



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

LINDELVANIA MATIAS DE SANTIAGO

**PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA:
ANÁLISE DA INTER-RELAÇÃO SAÚDE E EDUCAÇÃO**

FORTALEZA – CEARÁ

2013

LINDELVANIA MATIAS DE SANTIAGO

PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA:
ANÁLISE DA INTER-RELAÇÃO SAÚDE E EDUCAÇÃO

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Nutrição e Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Nutrição e Saúde.

Área de Concentração: Nutrição Humana e Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Daniela Vasconcelos de Azevedo.

FORTALEZA – CEARÁ
2013

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Estadual do Ceará
Biblioteca Central Prof. Antônio Martins Filho
Bibliotecário Responsável – Francisco Welton Silva Rios – CRB-3 / 919

S192p Santiago, Lindelvania Matias de
Programa saúde na escola: análise da inter-relação saúde e educação / Lindelvania Matias de Santiago. — 2013.
CD-ROM : 103 f. ; 4 ¾ pol.

“CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm)”.

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Curso de Mestrado Acadêmico em Nutrição e Saúde, Fortaleza, 2013.

Área de concentração: Nutrição humana e saúde.
Orientação: Prof^a. Dr^a. Daniela Vasconcelos de Azevedo.

1. Saúde. 2. Educação. 3. Promoção da saúde. 4. Programas governamentais. I. Título.

CDD: 613.2

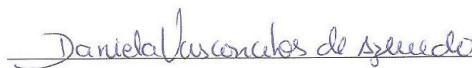
LINDELVÂNIA MATIAS DE SANTIAGO

“PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: Análise da inter-relação saúde e educação”.

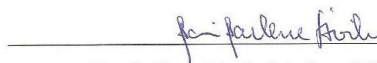
Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Nutrição e Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, requisito para obtenção do Título de Mestre.

Aprovada em: 28/02/2013.

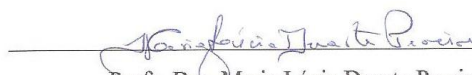
BANCA EXAMINADORA



Profª. Dra. Daniela Vasconcelos de Azevedo (Orientadora)
Universidade Estadual do Ceará – UECE



Profª. Dra. Maria Marlene Marques Ávila
Universidade Estadual do Ceará - UECE



Profª. Dra. Maria Lúcia Duarte Pereira
Universidade Estadual do Ceara- UECE

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me amparado em todos os momentos da minha vida, me ajudando, orientando e incentivando a seguir. A ele meus eternos agradecimentos.

Ao meu esposo Júnior, que tanto contribuiu com a minha formação, em todas as fases de construção desse trabalho, pela disponibilidade, fazendo-se presente em todos os momentos, vibrando pelo meu sucesso. Sem você eu não teria conseguido e com certeza sem o seu amor, dedicação e cumplicidade eu não teria chegado até aqui. Obrigada por tudo, amo você.

Ao meu filho Vitor Emanuel, pelo carinho e vastos momentos roubados ao convívio e ao lazer.

Ao meu filho Guilherme, que mesmo dentro do meu ventre, já se sacrificou comigo com noites acordadas.

Aos meus pais, aos meus irmãos e irmãs, que tantas vezes cooperaram no cuidado do meu lar e me apoiaram para seguir em frente.

Aos meus sobrinhos que de forma singela e simples contribuíram com a minha formação. Adoro vocês.

À minha orientadora, professora doutora Daniela Vasconcelos de Azevedo, pela paciência, atenção e dedicação oferecidas durante a construção deste trabalho. Muito obrigada, pelo amparo em todos os momentos.

À Secretaria municipal de Saúde e de Educação de Fortaleza, e a todos os profissionais que colaboraram para a concretização deste trabalho.

Aos colegas de trabalho pelo apoio e compreensão de minha ausência dentro do serviço.

Ao Grupo de Pesquisas Epidemiologia, Cuidado em Crônicas e Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará.

E a todos que direta ou indiretamente colaboraram com este árduo trabalho, o meu sincero obrigado.

Educação não transforma o mundo.
Educação muda pessoas.
Pessoas transformam o mundo.

Paulo Freire

RESUMO

O Programa Saúde na Escola (PSE) busca promover a aproximação entre a Estratégia Saúde da Família (ESF) e a escola devido a importância da integração de ambos os setores para atuar com jovens escolares durante o período no qual estão em processo de formação e de aprendizado, bem como mais expostos a agravos de saúde. O presente estudo objetivou compreender como o PSE foi estruturado enquanto programa voltado para a promoção da saúde dos escolares, para a participação social e identificar ações intersetoriais entre saúde e educação. Trata-se de um estudo qualitativo realizado em escolas e unidades básicas de saúde da família da Secretaria Executiva da Regional IV, no município de Fortaleza. A pesquisa foi desenvolvida no período de setembro de 2011 a setembro de 2012, e contou com a participação de 10 profissionais de saúde, 10 educadores, 05 gestores diretamente ligados ao programa e 16 alunos beneficiados com o programa. A coleta de dados aconteceu mediante pesquisa de documentos oficiais de implantação do programa, de entrevistas semi-estruturadas e realização de grupos focais com os alunos. Para a análise foram construídas categorias temáticas. A análise documental demonstrou que o programa é norteado pela promoção da saúde, intersetorialidade e participação comunitária. Quanto aos gestores ficou destacado que a percepção de saúde se relaciona ao modelo biomédico, e apesar do conceito de intersetorialidade nortear o programa, destacaram a fragmentação e setorialização dos serviços prestados, bem como a não conciliação entre o calendário escolar e a rotina das unidades de saúde como dificuldades para execução do programa. Os profissionais da educação e da saúde expressaram em seu discurso uma percepção apenas assistencial da saúde, que foca a promoção em ações preventivas demonstrando uma visão reducionista de intersetorialidade. Apesar de enfatizarem a importância da participação social, a percebem como falha ou inexistente. Os alunos desconhecem o PSE e associam as ações de saúde dentro da escola apenas ao atendimento médico e avaliação bucal, com palestras educativas eventuais. Consideramos assim que a fragmentação e setorialização dos serviços, a associação de promoção da saúde ao componente meramente preventivo, a falta de participação dos pais no programa, o não planejamento das ações em conjunto, a falta de compreensão dos gestores, profissionais da educação e da saúde, bem como dos alunos sobre o PSE como dificuldades para sua efetivação e descaracterização do programa. Entendemos o programa como exequível, entretanto, para isto é necessário uma educação permanente dos envolvidos e realização de planejamento conjunto dos setores da educação e saúde.

Descritores: Saúde. Educação. Promoção da Saúde. Programas Governamentais.

ABSTRACT

The *Programa Saúde na Escola (PSE)* [School Health Program] seeks to promote closer relations between the *Estratégia Saúde da Família (ESF)* [Family Health Strategy] and the school due to the importance of integration of both sectors to work with school youth during the period in which they are in the process of training and learning and more exposed to health hazards. This study aimed to understand how the PSE was structured as a program focused at promoting health and identify interdisciplinary actions between health and education. It is a qualitative study conducted in schools and basic units of the Family Health Program of the *Secretaria Executiva da Regional IV* [Executive Secretariat of the Regional IV], in Fortaleza. The research was carried out from September 2011 to September 2012, and included the participation of 10 health professionals, 10 educators, 05 managers directly connected to the program and 16 students benefited from the program. Data collection occurred through examination of official documents of the program implementation of semi-structured interviews and conducting focus groups with students. For the analysis were constructed themes. The document analysis showed that the program is guided by the health promotion, intersectoral collaboration and community participation. As for managers was highlighted that the perception of health promotion relates to the biomedical model, and although the concept of intersectionality guide the program, highlighted the fragmentation and sectorization of services done, as well as not reconciliation between the school calendar and the routine of health units as difficulties in implementing the program. Providers of education and health in his speech expressed a perception of health welfare, which focuses on health promotion and disease preventive part of a reductionist view of intersectionality. They also emphasized the importance of social participation, although they referred to as failed or non-existent. Students know the PSE and associated health activities within the school for medical and dental evaluation, with any educational lectures. We consider how the fragmentation of services and sectorization, the association of health promotion component to purely preventive, lack of parental involvement in the program, not the planning of joint actions, the lack of understanding of managers, professionals in education and health as well as the students on the PSE as difficulties in realization of the program. We understand the program as achievable, however, this requires a permanent education of those involved and implementation of the education and health sectors.

Descriptors: Health. Education. Health Promotion. Government Programs.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1	Relação dos Centros de Saúdes da Família da SER IV, das Escolas contemplados com o PSE e a quantidades de alunos.....	35
QUADRO 2	Especificação dos sujeitos do estudo.....	37
QUADRO 3	Perfil dos Gestores informantes.....	56
QUADRO 4	Caracterização dos Profissionais da Educação e da Saúde.....	66
QUADRO 5	Identificação dos discentes dos grupos focais.....	81

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

DSTs	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF	Estratégia Saúde da Família
GTI	Grupo de Trabalho Intersetorial
IDEB	Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PSE	Programa de Saúde na Escola
PROSAD	Programa de Saúde do Adolescente
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PBF	Programa Bolsa Família
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
SER	Secretaria Executiva Regional
SPE	Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas
SUS	Sistema Único de Saúde
UECE	Universidade Estadual do Ceará

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	OBJETIVOS.....	16
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	17
3.1	RESGATE HISTÓRICO DO CONCEITO DE SAÚDE E PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	17
3.2	ATENÇÃO A SAÚDE DO ESCOLAR.....	23
3.3	PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE).....	28
4	METODOLOGIA.....	35
4.1	NATUREZA DO ESTUDO	35
4.2	LOCAL DE ESTUDO.....	35
4.3	DELINEAMENTO E POPULAÇÃO.....	36
4.4	COLETA DE DADOS.....	38
4.5	ANÁLISE DOS DADOS.....	40
4.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	41
5	RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	42
5.1	ANÁLISE DOCUMENTAL.....	42
5.1.1	Promoção da Saúde.....	42
5.1.2	Intersetorialidade nas ações de educação e saúde.....	46
5.1.3	Participação comunitária na construção e execução do PSE.....	52
5.2	ANÁLISE DAS ENTREVISTAS DOS GESTORES.....	56
5.2.1	Percepção do gestor sobre a promoção da saúde no PSE.....	56
5.2.2	Intersetorialidade entre saúde e educação no PSE.....	58
5.2.3	Percepção da participação social.....	61
5.2.4	Dificuldades para operacionalização do programa.....	63
5.3	ANÁLISE DAS ENTREVISTAS DOS PROFISSIONAIS DA EDUCAÇÃO E DA SAÚDE.....	65
5.3.1	Percepção sobre a Promoção da Saúde no PSE.....	66
5.3.2	Intersetorialidade entre saúde e educação no PSE.....	71
5.3.3	Participação Social.....	76
5.4	ANÁLISE DOS GRUPOS FOCAIS.....	81
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	86
	REFERÊNCIAS.....	91
	APÊNDICES.....	99
	ANEXOS.....	103

1 INTRODUÇÃO

Durante a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em Ottawa, em 1986 foi estabelecido que “a saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida. Fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos podem tanto favorecer como prejudicar a saúde” (BRASIL, 2002, p.20).

Ações públicas voltadas para o atendimento exclusivamente assistencial valorizando os fatores biológicos não têm alcançado o êxito esperado com repercussão para a melhoria da qualidade de vida das pessoas. Essa visão reducionista da saúde quando se refere às demandas de problemas socioeconômicos, culturais e psicológicos do indivíduo, dificulta a obtenção de níveis elevados de saúde da população.

Sendo assim, constitui-se de suma importância que atendimento de saúde supere o conceito de saúde como ausência de doença e compreenda um conceito amplo e positivo de saúde. Para contemplar e alcançar a saúde de maneira holística é fundamental a busca de outros setores que contribuam para melhorar a qualidade de vida dos indivíduos e coletividades.

Para efetivar e contemplar esse paradigma de saúde é reconhecida a necessidade da participação de diferentes profissionais para que se possa atuar de maneira ampla no processo de saúde e doença das pessoas.

A oferta de um atendimento integral à saúde extrapola a estrutura convencional hierarquizada e regionalizada da assistência focada na doença e estende-se pela atenção individual e coletiva aos usuários do serviço de saúde onde o compromisso com a educação permanente e a prática interdisciplinar é um requisito para se estabelecer a integralidade no cuidado de pessoas, grupos e coletividades (MACHADO *et al.*, 2007).

Para tal, a Estratégia Saúde da Família (ESF) norteadora da reorientação do modelo da atenção básica deve buscar ininterruptamente a integração e estabelecimento de parcerias com instituições e organizações sociais, embasados na realização de diagnóstico situacional para direcionar as atividades priorizando as necessidades identificadas na realidade local. Estas ações devem ocorrer de forma pactuada com a comunidade e serem

pautadas em uma postura ativa de colaboração, buscando o cuidado individual e familiar (BRASIL, 2006a; CIAMPONE; PEDUZZI, 2001; ANDRADE *et al.*, 2006). Surge, assim, a importância de se conhecer equipamentos sociais, que se articulem aos centros de saúde para contribuir na promoção da saúde.

É notória a função e o papel da escola para a formação de crianças e adolescentes, uma vez que se constitui espaço propício para lidar com as questões que envolvem essa clientela, e deve ser comprometida não apenas com a formação técnica e cognitiva do aluno, mas também com a formação humana interagindo para o desenvolvimento da capacidade de exercer a cidadania. A escola propicia o desenvolvimento de um indivíduo capaz de compreender seu papel num processo de transformações das práticas e concepções de assuntos relacionados à saúde e seus determinantes a nível individual e coletivo (BRASIL, 2006b; DANTAS; REZENDE; PEDROSA, 2009; BRASIL, 2009a; CERQUEIRA, 2007).

Assim, evidencia-se com clareza a importância da integração entre o setor saúde e o setor educação para atuar de forma impactante em um grupo considerado vulnerável, tanto pelas características próprias da idade, a exemplo das mudanças corporais, como por que se encontram em processo de formação de aprendizado, assim como exposto a graves riscos de adoecer, necessitando de tal modo, ser alvo de ações e de políticas públicas intersetoriais eficazes (BRASIL, 2009a).

A literatura relata que os adolescentes estão expostos a várias situações de risco. Alguns vivem em espaços prejudiciais para sua saúde; alguns convivem em situações de exclusão social e são continuamente ameaçados por morbidades de ordem biológica, bem como sociais. Exemplo disso são as causas externas de morbidade e mortalidade nesta faixa etária, que incluem exposição a situações de maus-tratos, abuso sexual, violência, uso abusivo de drogas e episódios de acidentes. A transição da adolescência para a fase adulta é um importante momento de adoção de novas práticas, comportamentos e ganho de autonomia, mas também neste mesmo período ocorre uma exposição a diversas situações de risco que podem comprometer a saúde do escolar. A exposição a fatores de risco comportamentais, como o tabagismo, o etilismo, alimentação inadequada e sedentarismo acontece frequentemente no início da adolescência (FARIA, 2007; CERQUEIRA, 2007; BRASIL, 2005a; BRASIL, 2005b; GUBERT *et al.*, 2009). Tais fatores estão associados algumas vezes ao desenvolvimento de algumas doenças crônicas não transmissíveis, entre estas as

cardiovasculares, diabetes mellitus e câncer, principais causas de óbito na vida adulta do brasileiro (IBGE, 2009).

Os escolares devem ser abordados a partir de um trabalho educativo com caráter participativo, propiciando a ampliação de seus conhecimentos e identificando possibilidades de um agir que venha promover sua saúde e principalmente a participação em todo o processo de formação do indivíduo, sem, no entanto deixar de apreciar seus valores e conceitos (BRASIL, 2005a; CERQUEIRA, 2007).

Neste contexto, torna-se essencial que ações de promoção à saúde e prevenção primária em adolescentes sejam direcionadas a identificação de fatores de risco, tais como excesso de peso, obesidade e hipertensão, bem como a adoção de comportamento de vida saudável. Entre estes comportamentos podemos citar: a redução de sódio na dieta, atividade física regular, ingestão de alimentos saudáveis, evitar o consumo de alimentos industrializados, abandono do tabagismo e evitar ingerir bebidas alcoólicas (LEVY *et al.*, 2010; BRASIL, 2006c; LUNA, 2009).

A integração entre as políticas que fundamentam o setor saúde e o setor educação possibilita a reflexão e norteia as ações transformadoras nas condições de vida das populações. Assim, há uma perspectiva de interface entre os dois setores quando ambos propiciam mudanças significativas na relação saúde e educação, bem como escola e comunidade. É necessária, no entanto, a compreensão de que saúde e educação são direitos de cidadania, não podendo ser visualizados e oferecidos de forma fragmentada (DANTAS; REZENDE; PEDROSA 2009; MACHADO *et al.*, 2007).

As ações buscando mudar a situação do escolar no país e mesmo no mundo são inúmeras, no entanto, muitas vezes direcionadas ao assistencialismo e ao atendimento fragmentado. Reforça-se a urgência de se superar essa prática imediatista e a relevância de incentivar precocemente a saúde integral da criança e do adolescente através das ações de promoção da saúde e, como consequência destas ações preventivas, favorecer o desenvolvimento de um adulto mais saudável (FROTA *et al.*, 2010).

A educação e a saúde embasam um processo de formação de cidadania de escolares, sendo que este processo deve ser realizado de forma contínua e reflexiva com base nos saberes e práticas de saúde da realidade dos escolares. Os atores articuladores assumem

responsabilidades de promover saúde dentro da escola, de forma interdisciplinar, juntamente com família e os educadores (BRASIL, 2009a).

Visando promover a saúde de crianças e adolescentes de forma integrada, o Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação instituíram o Programa Saúde na Escola (PSE), mediante o Decreto nº 6.286, de 05 de dezembro de 2007, o qual estabelece as diretrizes do programa, considerando ser o meio escolar, um local propício para desenvolver atividades voltadas para o grupo de escolares. O PSE busca promover a integração da ESF com o escolar através de atividades baseadas em promoção à saúde, prevenção de agravos e assistência à saúde (BRASIL, 2007a).

Nesse sentido é primordial compreender um programa que propõe o estabelecimento de diálogo entre educação e saúde, o qual remete a ações que buscam promover e potencializar a qualidade de vida dos escolares, com extensão à família e comunidade. Reforça-se que o PSE é um programa novo, com uma perspectiva de promoção da saúde de crianças e adolescentes. É imprescindível se refletir sobre a melhor maneira de operacionalizá-lo de modo a facilitar sua implementação e continuidade nas ações em parceria com a ESF no município de Fortaleza, procurando assim alcançar os objetivos deste programa intersetorial, de impactar nos determinantes de saúde dos indivíduos e promover a saúde dos escolares.

Os profissionais de saúde da ESF e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) atuam na atenção primária e, portanto trabalham com promoção da saúde. Os profissionais da educação, por sua vez, são comprometidos com a formação integral dos estudantes. O PSE é pautado na intersetorialidade, na promoção da saúde e na participação social.

Partindo desses pressupostos, consideramos imperativo tentar com esta pesquisa responder alguns questionamentos pertinentes ao PSE, entre os quais, identificar qual a real diferença entre o PSE e os demais programas direcionados à saúde do escolar que antecederam ao programa interministerial, quais são as ações desenvolvidas, se estas são planejadas em conjunto com a participação dos profissionais da saúde e da educação, se as atividades são pontuais ou acontecem regularmente no ambiente escolar, se são norteadas pela promoção da saúde e se a participação da família e da comunidade está acontecendo. Assim

pretendemos conhecer e compreender como se encontra a atuação do PSE, na perspectiva da promoção da saúde, da intersetorialidade e a da participação social.

No contexto do cuidado que se deve dispensar ao adolescente, em uma concepção ampla em termos de promoção de saúde, destacando a responsabilidade dos adultos (família, professores, gestores e profissionais da saúde) para promover e garantir a saúde e o desenvolvimento dos adolescentes, bem como o envolvimento destes no seu processo de saúde e doença, justifica-se a importância de se conhecer e compreender como o PSE, enquanto programa governamental foi estruturado, tanto em termos nacionais quanto municipal e qual a percepção dos diversos atores envolvidos em sua execução no município de Fortaleza.

2 OBJETIVOS

- Descrever como o PSE foi estruturado enquanto programa voltado para a promoção da saúde na escola;
- Identificar na proposta do PSE ações que se caracterizam como intersetorias envolvendo os setores da saúde e educação;
- Identificar na proposta do PSE ações de promoção da saúde envolvendo os setores da saúde e educação;
- Identificar na proposta do PSE ações que possibilitem a participação social;
- Analisar a percepção de gestores, profissionais da educação e da saúde, bem como dos alunos acerca do PSE, na perspectiva da promoção da saúde e intersetorialidade.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Resgate histórico do conceito de saúde e promoção da saúde

Com o propósito de ponderarmos a relação e atuação inter-setorial entre saúde e educação, analisaremos a construção do conceito de saúde e teremos um breve resgate histórico da promoção da saúde. Consideramos importante apreciar esses conceitos por conta da estreita relação entre educação e saúde como uma forma de promover, construir e reconstruir os processos de aprendizado que culminam na promoção da qualidade de vida de um indivíduo e de uma sociedade.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) saúde é definida como o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade (WHO, 1946). No entanto, até a adoção e definição desse conceito predominaram outros que não vislumbravam essa magnitude sobre o processo de saúde e doença. Saúde era definida como ausência de enfermidades, havendo o predomínio de um modelo de atenção que consolidava o paradigma biomédico baseado no mecanicismo, no biologicismo, no individualismo e na especialização, os quais reforçavam o conceito de saúde como ausência de doenças (WESTPHAL, 2006).

A transição do paradigma flexeneriano, no qual o atendimento em saúde é centrado na doença (WESTPHAL, 2006; PELICIONI, 2000), para um paradigma em que a saúde é um completo bem estar exige uma série de mudanças, as quais não são fáceis, mas que precisam ser continuamente trabalhadas e construídas pela sociedade e órgãos competentes.

Assim, analisando o conceito de saúde focado no atendimento exclusivo assistencial e médico, percebeu-se a não resolutividade e abordagem incompleta dos problemas e desafios que emergiam com o mundo contemporâneo evidenciando a necessidade de construção e reconstrução de um paradigma que englobasse as necessidades vigentes da saúde individual e populacional (STARFIELD, 2002).

As contribuições para o estabelecimento de novos paradigmas, decorrentes das transformações do modo de pensar em saúde desde as últimas décadas do século XX são

centrados nos conceitos de promoção da saúde, humanização e cidadania (BURSZTYN; RIBEIRO, 2005).

A partir de Conferências Internacionais sobre promoção da saúde, novos paradigmas foram incorporados e outras apreciações sobre o que determina o processo de saúde e doença foram sendo avaliados e estudados. Entretanto, anterior às conferências internacionais de promoção da saúde, a Declaração de Alma-Ata firmada na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde no ano de 1978 já enfatizava a saúde como direito humano básico e fundamental e que alçar a saúde ao ponto mais elevado era uma meta social do mundo. No entanto, para alcançar tal objetivo urgia a necessidade de envolver os vários setores, incluindo o setor saúde, o social e o econômico. Afirmou-se assim, a promoção e a proteção da saúde como requisitos para o pleno desenvolvimento econômico, social, para melhorar a qualidade de vida, sendo norteado pela participação individual e coletiva para os cuidados em saúde (BRASIL, 2002).

A principal conferência foi a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde ocorrida em 1986 no Canadá, cujo documento final foi a Carta de Ottawa. A definição de saúde que norteou a referida conferência foi o alcance de um estado de completo bem-estar físico, mental e social. A saúde enquanto um conceito positivo necessita da mobilização de recursos sociais, pessoais e incentivo às capacidades físicas (BRASIL, 2002).

Conceito fundamental analisado na Carta de Ottawa foi o de Promoção da Saúde, segundo o texto da mesma: “Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (BRASIL, 2002, p.19).

A promoção da saúde engloba inúmeros fatores relacionados com a qualidade de vida, entre estes:

o que, entretanto, vem caracterizar a promoção da saúde, modernamente, é a constatação do papel protagonista dos determinantes gerais sobre as condições de saúde, em torno da qual se reúnem os conceitos do segundo grupo. Este sustenta-se no entendimento que a saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, e de habitação e saneamento; boas condições de trabalho; oportunidades de educação ao longo de toda a vida; ambiente físico limpo; apoio social para famílias e indivíduos; estilo de vida responsável; e um espectro adequado de cuidados de saúde (BUSS, 2000, p.167).

As conotações da promoção da saúde contextualizadas na Conferência de Ottawa tiveram repercussão no Brasil, refletindo diretamente nos debates ocorridos na VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986, em Brasília (SILVA; DELORME, 2007). As propostas, diretrizes e princípios do movimento da Reforma Sanitária serviram de base para as principais proposições da VIII Conferência: a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o conceito ampliado de saúde, o reconhecimento de saúde como direito de todos e dever do Estado, a participação popular e a constituição e ampliação do orçamento social (PAIM, 1999a).

No Brasil, essas mudanças vão criando forma com os artigos 196 e 198 da Constituição Federal de 1988 na qual a saúde passa a ser direito de todos e dever do Estado, e que este direito deve ser concretizado a partir de políticas públicas, sociais e econômicas que busquem a diminuição do risco de morbidades, bem como garantias de acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1989).

Campos (2007) considera que a atenção à saúde no Brasil está em um momento de transição. Observa-se ainda difundido e predominante a forma de organizar um sistema centrado no hospital e nas especialidades médicas, com esforços insuficientes para melhorar a coordenação e o planejamento de assistência, na qual a atuação da saúde pública é direcionada a vigilância epidemiológica e vigilância sanitária. E estes são entraves para concretizar a promoção da saúde no Brasil.

