, 2006; BRASIL, 2009c).

Dessa maneira, unir a intersectorialidade, declarada como uma das diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006), reafirmada pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) como essencial para o desenvolvimento das ações de saúde, ao rico e proveitoso território escolar é um propósito benéfico de produção de saúde.

Considerando a complexidade dos programas de PS que requerem abordagens amplas e diferenciadas tanto no desenvolvimento de suas ações quanto em seu processo analítico e na tentativa de esclarecer as características do funcionamento de um programa intersetorial através da cooperação entre os diferentes setores e atores, este estudo de caso visa compreender como se dá a intersectorialidade no PSE sobre a perspectiva da saúde e da educação no município de Olinda-PE.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 MARCO HISTÓRICO E CONCEITUAL DA PROMOÇÃO DA SAÚDE

Numa perspectiva histórica, o termo Promoção da Saúde não é uma expressão recente e muito já foi produzido sobre suas concepções. Nas décadas de 1960/1970, no Brasil, foram adquiridas novas configurações que tem implicações diretas sobre o objeto de estudo, abrindo caminho para a busca de abordagens positivas nesse campo (SILVA, 2009).

Merecem destaque os primeiros registros sobre Promoção de Saúde feita por Sigerist, médico historiador, que os utilizou em 1946, em documentos escritos. Foram definidas as quatro áreas de atuação da medicina: promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento das doenças e reabilitação. Para o autor, promover saúde seria facilitar um nível de vida decente, boas condições de trabalho, educação, cultura, descanso e recreação (FERRAZ, 1998).

Uma formulação muito conhecida da PS é dada por Leavel e Clark como parte do nível da prevenção primária, definido como medidas destinadas a desenvolver uma saúde de qualidade, no esquema da História Natural das Doenças (HDN). Segundo esses autores, o processo evolutivo de uma doença aconteceria desde as primeiras forças que criam o estímulo patológico no meio ambiente ou em qualquer outro lugar (pré-patogênese), passando pela resposta do hospedeiro ao estímulo, até às alterações que levam a um defeito, invalidez, recuperação ou morte (patogênese). Em cada um desses períodos, caberiam alguns níveis de prevenção (primária, secundária e terciária) (VERDI; CAPONI, 2005). Esses autores afirmavam que entre os componentes para a PS estava a educação sanitária; a alimentação e a nutrição adequadas; as boas condições de trabalho e moradia; o lazer; e outras medidas ligadas ao bem-estar. As propostas de promoção da saúde em Leavel e Clark privilegiavam ações educativas normativas voltadas para indivíduos, famílias e grupos (BUSS, 2003).

O Relatório Lalonde, publicado no Canadá, em 1974, foi um marco inicial importante para mudança de paradigma e para ampliação do campo da saúde. O informe veio romper com a percepção de que a saúde é resultante de cuidados médicos, afastando o modelo biomédico. Dessa forma, vai além do enfoque do modelo da História Natural da Doença ao enfatizar o papel das ações de Promoção de Saúde e a necessidade de trabalhar visando a alteração de comportamentos não saudáveis. O Relatório Lalonde influenciou políticas sanitárias em diversos países e segue até hoje inspirando políticas de saúde, suas estratégias

preconizam intervenções sobre os estilos de vida e mudanças de comportamento (CARVALHO, 2004).

Não foi a partir do Relatório de Lalonde que teve início a Promoção da Saúde como a “nova saúde pública”, mas sim, em 1978, na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, Declaração de Alma Ata, em Kazak, onde essa área do conhecimento e de práticas definiu seu marco teórico, localizando o processo saúde-doença, sua causalidade e as práticas decorrentes, no eixo da história social, econômica, política e cultural. A saúde foi pela primeira vez reconhecida como um direito a ser afirmado não só pela melhoria do acesso aos serviços de saúde, mas também, por um trabalho de cooperação entre muitos outros setores sociais e econômicos, superando o campo de ação dos responsáveis pela atenção convencional dos serviços de saúde, sendo então assumida como responsabilidade dos governos, incorporando a equidade e a justiça social na agenda da Organização Mundial de Saúde (OMS) (MENDES; AKERMAN, 2007). Essa Declaração reafirma a concepção positiva de saúde, desafiando o reducionismo biomédico. É neste contexto que a intersectorialidade emerge como eixo estruturante das políticas públicas de saúde, de modo a ampliar o escopo de suas intervenções, unindo esforços para o alcance de melhores níveis de saúde da população (VALADÃO, 2004). A partir desses acontecimentos estabeleceram-se as bases para importantes movimentos de convergência na conformação de um novo paradigma com a proposta de Saúde Para Todos no Ano 2000 (BRASIL, 2002).

Em 1981, com a realização da Primeira Conferência Nacional de Saúde do Canadá, vieram à tona fatores que ampliaram a proposta da PS. Foram eles, os fatores sociais e ambientais no modelo dos determinantes da saúde e o entendimento de que a escolha do estilo de vida por parte da população dependia da classe social (FERREIRA; BUSS, 2002).

A estratégia de atenção primária de saúde (Alma-Ata) com o enfoque multissetorial, o envolvimento comunitário e os componentes de tecnologia apropriada reforçaram a promoção na direção da saúde ambiental. Com esta motivação foi planejada a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em 1986, realizou-se em Ottawa-Canadá, resultando a Carta de Ottawa, que se tornou marco referencial no avanço desse conceito. Nesse documento, definiu-se Promoção da Saúde como um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo (BRASIL, 2002).

Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Neste sentido, a saúde é um conceito

positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (BRASIL, 2001, p. 19).

No ano de 1998, foi publicado o Relatório Health Promotion Evaluation: Recommendations to Policymakers pelo Escritório Regional para a Europa da Organização Mundial da Saúde (OMS), que justificava que a implementação do conceito de PS, referenciado pela Carta de Ottawa, dependeria de ações que fossem *empowering*, participativas, holísticas, intersetoriais, equânimes, sustentáveis e multiestratégicas (AKERMAN et al, 2002).

Para Westphal (2007), o conceito de Promoção da Saúde trazido pela carta de Ottawa reforça a importância da ação política, das condições ambientais e das mudanças nos estilos de vida, tornando-se referência para o movimento da “nova saúde pública”. A carta ainda assume o compromisso de reorientar os serviços de saúde e os recursos disponíveis para a promoção da saúde, estimulando a participação e a colaboração de outros setores, outras disciplinas e a comunidade (BRASIL, 2002).

De acordo com Sícoli e Nascimento (2003), esta Conferência trouxe grandes contribuições para a questão da intersetorialidade no âmbito da PS, pois a Carta que resultou desta explicita que todos os setores devem assumir a saúde como meta. Além disso, assume que a intersetorialidade colocando o setor sanitário como mediador e a população como meio essencial para a operacionalização da PS, alcançando o bem-estar desses indivíduos.

As reuniões internacionais posteriores apoiaram-se nos princípios da Promoção de Saúde (*empowerment*, equidade, participação social, intersetorialidade e sustentabilidade) e nos cinco campos de ação estabelecidos pela Carta de Ottawa: construção de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis à saúde, desenvolvimento de habilidades, reforço da ação comunitária e organização dos serviços de saúde. Consolidaram a participação de especialistas, com diferentes tipos de formação no movimento da Promoção da Saúde, que deram continuidade à discussão, reforçando e complementando esses propósitos (BRASIL, 2001).

Em abril de 1988 é realizada a segunda conferência internacional, a Conferência de Adelaide, que manteve a direção estabelecida pela Carta de Ottawa na promoção de saúde, buscando estratégias em prol de políticas públicas voltadas para a saúde, destacando-se ações para políticas públicas saudáveis, equidade, acesso e desenvolvimento social, além de acesso a bens e serviços promotores de saúde (BRASIL, 2001).

Após quase três anos é realizada a terceira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Sundsvall, em 1991, que reafirmou e clarificou a relevância e o significado da Promoção da Saúde. Com o tema Ambientes Favoráveis à Saúde, identificou muitos exemplos e abordagens para se criar ambientes favoráveis e promotores de saúde, que podem ser usados por políticos e governos, ativistas comunitários e outros setores da saúde e do meio ambiente. A Conferência reconheceu que todos têm um papel fundamental na criação de ambientes favoráveis e promotores de saúde. A Conferência reconhece também que a educação é um direito humano básico e um elemento fundamental para realizar as mudanças políticas, econômicas e sociais necessárias para tornar a saúde possível para todos (BRASIL, 2002).

Já na Indonésia, em 1998, a Conferência de Jacarta discutiu os efeitos da globalização na economia e destacou a consolidação de alianças, a comunicação, o fortalecimento da responsabilidade social, como instrumentos fundamentais para enfrentar a complexa realidade do setor saúde. A Declaração de Jacarta estabeleceu cinco prioridades para a Promoção da Saúde até o século XXI, com o intuito de enfrentar o novo tempo com novos conhecimentos e novas estratégias, tais como: 1) promover a responsabilidade social pela saúde; 2) aumentar a capacidade da comunidade e o poder dos indivíduos para controlar as ações que pudessem interferir nos determinantes da saúde; 3) expandir e consolidar alianças para a saúde; 4) aumentar as investigações para o desenvolvimento da saúde; 5) assegurar a infraestrutura para a Promoção da Saúde (BRASIL, 2001).

A reunião da Rede de Megapaíses para a Promoção da Saúde, realizada na Suíça em 1998, uma aliança entre os países mais populosos do mundo, na qual estão envolvidos Bangladesh, Brasil, China, Índia, Indonésia, Japão, México, Nigéria, Paquistão, Rússia e Estados Unidos (OPAS, 1998), teve como meta melhorar a base de informações da promoção, desenvolvimento da saúde, aumento da intersectorialidade e parcerias urgentes para melhorar a distribuição dos recursos para a saúde entre os países mais populosos do mundo (BRASIL, 2002).

Na Quinta Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada no México, ficou explícita a prioridade da inserção da PS nas políticas e programas locais, regionais, nacionais e internacionais, ressaltando-se ainda, a importância das ações intersectoriais para o fortalecimento e ampliações de parcerias e de redes nacionais e internacionais que promovam saúde (DECLARAÇÃO DO MÉXICO, 2000).

No que se referem às conferências regionais, que aconteceram entretanto com as internacionais, buscaram principalmente discutir a problemática de países latino-americanos,

porém sempre introduzindo as temáticas e experiências internacionais da promoção de saúde de outros países. Por exemplo, a Declaração de Fé de Bogotá aponta para as situações de iniquidade em que vivem os países da América Latina e reconhece a necessidade de criação de condições adequadas para as pessoas vivam com dignidade (BRASIL, 2002).

Já a Carta do Caribe I, realizada em 1993, em Trinidad y Tobago, reforça a importância da Promoção à Saúde, propõe seis estratégias fundamentais: elaboração de políticas públicas saudáveis; reorientação dos serviços de saúde; "empoderamento" das comunidades para alcançar o bem-estar; criação de ambientes favoráveis à saúde; desenvolvimento/implementação de habilidades pessoais para a saúde e construção de alianças, especialmente com os meios de comunicação (HEIDMANN et al., 2006).

Na VI Conferência realizada na Tailândia, em 2005, a Carta de Bangkok, teve como tema a efetividade da Promoção da Saúde e recomendou como primordial a formação de recursos humanos pelas universidades para atuar no paradigma da nova cultura da saúde. Foram revisadas as cinco áreas de ação preconizadas em Ottawa e concluíram-se que a capacitação para a Promoção da Saúde deve observar as políticas mundiais e locais, as parcerias, os sistemas econômicos e de informações, entre outros. Com o compromisso de tornar a promoção da saúde um elemento fundamental da agenda de desenvolvimento mundial, uma responsabilidade de todos os governantes, priorizando uma atuação voltada às comunidades e à sociedade civil em geral (PELICIONE; PELICIONE, 2007).

Em 2009, em Nairobi, acontece a 7ª Conferência Global de Promoção da Saúde, sob o lema: Promovendo a saúde e o desenvolvimento: quebrar as lacunas de implementação. Essa Conferência chamou a atenção sobre como agir em benefício da PS, destacando uma série de estratégias necessárias para sanar as lacunas de implementação e desenvolvimento da área. Dentre as estratégias citadas é imprescindível ressaltar a construção de competências para a PS com foco em liderança, garantia de obtenção de financiamento adequado para a realização de intervenções, aumento e aperfeiçoamento das habilidades de promotores de saúde e melhora da atuação de gestores. Além disso, foram reforçadas as necessidades de fortalecimento dos sistemas de saúde e comunitário, disseminação de conhecimento sobre saúde (*health literacy*) e ação intersetorial com estabelecimento de parcerias (WHO, 2009).

No ano de 2013 é realizada a 8ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em Helsínque, na Finlândia. O Encontro teve como base uma rica herança de ideias, ações e evidências originalmente inspiradas na Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários de Saúde (1978) e na Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde (1986). Tais documentos identificaram a ação intersetorial e as políticas públicas saudáveis como elementos chave para

a promoção da saúde e para a realização da equidade em saúde. Essa conferência afirma com a *Saúde em Todas as Políticas* o compromisso com o mais alto padrão de saúde para todos e reconhece a responsabilidade do governo para isso. Essa nova abordagem leva em conta que políticas públicas elaboradas em todos os setores podem ter um efeito profundo sobre a saúde da população e a equidade na saúde, aumentando dessa maneira a atribuição de responsabilidade das decisões políticas para os impactos na saúde em todos os níveis decisórios. Ressalta ainda a Saúde em Todas as Políticas como parte integrante da contribuição dos países para que sejam alcançadas as Metas de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas (AKERMAN, 2013).

Já no Brasil, a promoção da saúde vem adquirindo diferentes significados, conforme visão defendida por seus difusores. Os princípios da Reforma Sanitária foram reconhecidos através da nova Constituição Brasileira, na década de 80. O SUS representa uma verdadeira reforma do Estado inserindo novos atores sociais ao cenário da saúde, garantindo dessa maneira a prática da democracia participativa, da descentralização e do controle social. Essas propostas da Reforma Sanitária foram confirmadas na VIII Conferência Nacional de Saúde, em Brasília, 1986, e posteriormente na Constituição Federal (CF) de 1988 (artigo 196) e nas leis orgânicas da saúde (8.080/1990 e 8.142/90) que institucionalizaram o SUS. O artigo 196 da CF reconhece a saúde como um direito de todos e um dever do Estado e assegura ainda que este direito deve ser garantido através de políticas públicas (BRASIL, 1988).

Pode-se dizer que as ações de promoção da saúde no Brasil são iniciadas com o movimento da estruturação da Atenção Básica, a partir de 1992, por meio do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde, e logo após pela Estratégia de Saúde da Família, começam as atividades centralizadas na promoção da saúde, como estímulo à intersetorialidade, compromisso com a integralidade do cuidado, fortalecimento da participação social, corresponsabilidade e empoderamento dos usuários, entre outros (BUSS; CARVALHO, 2009).

No âmbito das políticas públicas no Brasil, homologada em 2006, a Política Nacional de Promoção de Saúde (PNPS) apresenta diferentes esferas de ações que indicam sua intenção de atuar de forma intersetorial, num esforço de garantir os princípios do SUS e aprimorar os serviços prestados ao coletivo com qualidade, enfatizando a Atenção Básica. Neste contexto, a PNPS forneceu diretrizes e orientações de ações transversais, integradas e intersetoriais para todos os níveis de atenção, os quais objetivam promover a qualidade de vida, reduzir vulnerabilidades e riscos à saúde da população (BRASIL, 2006). Como diretrizes foram definidas "integralidade, equidade, responsabilidade sanitária, mobilização e participação

social, intersetorialidade, informação, educação e comunicação e sustentabilidade" (BRASIL, 2006, p. 14).

Na PNPS (2006), a intersetorialidade é compreendida como *“uma articulação das possibilidades dos distintos setores de pensar a questão complexa da saúde, de responsabilizar-se pela garantia da saúde como direito humano e de cidadania, e de mobilizar-se na formulação de intervenções que a propiciem”* (p.13) (BRASIL, 2006).

Assim, a PS deve ser compreendida como uma agenda integrada e multidisciplinar cujo objetivo primordial é fomentar mudanças em três níveis: *assistência à saúde, gestão local de políticas públicas e proteção e desenvolvimento social para todos*. Como também, objetiva envolver não somente o setor saúde na PS, mas envolver também outros setores, as agências de governo, organizações não governamentais e movimentos sociais (BRASIL, 2006).

A PNPS define o compromisso do setor saúde na articulação intersetorial como o de tornar cada vez mais visível que o processo saúde-doença é efeito de múltiplos aspectos, sendo relativo a todos os setores da sociedade e devendo fazer parte de suas agendas. Desse modo, é função do setor saúde nas várias esferas de decisão convocar os setores a considerarem a avaliação e os parâmetros sanitários quanto à melhoria da qualidade de vida da população quando forem construir suas políticas específicas. A abordagem intersetorial da saúde no espaço da escola é uma das estratégias propostas por essa política, reafirmada também pela Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2010).

Ao final da revisão sobre a trajetória da PS, é possível perceber o acúmulo de informações produzidas e disseminadas por meio dessas conferências e suas particulares contribuições para o entendimento da saúde como um fenômeno multifatorial e como direito universal garantido, além disso, nota-se que já haviam estratégias e compromissos focados em ações intersetoriais desde as primeiras conferências. Numa ação intersetorial, como preconizado nas conferências internacionais, a escola também assume sua postura de agente promotor da saúde.

Sendo assim, a adoção do conceito de Promoção da Saúde como elemento redirecionador das políticas do Ministério da Saúde aponta a necessidade de sistematizar, de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde, propostas intersetoriais que provoquem ou reforcem o desenvolvimento de ações com os mais diferentes setores. O setor educacional, dada sua singularidade e alcance, é um parceiro importante para a concretização de ações de promoção da saúde voltadas para o fortalecimento das capacidades dos indivíduos, para a tomada de decisões favoráveis à sua saúde e à comunidade, para a criação de ambientes

saudáveis e para a consolidação de uma política intersetorial voltada para a qualidade de vida, pautada no respeito ao indivíduo e tendo como foco a construção de uma nova cultura da saúde (BRASIL, 2002b).

De acordo com Mendes; Fernandez (2004), a Promoção da Saúde pode se apresentar mediante dois eixos fundamentais: a) a intersetorialidade, entendida como convergência de esforços de diferentes setores governamentais e não governamentais, para produzir políticas que ofereçam respostas às necessidades geradas, e, b) a participação social, que se dá em diferentes contextos, na construção de agendas sociais, na perspectiva de formação de redes sociais promotoras de qualidade de vida. É por meio do diálogo democrático e participativo, com a diversidade de atores e sujeitos envolvidos em múltiplas ações de mudanças sociais, que se opera de fato a Promoção da Saúde. No sentido mais amplo, promover a saúde significa promover a vida, o que se traduz em um conjunto de princípios, valores, atitudes, procedimentos e tecnologias dirigidas a aumentar a capacidade de indivíduos, populações e organizações para enfrentar os determinantes pessoais, sociais, ambientais e econômicos e melhorar a qualidade da vida.

A Promoção da Saúde é uma formulação político-ideológica que exprime o conjunto de forças da sociedade em determinado período histórico. Compreender essa junção de forças na configuração das práticas de Promoção da Saúde reveste-se de grande complexidade visto que envolve elementos que ultrapassam os limites do setor saúde, abraçando conceitos de interdisciplinaridade, intersetorialidade, equidade, participação dos sujeitos e das instituições envolvidas e qualidade de vida (ANDRADE, 2006). Partindo desse entendimento, a Promoção da Saúde necessita de ações articuladas e responsabilidades partilhadas entre os governos e os mais diferentes setores da sociedade, tanto públicos quanto privados, além da indispensável participação comunitária.

Dessa forma, a PS constitui-se como campo de conhecimento e de prática, envolvendo um conjunto de ações com características multissetoriais e multifocais, enfatizando os determinantes de saúde, a participação da comunidade, o empoderamento, a qualidade de vida e o desenvolvimento local, possibilitando a adoção de políticas que privilegiem a articulação intersetorial (BODSTEIN, 2007).

Segundo Pelicione (2007), a importância da Educação para a Promoção de Saúde é inegável e tem sido reconhecida, através dos tempos, por diferentes autores, como fator imprescindível para melhoria da qualidade de vida.

Globalmente, a PS é um campo em construção que vem sendo desenvolvido em paralelo à demonstração de evidências em PS e ao reconhecimento e aceitação desta por parte

de outras áreas do conhecimento, já que o setor saúde não é capaz de responder aos problemas de saúde isoladamente. O setor educacional foi considerado um grande aliado da PS, e, portanto, a escola passou a ser um dos lócus privilegiados para a prática da PS (OPAS, 1986).

