



**FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA
VICE-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA – MSC**

ANÁLISE DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA

GEORGIA MEDEIROS PAIVA

**FORTALEZA - CEARÁ
2012**

GEORGIA MEDEIROS PAIVA

ANÁLISE DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profª. Dra. Ana Maria Fontenelle Catrib

FORTALEZA - CEARÁ
2012

P149a Paiva, Georgia Medeiros.
Análise do programa saúde na escola do município de Fortaleza /Georgia
Medeiros Paiva. - 2012.
140 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade de Fortaleza, 2012.
“Orientação: Profa. Dra. Ana Maria Fontenelle Catrib.”

1. Promoção da saúde. 2. Saúde escolar. 3. Saúde pública. I. Título.

CDU 614

GEORGIA MEDEIROS PAIVA

ANÁLISE DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA

Data de Aprovação: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Ana Maria Fontenelle Catrib (Orientadora)
(Universidade de Fortaleza – UNIFOR)

Prof. Dr. Heraldo Simões Ferreira
(Membro efetivo)
(Universidade Estadual do Ceará – UECE)

Profa. Dra. Fernanda Denardin Gonçalves
(Membro efetivo)
(Faculdade Farias Brito)

Profa. Dra. Mirna Albuquerque Frota (Membro suplente)
(Universidade de Fortaleza – UNIFOR)

Dedico este trabalho aos meus pais Maria de Medeiros e Domingos Paiva, ao meu noivo César, aos meus irmãos Mário Henrique e Sandro, a minha cunhada Maridete e ao meu sobrinho Mário Victor por compreenderem minha ausência em alguns momentos e pelo total apoio ao longo desses dois anos de muito estudo e dedicação. Amo Vocês!

AGRADECIMENTOS...

Muito tenho a agradecer neste sublime momento de minha vida profissional e pessoal. Quantos aprendizados acadêmicos e pessoais já arraigados em minha vida! Etapa de muito trabalho, empenho e dedicação que jamais esquecerei.

... À Deus, em primeiro lugar, Pai eterno por ter me concedido força, saúde e coragem para desenvolver todas as atividades ao longo desses dois anos de mestrado e por nunca me abandonar nos momentos difíceis.

... Aos meus pais Maria de Medeiros e Domingos Paiva, pelo imenso amor e sabedoria que me formaram pessoa feliz, amada e responsável. Obrigada por estar sempre ao meu lado me incentivando, me apoiando nas dificuldades e compartilhando comigo todas as minhas conquistas.

... Ao meu noivo César Medeiros pelo apoio e compreensão por todas as horas em que me dediquei ao mestrado, inclusive na construção da dissertação. Seu apoio foi muito importante. Te Amo!

... Aos meus queridos irmãos Mário Henrique e Sandro companheiros de toda a vida agradeço pelo incentivo diário.

... À minha Grande Família, pais, tios (as), primos (as), padrinhos e madrinhas, cunhados (a), sogro (a) pela compreensão e importância dada a essa trajetória de muito estudo.

... À minha orientadora professora Ana Maria Fontenelle Catrib, pela oportunidade, paciência, colaboração e apoio. Por sua atenção e dedicação incansável durante essa trajetória. Saiba que você despertou a semente de pesquisadora que estava no meu interior. Muito Obrigada!

... À todos que fazem parte do grupo de pesquisa intitulado Programa Escola Promotora de Saúde (PaEPS), em especial a Lídia, Diego, Zilah e Amanda pela convivência, troca, colaboração, crescimento acadêmico no grupo de pesquisa e pelo apoio mais que suficiente nas transcrições das entrevistas e em todo o processo da dissertação.

... Aos professores e pesquisadores do Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), especificamente o corpo docente e funcionários do mestrado, que a tornam uma instituição de excelência acadêmica na área da saúde coletiva.

... À Banca examinadora dessa pesquisa, pelas valiosíssimas contribuições dadas a esta dissertação.