As conferências internacionais de promoção da saúde que se sucederam, mesmo com as particularidades de cada uma, reafirmaram um modelo de saúde centrado na promoção da saúde. Para isso é fundamental estabelecer políticas públicas comprometidas com a promoção da saúde a fim de fortalecer diversos setores para mobilizar a produção social da saúde, desconstruindo o pensamento da exclusividade do setor da saúde para melhorar os níveis de saúde de indivíduos e comunidade.

Buss e Carvalho (2009, p. 2313) reforçam que:

...as estratégias promocionais, assim como o desenho e implementação de políticas públicas para a saúde, têm esbarrado na estrutura administrativa segmentada e burocrática do Estado, no predomínio da cultura setorial e competitiva, na ausência de uma política estratégica de desenvolvimento social e no predomínio da racionalidade biomédica nas arenas da saúde.

Para diminuir esses entraves e ampliar a eficácia da atenção do sistema de saúde embasado na promoção da saúde é necessária a criação de mecanismos de organização, estabelecendo responsabilidades bem delimitadas dos deveres e obrigações sanitárias no nível federal, estadual e municipal das ações a serem desenvolvidas pela saúde (CAMPOS, 2007).

Heidmann *et al.* (2006), inferem que a promoção à saúde é um processo em construção, que as políticas públicas não devem ser reducionistas e não devem ser pensadas como uma iniciativa exclusiva do Estado e que as ações devem qualificar as pessoas para exercerem o controle dos fatores determinantes de sua saúde.

Sousa (2006, p.26) menciona que são várias as definições do conceito de políticas públicas e resume em seu estudo:

...política pública como o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, “colocar o governo em ação” e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente). A formulação de políticas públicas constitui-se no estágio em que os governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações que produzirão resultados ou mudanças no mundo real.

Políticas públicas são relevantes quando capazes de ofertar aos cidadãos as condições necessárias para alcançar um melhor nível de saúde, proporcionando aos indivíduos o acesso a uma educação de qualidade, moradia digna, alimentação e renda suficiente, garantia de ecossistemas estáveis, a justiça, a paz e a equidade (MAGALHÃES; BURLANDY; SENNA, 2007).

Caracterizando as políticas públicas na saúde, Paim refere que (1999b, p.489):

...entendem-se como políticas de saúde as formas, historicamente determinadas, de o Estado reagir às condições de saúde da população e aos seus determinantes, através da produção, distribuição e regulação de bens e serviços que afetam a saúde dos indivíduos e da coletividade.

As ações direcionadas para a promoção da saúde podem ser implementadas através de políticas públicas a nível federal, estadual e municipal, com a finalidade de uniformizar e harmonizar-se os tipos de conceitos e preceitos defendidos pela atenção básica voltados para promoção da saúde (BRASIL, 2006a).

Buss e Carvalho (2009) analisando o desenvolvimento da promoção da saúde nos últimos vinte anos indicam algumas ações e políticas que buscam institucionalizar a

promoção da saúde no Brasil, e por consequência norteiam e contribuem para a efetivação e consolidação dos princípios do SUS e auxiliam na execução de ações que fortalecem a promoção da saúde no Brasil. Os autores destacaram a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), a ESF, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), o Programa Bolsa Família (PBF), a estratégia de Cidades/comunidades saudáveis e as Escolas promotoras da saúde.

Para contribuir com a efetivação de um modelo de atenção à saúde norteada pelas premissas do SUS, com ação descentralizadora, universal e com enfoque no fortalecimento da ESF, o Ministério da Saúde decidiu reiterar o compromisso assumido no Pacto da Saúde com a aprovação e publicação da PNPS no ano de 2006 (BRASIL, 2006d).

Entre as diretrizes da PNPS (BRASIL, 2010) estão em destaque a promoção da saúde, o estímulo as ações intersetoriais, o fortalecimento da participação social e o estabelecimento de redes de apoio.

Assim sendo, para o fortalecimento da promoção da saúde há a necessidade da interação entre os diversos setores, fato esse corroborado pelo Pacto pela vida e por diversas políticas públicas existentes no Brasil. Westphal (2006) coloca que a perspectiva ampliada de saúde, exige do Estado a garantia de direitos humanos considerados básicos, desde o acesso a bens e serviços, a moradia adequada e a redução das iniquidades sociais, entre outras. Isso nos leva a partilhar a responsabilidade com outros serviços que não sejam apenas os da saúde para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e das coletividades, trabalhando na perspectiva da intersetorialidade.

As últimas décadas evidenciam a promoção da saúde em sua trajetória de ascensão no Brasil, nos campos da política pública, como da ciência e da tecnologia. No entanto, as estratégias promotoras da saúde e as políticas públicas de saúde têm esbarrado em uma estrutura segmentada e burocrática no âmbito administrativo do Estado. Há um predomínio da cultura setorial e competitiva, sem articulação, bem como ainda o predomínio da racionalidade biomédica nas práticas de saúde (BUSS; CARVALHO, 2009; BRASIL, 2008a).

A PNPS, escopo do Pacto pela Vida, compreende a promoção da saúde como uma estratégia de articulação transversal. Atribui importância a outros fatores não incluindo apenas as patologias como causadores de risco a população, busca identificar situações de

vulnerabilidades, aplicando o conceito de equidade e proporcionando e incentivando a participação e controle social (BRASIL, 2010a).

Destacamos o esforço do Governo, nos últimos anos, em promover a saúde, colocar em discussão as políticas, implementar pactos com a finalidade de promover intersetorialidade, de ampliar a participação comunitária e reconhecer corresponsabilidade dos indivíduos pelo seu processo de saúde e doença. Há uma conotação dos determinantes de saúde como norteador para as políticas públicas.

Nascimento (2010) refere que na medida em que as políticas setorializadas não demonstraram eficiência, efetividade e eficácia para a resolução da problemática da população, passou-se a apreciar e implementar a intersetorialidade para a efetivação das políticas públicas e articulação entre o setor governamental e a comunidade.

Para Junqueira (1997, p. 37), a intersetorialidade, é conceituada como:

uma concepção que deve informar uma nova maneira de planejar, executar e controlar a prestação de serviços. Isso significa alterar toda a forma desarticulação dos diversos segmentos da organização governamental e dos seus interesses.

Trazendo a questão para a saúde, podemos dizer que a intersetorialidade é a tentativa de responder aos princípios da descentralização, da integralidade e da municipalização preconizados pelo SUS. Uma maneira de atuar que exige novas conformações das políticas públicas, nas práticas do serviço e rearranjo da organização dos setores. Sua efetivação está associada ao rompimento da especialização, setorialização e fragmentação dos serviços, para a concepção integrada de saberes e de percepções de vários sujeitos e sua realidade social (JUNQUEIRA, 1997).

A intersetorialidade é um dos eixos estruturantes da Atenção Primária à Saúde (APS) e confere aos profissionais amplas possibilidades para ofertar um cuidado integral e resolutivo na sua rotina (PAULA; PALHA; PROTTI, 2004). Ela converge para a articulação de conhecimentos técnicos, com integração de agendas compartilhadas, coletivas e com finalidades comuns de profissionais de categorias diferentes. Essa convergência traz reconhecidamente benefícios para a população e uma organização da logística das ações e das políticas públicas (NASCIMENTO, 2010).

Ao aproximar a discussão da intersectorialidade entre a saúde e a educação, Branco *et al.* (2007) evidenciam que na APS, a articulação com as escolas adquire relevância ao considerar o ambiente escolar como um local que contribui para a formação do adolescente.

A intersectorialidade, sob a lente diferenciada de diversos setores permite uma compreensão diferente e mutável da realidade e pode propiciar mudanças. E o resultado da integração do setor da saúde com o setor da educação é o fortalecimento da atenção integral e o compartilhamento de conhecimentos de profissionais de ambos os setores (BRASIL, 2006b).

3.2 Atenção a saúde do escolar

De acordo com o tema a ser trabalhado, antes de adentrarmos propriamente no PSE, sua criação e implantação, apresentaremos alguns aspectos voltados à saúde do escolar, a partir de algumas políticas ao longo da história.

A atenção à saúde do escolar remonta ao final do século XVIII com a elaboração da coletânea de livros *Systemeiner vollständigen medicinischen Politizey* (Sistema de uma política médica integral) pelo médico alemão Johann Peter Frank. Foram publicados nove volumes conhecidos como Sistema Frank, o qual contemplava além da saúde pública e medicina social, a saúde infantil e a medicina escolar. É um marco para a história da saúde escolar, e dada a importância da obra seu autor é considerado o pai da saúde escolar (FIGUEIREDO; MACHADO; ABREU, 2010; LACERDA, 2011; ROSEN, 1994).

A Alemanha foi o primeiro país da Europa a institucionalizar a polícia médica, com as idéias advindas do Sistema Frank, as quais foram impactantes, influenciando e se difundindo por toda a Europa e em seguida para os Estados Unidos da América. O termo polícia médica já era utilizada na Alemanha no século XVII, dada a compreensão de seu dever do Estado proteger a saúde do povo, por medidas e ações impostas que deveriam ser seguidas, sem ser questionadas (ROSEN, 1994).

O Sistema Frank ao contemplar a saúde da criança, discute em seus manuscritos a assistência as crianças em idade escolar, ao detalhar sobre o atendimento em saúde ofertado aos estudantes e a supervisão policial das instituições de ensino. Reforçava a prevenção de acidentes, a programação de atividades físicas, e até tratava da estrutura física dos prédios

escolares como meio facilitador do aprendizado. Em sua obra, também são encontrados temas referentes à saúde pública, doenças infectocontagiosas e prevenção de acidentes, dentre outros (ROSEN, 1994).

Iervolivo (2000) aponta que no final do século XIX, introduziu-se no Brasil a Saúde Escolar, também conhecida como Higiene Escolar, de acordo com os preceitos do modelo alemão de polícia médica, com propostas voltadas para medidas de asseio e higiene dos escolares.

A medicina higienista desse período é caracterizada por um discurso médico voltado para a moral e para a religiosidade, centrado no combate a falta de higiene corporal e do ambiente, dos cuidados com o corpo, com o vestuário, a alimentação e a limpeza na casa. Como consequência de tais ações tinham-se como resultado o tripé: saúde, prosperidade familiar e submissão ao estado (SILVA, 2007).

Na renomada obra “Casa-grande e senzala”, de Gilberto Freyre o autor já mencionava a mortalidade infantil no Brasil como um dos problemas que mais inquietaram os médicos higienistas no século XIX. No ano de 1887, José Maria Teixeira fez um estudo abordando as causas da mortalidade nas crianças no Rio de Janeiro. No ano anterior, em uma sessão memorável da Academia de Medicina as causas da mortalidade infantil e as moléstias mais frequentes foram discutidas. O assunto foi sempre associado à alimentação, ao aleitamento materno, ao vestuário, a falta de tratamento médico das moléstias, amamentação mercenária, as fortes temperaturas e a alimentação prematura (FREYRE, 2005).

Após a construção das estradas de ferro nos anos consecutivo a 1850, aumentou o número de internatos de meninos filhos dos donos do engenho, o que levou aos higienistas da época a começarem a se preocupar com a higiene escolar (FREYRE, 2005).

O marco inicial de saúde do escolar no Brasil ocorreu no ano de 1889, quando criou-se a inspeção higiênica em estabelecimentos públicos e particulares de educação na cidade do Rio de Janeiro que surgiu como resultado da necessidade urgente de resolver problemas relacionados as doenças e pestilências da época. Neste contexto, caracterizaram-se as primeiras medidas do Serviço de Higiene Escolar (IERVOLINO, 2000). Muito embora, alguns estudos realizados no Brasil já tivessem abordado a saúde escolar em meados de 1850, por intermédio do médico Arthur Morcovo Filho, que defendia um modelo institucional de assistência a infância por parte de órgãos federais (WADSWORTH, 1999).

A pedagogia da saúde exercida deste período até hoje, exerce influência nos programas em saúde em geral, com um enfoque higienista, voltado para as camadas mais pobres e não resolvendo os problemas reais da comunidade, como saneamento básico, condições dignas de trabalho, transporte e lazer (IERVOLINO, 2000).

A partir da década de 1950 observa-se a introdução de uma visão biologicista, com foco centrado na doença e sua relação com o aprendizado dos alunos. Prevalecendo as ações de inspeção de saúde, prescrição de comportamentos, realização de triagem auditivas, visuais e neurológicas nas ações previstas no âmbito das escolas, bem como a associação destes e da desnutrição infantil ao baixo rendimento escolar (IERVOLINO, 2000; VALADÃO, 2004; SILVA; ARELANO, 1987).

Com a designação de medicina escolar ou saúde escolar, a partir da década de 1970, foram priorizados os exames físicos de massa, com registros da saúde dos escolares, sendo obrigatória a realização do exame físico do estudante para a admissão na escola, com a previsão de revisões periódicas durante o ano escolar (IERVOLINO, 2000; VALADÃO, 2004).

As ações de saúde escolar anterior a implantação do SUS tinham uma perspectiva de higienização culpando a pobreza pela falta de saúde, subsidiadas pela medicina escolar tendo nos fatores orgânicos e biológicos os determinantes do não desenvolvimento das crianças (IERVOLINO, 2000).

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) lançou oficialmente no ano de 1995 nos países da América Latina e no Caribe a iniciativa das escolas promotoras de saúde. A iniciativa é comprometida com o desenvolvimento de um trabalho articulado entre os setores da educação e da saúde, bem como um incentivo ao protagonismo da comunidade com a escola (IPPOLITO-SHEPHERD, 2003; BRASIL, 2007b).

A criação da Rede Latino-Americana de Escolas Promotoras de Saúde foi acordada no ano de 1995, no Chile, durante o Congresso de Saúde Escolar. Em 1996, aconteceu a I Reunião da Rede, em San José da Costa Rica, a segunda, ocorreu no México em 1998, a terceira em Quito, Equador, em 2002. A última ocorrida foi a IV Reunião da Rede, que realizou-se em San Juan de Porto Rico, em 2004, colaborando para fortalecer a troca de conhecimentos e experiências sobre o tema saúde escolar, bem contribuindo nas discussões entre os participantes. O Brasil estabeleceu temas considerados como prioritários de saúde e

estabeleceu linhas de ação para aprimorar o desenvolvimento das ações fundadas na promoção da saúde para o público de estudantes (BRASIL, 2007b).

A OPAS considera Escolas Promotoras de Saúde aquelas que contam com um prédio seguro e confortável, com água potável e instalações sanitárias adequadas e uma atmosfera psicológica positiva para o aprendizado, que fomentam um desenvolvimento humano saudável e relações humanas construtivas e harmônicas, e que promovam habilidades e atitudes positivas para a saúde (OPAS, 1998).

Tal iniciativa traz as inovações que permitem superar o paradigma das escolas apenas como receptores passivos de ações de saúde, para um novo paradigma de uma escola com papel ativo e dinâmico. Essa iniciativa considera a escola um espaço apropriado para gerar compromissos integrais com a saúde de crianças e adolescentes (OPAS, 1998).

Na tentativa de romper com a lógica biomédica e seguir a concepção ampliada de saúde proposta pelo SUS, o Brasil adotou a iniciativa da OPAS das Escolas Promotoras de Saúde por volta da segunda década de noventa (FIGUEIREDO; MACHADO; ABREU, 2010). Através de tal iniciativa a saúde escolar, no Brasil deveria deixar de ter um foco higienicista e biologicista, e passaria a desenvolver no cotidiano das práticas de educação e saúde uma visão integral e interdisciplinar do ser humano (HARADA, 2003).

A situação econômica e social da América Latina, com o aumento da pobreza e a falta de equidade, demanda ações baseadas em inovação e participação da comunidade para cuidar dos problemas de saúde e educação de escolares. A escola promotora de saúde é uma estratégia dirigida a apoiar processos para melhorar a saúde da população e para colaborar na efetividade dos direitos à saúde e educação de crianças e adolescentes (BRASIL, 2007b).

Em um dos últimos documentos sobre Escolas Promotoras de Saúde no Brasil denominado “Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil”, publicação em parceria com a OPAS, os Ministérios da Educação e da Saúde e secretarias estaduais e municipais de saúde e educação foram compiladas algumas experiências exitosas no Rio de Janeiro, Curitiba, Salvador e Maceió (BRASIL, 2007b).

Ressaltamos que a literatura escassa sobre o tema dificulta pesquisas direcionadas as Escolas Promotoras de Saúde e a contextualização de forma mais específica do tema em

questão. As referências estão muito restritas a publicações da OMS e OPAS (VALADÃO, 2004).

Raposo (2009) faz alusão que a atenção integral a saúde do adolescente somente foi colocada em pauta na agenda pública do Brasil após a responsabilização do Estado pela saúde dos cidadãos e no estabelecimento do Estatuto da Criança e do Adolescente.

Entre os marcos legais que institucionalizaram a trajetória da saúde do adolescente no Brasil temos em nível nacional, a constituição de 1988, seguindo no ano seguinte a criação do Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), implantado em 24 estados, caracterizando-se por ações baseadas em educação em saúde e participação ativa dos adolescentes, bem como a aprovação em 1990 do Estatuto da Criança e do Adolescente e a criação no ano de 2009 da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde de Adolescentes e Jovens (RAPOSO, 2009).

A Política Nacional de Atenção Integral a Saúde de Adolescentes e Jovens foi estabelecida tentando garantir a execução de ações embasadas na intersetorialidade, com a participação das três esferas de poder e visando a uma assistência de qualidade específica para o grupo correspondente a essa faixa etária (RAPOSO, 2009).

Não podemos deixar de mencionar o Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE), lançado no ano de 2003, o qual busca trazer para os adolescentes uma reflexão a cerca da sexualidade, da gravidez na adolescência, a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs)/Aids, ao tema de gênero e diversidade sexual, contribuindo para redução das vulnerabilidades e promoção da saúde neste grupo. Este projeto é executado buscando ações conjuntas do âmbito da saúde na atenção básica e do âmbito da educação (BRASIL, 2008b).

A Caderneta de Saúde do Adolescente, instrumento para o acompanhamento sistemático do crescimento e desenvolvimento dos adolescentes pelas unidades básicas de saúde, pode ser também considerado um dos marcos da institucionalização da saúde do jovem (RAPOSO, 2009).

Outro documento importante e recente é proposto pelo Ministério da Saúde e diz respeito às Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, que propõem sensibilizar gestores para uma

visão holística, construção de estratégias interfederativas e a articulação de vários setores com o objetivo de promover o desenvolvimento saudável (BRASIL, 2010b).

A partir desse pequeno relato podemos perceber que muitas foram as iniciativas relacionadas à saúde dos escolares, se tornando inclusive programa que se sobrepõem uns aos outros, dificultando muitas vezes o estabelecimento de ações concretas e duradouras, uma vez que novas propostas são lançadas quando já existe uma em andamento. Mesmo assim podemos considerar que todas as ações mencionadas anteriormente contribuíram para estabelecer as diretrizes para uma política integral para os adolescentes, e foram fundamentais para estabelecer o PSE, alvo do nosso objeto de estudo e que será discutido adiante.

3.3 Programa Saúde na Escola (PSE)

Todas as ações anteriormente criadas e implantadas serviram de base para consolidar a política de saúde escolar no Brasil, tornando-se referência para a instituição do PSE.

Os adolescentes fazem parte de um grupo considerado vulnerável. Este grupo está exposto às situações de risco como consumo de álcool, tabagismo, violência sexual, aumento no número de infecções por DSTs e HIV e hábitos de vida que comprometem a sua saúde e repercutem na qualidade de vida dessa população. Poucos adolescentes comparecem à unidade de saúde após o período de vacinação e, a procura pelos serviços de saúde acontece apenas em casos de acometimento de doenças. Mesmo nos serviços de saúde o acompanhamento sistemático desses adolescentes não é praticado pelos profissionais de saúde (GUBERT *et al.*, 2009; SOUZA *et al.*, 2007).

Nesse contexto, recomendou-se no Relatório da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (BRASIL, 2008a) priorizar as ações intersetoriais pautadas na promoção da saúde na infância e adolescência e no fortalecimento das redes de municípios saudáveis já existentes no território nacional. Tal relatório propõe ainda o fortalecimento das seguintes estratégias da promoção da saúde: as escolas promotoras da saúde e os ambientes de trabalho saudáveis.

Valadão (2004) considera a escola como um cenário privilegiado para a promoção da saúde ao destacar que entre as cinco áreas prioritárias desta, adotada na Carta de Ottawa,

quatro podem ser aplicadas na escola: a construção de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes favoráveis à saúde, o fortalecimento da ação comunitária e o desenvolvimento de habilidades pessoais.

Não podemos deixar de destacar que desde 1996, com a publicação dos Parâmetros Curriculares Nacionais, a temática saúde fundamentada nos pilares educação em saúde, desenvolvimento com aprendizagem e participação popular (IERVOLINO, 2000) entra como tema transversal a ser trabalhado com os escolares, na perspectiva de desenvolver a autonomia e cidadania dos estudantes (BRASIL, 1997a).

Os Ministérios da Saúde e da Educação, portanto, preocupados com a saúde dos adolescentes, lançaram o Programa Saúde na Escola que coloca a educação e a saúde juntas na execução de ações que propiciem a prevenção, a promoção e a atenção à saúde das crianças e dos adolescentes. O decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, institui o PSE e descreve os principais objetivos deste Programa os quais são descritos abaixo (BRASIL, 2007a, p. 01):

- I – Promover a saúde e a cultura de paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde;
- II – Articular as ações da rede pública de saúde com as ações da rede pública de Educação Básica, de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis;
- III – Contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos;
- IV – Contribuir para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos;
- V – Fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar;
- VI – Promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes;
- VII – Fortalecer a participação comunitária nas políticas de Educação Básica e saúde, nos três níveis de governo.

O PSE constitui-se numa estratégia para articular de forma permanente e integral as políticas e ações de educação e de saúde, procurando envolvimento da comunidade escolar, das equipes de saúde da família e da educação básica (BRASIL, 2007a).

Assim, o PSE prevê que o setor da educação e as equipes da estratégia saúde da família passem a atuar conjuntamente em ações promotoras de saúde para os escolares, bem como a escola passe a ser um espaço de atuação coletiva e individual para a manutenção da saúde desta população.

A escola é um local propício não apenas para ensinamentos de matérias didáticas com ações que otimizam o aprendizado cognitivo, mas acredita-se que estes ensinamentos devem estar em consonância com os temas atuais da sociedade. Na busca de uma educação nas escolas que contribua na formação de um cidadão consciente do meio que o cerca, foram constituídos os parâmetros curriculares, buscando transformar o panorama educacional brasileiro (BRASIL, 1997a; BRASIL, 1997b).

A versão preliminar do PSE, formatada após reunião com o Grupo Intersetorial do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação (BRASIL, 2008c), estabelece que as diretrizes e os objetivos do PSE no cerne da sua estrutura evidenciam mais do que uma estratégia de integração das políticas setoriais, o programa propõe organizar uma nova atenção política de educação em saúde direcionada ao grupo dos escolares, focada na atuação conjunta da saúde e educação, na atenção integral de crianças, adolescentes e jovens e à educação em saúde; bem como na articulação de saberes, na participação de alunos, pais, comunidade escolar e sociedade para consolidar o controle social.

Para facilitar e organizar a operacionalização do Programa, ele foi dividido em cinco blocos ou componentes de atuação a serem desenvolvidos pelos municípios que aderirem ao Programa (BRASIL, 2009b), descritos a seguir:

- a) COMPONENTE I - Avaliação clínica e psicossocial ou avaliação das condições de saúde incluindo, além das citadas anteriormente, avaliação nutricional e bucal. As atividades deverão ser realizadas pela equipe de saúde da família juntamente com a equipe da escola;
- b) COMPONENTE II - Ações de promoção da saúde e prevenção das doenças e agravos. Estão previstas ações de promoção da alimentação saudável, de atividade física, educação para a saúde sexual e reprodutiva e prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas;
- c) COMPONENTE III – Monitoramento e avaliação da saúde dos estudantes. Tais ações servirão para balizar a organização e possíveis modificações das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde a serem executadas, segundo as necessidades locais. Periodicamente inquéritos e pesquisas em nível nacional e regional sobre fatores de riscos e proteção à saúde dos estudantes são realizados;

- d) COMPONENTE IV – Monitoramento e avaliação do PSE serão realizados por meio de coleta de informações através de um formulário eletrônico que será disponibilizado periodicamente para preenchimento. Também ocorrerá o monitoramento através do Sistema Integrado de Monitoramento do Ministério da Saúde (SIMEC/PSE), que é direcionado para as ações realizadas nas escolas, desenvolvido pelo Ministério da Educação;
- e) COMPONENTE V - Educação permanente e capacitação de profissionais da educação e da saúde e de jovens. Está previsto por este componente a capacitação de profissionais da educação em assuntos relativos à saúde, bem como a constituição das ESF que executarão o PSE.

O PSE, portanto, contempla alunos da educação infantil, ensino fundamental e médio, educação profissional e tecnológica e da educação de jovens e adultos (EJA) da rede pública, no âmbito das escolas e/ou das unidades básicas de saúde, devendo ser concretizado com o apoio das Equipes de Saúde da Família (BRASIL,2007a).