Apesar das críticas à PS e da dificuldade para colocar em prática seus princípios e proposições, o tema tem sido bastante discutido no campo teórico e prático da saúde pública, principalmente no que se refere ao desenvolvimento de políticas públicas e ações de âmbito coletivo que extrapolem o enfoque de risco (campo da prevenção). Toda essa discussão pressupõe uma nova forma de conceber as políticas públicas em seu contexto mais integral e intersetorial, de modo que estas políticas gerem oportunidades e facilitem as opções favoráveis à saúde (SICOLI; NASCIMENTO, 2003).

A promoção da saúde vai além dos cuidados de saúde, colocando a saúde na agenda de prioridades dos políticos e dirigentes em todos os níveis e setores, evidenciando para as consequências que suas decisões podem ocasionar no campo da saúde e para aceitarem suas responsabilidades políticas com a saúde. Os pré-requisitos e as perspectivas para a saúde não são assegurados somente pelo setor saúde, necessitando de ação coordenada entre todos os atores envolvidos: governo, setor saúde, conselhos setoriais, e outros setores sociais e econômicos, organizações voluntárias e não governamentais, autoridades locais, indústria e mídia, no sentido amplo do município saudável (BRASIL, 2011a). Dessa forma, a intersetorialidade é inserida na discussão da PS, assim como é enfatizada a responsabilidade do setor público pelas políticas sociais, com propostas de análise sistemática das ações; abordagem integrada do desenvolvimento econômico e social e a participação ampla dos atores sociais.

A PS, por sua grande relevância, tem sido fortemente recomendada em diferentes espaços sociais, principalmente no ambiente escolar, por diversos órgãos nacionais e internacionais (GOULART, 2006).

2.1.1 A saúde Escolar no Brasil

O ambiente escolar, como espaço de convivência e intensas interações sociais, apresenta-se como um terreno fértil para implementação de propostas, estratégias e ações que envolvem promoção de saúde. Tal questão tem mostrado, ao longo do tempo, diversas significações no que compete à função social da escola e o desenvolvimento de processos educacionais que articulam ações de naturezas diversas, extrapolando o território escolar e alcançam dessa forma o espaço comunitário. No Brasil, embora houvesse um decreto do

Barão do Lavradio, em 1889, que tratava de regulamentar a inspetoria das escolas públicas e privadas da Corte, a questão da higiene escolar ou saúde escolar somente ganhou impulso, no país, a partir do início do século XX, em um contexto histórico-social, marcado pela intensa imigração e pela crítica situação de saúde pública. Durante anos a escola adotou uma visão reducionista do conceito saúde, enfatizando os conhecimentos relativos aos mecanismos pelos quais os indivíduos adoecem ou asseguram sua saúde. Esta visão foi decisiva para chamada “medicalização” das questões da educação e da própria sociedade, sem que isso resultasse em melhoria na qualidade de vida da comunidade escolar (SILVA, 2008).

Apenas a partir de 1950, torna-se mais técnico o discurso “higienista”, dando prioridade a métodos de Educação em Saúde. Deste modo, as crianças em idade escolar começaram a ser avaliadas em seu conjunto (aspectos orgânicos, psicoemocionais e sociais) e uma ênfase maior passou a ser dada à assistência médica-odontológica, aos problemas de nutrição, desnutrição, antropometria, bem como aos problemas neurológicos, auditivos e visuais, de distúrbios de aprendizagem e de comportamento (MIRANDA, 2000).

A relação dos setores educação e saúde é bastante antiga. Em 1953, o então Ministério da Educação e Saúde se desdobrou em dois: no Ministério da Saúde e no Ministério da Educação e Cultura. As ações desenvolvidas pelo Departamento Nacional de Saúde passaram a ser responsabilidade do Ministério da Saúde. Desde então, os Ministérios da Educação e da Saúde têm autonomia institucional para elaboração e implementação de suas políticas. Esses setores apesar de representarem importantes políticas sociais do país, têm uma origem histórica institucional comum, além de vários espaços intersetoriais institucionalizados nos três níveis de gestão. (BRESSAN, 2008).

De acordo com Valadão, as práticas de saúde na escola, iniciadas pela Organização Mundial de Saúde a partir de 1960, caracterizavam-se pelo viés assistencialista e verticalizado. A saúde escolar progrediu em harmonia com o conceito de promoção da saúde, sendo de início entendida como uma prática que se situava na intercessão da polícia médica, do higienismo e da puericultura (FIGUEIREDO et al., 2010).

Apenas em 1971, que a temática da saúde foi introduzida formalmente no currículo escolar, pela Lei nº 5.692, sob a designação genérica de Programas de Saúde, como se pode ver na citação a seguir:

Será obrigatória a inclusão de Educação Moral e Cívica, Educação Física, Educação Artística e Programas de Saúde nos currículos plenos dos estabelecimentos de 1º e 2º graus, observado quanto à primeira o disposto no Decreto Lei n. 369, de 12 de setembro de 1969 (BRASIL, 1971, p. 2).

Tais Programas de Saúde teriam que ser trabalhados por meio de uma correlação dos diversos componentes curriculares, especialmente Ciências, Estudos Sociais e Educação Física e deviam ser encarados não como uma matéria ou disciplina, mas como uma preocupação geral do processo formativo, intrínseca ao próprio objetivo da escola, levando a criança e o adolescente ao desenvolvimento de hábitos saudáveis em saúde, individual e coletivamente (BRASIL, 1971).

Em 1997 ocorre a implantação dos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN). Na ocasião houve a inclusão da saúde como temas transversais e interdisciplinares, inclusive sugerindo como conteúdos, a identificação no próprio corpo da localização e da função simplificada dos principais órgãos e aparelhos, e a adoção de postura física adequada, valorizando e adotando hábitos saudáveis como um dos aspectos básicos da qualidade de vida e agindo com responsabilidade em relação à sua saúde e à saúde coletiva, portanto tornando a saúde como um discurso do cotidiano escolar, a ser feito pelos educadores, sob múltiplos olhares. Considerou-se que a escola pode fornecer elementos para a busca por uma vida saudável, inserindo procedimentos, atitudes e valores, como conhecimentos tão relevantes quanto os conceitos tradicionalmente referidos no âmbito escolar (BRASIL, 1998).

O PCN de saúde reitera a dificuldade do ensino de saúde. A transmissão de informações sobre o funcionamento do corpo, a descrição das doenças, a informação sobre os hábitos de higiene não são suficientes para a promoção de um estilo de vida saudável. Educar para a saúde é mais que isso, é levar em conta os aspectos sociais, culturais, ambientais envolvidos. Por tudo que foi exposto, a saúde na escola deve ser contemplada de forma transversal e deve fazer parte do cotidiano da escolar (BRASIL, 2009).

Os temas transversais surgidos, e conseqüentemente, as práticas metodológicas multidisciplinares exigem, dos professores uma formação profissional mais elaborada, compreensão das diversidades culturais e uso de novas tecnologias. A ênfase no professor como agente promotor de saúde na escola também pode ser visto em Barros e Mataruna (2005, p.2), que ressaltam o papel dos profissionais da área social, uma vez que eles possuem maior domínio metodológico e compromisso ideológico na busca de articulação escola-comunidade-serviço de saúde, o que favorece a promoção da saúde no âmbito escolar.

Em 1984 é criado, ainda de forma desarticulada, o “*Programa de Saúde do Escolar*”, por meio do Fundo de Desenvolvimento da Educação, foram propostas ações que deveriam ter como objetivo proporcionar aos escolares condições adequadas de promoção, proteção e recuperação da saúde, de modo que o processo educacional se desenvolvesse plenamente. Até o ano de 2005, as ações desse programa se restringiam e se concentravam apenas em

campanhas, visando à reabilitação visual e auditiva dos adolescentes. Devido à gestão deficiente, a primeira versão do programa criado em 1984 não obteve êxito. A auditoria operacional realizada em 2001 constatou que o programa era ineficaz, ineficiente, não promovia a equidade e era objeto de irregularidades em sua execução. Contudo, o governo não o abandonou por completo, sendo criada nessa época uma câmara intersetorial com o objetivo de formular diretrizes que instruiriam uma futura Política Nacional de Educação e Saúde na Escola, sendo, a partir de então, criado o atual “*Programa de Saúde Escolar*” (BRASIL, 2005).

Até início dos anos 2000, as iniciativas e abordagens desenvolvidas no ambiente escolar tinham como aspecto central a educação em saúde, desenvolvida a partir da transmissão de informações e desenvolvimento de habilidades e atitudes que induzissem os indivíduos a adotarem escolhas saudáveis, no tocante ao estilo de vida e comportamento. As experiências estavam voltadas para cuidados básicos de higiene e de primeiros socorros, além do acesso à assistência médica e/ou odontológica, focalizando principalmente o estudante (BRASIL, 2009).

A questão da saúde no contexto escolar é tão importante que depois dos PCN's, os Ministérios da Educação e da Saúde, em parceria, assinam uma portaria interministerial de 766/GM, de 17 de maio de 2001, reafirmando a intenção de intersetorializar as ações de educação em saúde e de promoção da saúde. O fruto dessa portaria é a elaboração dos Parâmetros Curriculares Nacionais em Ação - temas transversais em Saúde e Orientação Sexual, que se torna marco e concretização de que se possa pensar a educação e a saúde sob uma ótica mais integradora (BRASIL, 2002b).

A concepção de saúde e a visão do processo ensino-aprendizagem foram modificando-se ao longo do tempo, possibilitando uma nova maneira de se considerar educação e saúde. Neste sentido, os programas de saúde escolar foram sendo organizados, estruturados e desenvolvidos a partir de diferentes representações de conceitos sobre saúde e sobre educação, refletindo em práticas de saúde na escola, que adotam diferentes justificativas possibilitando a construção de diversos modelos, sendo ampliada e moldada a partir de processos ligados a universalidade de direitos e de equidade, tendo como foco a ampliação do acesso à atenção básica em saúde e à educação fundamental (GOMES, 2012).

No decorrer do século XX, a saúde escolar no Brasil experimenta avanços em sintonia com a evolução técnico-científica, deslocando o discurso tradicional – de lógica biomédica –, para a concepção da “Estratégia Escolas Promotoras de Saúde”, recomendada pela Organização Panamericana de Saúde, em resposta a situação dos programas de saúde escolar

identificados nos países da Região das Américas e como resultado do compromisso da OPAS, com a promoção e a educação para a saúde com enfoque integral no âmbito escolar. (BRASIL, 2006). O ambiente escolar passou a ser visto como cenário fundamental para PS, ganhando destaque na agenda dos órgãos internacionais.

A implantação de Escolas Promotoras de Saúde (EPS) implica um trabalho articulado entre a educação, a saúde e a sociedade e demanda a ação protagonista da comunidade educativa na identificação das necessidades e dos problemas de saúde e na definição de estratégias e linhas pertinentes para abordá-los e enfrentá-los. Trata-se de uma estratégia de promoção da saúde no espaço escolar com enfoque integral, tendo três componentes relacionados entre si: educação para a saúde com enfoque integral, incluindo o desenvolvimento de habilidades para a vida; criação e manutenção de ambientes físicos e psicossociais saudáveis e a oferta de serviços de saúde, alimentação saudável e vida ativa (CERQUEIRA, 2007).

Nos anos 90, com a criação do Programa Saúde da Família (PSF), o Sistema Único de Saúde foi consolidado, e o programa deu possibilidade de organização da Atenção Básica em Saúde, favorecendo as ações de Promoção de Saúde, e aliando as práticas populares ao conhecimento técnico - científico da área de saúde, (MANO, 2004).

Em 2004 surge o Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE) que se constitui como uma ação interministerial (Ministério da Saúde e Ministério da Educação) em parceria com UNESCO, UNICEF E UNFPA, com objetivo de reduzir a vulnerabilidade dos jovens e promover a saúde sexual e reprodutiva de forma ampla, o SPE desenvolve atividades de formação integrada de profissionais de saúde e educação, estimula a participação juvenil e a formação de jovens multiplicadores para as ações de educação para a sexualidade, em todo o Brasil. Atualmente o SPE está inserido no componente II do PSE- de promoção da saúde e prevenção do PSE. A integração das iniciativas é indispensável para garantir a sintonia dos planos de trabalho e das ações a serem desenvolvidas nas escolas e nas unidades básicas de saúde de referência.

O marco mais recente entre as ações governamentais voltadas para a Saúde Escolar é o Programa Saúde na Escola instituído em 2007, com a proposta de “ser um novo desenho da política de educação em saúde, que trata da saúde e educação integrais, como parte da formação ampla da cidadania e uso fruto pleno dos direitos humanos”. A perspectiva é ampliar o alcance e o impacto das ações de saúde aos estudantes da educação básica e seus familiares, por meio da intersetorialidade, envolvendo ações de prevenção, promoção e atenção à saúde (BRASIL, 2009b).

É possível perceber que o desenvolvimento histórico da saúde escolar passou por distintos enfoques e conceitos que sustentaram teoricamente as práticas de saúde na escola. A partir da Iniciativa Regional de EPS, implantada em alguns estados, e também por meio da PNPS e mais recentemente, pelo PSE é reforçada a importância da articulação e integração entre os setores (GOMES, 2012). Assim, a promoção da saúde escolar, baseada num amplo leque de pesquisas e práticas, tem evoluído durante as últimas décadas, acompanhando as iniciativas de promoção da saúde mundo afora.

Para Altmann (2001), é a escola, e não mais apenas a família, que tem a responsabilidade de desenvolver uma ação crítica, reflexiva e educativa, que promova a saúde das crianças e dos adolescentes. Além disso, o protagonismo de crianças e adolescentes se evidencia no espaço escolar, já que estes se comunicam melhor entre si e sobre si.

Diante desse contexto, percebe-se que escola distingue-se das demais instituições por ser aquela que oferece a possibilidade de educar por meio da construção de conhecimentos resultantes do confronto dos diferentes saberes: aqueles contidos nos conhecimentos científicos veiculados pelas diferentes disciplinas; aqueles trazidos pelos alunos e seus familiares, os divulgados pelos meios de comunicação, e aqueles trazidos pelos professores. Essa dinâmica cultural da escola é extremamente vigorosa, tornando a escola um espaço de referências muito importante para crianças e adolescentes que, cada vez mais, desenvolvem em seu âmbito experiências significativas de socialização e vivência comunitária. É dentro deste enfoque que se compreende e se justifica um programa de educação para a saúde, inserido e integrado no cotidiano e na cultura escolar ultrapassando os limites da escola (BRASIL, 2009).

Quadro 1 - Modelos Teóricos de Saúde na Escola

Modelo de Saúde na Escola	Teoria	Articulação entre os Setores	Principais Características
Higienista	Prática para mudança de comportamentos. Evitar disseminação de doenças. Saúde como ausência de doença. O indivíduo responsável por sua saúde.	Autoritária e normativa. Setor saúde define o que deve ser feito e a escola acata passivamente. Conhecimento pronto.	Autoritária e disciplinar. Preventivista. Ação centralizada. Não permitir participação.
Biomédico especializado	Prática assistencialista e curativa. Medicalização da	Na ótica da atenção médica. Prioridade de acesso	Prioriza medicina especializada. Não valoriza atenção

	aprendizagem. Fragmentação do cuidado. Saúde como ausência de doença, dependente do especialista.	aos serviços especializados de saúde. Não permite construção de novo conhecimento. Não há troca de conhecimento.	primária em saúde. Medicaliza o fracasso escolar.
Uso do espaço da escola para equipamentos e serviços de saúde	Serviços de ambulatório para atendimento na escola. Profissionais de saúde e de educação no mesmo espaço físico: a escola. Conceito de saúde ainda como ausência de doença. Caráter preventivista.	Presença física em espaço comum. Não compartilhamento de metas, objetivos e decisões. Ações na maioria das vezes, desconectadas. Territorialização não contextualizada – campos distintos: escolas e serviços de saúde. Não gera novo conhecimento.	Ações de saúde descontextualizadas da rede de serviços de saúde. Prioridade para práticas assistenciais. Caminham na contramão do SUS. Não propõe a participação ativa.
Promoção da Saúde	Protagonismo do sujeito. Ação descentralizada. Articula conhecimento e diferentes saberes. Favorece o diálogo e a interação das questões sociais com a saúde.	Enfoque nas experiências. Compartilha objetivos, metas e recursos. Os dois setores reconhecidos como parceiros ativos do processo. Poder decisório compartilhado entre os dois setores e a comunidade escolar. Articulação entre diferentes esferas de governo e outros parceiros.	Realiza-se no contexto das relações humanas. Constrói saber e conhecimento. Tem bases comunitárias. Projetos pedagógicos. Ênfase na contextualização e territorialização do espaço da escola. Valorização da atenção primária em saúde no contexto do território.

Fonte: Adaptado de SILVA (2010).

2.1.2 Intersetorialidade

A intersetorialidade surge como um caminho para a elaboração de ações coletivas mais complexas, que deem conta da realidade e de suas diversas variantes, considerando a complexidade do setor saúde e a necessidade de abordagens mais amplas para o enfrentamento dos problemas que afetam a saúde da população (GOMES, 2012).

Para Inojosa (2001) a intersetorialidade é uma abordagem social reconstruída a partir da reflexão e do exercício democrático que envolve

a articulação de saberes e experiências com vistas ao planejamento, para a realização e a avaliação de políticas, programas e projetos, com o objetivo de alcançar resultados sinérgicos em situações complexas. Trata-se, portanto, de buscar alcançar resultados integrados, o se quer, muito mais do que juntar setores, é criar uma nova dinâmica para o aparato governamental, com base territorial e populacional (INOJOSA, 2001, p. 105).

O termo intersectorialidade pode ser entendido como a convergência de diferentes setores governamentais e não governamentais para produzir políticas integrais e integradas que respondam às necessidades sociais (SOUZA, 2008), implicando na existência de algum grau de liberdade para que cada setor envolvido possa dialogar e dessa forma estabelecer vínculos de corresponsabilidade e cogestão, em busca da melhoria da qualidade de vida da população (CAMPOS; BARROS; CASTRO, 2004).

A concepção da intersectorialidade colocou-se como um desafio para o setor saúde com o aumento da corresponsabilização entre os diferentes atores para a garantia da qualidade de vida. A intersectorialidade pode ser entendida como a articulação dos distintos setores para se pensar sobre a questão complexa da saúde, com o compromisso de garanti-la enquanto direito humano. Para essa garantia, o fortalecimento da participação social está entre suas diretrizes. (SILVA; COSTA, 2002).

Do ponto de vista conceitual, a intersectorialidade procura superar a visão isolada e fragmentada na formulação e implementação de políticas e na organização da saúde. Significa incorporar o maior número possível de conhecimentos sobre outras áreas de políticas públicas, como, por exemplo, educação, trabalho e renda, meio ambiente, habitação, transporte, energia, agricultura etc., assim como sobre o contexto social, econômico, político, geográfico e cultural onde atua a política. Essas áreas interagem entre si e com a área da saúde e, em conjunto, utilizam recursos da sociedade, influenciando a qualidade de vida e as demandas sobre os serviços de saúde, podendo questionar as consequências das diversas políticas sobre a saúde global da população ou sobre um determinado problema concreto de saúde, considerado em determinado território (BUSS, 2000).

Num conceito ampliado queremos destacar elementos importantes do termo intersectorialidade, como a articulação de sujeitos e processos organizacionais, a superação de fragmentações, a tomada do território como referência para as ações, sinergia para dar potência no enfrentamento de problemas difíceis e, por último, a intersectorialidade como um meio e não um fim em si mesmo para produzir melhor saúde, implementar políticas públicas e superar a exclusão social (MENDES; AKERMAN, 2007).

Ao entendermos que a intersectorialidade para ser formatada requer um amplo processo de inclusão para a compreensão e transformação da realidade, isso necessariamente significa

um esforço na interação de diferentes saberes e atores sociais para o estabelecimento de relações horizontais, que favoreçam as possibilidades de diálogo e uma permanente reparação que atinja a todos (MENDES; FERNANDEZ, 2004).

No entanto, essa nova forma de atuar impõe mudanças nas práticas e na organização das instituições envolvidas, criando novos desafios aos diferentes agentes e gestores, enfrentado não poucas vezes com resistências. Enfim, além de nem todos compreenderem e aceitarem essa perspectiva de ação social, frequentemente cada instituição tem dificuldades de “dar conta” do seu pedaço de responsabilidade (CARVALHO; LACERDA, 2010).

Tornando-se uma condição essencial para engajamento dos segmentos sociais e da própria população, a intersetorialidade depende do desenvolvimento do processo político e social relativo à Promoção da Saúde e deve traduzir não só o estabelecimento de parcerias entre setores governamentais como também com a sociedade. As políticas de saúde baseadas nesses princípios conduzirão a formulação e implementação de planos, programas e projetos para a sua operacionalização, cabendo ao setor saúde definir ações de Promoção da Saúde indispensáveis e que serão executadas respeitando as diferenças de cada tema e ao mesmo tempo identificando as que podem ser desenvolvidas por outros setores realizando a adequada articulação e parcerias necessárias e convenientes (PELICIONE; PELICIONE, 2007).