... Aos grandes amigos que construí no Mestrado de Saúde Coletiva, em especial Vanina, Jacó, Aline, Reginaldo, Waldiana, Michelle e Roxane, pelo companheirismo, pela vivência de momentos tão ricos e pelas ideias sempre bem colocadas! E, aos demais amigos que acompanharam uns mais de perto, outros de longe, esta minha jornada de dedicação ao mestrado e por compreenderem meu distanciamento e ausências em alguns eventos.

... Aos colegas da 6ª Turma do Mestrado em Saúde Coletiva da UNIFOR, pelo período que compartilhamos saberes e experiências e nossas poucas fugas da teoria para o lazer (Centro de Convivência da Unifor).

... Aos Técnicos Municipais das Secretarias de Saúde e de Educação e também aos Técnicos Regionais dos Distritos de Saúde e de Educação que, com respeito e disponibilidade forneceram informações valiosas sobre o PSE no Município de Fortaleza.

... À Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP) pelo apoio aos meus estudos fornecendo uma bolsa de estudo para cursar o Mestrado de Saúde Coletiva/Unifor.

... Aos colegas de atividades que transito rotineiramente na militância da Saúde Coletiva e Saúde da Família que é o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (PRMSFC), em especial à coordenação, ao corpo docente de preceptores e a 3ª Turma do PRMSFC que acompanharam parte de meu processo acadêmico, me apoiando e incentivando na reta final do trabalho teórico.

... Enfim a todos que de alguma forma passaram pela minha vida e estiveram comigo ao longo dessa trajetória difícil, porém compensatória e enriquecedora.

“Não importa o que fizeram de mim, o que importa é o
que eu faço com o que fizeram de mim”.

Jean-Paul Sartre

RESUMO

O Programa Saúde na Escola (PSE), instituído no Brasil em 2007, é uma política intersetorial entre os Ministérios da Saúde e da Educação com o objetivo de contribuir para a formação integral dos estudantes, no âmbito da rede pública de Educação Básica e/ou das unidades básicas de saúde, por meio de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde. Este estudo tem como objetivo geral compreender a percepção dos técnicos municipais e técnicos regionais dos setores de Educação e da Saúde sobre a implantação do Programa Saúde da Escola, no município de Fortaleza-Ceará. Como objetivos específicos pretendemos identificar as estratégias de implantação do programa; descrever a contribuição dos setores de educação e de saúde, analisar os aspectos facilitadores, os obstáculos e os desafios associados à implantação do programa. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo de abordagem qualitativa, no qual fizemos uso da técnica de entrevistas semiestruturadas com técnicos municipais da área da saúde e educação e de grupos focais com os técnicos regionais dos distritos de saúde e de educação, realizado nas seis secretarias executivas regionais do município de Fortaleza-Ceará. Analisamos os resultados a luz da Análise de Conteúdo defendida por Bardin (2008), categorizando as falas em quatro eixos temáticos centrais constitutivos da rede interpretativa, tais como: 1) Implantação do Programa Saúde na Escola; 2) Relevância do Programa para o Município; 3) Envolvimento para se trabalhar em conjunto os setores de Saúde e Educação no programa; 4) Relação das esferas institucionais (Educação x Saúde). Os resultados demonstram que o PSE desenvolvido no município precisa ser fortalecido como ações intersetoriais, as quais buscam contribuir para uma reflexão crítica sobre o processo de implantação do programa, no que se refere à articulação entre os setores da Saúde e da Educação. O estudo aponta para a necessidade de se repensar dinâmicas e processos para o fortalecimento dessas ações intersetoriais, de forma mais articulada e sustentável; viabilizar a criação de agendas com reuniões periódicas e sistemáticas; fomentar espaços de socialização da proposta do PSE para os demais setores; propor uma mostra regional com atividades do programa; criar indicadores que possam avaliar o programa e melhorar a comunicação entre o Grupo de Trabalho Intersetorial, havendo assim um maior acompanhamento das atividades nas regionais.

Palavras Chave: Saúde na Escola. Promoção da Saúde. Intersetorialidade.