Entende-se que as ações do PSE necessitam estar introduzidas no projeto político-pedagógico da escola e que é indispensável o apoio dos gestores da saúde e da educação nesse processo, visto que o Programa visa a melhoria da vida dos estudantes no que se refere à educação e à saúde, sendo necessário o compromisso e o pacto entre os dois setores (BRASIL, 2011).

Segundo o Ministério da Saúde, a avaliação do escolar compreende desde história clínica, exame físico completo, monitoramento do crescimento, avaliação da acuidade visual, avaliação da saúde bucal, avaliação da audição, verificação e atualização do calendário vacinal, realização de exames complementares e, perpassa ainda pelo acompanhamento de situações comuns da idade, como avaliação para prática de esportes, questões pautadas à saúde mental, demandas relacionadas à saúde do escolar portador de deficiência (BRASIL, 2009a).

Na atenção básica, a associação com as escolas é imprescindível por conta da concentração de adolescentes no espaço físico, bem como a qualidade das ações desenvolvidas serão resultados da capacidade da equipe, do tipo de atividade escolhida e da inclusão de ações intersetoriais. A temática das ações prestadas na escola é focada em questões como saúde e direitos reprodutivos, gravidez precoce, questão de gênero, violência

doméstica e outras. O que favorece o desenvolvimento de habilidades para a vida, fortalece fatores de proteção, promove a participação ativa dos adolescentes e estreita as relações entre alunos, professores e familiares (BRANCO *et al.*, 2007).

Assim, o acompanhamento dos adolescentes deve ser realizado não de forma pontual e isolada, mas centrada em ações integradas e articuladas com várias categorias profissionais. Conforme indica o PSE, as equipes de saúde da família deverão realizar atividades como, visitas recorrentes e permanentes às escolas, para avaliar as condições de saúde dos adolescentes, fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades e favorecer o desenvolvimento dos educandos, de forma que ocorra ao longo de todo o ano letivo, baseado na realidade local (FIGUEIREDO; MACHADO; ABREU, 2010).

Para que um Município possa aderir ao PSE é necessário que ele atenda a alguns critérios previamente estabelecidos, como Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB), atuação da Estratégia Saúde da Família e presença nos municípios de escolas que participam do Programa Mais Educação. Os valores dos critérios são anualmente repactuados pela Comissão Intersetorial de Saúde e Educação na Escola (CIESE), sendo publicados posteriormente em Portaria (BRASIL, 2011).

A Portaria nº 1.861 de 04 de setembro de 2008 (BRASIL, 2008d) definiu em seu artigo 2º os seguintes critérios para adesão de Municípios ao PSE:

- I) Municípios com IDEB menor ou igual a 2,69 nos anos iniciais do ensino fundamental e com 100% de cobertura populacional por Equipes Saúde da Família, na competência financeira abril de 2008;
- II) Municípios com os 20 menores IDEB abaixo da média nacional nos anos iniciais do ensino fundamental e com 100% de cobertura populacional por Equipes Saúde da Família em cada Estado;
- III) Municípios com escolas participantes do programa Mais Educação, considerando somente as escolas especificadas nesse programa.

Fortaleza foi, então, indicado pelo governo federal como possível município a aderir ao PSE, nesta primeira portaria pelo inciso III referido acima, que leva em conta a existência de escolas integrantes do Programa Mais Educação. Foi fixado o número máximo

de 174 equipes de saúde da família para atuar no programa que poderiam receber recursos financeiros do nível federal.

Válido ressaltar que esta foi a primeira portaria do PSE com a relação de municípios que preenchiam os critérios de adesão ao Programa e aptos a receber os recursos, e além de Fortaleza pode-se citar, mediante os mesmos critérios de adesão, apenas outras duas cidades do Estado do Ceará, pertencentes à região metropolitana de Fortaleza. Outras 16 cidades do Estado foram indicadas, não pelos mesmos motivos de Fortaleza, mas segundo os incisos I e II.

A partir da publicação da portaria, o município tem, portanto, o prazo de 90 dias para aderir ao PSE e após isso há a necessidade de registrar a manifestação de interesse em aderir ao Programa por meio do Projeto Municipal de Saúde na Escola e o termo de Adesão em formulário eletrônico adequado. Ressaltamos que essa manifestação não deve ser unilateral, ao contrário deve ser articulada entre Secretaria Municipal de Saúde e Secretaria Municipal de Educação. O Projeto Municipal deve ser elaborado pelo grupo de Trabalho Intersetorial, o qual possui representantes das Secretárias de Saúde e Educação do município (BRASIL, 20010c).

Na Portaria interministerial nº 3.696, de 25 de novembro de 2010 (BRASIL, 2010c), artigo 4º são descritos os itens que necessitam estar no Projeto Municipal, apresentadas a seguir:

- a) Diagnóstico situacional (determinantes sociais, cenário epidemiológico da população na faixa etária de 5 a 19 anos e às modalidades de ensino das escolas);
- b) Mapeamento da rede do SUS na ESF e da rede de escolas federais, estaduais e municipais;
- c) Identificação de cada instituição integrante do PSE, responsáveis das áreas de saúde e educação pelo acompanhamento do projeto e professor responsável pela articulação das ações de prevenção e promoção da saúde na escola;
- d) Atribuições conjuntas das Equipes de Saúde Família e das escolas, com programação das atividades incluídas no Projeto Político Pedagógico de cada uma das escolas;

- e) Proposta de funcionamento do Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI), incluindo um calendário de reuniões;
- f) Plano de Ação Local, contendo o cronograma das ações do Projeto, incluindo prazos e responsáveis pela execução.

Entendendo a proposta do PSE, pode-se compreender que a busca da conexão entre os setores da saúde e da educação pode ser um caminho fértil para a formação de sujeitos que amem a vida, que se cuidem e se respeitem e, em consequência, amem, cuidem e respeitem o outro, incluindo seu próprio planeta. Uma vida plena e abundante inclui a conscientização individual e coletiva com o bem-estar físico, psicossocial e espiritual de todos (OLINDA, 2009).

4 METODOLOGIA

4.1 Natureza do Estudo

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, que buscou compreender o PSE em suas dimensões de promoção da saúde, intersetorialidade e participação social.

A abordagem qualitativa é embasada no campo das ciências sociais, costuma ter como foco as instituições, os grupos, os movimentos sociais e o conjunto de interações pessoais. Podemos afirmar que a pesquisa qualitativa se situa no universo dos significados, motivações, percepções, nas crenças, nos valores, nas atitudes, bem como no aprofundamento das relações (MINAYO, 1996).

Segundo Turato (2005), o método qualitativo em saúde é a investigação na interpretação dos significados de caráter psicológico e sociocultural seja de pessoas pacientes, usuários, profissionais, familiares e indivíduos da comunidade acerca de fenômenos referentes a assuntos que abordem os problemas de saúde e doença.

4.2 Local de estudo

A pesquisa se desenvolveu em cinco escolas e cinco centros de saúde da família da Secretaria Executiva Regional (SERs) IV.

Fortaleza está dividida em seis Secretarias Executivas Regionais (SERs) para operacionalizar as demandas do município, em termos administrativos. As SER funcionam como instâncias responsáveis pelas políticas públicas municipais, cada uma dividida em distritos de saúde, educação, meio ambiente, finanças, assistência social e de infra-estrutura. Todas subordinadas e vinculadas a Secretaria Municipal de Fortaleza (FORTALEZA, 2007).

Dentro dessa organização administrativa, as Instituições de Ensino Superior desenvolvem atividades de estágios, visitas técnicas e pesquisas, nas SER pré-determinadas pelo Sistema Municipal de Saúde Escola de Fortaleza, conforme sua área de inserção. A

Universidade Estadual do Ceará (UECE) localiza-se na SER IV, o qual pertencem os centro de saúde da família onde realizou-se o estudo.

No município de Fortaleza, 155 escolas foram contempladas com o PSE e 73 unidades de saúde aderiram a esse programa, significando que algumas unidades de saúde são responsáveis por mais de uma escola.

Especificamente na SER IV, dos 12 centros de saúde da família existentes 10 fizeram adesão ao PSE, com 13 equipes de ESF envolvidas neste processo. Com relação ao número de escolas, essa regional possui 18 escolas com o PSE em funcionamento, conforme demonstrado no Quadro I.

Quadro - 1 Relação dos Centros de Saúdes da Família da SER IV, das Escolas contemplados com o PSE e a quantidade de alunos, 2011.

Unidades de Saúde	Escolas com PSE	Alunos do PSE
CSF Luis Costa	Escola Dom Manuel da Silva Gomes	445
CSF Filgueiras Lima	Escola Municipal Filgueiras Lima	190
Policlínica Nascente	EMEIF Maria de Carvalho Martins	980
	CMES Projeto Nascente	850
	EM Thomas Pompeu Sobrinho	621
CSF Oliveira Pombo	EMEIF José Batista de Oliveira	960
CSF Parangaba	EMEIF Cláudio Martins	768
	EEFM Joaquim Moreira de Sousa	392
CSFTurbay Barreira	EEFM Papa João XXIII	1160
	EEFM Cel. Prof. José Aurélio Câmara	601
	EEF Gal Manoel Cordeiro Neto	633
CSF Abel Pinto	EMEIF Paulo Sarasate	733
	EEFM Joaquim Alves	651
CSF Ocelo Pinheiro	EMEIF Vicente Fialho	621
CSF Luís Albuquerque Mendes	EMEIF Waldemar Barroso	919
	EMEIF Marcos Valentim P.de Sousa	787
	EMEIF Prof Jader Moreira de Carvalho	693
CSF Prof José Valdevino de Carvalho	CMES Valdevino de Carvalho	656
10 CSF - 18 Escolas – 13 equipes da Estratégia de Saúde da Família – 12660 alunos		

4.3 Delineamento e população

Para o estabelecimento do grupo de informantes levamos em consideração o que recomenda Gaskell (2005) em relação ao número de participantes de uma pesquisa qualitativa. Segundo este autor, a função da entrevista não é contar opiniões ou mesmo

quantificá-las e sim explorar os aspectos das opiniões e as diferentes representações e significações sobre o assunto questionado. Para tal, há um limite máximo de 15 a 25 entrevistas individuais que se necessita realizar e que é possível de se interpretar. Mesmo estabelecendo um valor numérico, Gaskell diz que é necessário um critério que auxilie no momento de decidir se o número de entrevistas já é suficiente e este critério seria o de saturação ou redundância, momento no qual o pesquisador percebe que as respostas se tornam semelhantes e não há mais situações novas ou divergentes a serem captadas. A partir deste momento, não haverá mais contribuições à compreensão do que se quer apreender, pois as respostas começam a se repetir.

Como o estudo não pretendeu avaliar a atuação do programa e sim compreendê-lo principalmente em relação à promoção da saúde, intersetorialidade e participação social, optamos por realizar o estudo nas escolas indicadas pelos gestores com melhor atuação no PSE, dessa forma foram incluídas cinco escolas ligadas a cinco centros de saúde da família.

O estudo utilizou como critério de inclusão para profissionais da saúde e educação a participação efetiva nas atividades do PSE, e para os estudantes ter idade entre 10 a 19 anos e ter o termo de assentimento assinado pelo responsável.

De cada escola fizeram parte dois educadores e de cada centro de saúde, dois profissionais. Além desses profissionais também participaram gestores da educação e da saúde e alunos.

Para a escolha dos participantes, estabelecemos que em cada escola, seriam entrevistados dois professores, preferencialmente sendo um deles o professor responsável pela coordenação e articulação das ações do PSE e o outro um professor participante do programa. Em cada unidade de saúde participaram dois profissionais de saúde, escolhidos intencionalmente, de forma a contemplar as diversas categorias profissionais da equipe mínima da ESF, bem como do NASF. Estava prevista a inclusão de seis gestores relacionados à execução e avaliação do programa sendo três da educação (Secretaria Municipal de Educação e Distrito de Educação) e três da saúde (Secretaria de Saúde e do Distrito de Saúde). Segundo orientações do responsável pelo PSE na Secretaria de Saúde apenas dois gestores foram entrevistados. Dessa maneira, ao final cinco gestores e não seis participaram do estudo.

Os alunos participaram de grupos focais, sendo que estava prevista a realização de cinco grupos focais, no entanto, foram realizados ao final três. Justica-se esse fato pelo não assentimento dos pais em algumas escolas na participação dos filhos no grupo. Em duas escolas foram incluídos seis estudantes e na outra houve a necessidade de excluir um aluno, decorrente da não apresentação do termo de assentimento dos responsáveis. No final, foram totalizados 16 alunos.

Assim, participaram da pesquisa 41 sujeitos. Destes, 10 educadores, 10 profissionais da saúde, 05 gestores e 16 alunos, conforme apresentado no Quadro 2.

Quadro - 2 Especificação dos sujeitos do estudo

CATEGORIA	Nº
Gestores*	05
Profissionais da educação**	10
Profissionais da saúde***	10
Alunos	16
Total	41

*gestores técnicos das Secretarias Municipais de Saúde e Educação e dos distritos regionais de Saúde e Educação; ** professores, coordenadores do programa Mais Educação, diretores ou vice-diretores das escolas; *** integrantes da ESF e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

4.4 Coleta de dados

A coleta de dados contou com três etapas: análise documental, entrevistas semi-estruturadas e grupo focal.

Os estudos qualitativos trabalham predominantemente com material discursivo ou outras formas de linguagens e suas perguntas norteadoras referem-se a objetos cuja natureza não admite uma resposta numérica no que diz respeito a valores absolutos, razões ou proporções ou distribuição de frequências (BOSI; MERCADO, 2004).

Quando o problema é abordado de forma qualitativa Silva e Menezes (2001, p.20) consideram que:

...há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números. A interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados são básicas no processo de pesquisa qualitativa. Não requer o uso de métodos e técnicas estatísticas. O ambiente natural é a fonte direta para coleta de dados e o pesquisador é o instrumento-chave. É descritiva. Os pesquisadores tendem a analisar seus dados indutivamente. O processo e seu significado são os focos principais de abordagem.

A análise documental constitui uma fonte de informações natural de onde podem ser retiradas evidências que embasam e corroboram os achados do pesquisador. Podem ser leis, regulamentos, normas, pareceres, cartas, arquivos escolares, discursos, livros, manuais e mesmo roteiros de programas de televisão (LUDKE; ANDRÉ, 1986).

Para a análise documental utilizamos os seguintes documentos: Projeto Municipal do Programa Saúde na Escola do município de Fortaleza, o decreto presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007 e o Caderno de Atenção Básica do Saúde na Escola. No entanto, para uma melhor compreensão do nosso objeto de estudo, mais dois documentos foram utilizados como apoio: a versão preliminar do PSE formatada após reunião com o Grupo intersetorial dos Ministérios da Saúde e da Educação e o Plano de Ação para Implementação da Caderneta de Saúde de adolescente, em nível local.

Ressaltamos em relação ao Projeto Municipal do PSE de Fortaleza, que o mesmo não possui uma sequência lógica de paginação, assim durante as citações deste documento ao longo da análise documental, não poderemos citar o número das páginas utilizadas.

Ao estudarmos os documentos propostos procuramos identificar elementos relacionados às categorias analíticas promoção da saúde, intersetorialidade e participação social, que nortearam todo o percurso trilhado na análise dos dados.

Para a concretização da segunda etapa realizamos entrevistas semi-estruturadas com os diversos atores sociais envolvidos, entre eles os profissionais de saúde, os professores (Apêndice A) e os gestores da saúde e da educação (Apêndice B). Nessa fase procuramos identificar a percepção e a compreensão dos mesmos a respeito do PSE, da importância da intersetorialidade, da participação social e onde cada um se percebe como segmento institucional do PSE. As entrevistas foram gravadas e transcritas pelo próprio investigador.

A entrevista para GASKELL (2005, p.65):

...fornece os dados básicos para o desenvolvimento e a compreensão das relações entre os atores sociais e sua situação. O objetivo é a compreensão detalhada das crenças, atitudes, valores e motivações, em relação aos comportamentos das pessoas em contextos sociais específicos.

As questões contempladas na entrevista semiestruturada devem abordar questões norteadoras, mas que permitam a partir das respostas do entrevistado tornar-se flexíveis (CRUZ NETO, 1994).

Na etapa que envolveu os alunos foram realizados três grupos focais utilizando um roteiro norteador (Apêndice C). Optamos trabalhar com os adolescentes com a técnica de grupo focal por considerar que este tipo de atividade estimula a discussão entre os jovens, os deixando mais à vontade para falar e dar suas opiniões, por estarem entre seus pares.

A técnica do grupo focal compreende um debate de seis a oito pessoas, onde os participantes expressam e compartilham ideias, ponto de vistas, percepções e experiências, inerentes a um assunto comum, em um ambiente holístico conduzido por um moderador (GASKELL, 2005).

Dezesseis alunos participaram dos grupos focais. Os grupos aconteceram na escola, foram conduzidos pela própria pesquisadora, e contou com o apoio de uma bolsista de iniciação científica.

Para a concretização do grupo focal, procuramos antecipadamente as escolas e entramos em contato com o professor coordenador do Programa Mais Educação onde foi explicado o objetivo do grupo focal e explicado nesse momento a necessidade da permissão dos pais para a participação dos alunos formalizada em termo de assentimento apropriado. Para cada escola foram convidados a participar oito alunos, e partir do recebimento do termo de consentimento agendamos o grupo focal. Durante a execução do grupo focal, os alunos foram identificados por números e as falas foram gravadas.

4.5 Análise dos dados

Após a transcrição das entrevistas e dos grupos focais realizamos a análise temática, orientada pelas questões norteadoras e categorias analíticas do estudo, segundo as respostas mencionadas nas falas, classificando as mesmas por categorias.

A análise dos resultados gerados pelos documentos, entrevistas e grupos focais foi norteada pelas categorias analíticas baseadas nos objetivos do estudo, que foram promoção da saúde, intersetorialidade e participação social na execução do PSE. A partir da leitura exaustiva do material gerado, a categoria empírica dificuldades relacionada ao PSE se impôs também como categoria norteadora.

Para a análise dos documentos, organizamos todo o material, identificando e relacionando as partes comuns e repetidas. Segundo Ludke e André (1986) é necessário organizar os dados em um processo repetitivo de várias leituras dos documentos registrados, e em seguida após releituras, a tentativa de constatar ou detectar temas e temáticas mais comuns. E a partir de então, a identificação de categorias ou tipologias.

O material analisado foi apresentado de maneira discursiva adicionado de citações textuais dos participantes no sentido de ilustrar a compreensão e também de conferir maior fidedignidade aos achados.

4.6 Aspectos Éticos

Em conformidade com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, os aspectos éticos e legais envolvendo pesquisas com seres humanos foram apreciados, desde a garantia de sigilo, do anonimato, da confidencialidade e a privacidade, bem como o direito assegurado da desistência de participação da pesquisa.

Os participantes da pesquisa e responsáveis foram adequadamente informados dos objetivos da pesquisa e assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice D).

O projeto foi encaminhado para apreciação do Sistema Municipal de Saúde Escola de Fortaleza, que após o parecer favorável e assinatura da folha de rosto do projeto de pesquisa do Conselho Nacional de Pesquisa (CONEP), foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UECE, sob o parecer nº 11223278-7 (Apêndice E).

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 Análise documental

Com base nas categorias analíticas propostas pré-estabelecidas, iniciaremos a discussão procurando identificar a presença de aspectos relacionados respectivamente à promoção da saúde, a intersetorialidade e a participação social nos documentos estudados.

5.1.1 Promoção da saúde

Os documentos analisados apontam que o modelo de assistência ao escolar é pautado em ações focadas no controle das doenças e baseado no modelo biomédico e não se mostrou eficaz, necessitando mudanças, conforme demonstra o projeto municipal:

A educação para a saúde caracterizava-se pela transmissão vertical de informações sobre temas isolados e não com o desenvolvimento de habilidades para viver (FORTALEZA, 2008).

As comunidades educativas eram sobrecarregadas de múltiplas intervenções desarticuladas, dirigidas a solução de problemas pontuais sem estratégias claras de operação e de integração entre as intervenções (FORTALEZA, 2008).

A hegemonia do paradigma biomédico nas práticas de saúde no Brasil sustenta uma concepção de saúde vinculada ao surgimento, prevenção e cura de moléstias que conseqüentemente não respondem às necessidades e demandas sociais de saúde da população e também não impulsiona a capacidade das pessoas de assumirem o autocuidado (SILVA *et al.*, 2009; DANTAS; REZENDE; PEDROSA, 2009).

Essa concepção assistencialista, historicamente também tem sido utilizada para abordar as temáticas de saúde no espaço escolar, remetendo-se ao estabelecimento de normas e condutas de saúde a serem seguidas, evidenciando a hegemonia biomédica e execução nos processos educacionais da pedagogia tradicional (DANTAS, REZENDE; PEDROSA, 2009).

Figueiredo, Machado e Abreu (2010) também pontuam que esse tipo de educação em saúde centralizadora e com intervenções pontuais não tem implicado na modificação de hábitos e condutas mais saudáveis no grupo escolar.

No Caderno de Atenção Básica encontramos um comentário que corrobora com a necessidade de mudança no modo de trabalhar a saúde na escola:

A partir dos anos 50 até o início dos anos 2000, passando pela redemocratização do Brasil e pela Constituição Federal de 1988, muitas foram as iniciativas e abordagens que pretendiam focalizar o espaço escolar e, em especial, os estudantes, a partir e/ou dentro de uma perspectiva sanitária. Em sua maioria, tais experiências tiveram como centro a transmissão de cuidados de higiene e primeiros socorros, bem como a garantia de assistência médica e/ ou odontológica. Assim, centraram-se na apropriação dos corpos dos estudantes, que, sob o paradigma biológico e quaisquer paradigmas, deveriam ser saudáveis (BRASIL, 2009a, p.7).

O reconhecimento da ineficiência desse modelo assistencialista, medicalizado e desarticulado foi primordial para a busca de outra maneira de realizar educação em saúde para alcançar os jovens em idade escolar. Importante também o reconhecimento de que as ações de saúde devem ser articuladas com os currículos pedagógicos e com a rotina da escola, conforme demonstra o projeto municipal:

[...] a escola não seja tomada apenas como espaço onde acontecem ações de saúde desarticuladas dos fazeres pedagógicos curriculares cotidianos e da função social da escola (FORTALEZA, 2008).

Para alcançar uma educação em saúde baseada numa concepção positiva de saúde e na concepção da escola como espaço propício para o desenvolvimento juvenil ressalta-se a necessidade da adoção dos temas transversais previstos nos parâmetros curriculares nacionais como prática de rotina no conteúdo das disciplinas. Os parâmetros curriculares nacionais foram estabelecidos justamente para contribuir no processo de construção da cidadania no ideal de igualdade dos direitos dos cidadãos, fundamentados em princípios éticos e democráticos (IERVOLINO, 2000).

A escola se constitui em um espaço privilegiado para implementação de políticas públicas (PENSE, 2009), uma vez que 97,6% de crianças e adolescentes de 07 a 14 anos e 82,1% de 15 a 17 anos estão na escola (IBGE, 2008), ou seja, o público alvo já está no local e é alvo na rotina de atividades curriculares, bem como pode ser proveitoso programar ações de promoção, proteção e prevenção na saúde do escolar em uma fase de aprendizagem.

A literatura reforça a importância da promoção da saúde no grupo de escolares, uma vez que a maior parte dos estudantes convive em ambientes nocivos e inadequados para a manutenção da saúde, propiciando situações de exclusão social, bem como exposição a morbidades, maus tratos, abuso sexual, violência, drogas e acidentes, ou seja, são inúmeros os

fatores de risco a que os escolares estão continuamente expostos e também suscetíveis a desenvolver uma rotina de atitudes e ações consideradas de risco (CERQUEIRA, 2007).

A alusão à promoção da saúde se encontra claramente presente ao longo de toda a construção do PSE. Tal fato é comprovado pelo projeto municipal, uma vez que entre os princípios organizativos desse documento está a promoção da atenção integral à saúde.

Para evidenciar esse princípio organizativo o caderno de atenção básica propõe a avaliação das condições de saúde das crianças, adolescentes e jovens dentro de uma abordagem de promoção da saúde escolar.

Na efetivação de ações de promoção de saúde é necessário o estabelecimento de parcerias que unifiquem o empenho individualizado e que mobilizem ações coletivas de diferentes grupos e instituições, bem como ações intersetoriais de diferentes níveis do setor político e governamental (BUSS, 2009; WESTPHAL, 2006; PEREIRA; PENTEADO; MARCELO, 2000).

Autores consideram a promoção da saúde como uma estratégia de mudança nos modelos tecnoassistenciais, buscando novas possibilidades de ensino, novos saberes e fazeres, da participação dos vários sujeitos, da associação do processo saúde e doença como produção social e na busca de alternativas de qualidade de saúde e vida (SILVA *et al.*, 2009; WESTPHAL, 2006).

Nesse ponto, os documentos analisados reconhecem em alguns trechos a escola como instituição parceira para a promoção da saúde, quando cita a escola com um papel fundamental na promoção de saúde dos jovens e reconhece o ambiente escolar como privilegiado para as práticas promotoras da saúde, como verificamos abaixo:

[...] função social da escola entendida como espaço e tempo de aprendizagens científicas e culturais que promovam a cidadania emancipatória. A escola é um importante espaço para o desenvolvimento de um programa de educação para a saúde entre crianças e adolescentes. 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 (BRASIL, 2009a, p.15).

[...] ressaltamos a importância das escolas como espaço nuclear para transformações sociais e construção da cidadania (FORTALEZA, 2008).