Essa é uma difícil pretensão de se alcançar, mas há que se persistir acreditando e construindo um futuro melhor. Na lógica da defesa da qualidade de vida, há de se investir no fortalecimento da democracia e da cidadania e na articulação de distintos atores sociais que, em conjunto, devem se mobilizar em defesa do interesse público. Trata-se do verdadeiro aprendizado que pode promover mudança cultural e democratização das práticas sociais locais (MENDES; AKERMAN, 2007).

Considerando a intersetorialidade como um dos principais componentes da atenção básica à saúde, parte-se do pressuposto de que conhecer as ações intersetoriais desenvolvidas em uma dada realidade pode contribuir para a superação de problemas ainda pouco visíveis ou pouco sistematizados na prática cotidiana dos atores envolvidos (GONÇALVES et al., 2011).

Para se pensar a intersetorialidade na interface saúde-educação, recorre-se a Valadão (2004) que declara ser por meio deste debate técnico-político da transição de paradigmas, que tem uma de suas expressões no movimento de promoção da saúde, que a questão da saúde na escola também pode ser compreendida. Segundo a mesma, “a promoção de saúde na escola corresponde a uma visão e a um conjunto de estratégias que têm como objetivo produzir

repercussões positivas sobre a qualidade de vida e os determinantes da saúde dos membros da comunidade escolar” (p.4).

As principais dificuldades para a implementação de ações e atividades intersetoriais ocorrem na medida em que a maioria dos representantes setoriais traz para as distintas arenas de negociação uma agenda definida previamente. De um lado, a negociação em torno de questões e prioridades visa a ser complexa e difícil, o que se reflete na pactuação e implementação das ações intersetoriais. Por outro lado, a intersectorialidade no plano da macronegociação e da formulação da proposta costuma ser um sucesso, já que nenhum setor se coloca desfavorável a iniciativas de desenvolvimento social. No entanto, tais iniciativas não possuem sustentabilidade, predominando níveis baixos de adesão ao diálogo e pactuação de agenda, disputas políticas e interesses eleitorais, tornando a continuidade das parcerias um desafio para a construção de uma agenda integrada, tanto para questões mais pontuais e de curto prazo como para questões mais estruturais e em longo prazo (MAGALHÃES; BODSTEIN, 2009).

Sendo necessário que todas as políticas que tenham como critério decisório, a capacidade de modificar a qualidade de vida de a população serem geridas a partir de um planejamento conjunto e estratégico que represente a união de todos os setores, é fundamental a incorporação no planejamento a ideia de avaliação como mecanismo de *feedback* de todo o processo, permitindo dessa maneira que sejam feitas as necessárias correções de estratégias (MENDES; BÓGUS; AKERMAN, 2004).

Tanto a PNPS quanto o PSE consideram a intersectorialidade como uma diretriz importante no sentido de formar parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações em saúde, se comunicando com diversas áreas do setor sanitário e de outros setores do governo, setores privado e não governamental, de modo a formar redes de compromissos com a qualidade de vida da população (BRASIL, 2006; 2009).

2.2 PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE)

No século XX, a ideia de que a escola é uma instituição especialmente talhada para a educação em saúde dos alunos e socialmente responsável pela destinação de parte considerável da própria assistência à saúde de crianças e adolescentes ganhou espaço juntamente com a expansão dos sistemas de ensino para as camadas populares (VALADÃO, 2004).

Através do decreto nº 6.286, de 5 de Dezembro de 2007, fica instituído, no âmbito dos Ministério da Educação e da Saúde, o PSE. A finalidade do programa é a contribuição, através de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde, na formação integral dos alunos da rede pública de educação básica. Os objetivos do programa segundo esse decreto são: (I) promover a saúde e a cultura da paz; (II) articular as ações do SUS às ações das redes de educação básica pública; (III) contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos; (IV) contribuir para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos; (V) fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar; (VI) promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde; (VII) fortalecer a participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde. As diretrizes para implementação do programa na rede pública de educação básica são: (I)-descentralização e respeito à autonomia federativa; (II) - integração e articulação das redes públicas de ensino e de saúde; (III) - territorialidade; (IV) - interdisciplinaridade e intersetorialidade; (V)-integralidade; (VI)-cuidado ao longo do tempo; (VII)-controle social; e VIII - monitoramento e avaliação permanentes (BRASIL, 2010).

O PSE apresenta uma proposta de integração entre os setores saúde e educação e de articulação entre as ações desses setores, o que demanda uma força de trabalho composta por profissionais de ambos os setores e o reconhecimento do potencial da ESF, a partir da inserção de equipes de saúde na implementação do Programa. Dessa forma, é promovida a ampliação das ações realizadas pelos setores e fomentada a articulação de saberes, a participação de estudantes, pais, comunidade escolar e sociedade em geral na construção e controle político-social, enfatizando a intersetorialidade e a avaliação do programa. Além disso, visa fortalecer e integrar as ações desenvolvidas nas escolas e nas Equipes de Atenção Básica/Saúde da Família, uma vez que prevê a realização de ações interdisciplinares dirigidas a crianças, adolescentes e jovens alunos do ensino básico. (BRASIL, 2007).

O PSE será executado por meio da adesão dos municípios que tiverem implantado equipes de Saúde da Família, conforme as normas preconizadas pela Política Nacional de Atenção Básica, articulados com os Estados e Distrito Federal. 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. Para isso será necessário a construção de um projeto municipal em que conste o diagnóstico situacional das escolas locais, o mapeamento da rede de atenção primária que possui Estratégia de Saúde da Família (ESF) e as atribuições das equipes de saúde e dos profissionais das escolas acerca das atividades

associadas ao PSE (BRASIL, 2007), além de constituir um Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI), devendo este ser obrigatoriamente composto por representantes das secretarias de saúde e de educação, além de parceiros locais (BRASIL, 2011). A formação de parcerias, de redes e a inclusão de representantes de órgãos, entidades ou pessoas do setor público e privado na implementação são indispensáveis para o desenvolvimento do PSE e encorajadas pelos Ministérios da Educação e da Saúde (BRASIL, 2008; BRASIL, 2011).

Com a intenção de beneficiar a população, no ano de 2008, o Programa priorizou os municípios considerados pelo programa “*Mais Educação*” e os que possuíam cobertura da Estratégia de Saúde da Família. Além disso, dentre os critérios de adesão para o PSE inserem-se os municípios com Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) menor ou igual a 2,69, nos anos iniciais do ensino fundamental, e que tenham 100% de cobertura populacional por ESF; os municípios com os 20 menores IDEB abaixo da média nacional e os municípios que possuam em seu território escolas participantes do Programa “*Mais Educação*”. Esses são critérios repactuados a cada ano pela Comissão Intersetorial de Saúde e Educação na Escola – CIESE e publicados em Portarias (BRASIL, 2008).

A CIESE foi instituída por meio da Portaria Interministerial nº 675 de 04 de junho de 2008, pelos Ministérios da Saúde e da Educação, diante da necessidade de promover articulação institucional entre os mesmos, para a execução de ações de saúde nas escolas, de forma transversal e com a participação da comunidade escolar. Essa comissão, além de ter como principal função a articulação desses setores, tem como competência o acompanhamento da execução do Programa Saúde na Escola, sendo de coordenação do Ministério da Saúde.

A Portaria nº 1.861 estabelece os recursos financeiros e os critérios de adesão ao PSE para municípios com equipes de Saúde da Família, priorizados a partir do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica. A Portaria também define a criação de Grupo de Trabalho Intersetorial, a partir da nomeação, por parte dos gestores municipais, de representantes das Secretarias de Saúde e Educação. Uma das responsabilidades do GTI é a elaboração do Projeto do PSE para o respectivo município (BRASIL, 2008b).

Os recursos do PSE são repassados pelo Ministério da Saúde (MS) para as Secretarias Municipais de Saúde, a partir do componente variável do Piso da Atenção Básica (PAB) da Estratégia Saúde da Família, considerando que várias ações desenvolvidas pelo Programa estão diretamente vinculadas às rotinas realizadas pelas ESF. Estes recursos são destinados à implantação do conjunto de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, realizadas pelas ESF de forma articulada com a rede de educação pública básica e em conformidade com princípios e diretrizes do SUS. Para que o município receba, é necessário que as ESF estejam

cadastradas no sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e identificadas como atuantes no PSE. Vale destacar que, apesar de ser um Programa de enfoque intersetorial, o financiamento parte apenas do setor saúde, tendo a educação uma participação apenas no fornecimento do material para implementação das ações do Programa, porém as Portarias não explicitam esses materiais (BRASIL, 2008b).

Conforme documento “Passo a Passo PSE”, publicado pelos Ministérios da Saúde e da Educação no ano de 2011, após a assinatura do Termo de Compromisso, o município recebe 70% do valor total do recurso financeiro do PSE e os 30% restantes, são pagos após o cumprimento de 70% das metas pré-determinadas. Estas informações estão contidas também na Portaria nº 1.910, de 8 de agosto de 2011, que estabelece o Termo de Compromisso Municipal como instrumento para o recebimento de recursos financeiros do PSE. Esta Portaria define, ainda, as metas do programa a partir de seus componentes. A definição das metas de cobertura das ações do Programa é de responsabilidade do GTI Municipal e são pactuadas a partir da adesão do Termo de Compromisso. Nesse Termo, os gestores se comprometem com um conjunto de metas anuais de cobertura de educandos beneficiados pelas ações do PSE, e vinculam as ESF às escolas do território de responsabilidade (BRASIL, 2011b).

As atividades em saúde a serem desenvolvidas pelas escolas contempladas pelo PSE devem fazer parte do projeto político pedagógico escolar e devem funcionar de modo a atender às expectativas dos professores e dos educandos. As temáticas propostas pelo PSE devem ser debatidas em sala de aula pelos professores, assessorados/orientados pelo pessoal da saúde ou diretamente por profissionais de saúde previamente agendados e com o apoio dos professores. Essa preparação dos educandos no cotidiano da escola pode implicar a participação desde o agendamento e organização das atividades e/ou durante a realização delas (BRASIL, 2011a).

As ações propostas pelo PSE são divididas em três componentes, componente I: Avaliação Clínica e Psicossocial; componente II: Promoção e Prevenção à Saúde; e componente III: Educação Permanente (como pode ser visto no quadro em Anexo B). As ações compõem um conjunto de ações mínimas a serem realizadas pelos municípios e que serão contratualizadas por meio do Termo de Compromisso municipal, são chamadas ações essenciais, as quais serão obrigatoriamente pactuadas com metas. Devem, portanto, ser vistas como um elenco inicial, o que não esgota as possibilidades de ampliação tanto da intersetorialidade quanto do princípio da integralidade da atenção à saúde e à formação de

crianças, adolescentes e jovens. Já as chamadas ações optativas não serão obrigatórias, sendo pactuadas quando houver interesse do município (BRASIL, 2011; BRASIL, 2013).

O ano de 2013 é marcado pela universalização do Programa Saúde na Escola e ampliação das ações de promoção e atenção à saúde e de prevenção para a Educação Infantil (Creches e Pré-escolas). A partir de Julho, o PSE pode ser executado por todos os Municípios Brasileiros e o Distrito Federal. Todos estão aptos a assinar o Termo de Compromisso Municipal ou do Distrito Federal do PSE e todas as equipes de saúde da Atenção Básica poderão ser vinculadas. Para formalização da adesão 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 (BRASIL, 2013a).

Além da participação do corpo docente e diretores das escolas na implementação do PSE, também podem estar envolvidos os demais membros da comunidade escolar, ou seja, assistentes administrativos, secretários, profissionais responsáveis pela merenda, cantina e limpeza, familiares e pessoas da comunidade (BRASIL, 2011). Quanto aos profissionais de saúde, normalmente estão envolvidos com a implementação os integrantes de equipes de saúde da ESF (BRASIL, 2009), compostas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, profissionais de saúde bucal (dentista, técnico e auxiliar) e por agentes comunitários de saúde, sendo que conforme as necessidades e possibilidades locais, outros profissionais podem integrar a equipe (FONTINELE JUNIOR, 2003). Particularmente sobre o agente comunitário de saúde, este pode ter um papel fundamental na implementação do PSE, pois comumente reside na comunidade onde a escola está localizada, e, portanto é conhecedor do entorno e acontecimentos da comunidade (BRASIL, 2001).

O PSE propõe ser um novo desenho da política de educação em saúde que: trata a saúde e educação integrais como parte de uma formação ampla para a cidadania e o usufruto pleno dos direitos humanos; amplia as ações que serão executadas pelos sistemas de saúde e de educação visando à atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e jovens e à educação em saúde; além de promover a articulação dos saberes, a participação de alunos, pais, comunidade escolar e sociedade em geral na construção e controle social da política (BRASIL, 2009).

O programa abrange valores da Promoção de Saúde, pois, aborda seus princípios básicos, os quais, segundo Westphal (2006) são integralidade, equidade, participação social, empoderamento, a autonomia, sustentabilidade e intersetorialidade. A proposta do PSE traduz-se em uma iniciativa de política integrada que considera os princípios da PS e valoriza

a intersetorialidade, estimulando a articulação dos diversos setores da sociedade, em particular a saúde e a educação, e contribuindo para o enfrentamento dos principais problemas da comunidade escolar.

É importante destacar que o maior desafio enfrentado na implementação do PSE é justamente a ruptura da lógica do paradigma biomédico de atenção à saúde, que visa principalmente à assistência médica – que de alguma forma tem perdurado na trajetória da saúde escolar, bem como reforçar o debate atual da PS.

Os objetivos, as diretrizes e os componentes do PSE confirmam a proposta de uma nova abordagem de política de educação e saúde para a escola ao considerarem a Saúde e a Educação de forma integral para a formação dos cidadãos que exerçam totalmente seus direitos. Assim como, ao estimular uma contínua ampliação das ações realizadas pelas redes de Educação e Saúde, ao desenvolver uma união de saberes, a idealizar a participação de estudantes, pais, comunidade escolar e sociedade na construção e no controle político-social (BRASIL, 2007; BRASIL, 2008a).

Em um dos documentos instrutivos do PSE (BRASIL, 2011) são apresentadas as informações básicas sobre os procedimentos a serem realizados, as atribuições dos executores dos diferentes níveis (federal, estadual e municipal) e os componentes de implementação. O documento destaca que devem ser preconizados a inserção das ações do PSE no Projeto Político Pedagógico da escola (PPP), o reconhecimento e acolhimento das ações e projetos de saúde já existentes na escola e a importância do apoio dos gestores de todos os níveis e de ambos os setores. Além disso, 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 no local (BRASIL, 2011).

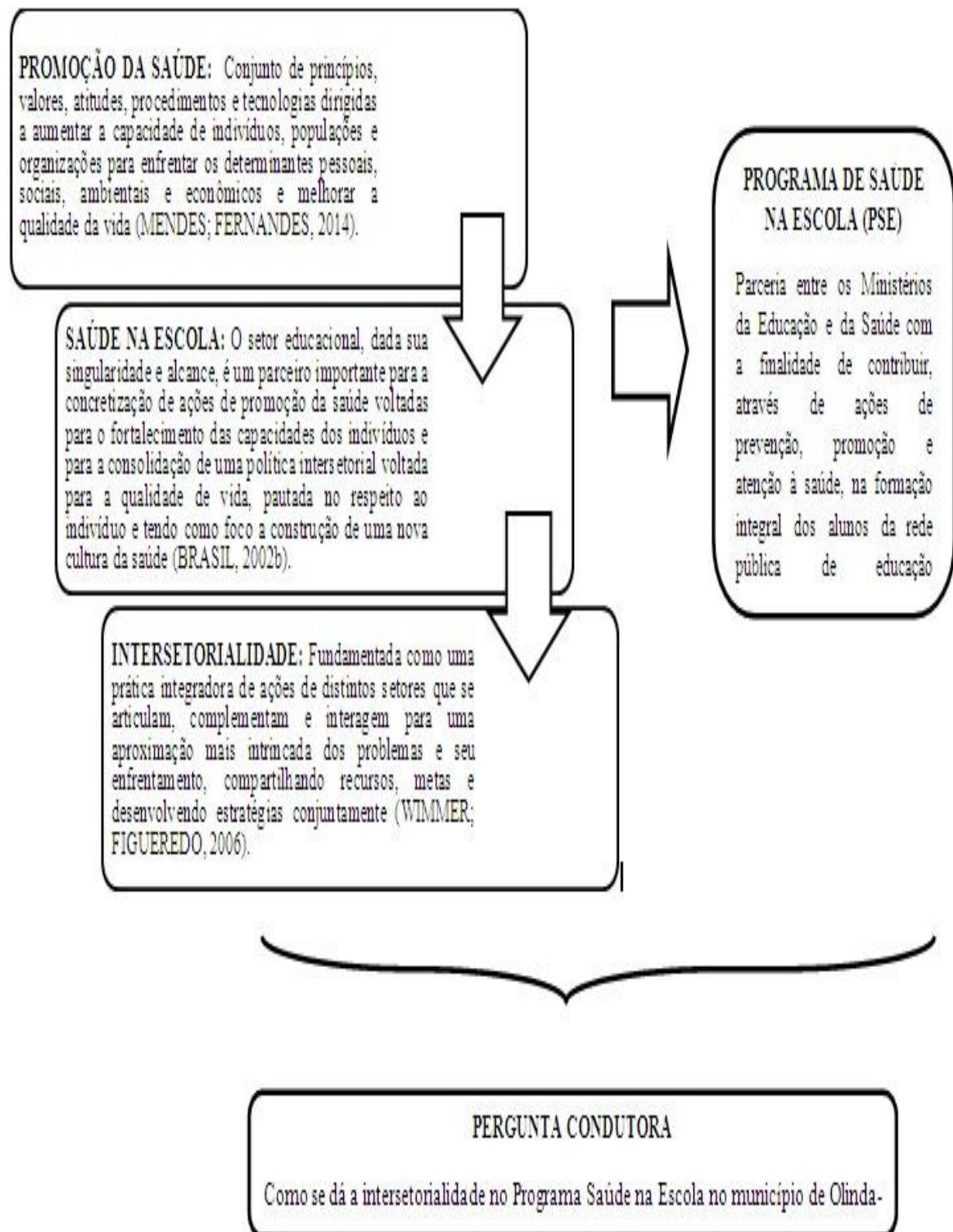
A expansão do Programa é uma das metas do Plano Nacional de Saúde para os anos 2012 a 2015, que objetiva promover a adesão de todos os municípios (5.556 mil), para garantir e qualificar o acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2012).

No Brasil, o lançamento do Programa Saúde na Escola foi realizado no estado de Pernambuco, em Recife no ano de 2008, a capital pernambucana foi o primeiro município a ter o PSE implantado, sendo piloto do programa. Dados atuais mostram que no estado de Pernambuco 116 municípios aderiram ao PSE (SAÚDE, 2008).

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 confirmando uma ética inclusiva. Desse modo, dimensionando a participação ativa de diversos interlocutores/sujeitos em práticas cotidianas, é possível vislumbrar uma escola que forma cidadãos críticos e informados com habilidade para agir em defesa da vida e de sua qualidade e que devem ser compreendidos pelas equipes de Saúde da Família em suas estratégias de cuidado (BRASIL, 2011b).

Figura 1- Esquema Conceitual do Estudo



Fonte: Dados da Pesquisa

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

Conhecer e analisar o processo da intersetorialidade no Programa Saúde na Escola no município de Olinda-PE.

3.2 ESPECÍFICOS

- Conhecer a visão dos atores em relação ao PSE;
- Conhecer a visão dos atores envolvidos quanto à intersetorialidade;
- Conhecer o processo da intersetorialidade nas escolas e relacionar com a prática dos atores;
- Identificar as ações intersetoriais realizadas.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A proximidade com a temática principal desta pesquisa, Programa de Saúde na Escola se deu através da oportunidade de uma experiência anterior na Coordenação de um pequeno município do interior da Paraíba, no início de sua implementação, foram apenas alguns meses de envolvimento que mesmo assim despertaram o interesse de aproximação com a temática enfatizando a intersetorialidade justamente pela dificuldade vivida na implementação da política. Já a proximidade com o eixo Promoção da Saúde ocorreu através da participação no curso, *IV Curso Internacional de Promoção da Saúde, Desenvolvimento Local e Municípios Saudáveis* ocorrido no período de 03/09 a 05/10/2012 em Recife-PE, com uma carga horária de 192 horas.

4.1 TIPO DE ESTUDO

A presente pesquisa está vinculada ao projeto “Programa Saúde na Escola: um olhar avaliativo”, que faz parte do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde e foi realizado no município de Olinda-PE, correspondendo ao Edital nº 24 de 15 dezembro de 2011 – Seleção de projetos de Instituições de Educação Superior - Política Prioritária (5.3.6): Saúde na Escola, envolvendo as Temáticas (4.4): Estratégia Saúde da Família e as redes de atenção e Gestão do SUS.

Foi realizada uma pesquisa de caráter exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa, utilizando a estratégia de estudo de caso (YIN, 2005; GIL, 2002; LAKATOS; MARCONI, 2001).