ABSTRACT

The School Health Program (PSE) established in Brazil in 2007, is an intersectoral policy between the Ministries of Health and Education with the aim of contributing to the education of students within the public basic education and / or of primary health care through health promotion, prevention and health care. This study aims to understand the general perception of regional municipal technicians and technical sectors of Education and Health on the implementation of the School Health Program, in Fortaleza, Ceará. Specific objectives aim to identify strategies for implementing the program; describe the contribution of the sectors of education and health, examining the facilitators, barriers and challenges associated with implementing the program. This is an exploratory, descriptive qualitative approach, in which we used the technique of semi-structured interviews with municipal technicians of health and education and focus groups with the technical regional district health and education, conducted in six executive secretariats of the regional municipality of Fortaleza-Ceará. We analyze the results of the light Content Analysis defended by Bardin (2008), categorizing the lines under four themes central constituent of interpretative network, such as: 1) Implementation of School Health Program, 2) Relevance of the Program for the City; 3) Involvement to work together sectors of health and education in the program, 4) Relationship of institutional spheres (x Health Education). The results show that the PSE developed in the city needs to be strengthened as intersectoral actions, which seek to contribute to a critical reflection on the process of implementation of the program with regard to the relationship between the sectors of health and education. The study points to the need to rethink and dynamics of these processes to strengthen intersectoral actions in a more coordinated and sustainable, enabling the creation of regular meetings with agendas and systematic; foster socialization spaces of the proposed PSE to other sectors; propose a regional shows with program activities; create indicators that can evaluate the program and to improve communication between the Intersectoral Working Group, thus having a greater monitoring of activities in the region.

Keywords: School Health. Health Promotion. Intersectorality.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AES	Agente Escolar de Saúde
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
Cepaves	Comissão Escolar de Prevenção de Acidentes e Violência
CF	Constituição Federal
CIES	Centro de Integração de Educação e Saúde
CIES	Comissão Intersetorial de Educação e Saúde
CMPS	Conferência Mundial de Promoção da Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COÉTICA	Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos
CSF	Centro de Saúde da Família
DCNT	Doenças Crônicas não-transmissíveis
DF	Distrito Federal
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
Ecos	Comunicação em Sexualidade
EPS	Escola Promotora de Saúde
EqSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
FNDE	Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação
FUNCAP	Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico
GTI	Grupo de Trabalho Intersetorial
GTR	Grupo de Trabalho Regional
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIV	Vírus de Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro Geográfico e Estatística
Ideb	Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
IDGS	Instituto de Desenvolvimento Tecnológico e Apoio à Gestão em Saúde
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
Mova	Movimento de Alfabetização de Adultos
MS	Ministério da Saúde

NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
Nusp	Núcleo de Saúde Pública e Desenvolvimento Social
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG's	Organizações não-governamentais
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PaEPS	Programa Escola Promotora de Saúde
PAE	Programa de Alimentação Escolar
PCN	Parâmetros Curriculares Nacionais
PDE	Plano de Desenvolvimento da Educação
PDDE	Programa Dinheiro Direto na Escola
PeNSE	Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
Pisa	Programa Internacional de Avaliação de Alunos
PNE	Política Nacional de Educação
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PPC	Programa de Prestação Continuada
PPP	Projeto Político Pedagógico
PRCAE	Programa de Redução do Comportamento Agressivo entre Estudantes
PRMSFC	Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade
PROASE	Programa de Assistência Primária de Saúde Escolar
PRONASCI	Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania
Prosad	Programa de Saúde do Adolescente
PSE	Programa Saúde na Escola
REEPS	Rede Européia de Escolas Promotoras de Saúde
RLEPS	Rede Latino-Americana e Caribe de Escola Promotora de Saúde
RPA	Região Político-Administrativa
SAMU	Serviço de Atendimento Médico de Urgência
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SER	Secretaria Executiva Regional
SESI	Serviço Social de Indústria
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SIMEC	Sistema Integrado de Planejamento, Orçamento e Finanças do Ministério de Educação e Cultura