Silva e Delorme (2007) destacam a escola como espaço de grande relevância para a promoção da saúde, quando contribui na formação crítica do conhecimento dos estudantes,

no estímulo à autonomia, no hábito de assumir comportamentos mais saudáveis, consequentemente no controle de sua própria saúde.

Para ilustrar esse ponto, é possível checar no projeto municipal a importância da saúde na formação do escolar, no seguinte trecho:

Apresenta a proposta de um novo desenho da política de educação em saúde que trata a saúde e a educação como parte de uma formação ampla para a cidadania e o usufruto pleno dos direitos humanos (FORTALEZA, 2008).

A promoção da saúde pressupõe mudança de direcionamento, como forma de buscar uma transformação social, embasadas em ações fundamentadas em uma visão holística de saúde. Para tal é necessário a busca do empoderamento como potencial de cada ser para interferir no processo de saúde e doença (WESTPHAL, 2006).

Analisando a maneira como é descrita a execução do programa no detalhamento das ações do projeto municipal observa-se que um dos cinco componentes, precisamente o segundo é nomeado como promoção da saúde e prevenção. Tal componente é encontrado nos documentos que serviram de apoio na análise documental da pesquisa. No entanto, no caderno de atenção básica apenas o componente avaliação das condições de saúde é detalhado minuciosamente inclusive com atribuições de cada profissional da saúde. Desse modo, evidencia-se no caderno de atenção básica, a promoção da saúde não como um componente, mas sim como estratégia geral para operacionalização das ações do programa. Isto parece reforçar a visão biomédica da saúde que trabalha com maior ênfase as ações de avaliação da saúde para prevenir e tratar doenças, em detrimento de ações de promoção da saúde.

Um aspecto que merece ser discutido é que ações de promoção da saúde estão explicitamente previstas nos documentos, porém a maneira de execução destas ações deixa dúvidas quanto a sua efetividade. Do projeto municipal foram extraídos trechos onde consta a orientação de execução de um número mínimo de ações educativas:

A realização de pelo menos uma ação de prevenção ao tabaco, álcool e drogas, durante um ano letivo... (FORTALEZA, 2008).

A realização de pelo menos uma ação de Promoção da Cultura da Paz em cada ano letivo... (FORTALEZA, 2008).

Esse aspecto também é encontrado na versão preliminar do PSE formatada após reunião com o Grupo intersetorial como apresentamos a seguir:

Durante cada ano letivo, atingir a todas as crianças e jovens das escolas a serem atendidas no PSE, com ao menos uma ação de prevenção ao tabaco, álcool e drogas (BRASIL, 2008c, p. 41).

Durante cada ano letivo, atingir a todas as crianças e jovens das escolas a serem atendidas no PSE, com ao menos uma ação de promoção da cultura da paz (BRASIL, 2008c, p. 42).

Se o decreto propõe que as ESF realizem visitas periódicas e permanentes às escolas integrantes do Programa, na busca de avaliar as condições de saúde dos estudantes, proporcionando o atendimento integral ao longo do ano letivo e atendendo as necessidades de saúde identificadas no ambiente escolar, por que então estabelecer um número mínimo de ações de promoção de saúde ao ano, que na realidade possam levar a ações concretas de autocuidado com a saúde e de ações preventivas? A nosso ver, da maneira como está posto nos documentos se caracteriza mais como uma ação focalizada e campanhista. Se o programa preconiza a articulação entre os setores e continuidade das ações, atividades que promovam a saúde no ambiente escolar e familiar deveriam fazer parte da rotina do escolar e estar inseridas nos temas transversais da escola, no entanto, assim não acontece, os próprios documentos se contradizem em alguns momentos.

Na análise documental fica evidente a necessidade de ultrapassar o modelo verticalizado e desarticulado na condução da saúde dentro da escola e que a proposta do PSE está voltada para um modelo educativo diferenciado. Percebemos nos documentos a promoção da saúde como norteadora do PSE e a intenção de oferecer um cuidado integral, com uma visão holística e aproveitamento do ambiente escolar acrescentando o programa no projeto político-pedagógico da escola. Constatamos essas características durante toda a leitura, no entanto, não fica claro como tais ações se concretizariam no cotidiano escolar e nem como ocorreria a inclusão das ações no projeto político-pedagógico das escolas, ou seja, quando se trata de operacionalização, de como o programa vai ser construído e implementado na rotina do serviço público, ainda há lacunas e imprecisões.

5.1.2 Intersetorialidade nas ações de educação e saúde

Na construção desta categoria analítica, procuramos identificar como a intersetorialidade é pensada na concepção do PSE. Nos documentos, a articulação entre os setores surge como um dos pilares do programa, juntamente com a promoção da saúde e o controle social.

Facilmente encontramos nos documentos analisados essa característica, como destacamos a seguir, no decreto presidencial:

Art. 3º O PSE constitui estratégia para a integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de educação e de saúde, com a participação da comunidade escolar, envolvendo as equipes de saúde da família e da educação básica (BRASIL,2007a).

Art. 4º As ações em saúde previstas no âmbito do PSE considerarão a atenção, promoção, prevenção e assistência, e serão desenvolvidas articuladamente com a rede de educação pública básica e em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS (BRASIL,2007a).

O projeto municipal evidencia em alguns trechos a intersetorialidade como diretriz para organização das ações do PSE:

Apresentava-se então um desafio, o desenvolvimento de uma estratégia que contemplasse a intersetorialidade na busca da superação dos problemas referidos, abordando também fatores de ordem conceitual, metodológica e operacional, no sentido de elaborar uma política intersetorial para a saúde do escolar (FORTALEZA, 2008).

[...] as secretarias de saúde e educação irão implementar a articulação entre as políticas de saúde e de educação, e em consequência, as suas redes, promovendo a gestão intersetorial descentralizada do PSE (FORTALEZA, 2008).

No decreto presidencial a intersetorialidade aparece como: descentralização e respeito à autonomia federativa; integração e articulação das redes públicas de ensino e de saúde; territorialidade; interdisciplinaridade e intersetorialidade; integralidade; cuidado ao longo do tempo; controle social; monitoramento e avaliação permanentes.

Para Westphal (2000, p.46) intersetorialidade “representa uma mudança de atitude que deve predispor políticos, acadêmicos e técnicos para a interação e integração de saberes entre si e destes com a população”.

A intersetorialidade conceitualmente prima em superar a visão mecanicista, especialista e fragmentada evidenciada nas políticas públicas e no setor saúde. Significa adotar uma compreensão ampla do conceito de saúde, justaposto com a interdisciplinaridade, a multidisciplinaridade e a incorporação de diversos campos que afetam os determinantes de saúde formulação e implementação nas políticas (BUSS, 2000).

O PSE quando busca a intersetorialidade, está contribuindo para o fortalecimento de políticas públicas voltadas para a saúde integral de crianças e adolescentes, com ações de

promoção de saúde no âmbito escolar e envolvendo setores essenciais para a formação de escolares.

A escola, dentro de uma perspectiva de formação integral dos alunos deve se associar a outros setores na busca de mudança social. Essas alianças podem ser estabelecidas para a complexa tarefa de fazer com que alunos se transformem em sujeitos de sua saúde, como coparticipantes do processo de saúde e doença (BRASIL, 2009a). Para tal objetivo é necessário se dar continuidade a trabalhos de educação em saúde que envolva orientações para mudanças de comportamentos de risco essenciais à promoção de hábitos saudáveis, e o envolvimento dos participantes no autocuidado (MATIAS, 2001).

O PSE, a partir de seus documentos demonstra preocupação com a formação integral do aluno. Tal afirmação pode ser percebida a partir dos seguintes trechos retirados do projeto municipal e apresentados abaixo:

As secretarias de saúde e de educação de Fortaleza reconhecem a relevância do programa, em especial pela proposta de subsidiar a construção de uma Política Nacional de Saúde na Escola (FORTALEZA, 2008).

[...] proposta de um novo desenho da política de educação em saúde que trata a saúde e a educação, como parte de uma formação ampla para a cidadania e o usufruto pleno dos direitos humanos (FORTALEZA, 2008).

Torna-se evidente na análise documental que o PSE tem como objetivo contribuir para a concretização das ações dos temas transversais dentro da escola, o que é muito significativo, pois vem reforçar atividades já previstas, como um programa baseado em uma política que busca a intersetorialidade entre saúde e educação.

O plano de execução das ações do PSE deve estar incluído na rotina dos escolares, como forma de garantir a execução dos temas transversais. O trecho abaixo retirado do projeto mostra essa preocupação:

[...] os temas prioritários serão incluídos de forma transversal e contínua nos projetos políticos-pedagógicos das escolas e na abordagem comunitária das equipes da estratégia de saúde da família, observando o enfoque dos determinantes sociais da saúde e da promoção da saúde (FORTALEZA, 2008).

Outro ponto relevante, é que as idéias principais para execução dos componentes do PSE não devem ser retratadas como algo imposto, são apenas diretrizes para encaminhar os profissionais da saúde, da educação e o gestor na implementação do PSE. O projeto

municipal reconhece a necessidade de serem avaliadas as necessidades locais, no seguinte argumento:

... reconhece a existência de diversidades locais e prevê a elaboração conjunto de projeto, de forma a contemplar a adequação à realidade da educação e de saúde (FORTALEZA, 2008).

Campos, Barros e Castro (2004), reforçam a ideia de que a intersetorialidade reflete a realidade do território e da população, não podendo ser uma estratégia aplicada igualmente em qualquer local. Ao contrário, deve responder as necessidades de saúde do local, mobilizando vários setores e principalmente a comunidade no diagnóstico de saúde.

O projeto municipal acata as sugestões de âmbito nacional, mas também procura aproveitar as ações já previstas e desenvolvidas dentro do espaço escolar, como verificamos abaixo:

As equipes farão o levantamento dos temas sugeridos pelos ministérios da saúde e da educação, verificando os que se encontram incluídos nos projetos políticos pedagógicos, bem como os enfoques e abordagens utilizadas e o desenvolvimento das ações no cotidiano escolar (FORTALEZA, 2008).

As ações estarão inseridas nos programas/projetos já desenvolvidos pela escola, de forma que, resulte em atitudes contínuas e consistentes (FORTALEZA, 2008).

Até mesmo, por que algumas atividades já eram desenvolvidas antes do PSE, como ações de saúde bucal, vacinação do escolar, as atividades do projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE) e educação em saúde de temas relevantes para o escolar. No entanto, eram ações fragmentadas e focais, e sem a participação da comunidade escolar na sua execução. O PSE sugere a busca do compromisso de todos (professores, alunos, profissionais da saúde, pais, comunidade) na efetivação e monitoramento do programa. Reforçamos que este deveria ser o diferencial do PSE. Está bem clara a recomendação de ações que resultem em atitudes contínuas e consistentes e não ações pontuais e campanhistas, pois estas últimas somente levarão a atitudes pontuais.

O caderno de atenção básica trata justamente de ações do PSE a serem desenvolvidas pelas equipes de saúde da família e foi direcionado para os profissionais de saúde, o que pode fazer com que a educação fique excluída, pois ele estabelece atribuições específicas a serem cumpridas pelos profissionais da saúde e não menciona o papel da escola no desenvolvimento dessas ações. Este fato remete a setorialização, o que não condiz com as ideias centrais de intersetorialidade. Assim, a distribuição de tarefas específicas para uma

categoria profissional pode remeter a esse profissional que ao realizar uma determinada atividade, sua participação no programa estará encerrada, quando na verdade, a promoção da saúde não está atrelada a uma atividade específica e sim a uma rede complexa de fatores e determinantes de saúde que interferem no processo de saúde e qualidade de vida dos indivíduos e coletividades. Assim sendo, se esse profissional realiza sua atividade isoladamente, sem a participação de profissionais de outro setor, como fica a intersectorialidade?

Devemos entender que as ações do PSE, não devem ser executadas de forma desarticuladas, mas sim com a presença de profissionais da saúde e educação dialogando e desenvolvendo estratégias de ações conjuntas. Evidente que no componente de avaliação das condições de saúde, algumas ações necessitam obrigatoriamente de alguns profissionais da saúde. No entanto, isso não significa que o professor não esteja envolvido.

No projeto municipal encontramos a participação do professor na identificação de situações que podem sugerir alguma alteração na saúde do escolar com consequente encaminhamento para a ESF:

[...] os professores em sala de aula identificarão os alunos com suspeitas auditivas durante o processo de aprendizagem e os encaminhamentos aos serviços de AB/SF[...] Os alunos com suspeitas de alterações na capacidade visual serão encaminhados aos serviços de AB/SF[...] (FORTALEZA, 2008).

O percurso desse estudo nos remete a reflexão sobre qual a real diferença entre o PSE e os demais programas voltados para a saúde do escolar que o antecederam. Na construção dessa categoria percebemos que o PSE é direcionado para a intersectorialidade, enquanto os anteriores não são, uma vez que os dois setores não planejavam conjuntamente. As ações eram focais e campanhistas, enquanto que o PSE propõe o rompimento com essas características ao reconhecer na intersectorialidade um norte na construção e desenvolvimento das ações propostas pelo programa.

No entanto, mesmo identificando nos documentos trechos que mostrem a intersectorialidade como orientação do programa e o fato do projeto municipal ter sido planejado por um grupo gestor intersectorial, não fica claro quais ações deveriam ser executadas conjuntamente. Não fica evidente como a interdisciplinaridade será desenvolvida. No Caderno de Atenção Básica, como já dito anteriormente se encontra detalhada a função de cada profissional da saúde, porém o papel dos professores fica restrito à detecção de alterações que possam sugerir algum agravo à saúde fato observado no seguinte trecho:

Os professores e demais profissionais da escola podem e devem participar na detecção de certas necessidades de saúde, com o auxílio de profissionais de saúde. Já é bem conhecido esse papel na suspeição de problemas de visão, audição e de transtornos de aprendizagem. Essa função pode ser estendida a questões que exigem observação do comportamento por longo período, sobressaindo aquelas relacionadas à saúde mental, comentadas anteriormente (BRASIL, 2009a, p. 28).

Estas são ações de prevenção e tratamento de agravos, que demonstram a força que o modelo biomédico ainda exerce na saúde. Não se identifica, portanto, ações de promoção da saúde que deveriam ser desenvolvidas no cotidiano escolar, mesmo o programa prevendo capacitação dos professores, não fica claro como e em que momento estes poderiam desenvolver atividades de promoção da saúde em sala de aula.

Outro assunto relevante encontrado no projeto municipal é a criação do Observatório de Saúde Escolar, como pode ser percebido na seguinte passagem:

Observatório de Saúde Escolar que incluirá o banco de tecnologia social e a definição de linhas de pesquisa necessárias à transformação da realidade, que poderão ser desenvolvidas em parceria com o Sistema Municipal de Saúde Escola, em seus processos formativos e com outras instituições de ensino e pesquisa (FORTALEZA, 2008).

O observatório está presente apenas no projeto municipal, sendo uma iniciativa das Secretarias de Saúde e Educação. Foi instituído como instrumento para atender aos objetivos de monitoramento e avaliação da articulação entre o setor da saúde e da educação apreciando as dimensões políticas, organizacionais, culturais e éticas. É uma forma de identificar e promover a intersetorialidade.

Segundo o projeto municipal, a participação no desenvolvimento do Observatório de Saúde Escolar, é uma das atribuições das ESF e das escolas. Por meio da construção de salas de situação intersetorial, almejando auxiliar a gestão, o planejamento, o monitoramento, a avaliação e o desenvolvimento da educação permanente dos sujeitos envolvidos no programa.

Avaliamos que este instrumento pode ser valioso se construído coletivamente, pois supostamente fortalece a intersetorialidade, promove a interlocução e incentiva a pesquisa científica.

Um dos nossos questionamentos é se esse observatório está acontecendo e caso sim como está acontecendo. Na leitura dos documentos, em nenhum momento está posto como este será feito, é apenas mencionado de forma superficial e não há um direcionamento de sua implementação.

Nos documentos, o programa é direcionado pela articulação entre os setores da educação e da saúde. No entanto, não está explícito como serão desenvolvidas essas ações. Não identificamos como serão planejadas e executadas conjuntamente no nível local, bem como não sabemos ao certo se as ações propostas pelo PSE se encontram incluídos nos planejamentos ou projetos pedagógicos das escolas.

A elaboração e execução de políticas públicas pautadas na organização de processos intersetoriais e interdisciplinares de trabalho ainda é um desafio a ser enfrentado, mesmo com os progressos atuais, como estabelecimento de regulamentos, programas, atribuições e financiamento traçadas em nível nacional, estadual e municipal, pois ainda temos que superar a tradicional lógica de ação setorial, fragmentado e desarticulado (DANTAS; REZENDE; PEDROSA, 2009; WESTPHAL, 2006).

Enfatizamos que na execução das ações do PSE, mesmo com a distribuição de alguma tarefa específica para um profissional, o objetivo é que todos estejam envolvidos durante o processo de trabalho. No entanto, os documentos deveriam deixar mais bem estabelecidos como isto deveria ocorrer.

Refletimos que o PSE é um programa recente, a adesão do município de Fortaleza ocorreu em 2008, sendo assim um desafio a construção de uma trajetória para promoção da saúde do escolar norteadas pela intersetorialidade. A parceria entre saúde e educação prevista no PSE busca essa interdisciplinaridade a partir do envolvimento de vários sujeitos. Este caminho não é simples. É muito mais fácil trabalhar sozinho, sem a interferência dos outros. No projeto municipal, mesmo tendo sido construído em conjunto não conseguimos identificar como a articulação entre os dois setores acontecerá em nível local.

5.1.3 Participação comunitária na construção e execução do PSE

Esta categoria analítica encontra-se entre os objetivos do PSE, segundo o decreto interministerial que preconiza o fortalecimento da participação comunitária nos setores da educação básica e no setor da saúde.

Encontramos na versão preliminar do PSE formatada após reunião com o Grupo intersetorial dos Ministérios da Saúde e da Educação, o argumento de que a escola seria “espaço privilegiado para o encontro dos diversos atores e para a construção coletiva de um

ambiente saudável, por meio de trocas e produções compartilhadas de saberes e práticas” (BRASIL, 2008c, p.8).

Fato concreto é a presença dos mais variados sujeitos no ambiente escolar, que acabam na edificação de idéias, culturas, experiências, conhecimentos e troca de saberes que culminam com o desenvolvimento de uma vida mais saudável.

O Ministério da Saúde compreendeu isso ao expressar nos documentos analisados a importância da presença constante de variados sujeitos como os professores, outros trabalhadores presentes na escola (merendeiras e porteiros), família, alunos e voluntários, interferindo e agindo no meio escolar exercendo papéis distintos e contribuindo para a reflexão sobre a vida e o mundo. Tal espaço dinâmico deve ser compreendido pelas equipes de Saúde da Família no processo de cuidar.

Esse encontro de saberes gera o que se convencionou chamar “cultura escolar”, que assume expressão própria e particular em cada estabelecimento, embora apresente características comuns a tudo aquilo que é típico do mundo escolar (BRASIL, 2009a, p.15).

Compreendendo essa interação entre os vários sujeitos envolvidos na escola, prontamente identificamos no texto do projeto municipal, passagens que destacam a importância da participação comunitária:

[...] promove a articulação de saberes, a participação de alunos, pais, comunidade escolar e sociedade em geral na construção e controle social da política (FORTALEZA, 2008).

[...] participação de crianças e adolescentes neste processo, como um processo pedagógico e de empoderamento, contribui também para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde, considerando que a participação social constitui-se uma de suas diretrizes (FORTALEZA, 2008).

[...] Participação de ONGs, movimentos sociais e iniciativas comunitárias, que possam contribuir par ao desenvolvimento integral e a qualidade de vida das crianças e adolescentes (FORTALEZA, 2008).

Westphal (2006) afirma que a promoção da saúde nos seus aspectos conceituais e operacionais está diretamente associada à participação da comunidade na definição e estruturação das políticas e no controle social. Sendo que a participação comunitária é caracterizada pela ação comunitária e empoderamento coletivo.

A literatura coloca que para realizar um processo político pedagógico baseado na busca de adquirir um pensar crítico e reflexivo da realidade, na identificação de ações que transformem um indivíduo e uma comunidade para melhoria da qualidade de vida, é

necessário utilizar ferramentas como autonomia, emancipação e capacidade de tomar decisões (MACHADO *et al.*, 2007).

Na construção do PSE, algumas ferramentas encontradas no projeto municipal possibilitam a participação comunitária, como o incentivo ao controle social, a mobilização social e o planejamento participativo, descritos a seguir:

Mobilização social com ampla participação dos profissionais de saúde, população e gestão, tendo como método de trabalho o planejamento participativo (FORTALEZA, 2008).

[...] o estabelecimento de prioridades, metas e resultados esperados, serão planejados e acordados entre equipe e comunidade escolar (FORTALEZA, 2008).

[...] fortalecer fluxos já existentes e estabelecer novos fluxos com outras políticas públicas que incidirem no território, e também com ONGs, movimentos sociais e iniciativas comunitárias, que possam contribuir para o desenvolvimento integral e a qualidade de vida das crianças e adolescentes (FORTALEZA, 2008).

As ações comunitárias concretas e efetivas pautadas em prioridades é uma ferramenta da promoção da saúde, na medida em que propicia a tomada de decisão, dirigindo suas metas para melhorar as condições de saúde e de vida do indivíduo e da coletividade. O cerne da participação comunitária é evidentemente o incremento do poder das comunidades, ampliando e fortalecendo as tomadas de decisões que afetem sua vida (BRASIL, 2002).

Bursztyń e Ribeiro (2005) refletem que é um desafio para as equipes de saúde facilitar a participação social e por isso mesmo compete à gestão, apoiar a participação e o desenvolvimento do trabalho em equipe.

Mesmo sendo um desafio, Campos, Barros e Castro (2004) reconhecem como valiosa a mobilização social para melhoria da qualidade de vida e como potencializadora da transformação social.

Acreditamos que, da mesma maneira que garantir a participação social na saúde não é uma tarefa fácil, na educação também não deve ser. Portanto, o trabalho conjunto pode ajudar os dois setores a encontrar o caminho que garanta ao cidadão seu envolvimento com o processo de educação em saúde.

As ações desenvolvidas nas escolas ganham qualidade quando a equipe de saúde está capacitada para o desenvolvimento do trabalho, avançam no planejamento e a avaliação é realizada com os adolescentes, com a comunidade escolar e com a família. Assim o resultado será favorecer o desenvolvimento de habilidades para a vida, incentivar a participação dos

estudantes e famílias e qualificar as relações entre os diversos sujeitos (BRANCO *et al.*, 2007).

Dantas, Rezende e Pedrosa (2009), também colocam o fortalecimento da participação comunitária escolar para a efetivação do controle social como um desafio para a integralidade e a intersetorialidade entre saúde e educação.

Na análise dos documentos ficou evidente a importância dada pelos autores para a participação comunitária no processo educativo. No entanto, esta foi posta de maneira superficial, sem a apresentação de metas e descrição de sua operacionalização.

A escola é descrita como espaço para ações de promoção da saúde de crianças e adolescentes, com mudanças de atitudes e desenvolvimento de capacidades para enfrentamentos individuais e coletivos na melhoria de qualidade de vida e saúde. Percebemos essa idéia no cerne da constituição do PSE, no entanto, acreditamos que o caminho para alcançar transformações sociais precisa ser construído com a participação de toda uma sociedade e o projeto municipal foi concebido e escrito apenas pelos gestores das secretarias de saúde e da educação. Portanto, reiteramos a importância da participação da comunidade escolar no desenvolvimento de ações que objetivem a formação integral de cidadãos.

A partir da análise dos principais documentos que deram origem ao PSE em Fortaleza ficaram evidentes os seguintes aspectos: a promoção da saúde e intersetorialidade como pontos importantes do programa e a presença de um grupo gestor intersetorial na elaboração do projeto municipal.

No entanto, encontramos alguns questionamentos que não foram respondidos nas leituras dos documentos e que podem ser consideradas fragilidades do programa. São eles: falta de clareza sobre o planejamento realmente intersetorial das ações e sobre como e quem irá desenvolvê-las; se as ações propostas estão fazendo parte do plano político pedagógico da escola; como aconteceram ou acontecerão as capacitações previstas para os educadores em temas referentes à saúde e por fim, como se encontra o andamento do observatório escolar.

Apesar das fragilidades e questionamentos apontados o reconhecimento da necessidade de superar o modelo assistencial verticalizado, para um modelo com uma visão holística dos indivíduos, uma concepção de saúde ampliada, a promoção da saúde presente, a

busca da articulação entre diversos setores, o envolvimento da comunidade no planejamento e execução do PSE, apontam um caminho possível para mudanças nas práticas de saúde e de educação, no contexto escolar. A partir das leituras dos documentos percebemos o PSE como um programa factível e exequível, que necessita como apontado anteriormente, algumas definições a respeito de sua operacionalização.

5.2 Análise das entrevistas dos gestores

O perfil dos cinco gestores informantes, é apresentada no Quadro 3 abaixo, sendo que para preservar o anonimato dos participantes, indicamos ao final das falas a letra G seguida do número da entrevista.

Quadro - 3 Perfil dos gestores informantes.

Sujeitos	Idade	Sexo	Setor	Categoria profissional
G1	30	F	Distrito de Saúde	Educador Físico
G2	57	F	Distrito de Educação	Pedagoga
G3	42	F	Secretaria Municipal de Saúde	Enfermeira
G4	60	M	Secretaria Municipal de Educação	Pedagogo
G5	20	F	Secretaria Municipal de Educação	Pedagoga

A partir das categorias analíticas pré-estabelecidas: promoção da saúde no PSE, intersectorialidade entre saúde e educação no PSE, participação social, bem como a categoria que trata das dificuldades apontadas em termos de operacionalização do mesmo, foi realizado a análise e discussão das falas dos gestores a seguir.