Partindo do pressuposto estabelecido por esta pesquisa, adotamos o enfoque qualitativo para este estudo. Minayo et al (2008) comentam que essa perspectiva leva em conta a compreensão, a inteligibilidade dos fenômenos sociais e o significado e a intencionalidade que lhe atribuem os atores. Deslauriers e Kérisit (2008) acrescentam que o objeto da pesquisa qualitativa é

uma ação interpretada, simultaneamente, pelo pesquisador e pelos sujeitos da pesquisa; de onde a importância da linguagem e das conceituações que devem dar conta tanto do objeto “vivido”, como do objeto “analisado.” (p.131)

A estratégia metodológica privilegiada por essa pesquisa, conforme já apresentada, foi o estudo de caso, por ser uma abordagem que permite entender a implementação da política no contexto local, permitindo problematizar os limites e potencialidades identificados no processo de construção da intersetorialidade, a partir da compreensão do PSE. É considerada

uma estratégia de pesquisa relevante para estudar as condições contextuais e dos processos de implementação local das ações do programa. Essa metodologia de pesquisa é muito utilizada quando se quer responder a questões do tipo “como” e “porque”, quando o pesquisador não tem controle sobre os acontecimentos e quando se pretende estudar um fenômeno inserido em um contexto de vida real (YIN, 2005).

O caráter descritivo visa esclarecer as características dos objetos de estudo por meio de técnicas padronizadas de coleta de dados utilizando o questionamento direto das pessoas envolvidas com a questão pesquisada (GIL, 2008). A dimensão exploratória aprofunda a descrição de uma realidade objetiva específica, especificando-a e tornando possível a construção de novos problemas e hipóteses que propiciem estudos posteriores. Permite o amplo e detalhado conhecimento pelo fato do estudo envolver um ou poucos objetos. As pesquisas objetivas unidas as exploratórias são objetos comuns em pesquisas sociais que investigam a realidade (GIL, 2008; TRIVINOS, 2008).

O procedimento inicial para o planejamento foi consultar bases de dados indexadas (Pubmed, Scielo, Cochrane, Bireme e Lilacs) e documentos específicos na Internet (literatura cinza) para estudo do tema de pesquisa, utilizando como descritores: ações intersetoriais, promoção da saúde, participação social, saúde na escola, escolas promotoras de saúde e avaliação em PS.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O PSE teve o seu lançamento no município de Olinda em julho de 2009 em 20 escolas do Programa Mais Educação, numa iniciativa do Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação. O objetivo foi de articular as ações do SUS às ações da educação básica pública, ampliando o alcance e o impacto dessas ações aos estudantes e suas famílias. A ideia é melhorar a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis; fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades no campo da saúde; fortalecer a participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde e integrar as ações já desenvolvidas no município. (MORAIS, 2009).

O PSE Olinda foi escolhido como cenário de estudo porque é um programa de PS que articula os setores educação e saúde, tendo uma parceria firmada através do projeto (ao qual a pesquisa está vinculada) com a Universidade Federal de Pernambuco, mediante a participação de professores e estudantes de graduação e pós-graduação na prática de sistematização de informações e avaliação.

Olinda, pertencente à Região Metropolitana do Recife, no Estado de Pernambuco, Nordeste do Brasil, é a terceira maior cidade de Pernambuco e abriga uma população de 377.779 habitantes e área territorial de 42 km². A cidade detém uma taxa de densidade demográfica de 9.122,11 habitantes por quilômetros quadrados, a maior do estado e a quinta maior do Brasil. Possui um total de 54 escolas municipais e anexos (totalizando mais de 21 mil alunos), das quais 43 escolas e 20 estratégias de saúde da família estão vinculadas ao PSE (IBGE, 2010).

Em 2013, Olinda aderiu ao PSE com um total de 43 escolas (41 escolas e 02 creches) e vinculou 35 Estratégias de Saúde da Família, totalizando uma cobertura de 13.562 alunos da rede pública de ensino.

O estudo foi realizado nas 20 primeiras escolas que estão aderidas ao PSE desde seu lançamento no município e que receberam a capacitação por meio de oficinas do Programa. Nesse sentido, tais escolas foram escolhidas por estarem inseridas no Programa desde o início da implantação e por esse motivo consequentemente apresentarem maior experiência sobre o tema proposto. Cada escola tem uma Unidade de Atenção Básica de Saúde como referência, conforme mostra quadro 2, abaixo.

Quadro 2 - Unidades escolares e Unidades de Atenção Básica de Referência

Nº	Unidade Escolar	UBS de Referência
01	Escola Prof. João Francisco de Souza	Jardim Fragoso
02	Escola Mizael Montenegro Filho	Jardim Fragoso II
03	Escola Prof. Wilson de Souza	Jatobá
04	Escola Municipal Alto da Macaíba	Águas compridas
05	Escola Metodista Gladys Oberlin	Torres Galvão
06	Escola Municipal Marcolino Botelho	Salgadinho
07	Escola Municipal Claudino Leal	Tabajara
08	Escola Municipal Nova Olinda	Nova Olinda
09	Escola Municipal José Mendes de Lima	Passarinho
10	Escola Rotary de Olinda	Varadouro
11	Escola Municipal 19 de setembro	Águas Compridas I
12	Escola Municipal José Mariano	Águas compridas II
13	Escola Municipal Monsenhor Fabrício	Jardim Brasil II

14	Escola Municipal Alexandre Barbosa Lima	Caixa d'água
15	Escola Municipal Margarida Alves	Base Rural
16	Escola Municipal Monte Castelo	Rio Doce
17	Escola Municipal Sol Nascente	Sol Nascente
18	Escola Prof. Hélio Ferreira Maia	Vila São Bento
19	Escola Municipal Maria da Glória Advíncula	Bonsucesso
20	Escola Municipal Dona Brites de Albuquerque	Amaro Branco

Fonte: Dados da Coordenação do PSE-Olinda, 2013

4.3 SUJEITOS DA PESQUISA

A presente pesquisa foi realizada em um contexto intersetorial e multidisciplinar e envolveu atores dos setores públicos de educação e saúde que atuam no PSE.

Os sujeitos desta pesquisa foram os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e os professores comunitários que fazem parte do comitê local de cada uma das 20 escolas escolhidas e que atuam diretamente no PSE. Até julho de 2013 cada escola vinculada ao PSE tinha um chamado Comitê Local, que era formado por um professor comunitário¹, um ACS, um ou dois alunos e um pai de aluno. Esse comitê era responsável por elaborar agenda de prioridades das crianças e adolescentes na unidade de ensino quanto às demandas de saúde (MORAIS, 2009).

O PSE em Olinda vem desenvolvendo uma metodologia que tem por base a construção de uma rede de atenção à saúde dos escolares nas 20 escolas do Programa Mais Educação. Professores, profissionais de saúde, pais de alunos, crianças e adolescentes desenvolvem a capacidades de monitorar as metas do programa. Esses grupos, denominados Comitês Locais, foram agregados por território de saúde (MORAIS, 2009).

No entanto, como se trata de uma pesquisa qualitativa, o número de sujeitos que virão a compor o quadro das entrevistas não poderia ter sido determinado a priori. Isso foi feito relacionado a qualidade das informações obtidas em cada depoimento, assim como da profundidade e do grau de recorrência e divergência destas informações. Para tanto foi utilizado como critério de formação da amostragem o “ponto de saturação”, que indicou quando já podíamos identificar padrões simbólicos, práticas, sistemas classificatórios, categorias de análise da realidade e visões de mundo do universo em questão (DUARTE, 2002).

Vale salientar, que o processo da coleta de dados obedeceu aos seguintes critérios de inclusão e exclusão, estabelecidos de acordo com os propósitos desta pesquisa:

- a) Critérios de Inclusão: Para ser incluído nesta pesquisa o sujeito deveria estar envolvido nas atividades do PSE, assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, estar disponível para participar da entrevista durante o período de coleta de dados e estar participando do PSE há mais de seis meses.
- b) Critérios de exclusão: Seriam excluídos do estudo os profissionais que se recusassem a participar da pesquisa e a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e os profissionais com comprometimento psíquico que possam interferir na coleta dos dados primários durante a entrevista, bem como os que estiverem no Programa há menos de 6 meses.

Assim, os profissionais que participaram das entrevistas obedeceram aos critérios pré-estabelecidos. Por fim, o resultado obtido possibilitou fomentar a generalização da amostra do aspecto empírico para o teórico, caracterizando uma pesquisa de caráter analítico. Dessa maneira, foram entrevistados 19 profissionais, considerando ambos os setores, sendo esse número total determinado pelo efeito de saturação das informações prestadas. Ver perfil dos entrevistados na tabela 1 abaixo.

¹ O professor comunitário é responsável pelo estreitamento das relações entre alunos e professores, aprimorando o processo de aprendizado na busca de novos conhecimentos e espaços de interação escolar. Em programas implementados pelas secretarias de educação, é um profissional selecionado pelos conselhos escolares e o diretor de cada escola (FERNANDES, 2013).

Tabela 1 – Perfil dos Entrevistados

	Sujeito	Sexo	Idade	Formação	Função no PSE	Tempo no PSE	Local PSE
Setor Saúde	01	F	30	ACS	ACS	04 anos	UBS
	02	F	33	ACS	ACS	04 anos	UBS
	03	F	57	Técnico de enfermagem	ACS	02 anos	UBS
	04	F	38	ACS	ACS	02 anos	UBS
	05	M	31	ACS	ACS	01 ano	UBS
	06	F	51	Técnico de enfermagem	ACS	02 anos	UBS
	07	F	53	Auxiliar de enfermagem	ACS	02 anos	UBS
	08	F	47	Serviço Social	ACS	04 anos	UBS
	09	M	43	ACS	ACS	03 anos	UBS
	10	F	49	Auxiliar de enfermagem	ACS	03 anos	UBS
	11	F	55	ACS	ACS	02 anos	UBS
	12	M	44	ACS	ACS	01 ano	UBS
	13	F	44	ACS	ACS	03 anos	UBS
	14	F	45	ACS	ACS	02 anos	UBS
Setor Educacional	15	F	30	Pedagogia	Professora Comunitária	02 anos	Escola
	16	F	43	Licenciatura em Geografia	Professora Comunitária	02 anos	Escola
	17	F	60	Letras	Professora Comunitária	03 anos	Escola
	18	F	37	Educação Especial	Professora Comunitária	04 anos	Escola
	19	F	48	Pedagogia	Professora Comunitária	04 anos	Escola

Fonte: Dados da Pesquisa

4.4 COLETA E PROCESSAMENTO DOS DADOS

A coleta de dados foi realizada mediante entrevista individual semiestruturada com roteiro elaborado a partir do quadro conceitual construído para a pesquisa e de forma a atender os objetivos propostos, que norteava e delimitava as questões centrais. O instrumento foi aplicado apenas pela pesquisadora. Para garantir a qualidade das entrevistas e para validação do roteiro foi feito um pré-teste com 02 (duas) entrevistas que foram utilizadas posteriormente.

De acordo com Flick (2004), a entrevista semiestruturada é considerada uma importante técnica de coleta de dados para pesquisa qualitativa por ser mais provável que os pontos de vistas dos entrevistados sejam captados com mais fidedignidade em roteiros de entrevistas abertas e flexíveis do que através de estruturas de entrevistas padronizadas ou em questionários. Além disso, a entrevista é a técnica mais utilizada em trabalhos de campo, e destina-se a obter informações para o objetivo de pesquisa através de uma conversa sobre temas pertinentes a este objetivo (MINAYO et al., 2008).

No planejamento do roteiro da entrevista, segundo Minayo et al (2008), é possível a abordagem em um único tema ou em vários, permitindo maior ou menor espontaneidade aos depoimentos com a finalidade de explorar determinada temática, relato de experiência ou ponto de vista. O roteiro da entrevista desse estudo abordou três eixos temáticos correlacionáveis: *Programa de Saúde na Escola / Intersetorialidade / Desenvolvimento de Ações Intersetoriais*. Esse roteiro (APÊNDICE A) foi elaborado com base nas vivências proporcionadas pela experiência vivida, juntamente com os referenciais conceituais construídos sobre essas temáticas.

Com o intuito de garantir a validade e a fidedignidade das informações recolhidas através do questionário, foram adotados quatro critérios, conforme explicita Flick (2004). O primeiro foi o *não direcionamento*, que foi obtido através da forma de elaboração das questões. O segundo critério utilizado foi o da *especificidade*, que significa que a entrevista fez ressaltar os pontos específicos do estudo evitando que o sujeito não permanecesse no âmbito de enunciados gerais. Tal critério tentou assegurar que todos os aspectos e tópicos relevantes à questão da pesquisa fossem mencionados. A *profundidade e o contexto pessoal* revelado pelo entrevistado foi o critério que garantiu que o sujeito exibisse ao máximo de comentários autorreveladores da visão subjetiva acerca do que se questionou, para que, evitando a permanência em respostas demasiadamente objetivas, como por exemplo, é importante ou não é importante.

Os dados foram coletados no período de julho a setembro de 2013. As fontes de dados desta pesquisa foram as respostas às entrevistas fornecidas pelos profissionais. Todos os entrevistados responderam ao mesmo grupo de perguntas. Não houve, porém, um padrão para as respostas. Numa atividade inicial de preparação dos dados, as respostas foram agrupadas em documento Word.

As entrevistas foram transcritas de forma fidedigna após leitura exaustiva, o que possibilitou que o pesquisador pudesse se impregnar pelo seu conteúdo. O texto resultante dos depoimentos dos profissionais foi utilizado para a construção de um *corpus*. As informações foram organizadas no *software* NVivo[®] versão 7.0 e analisadas com o auxílio da Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2009), seguindo as etapas de pré-análise, exploração do material e tratamento dos dados (inferência e interpretação).

Segundo Lage (2011), o NVivo[®] é um dos *softwares* mais utilizados no ambiente acadêmico brasileiro, tendo sido adotado por centros de pesquisa da maioria das grandes universidades, como a Unicamp, a USP, a UFGS, entre outras. No entanto, ainda é baixo o número de pesquisas qualitativas que usam algum tipo de *software* de apoio. Uma pesquisa na biblioteca digital brasileira de teses e dissertações (BDTD), no início de 2014, obteve sessenta e quatro teses ou dissertações que usaram o NVivo. Este *software* possibilitou uma intensa dedicação à exploração dos dados com o intuito de gerar uma rica e profunda análise de cada discurso.

A primeira etapa, denominada de pré-análise, constituiu-se da organização do material, foi a fase de leitura geral do material a ser analisado (no caso do nosso estudo, a leitura das questões abertas das entrevistas), ou a leitura flutuante, nas palavras de Bardin. Esta primeira etapa da análise se constituiu conforme Bardin em três etapas: a) leitura flutuante foi a fase de estabelecer contato com os documentos; b) a escolha dos documentos foi a fase da delimitação dos documentos a serem analisados; c) a formulação de hipóteses e objetivos foi a fase para a definição de hipóteses iniciais a serem confirmadas a partir da exploração dos documentos (BARDIN, 2009).

Na segunda etapa da análise do conteúdo denominada por Bardin de descrição analítica, o material foi submetido à análise detalhada, como decodificação, classificação e categorização, orientada pelos referenciais teóricos, realizando dessa forma o escrutínio do texto em busca de palavras-chave, organizadas como nós ou categorias e subnós ou subcategorias, facilitando a organização e a análise dos dados.

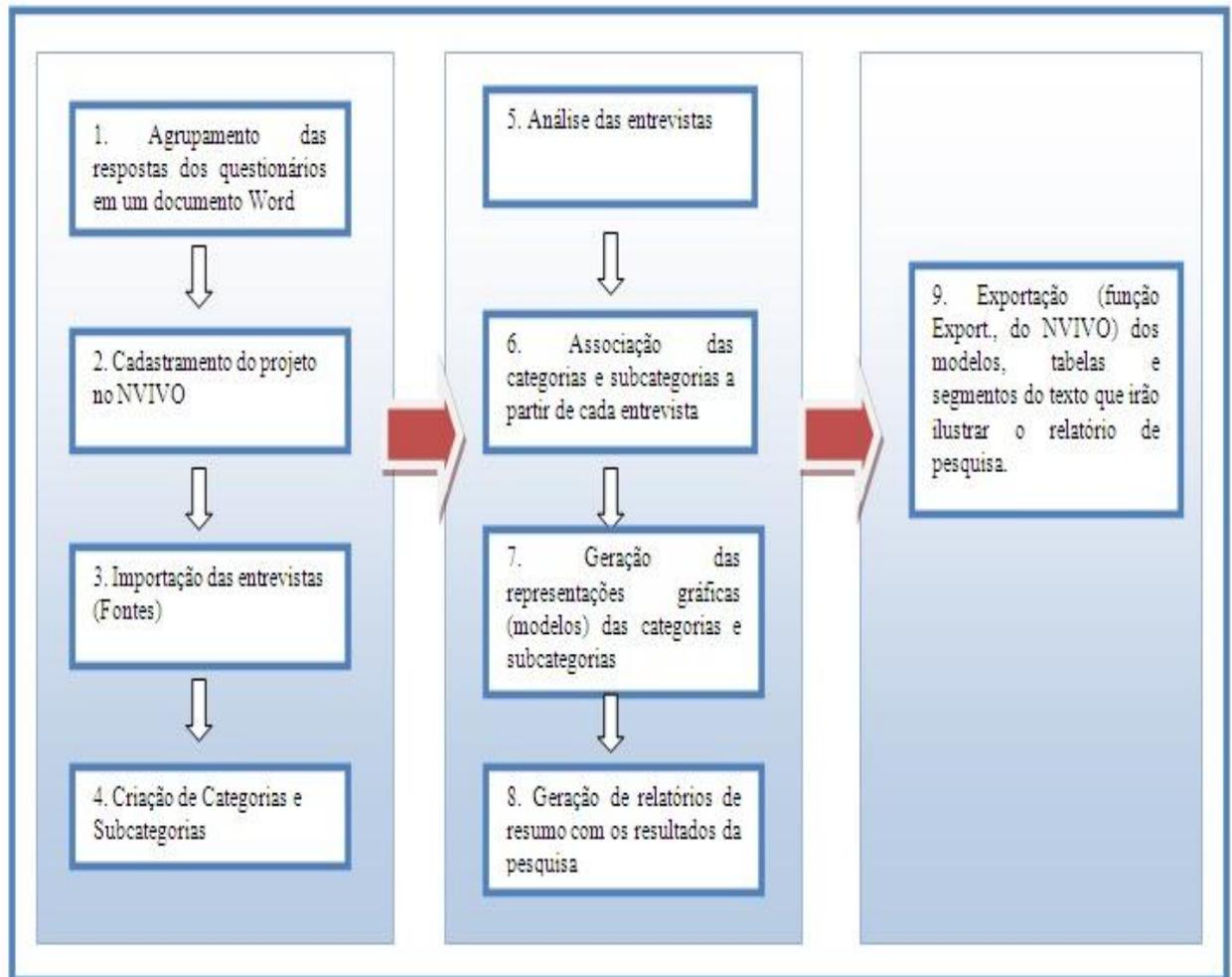
Portanto, a partir das análises das respostas, foi necessário um desmembramento nas três eixos gerais iniciais. Esse procedimento foi definido por Franco (1994, p. 176) como “não

definido a priori [em que] [...] as categorias vão sendo criadas, à medida que surgem nas respostas, para depois ser interpretadas à luz das teorias explicativas”.

Na última das etapas da análise de conteúdo fizemos a interpretação referencial. Essa etapa constituiu-se da leitura de informações não visuais (o contexto linguístico, o contexto histórico) para a compreensão do fenômeno social, da sua ideologia, sua tendência, suas características (BARDIN, 2009).

Por fim, foi utilizada como técnica complementar, o diário de campo, que serviu para registrar observações feitas durante as entrevistas. Os registros do diário de campo foram utilizados para complementar a discussão dos resultados. As expressões e sentimentos manifestados pelos entrevistados foram introduzidos nas anotações no decorrer da realização das entrevistas, conforme proposto por Bardin (2009).

Figura 2 – Esquema utilizado para análise dos dados no *software* NVivo®



Fonte: Adaptado de Lage (2011).

4.5 PROCEDIMENTOS DA COLETA DE DADOS

O contato inicial foi feito em maio de 2013 mediante email conseguido na Coordenação do PSE municipal, mas não houve respostas nesta ocasião. Posteriormente, o contato foi feito via telefone, a partir de listagem dos profissionais da educação e saúde das 20 primeiras escolas participantes do PSE. Nesse segundo momento, foram convidados a participar do estudo, sendo esclarecidos sobre o objetivo da pesquisa e informados sobre o procedimento de coleta de dados por meio de entrevista semiestruturada.

As entrevistas ocorreram em local, data e horários escolhidos pelos sujeitos de acordo com suas disponibilidades. Assim, foram realizadas nas escolas e UBS que trabalham.

As datas e horários das entrevistas foram reagendadas inúmeras vezes em função da escassa disponibilidade dos sujeitos da pesquisa assim como em dois locais não foi possível ser realizada a coleta devido ao perigo visível encontrado no bairro, outro local não foi encontrado através de endereço e posterior contato, três profissionais estavam de férias, o que não limitou a pesquisa.

Todas as entrevistas foram gravadas em iPod[®], adquirido com recursos próprios, após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e autorização por parte dos participantes.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

A presente pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Pernambuco, e aprovada em Junho de 2013 (ANEXO A), obtendo parecer favorável para a sua execução (número CAAE 17249213.4.0000.5208).

A investigação atenderá aos requisitos preestabelecidos na resolução 196 de 10 de outubro de 1996 do Ministério da Saúde, referente ao desenvolvimento de pesquisa científica envolvendo seres humanos, resguardando os princípios éticos da justiça, beneficência e da não maleficência.

O consentimento em participar da pesquisa foi feito através da assinatura dos participantes do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), estes foram informados sobre os objetivos da pesquisa, a garantia do anonimato e a possibilidade de desistência da pesquisa em qualquer fase da realização desta, caso julgue necessário.

As informações obtidas ficarão em segredo, sendo respeitada a privacidade do sujeito no momento da entrevista. As informações foram armazenadas na residência da pesquisadora

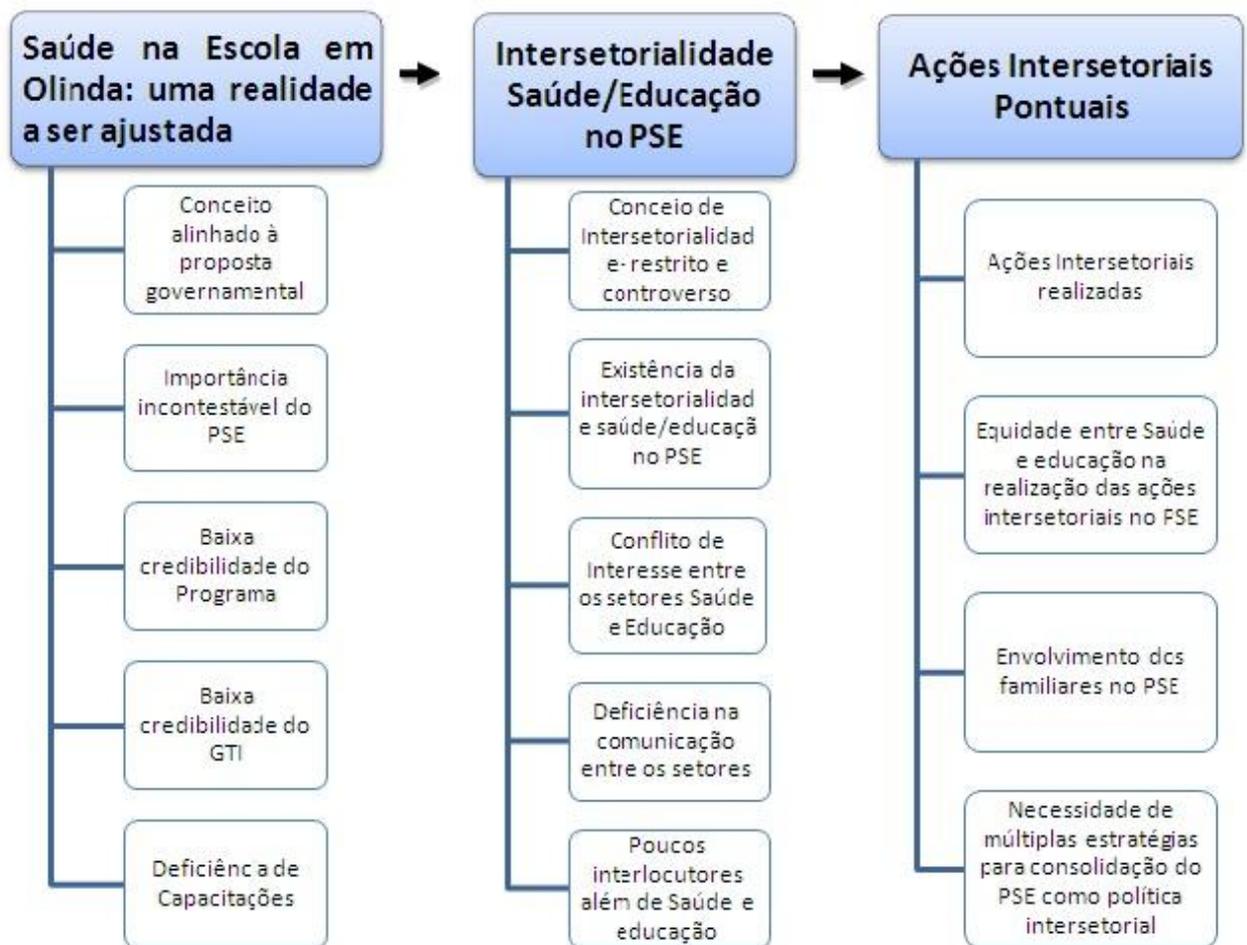
em armário particular, sob a responsabilidade da mesma por no mínimo cinco anos, podendo os resultados obtidos ser usados apenas para alcançar os objetivos deste trabalho, incluindo publicações em revistas científicas.

5 RESULTADOS, ANÁLISE E DISCUSSÃO

Realizamos um total de dezenove (19) entrevistas referente à unidade de análise formada pelos profissionais, respeitando os critérios pré-estabelecidos na metodologia. Buscou-se desenvolver um diálogo significativo e também fundamentado em experiências e conhecimentos produzidos pelos profissionais de saúde e de educação que atuam diretamente no PSE, possibilitando uma maior compreensão dos aspectos abordados. Visando garantir o anonimato dos entrevistados, os mesmos foram nomeados mediante letras alfabéticas, aleatoriamente.

A seguir, as apresentações serão feitas por categorias e subcategorias que foram corroboradas para essa sistematização.

Figura 3 - Categorias e Subcategorias da pesquisa



Fonte: Dados da Pesquisa

5.1 SAÚDE NA ESCOLA EM OLINDA: UMA REALIDADE A SER AJUSTADA

Essa categoria se estrutura com o objetivo de compreender o Programa de Saúde na Escola em Olinda, sua importância e a sua credibilidade enquanto política pública.

A partir da análise das respostas, destacaram-se o surgimento das seguintes subcategorias, apresentadas detalhadamente abaixo, referente aos resultados para essa categoria.

5.1.1 Conceito do PSE alinhado à proposta governamental

Neste primeiro aspecto de investigação, buscou-se junto aos profissionais, desvelar suas opiniões acerca do conceito do Programa de Saúde na Escola e foi observado que todos os entrevistados tinham conceitos alinhados à proposta governamental.

O programa saúde na escola envolve os alunos e tem por objetivo maior melhorar a saúde dos estudantes, principalmente daqueles que tem dificuldade de chegar ao serviço de saúde [...]. [...] o PSE creio que seja um programa que tenha por objetivo melhorar a saúde do estudante já que leva a saúde para a escola (ENTREVISTADO S).

Eu entendo que é uma integração entre a escola e os profissionais de saúde no sentido de promover a saúde dentro da escola, ou seja, um contato a mais, uma melhoria na qualidade de vida dos alunos, como também dos pais desses alunos, como também dos professores porque quando fazemos essa parceria, quando fazemos esse atendimento, ele não só engloba os alunos, envolve também todos os profissionais dentro da escola e seus familiares também (ENTREVISTADO H).

Para cuidar das crianças da escola, já tem a educação e nós vamos levar a saúde (ENTREVISTADO J).

É um programa que trabalha na área da saúde. A educação com a saúde, então o PSE tem o objetivo de fazer trabalho com os alunos, informando a questão das doenças, como se manter bem, a questão de orientar as crianças [...]. [...] então é uma forma de orientar a questão da saúde na vida cotidiana (ENTREVISTADO E).

BRASIL (2009) conceitua o Programa de Saúde na Escola como uma proposta de integração entre os Ministérios da Saúde e Educação, na perspectiva de ampliar as ações específicas aos alunos da rede pública, solicitando dessa maneira uma força de trabalho composta por profissionais de ambos os setores e o reconhecimento do potencial da ESF, a partir da inserção de equipes de saúde na implementação do Programa.

O Programa Saúde na Escola vem contribuir para o fortalecimento de ações na possibilidade do desenvolvimento integral e proporcionar a comunidade escolar a participação em programas e projetos que articulem saúde e educação, para o enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças, adolescentes e jovens brasileiros. (BRASIL, 2011b, p. 1).

Dessa maneira, é evidente a proximidade da compreensão do PSE pelos entrevistados de acordo com a literatura.

5.1.2 Importância incontestável do Programa de Saúde na Escola

Indagados sobre a importância do PSE, 100% dos entrevistados afirmaram que o programa era importante. O entrevistado R diz “Com certeza é importante, de grande benefício para todos envolvidos”.

“Com certeza o programa é importante. O programa é maravilhoso, as ideias são maravilhosas” (ENTREVISTADO E).

“O programa é muito importante, muito importante mesmo” (ENTREVISTADO K).

Em nenhum outro momento histórico, falou-se tanto em saúde e promoção da saúde como no atual, confirmando a atribuição do papel de promoção da saúde vinculada ao ambiente escolar como elemento transformador da realidade. A escola é um espaço significativo na formação de crianças em processo de construção do conhecimento, ou seja, este é considerado adequado para se trabalhar a formação de valores e hábitos favoráveis à saúde, se tornando propício para o desenvolvimento de ações educativas em saúde. É neste sentido que o PSE passa a ser um aliado potencialmente forte para o desenvolvimento de um trabalho direcionado, sistematizado e permanente (BRASIL, 2009).

Essa relevância é confirmada por Gomes (2012) que destaca a escola como um ambiente de importantes interações sociais, entre professores, alunos, familiares e profissionais de saúde, onde surgem as diversas demandas e necessidades que podem ser problematizadas em seu contexto mais amplo.

Em 2011 foi analisada a eficácia do PSE na visão de 70 alunos e 10 profissionais na zona rural de um município do Ceará, utilizando uma entrevista semiestruturada, sendo os dados analisados através da técnica de análise de conteúdo e apresentado em categorias temáticas. Verificou-se que os envolvidos consideraram o programa eficaz e entenderam a importância do mesmo. Evidenciou-se a satisfação dos alunos e dos profissionais com as ações oferecidas, houveram sugestões para melhoramento do programa. Os envolvidos referiram observar mudanças ocorridas na saúde dos alunos após participação no programa, sendo essas mudanças principalmente comportamentais. Embora satisfeitos, os informantes apontaram dificuldades, entre elas, a falta de sensibilidade e engajamento de alguns profissionais no programa. Ressaltaram ainda a importância da interface entre os profissionais

da saúde e da educação para fortalecer o trabalho dos temas em saúde na escola (BORBA et al., 2012).

Outro estudo realizado em escolas municipais de Fortaleza com o objetivo de analisar as ações desenvolvidas no PSE, a fim de verificar sua contribuição na formação educacional dos estudantes, concluiu que o Programa se apresenta como elemento fundamental nas escolas municipais de Fortaleza e vem desenvolvendo suas atividades no intuito de trazer melhorias para a rede de ensino através do desenvolvimento de ações voltadas para a formação em saúde (TABOSA et al., 2013).

É notável a compreensão da importância do programa pelos profissionais que ressaltaram que a inclusão da saúde na escola traz benefícios na qualidade de vida dos educandos e conseqüentemente melhora o acesso dessa população aos serviços de saúde, o que interfere positivamente na educação.

5.1.3 Baixa credibilidade do PSE

Observou-se que ao mesmo tempo em que os entrevistados relatavam a importância do PSE, os mesmos discorriam sobre a baixa credibilidade do programa quanto à sua execução.

Pra que o PSE se não está tudo amarrado, se realmente não leva ao pé da letra. [...] Então isso que tenho a dizer do PSE, é um projeto maravilhoso, mas tem defeito. (ENTREVISTADO B).

Acho que pode ser feito muitas coisas. Ele não funciona muito bem (ENTREVISTADO I).

Um dos fatores que levaram a essa baixa credibilidade foi citado pela maioria dos profissionais e trata-se do Projeto Olhar Brasil, lançado em 2007 e integrado ao PSE, visa identificar os problemas visuais relacionados à refração em alunos matriculados na rede pública de Ensino Fundamental. O teste de acuidade visual (Teste de Snellen) pode ser realizado por profissionais da saúde, não necessariamente os médicos, e por profissionais da educação, desde que capacitados, conforme estabelece o Projeto (BRASIL, 2009).

Esse programa Olhar Brasil mesmo teve criança que recebeu óculos, já depois teve criança que não recebeu mais. E também tem crianças que foi lá e foi cobrado (ENTREVISTADO A).

[...] não vejo às vezes evolução, como no problema dos óculos (ENTREVISTADO N).

[...] fui treinado para fazer o Olhar Brasil em uma hora e não me sinto seguro para isso. Eu ainda não fui também porque não me sinto seguro (ENTREVISTADO Q).

A credibilidade no PSE enquanto uma proposta que apoia a reorganização dos serviços de saúde, dentro da perspectiva da intersetorialidade e do acolhimento da população juvenil, foi demonstrada por Gomes e Horta (2010). Essas autoras, estudaram a percepção de 9 coordenadores pedagógicos sobre a promoção da saúde do adolescente por meio de entrevistas, em escolas municipais de Belo Horizonte. Este estudo, entre outros aspectos, apontou a importância e a necessidade da parceria saúde-educação, apostando, assim, na potencialidade do PSE para atender as demandas dos adolescentes e favorecer a criação de vínculos.

Apesar da importância do Programa, havia um descrédito, pois algumas diretrizes não são corretamente realizadas. Um dos pontos mais citados para a desacreditação foi o Projeto Olhar Brasil, uma fala indignada por parte dos profissionais mediante a execução incompleta do projeto. É de suma importância que haja aproximação entre o que é escrito e o que é desempenhado.

5.1.4 Baixa credibilidade da Gestão Municipal

Conforme o modelo de gestão proposto pelo PSE, a gestão deve ser compartilhada, de forma que tanto o planejamento quanto a execução das ações sejam realizadas, coletivamente, de forma a atender às necessidades e demandas locais (BRASIL, 2011).

Os gestores podem ser considerados peças fundamentais para se coordenar ações intersetoriais, já que a nível local é possível unir os atores sociais em torno de problemas de sua realidade e buscar soluções próprias, direcionando o esforço conjunto para ações que influenciem na qualidade de vida da população (MENDES; BOGUS; AKERMAN, 2004). O que de acordo com os entrevistados não é encontrado:

Então acho que a secretaria pode ser mais presente [...] (ENTREVISTADO F).

Eles [Gestão] prometem muita coisa. Por exemplo, lá tinha um escovódromo e eles queriam inaugurar o escovódromo, queria inaugurar, aí falta escova, depois chegou as escovas mas o escovódromo não estava pronto, aí os meninos não tinham quase onde escovar os dentes (ENTREVISTADO D).

Assim, mudou a gestão e a gente não sabia, viemos saber tem uns 2 meses (ENTREVISTADO C).

Não sei se é vontade política ou de gestão, não sei, mas é por época, dependendo da época política a gente tem mais assistência (ENTREVISTADO G).

A abordagem intersetorial da organização pública pressupõe um planejamento regional e participativo com o envolvimento de outros atores que possam contribuir com sua visão para o planejamento, além de prever políticas voltadas ao desenvolvimento social. Neste

contexto, é importante que o Estado passe a ter uma atuação em conjunto com atores da sociedade, assumindo responsabilidades nesse processo (INOJOSA, 2001).

Azevedo; Pelicione; Westphal (2012) ressaltam o despreparo técnico-político de gestores e profissionais da saúde no desenvolvimento de ações intersetoriais de prevenção e promoção e as dificuldades burocráticas e ausência de financiamento de ações intersetoriais para concretizá-las.

A ação intersetorial traz consigo a construção de objetos de intervenção comum entre diferentes setores com vistas à construção de planejamento integrado para enfrentamento dos problemas prioritários identificados. Entretanto, a literatura especializada vem demonstrando que na prática isto acarreta elevados níveis de conflito e disputa política entre as diferentes áreas e atores envolvidos no processo. Além da competição em torno das estruturas de poder, também se percebem as disputas corporativas que permeiam o aparelho de Estado (ANDRADE, 2006).

Em sua tese, Ferreira (2012) avaliou a intersetorialidade no Programa Saúde na Escola na visão dos gestores das coordenações nacionais (Ministério da Saúde e Ministério da Educação) e na visão dos gestores locais. Foi constatado que os gestores nacionais da coordenação do PSE demonstraram conhecimento, domínio técnico e uma visão ampla em relação aos arranjos intersetoriais do Programa. A Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola assume uma coordenação compartilhada, com tomada de decisões exercida de modo equânime, atuando de forma intersetorial. Os gestores locais do PSE apresentam conhecimentos necessários para o trabalho intersetorial, entretanto é necessário ajuste conceitual.

De modo geral, as informações obtidas neste estudo indicaram que no nível local a participação da gestão, no planejamento, no monitoramento, na implementação e na avaliação não foi mencionada de forma significativa pelos profissionais. É necessário o comprometimento de tais atores para que haja um reconhecimento e fortalecimento das estratégias de territorialização e corresponsabilização no campo saúde e educação para a sustentabilidade do PSE como política.

5.1.5 Deficiência de Capacitações

Entre as áreas temáticas de ação do PSE, encontra-se a proposta de educação permanente e capacitação de profissionais da saúde e da educação (BRASIL, 2008) com o

objetivo de facilitar a comunicação e compreensão dos profissionais de ambos os setores de modo a fortalecer vínculos e atender às expectativas mútuas (BRASIL, 2009).

Podemos observar na fala dos entrevistados a insatisfação com a deficiência de capacitações, principalmente na fala dos professores. Quase todos eles passaram por apenas uma capacitação no momento do início do programa, o que não se repetiu após quase 5 anos.

E ainda existe uma dificuldade porque eu fui treinado para fazer o Olhar Brasil em uma hora e não me sinto seguro para isso (ENTREVISTADO Q).

Acho que devemos ser mais treinados (ENTREVISTADO D).

Os temas transversais surgidos, e conseqüentemente, as práticas metodológicas multidisciplinares exigem, dos professores uma formação profissional mais elaborada, compreensão das diversidades culturais e uso de novas tecnologias. O professor se torna um elemento fundamental neste contexto, sendo um multiplicador de ideias, devendo estar capacitado para abordar o conceito de saúde preconizado nas Conferências Internacionais, VIII Conferência Nacional de Saúde, nas Políticas Públicas de Saúde e nos Parâmetros Curriculares Nacionais através não só do domínio de informações, mas das estratégias educativas necessárias para a construção integrada do conhecimento (BARRETTO, 2008).

O estudo de Santos e Oliveira (2004) que teve como objetivo mostrar, sob a perspectiva de pais ou responsáveis e professores, a realidade da Promoção e Educação em Saúde em escolas do 1º e 2º ciclos do ensino fundamental da Ceilândia. Para a maioria do grupo de professores não ficou nítido o conceito de promoção de saúde, os educadores assumem não estarem qualificados para desempenhar o papel de educador em saúde, reconhecem a necessidade de colaboração de profissionais de saúde para atuar em conjunto no processo ensino-aprendizagem e também expressam o desejo de serem capacitados em educação em saúde.

Dessa maneira, cabe aos protagonistas da saúde e educação entender que a participação dos mesmos no processo de educação em saúde na escola só se justifica com intensificação da oferta de cursos de formação continuada ou atualização, fortalecendo a ação do educador em sala de aula, e não apenas com a mera realização de ações pontuais de educação à saúde na escola (FIGUEREDO; MACHADO; ABREU, 2010).

Há uma insatisfação geral dos profissionais que relatam ter participado de apenas uma capacitação durante a implantação do Programa. Os professores indagaram mais, pois os mesmos são responsáveis por ações de saúde para as quais não são amplamente qualificados, como por exemplo, a detecção inicial de Hanseníase e o teste de visão do Projeto Olhar Brasil nos alunos. Dessa forma, podemos concluir que as capacitações não foram suficientes para

que os profissionais se apropriassem adequadamente. Por ser o PSE um desenho inovador, é natural a necessidade de novas e contínuas capacitações.

5.2 INTERSETORIALIDADE SAÚDE/EDUCAÇÃO NO PSE

Nessa segunda etapa da análise das entrevistas, objetivamos compreender a intersectorialidade e o processo da intersectorialidade no PSE Olinda.

Assim, a partir da análise dos discursos sobre esses questionamentos, destacamos o surgimento das seguintes subcategorias, apresentadas detalhadamente abaixo.

5.2.1 Conceito de Intersectorialidade- restrito e controverso

Quando questionados sobre o conceito da intersectorialidade, foi observado que, apesar de todos os profissionais da educação saberem responder à pergunta adequadamente, entre os ACS's não havia clareza à respeito do tema. E ainda houve predominância do conceito vinculado apenas aos setores saúde e educação.