5.2.1 Percepção do gestor sobre a promoção da saúde no PSE

Quando indagados acerca dos objetivos do programa os mesmos são enfáticos ao afirmar que o PSE tem o papel de formar e preparar os alunos para serem cidadãos melhores e conscientes de sua participação no processo de saúde e doença enfatizando a formação integral desses estudantes.

Esse objetivo tanto da educação como da saúde, no foco do PSE, seria no formar, cidadãos conscientes tanto na higiene pessoal, do cuidado com a sua saúde, e automaticamente transformar num futuro, bem mais promissor com relação à saúde pública (G1).

A partir da fala de um gestor foi possível perceber a promoção da saúde como norteadora do programa, o que condiz com as diretrizes do PSE. Segundo este participante,

ela deve estar presente não apenas na forma de uma avaliação médica, mas deve perpassar e incluir uma avaliação holística dos alunos, o qual corresponderia a uma avaliação integral, conforme denotado a seguir:

Bom, basicamente, todos os alunos devem passar por uma avaliação clínica-psicossocial. Essa avaliação ela trata desde questões relacionadas a saúde bucal, a vacinação, a alimentação, nutrição, estado nutricional no caso e toda a parte também social desse escolar, do relacionamento familiar, de relacionamento com o mundo, a parte psicossocial mesmo, visão de mundo, projeto de vida, é... relações com o colega, relações com professores. Porque entende-se pela saúde que tudo isso compõe a integralidade desse aluno, [...] (G3).

De uma maneira geral, a partir das falas nos gestores a promoção da saúde é parte integrante e importante do PSE, conforme fala comentada anteriormente. No entanto, a percepção de saúde ainda é biomédica atrelada à prevenção, identificação de agravos, diagnósticos e encaminhamentos para tratamento.

Um ponto relevante encontrado nessa categoria é a identificação da promoção da saúde como um tema transversal a ser trabalhado no espaço escolar, como segue abaixo:

A saúde ela faz parte dos temas transversais, ela tem que ser trabalhada ao longo do ano, desde a creche. Começa na creche quando você vai orientar, a professora Y, vai orientar a alimentação saudável. Então, ela teria que trabalhar a criança, trabalhar a mãe também orientando, no sentido de... do preparo da adoção do alimento saudável, tá entendendo, e no trato, o cuidado, como é manter a higiene dessas crianças, tudo isso é saúde [...] (G2).

Gubert *et al.* (2009) evidenciam o espaço escolar na busca do desenvolvimento de conhecimentos e habilidades, na medida que congrega crianças e adolescentes numa etapa crítica de crescimento e desenvolvimento, propondo-se a produzir mudanças de comportamento e atitudes.

Ressaltamos que é muito importante que a promoção da saúde seja abordada de forma transversal, perpassando todo o conteúdo a ser explorada em sala de aula por disciplinas da grade curricular. Reconhecendo assim que diversos temas da saúde estão presentes em todas as áreas do conhecimento, estes deveriam ser exploradas no cotidiano da escola para assim fazerem parte naturalmente do aprendizado dos alunos.

Assim, considerando a escola como um local adequado e conveniente, detentora de uma clientela em fase de crescimento e desenvolvimento cognitivo, torna-se congruente tentar promover educação em saúde aproveitando o espaço escolar para desencadear

processos de empoderamento e de conscientização do processo saúde-doença, buscando promover o protagonismo juvenil.

A literatura coloca a promoção da saúde como resposta aos desafios sociais, políticos e culturais surgidos, a preocupação com os determinantes sociais da saúde, a compreensão da não resolutividade do modelo biomédico e mesmo as transformações no campo epidemiológico dos últimos anos (WESTPHAL, 2006; CARVALHO, 2004).

Westphal (2006) reforça que para operacionalizar a promoção da saúde faz-se necessário a cooperação entre os diferentes setores, bem como a articulação de suas ações. Para Buss (2009), a promoção da saúde também busca assegurar que os indivíduos consigam os meios adequados para ampliar e potencializar seu estado de saúde.

5.2.2 Intersetorialidade entre saúde e educação no PSE

A articulação entre os setores da educação e o da saúde estão presentes em todas as falas dos entrevistados. Eles reconhecem a intersetorialidade como importante ferramenta do programa e estão cientes que é um programa amplo, que veio para agregar as duas secretarias integralizando o cuidado com a saúde do escolar.

O Programa Saúde na Escola, ele na verdade foi criado dentro de uma política né, uma política pública. Ele foi criado através da integração do Ministério da Saúde com o Ministério da Educação, visando exatamente agregar as duas políticas de saúde e educação, pra melhorar, pra aprimorar, pra qualificar a vida, a qualidade de vida desses estudantes, da unidade escolar [...] (G3).

[...] os setores, saúde e educação precisam cada vez mais trabalhar integrados e misturados, tudo junto se possível, pra que a população tenha benefícios dessa ação conjunta. [...] essa é a lógica e a dinâmica do PSE, que esses grupos de trabalho intersetoriais se encontrem, pensem estrategicamente aquele território, lembrem que aquela população tem mesmas carências e possam trabalhar junto pra superação, minimização dessas carências (G4).

Destacamos ainda nas falas dos gestores não apenas a articulação entre os setores (saúde e educação), mas também a percepção da necessidade de continuidade das ações, pois os mesmos deixam claro que as ações de saúde podem permear todo o ensino, ou seja, podem estar presentes nos projetos pedagógicos das escolas.

Não adianta eu formar um grupo de adolescentes, levar eles pra dentro da Unidade de Saúde discutir sobre a sexualidade dele, e ele ir pra dentro da sala de aula, e numa aula de ciências, de biologia, o educador se fechar, e não discutir isso abertamente. Então, isso tem que ser continuado, isso tem que ser cíclico, ele tem que ir e voltar, ele tem que ir e voltar.[...] (G3).

Então é... integrar o professor de educação física, as ações na hora de fazer a avaliação nutricional. É você pegar a coordenadora pedagógica e trabalhar junto com os profissionais do NASF, trabalhar junto com a psicóloga do NASF, trabalhar junto com a assistente social do NASF. É a nutricionista do NASF, que dá apoio à saúde da família, poder ter também o seu trabalho de nutrição junto com as merendeiras escolares, junto com as nutricionistas da escola, elas tarem fazendo uma discussão juntas, trocando. Então, na verdade a gente tenta quebrar essa coisa: ação da saúde, ação da escola. Exatamente pra que a gente consiga trabalhar as ações conjuntas no tempo inteiro. (G3)

A percepção e apreensão da necessidade de realizar um trabalho interdisciplinar, contínuo e dinâmico são essenciais no nosso pensar para a compreensão do programa. Lembrando que na análise documental a interdisciplinaridade não está evidente, mas na percepção do gestor está bem presente.

Deve haver uma coerência entre as atividades ministradas nos conteúdos durante a grade curricular, ampliando assim o campo de intervenção na saúde na sala de aula, propiciando que o ambiente escolar seja parte de um processo integrado e estimulando a participação dos pais em atividades curriculares e extracurriculares (MOREIRA; SILVEIRA; ANDREOLI, 2006).

Praticar a interdisciplinaridade na escola não quer dizer abolir as disciplinas curriculares, e sim de integrá-las entre si, propondo um tema a ser trabalhado em vários conteúdos, ultrapassando o saber fragmentado, inovando e criando várias possibilidades de aprendizado dinâmico (FORTES, 2009).

Os participantes referiram ainda que já existiam ações pontuais sendo desenvolvidas pelas duas secretarias em conjunto, o que contribui para a superação do modelo fragmentado de ação de saúde na escola.

[...] antes mesmo dessa implantação já existia o Programa Saúde do Escolar que é desde quando eu entrei na Prefeitura que existia esse Programa Saúde do Escolar que era da própria educação, mas atuava com parceiros da saúde. [...] Era uma coisa pontual, porque era mais na época do carnaval e no Dia Mundial de Luta contra a AIDS. Foi uma coisa assim, um trabalho da Coordenadoria de DST e AIDS, era mais focada na prevenção à homofobia e às doenças, às DST (G2).

Para romper com essa atenção fragmentada, Campos *et al.* (2004) pontuam que intersetorialidade implica na abertura de diálogos entre os vários setores envolvidos,

consequentemente o estabelecimento de vínculos de co-responsabilidade e co-gestão das instituições objetivando melhorar a qualidade de vida de uma comunidade.

No discurso dos gestores, os mesmos apontam para uma quebra dessa fragmentação, ao enfatizarem nas diretrizes do PSE a articulação entre os dois setores. No entanto, também comentam que já ocorriam atividades conjuntas, mas não articuladas e planejadas antecipadamente, apenas ocorriam em datas comemorativas anuais que envolviam saúde.

Nos objetivos do PSE são evidentes a intersetorialidade como pilar do programa já discutido no primeiro capítulo deste estudo, bem como o gestor reconhece a articulação como norteador das ações, no entanto, não fica identificado nas falas dos gestores, se está havendo diálogo entre as duas secretarias para a construção das ações de saúde do escolar.

A intersetorialidade não é apenas a agregação formal de entidades e setores diferentes; desenvolver ações intersetoriais implica em definir claramente objetivos, atribuições de atividades e responsabilidades, bem como envolvimento de vários sujeitos na organização da implementação dessas ações (BRASIL, 2008a).

Em uma das falas podemos observar a dificuldade da prática da intersetorialidade no cotidiano, como segue:

Porque a escola tem que tá integrada, a unidade de saúde, por outro lado, elas não percebem assim que a educação, que o trabalho que tem que ser desenvolvido no PSE tem que ser uma ação contínua, uma coisa que não pode ser pontual [...] seja necessária uma ação de imediato, mas aquela ação ali ela tem que ter um prosseguimento. [...]Então, não pode acontecer de uma forma pontual (G5).

Ressaltamos que a intersetorialidade na prática não acontece tão facilmente, que é um processo em construção. Para isso acontecer é necessário realizar a educação permanente dos atores envolvidos com o programa para o fortalecimento das ações do PSE, como encontramos abaixo:

E fora isso, tem a questão mesmo de trabalhar, de fortalecer a prática dos educadores, no sentido das temáticas de saúde que vão fortalecer esse cotidiano na escola. Então, tem toda a questão da educação, do trabalho de... formativo dos educadores com relação a temas da saúde, pra que isso não fique restrito à saúde (G3).

Mesmo tendo encontrado tanto na análise documental como nas entrevistas com os gestores a previsão de educação permanente para os profissionais da educação, não fica evidente como isto aconteceu, ou pelo mesmo se aconteceu.

Outro fato não percebido nas entrevistas dos gestores foi como se deu ou está acontecendo a inclusão das ações do PSE no projeto político pedagógico da escola. Questionamos que mesmo que os profissionais da saúde e educação tenham estabelecidos planos juntos, será que esses foram ou estão sendo realizados como previstos? Será que foram incluídos no projeto político pedagógico da escola como rotina, deixando assim as ações de serem pontuais ao longo do ano letivo?

Cabe assim indagarmos qual a real diferença entre os programas de saúde do escolar anteriores e o PSE instituído atualmente para cuidar da atenção do escolar na atenção primária. Ficou evidente que ações pontuais já ocorriam anteriormente ao PSE, o que leva a pensar e refletir a seguinte pergunta: na prática, o PSE alterou essa realidade? Acredita-se a partir das entrevistas com os profissionais da saúde e da educação, consigamos nos aproximar um pouco mais da realidade vivida pelo PSE.

5.2.3 Percepção da participação social

Para os gestores as famílias não se percebem como parte do programa, ou seja, não reconhecem seu papel no controle social do mesmo. Tal percepção vem seguida do reconhecimento do importante papel tanto da escola quanto da unidade de saúde na orientação das famílias acerca do PSE para em seguida envolvê-las no processo da maneira como o próprio programa recomenda (BRASIL, 2009a).

Da família, enquanto a célula primeira de organização da sociedade, eu acho que ela precisaria estar melhor consciente desse papel e eu acho que a família dos nossos educandos não tem muito tempo de adquirir essa consciência, porque não tiveram a escola no tempo adequado, e por não ter tido escola, tem uma compreensão limitada das questões, não tem sequer conhecimento de direitos e deveres, ou seja, não se enquadra na questão dos direitos humanos, na compreensão ampla disso pra poder se entender dentro de um cenário de direitos [...] (G4).

A não participação da sociedade no controle das políticas públicas é uma questão histórica, que precisa ser trabalhada. No âmbito das escolas públicas é evidenciado que os baixos níveis de escolaridade e a baixa renda dessas famílias é uma das causas que desestimulam a participação dos pais na vida dos estudantes (CARVALHO, 2000). Algumas questões que contribuem para isso são levantadas pelos gestores, como a cultura do governo como o grande pai sempre com as mãos abertas para dar o que as pessoas necessitam:

Da família, o que que eles querem? Eles querem serviços, eles precisam [...] Então, algumas famílias procuram realmente, eu sei que há um vício ainda por querer tudo de bandeja: não, quer que o Governo dê, quer que o Governo. Há sempre essa expectativa [...] (G2).

Se os profissionais da educação tem dificuldade de contar com a presença dos pais nas reuniões escolares, mais difícil será tê-los como participantes do PSE, sem um efetivo movimento de conscientização do papel essencial da família nos processos de educação e saúde dos jovens.

[...] dentro do PSE, a dificuldade que a gente tem em relação aos pais, é chamar... que os pais cheguem na escola e ele perceba esse trabalho, e ele contribua pra esse trabalho, [...] Mas mesmo assim, a gente ainda tem muita dificuldade porque geralmente que vão pras reuniões são os pais que são os mesmos, os que sempre tão lá acompanhando a escola e aqueles que a gente queria mais próximo tem essa dificuldade. E no Programa, ele daria uma ótima participação porque o que a criança tá vendo em relação à sua saúde, seu cuidado dentro da escola ter uma continuidade na família seria ótimo pra eles, que o pai acompanhasse tudo [...] (G5).

É importante ressaltar que a literatura já aponta que uma relação produtiva entre escola e a família resulta em empoderamento e controle social, eficiência e sucesso nas atividades escolares, bem como na construção de uma sociedade democrática (CARVALHO, 2000).

Com os aspectos já levantados, algumas questões poderiam ser rastreadas para tentar alcançar uma resposta efetiva da não motivação ou não participação dos pais no PSE. Poderíamos justificar que o programa é novo e recente, por isso o não reconhecimento dos pais nas ações previstas no PSE. Talvez não se percebam como parte das ações, como foi apontado pelos gestores por não saberem da sua existência. E principalmente, deveríamos questionar se na época da implantação do PSE, houve ao menos uma apresentação dos objetivos e diretrizes do programa para a comunidade. De acordo com os relatos dos participantes e da análise documental não encontramos nenhuma alusão a participação ou convocação dos pais dos escolares na implantação do programa.

Um aspecto positivo que poderá ajudar na participação social no programa é o reconhecimento, por parte dos gestores da relevância da relação escola, saúde e família no processo de aprendizagem de crianças e jovens. A partir desse reconhecimento pode se tornar mais fácil para os profissionais que atuam no PSE o envolvimento das famílias como coparticipantes do processo.

[...] a gente vê que existe uma vinculação muito maior da escola com a unidade de saúde, dos professores com os profissionais de saúde, existe hoje uma já construção diferenciada desse vínculo, e nesse sentido também as ações elas passam a ser ações mais, digamos assim, completas, elas não ficam fragmentadas, elas passam a ser mais integrais, [...] o Programa Saúde na Escola, ele hoje da versão anterior, ele hoje tem uma base muito mais sólida, e uma consistência também de continuidade maior, possibilidade de consistência de continuidade maior (G3).

[...] Quando a gente foca o aluno, foca o professor, foca o ambiente escolar, não podemos deixar a comunidade em vão, porque todos estes citados estão inseridos na comunidade. Então, no momento em que a gente trata essa informação junto com eles, essa informação então vai ser propagada na comunidade, certo (G1).

Embora os gestores reconheçam que o PSE aponta em suas diretrizes a participação familiar para o sucesso do programa em nenhum momento encontramos referências de como modificar esse distanciamento dos pais na vida escolar dos filhos.

5.2.4 Dificuldades para operacionalização do programa

Outro assunto bem recorrente no discurso dos gestores são as dificuldades apresentadas para dar a continuidade ao PSE da forma como ele foi pensado e concebido. Entre as dificuldades estão: fragmentação e setorialização dos serviços prestados, bem como a não conciliação entre o calendário escolar e a rotina das unidades de saúde.

No tocante a fragmentação e setorialização das ações, podemos perceber através das falas a seguir, como os gestores percebem tal dificuldade:

Bom, a gente ainda tem muita dificuldade, tem. Porque na cabeça das pessoas de uma maneira geral, tanto em relação ao profissional de saúde, como profissional de educação, eles ainda têm uma visão assim: determinados temas ou assuntos dizem respeito somente a saúde, então mesmo que isso passe pela escola eles acham... não, é uma ação de saúde então é para o posto, é para o pessoal da saúde, e eles pensam dessa forma aí a dificuldade tá nisso (G5).

O meu principal comentário, é um comentário que eu faço desde que o Programa começou e que muitas vezes eu me sinto é... como se tivesse clamando num deserto. É de que as pessoas que estão envolvidas nessa ação compreendam a grandeza dela, saiam dos pedestais pessoais de vaidades, dispam-se de preconceitos setoriais, misturem-se, porque a mistura dá na pluralidade e a pluralidade é rica, que uns aprendem com outros, e que a vida da gente só faz sentido por conta do outro.[...] (G4).

Dantes, Rezende e Pedrosa (2009), reforçam que para ampliar a integralidade e as ações intersetoriais entre saúde e educação é necessário romper com a fragmentação da atenção à saúde do escolar, e deixar de ver a escola como um espaço para ações focais e

campanhistas, bem como superação da aplicação de técnicas metodológicas pedagógicas tradicionais.

Inferimos algumas condições apontadas pelos gestores que acabam por contribuir para a fragmentação dos serviços: a própria rotina de trabalho de ambos os setores, o histórico de atenção a saúde do escolar setorializada e curativa, bem como a formação dos profissionais de saúde direcionada para o modelo medicalizado e especialista.

Encontramos nas falas dos gestores, os seminários regionais como uma proposta para superar essa setorialização e fragmentação das ações, porém para conscientizar cada sujeito envolvido no PSE, o processo de educação deve ser permanente. Nas entrevistas, não encontramos outros momentos de preparo para os profissionais, e é fundamental indagar se houve outros momentos como os que ocorreram no início do programa.

A não conciliação entre o calendário escolar e a rotina das unidades de saúde são apontadas como dificuldades para operacionalização do PSE, como mostra a seguir a fala de um gestor:

[...] Até porque os calendários, os calendários não se batem muitas vezes, certo. E muitas vezes no período que tá tendo uma demanda muito grande na unidade de saúde, é o período que as escolas querem que sejam desenvolvidas algumas ações lá. Então, os calendários eu acho que é a maior dificuldade com relação a conciliar a educação com a saúde, [...], [...] Então, a maior dificuldade no momento que eu vejo é realmente essa relação de calendários (G1).

A dificuldade de conciliar as práticas rotineiras de cada serviço continua existindo e deve ser procurada uma solução para esse problema. O planejamento em conjunto, a inclusão das ações no projeto pedagógico da escola, pode ser uma solução para essa questão, no entanto, pelas falas percebe-se que os entrevistados sabem que é previsto, porém não foi possível identificar se aconteceu de fato.

Compreendemos que as ações do PSE devem fazer parte da rotina da comunidade escolar e campo de atuação das práticas das ESF.

Tudo isso gera um grande desafio a ser superado, para que assim o PSE possa ocorrer de forma dinâmica, interdisciplinar e articulada entre os setores da educação e da saúde. E para que o PSE seja implementado na sua concepção ideal, é necessário superar as dificuldades mencionadas, como encontrados nas falas:

[...] penso que é um grande desafio você agregar setores diferentes, com objetivos diferentes, com objeto de trabalho diferente, você trabalhar o objeto de trabalho promover a educação, a outra é promover saúde, promover cuidado, então são objetos diferentes, a lógica de trabalho é diferente, a formação dos profissionais é diferente. Então, o fato dele, do principal direcionamento dele é fazer essas duas diferenças se encontrarem e mesmo nas suas diferenças alcançarem objetivos unificados, eu acho que é esse o grande cerne e a grande riqueza do Programa (G3).

Compreendemos que as dificuldades existem, até por que o programa é recente e os sujeitos envolvidos precisam se adaptar ao programa instituído interministerialmente, no entanto, ao reconhecer dificuldades é esperado que se aponte soluções e caminhos para o enfrentamento dos percalços. Mesmo assim, não conseguimos encontrar nas falas dos gestores pelo menos algum caminho que possa conduzir a soluções para esse desafio posto.

Da análise das entrevistas dos gestores podemos destacar algumas considerações, entre as quais: a promoção da saúde não aparece de maneira clara nas falas dos gestores, sendo o paradigma biomédico ainda muito presente; identificação do conceito de intersetorialidade como norteador do programa e da importância da formação integral do aluno, bem como identificamos que o PSE não está acontecendo na prática, e que suas ações realmente estão acontecendo de maneira desarticulada entre as duas secretarias. Está bem presente a importância de se trabalhar com os dois setores, mas não encontramos indicativos de que os profissionais estejam trabalhando de maneira articulada.

Consideramos, por fim, que os gestores têm uma concepção positiva do programa e são favoráveis a sua implementação, o que contribui para a operacionalização do programa e para a superação das lacunas encontradas.

5.3 Análise das Entrevistas dos Profissionais da Educação e da Saúde

A caracterização dos profissionais da educação e da saúde, está apresentado no quadro 4, abaixo. Para preservar o anonimato dos participantes, indicamos ao final das falas as letras PE para os profissionais da educação e PS para os profissionais da saúde seguida do número da entrevista.

Quadro - 4 Caracterização dos Profissionais da educação e da saúde.

Sujeito	Idade	Sexo	Atuação do Profissional
PE1	56	F	Diretora da Escola
PE2	58	F	Diretora da Escola
PE3	44	F	Coordenadora do Programa Mais Educação
PE4	47	F	Vice-diretora da Escola
PE5	52	F	Coordenadora do Programa Mais Educação
PE6	41	F	Diretora da Escola
PE7	44	F	Coordenadora do Programa Mais Educação
PE8	37	M	Diretor da Escola
PE9	49	F	Professora em sala de aula
PE10	38	F	Coordenadora do Programa Mais Educação
PS1	35	F	Enfermeira
PS2	28	M	Fisioterapeuta
PS3	29	F	Assistente social
PS4	25	F	Nutricionista
PS5	35	M	Enfermeiro
PS6	35	F	Farmacêutica
PS7	36	M	Cirurgião-dentista
PS8	36	F	Enfermeira
PS9	40	F	Enfermeira
PS10	36	F	Fonoaudióloga

A partir das categorias analíticas pré-estabelecidas: percepção sobre a promoção da saúde no PSE, intersetorialidade entre saúde e educação no PSE, bem como participação social, apresentaremos os resultados e as discussões das falas dos profissionais da educação e da saúde.

5.3.1 Percepção sobre a Promoção da Saúde no PSE

A maioria dos profissionais não compreende o programa como promotor de saúde e sim como um meio facilitador dos estudantes terem acesso à assistência médica, visto que esses entrevistados ainda apresentam uma visão assistencial da saúde, enxergando apenas o acompanhamento clínico dos alunos como foco principal do PSE.

Principalmente que eu acho é justamente esse acompanhamento médico, de dentro, na parte odontológica e o acompanhamento médico [...] (PE1).

[...] Então ele veio com essa necessidade dos profissionais da saúde fazerem uma triagem dentro da escola com os alunos pra ver a real necessidade, dos encaminhamentos específicos pra cada área da saúde (PS4).

O PSE trabalha, pelo pouco que eu vi, é acompanhamento odontológico, de vacina, imunização e obesidade, pronto assim [...] (PS9).

Há um direcionamento da compreensão das ações do programa para a assistência médica e odontológica, com pouca atuação de outras categorias profissionais, porém cada uma exercendo seu papel separadamente. Apresenta-se uma visão de tratamento de problemas clínicos, sem uma preocupação com o trabalho multidisciplinar, como se a escola fosse uma extensão da unidade de saúde para consultas individuais. Essa visão está bem firmada nas falas dos profissionais da educação, principalmente quando consideram que os profissionais da unidade de saúde são os responsáveis diretos pelo PSE, como referido a seguir:

A mesma equipe do Programa Saúde da Família é a equipe do PSE, tá entendendo. Porque assim, só que a diferença é que ela é atendida na escola. Aí também tinha a questão assim de palestras, existia também um outro grupo que é o NASF, [...] (PE3).

[...] é uma oportunidade que os pais teriam e as crianças de ter essa assistência diretamente na escola sem precisar enfrentar aquelas filas enormes, do posto de saúde (PE3).

Ao indagarmos sobre o papel da saúde no PSE, destaca-se o discurso de um profissional da educação, ao apresentar a saúde como único responsável pelo programa, não percebendo a responsabilidade da escola. Essa compreensão dificulta o desenvolvimento da promoção da saúde e da interdisciplinaridade no espaço escolar, visto que o educador não se sente responsável por essa prática, não permitindo que essa estratégia seja articulada de modo transversal. A colocação demonstra que ainda há uma falta de conhecimento e compreensão acerca do programa.