Cada setor tem sua função e eles interagem para um objetivo (ENTREVISTADO M).

É uma junção, uma coisa puxa a outra, eu acho que se não fosse dessa forma não daria certo. Essa junção ajuda (ENTREVISTADO R).

Assim, sem saúde você não consegue estudar, então uma coisa implica na outra, não adianta você ter saúde e não ter educação e não adianta ter educação e não ter saúde, então uma coisa precisa da outra (ENTREVISTADO S).

O conceito de intersectorialidade foi bem definido por Feuerwerker e Costa (2000, p. 94):

[...] a articulação entre sujeitos de setores sociais diversos e, portanto, de saberes, poderes e vontades diversos, para enfrentar problemas complexos. É uma nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas que pretende possibilitar a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na saúde da população.

A intersectorialidade fundamenta-se, então, em uma prática integradora de ações de distintos setores que se articulam, complementam e interagem para uma aproximação mais intrincada dos problemas e seu enfrentamento (WIMMER; FIGUEREDO, 2006).

Ao buscar a intersectorialidade, espera-se encontrar ações conjuntas que perseguem o mesmo objetivo entre setores diferentes. Considerando a complexidade do setor saúde e a necessidade de abordagens mais amplas para o enfrentamento dos problemas que afetam a saúde da população, surge como um caminho para a estruturação de ações coletivas mais complexas, que deem conta da realidade e de suas diversas variantes (JUNQUEIRA, 2004).

Cabe aqui ressaltar a dificuldade encontrada em alguns entrevistados em relação ao conceito intersetorialidade, os mesmos se restringiam aos setores saúde e educação. A partir dessa descrição, notamos a necessidade de estabelecer uma conceituação mais ampla em relação a intersetorialidade desviando a ideia de ser unicamente entre os setores saúde e educação, no intuito de fortalecer esse processo.

5.2.2 Existência da intersetorialidade saúde/educação no PSE

Os profissionais reconheciam a existência da prática da intersetorialidade no desenvolvimento do Programa Saúde na Escola. Afirmavam que para conduzir um programa como esse, deve-se trabalhar intersetorialmente, para que as ações não se configurem apenas como ações específicas da Saúde ou da Educação, mas que possibilitem a formação de um espaço integrado, participativo e em transformação, sob a perspectiva da PS. Apenas três respondentes relataram não haver intersetorialidade entre saúde e educação em seu território.

Considerando a complexidade do setor saúde e a necessidade de abordagens mais amplas para o enfrentamento dos problemas que afetam a saúde da população, a intersetorialidade surge como um caminho para a elaboração de ações mais complexas que percebam a realidade e suas diversas nuances. Dessa forma, o PSE considera a intersetorialidade uma diretriz importante no sentido de formar parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações em saúde, dialogando com diversas áreas dos setores do governo, setores privado e não governamental, de modo a compor redes de compromissos com a qualidade de vida da população (BRASIL, 2007).

Na perspectiva da PS, as práticas em educação e saúde devem considerar os diversos contextos, com o intuito de realizar construções compartilhadas de saberes alimentados pelas histórias individuais e coletivas da comunidade escolar, e, ainda, proporcionar o diálogo entre os setores, produzindo aprendizagens significativas e ratificando uma ética inclusiva, por meio da articulação intersetorial (BRASIL, 2011b).

Estudo que teve como objetivo avaliar a relevância e a suficiência dos domínios de competências em PS no processo de implementação do PSE no Distrito Federal (DF) encontrou convergências entre o que é realizado, o que deveria ser realizado e os domínios de competências. Sendo os domínios de competências em PS relevantes para o processo de implementação do PSE/DF, estes precisam ser desenvolvidos e acontecerem de forma mais expressiva. Com relação aos fatores críticos no processo de implementação do PSE/DF, o número de dificultadores é maior que o número de facilitadores. Mesmo assim, a

intersetorialidade foi citada como facilitadora, demonstrando que os atores estão cientes da importância da ação colaborativa e articulada com outros setores (TUSSET, 2012).

Assim entendemos, como Westphal e Mendes (2000), que embora com dificuldade, a intersetorialidade é uma forma de gestão possível e muito eficiente em termos da promoção do desenvolvimento econômico e social.

O reconhecimento da intersetorialidade entre os setores saúde e educação foi um ponto importante observado no estudo levando em conta a relevância para a atual proposta de política de saúde na escola no Brasil. Os setores reconheciam como essencial trabalhar intersetorialmente e afirmavam ser um facilitador para o êxito do programa.

5.2.3 Conflito de interesse entre os setores Saúde e Educação

Verificamos no depoimento de alguns entrevistados a existência de um conflito de interesses entre os setores da saúde e educação, como pode ser observado:

Os professores não ajudam muito não. [...] tem professor que não quer, dizem que nós vamos atrapalhar a carga didática deles, alguns sim e outros não (ENTREVISTADO D).
Muitas vezes aqui eu fazia o papel de ACS.

Minha função era interagir, abrir espaço, organizar, planejar, como eu vou fazer com que vocês entrem na sala de aula, porque não é assim chegar e pronto, existem professoras, existem planejamento, existe horários, então era minha função e não ta preenchendo ficha de aluno e cadastro de aluno e não de ta fazendo exame de aluno, eu não me formei para isso... (ENTREVISTADO E).

Temos uma dificuldade que era a liberação da ACS, que era para ela vim para cá (Escola), mas tinha as obrigações dela no posto, mas também isso são coisas que a gente não resolve, isso já é a parte de saúde (ENTREVISTADO F).

A intersetorialidade é uma estratégia para proporcionar a comunicação, a interação e o compartilhamento de saberes e de poder entre diferentes setores, em torno de metas e objetivos comuns para o enfrentamento das questões sociais. Tornando-se assim um processo difícil e em construção constante, pois tais interações poderão gerar conflitos de interesses e interferir na tomada de decisões, se tornando indispensável boa capacidade de negociação e flexibilidade para contornar os conflitos e respeitar as características de cada setor (COELHO, 2009).

A relação entre a Saúde e Educação, no que diz respeito à saúde escolar, nem sempre tem sido harmoniosa. Quando pensada numa perspectiva exclusivamente médica e focalizada no controle e prevenção de doenças, a educação em saúde tem sido pouco efetiva para provocar mudanças de atitudes que levem a opções mais saudáveis de vida. A este respeito, Cerqueira (2007) pontua que [...] *a escola, na maioria dos casos tem sido lugar de aplicação*

de controle e prevenção de doenças, porque o setor saúde costuma ver a escola como um lugar onde os alunos seriam um grupo passivo para a realização de ações de saúde. Os professores frequentemente se queixam de que o setor saúde usa a escola e abusa do tempo disponível com ações isoladas que poderiam ser mais proveitosas, com um programa mais participativo e protagonista de atenção à saúde".

O trabalho com saúde na escola requer ações sistemáticas, planejadas e que objetivem a formação dos alunos, para tanto Barros e Maturana (2005) destacam o papel dos profissionais da educação, uma vez que eles possuem maior domínio metodológico e compromisso ideológico na busca de articulação escola-comunidade-serviço de saúde, o que favorece a promoção da saúde no âmbito escolar. Diante do exposto, os profissionais de educação assumem um papel fundamental que não se restringe apenas a de um mero repassador de informações. Sua atuação é, sobretudo, a de educar a partir da construção de conhecimentos dentro do contexto da cultura escolar, concluindo para uma melhor qualidade de vida (BRASIL, 2009).

Westphal e Mendes (2000) defendem a ideia de que os atores tem igual poder de colaborar, entretanto, na lógica da parceria, há de se considerar os conflitos, pois os atores apresentam condições estruturais diferenciadas. Nesse contexto, Magalhães e Bodstein (2009) relatam que uma das dificuldades centrais para a implementação destas ações surgem à medida que parte significativa dos representantes setoriais traz para os diferentes espaços de negociação uma agenda pré-definida.

Assim, seria plausível controlar e buscar soluções para os entraves da intersectorialidade que estariam na governabilidade dos atores, tais como a falta de consenso sobre o papel de profissionais que atuam em programas intersectoriais (CKAGNAZARAFF; MELO, 2005), o desconhecimento do significado do trabalho intersectorial (CKAGNAZARAFF; MELO, 2005; CARVALHO et al., 2009) e a discordância entre os setores engajados (SILVA; RODRIGUES, 2010).

A parceria entre educação e saúde precisa representar um espaço de negociação e solidariedade, no enfrentamento de divergências e conflitos internos a cada um dos setores que estejam vinculados a modelos de atenção e paradigmas de base biomédica. Sendo assim, a intersectorialidade no campo da saúde na escola constitui-se como uma estratégia para a concretização da PS na área. Nesta perspectiva, trabalhar a saúde na escola, a partir da proposta do PSE, requer compreender o espaço escolar como local estratégico para a PS e articulação intersectorial e conferir uma outra lógica às ações voltadas para a escola, com o

intuito de possibilitar a construção de conhecimento compartilhado e a formação de atitudes saudáveis à vida (GOMES, 2012).

A crítica dos atores a esse fator se dá em função de cada setor possuir suas agendas assim como várias atribuições pré-definidas, provocando sobrecarga e induzindo muitas vezes ao conflito de interesses entre os mesmo. Diante do exposto, caberia pensar em estratégias para controlar tais dificultadores que estão na governabilidade dos profissionais, uma vez que, de certa forma, os dificultadores podem influenciar na mobilização e no desenvolvimento de competências em parceria.

5.2.4 Deficiência na comunicação entre os setores

É sabido que o diálogo entre os setores saúde e educação para a formulação, implantação, acompanhamento ou avaliação conjunta de políticas e programas de PS no cenário da escola, ainda se apresenta como um grande desafio para o PSE, isso pôde ser ratificado pela fala dos profissionais entrevistados.

Outra coisa também é a falta de comunicação, às vezes, acontecem as coisas e agente não sabia da programação, não foi informado, não tem como participar se não sabia (ENTREVISTADO P).

A comunicação não é boa. É passado o que tem para gente fazer e a gente vai lá e faz nossa parte (ENTREVISTADO Q).

Às vezes eles dizem que vai haver uma ação na escola, quando a gente chega no dia a escola não tá sabendo ou então a escola tá sabendo e a gente não tá sabendo. Aí às vezes só isso que complica (ENTREVISTADO C)

Tem que melhorar o dialogo, acho que tem que melhorar esse dialoga, esse contato, essa conversa entre as unidades, entre saúde e escola (ENTREVISTADO H).

A ação intersetorial é a estratégia fundamental do PSE, estando focada no fortalecimento da relação entre as redes públicas de saúde e de educação, articulando suas ações por meio da comunicação e da participação comunitária direta nas políticas dos seus respectivos setores (BRASIL, 2007).

De acordo com Ferreira e Silva (2005), a efetivação da intersetorialidade requer a incorporação de novas concepções para o planejamento, execução e controle dos serviços prestados, de modo que os diversos segmentos governamentais possam articular-se. Além disso, exige disponibilidade e interesse dos atores envolvidos para o estabelecimento de diálogo permanente com os representantes de órgãos, instituições, grupos sociais, entre outros, em um esforço de que as contribuições e responsabilidades de cada setor permitam a intervenção nos principais fatores determinantes da saúde.

Neste sentido, é preciso um esforço de mudança para superar um tipo de atuação marcado por ações isoladas e setorializadas, onde os serviços são ofertados separadamente, para avançar na resolução dos problemas coletivos, a partir das inter-relações entre os diferentes setores integrando saberes e práticas com o objetivo de aperfeiçoar ações que realmente influenciem nas condições de vida e de saúde dos sujeitos (VALADÃO, 2004; INOJOSA, 2001).

Em um espaço compartilhado por distintos setores, representado por sujeitos de identidades diferentes, para que a comunicação seja efetiva e atinja seu objetivo, faz-se necessário inovar suas práticas e focar suas múltiplas dimensões. A comunicação não poderá ser vista apenas como a transmissão de uma mensagem e não poderá ocorrer de forma autoritária, conduzida por um único setor; há necessidade de se construir um processo democrático e descentralizado, de modo a estabelecer, de forma coletiva, soluções para os problemas encontrados. A comunicação passa a ser compreendida como a circulação e interação de significados (RANGEL, 2008).

O obstáculo na comunicação entre os setores foi um grande entrave para concretização da intersetorialidade percebido durante o estudo e o dificultador alegado pelos profissionais foi a falta de tempo e a sobrecarga de trabalho, que podem ser entendidas como fatores coadjuvantes na ausência de envolvimento total. Nessa direção, caberia pensar em estratégias para incrementar esse diálogo, que acreditamos ser um ponto-chave para possibilitar o refletir-agir e potencializar as ações intersetoriais.

5.2.5 Poucos interlocutores além da Saúde e Educação

Em relação aos outros setores governamentais que se envolvem intersetorialmente nas ações que o PSE desenvolve no município de Olinda além da Saúde e Educação, foram citados apenas a Secretaria do Esporte e da Cultura e a Secretaria de Ação Social e setores não-governamentais como Premetropole¹, Banco Santander e igreja local. Não se percebe a existência de uma rede de apoio formal ao Programa. Desta forma, estão envolvidos diretamente apenas os setores da educação (a escola) e da saúde (Unidades de Atenção Primária em Saúde), o que dificulta contemplar todas as necessidades dos educandos.

² O Programa de infraestrutura em Áreas de Baixa Renda da Região Metropolitana do Recife (PROMETRÓPOLE) envolve porções dos territórios político administrativos de Recife e Olinda, inseridas nos limites da bacia do Rio Beberibe (SOUZA; CAMPOS, 2010).

Orientações sobre o PSE relata ser inevitável desenvolver estratégias voltadas para o estabelecimento de parcerias não somente entre a educação e a saúde, mas entre os mais diversos setores como a cultura, esporte, lazer e trabalho e destes com a sociedade civil, uma vez que em cada área, podem surgir contribuições para a solução dos problemas de saúde (BRASIL, 2008).

Na construção e desenvolvimento de programas de saúde na escola é fundamental a existência de parceiros, pois a implementação desses programas requer a participação de múltiplos atores e parceiros de diferentes setores (GLEDDIE, 2011). As parcerias intersetoriais, interinstitucionais e com entidades não-governamentais e da sociedade civil visam fortalecer os processos de co-responsabilização na produção da saúde (CAMPOS et al., 2004).

Se focalizarmos a dinâmica do serviço público, saberemos que é extremamente complicado depender de outros setores do organismo municipal para dispor de profissionais que estejam aptos e disponíveis a prestarem serviço às escolas. No entanto, além do PSF que oferece o suporte básico, o PSE precisa envolver outros programas: o Programa mais Educação, as equipes de Atenção Básica e Saúde Bucal; Núcleo de Apoio à Saúde da Família e da área de Nutrição, o Programa Segundo Tempo Escola que Protege, entre outros (BRASIL, 2007).

Os setores da educação e da ação social parecem ser os parceiros mais comuns nas ações intersetoriais das Políticas Públicas de Promoção da Saúde, apesar da evidente centralização no setor saúde. No entanto essas parcerias devem aumentar, pois cada vez mais é destacado mais ações e diretrizes intersetoriais em diferentes políticas públicas. No passo que não é mais possível retroceder na discussão que envolve a ampla causalidade do processo saúde-doença, a possibilidade de atuações inter e intrassetoriais no campo das políticas de saúde tende a se expandir. A partir de uma abordagem intersetorial que vise à melhoria das condições de vida, a saúde se torna um objetivo a ser alcançado por todas as políticas públicas (MENDES, 2000).

O que pode ser observado foi que não havia muitas outras parcerias além da saúde e educação. Ademais, outras parcerias eram obtidas apenas quando necessário. Faz-se indispensável uma ação mais articulada e sistemática entre os serviços de saúde e educação e as demais redes sociais, que já existem e se integram cotidianamente, sem, contudo, se darem conta disso. A partir da estruturação dessas redes, possibilitar-se-á o fortalecimento e a reorientação das práticas, dos saberes e das lutas, dinamizando e potencializando ações de

saúde e educação no PSE. O PSE deve também se articular localmente com outros projetos e programas voltados à atenção escolar para reforçar as iniciativas já existentes.

5.3 AÇÕES INTERSETORIAIS PONTUAIS

Com base nesse contexto, essa categoria se estrutura com a finalidade de demonstrar as ações intersetoriais realizadas, o envolvimento dos profissionais e pais nestas ações assim como as estratégias citadas pelos profissionais para sustentabilidade do PSE como política intersetorial.

A partir da análise das respostas, destacaram-se o surgimento das seguintes subcategorias, apresentadas detalhadamente abaixo, referente aos resultados para essa categoria.

5.3.1 Ações intersetoriais realizadas

As ações qualificadas neste estudo como intersetoriais referiam-se às ações com evidências de vínculos de corresponsabilidade entre os setores saúde e educação. Nesta perspectiva, foram citadas ações como avaliação nutricional, avaliação oftalmológica com o Projeto Olhar Brasil, avaliações clínicas, avaliação psicológica, campanhas preventivas relativas à Tuberculose e Hanseníase, atualização de calendário vacinal, ações de Saúde Bucal, tratamento e prevenção às verminoses, palestras de diversos temas, ações de higiene pessoal em geral.

Para Junqueira (2004), a intersetorialidade deve ser construída de forma pactuada, sendo necessário um esforço de mudança para superar um tipo de atuação marcado por ações isoladas e setorializadas, onde os serviços são ofertados separadamente, para avançar na resolução dos problemas coletivos, a partir das inter-relações entre os diferentes setores. Dessa forma, a ação intersetorial é um processo de aprendizagem e determinação dos sujeitos, que deve resultar em uma gestão integrada, capaz de responder com eficácia a solução de problemas da população de um determinado território.

A caracterização das ações descritas como ações intersetoriais foi baseada nos critérios propostos por Campos e Teixeira (2005), em que *ações intersetoriais referem-se a iniciativas que contam com a interação de dois ou mais órgãos pertencentes a setores sociais ou econômicos diferentes, no interior do Estado, ou com entidades da sociedade civil, que executam ações tipificáveis como características de determinado setor de atuação pública.*

Tal interação pode se dar num contínuo que vai da ação articulada e a coordenação das respectivas estruturas, até o que se denomina gestão transversal, passando por gradações entre esses dois pólos. A mera cessão de bens ou estruturas como espaço físico, ou o simples financiamento, ou qualquer outra participação de órgãos públicos ou ONGs que não seja relacionada ao planejamento, coordenação, avaliação ou execução direta das atividades do projeto não pode, portanto, ser considerada como atividade intersetorial.

Os profissionais da área de saúde têm compreendido a educação em saúde na escola como intervenções pontuais, a respeito de conteúdos afeitos a questões nosológicas do momento. Técnicos de saúde falam, por exemplo, de dengue na escola para crianças e adolescentes porque uma epidemia de dengue assola a sociedade. Trata-se, a nosso ver, de uma intervenção, no mínimo, equivocada, visto que, conforme preconizam os parâmetros curriculares nacionais (PCN), os conteúdos de saúde devem comparecer no currículo da formação de crianças e adolescentes como uma abordagem transversal e interdisciplinar: tais conteúdos constituem objeto da atenção de todos os níveis e séries escolares, integrados a todas as disciplinas como um discurso cotidiano do processo ensino/aprendizagem (BRASIL, 2001).

Dessa forma, as ações em saúde previstas no âmbito do PSE, a serem desenvolvidas em articulação com a Saúde e a Educação, deverão considerar a integralidade dos educandos, o que significa garantir a cada um deles o direito à avaliação clínica, oftalmológica, auditiva, psicossocial, saúde e higiene bucal, avaliação nutricional, promoção da alimentação saudável, bem como o acesso a ações educativas que lhes garantam educação permanente em saúde - aqui incluídas a atividade física e saúde -, através de uma cultura da prevenção no âmbito escolar (BRASIL, 2007).

A prática da intersetorialidade é um processo difícil e complexo; foi possível perceber que todos os profissionais citaram ações em comum, o que nos leva a acreditar que tais profissionais realizam apenas ações essenciais propostas como campanhas para obtenção de metas, não havendo, no entanto, o surgimento de ações potencialmente intersetoriais adequadas às necessidades locais específicas como preconizado pelo PSE.

5.3.2 Equidade entre Saúde e Educação na realização das ações intersetoriais do PSE

Para a maioria dos entrevistados as ações eram realizadas em conjunto pelos setores saúde e educação. Apenas dois entrevistados afirmaram ter iniciativa de apenas um setor na

realização da ação, o que mostra que há comprometimento dos setores, já que o PSE é um programa inovador que requer contínua articulação entre os setores.

Tanto a concepção de saúde quanto a visão do processo ensino-aprendizagem foram modificando-se ao longo do tempo, possibilitando uma nova maneira de se considerar educação e saúde. Neste sentido, os programas de saúde escolar foram sendo organizados, estruturados e desenvolvidos a partir de distintas representações de concepções sobre saúde e sobre educação, repercutindo em práticas de saúde na escola, que assumem diferentes justificativas e permitem a construção de diversos modelos (GOMES, 2012). Portanto, a escola pode promover a saúde sendo “escola” e cuidando da educação de forma crítica, mesmo quando não considera dimensões interpretadas como saúde. E a saúde deve desenvolver alianças e parcerias com outros setores, incluindo a educação, para o desenvolvimento de ações locais mais sustentáveis e ambientes favoráveis às condições de saúde e qualidade de vida da população (SILVA, 2010).

Os profissionais das unidades de saúde e educação devem conhecer-se mutuamente e os profissionais da saúde devem ser conhecidos da escola, dos alunos e seus pais, devem frequentá-la, participando e colaborando com seu projeto. Isso significa que a escola não os está solicitando apenas em situações de urgência, acidente ou risco. A escola tem que encarar a unidade de saúde como sua parceira, cuja ação é muito importante para a concretização de seu projeto pedagógico (SILVEIRA; PEREIRA, 2004, p.127).

O protagonismo e o compromisso do setor saúde na articulação intersetorial é cada vez mais importante, mostrando, nas diversas esferas de decisão, para a pertinência de considerar aspectos ligados ao processo saúde-adoecimento como parte de políticas específicas de todos os setores envolvidos com a melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, 2006).

Um estudo realizado por Ferreira et al. (2012a) que utilizou a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin, associada ao programa computacional ATLAS TI 5.2., com o objetivo de analisar os Diplomas Normativos emitidos sobre o Programa Saúde na Escola a fim de observar a contribuição e a participação dos Setores de Saúde e Educação na construção e implementação do Programa, já que seu sucesso foi baseado na intersetorialidade entre estes, revelou que a participação da Saúde e da Educação no Programa Saúde na Escola não é equânime, apontando para o protagonismo da Saúde em áreas como o financiamento das ações, centralização no processo de adesão e coordenação da Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola.

De acordo com Westphal e Mendes, a ação intersetorial está muito mais no discurso do que na prática em si, pois ao se tratar de colaboração, defende-se a ideia de que os atores

tem igual poder de colaborar, entretanto, na lógica da parceria, há de se considerar os conflitos, pois os atores apresentam condições estruturais diferenciadas, tais como acesso a recursos financeiros, informação ou poder.

As ações intersetoriais vão além do estabelecimento de parcerias: faz-se necessário que haja uma construção compartilhada, troca de saberes e práticas na tentativa de se melhorar a qualidade de vida da população (MORETTI, 2010). Nesta perspectiva, trabalhar a saúde na escola, a partir da proposta do PSE, requer compreender o espaço escolar como local estratégico para a PS e articulação intersetorial e conferir uma outra lógica às ações voltadas para a escola, no sentido de possibilitar a construção de conhecimento compartilhado e a formação de atitudes saudáveis à vida (GOMES, 2012).

Dessa maneira, experiências exitosas baseadas em ação intersetorial entre os setores saúde e educação no espaço escolar estimulam a transformação no relacionamento entre os profissionais da saúde e da escola, visando ao planejamento conjunto das ações, rompendo uma cultura de ações pontuais, sem programação conjunta e sem adaptação ao contexto e ao público-alvo (PALMAS, 2006).

Diante do exposto, foi observado que apesar da dificuldade de comunicação existente, os setores têm liberdade um com o outro e existe uma articulação na realização das ações. Ademais, as falas de determinados sujeitos demonstram que conseguiram adentrar o serviço de saúde e tê-lo como parceiro e vice-versa, frente às demandas vivenciadas no PSE. Contudo, em outros casos, há escolas que não estão articuladas, ou articuladas de forma incipiente, com as UBS da sua área de abrangência, pois não receberam o suporte necessário, possivelmente, devido à carga de trabalho enfrentada pelas UBS.

5.3.3 Envolvimento da família no PSE

Quando indagados sobre o envolvimento da família no PSE, foi observado que os mesmos são envolvidos nas atividades apenas quando é necessário ou apenas quando estão doentes. Dessa maneira, não há de fato uma interação do profissional de saúde com a família e, portanto, não é possível criar vínculos e tão pouco aplicar ferramentas que contribuam no reconhecimento da dinâmica familiar, já que para haver êxito na implementação do programa de saúde na escola, é primordial o compromisso e a participação da família.

A gente leva os familiares das crianças que são doentes para as reuniões lá na escola (ENTREVISTADOR P).

Os pais em casa olhavam seus filhos para observar alguma mancha [...] (ENTREVISTADOR Q).

O pessoal do NASF começou a ir na escola e conversar com as crianças e com os pais (ENTREVISTADOS).

A promoção da saúde no âmbito escolar deve partir de uma visão integral e multidisciplinar do ser humano, que ultrapassa a delimitação física da escola e considera as pessoas em seu contexto familiar, comunitário, social e ambiental. Quando pensamos em escola, temos que nos lembrar de que não apenas os professores são atores importantes para a educação e promoção da saúde, mas os familiares dos alunos e os alunos também o são (BRASIL, 2009).

Diferentes sujeitos estão inseridos no contexto e realidade escolar – professores, alunos, merendeiras, porteiros, famílias, voluntários, entre outros – que produzem diversos modos de refletir e agir sobre si e sobre o mundo com realidades e papéis sociais distintos. Com isso, as ações de saúde desenvolvidas em âmbito escolar, não devem atender somente os alunos, mas também a família a que esse aluno pertence (BRASIL, 2009).

Buss (2000) acredita que o espaço da família é fundamental para a implementação das ações de promoção da saúde no seu estilo de vida. Para o autor, é na família que se constituem muitos dos comportamentos e hábitos de vida favoráveis ou nocivos para a saúde. Padrão alimentar, higiene pessoal, uso de tabaco e álcool, hábito do exercício físico, comportamento sexual, padrão nas relações interpessoais, enfrentamento de situações estressantes, entre outras, são algumas das condutas geralmente construídas no núcleo familiar inicial e levadas para quase toda a vida, reproduzindo-se muitas vezes de forma inalterada em sucessivas gerações. Assim, a família se revela não somente como fator indispensável na estabilidade emocional da criança como também na sua educação.

O estudo de Santos e Oliveira (2004) objetivou mostrar, sob a perspectiva de pais ou responsáveis e professores, a realidade da Promoção e Educação em Saúde em escolas do 1º e 2º ciclos do ensino fundamental da Ceilândia. As conclusões apresentadas foram que o grupo dos pais e responsáveis é composto pela maioria do gênero feminino e que esse grupo se preocupa sim com os cuidados de higiene na escola.

Uma relevante participação dos profissionais de saúde se justifica na dinâmica escolar do ensino básico, estimulando junto à associação de pais a criação de comissões locais de educação e saúde que interajam junto ao núcleo familiar e comunitário na criação de condições favoráveis da qualidade de vida da comunidade adscrita ao entorno escolar (FIGUEREDO; MACHADO; ABREU, 2010).

A escola é considerada por alguns como o espaço de transição entre o mundo da casa e o mundo mais amplo. É dentro deste enfoque que se entende e se justifica um programa de

educação para a saúde, inserido e integrado no cotidiano e na cultura escolar irradiando-se dessa forma para além dos limites da escola (BRASIL, 2009).

A participação dos pais foi percebida apenas quando era necessária. Não havia uma participação direta nas atividades intersetoriais dos alunos como é preconizado pelo PSE. É necessário haver uma sistematização que reforce essa participação em prol da saúde dos educandos.

5.3.4 Necessidade de múltiplas estratégias para consolidação do PSE como política intersetorial

Finalmente, buscou-se tratar das estratégias de atuação, na soma de esforços entre os setores educação e saúde, enquanto parceiros para o cuidado e promoção da saúde do adolescente. Aqui fica, então, revelado, mais uma vez, o potencial trazido com o PSE como um avanço para o trabalho intersetorial.

Quando instruídos a citar estratégias para consolidação do PSE como uma política intersetorial, todos foram dotados de inúmeras sugestões. Em suma, selecionamos algumas:

- Contratação de profissionais exclusivos ao trabalho com o PSE;
- Estabelecimento de mais parcerias;
- Maior número de materiais educativos para veiculação;
- Existência de treinamentos e capacitações para os profissionais envolvidos;
- Existência da referência e contra referência;
- Maior número de ações intersetoriais.

O Brasil instituiu um novo modelo de política em saúde escolar ao instituir o PSE (FERREIRA, 2012). São necessárias estratégias que possibilitem a operacionalização das ações intersetoriais, empregando-se de meios e instrumentos que possam minimizar os obstáculos encontrados e potencializar as variáveis favoráveis.

A implementação e consolidação do PSE como política pública sustentável no contexto brasileiro dependem do enfrentamento de desafios vinculados à gestão intersetorial existente no programa. Um artigo recente elencou os principais desafios da intersectorialidade no PSE: a construção de capacidades seja em nível individual, coletivo e institucional; a ampliação de estratégias de comunicação entre e com as redes de ensino municipais e estaduais e as redes de saúde; a importância da avaliação e monitoramento das ações intersetoriais; valorização, mobilização e criação de oportunidades no território de

responsabilidade que favoreçam a participação efetiva dos atores envolvidos; fortalecimento da inserção do programa nos municípios, nos territórios de ação, na rotina das equipes de Saúde da Família, nas escolas e nas metas do governo e por fim o desafio de superar as práticas biomédicas de atenção aos estudantes, consolidando uma proposta promotora da saúde que possibilite o desenvolvimento humano, bem como a garantia do direito à saúde e à educação integral (FERREIRA et al., 2012b).

Por fim, todas essas propostas são insuficientes para implementar intervenções políticas de promoção da saúde, sem que haja um concomitante processo de ativação do sujeito nas ações intersetoriais. O sujeito social – gestor, técnico, profissional ou usuário – mobilizado para decisões intersetoriais de promoção da saúde, deve estar aberto à revisão de posturas hierárquicas e centralizadoras, relativizando os interesses pessoais e a suposta segurança institucional relacionada a alguns formatos de cargos públicos. Uma incorporação sadia do sujeito nos processos decisórios se traduz em reflexões críticas sobre as próprias práticas, em posturas solidárias, comprometidas e generosas que visem ao bem estar comum, além de disponibilidade para o diálogo e para a mudança (AZEVEDO; PELICIONE; WESTPHAL, 2012).

Em referência às estratégias importantes para sustentabilidade do PSE como política intersetorial, a maioria das respostas estão relacionadas ao fortalecimento da inserção do PSE nos territórios, nas rotinas e demandas das ESFs e escolas, na participação efetiva de todos os atores envolvidos, na criação de parcerias efetivas e na manutenção de ações intersetoriais contínuas. O que os profissionais ensinam com suas entrevistas é que realmente sejam ouvidos para o aprimoramento das atividades intersetoriais e a consolidação do programa.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De início, entendida como uma prática que se situava na intercessão da polícia médica, do higienismo e da puericultura, a atenção à saúde escolar evoluiu em fina sintonia com o conceito de promoção da saúde. A atuação da promoção de saúde escolar - na perspectiva da supervisão à saúde -, supera os limites do grupo infanto-juvenil, ocupando-se também da família, do espaço físico escolar e dos profissionais que fazem a educação, numa perspectiva de assistir e também capacitar os indivíduos para um modelo de vida cada vez mais saudável.

No tocante à realidade brasileira, especificamente no que diz respeito à educação em saúde na escola, entendemos ser necessário ao profissional de saúde sensível à questão de planejar/implementar/avaliar tais ações junto com os educadores, ter um olhar crítico da estrutura e funcionamento do ensino básico. Nessa perspectiva, se inserem as recomendações dos Parâmetros Curriculares Nacionais, ao prescreverem os temas afeitos à saúde como transversais e interdisciplinares, portanto como um discurso do cotidiano escolar, a ser feito pelos educadores, sob múltiplos olhares.

A implantação do PSE permitiu aos profissionais de saúde a percepção do seu papel social de educador e possibilitou aos adolescentes maior contato com a equipe da ESF. Consideramos que a aproximação entre escola e unidade de saúde contribuiu para ajudar os adolescentes a transformarem a informação científica em comportamentos saudáveis. Compreendemos a partir da experiência vivenciada que diversificar os locais de atendimento à saúde, bem como colocar em prática estratégias educativas que vão além das meras palestras tradicionais, ampliam as possibilidades de melhoria da assistência prestada pela equipe da ESF, além de dar maior visibilidade às atividades desenvolvidas na atenção primária.

A partir das entrevistas pode-se perceber que há uma tentativa de intersetorialidade entre a saúde e educação, o que não perpassa para outros setores. No entanto essa tentativa é repleta de entraves alheios às possibilidades dos setores. Sendo assim, a intersetorialidade foi considerada como uma possibilidade de ação governamental para superar a fragmentação dos serviços, influenciando no planejamento, na execução e na avaliação de resultados alcançados. Identificada como um processo difícil e não espontâneo, exige habilidades para lidar com conflitos, contradições e divergências.

Percebe-se neste estudo que a sustentabilidade na realização de práticas intersetoriais é ainda um desafio a ser conquistado, mas que é uma prática possível, principalmente quando amparada e estimulada por uma boa gestão local. O conceito e a prática da intersetorialidade precisam ser inseridos na rotina de gestores e profissionais de saúde e educação para que

ações de promoção de saúde não se tornem a repetição de modelos conhecidos e reconhecidamente pouco impactantes na melhoria de condições de saúde da população. A responsabilidade sobre essa nova forma de olhar e cuidar não deve ser atribuída exclusivamente a esses atores, mas em políticas voltadas a facilitar a articulação dos setores governamentais e não governamentais, controle e responsabilização social, estimulando a educação continuada de profissionais de saúde e educação no protagonismo dessas ações. O impacto em saúde das ações intersetoriais desenvolvidas pelas equipes não foi o foco deste estudo, mas a avaliação qualitativa mostrou um rompimento de ações unicamente centradas na atenção às doenças. As respostas e discursos dos profissionais demonstraram que é possível, quando há conhecimento e boa vontade, mudar e melhorar as realidades locais.

Uma diferença substancial desta pesquisa foi o fato dos profissionais serem representados por profissionais de nível superior (Professores) e profissionais de nível médio (Agentes Comunitários de Saúde), que foram escolhidos por atuarem diretamente no PSE.

Dentre as dificuldades encontradas neste estudo, destacamos a escassez de estudos recentes e semelhantes sobre o PSE para nível de comparação de hipóteses conclusivas - já que se trata de um estudo qualitativo-, ou seja, observar se as conclusões de um determinado contexto podem ser transferidas a outros.

O Programa Saúde na Escola, apesar de apresentar algumas dificuldades estruturais e gerenciais no âmbito dos escolares da rede municipal de ensino de Olinda, evidencia-se como ferramenta capaz de propiciar melhorias na qualidade de vida dos alunos que compõem as escolas, pois desenvolvem ações benéficas e eficazes relacionadas à saúde e educação.

O dilema passa a ser de se operar uma política necessariamente intersetorial explicitada num ambiente com atores que possuem agendas setoriais previamente montadas, com poucos profissionais disponíveis para a correta execução das políticas, o que leva a dificuldade de conciliar os tempos institucionais dos vários setores e o comprometimento e envolvimento setorial, impedindo a sustentabilidade das ações. Mudanças estão sendo implementadas, mas o que pode ser observado é a escassez de capacitação e educação permanente (como preconizado pelo programa), além da inexistência de protocolos que norteiem o desenvolvimento de ações intersetoriais.

Nosso estudo se propôs a fazer uma análise dos conhecimentos e práticas da intersetorialidade no PSE após alguns anos de sua implantação, e o que pode ser observado é que a intersetorialidade já é uma prática conhecida entre a saúde e educação além de ser conhecida como um pilar do PSE, porém ainda não é um tanto estimulada mediante entraves do cotidiano dos profissionais, já citados anteriormente. Há uma tentativa de consolidação de

práticas intersetoriais que são na maioria das vezes substituídas por ações pontuais. De posse desses dados apresentados, podemos pensar em intervenções mais concretas para o fortalecimento da intersetorialidade e das ações intersetoriais no PSE.

REFERÊNCIAS

AHLERT, M. Proposta da serie. In: MENDONÇA, R. H. et al. Vulnerabilidade social e Educação. **TV Escola/Salto para o futuro**. Rio de Janeiro, ano 20, boletim 19, nov. 2010. Disponível em: < <http://www.tvbrasil.org.br/fotos/salto/series/11200019-Vulnerabilidade.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2012.

AKERMAN, M.; MENDES, R.; BÓGUS, C. M.; WESTPHAL, M. F.; BICHIR, A.; PEDROSO, M. L. Avaliação em promoção da saúde: foco no município saudável. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 5, p. 638-646, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n5/13156.pdf>>. Acesso em: 05 jun. 2012.

ALTMANN, H. Orientação sexual nos Parâmetros Curriculares Nacionais. **Rev. Est. Fem.**, v. 9, n. 2, p. 575-85, 2001. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ref/v9n2/8641.pdf>>. Acesso em: 06 jun. 2012.

ANDRADE, L. O. M. **A saúde e o dilema da intersectorialidade**. São Paulo: Hucitec, 2006. Disponível em: < <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000376076&fd=y>>. Acesso em: 08 jul. 2012.

AZEVEDO, E. ; PELICIONE, M. C. F.; WESTPHAL, M. F. Práticas intersectoriais nas políticas públicas de promoção de saúde. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.22, n.4, p.1333-1356, 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n4/a05v22n4.pdf>>. Acesso em: 19 jul. 2012.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 4. ed. Lisboa: Edições 70. 2009. 281 p.

BARRETO, M. A.; VIEIRA, L. J. E. S. CATRIB, A. M. F. O professor e as ações pedagógicas: relações e construções na parceria com os alunos. **Gestão em Ação**, Salvador, v. 5, n. 2, p. 25-37, jul./dez. 2002.

BARRETTO, R. F. **Saúde na escola: análise dos conhecimentos e práticas sobre saúde escolar dos professores da rede municipal de Fortaleza**. 2008. 163f. Dissertação (Mestrado em saúde Pública) - Universidade de Fortaleza, 2008. Disponível em:< <http://uol02.unifor.br/oul/conteudosite/F1066344437/Dissertacao.pdf>>. Acesso em: 25 fev. 2014.

BARROS, L. O.; MATARUNA, L. A saúde na escola e os parâmetros curriculares nacionais: analisando a transversalidade em uma escola fluminense. **Revista Digital**, Rio de Janeiro, v. 10, n.82, mar. 2005. Disponível em: www.efdesportes.com. Acesso em: 26 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Educação. **Lei de diretrizes e bases da educação nacional**. Lei n. 5.692, de 11 de agosto de 1971.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Organização do texto: Juarez de Oliveira. 4.ed. São Paulo: Saraiva, 1990. 168p. (Série Legislação Brasileira).

_____. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros curriculares nacionais**: apresentação dos temas transversais. Brasília: MEC/SEF, 1997. 146p.

_____. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros curriculares nacionais**: terceiro e quarto ciclos: apresentação dos temas transversais. Brasília: MEC/SEF; 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Promoção da Saúde**. Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Bogotá. Brasília, Ministério da Saúde. 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. 56p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. A promoção da saúde no contexto escolar. Informes Técnicos Institucionais. **Rev. Saúde Pública**. v. 36, n. 2, p.533-5, 2002b.

_____. Ministério da Educação. Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação. **Programa Nacional de Saúde do Escolar**. 2005. Disponível em: http://www.fnde.gov.br/home/index.jsp?arquivo=saude_escolar.html. Acesso em: 25 mar. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Presidência da República. Decreto n. 6.286 de 5 de dezembro de 2007 que instituí o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, p.2, 5 dez. 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. p. 68. (Série B. Textos Básicos em Saúde).

_____. **Portaria nº 1.861 de 4 de setembro de 2008**. Estabelece recursos financeiros pela adesão ao PSE para Municípios com equipes de Saúde da Família, priorizados a partir do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB), que aderirem ao Programa Saúde na Escola (PSE).

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas**. Brasília, DF: CONASS, 2009a. 100 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na Escola**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009b. 96 p.

_____. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade. **Programa Mais Educação: gestão intersetorial no território**. Brasília, 2009c. (Série Mais Educação)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados / Conselho Nacional e Secretários de Saúde– Brasília: CONASS, 2011a. 436 p.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Plano Nacional de Saúde 2012-2015**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012, 112p.

_____. Presidência da República. Portaria Interministerial n. 1413 de 10 de julho de 2013, que 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, 2013a. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, p.263, 11 jul. 2013.

_____. **Passo a passo PSE: Programa Saúde na Escola**, manual para adesão. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Educação. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b, 25 p.

BODSTEIN, R. C A. O debate sobre avaliação das práticas e estratégias em promoção da saúde. **Boletim Téc. Senac**, Rio de Janeiro, v. 35, n.2, p. 6-15. maio/ago. 2009. Disponível em: <http://www.senac.br/BTS/352/artigo-01.pdf>>. Acesso em: 9 abr. 2012.