[...] o papel da saúde seria todo o atendimento, seria responsabilidade dela, o PSE pra ser ela. A escola seria só um ponto de apoio, mas a saúde é que devia ser responsável pelo PSE, não a escola. É saúde. [...] eu não estudei pra ser médica, eu estudei pra ser professora, pedagoga, como os professores (PE4).

Convém lembrar, que de acordo com os componentes de atuação previstas para o PSE a avaliação clínica e psicossocial está cotada para ser realizada, no entanto, não é a única ação do programa. Além do mais, os profissionais da educação e os discentes deveriam estar preparados antecipadamente sobre as atividades em saúde que serão realizadas, e estas atividades já deveriam ter sido trabalhadas anteriormente dentro de um contexto em sala de aula seguindo o plano pedagógico da escola e os conteúdos ministrados em sala de aula (BRASIL, 2011).

Esse discurso recorrente da redução do PSE quase que exclusiva para uma visão assistencial de saúde demonstra uma falta de clareza e desconhecimento dos profissionais a respeito do programa. Mesmo tendo participado de processos de capacitação, reiteramos a necessidades da continuidade da educação permanente e a participação efetiva dos atores envolvidos nesse processo para implementação de todos os componentes do programa.

Nas falas abaixo, a percepção do programa é de uma ação imposta por instâncias superiores, revelando programas horizontalizados que chegam ao serviço sem articulação anterior e que deverão ser cumprido pelos profissionais, com capacitações rápidas, o que causa certa aversão inicial e descrédito ao programa instalado.

[...] veio de paraquedas, eu acho que foi jogado sem paraquedas, porque tudo vai pra escola antes de saber se a escola vai ter estrutura (PE3).

[...] chegou um comunicado na escola que precisaria do representante da escola na participação do início desse Programa,[...], como eu to agora na coordenação do Mais Educação, eles, de certa forma, eles escolheram assim que fizesse, a pessoa que tivesse na coordenação do Mais Educação que fosse a pessoa escolhida pra ser, pra participar das reuniões (PE7).

O Programa se funcionasse da escola pra fora eu acredito, mas eu não acredito nesse Programas que vem de fora pra dentro da escola não, onde o profissional da escola não participa da estruturação (PE4).

[...] teve assim uma exposição do que era o Programa, teve a exposição do que era, quais eram as regras, as orientações, aí teve um momento de reunião da escola, da própria escola, e do... da Unidade de Saúde, só que aí é como eu to dizendo, não foi o representante da escola. Foi fazer um plano só com o pessoal da saúde, a educação não estava (PS9).

Os processos de formação inicial e continuada de profissionais dos dois setores são primordiais e estão previstas como responsabilidade das secretarias de educação e da saúde para a sua promoção (BRASIL, 2011). Essas capacitações são essenciais para envolver todos os que atuarão diretamente com o PSE na escola e dirimir dúvidas acerca dos papéis a serem desenvolvidos.

Os profissionais da educação quase que exclusivamente associaram o programa apenas a assistência médica, enquanto os profissionais da saúde mesmo que ainda com uma visão reduzida identificaram ações de promoção da saúde na escola. No entanto, vinculam essas ações apenas para a realização de palestras relacionadas, por exemplo, à promoção da alimentação saudável e à educação para a saúde sexual.

Eu acho que atuar muito na questão da prevenção, pelo menos a gente que é da atenção básica, questão da prevenção em relação à saúde principalmente questão de crianças e adolescentes, [...] prevenção em relação à alimentação saudável que a gente vê, tem muitas dúvidas questão reprodutiva também, de prevenção DST e AIDS, [...] (PS3).

[...] o programa propõe a trabalhar com aquelas temáticas de sexualidade né, prevenção de gravidez na adolescência, essa história da saúde mesmo do adolescente (PS8).

[...] o programa ele é preventivo, não é um programa que vai resolver os problemas que já existem, mas é preventivo né, é um programa preventivo com relação à saúde é... sexual, à saúde bucal, a questão da saúde da família mesmo (PS7).

Provavelmente esse fato se dá pela própria atuação dos profissionais da saúde, que já desenvolvem uma prática de educação em saúde em seu cotidiano. Relevante perceber que mesmo antes da implantação do PSE, ações pontuais voltadas para palestras educativas que já existiam dentro da escola. Portanto, não se percebe diferença real entre as atividades anteriores e a implantação do PSE. Assim sendo, não ocorrendo planejamento conjunto entre unidade de saúde e escola, a promoção da saúde preconizada na amplitude do programa não ocorre.

Alguns dos profissionais conseguem visualizar a importância da promoção da saúde no programa, e que os setores da educação e da saúde não podem estar desvinculados, no entanto, os profissionais não conseguem identificar o ambiente escolar como promotor da saúde, pois ainda associam saúde como ausência de doença, afirmando que o principal papel da saúde é a prevenção. Fica evidente assim uma visão reducionista da promoção da saúde.

É sabido que a escola possui um ambiente propício para desenvolver a promoção da saúde nos estudantes, visto que é um lugar que apresenta a capacidade de formar pessoas críticas e autônomas, as quais podem compreender a realidade em que vivem e, percebendo seus problemas, podem propor ações que busquem melhorar a vida em comunidade (BRASIL, 2011). Este equipamento poderia contribuir então para o estabelecimento do novo conceito de saúde, ao estreitar a relação entre a produção do conhecimento e o viver saudável, com base na prática da integralidade e da produção de cidadania e autonomia (BRASIL, 2009a).

A compreensão do conceito de saúde ampliado e a percepção dos problemas que a envolvem permitem reconhecer a necessidade da prática de ações intersetoriais para que a promoção da saúde possa ser desenvolvida, uma vez que excede a responsabilidade restrita ao setor saúde (AERTS *et al.*, 2004). A atuação conjunta, portanto, da saúde com a educação é

necessária para promover a qualidade de vida do educando, visando à formação integral desses alunos, pois a concepção de promoção da saúde está em envolver todos os setores que influenciam na qualidade de vida da sociedade. A educação, desse modo, deve assumir, bem como a saúde, a responsabilidade de promover a saúde na escola.

A visão reducionista de promoção da saúde ficou evidente na maioria dos entrevistados, ainda que conforme observado em algumas entrevistas a compreensão da importância do programa para a formação integral dos alunos e a concepção de multidisciplinaridade também esteve expresso em algumas falas.

[...] já começa com a consciência, formação do senso crítico, formação da consciência realmente das crianças em relação a tudo, desde a higiene [...] conscientização, da importância do cuidado, da importância da alimentação (PE3).

É o acompanhamento integral daquele, daquela criança na família, mas também com multidisciplinaridade, mas assim joga tudo pro... que formação é... de assistente social que eu tenho? Qual é a formação... nutrição eu tenho, muito pouco, mas tenho, mas assim não existe a multidisciplinaridade, só existe pronto, é a equipe do PSF e assim eu tenho que ver naquele contexto, eu tenho que ver o aluno no contexto holístico da saúde, da educação, do mesmo jeito da escola também que tem que ser visto, não só ver se o menino se tá com a vacina em dia, se tá com peso em dia, tudo bem isso aí é muito importante, mas tem que ver também no integral dele, na vida dele diária (PS9).

É necessário que os setores que articulam o PSE compreendam que o programa apresenta a promoção da saúde como um de seus principais norteadores. Deve-se então entender o conceito de promoção da saúde para que possa desenvolvê-la na prática escolar, visualizando a produção de saúde na escola como uma estratégia para que os alunos possam fazer escolhas mais favoráveis ao seu bem-estar integral. É essencial, portanto, que os profissionais da educação e da saúde percebam que a promoção da saúde abrange as ações de prevenção, porém seu conceito excede à prática dessas atividades.

Provavelmente os profissionais de saúde possuem uma visão mais clara de promoção da saúde que os profissionais da educação, uma vez que tal tema está bem mais próximo de seu dia-a-dia. Porém, nem um nem outro estão sabendo como transformar tal conhecimento em atividades práticas no PSE. Pelo que pode ser apreendido nas falas dos profissionais falta capacitação para atuar como agente promotor de saúde dentro do ambiente escolar e essa capacitação devem ser propiciadas pelo próprio programa.

5.3.2 Intersetorialidade entre saúde e educação no PSE

Ações intersetoriais surgem da necessidade de se agregar conhecimentos dos mais variados atores sociais envolvidos, bem como precisam da transformação do nível organizacional na gestão das políticas, acreditando que a troca de saberes promovida pelo discurso interdisciplinar melhora em demasia o enfrentamento ocasionado pelos problemas sociais emergentes. Deste modo, para que a intersetorialidade e a interdisciplinaridade aconteçam de maneira harmônica no contexto da política pública é fundamental a integração de vários setores e de intervenções em grupos vulneráveis (BARCELOS; VASCONCELLOS; COHEN, 2010).

E para atuar sobre os determinantes sociais de saúde é fundamental ir além das competências e atribuições dos estabelecimentos de saúde, é necessária a articulação de diversos setores para promover mudanças no cenário de saúde de uma população (BRASIL, 2008a).

Na categoria analisada a intersetorialidade é apontada como a junção entre saúde e educação. Grande ênfase é colocada na realização (existência) ou não da intersetorialidade, no papel de cada setor para o desenvolvimento das ações do PSE, bem como nos entraves para a não efetivação da intersetorialidade.

Já ficou evidente na análise documental realizada por este estudo em capítulo anterior que a intersetorialidade é um dos pilares agregados a promoção da saúde para a realização do PSE. Argumentos tornam-se evidentes nas falas dos entrevistados sobre a percepção de intersetorialidade como segue a seguir:

Então, o Programa Saúde na Escola ele é um Programa que vem criar um vínculo maior entre a área da saúde e a área da educação (PS4).

Bem assim, o PSE eu acredito que tenha sido uma estratégia do Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação pra tentar aproximar um pouco mais é... e tentar realmente criar uma rede de intersetorialidade dentro do ambiente de saúde e de educação [...]. E aí eu acho que foi uma tentativa de pegar as Unidades de Saúde, as equipes da Estratégia Saúde da Família e levar para dentro das escolas, pra tentar se aproximar um pouco desse público [...] (PS5).

O Programa Saúde na Escola, assim até onde eu sei, é o que? É uma interação das pessoas, dos alunos na escola com a Unidade de Saúde, onde que aquele posto se refere (PS6).

Eu achei bastante interessante assim porque a gente vê que a gente tá trabalhando em parceria mesmo. As meninas vêm, quer dizer, os médicos vêm aqui na própria sala de aula e fazem o serviço que tem que fazer, por exemplo eles combinam antes: “olha, tal dia eu vou”. Aí faz todo o diagnóstico que eles querem fazer com os alunos, e uma das coisas assim que eu achei bem interessante, é por exemplo se eu pedir que a psicóloga venha dá uma palestra, ela vem, nunca botou um obstáculo dizendo assim: “não, não vou”, pelo contrário, sabe (PE5).

No entanto, uma questão pertinente que encontramos aqui nas falas dos profissionais é a percepção de intersectorialidade associada apenas a junção de dois setores, no sentido da escola enviar os alunos que precisam ser assistidos pela saúde na unidade de saúde. Denota-se uma visão reducionista da intersectorialidade norteadora das ações do PSE, uma visão de encaminhamentos de necessidades encontradas pelos professores, ou também uma necessidade percebida pelo próprio profissional de saúde que, segundo foi dito, vai até a escola para detectar alguma necessidade de atendimento por parte dos alunos.

Dentro do contexto de atuação do PSE a detecção das necessidades de saúde dos alunos, deve ser permanentemente realizada com os professores e demais profissionais da escola juntamente com o auxílio de profissionais de saúde (BRASIL, 2009a). Busca-se para isso a ação conjunta, interativa e permanente dos profissionais da educação e da saúde, e não apenas depositar no outro setor as responsabilidades que devem ser avaliadas e resolvidas em consenso, idéia central encontrada nas falas anteriores.

Uma percepção diferenciada é apresentada na fala abaixo, em que a intersectorialidade é trabalhada de forma interativa por ambos os setores, de forma a aproveitar os conhecimentos de cada profissional para alcançar o benefício da atenção integral dos estudantes.

[...] os profissionais da saúde, eles acabam trabalhando em conjunto com os professores. Eu desenvolvi esse trabalho assim: eu tinha o conteúdo, aquelas informações sobre os assuntos que eles queriam que a gente abordasse e o professor tinha a pedagogia. Então assim, a maneira como trabalhar com o adolescente. Então assim, no meu modo de ver, só é válido quando existe essa integração entre professor e profissional de saúde, que às vezes a gente tem conhecimento mas não sabe como, não tem aquela didática. E o professor não, ele tem a didática, muito embora não possa, não tenha o conhecimento ou a experiência (PS1).

A intersectorialidade dentro do contexto do PSE é a busca do fortalecimento da promoção da saúde a ser adotada de forma a aproveitar o espaço escolar como ambiente potencial para a efetivação de práticas de saúde focadas na atenção integral ao aluno,

mediante a construção integrada de ações a serem realizadas pelos profissionais da escola e das unidades básicas de saúde (BRASIL, 2009a).

As ações preconizadas pelo programa deveriam trabalhar a promoção da saúde e a intersetorialidade, e para tanto é imprescindível o planejamento conjunto entre os dois setores (BRASIL, 2009a). No entanto, a visão reducionista enfatizada na maioria dos discursos, onde a intersetorialidade é registrada apenas como junção de dois setores, não contribui para um dos principais pilares do PSE, que é a promoção da saúde. Assim, demanda-se uma questão pertinente ao estudo, se não ocorre o planejamento intersetorial, não estão sendo programadas atividades para promoção da saúde. Fica evidente deste modo que os profissionais estão se utilizando do PSE com um foco apenas de detecção de morbidades e tentativa de garantir encaminhamento do aluno para um atendimento mais rápido.

Além do mais, muito embora os profissionais da educação e da saúde reconheçam a importância do trabalho entre os dois setores para a realização do programa, ainda assim acham que realmente na prática não trabalham juntos.

Então assim, é... eu vejo que ela ainda tá muito, como é que eu posso dizer, ela ainda não, não... não existe ainda uma junção muito forte, entre a saúde e a educação. A gente vê que é bem dividido ainda [...] (PS4).

Na teoria, na teoria deveria é exatamente isso, essa interação entre a escola, essa maior interação, que a gente não tem (PS9).

É... a relação teria tudo pra dar certo. Só que assim, tanto os profissionais de saúde quanto os da educação, eles ficam muito voltado só pra suas atividades né nas suas respectivas localidades. O pessoal da saúde fica muito dentro da Unidade de Saúde, até assim pela demanda que tem. E o pessoal da educação, eu acredito que seja mais difícil pra eles saírem da escola e irem até a Unidade. Então assim, ainda não tem uma ligação muito forte assim, são trabalhos que são feitos esporadicamente. Então assim, teria que ter um laço que fortificasse mais isso (PS6).

Um profissional da educação, embora tenha afirmado que existe relação entre os dois setores, deixou claro que sua percepção de intersetorialidade é de uma relação pontual, ou seja, quando a escola precisa, basta chamar alguém da saúde, que segundo o mesmo falou, eles não se opõem em atendê-los. Porém, pelo que ficou evidente não há planejamento para realização de atividades frequentes entre os dois setores, no ambiente escolar.

Os profissionais de educação e saúde reforçam ainda mais a ideia de uma relação pontual entre os dois setores quando referem que ambos trabalham juntos em época de campanhas nacionais como pode ser observados na fala a seguir:

Quando tem campanha, vamos fazer. Tem campanha da dengue: vamos, a escola tem que participar, a escola vai na frente, vamos gastar milhões. Mas uma relação não existe, são encontros casuais (PE4).

Barcelos, Vasconcellos e Cohen (2010) reiteram que essa ação integralizadora, intermediada pelo planejamento, a execução e o monitoramento de serviços em conjunto, norteados pela equidade e universalidade é uma nova forma de atingir os problemas sociais.

Moretti *et al*, (2010) realizaram um estudo com as equipes de saúde bucal na rede municipal de saúde de Curitiba com o objetivo de explorar as ações intersetoriais desenvolvidas pelas equipes locais e analisar a percepção dos gestores sobre a intersetorialidade. O estudo apontou interdisciplinaridade dentro das equipes de saúde bucal nas ações de promoção de saúde, no entanto, a articulação com outros setores é demarcada unicamente para utilização de espaços e identificou a mesma concepção de práticas das equipes na percepção dos gestores.

Pelas falas recorrentes podemos considerar que os seminários e reuniões que ocorreram para apresentação da proposta e para implementação do PSE não estão surtindo o efeito almejado. Um fator a nosso ver que tem interferido na execução da intersetorialidade, referida por alguns profissionais é a identificação errônea dos papéis a serem desenvolvidos pelos setores para o desenvolvimento do PSE, o que revela um desconhecimento e despreparo dos profissionais da educação e da saúde para atuarem de forma favorável para a formação integral dos escolares dentro da concepção do programa. Não existe uma percepção real para a prática dos setores de como desenvolver trabalhos conjuntamente.

O papel da escola seria facilitar, o acesso do aluno ao posto de saúde, e favorecer esse acompanhamento dos profissionais também, dar todo o suporte, principalmente durante a triagem do PSE, e informar a esse aluno a existência do posto de saúde, o que é que eles têm pra oferecer pra aquele aluno pra que eles tirem as devidas dúvidas, e tenha esse acesso mais próximo (PS4).

Justamente, a escola, assim os professores, que o professor ele tá muito próximo ao aluno, então ele observa tanto a deficiência de aprendizagem da criança, como se a criança tá com deficiência visual, a questão da cárie que lógico que ele vai se lamentar que tá doendo, a questão da verminose também que é um problema sério, piolho. Quer dizer que a saúde também ela tinha que vir junto fazer aquela educação de higiene na criança também (PE1).

[...] olhe pessoal, nós não vamos estudar isso aqui não que isso aqui é coisa pra medicina, faça uma coisa aí mais adequada pra nossa... pra nossa linguagem, porque tem termos aqui que é termos totalmente da medicina e nós não vamos apurar isso não, que a gente tem mais o que fazer na vida, sabe[...]. Eu tenho muito mais o que fazer na educação do que tá dando assistência a posto de saúde, e vice-versa, que eles também devem ter muito mais o que fazer do que tá dando assistência escola. Então, a gente tem que tornar essa coisa mais fácil (PE5).

Parece que existe uma alusão constante a questão meramente centrada na doença, em que cada setor identifica uma dificuldade e repassa para o outro sem tentar uma interlocução entre os profissionais que deveriam voltar as ações para questões mais amplas, que levem em consideração o cotidiano dos alunos, a relação com o meio ambiente, as dificuldades em adotar estilos de vida saudáveis, entre outros aspectos mais amplos e que possam envolver não apenas o aluno, como também a escola, a família e a comunidade, pois não basta apenas tratar uma parasitose ou detectar um problema de visão e então encaminhar para um especialista.

Ievorlino (2000) cita em sua pesquisa com professores a percepção de saúde associada a falta de doença e a não compreensão do conceito ampliado de saúde da OMS. Estes profissionais achavam que realizavam educação em saúde quando atuavam fiscalizando a higiene dos alunos. Os docentes também referiram durante a pesquisa sentimentos de desvalorização e descaso ao não receberem nenhum retorno dos profissionais de saúde quando encaminhavam alguma necessidade de saúde dos alunos.

Entre as dificuldades sinalizadas constantemente nas falas e que ocasionam entraves dentro dos serviços para realização da intersetorialidade, estão a falta de continuidade das ações e a falta de planejamento entre a escola e a unidade de saúde.

[...] Aí quando a gente viu que a dificuldade, que diziam que iam mandar, nunca aparecia, não aparecia ninguém, ficava, toda vida que a gente ia ficava de vir uma pessoa aqui pra dar início a esse PSE aqui na escola, a gente ligava pra posto aí não aparecia (PE1).

[...] Mas é essa a questão, é a necessidade da escola, quem consegue é a escola. Por exemplo, é como eu tava te dizendo desse trabalho do NASF foi feito agora com o posto de viver a campanha da obesidade que o ministro inventou. São coisas assim muito feitas por cima, [...] é uma coisa que cadê o resultado disso, sabe. Não se senta, chega-se a organização nenhuma, a se planejar, as coisas são jogadas na escola (PE4).

Planejar, não. Nós não chegamos a sentar pra planejar. Isso também eu acho que é outra falha do Programa porque uma coisa é a realidade da escola, uma coisa é a realidade nossa do posto de saúde, cada um tem suas dificuldades. Então se não tiver esse momento pra planejar o Programa não se... não caminha. E muitas vezes a escola ela espera muito pelo profissional, se o profissional não tá ali pra ser o suporte, a escola meio que para. Então, eu acho também que a própria escola ela também muitas vezes ela não quer assumir essa responsabilidade como sendo dela. Assim como nós também não queremos assumir como sendo nossa. Então, eu acho que tem que entrar no entendimento que isso é uma parceria porque se não for assim, acaba não fluindo (PS1).

Tais falas demonstram, sem necessidade de maiores comentários, que não há planejamento entre os dois setores e, portanto a intersetorialidade não acontece, de fato. As

ações dentro do PSE são pontuais e relacionadas a alguma demanda nacional, como campanhas do Ministério da Saúde, ou de demandas individuais de acordo com a suspeita de algum problema de saúde apresentado pelo aluno, portanto podemos inferir que tais ações não estão presentes no projeto pedagógico da escola.

Grupos considerados vulneráveis são alvos nesta última década de programas e políticas voltados para amenizar os problemas sociais, e embora essas iniciativas atinjam um mesmo grupo populacional localizado em um mesmo ambiente, essas ações acabam sendo desenvolvidas de forma fragmentada e não articuladas entre os setores. Isto se deve ao modelo horizontalizado e pouco articulado da organização das ações desde o nível federal, o que leva a competição entre os agentes públicos, a realização de ações redundantes, bem como a baixa qualidade dos serviços oferecidos a população (Brasil, 2008a).

E partindo desses achados, acredita-se que a atuação do PSE deveria ser monitorada e avaliada como uma forma não de punir ou apontar falhas na execução das atividades por parte dos profissionais envolvidos, mas de tentar encontrar o caminho certo para melhorar o desempenho do programa, procurando encontrar meios mais adequados de conduzir as ações e promover a contento uma atenção integral aos estudantes atendidos pelo programa.

5.3.3 Participação Social

Fica evidente no discurso dos profissionais da educação e da saúde a relevância da participação da família na educação dos discentes. No entanto, tal participação é apontada como falha ou inexistente no decorrer do ano letivo, o que poderia dificultar parte das ações do PSE que necessitariam da participação dos responsáveis pelos alunos para sua execução. Esses pontos são expostos ao longo das falas descritas abaixo:

[...] a obrigação de educar é da família, a escola passa conhecimentos, orienta, mas educar, [...] Então, quem tem que educar são os pais, a família. [...] Então, a família que tem a obrigação de educar. E orientar até nesses pontos também, se a escola pudesse ter a família dentro da escola ajudando nisso, seria ótimo. Mas eu vejo assim uma grande dificuldade da família vir pra escola, a gente tem muita dificuldade é que eu vejo nas reuniões que são feitas são pouquíssimos pais que vêm (PE1).

Acho que o papel da família, assim não só de aluno, mas da família como um todo, é aquele papel de... é que a família constitui a primeira sociedade que a gente vive, primeira questão de sociabilidade. [...]Então assim, eu acho que o papel da família é a questão de participar, participar junto com a gente de ter também esses bons olhos e dos cuidados depois em casa, a questão das conversas com os filhos de... acho que de perpetuar o que a gente tá fazendo [...] (PS3).

É fundamental, por quê? Porque você tinha que envolver aquela família no..., na responsabilidade daquela criança né, que a responsabilidade... a família tinha que ter noção que a responsabilidade é dela junto que teria o apoio da saúde e da educação, né.[...] E eu acho também que a família não foi trabalhada nesse contextoé, porque pelo menos na minha experiência eu só tive contato com o aluno, tinha aluno que nem cartão de vacina trazia, a mãe nem sabia, era com o aluno (PS9).

A literatura coloca que a família exerce papel fundamental na formação educacional das crianças, no acompanhamento das ações curriculares e extra-curriculares, sendo que a escola deve atuar de forma incisiva sobre as deficiências existentes nos escolares em parceria com a família e o setor público (MOREIRA; SILVEIRA; ANDREOLI, 2006; IERVOLINO, 2000).

É importante que a família esteja atuante nas demandas da educação escolar dos filhos, sendo que especificamente para o bom andamento e desempenho das atividades o PSE que estas ocorram com a participação dos pais. Refletimos que assim a promoção da saúde possa fluir de maneira a abranger não apenas o aluno, mas também fique refletida no lar e conseqüentemente na comunidade. Os participantes junto com os responsáveis seriam multiplicadores das informações obtidas nas ações do programa.

A proposta de uma escola integrada e com um espaço de aprendizado contínuo requer, entre outras questões: coerência entre escola e professores com respeito aos conteúdos ministrados, integração com os mais variados espaços fora do contexto estudantil e pertencentes a comunidade, e estímulo a participação dos pais ou responsáveis em atividades curriculares e extracurriculares, com o objetivo maior de promover ações conjuntas e envolver a comunidade da vida escolar (MOREIRA; SILVEIRA; ANDREOLI, 2006).