_____. **Complexidade da discussão sobre efetividade e evidência das práticas de Promoção da Saúde**. In: IV Congresso Bras. Ciências Sociais e Humanas em Saúde – Equidade, Ética e Direito à Saúde: desafios à Saúde Coletiva na mundialização. Salvador, 2007.

BORBA, M. F. O. et al. Programa Saúde na Escola: uma análise sob a ótica de adolescentes e profissionais em Araripe-CE. In: I Simpósio de Saúde da criança do Cariri, 2012, Ceara. **Anais Eletrônicos...** Ceara: Universidade Federal do Cariri, 2012. Disponível em: <<http://urca.br/sscc/anais.php>>. Acesso em: 20 fev. 2013.

BUSS, P. M; CARVALHO, A. I. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 6, 2009.

BUSS, P. M. Promoção de saúde e qualidade de vida. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7087.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2012.

BUSS, P. M., 2003. “Uma introdução ao conceito de promoção da saúde” In: Czeresnia, D. & Freitas C. M. (orgs) **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz.

BUSS, P. M.; FERREIRA, J. R. Atenção Primária e Promoção da Saúde. In: Promoção da Saúde. **Revista do Ministério da Saúde**. Brasília, 2001.

CKAGNAZARAFF, I. B.; MELLO, J. S. C. M. Implementação de programa intersetorial de políticas públicas – o caso BH Cidadania. In: SEMINÁRIO EM ADMINISTRAÇÃO FEA-USP, 8, 2005, São Paulo. **Anais...** São Paulo: USP, 2005. Disponível em: <<http://www.ead.fea.usp.br/Semead/8semead/resultado/trabalhosPDF/328.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2013.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Rev Ciência e Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 569-584, 2003.

CAMPOS, G. W.; BARROS, R. B.; CASTRO, A. M. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. **Rev Cien Saude Colet**, v. 9, n. 3, p. 745-749, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n3/a20v09n3.pdf>>. Acesso em: 11 abr. 2012.

CAMPOS, F. C.; TEXEIRA, P. F. **Promoção de saúde na atenção básica no Brasil**. 2005. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/geral/promocao_saude_ab.pdf. Acesso em: 17 mar. 2014.

CARTA DE BANGKOK. Organização Mundial de Saúde, 2005. **Documento da Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde**, 6ª. Bangkok (Tailândia), ago. 2005. Disponível em: <<http://www.cepis.ops-oms.org/bvsdeps/fulltext/cartabangkokpor.pdf>>. Acesso em: 16 jul. 2013.

CARVALHO, M. F. et al. Intersetorialidade: diálogo da Política Nacional da Promoção da Saúde com a visão dos trabalhadores da Atenção Básica em Goiânia. **Tempus Acta de Saúde Coletiva**, Brasília: NESP, v.1, n. 1, p. 44-55, 2009.

CARVALHO, A. I.; BODSTEIN, R.; HARTZ, Z.; MATIDA, A. H. Concepções e abordagens na avaliação em promoção da saúde. **Rev Cien Saude Colet**, v. 9, n. 3, p. 521-530, 2004. Disponível em: <http://www.enap.gov.br/downloads/ec43ea4fBalanco_Social.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2012.

CARVALHO, C. P.; LACERDA, P. M. Vulnerabilidade, intersetorialidade e educação. In: MENDONÇA, R. H. et al. **Vulnerabilidade social e Educação**. TV Escola/ Salto para o futuro. Rio de Janeiro, ano XX, boletim 19, novembro 2010. Disponível em: <<http://www.tvbrasil.org.br/fotos/salto/series/11200019-Vulnerabilidade.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2012.

CERQUEIRA, M. T. A construção da rede Latino Americana de escolas promotoras de saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. **Escolas promotoras de saúde: experiências no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

COELHO, A. V. A. G. **Construção da Intersetorialidade no Programa Bolsa Família em Manguinhos, no Rio de Janeiro**. 2009. 138 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)- Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.

DECLARAÇÃO DO MÉXICO. 2000. In: BRASIL. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, p. 29-32, 2002.

DESLAURIERS, J. P. E KÉRISIT, M. O Delineamento de Pesquisa Qualitativa. In: POUPART, J et al. **A Pesquisa Qualitativa: Enfoques epistemológicos e metodológicos.** Petrópolis: Vozes, 2008.

DUARTE, Rosália. Pesquisa Qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. **Cadernos de Pesquisa**, n. 115, p. 139-154, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cp/n115/a05n115.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2013.

FERNANDES, J. H. P. Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação. **Resolução/CD/FNDE nº 34, de 6 de setembro de 2013.** Disponível em: <<http://www.fnde.gov.br/fnde/legislacao/resolucoes/item/4877-resolu%C3%A7%C3%A3o-cd-fnde-n%C2%BA-34,-de-6-de-setembro-de-2013>>. Acesso em: 30 mar. 2014.

FERREIRA, I. R. C. **Avaliação da Intersetorialidade no Programa Saúde na Escola.** 2012. 238 f. Tese (Doutorado em Odontologia)-Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2012.

FERREIRA, I. R. C. et al. Diplomas Normativos do Programa Saúde na Escola: análise de conteúdo associada à ferramenta ATLAS TI. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.12, Dez. 2012a. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v17n12/23.pdf> >. Acesso em: 05 jan. 2013.

_____. O encontro da saúde com a educação: os desafios da intersetorialidade no Programa Saúde na Escola. **Revista Brasileira Saúde da Família**, Brasília, v. 12, n. 31, jan/abr. 2012b. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/rbsf_e_encarte_ed.31_final.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2013.

FERREIRA, J. R.; BUSS, P. M. Atenção Primária e Promoção da Saúde. In: BRASIL. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, p. 18-27, 2002.

FERREIRA, V. S. C., SILVA, L. M. V. Intersetorialidade em saúde: um estudo de caso. In: HARTZ, Z. M. A., SILVA, L. M. V. **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde.** 2005; Salvador/Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p.103-150, 2005.

FERRAZ, S. T. Promoção da saúde: viagem entre dois paradigmas. **Rev. Adm. Pública**, v. 32, n. 2, p. 49-60, 1998.

FEUERWERKER, L; HELONIZA, C. Intersetorialidade na rede UNIDA. **Divulg. Saúde debate**, v. 22, p. 25-35, dez. 2000.

FIGUEREDO, T. A. M.; MACHADO, V. L. T.; ABREU, M. M. S. A saúde na escola: um breve resgate histórico. **Rev Ciência Saúde Coletiva**, v.15, n.2, p. 397-402, 2010.

FLICK, U. **Uma introdução à Pesquisa Qualitativa**. Tradução de Sandra Netz. 2.ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.

FRANCO, M. L. P. B. **Ensino médio: desafios e reflexões**. Ed. Papyrus (coleção magistério formação e trabalho pedagógico). Campinas, SP. 1994.

FONTINELE JUNIOR, K. **Programa Saúde da Família (PSF) comentado**. Ab: Goiânia, 2003. 214 p.

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

_____. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GLEDDIE, D. A journey into school health promotion: district implementation of the health promoting schools approach. **Health Promotion International**, 08 set. 2011.

GOMES, L. C. **O desafio da intersectorialidade**: a experiência do Programa Saúde na Escola (PSE) em Manguinhos, no Município do Rio de Janeiro. 2012. 173 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)-Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

GOMES, C. M.; HORTA, N. C. Promoção de saúde do adolescente em âmbito escolar. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, Juiz de Fora, v. 13, n. 4, p. 486-499, out./dez. 2010.

GONÇALVES, A. M. et al. Promoção da saúde no cotidiano das Equipes de Saúde da Família: uma prática intersectorial? **R. Enferm. Cent. O. Min.** v. 1, n.1, p. 94-102, jan./mar. 2011. Disponível em: < <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/viewArticle/35>>. Acesso em: 10 maio 2012.

GOULART, R. M. M. Promoção de saúde e o programa escolas promotoras da saúde. **Caderno de Pesquisa em Ciências da Saúde**. v. 1, n.1, p. 05-13, 2006.

GUARÁ, I. M. F. R. É imprescindível educar integralmente. **Cadernos CENPEC**, n. 2, p. 15-24, 2006. Disponível em:
<http://www.fundacaoitausocial.org.br/arquivosstaticos/FIS/pdf/imprescindivel_educa_integralmente.pdf>. Acesso em: 26 abr. 2012.

HEIDMANN, I. T. S. et al. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Rev Enferm**, Florianópolis, v. 15, n. 2, 2006. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072006000200021&script=sci_arttext>. Acesso em: 04 jan. 2013.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **Censos Demográficos**. Sinopse do Censo Demográfico 2010. Disponível em:
<<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 02 abr. 2012.

INOJOSA, R. M. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersetorialidade. In: **Cadernos Fundap**, n.22, p.102-110, 2001.

JUNQUEIRA, L. P. A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. **Saúde e Sociedade**, v.13, n.1, p. 25-36, 2004.

LAGE, M. C. Utilização do software NVivo em pesquisa qualitativa: uma experiência em EaD. **ETD – Educ. Tem. Dig.**, Campinas, v.12, p.198-226, mar. 2011.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia do trabalho científico**. São Paulo: Atlas, 2001.

LIMA, E. C.; VILASBÔAS, A. L. Q. Implantação das ações intersetoriais de mobilização social para o controle da dengue na Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 8, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2011000800006&script=sci_arttext>. Acesso em: 17 jun. 2012.

MAGALHÃES, R.; BODSTEIN, R. Avaliação de iniciativas e programas intersetoriais em saúde: desafios e aprendizados. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, maio/jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000300021&script=sci_arttext>. Acesso em: 21 maio 2012.

MANO, M. A. A educação em saúde e o PSF – Resgate histórico, esperança eterna. **Boletim da Saúde**. v. 18, n. 1, jan/jun.2004.

MENDES, R. **Cidades saudáveis no Brasil e os processos participativos: os casos de Jundiá e Maceió**. 2000. 229p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

MENDES, R.; BÓGUS, C. M.; AKERMAN, M. Agendas urbanas intersetoriais em quatro cidades de São Paulo. **Saúde e Sociedade**, v.13, n.1, p.47-55, 2004.

MENDES, R.; AKERMAN, M. Intersetorialidade: reflexões e práticas. In: FERNANDEZ, J. C. A. **Promoção da Saúde e Gestão local**. CEPEDOC, 2007. Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/promocao-da-saude-e-gestao-local.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2012.

MENDES, R.; FERNANDEZ, J. C. A. Práticas intersetoriais para a qualidade de vida na cidade. In: GARIBE, R. N. (org.) **Gestão local nos territórios da cidade: Ciclo de atividades com as subprefeituras**. São Paulo: Mídia Alternativa, p.117-123, 2004.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (org). **Avaliação por triangulação de métodos: Abordagem de Programas Sociais**. 2º Reimpressão. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

MIRANDA, M. I. F. de; IOSSI, M. A.; FERRIANI, M. das G. C.; CANO, M. A. T. Em busca da definição de pautas atuais para o delineamento de estudos sobre a saúde da criança e do adolescente em idade escolar. **Rev. latinoam. enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 83-90, dezembro 2000.

MORAIS, P. **120 multiplicadores do Programa Saúde na Escola recebem certificados**. Prefeitura de Olinda, 2009. Disponível em: <http://www.olinda.pe.gov.br/saude/120-multiplicadores-dos-nucleos-de-monitoramento-do-pse-recebem-certificados>. Acesso em: 10 mai. 2012.

MORETTI, A. C. et al. Intersetorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba (PR). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15. Supl. 1, p. 1827-1834, 2010.

OPAS (Organização Panamericana de Saúde). **Carta de Ottawa**. Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde. Ottawa, novembro de 1986. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>>. Acesso em: 07 jun. 2012.

PALMAS (TO): Estado promotor da saúde. Escolas Promotoras de Saúde e Estratégia Saúde da Família. Ação Intersetorial exitosa. **Revista Brasileira Saúde da Família**. Brasília, n. 11, p. 7-13, jul./set. 2006.

PEDROSA, J. I. S. Perspectivas na avaliação em promoção da saúde: uma abordagem institucional. **Rev Ciência Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 617-626, 2004.

PELICIONE, M. C F.; PELICIONE, A. F. Educação e promoção da saúde: uma retrospectiva histórica. **O mundo da saúde**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 320-328, 2007. Disponível em: <http://www.scamilo.edu.br/pdf/mundo_saude/55/02_restrospectiva_historica.pdf>. Acesso em: 09 fev. 2013.

RANGEL, M. L. Dengue: educação, comunicação e mobilização na perspectiva do controle - propostas inovadoras. **Interface Comun Saúde Educ**, v. 12, p. 433-41, 2008.

SAÚDE. **Lula_lança_Programa Saúde na Escola no Recife**. Prefeitura Municipal de Recife, 2008. Disponível em: <http://www.recife.pe.gov.br/2008/09/04/lula_lanca_programa_saude_na_escola_no_recife_163749.php>. Acesso em: 04 abr. 2012.

SANTOS, I. S.; OLIVEIRA, V. C. F. de. **Promoção de saúde na educação, como essa proposta está sendo trabalhada por professores, pais e responsáveis nas escolas de 1º e 2º ciclos do ensino fundamental** –uma amostra de escolas em Ceilândia. Monografia (Especialização em Odontologia em Saúde Coletiva) - Associação Brasileira de Odontologia, Brasília: 2004.

SANTIAGO, L. et al. Implantação do Programa Saúde na escola em Fortaleza-CE: atuação de equipe da Estratégia Saúde da Família. **Rev. bras. Enferm**, Brasília, v.65, n.6, nov/dez. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000600020. Acesso em: 23 jan. 2014.

SICOLI, J. L.; NASCIMENTO, P. R. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface** – Comunicação, Saúde, Educação, v. 7, n. 12, p. 91-112, 2003.

SILVA, C. S. O que a escola pode fazer para promover a saúde de crianças, adolescentes e jovens? **Salto para o futuro: saúde e educação**. Ano. 18, boletim. 12. Brasília: Ministério da Educação, 2008.

SILVA, C. S. **Promoção da saúde na escola: modelos teóricos e desafios da intersetorialidade no município do Rio de Janeiro**. 2010. 199p. Tese (Doutorado em Saúde Pública)-Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2010.

SILVA, K. L. **Promoção da Saúde em espaços sociais da vida cotidiana**. 2009. 182 f. Tese (Doutorado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem da UFMG, Belo Horizonte, 2009.

SILVA, P. L. B.; COSTA, N. R. **A avaliação de programas públicos:** reflexões sobre a experiência brasileira. Relatório Técnico. Brasília: IPEA, 2002;

SILVA, K. L.; RODRIGUES, A. T. Ações intersetoriais para promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: experiências, desafios e possibilidades. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 5, p. 762-769, set./out. 2010.

SOUZA, A.C. **Programas de Escola Promotora de Saúde:** Estudo com Profissionais. 2008. 130 f. Dissertação (Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia)-Faculdade de Psicologia e Fonoaudiologia, Universidade Metodista de São Paulo, São Paulo, 2008.

SOUZA, R. S.; CAMPOS, H. L. O processo de implantação e execução do Prometrópole em Recife e Olinda (PE). **Revista de Geografia**, Recife, v. 27, n. 3, p. 97-113, 2010. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistageografia/index.php/revista/article/view/412/279>>. Acesso em: 30 mar. 2014.

TABOSA, H. R. et al. A gestão da informação no programa saúde na escola em fortaleza-ce: impasses e alternativas. **RACIn**, João Pessoa, v. 1, n. 1, p. 30-49, jan./jun. 2013.

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**. FGV. Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 63-80, 2000.

TRIVINOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 2008.

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

VALADÃO, M. M. **Saúde na Escola:** um campo em busca de espaço na agenda intersetorial. 2004. 154 f. Tese (Doutorado em saúde Pública)-Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-12022007-152151/pt-br.php>>. Acesso em: 13 ago. 2012.

VERDI, M.; CAPONI, S. Reflexões sobre promoção da saúde numa perspectiva bioética. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 82-8, jan./mar. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n1/a11v14n1.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2012.

YIN, R. K. **Estudo de Caso: planejamento e métodos**. 3ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

WESTPHAL, M. F. Promoção de Saúde e Prevenção de doenças. In: CAMPOS, G. W. D. S.; AL, E. (Ed). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo; Rio de Janeiro; HUCITEC/FIOCRUZ, p. 635-667, 2006.

WESTPHAL, M. F. Promoção da Saúde e a qualidade de vida. 2007. In: FERNANDEZ, J. C. A; MENDES, R. **Promoção da Saúde e Gestão Local**. Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/promocao-da-saude-e-gestao-local.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2012.

WESTPHAL, M. F., MENDES, R. Cidade saudável: uma experiência de interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Revista de Administração Pública**. v. 34, n.6, p. 47-61, 2000.

WHO (World Health Organization). **Nairobi Call to Action. 2009**. Disponível em: <<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/documents/en/index.html>>. Acesso em: 15 jul. 2013.

WIMMER, G. F.; FIGUEIREDO, G. O. Ação coletiva para qualidade de vida: autonomia, transdisciplinaridade e intersetorialidade. **Ciêñ Saúde Coletiva**; v. 11, n.1, p. 145-54, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672010000500011&script=sci_arttext>. Acesso em: 29 abr. 2012.

APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de Dados

ROTEIRO DE ENTREVISTA

PERFIL DOS ENTREVISTADOS

Nº: _____

Nome: _____

Sexo: _____

Idade: _____

Formação: _____

Cargo: _____

Quanto tempo atua no PSE: _____

GUIA DE ENTREVISTAS

- Conceito de Promoção da Saúde
- Importância do PSE
- Experiência profissional no PSE
- Envolvimento dos estudantes e familiares no PSE
- Conceito de Intersetorialidade
- Práticas da Intersetorialidade
- Presença de apoio técnico e político para as ações intersetoriais
- Setor Saúde e Setor Educação nas praticas intersetoriais
- Fatores dificultadores e facilitadores da intersetorialidade no PSE
- Benefícios da Intersetorialidade
- Ações intersetoriais realizadas no seu PSE

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**ANÁLISE DA INTERSETORIALIDADE NO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA NO
MUNICÍPIO DE OLINDA-PE: perspectivas da saúde e da educação**

Autora: Isabelle Carolline Veríssimo de Farias

Endereço para contato: Rua da Hora, 593. Edifício Esperanza Cristina, apto. 12. Bairro: Espinheiro. CEP: 52020-010.

E-mail: belleverissimo@hotmail.com

Telefone: (81) 9861-6626

CEP/CCS/UFPE: Av. da Engenharia, s/n. Cidade Universitária. Recife – PE,

CEP: 50740-600. Recife – PE.

Telefone: (81): 21268588

Convido o (a) senhor (a) a participar deste estudo que tem como objetivo de analisar o processo de implantação da intersectorialidade no Programa Saúde na Escola no município de Olinda-PE. Esse estudo está vinculado ao projeto intitulado “Intersectorialidade no Programa Saúde na Escola: um olhar avaliativo”. As informações obtidas servirão para elaboração da dissertação de mestrado da pesquisadora e serão coletados por meio de uma entrevista.

Vale salientar que sua participação é voluntária e lhe será garantido e respeitado o direito de interromper a sua participação na pesquisa a qualquer momento. Sua participação no estudo não acarretará despesas para o senhor (a), assim como também não receberá pagamento.

As informações obtidas ficarão em segredo, sendo respeitada a sua privacidade no momento da entrevista. As informações serão armazenadas na residência da pesquisadora em armário particular, sob a responsabilidade da mesma por no mínimo cinco anos, podendo os resultados obtidos ser usados apenas para alcançar os objetivos deste trabalho, incluindo publicações em revistas científicas.

O estudo poderá trazer risco como o possível constrangimento para o senhor (a) durante a entrevista. Como benefício, os resultados obtidos nesta pesquisa serão apresentados e extrapolados no município e no estado de Pernambuco para servir como subsídio para implementação de ações intersectoriais qualificadas e coerentes no sentido de melhorar a qualidade de vida dos educandos.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – email: cepccs@ufpe.br).

Consentimento

Eu, _____, RG: _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo _____, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data _____

Nome e Assinatura do participante ou do responsável legal:

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar.

Testemunha 01: _____

Assinatura: _____

Testemuha 02: _____

Assinatura: _____

Assinatura do (a) pesquisador (a) responsável

ANEXO – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA INTERSETORIALIDADE NO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA NO MUNICÍPIO DE OLINDA-PE: perspectivas da saúde e da educação

Pesquisador: ISABELLE CAROLINE VERÍSSIMO DE FARIAS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 17249213.4.0000.5208

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 368.721

Data da Relatoria: 25/06/2013

Apresentação do Projeto:

Indicaco na relatoria inicial.

Objetivo da Pesquisa:

Indicaco na relatoria inicial.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Indicaco na relatoria inicial.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Indicaco na relatoria inicial.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Indicaco na relatoria inicial.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