O papel da família também é apontado como suporte para atuação do PSE, como apresentado em seguida:

Com certeza, tudo começa na família. A escola sozinha ela não faz milagre. Aquela história, a gente ficava de mãos atadas até o (...), porque eu não poderia entrar com uma criança do Mais Educação pra que o médico fizesse uma avaliação, é como eu lhe disse, tem que ter a presença da família porque ele queria saber as informações desde a gestação daquela criança até aquela idade, né. Então teria que ter pai, mãe ou responsável, então se a família não abraçou a causa, aí já começa daí a desandar o Programa (PE3).

Então, a família teria que facilitar esse suporte, né, dos profissionais da saúde; ela também entraria dentro do PSE, participando das palestras, das atividades educativas, né; e assim, principalmente tá... seria importante durante a triagem, pelo menos o responsável estivesse ao lado da criança, porque às vezes a criança não tem condições de responder alguns questionários, então a gente conta bastante assim com a família dentro do PSE (PS4).

Esta visão apresentada de família como suporte para alcançar os objetivos do PSE se reflete em algumas situações específicas que requerem o acompanhamento dos pais ou responsáveis, como por exemplo, em uma avaliação clínica completa, a qual necessite de informações que o jovem não tenha condições de fornecer. No entanto, o que se observa é o contrário, algumas atividades acontecem sem a participação dos pais, pois estes não estão presentes na vida escolar do aluno. No entanto cabe aqui a pergunta: o que a escola vem fazendo para que esse pai ou essa mãe participe da vida escolar de seu filho?

Essa dificuldade de envolver os pais é revelada com ênfase nas falas dos profissionais da educação e da saúde, e sempre apresentam como justificativa falta de tempo e mesmo o desinteresse em participar da vida escolar e das ações pertinentes ao PSE, como mostra as transcrições das falas a seguir:

É, eu tenho a impressão que o que o posto quer é envolver os adultos, pais, mães, esse povo aí. O que acontece é que eles não estão afim de tá tão envolvidos. Trabalha, quem trabalha, trabalha, final de semana tem que cuidar de casa, quem não trabalha que já não quer mesmo nada na vida não vai pra um lugar desse. Então, acho que não é tão fácil assim como vocês tão pensando viu, de juntar a família no posto não. Na escola, a gente já tem dificuldade de chamar e eles têm que vir porque é assistência direta ao filho, tu imagina pra ir assistir uma palestra no posto, certo (PE5).

Acho que a família, ela fica muito a parte ainda desse contexto, por vários motivos. Primeiro deles, eu acho que a vida moderna mesmo distancia muito os pais do adolescente né, trabalhos, compromissos e tudo. Então, muitas vezes a escola, aliás a família ela não consegue... ela acha que isso é uma responsabilidade da escola, ela não procura se envolver. E a escola tem muita dificuldade pra buscar esse pai né, trazer o pai trazer a mãe para dentro desse contexto. Agora eu vejo assim, que a escola ela tem assim... daria certo se ela tentasse colocar na cabeça do pai e da mãe que isso, que esses temas do PSE que o PSE trabalha não é uma responsabilidade da escola, a escola ela tá dando um suporte, mas que a família tudo passa pela família[...] (PS1).

A família deveria estar mais presente, mas, na realidade, ausenta-se, e muito. Outras vezes, quando é presente, não reconhece que a criança tem determinado problema, o que dificulta muito o trabalho. Acredito que o PSE deveria tratar melhor a questão família (PE9).

Ao analisar exposto anteriormente, tem-se uma percepção de comodismo dos profissionais em aceitar a não participação dos pais como justificável e parece que pesa um

juízo de culpa sobre os responsáveis dos alunos, bem como não se apresenta uma busca de alternativas de como amenizar e sensibilizar os pais para acompanharem de mais perto a vida escolar dos filhos. Cada um dos profissionais está em seu devido local de serviço, e a maioria, não está disposta a tentar expandir o seu plano de atuação e a tecer redes de apoio para melhorar a atenção ao escolar de forma integral, preferem esperar que o outro saia do seu espaço e assim persiste uma visão estanque e unilateral do problema. Ao que parece, a família não foi convidada a conhecer o PSE e assim sendo não podemos imputar a ela um papel, uma responsabilidade nesse processo.

Nesse cenário, Bursztyn e Ribeiro (2005) conjecturam que ainda é um grande desafio promover a participação social. As equipes locais de saúde e educação necessitariam se articular e se preparar, para melhor receber as famílias dos alunos e conseqüentemente a comunidade como parte integrante do PSE.

Pelicioni (2000) cita que a família dos escolares e a associação de pais, as associações não governamentais e os líderes da comunidade e o nível público são fundamentais para o bom desempenho das escolas promotoras de saúde.

Somente os profissionais da saúde comentaram sobre o papel da comunidade, com o reconhecimento de sua participação para divulgação das ações do PSE na escola e na unidade de saúde e na identificação de problemas pertinentes a comunidade da área abrangida pela escola.

[...] a comunidade ela poderia facilitar a divulgação, por exemplo, a gente marcava o dia da triagem, de algumas atividades educativas. Ela podia divulgar mesmo: aquele dia vai acontecer esse vínculo, saúde na escola. Eu acho que ela ficaria mais com essa parte da divulgação mesmo e facilitar os encaminhamentos também (PS4).

A comunidade ela tem que tá assim se ela souber também desse projeto, então ela tem que tá ali ativa, já quando a gente fala ali da comunidade, sempre tem os líderes comunitários, eles podem tá ali orientando aquela comunidade pra tá indo fazer todas as suas avaliações, preenchendo o cartão de vacina, fazendo a vacinação daqueles escolares e também fazendo intercâmbio o que? Entre a escola e a própria Unidade de Saúde, pra melhoria daquela comunidade. Não só da saúde, do pessoal da saúde na escola, e sim do pessoal da saúde também na própria comunidade (PS6).

[...] Às vezes você precisa de uma mobilização maior não só com pais, líderes comunitários, alguém pra dar um apoio, vamos supor numa situação que tenha numa escola, acho que não é o caso daqui, gangues, essas coisas que às vezes teria que ter uma participação da comunidade vendo qual, como essa comunidade vai ajudar esse aluno, ou essa criança que esteja envolvida com certos... situações de risco, de violência, de até pra em relação a certas doenças, ou de risco mesmo físico de morte, seria essa participação da comunidade em ajudar dependendo do que você iria elencar de prioridade pra aquela comunidade né (PS8).

[...] o papel da comunidade é... Ah também, eu acho que é muito importante né, porque a comunidade estando envolvida ia diminuir, porque saúde e educação quando eles dizem o Programa de Saúde e Educação envolve drogas, envolve ocupar o tempo daquela criança, e a comunidade envolvida a qualidade seria muito superior, informação, a comunidade teria informação, quando você tem informação você pode interagir, você pode interferir (PS9).

Infere-se que somente os profissionais da saúde fizeram comentários sobre o papel da comunidade, provavelmente por que trabalham diretamente em uma área adscrita, onde a ESF e o NASF reconhecem redes de apoio para sua atuação, realizam visitas domiciliares as famílias, estão mais aptos a aproveitarem espaços, bem como a própria estrutura dos programas da saúde estão mais próximas ao desenvolvimento de atividades dentro do contexto da comunidade. Já se considera que a educação esteja mais vinculada diretamente com as famílias dos discentes.

A participação da família e da comunidade é importante para o desenvolvimento adequado do PSE, e conseqüentemente para o fortalecimento do controle social e da atenção a saúde do escolar de forma integral, no entanto, essa participação ainda se apresenta como uma lacuna a ser superada na execução do PSE, visto que nos relatos dos entrevistados não encontramos propostas para a efetivação da participação desses dois segmentos no programa.

A questão fundamental a ser desenvolvida é que depois de afirmar serem a família e a comunidade importantes para a formação integral dos alunos e identificar as dificuldades para a participação da família, o principal é tentar criar oportunidades para envolvimento dos pais ou responsáveis pelos alunos e da comunidade com a escola, unidade de saúde e PSE e tal questão não foi sequer citado pelos profissionais. Eles afirmaram que a participação da família é muito importante na educação dos jovens e na promoção da saúde dos mesmos e que elas deveriam ser parceiras nesse processo. Apontaram inclusive que a falta de tempo e o desinteresse das famílias eram os principais motivos da não participação. Porém, nenhum profissional apontou o que já foi feito para que essas famílias se engajassem na escola ou unidade de saúde. Lembramos inclusive que a participação social não é prerrogativa do PSE, ela deveria estar presente nos setores da saúde e da educação independente do mencionado programa.

A nosso ver, o planejamento conjunto é essencial para alcançar tal feito, bem como o engajamento dos atores a serem envolvidos para melhorar o desempenho do PSE. Da

mesma maneira que os profissionais mostraram que é difícil trabalharem em conjunto, por nunca terem vivenciado tal experiência, imaginamos que o mesmo deve valer para as famílias.

5.4 Análise dos Grupos Focais

Inicialmente, gostaríamos de comentar que houve dificuldades para a realização dos grupos focais, primeiro porque os próprios coordenadores do programa não acreditavam que os alunos iriam saber responder sobre o que era o PSE. Fato que ficou evidente em um comentário de um profissional da educação que citou o aluno como mero instrumento para as realizações das atividades do programa e, portanto, eles não teriam como se colocar em relação ao PSE. Uma segunda dificuldade observada foi o fato de que a partir das entrevistas com os profissionais já ficou sinalizado que o programa não estava sendo efetivamente realizado assim sendo, dificilmente os alunos iriam entendê-lo.

Foram realizados três grupos focais nas escolas, contemplando um total de 16 alunos, conforme discriminado no Quadro 5.

Com a finalidade de preservar o anonimato dos alunos, indicamos ao final das transcrições das falas a indicação de GF, referente a grupo focal seguida da numeração de 01 a 16.

Quadro - 5 Identificação dos discentes dos grupos focais.

Escola	Sujeitos	Sexo	Idade	Série escolar
1º Grupo Focal	GF1	M	10	4º
	GF2	F	11	5º
	GF3	F	12	5º
	GF4	M	12	5º
	GF5	F	13	5º
	GF6	M	11	5º
2º Grupo Focal	GF7	M	15	8º
	GF8	F	10	5º
	GF9	F	10	5º
	GF10	M	13	8º
	GF11	M	13	7º
3º Grupo Focal	GF12	M	14	6º
	GF13	F	14	6º
	GF14	F	13	8º
	GF15	M	13	8º
	GF16	F	12	6º

Quando indagados sobre o que conheciam acerca do PSE, enfatizamos que os alunos de dois grupos focais nada sabiam sobre o programa. Há um total desconhecimento acerca da existência do PSE dentro da escola, no entanto, convém lembrar que em todas as escolas onde foram realizados os grupos focais o programa já estava devidamente implantado desde o ano de 2008.

O grupo focal da terceira escola relatou saber o que é o PSE, no entanto, não sabiam se as ações deste programa ocorriam dentro do espaço escolar. Ao serem indagados sobre o que sabiam sobre o programa, os alunos demonstraram pouco conhecimento do mesmo, o reduzindo a realização de consultas e atividades pontuais de educação em saúde, como no caso de orientações para controle da dengue.

É um programa que algumas pessoas vêm pra fazer nas escolas, como falar sobre um pouco da dengue, falar sobre o que não deve fazer, tipo você não deve deixar água parada e suja no banheiro, porque senão o mosquito bota seus ovos e cria uma larvazinha que vira mosquito da dengue que pica você, você fica doente (GF13).

Do PSE eu consigo entender que ele ajuda a gente na saúde da gente. Se a gente tiver mal, ele vai aconselha a gente a tomar aquilo, a fazer aquilo... Vamos dizer, a gente fica doente por causa de comida, aí ele faz uma medicação pra gente alimentar, de frutas, de verduras, comidas boas (GF12).

... fazer exame, fazer vários exames, é... olhar nossas pressões, nossos pesos, nossas alturas, dentista, tudo isso, aí... (GF14).

Devido à dificuldade para adentrarmos no assunto propriamente do PSE, até por conta do desconhecimento dos alunos a respeito do programa, houve a necessidade de primeiro indagar sobre o Programa Mais Educação e tentar a partir do contexto deste outro programa que os alunos identificassem atividades de educação e saúde desenvolvidas na escola.

É relevante comentar que ao direcionarmos os questionamentos sobre quais ações de saúde eram desenvolvidas dentro da escola, os alunos identificavam especificamente atendimento em saúde bucal, atendimento médico e outras ações ocorridas isoladamente na escola, conforme os trechos abaixo:

Eles vêm aqui vai por sala em sala, vai numa sala aí chama algumas pessoas, leva pra onde, antes de escovar os dentes, e dá o flúor, o flúor, e vai escovar e passar meia hora sem beber água (GF2).

A nutricionista, que ela veio aqui. Ela também, ela pesou a gente, mediu e também é... porque tem gente que tem obesidade, aí era também pra gente se prevenir, pra gente ficar só no peso ideal assim (GF6).

Dá. Ele é... assim, veio uma médica que era a Doutora,[...] aí ela perguntava, fazia perguntas e, aí se a pessoa tivesse assim, se tivesse doente ou então fazendo algum tratamento, aí indicava pra ela, pra ela resolver (GF11).

Porque assim, quando... quando tem alguém assim ou com a boca doendo,[...] então pede a gente pra ir lá no consultório dela, aí ela fala com a gente pra fazer o tratamento com ela (GF11).

Eles às vezes, eles vêm pra poder, pra levar a gente para o posto pra gente poder se pesar e saber a altura das crianças. E às vezes também, eles levam, a gente pra poder dar consultas, tipo ver os nossos dentes pra saber mesmo se pode... (GF13)

As atividades referidas acima são direcionadas para um atendimento exclusivamente assistencialista e preponderantemente curativo, o que reforça a continuidade das ações pontuais já encontradas nas análises das entrevistas dos profissionais. São inclusive ações que normalmente já eram desenvolvidas por profissionais das unidades básicas de saúde, também pontualmente, nas escolas da rede pública de ensino, muito antes da criação do PSE. Portanto, podemos indagar qual a real mudança provocada pela criação desse programa?

Parece que há uma continuação das ações horizontalizadas e impostas por instâncias superiores para a realização de trabalhos específicos, exemplo disto é a citação recorrente da avaliação do peso e altura que foi realizada no ano anterior com a finalidade de avaliação de distúrbios de peso. Esta ação foi realizada pelo PSE a nível nacional, e mesmo assim os alunos não conseguiram identificar nesta ação uma referência ao programa.

Em uma reflexão, podemos inferir que os profissionais não se apresentaram formalmente como integrantes do programa. Parece que abordaram a escola, utilizam-se dos alunos para executar ações, apropriaram-se de seu tempo e de dados de sua ficha escolar, aliados a outros dados novos como os de antropometria e não houve uma explicação do que estava sendo feito, muito menos da proposta fundamental do PSE. A atividade de avaliação antropométrica para detecção de obesidade na escola, proposta nacional do PSE poderia ter sido utilizada para maior divulgação do programa para alunos, professores, pais e comunidade escolar.

Os profissionais que atuam com os escolares deveriam ser envolvidos no sentido de compreender que para promover a saúde é necessário que o estudante seja trabalhado de forma integral. A visão holística da saúde que excluiria o modelo biomédico é ainda um

grande desafio a se superar. A forma assistencial e medicalizada de atuar da saúde, ainda tão difundida entre os profissionais da saúde e da educação interfere sobremaneira na prática da promoção da saúde.

O conceito de promoção da saúde envolve a concepção da saúde como um direito à qualidade de vida. A partir dessa interpretação, é possível entender que para se promover o bem-estar integral dos cidadãos é necessária a participação ativa dos envolvidos na promoção da saúde. (HORTA, 2009). Os profissionais, portanto, devem compreender que sua atuação é fundamental para a promoção da saúde no ambiente escolar, uma vez que ela resulta da participação conjunta dos profissionais desse setor e da educação, bem como dos próprios alunos, das famílias e de toda comunidade escolar que são meios para formar os estudantes em saúde.

Os profissionais da educação e da saúde necessitam compreender o propósito do programa, que é o de formar estudantes de maneira integral, por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, para que assim possam operacionalizá-lo como é devido, garantindo a participação ativa dos alunos (BRASIL, 2011).

Mais uma vez podemos perceber os estudantes identificando ações pontuais de educação em saúde realizadas pelos profissionais das unidades de saúde nas escolas, reflexo da visão reducionista de promoção da saúde apresentada pelos profissionais da educação e da saúde, como unicamente realização de palestras educativas, conforme demonstrado abaixo:

Sobre a dengue, veio falar sobre a dengue (GF01).

E veio também uma mulher falar sobre a AIDS, uma mulher falar sobre a AIDS, aí explicou pra gente aí as coisas, foi isso (GF 16).

Veio uma pessoa falar sobre os dentes, pra ensinar a gente a cuidar dos dentes, pra eles ficar branco, não furar, porque tem bactérias que ficam nos dentes da gente que se a gente não escovar ele vai ficar preto e cai (GF12).

[...] foi a assistente, que falou que a gente não devia aceitar nada das pessoas que vêm no carro, porque é tipo um “boa noite cinderela”, pra gente não aceitar, pra gente também não pegar doenças, tipo AIDS, pegar assim é... doenças contagiantes (GF14).

Uma pessoa do posto falar pra gente tomar os remédios tudo em dia, não deixar de tomar, não deixar de visitar o posto pra saber quando a gente deve tomar vacina ou injeção, saber sobre os dentes, sobre a nossa pressão, peso, só isso (GF14).

É ajudante de enfermagem. Ela veio aqui e deu “panfletos” pra nós e explicou pra que serve a ajuda do posto (GF07).

[...] já veio uma vez um pessoal pra falar sobre a dengue, pra gente cuidar, pra senão o mosquito da dengue vai picar a gente e a gente vai ficar com um monte de doenças (GF12).

Observa-se a falta de conhecimento a respeito do conceito de promoção da saúde, visto que ações de saúde direcionadas para a prevenção mediante palestras de saúde e atendimento clínico são identificadas pelos estudantes como as únicas práticas de promoção da saúde realizadas pelos profissionais. Tais ações não abrangem a promoção da saúde como norteadora do PSE. Essa concepção reforça a compreensão de saúde apenas como práticas preventivas e assistenciais restringindo o campo de atuação e a responsabilidade dos setores de saúde e educação no programa.

Apesar de não terem conhecimento de intersetorialidade, a percepção demonstrada foi de apenas um encaminhamento ao atendimento médico, psicológico, dentário ou nutricional quando necessário, e as ações desenvolvidas são realizadas pontualmente. Podemos dizer que o principal achado dos grupos focais é que o PSE não tem contribuído durante o processo formativo para uma percepção diferente do conceito de saúde.

Apesar dos percalços, consideramos válida a realização dos grupos focais para que pudéssemos ter uma visão da atuação do PSE a partir do olhar daqueles que são os maiores beneficiários desse programa e para nossa surpresa percebemos total desconhecimento por parte dos alunos, da existência do programa bem como de suas ações no contexto escolar.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados relacionados no estudo, é de interesse compreender que para se trabalhar em parceria educação e saúde, praticar promoção da saúde e promover participação social ainda é um grande desafio a ser superado na rotina das escolas e das unidades de saúde. A proposta de uma atenção a saúde do escolar integral preconizada pelo PSE é recente e requer mudanças na estrutura organizacional da gestão, nas atividades realizadas nos serviços e na concepção do próprio conceito de saúde dos gestores e executores do programa e ainda é necessário encontrar estratégias que facilitem a participação da família e comunidade.

Pontos relevantes reconhecidos e apontados nos documentos analisados já demonstram um direcionamento para essa superação, entre os quais: a indicação do PSE como política de educação em saúde para a atenção do escolar, a grande ênfase na intersetorialidade entre saúde e educação e na promoção da saúde como diretrizes na construção do programa. Isso tem reflexos na formação integral do aluno.

Ficou também evidente na análise documental que o PSE tem como objetivo contribuir para a concretização das ações dos temas transversais dentro da escola, o que é muito significativo, pois vem reforçar atividades já previstas, como um programa baseado em uma política que busca a intersetorialidade entre saúde e educação.

Verificou-se por outro lado, algumas fragilidades na estrutura dos documentos analisados, que acabam por dificultar o bom andamento do programa como: ausência de orientações sobre os caminhos necessários para que a operacionalização das ações do PSE aconteçam articuladamente entre as secretarias de saúde e secretaria da educação e envolvam a participação da comunidade; algumas das ações sugeridas no programa não caracterizam promoção da saúde ao serem pouco frequentes e pontuais; ausência de ações relacionadas à educação permanente previstas para acontecer, bem como falta de propostas sobre como implementar as ações do programa nos projetos pedagógicos das escolas de forma a tornar as ações permanentes e contínuas ao longo do ano escolar.

O discurso dos gestores, esteve fortemente associada a relação entre saúde e educação como promissor e primordial para melhorar a atenção integral aos alunos e a

identificação da promoção da saúde como um tema transversal a ser trabalhado no contexto escolar, bem como para a necessidade da participação social. Ainda assim destacaram a fragmentação e setorialização dos serviços prestados, bem como a não conciliação entre o calendário escolar e a rotina das unidades de saúde como dificuldades para execução do programa. No entanto, não encontramos nos discursos destes sugestões de como superar tais dificuldades.

Nitidamente, as ideias apresentadas nos documentos analisados e a percepção do gestor sobre os documentos conjecturam para um programa pautado na interdisciplinaridade. Além disso, os gestores apresentaram uma visão biomédica, com percepção da principal função do setor saúde dentro do PSE voltado para a prevenção e tratamento de agravos. Porém, o apoio e a crença dos gestores no PSE contribuem significativamente para a realização deste, pois a partir do momento que os gestores apoiam as propostas do PSE, pressupõe-se que as ações ocorrerão com mais facilidade e fluidez nas escolas e unidades básicas de saúde.

Os profissionais da educação e da saúde considerados os executores do programa também apresentam uma percepção curativista da saúde, que foca a promoção da saúde basicamente na parte preventiva das morbidades e uma visão reducionista de intersetorialidade, pelo menos na prática atual do programa. Esta está acontecendo mediante algumas palestras dos profissionais de saúde nas escolas e a detecção, por parte dos professores de alguns problemas de saúde dos alunos e o encaminhamento destes à unidade de saúde. E que ao final, a promoção da saúde não está acontecendo e muito menos as ações ao longo do ano letivo estão sendo planejadas em conjunto.

Enfatizamos que tais resultados se referem as escolas com melhor atuação no PSE, conforme apontado pelos gestores. Também consideramos pautar como um achado importante que dentre os profissionais da saúde, não conseguimos identificar para a realização da entrevista nenhum profissional da categoria médico que estivesse atuando junto com a equipe mínima da ESF no programa.

Os profissionais executores referiram a participação social importante para a execução do PSE, no entanto, apenas apontaram estas como falhas ou inexistente, e ao mesmo tempo, não se identificou na concepção dos mesmos como superar essa dificuldade.

Esses achados apresentados a partir das percepções dos gestores e dos profissionais envolvidos diretamente com o programa refletem-se nos alunos, uma vez que os mesmos desconhecem completamente o PSE. Dessa maneira, o principal alvo de atuação do PSE, não consegue perceber a existência deste dentro do contexto escolar. Os alunos somente conseguem associar as ações de saúde ao atendimento médico e avaliação bucal, bem como a realização de palestras educativas.

Ficou evidente nos resultados obtidos que umas das principais limitações na execução das ações do PSE são as dificuldades para trabalhar promoção da saúde e da intersetorialidade. Sendo a falta de planejamento conjunto, a nosso ver um dos desafios a serem superados e que com a prática da ação conjunta e integrada, desde o âmbito da gestão, dos profissionais da educação e da saúde, com participação de pais e alunos promoveriam o desempenho do programa com êxito.

Ratificamos que o PSE é um programa factível e exequível sim, baseado na promoção da saúde, na concepção ampliada de saúde, na intersetorialidade e na participação comunitária, porém para que o mesmo seja desenvolvido como foi proposto precisaria de uma reorientação e reajustes para facilitar sua compreensão e operacionalização.

No intuito de contribuir para a qualificação das ações desenvolvidas pelo PSE, poderíamos apontar algumas sugestões que partem dos achados da pesquisa, entre os quais destaca-se: romper com o compromisso apenas formal das secretarias de saúde e da educação para o estabelecimento de um vínculo promissor e centrado na intersetorialidade; continuidade na educação permanente de todos os atores envolvidos; planejamento contínuo das ações previstas no programa; participação efetiva da ESF, do NASF e dos educadores nas ações do PSE; buscar estratégias que sensibilizem os gestores e executores do PSE nas escolas para de fato promoverem a saúde dos escolares e contribuírem na formação integral dos alunos, sempre contando com a participação da família e comunidade.

Na tentativa de qualificar o PSE é necessário que os profissionais da ESF, do NASF, professores e gestores em um primeiro momento reconheçam que existe um campo de atuação em conjunto. Durante o planejamento pode-se promover a troca de saberes e informações do que cada setor está fazendo como, por exemplo, a horta dentro da escola e a prática de esportes promovidos pelo programa mais educação. Ambos poderiam ser utilizados para promoção da saúde.

Para incorporar as atividades do PSE no projeto político pedagógico da escola, poderia haver encontros entre os profissionais de ambas as áreas, durante o planejamento do ano letivo, partindo de uma discussão das necessidades reais dos educandos e adequação das ações, com estabelecimento de datas e com responsáveis para a realização de cada uma das atividades propostas conjuntamente. Os professores que atuam em sala de aula devem estar envolvidos no processo de planejamento e incluídos em todas as ações a serem desenvolvidas, principalmente, por que essas ações estejam dentro do contexto curricular.

Válido ressaltar, que não deve ser um único encontro, e sim uma continuidade desses momentos, até com o objetivo de se avaliar as atividades, promover discussão de casos específicos, na busca de soluções em conjunto com a equipe da PSE para resolução de casos específicos e entraves encontrados.

Todos os momentos em que o PSE esteja atuando há uma necessidade de deixar identificado aquela ação como parte do PSE, bem como a identificação do profissional a exercer a atividade para estabelecer vínculo dos alunos com o programa e superar o desconhecimento que os mesmos em relação ao PSE.

Os gestores devem estar sensibilizados quanto ao projeto municipal do PSE, devendo facilitar o acesso destes documentos a todos os profissionais da escola, da unidade de saúde, do conselho de saúde e da comunidade. Se os documentos referentes ao programa são de conhecimento público facilita-se a propagação do PSE na comunidade escolar, bem como a participação social.

Outro fator importante é estimular os atores envolvidos na efetivação do observatório escolar. Isto poderia acontecer através de momentos dentro dos equipamentos sociais da comunidade com trocas de informações dos trabalhos desenvolvidos feitos por alunos e demais envolvidos no PSE de forma interativa e lúdica, com participação dos pais e demais membros da comunidade. Os trabalhos desenvolvidos também poderiam ser apresentados pelos profissionais da educação e da saúde em eventos científicos.

A educação permanente pode acontecer a partir da elaboração, por parte da gestão, de calendário de atividades para serem realizadas em conjunto a partir de temas que possam ajudar na reflexão e compreensão mais ampliada da saúde e das responsabilidades do PSE.

Um programa dessa magnitude, que ousou propor um trabalho em conjunto a dois setores que não possuem em seu cotidiano a experiência da interdisciplinaridade e que propôs também a ruptura de um paradigma de saúde centrada na doença, para um modelo de promoção da saúde, dificilmente não encontraria dificuldades ao longo de sua implantação. Porém acreditamos que não sejam dificuldades impossíveis de serem superadas, principalmente quando existem pessoas envolvidas que acreditam e apostam no sucesso do PSE. O diálogo, o aprendizado, o envolvimento e a crença naquilo no qual se está empenhado certamente ajudará na construção desse modelo de educação e saúde para nossos jovens estudantes.

REFERÊNCIAS

- AERTS, D.; ALVES, G. G.; SALVIA, M. W. L.; ABEGG, C. Promoção de saúde: a convergência entre as propostas da vigilância da saúde e da escola Cidadão. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1020-1028, jul./ago. 2004.
- ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H.; FONSECA, C. D.; HARZHEIM, E. A Estratégia Saúde da Família. In: Duncan, B. B. et al. **Medicina Ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3 ed. Porto alegre: Artmed, 2006. cap.7, p. 88-100.
- BARCELOS, M. R. B.; VASCONCELLOS, L. C. F.; COHEN, S. C. Políticas públicas para adolescentes em territórios vulneráveis. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v.23, n. 3, p. 288-294, jul./set. 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Passo a passo PSE**: Programa Saúde na Escola, tecendo caminhos da intersetorialidade. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 46 p. (Série C. Projetos, programas e relatórios).
- _____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- _____. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 132 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos), 2010.
- _____. Portaria interministerial nº 3696, de 25 de novembro de 2010. Estabelece critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE) para o ano de 2010 e divulgou a lista de municípios aptos para manifestações de interesse. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 26 nov. 2010, n. 226, seção 1, p.64.
- _____. Ministério da Saúde. **Saúde na Escola**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- _____. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil**. Brasília: Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde, 2008. 216p.
- _____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Orientações sobre o Programa Saúde na Escola para a elaboração dos Projetos Locais. Brasília: MS:MEC, 2008. Disponível em: <http://educampoparaense.eform.net.br/site/media/biblioteca/pdf/orientacoes_pse.pdf>. Acesso em 16 fev. 2012.
- _____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Programa saúde na escola – PSE. Brasília, 2008. versão 12 – preliminar formatada após a reunião com o GT atenção a Saúde e GT vs cit – MEC/MS no dia 07.02.08.
- _____. Portaria nº 1.861, de 04 de setembro de 2008. Estabelece recursos financeiros pela adesão ao PSE para municípios com equipes de saúde da família, priorizados a partir do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB), que aderirem ao PSE. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 24 set. 2008, n. 185, seção 1, p. 39.

_____. Decreto nº. 6.286, de 5 de dezembro de 2007 - institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 05 dez. 2007, n. 234, seção 1, p.2.

_____. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana de Saúde. **Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 304 p. (Série Promoção da Saúde, n. 6).

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório da Oficina de estratégias para promoção da alimentação saudável nas escolas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 51 p. (Cadernos de Atenção Básica, n.15, Série A - Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 687, de 30 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Promoção Saúde. 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 44 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. **Marco Legal: saúde, um direito de adolescentes**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área de Saúde do Adolescente e do jovem. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 60 p. (série A. normas e manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 56p. (Série B. Textos básicos de saúde).

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

_____. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros Curriculares Nacionais: introdução aos parâmetros curriculares nacionais**. Brasília: MEC/SEF, 1997. 126p.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais, 1989.

BRANCO, V. M. C.; MELGES, S. B.; MEDEIROS, D. C.; PHEBO, L. B.; COUTINHO, M. F. G. Saúde do Adolescente no Município do Rio de Janeiro: escolas como parceiras privilegiadas. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. (Série Promoção da Saúde; nº 6.)

BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (Org.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Editora Vozes, 2004. 607p.

BURSZTYN, I.; RIBEIRO, J. M. Avaliação participativa em programas de saúde: um modelo para o Programa de Saúde do Adolescente. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 404-416, mar./abr. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n2/07.pdf>>. Acesso em: 11.09.11.

BUSS, P. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 19-42.

_____. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n.1, p.163-177, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7087.pdf>>. Acesso em: 7 mar. 2011.

BUSS, P. M.; CARVALHO, A. I. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**. v. 14, n. 6, p. 2305-2316, 2009. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/630/63012431037.pdf>>. Acesso em: 5 jun 2011.

CARVALHO, S. R. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 669-678, 2004. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000300018&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 7 ago 2011.

CARVALHO, M. E. P. Relações entre família e escola e suas implicações de gênero. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 110, Jul. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-15742000000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 Nov. 2012.

CAMPOS, G. W. S. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 12, n. 2, p. 301-306, mar. /abr. 2007.

CAMPOS, G. W.; BARROS, R. B.; CASTRO, A. M. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 745-749, 2004.

CERQUEIRA, M. T. A Construção da Rede Latino Americana de Escolas Promotoras de Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 304 p. (Série Promoção da Saúde, n. 6).

CIAMPONE, M. H.; PEDUZZI, M. Planejamento Estratégico como Instrumento de Gestão e Assistência. In: BRASIL. **Manual de Enfermagem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

DANTAS, V. L. A.; REZENDE, R.; PEDROSA, J. I. S. Integração das Políticas de Saúde e Educação. In: BRASIL. Saúde e Educação: uma relação possível e necessária. **Boletim 17**, ano XIX, n.17, nov. 2009.

FORTALEZA. SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Programa Saúde na Escola**. Resolução CIB nº. 336 de 11 de dezembro de 2008. Fortaleza, 2008.

FORTALEZA. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Relatório de Gestão 2007**: saúde, qualidade de vida e a ética do cuidado. Fortaleza: SMS, 2007.

FORTES, C. C. Interdisciplinaridade: origem, conceito e valor. **Revista Acadêmica**, UFSM, n. 6, set/nov. 2009. Disponível em: <<http://www3.mg.senac.br/Revistasenac/edicoes/Edicao6.htm>>. Acesso em: 12 jun 2012.

FREYRE, G. **Casa-grande & senzala**: formação da família brasileira sob o regime da economia patriarcal. 50 ed. rev. São Paulo: Global, 2005.

FROTA, M. A.; MAIA, J. A.; PEREIRA, A. S.; NOBRE, C. S.; VIEIRA, L. J. E. S. Reflexão sobre políticas públicas e estratégias na saúde integral da criança. **Enfermagem em Foco**, v. 1, n. 3, p. 129-132, 2010.

FIGUEIREDO, T. A. M.; MACHADO, V. L. T.; ABREU, M. M. S. A saúde na escola: um breve resgate histórico. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000200015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 1 fev. 2011.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. IN: BAUER, M.W.; GASKELL, G.(editores); tradução Pedrinho A. Guareschi. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**: um manual prático. 4º ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.

GUBERT, F. A.; SANTOS, A. C. L.; ARAGÃO, K. A.; PEREIRA, D. C. R.; VIEIRA, N. F. C.; PINHEIRO, P. N. C. Tecnologias educativas no contexto escolar: estratégia de educação em saúde em escola pública de Fortaleza-CE. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], v. 11, n. 1, p. 165-72, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a21.htm>>. Acesso em: 6 fev. 2011.

HEIDMANN, I. T. S. B.; ALMEIDA, M. C. P.; BOEHS, A. E.; WOSNY, A. M.; MONTICELLI, M. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 352-358, abr. /jun. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000200021&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 maio 2011.

HARADA, J. Introdução. In: Sociedade Brasileira de Pediatria. **Cadernos de Escolas Promotoras de Saúde**, Brasília, n. 1, 2003. Disponível em: <<http://www.sbp.com.br/img/cadernosbpfinal.pdf>>. Acesso em: 8. fev. 2011.

HORTA, N. C.; SENA, R. R.; SILVA, M. E. O.; OLIVEIRA, S. R.; REZENDE, V. A. A prática das equipes de saúde da família: desafios para a promoção da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 4, jul./ago. 2009.

IERVOLINO, S. A. Escola promotora de saúde: um projeto de qualidade de vida. 2000. 167f. Dissertação [prática de saúde pública] - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000. Disponível em: <http://www.observatoriodasaude.ufsc.br/index.php?option=com_weblinks&view=category&catid=36&id=36&Itemid=93>. Acesso em: 7 abr. 2011.

IPPOLITO-SHEPHERD, J. A promoção da saúde no âmbito escolar: a iniciativa regional escolas promotoras de saúde. In: Sociedade Brasileira de Pediatria. **Cadernos de Escolas Promotoras de Saúde - I**. Brasília, n. 1, 2003. Disponível em: <<http://www.sbp.com.br/img/cadernosbpfinal.pdf>>. Acesso em: 8 fev. 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PENSE)**. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2009. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pense/pense.pdf>>. Acesso em: 8 abr. 2011.

_____. Síntese de Indicadores Sociais 2008. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicadores2008/default.shtm>>. Acesso em: 12 jun. 2012.

JUNQUEIRA, L. A. P. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade. **Saúde e sociedade**. v. 6, n. 4. p. 31-46, 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v6n2/05.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2012.

LACERDA, B. L. Evolução da saúde do escolar no Brasil e a inserção do enfermeiro: uma revisão Bibliográfica. 2011. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/artigos/evolucao-da-saude-do-escolar-no-brasil-e-a-insercao-do-enfermeiro-uma-revisao-bibliografica/61037/>>. Acesso em 9 dez. 2011.

LEVY, R. B.; CASTRO, I. R. R.; CARDOSO, L. O.; TAVARES, L. F.; SARDINHA, L. M. V.; GOMES, F. S.; COSTA, A. W. N. Consumo e comportamento alimentar entre adolescentes brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PENSE), 2009. **Ciências & Saúde coletiva**, v. 15, supl. 2, p. 3035-3097, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000800013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 8 maio 2011.

LUNA, R. L. **Hipertensão arterial**: diagnóstico e tratamento. Rio de Janeiro: editora Revinter, 2009.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. **Pesquisa em Educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

MACHADO, M. F. A. S.; QUEIROZ, D. T.; VIEIRA, N. F. C.; BARROSO, M. G. T. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 335-341, 2007.

MAGALHÃES, R.; BURLANDY, L.; SENNA, M. C. M. Desigualdades sociais, saúde e bem-estar: oportunidades e problemas no horizonte de políticas públicas transversais. **Ciências & saúde coletiva**. v.12, n 6, p. 1415-142, nov./dez. 2007.

MATIAS, L. S. **Conhecimento do cliente sobre hipertensão arterial e seu tratamento: importância da orientação em saúde**. 2001. 60f. Monografia (graduação) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2001.

MINAYO, M. C. S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S. ; DESLANDES, S. F.; NETO, O. C. (Org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: vozes, 1996, p. 9-15.

MOREIRA, F. G.; SILVEIRA, D. X.; ANDREOLI, S. B. Redução de danos do uso indevido de drogas no contexto da escola promotora de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, jul./set. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300028&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 maio 2011.

MORETTI, A. C.; TEIXEIRA, F. F.; SUSS, F. M. B.; LAWDER, J. A. C.; LIM A, L. S. M.; BUENO, R. E.; MOYSÉS, S. J.; MOYSÉS, S. T. Intersetorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba (PR). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl.1, Jun. 2010.

NASCIMENTO, S. Reflexões sobre a intersetorialidade entre as políticas públicas. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 101, mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282010000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 03 jun. 2012.

NETO, O. C. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; NETO, O. C. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: vozes, 1996, p.51-66.

OLINDA, E. M. B. Saúde e cotidiano escolar: a escola e a saúde. in: BRASIL. Ministério da Educação. Saúde e Educação: uma relação possível e necessária. **Boletim 17**, Ano XIX, N. 17, Nov./2009.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Escuelas Promotoras de la salud: entornos saludables y mejor salud para las generaciones futuras**. Washington, D.C.: OPS, 1998. 32p. Comunicación para la salud 13. Disponível em: <http://www.paho.org/Spanish/AD/SDE/HS/EPS_Entornos.pdf>. Acesso em: 03 abr. 2011.

_____. Declaração de Santa Fé de Bogotá, pp. 41-47. In: BRASIL. Ministério da Saúde. FIOCRUZ. **Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa**, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília. Ministério da Saúde/IEC, Brasília, 1996.

PAIM, J. S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z.; FILHO, N. A. **Epidemiologia e Saúde**. 5. Ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.

PAIM, J. S. Políticas de descentralização e atenção primária a saúde. In:_____. **Epidemiologia e Saúde**. 5. Ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.

PAULA, K. A.; PALHA, P. F.; PROTTI, S. T. Intersetorialidade: uma vivência prática ou um desafio a ser conquistado? O Discurso do Sujeito Coletivo dos enfermeiros nos núcleos de Saúde da Família do Distrito Oeste – Ribeirão Preto. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 8, n. 15, p. 331-48, mar./ago. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v8n15/a11v8n15.pdf>>. Acesso em: 21 jun. 2012.

PELICIONI, M. C. F. **Educação em Saúde e Educação Ambiental**: estratégias de construção da escola promotora da saúde. 2000. 214f. Tese (Livre Docência) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2000. Disponível em: <<http://www.bvs-sp.fsp.usp.br/tecom/docs/2000/pel001.pdf>>. Acesso em: 25 maio 2011.

PEREIRA, I. M. T. B.; PENTEADO, R. Z.; MARCELO, V. C. Promoção da Saúde e educação em saúde: uma parceria saudável. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 39-44, jan./fev. 2000. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=264216&indexSearch=ID>>. Acesso em: 5 mar. 2011.

RAPOSO, C. A Política de Atenção Integral à Saúde do Adolescente e Jovem: uma perspectiva de garantia de direito à saúde? **Revista da Faculdade de Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro**, v. 6, n. 23, jul. 2009. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/view/450/548>>. Acesso em: 01 fev. 2012.

ROSEN, G. **Uma história da saúde pública**. Tradução Marcos Fernandes da Silva Moreira com a colaboração de José Ruben de Alcântara Bonfim. São Paulo: HUCITEC: Editora da Universidade Estadual Paulista; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva, 1994. (Saúde em debate, 74).

SILVA, C. S.; DELORME, M. I. C. Apresentação das Experiências. In: _____. **Escolas promotoras de saúde**: experiências do Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 304 p. (Série Promoção da Saúde, n. 6). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/escolas_promotoras_saude_experiencias_brasil_p1.pdf>. Acesso em: 5 maio 2011.

SILVA, K. L.; SENA, R. R.; GRILLO, M. J. C.; HORTA, N. C.; PRADO, P. M. C. Educação em enfermagem e os desafios para a promoção de saúde. **Rev. brasileira. enfermagem**. Brasília, v. 62, n. 1, jan./fev. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000100013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 8 jun. 2011.

SILVA, T. R. N.; ARELANO, L. R. G. Orientações legais na área de currículo nas esferas federal e estadual a partir da lei 5692/71. In: **Caderno CEDES**, n. 13. Currículos e programas: como vê-los hoje? 1991, 4. ed. Campinas: Papirus.

SILVA, J. M. O lugar do pai: uma construção imaginária. 2007.150f. Dissertação (Mestrado) Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Belo horizonte, 2007. Disponível em <<http://pt.scribd.com/doc/59082791/48/Medicina-higienista>>. Acesso em: 30 jan. 2012.

SILVA, E. L.; MENEZES, E. M. T. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 3. ed. rev. atual. Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2001.121p.

SOUZA, C. Estado da arte em pesquisa nas políticas públicas. In: Hochman, G.; Arretche, M.; Marques, E. (Org.) **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007. p. 65 – 86.

SOUZA, C. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 8, n. 16, jul./dez. 2006, p. 20-45.

SOUZA, M. M.; BRUNINI, S.; ALMEIDA, N. A. M.; MUNARI, D. B. Programa educativo sobre sexualidade e DST: relato de experiência com grupo de adolescentes. **Rev. bras. enfermagem**. Brasília, v. 60, n. 1, jan./fev. 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000100020&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 maio 2011.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.726 p.

TURATO, E. R. Métodos qualitativo e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p. 507-514, 2005.

VALADÃO, M. M. Saúde na Escola: um campo em busca de espaço na agenda intersetorial. 2004. 154f. Tese (Doutorado em saúde pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-12022007-152151/pt-br.php>>. Acesso em: 13 jun. 2011.

WADSWORTH, J. E. Moncorvo Filho e o problema da infância: modelos institucionais e ideológicos da assistência à infância no Brasil. **Rev. bras. Hist.**, São Paulo, v. 19, n. 37, set. 1999. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-01881999000100006>>. Acesso em: 22 dez. 2011.

WESTPHAL, M. F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, G. W. S.; (Org.): **Tratado de saúde coletiva**. Hucitec; Fiocruz, 2006, p.635-667.

_____. O movimento cidades/municípios saudáveis: um compromisso com a qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 39-51, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 4 jun. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Constitution of the World Health Organization**: Basic Documents. Genebra: WHO, 1946.

APÊNDICE A

Entrevista Semiestruturada

(direcionada a profissionais da saúde e professores)

DADOS IDENTIFICAÇÃO:

INICIAIS:

ENDEREÇO:

IDADE:

SEXO: () M () F

CATEGORIA PROFISSIONAL:

PÓS-GRADUAÇÃO: ESPECIALIZAÇÃO (), MESTRADO () DOUTORADO ()

QUESTÕES NORTEADORAS

1. Gostaria que você falasse um pouco sobre o PSE.
2. Qual sua experiência neste programa?
3. Como você percebe a relação entre a educação e a saúde no contexto do PSE.
4. E sobre o papel da família do aluno participante do programa e da comunidade, no PSE, o que você teria a dizer?
5. O que você poderia falar sobre o desenvolvimento do PSE na escola ou unidade que você atua? Como ele começou, como você foi envolvido, e como está atualmente.
6. Você conhece os documentos que deram origem ao PSE em Fortaleza? Você tem acesso aos documentos?
7. Existe algum outro programa institucional que também possua como público-alvo crianças e adolescentes e que vincule saúde e educação?

APÊNDICE B

Entrevista Semiestruturada

(direcionada a gestores da saúde e da educação)

DADOS IDENTIFICAÇÃO:

INICIAIS:

ENDEREÇO:

IDADE:

SEXO: () M () F

CATEGORIA PROFISSIONAL:

ANOS DE ESTUDO:

PÓS-GRADUAÇÃO: ESPECIALIZAÇÃO (), MESTRADO () DOUTORADO ()

1. Gostaria que você falasse um pouco sobre o PSE.
2. Como você percebe a relação entre a educação e a saúde no contexto do PSE?
3. E sobre o papel da família do aluno participante do programa e da comunidade, no PSE, o que você teria a dizer?
4. Você conhece os documentos que deram origem ao PSE em Fortaleza? Você tem acesso aos documentos?
5. Existe algum outro programa institucional que também possua como público-alvo crianças e adolescentes e que vincule saúde e educação?

APÊNDICE C
Roteiro para Grupo Focal
(direcionada a estudantes)

DADOS IDENTIFICAÇÃO:

INICIAIS:

ENDEREÇO:

IDADE:

SEXO: () M () F

QUAL SERIE ESTÁ CURSANDO:

QUESTÕES NORTEADORAS

ENTREVISTAS PARA ALUNOS PARTICIPANTES DO PSE

1. Gostaria que você falasse um pouco do Programa Mais Educação.
2. Fale das atividades que você participa ou já participou no Programa Mais Educação.
3. Fale um pouco do PSE.
4. Quais são as ações que você desenvolve no PSE?
5. O que você acha deste programa? Dê sua opinião sobre ele.

APÊNDICE D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título: PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: Análise da inter-relação saúde e educação

Pesquisadores responsáveis: Daniela Vasconcelos de Azevedo e Lindelvania Matias de Santiago

Você está sendo convidado (a) a participar desta pesquisa evocê foi selecionado (a) por ser estar inserido como profissional de saúde, gestor, professor ou estudante no Programa Saúde na Escola, porém você não é obrigado(a) a participar desta pesquisa, podendo assim se recusar a participar do estudo e aceitando participar a qualquer momento poderá desistir e retirar seu consentimento sem sofrer nenhum dano ou prejuízo. O objetivo deste estudo é compreender como o PSE foi estruturado enquanto programa voltado para a promoção da saúde; buscar na proposta do PSE ações interdisciplinares entre saúde e educação; e compreender como os profissionais de saúde e educação, bem como alunos envolvidos no programa percebem o PSE e o desenvolvimento de ações conjuntas entre a escola e a unidade de saúde. Você participará de uma ou mais sessões de entrevista individual e em grupo. A (s) entrevista(s) será (ão) gravada(s) e depois transcrita(s) para papel. Após a transcrição das entrevistas, as gravações serão destruídas. Solicitamos sua autorização para gravar sua(s) entrevista(s) e utilizar as informações que forem coletadas. Asseguramos que você não será identificado (a) e que não aparecerá seu nome quando da publicação dos resultados da pesquisa. Sua participação é voluntária e não será remunerada. Caso ocorra alguma despesa com relação à sua participação, esta correrá por conta da equipe de pesquisadores responsáveis (Daniela Vasconcelos de Azevedo e Lindelvania Matias de Santiago). Você receberá este termo assinado pela equipe de pesquisadores. Você poderá falar com a pesquisadora responsável se desejar fazer alguma pergunta sobre a pesquisa pelo telefone (85) 87003724. Esta pesquisa foi previamente avaliada por Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, cujo telefone é (85) 31019890.

Prof^a. Daniela Vasconcelos de Azevedo _____

Enf^aLindelvania Matias de Santiago_____

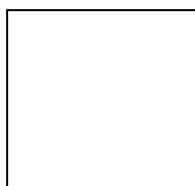
Após receber estas informações, declaro que entendi os objetivos da minha participação e dou meu consentimento para participar da pesquisa, autorizando a gravação pela equipe de pesquisadores.

Nome: -----

Data:-----

Assinatura -----

Impressão digital



ANEXO



Governo do Estado do Ceará
 Fundação Universidade Estadual do Ceará
 Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UECE
 Av. Paranjana, 1700 - Campus do Itaperi - CEP 60.740-000 - Fortaleza-Ce
 Fone: (085) 3101.9890 - E-mail: cep@uece.br



Fortaleza, 12 de dezembro de 2011

IDENTIFICAÇÃO

Título: Programa Saúde na Escola: Análise da Inter-relação saúde e educação

Folha de rosto: FR 447636

Processo: 11223278-7

Pesquisadora responsável: Lindelvania Matias de Santiago

Área temática: Saúde

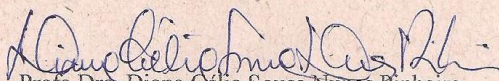
RESUMO:

Trata-se de um estudo que será realizado como parte das exigências para obtenção do título de mestre em Nutrição em Saúde. O estudo tem por objetivo compreender como o Programa Saúde na Escola (PSE) foi estruturado enquanto programa voltado para a promoção da saúde procurando identificar ações interdisciplinares entre saúde e educação. O estudo é de abordagem qualitativa e será realizado em escolas e unidades básicas de saúde da família da Secretaria Executiva da Regional IV (SER-IV). O estudo acontecerá em 18 escolas e nas unidades de saúde da SER-IV que aderiram ao PSE no período de setembro de 2011 a fevereiro de 2012. Participarão da pesquisa profissionais de saúde da ESF e do NASF, gestores diretamente ligados ao PSE, professores e diretores de escolas onde ocorre o PSE. A coleta de dados ocorrerá em três etapas: análise documental, entrevistas semi-estruturadas e grupo focal. O projeto apresenta orçamento e cronograma adequados. O termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi reapresentado de acordo com o estudo.

PARECER:

O projeto está bem estruturado, é relevante, havendo retorno para o sujeito e a comunidade. O projeto atende aos ditames da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – CNS e, portanto para ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, foram resolvidas as pendências em 29 de novembro de 2011.

O relatório final deverá ser apresentado ao CEP



Prof. Dra. Diana Célia Sousa Nunes Pinheiro
 Coordenadora do CEP/UECE