SI-PNI	Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização
SIS-Escola	Sistema de Informação de Saúde Escolar
SIS/HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
SISVAN	Sistema de Gestão Federal/Estadual da Vigilância Alimentar e Nutricional
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SP	São Paulo
SAP	Sociedade Alagoana de Pediatria
SPE	Saúde e Prevenção nas Escolas
SUS	Sistema Único de Saúde
RPA	Região Político-Administrativo
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBDS	Unidade Básica Distrital de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UF	Unidades da Federação
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura.
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
UNIFOR	Universidade de Fortaleza

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 – Níveis de aplicação das medidas preventivas na História Natural da Doença.....	25
Quadro 02 – Diferenças esquemáticas entre Promoção e Prevenção.....	26
Quadro 03 – Distribuição da Rede de Saúde de Fortaleza, das Secretarias Executivas Regionais.....	73
Quadro 04 – Rede Interpretativa do Estudo.....	81

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 – Distribuição das Secretarias Executivas Regionais no mapa geográfico de Fortaleza – Ceará	75
--	----

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	17
2 MÚLTIPLOS OLHARES DA PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	22
2.1 <i>A Promoção da Saúde e a Medicina Preventiva.....</i>	24
2.2 <i>O Movimento Internacional de Promoção da Saúde e a Intersetorialidade.....</i>	26
2.3 <i>O Movimento Nacional de Promoção da Saúde e a Intersetorialidade.....</i>	31
2.4 <i>A Política Nacional de Promoção da Saúde no Contexto Escolar.....</i>	37
3 ESCOLA PROMOTORA DE SAÚDE: EXPERIÊNCIAS BRASILEIRAS.....	44
3.1 <i>Região Sudeste.....</i>	45
3.1.1 Rio de Janeiro.....	45
3.1.2 Embu – São Paulo.....	48
3.1.3 Itaoca – São Paulo.....	49
3.1.4 Vargem Grande Paulista – São Paulo.....	49
3.1.5 Jaboticatuba – Minas Gerais.....	50
3.2 <i>Região Norte.....</i>	50
3.2.1 Tocantis.....	50
3.3 <i>Região Nordeste.....</i>	51
3.3.1 Recife – Pernambuco.....	51
3.3.2 Maceió – Alagoas.....	52
3.3.3 Salvador – Bahia.....	52
3.3.4 Sobral – Ceará.....	53
3.3.5 Fortaleza – Ceará.....	54
3.4 <i>Região Sul.....</i>	55
3.4.1 Curitiba – Paraná.....	55
3.4.2 Foz do Iguaçu – Paraná e Corumbá – Mato Grosso.....	55
4 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA SAÚDE ESCOLAR: PROJETO SAÚDE E PREVENÇÃO NAS ESCOLAS (SPE) E PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE).....	57
4.1 <i>Implantação e Caracterização do Programa Saúde na Escola (PSE).....</i>	59
5 PERCURSO METODOLÓGICO.....	71

5.1 Tipo de Estudo.....	71
5.2 Local e Período do Estudo.....	72
5.3 Seleções dos Sujeitos do Estudo.....	75
5.4 Fases da Coleta de Informações.....	76
5.5 Análise e Interpretação das Informações.....	77
5.6 Construção e Processamento das Informações.....	78
5.6.1 Fase exploratória e trabalho de campo.....	78
5.6.2 Processamento e caracterização das informações.....	80
5.7 Aspectos Éticos da Pesquisa.....	81
6 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	83
6.1 Implantação do Programa Saúde na Escola.....	83
6.1.1 O Processo de Articulação.....	83
6.1.2 O Processo de Desarticulação.....	90
6.2 Relevância do Programa para o Município.....	95
6.2.1 Intersetorialidade.....	97
6.2.2 Prevenção de Doenças e Agravos.....	98
6.2.3 Saúde da Criança e do Adolescente.....	99
6.2.4 Atividade de Educação em Saúde.....	101
6.3 Envolvimento para se trabalhar em conjunto os setores de Saúde e Educação no programa.....	102
6.3.1 Periodicidade de trabalhar de forma Intersetorial.....	103
6.3.2 Contribuição dos setores Saúde e Educação.....	104
6.4 Relação das esferas institucionais (Educação x Saúde).....	107
6.4.1 Facilidade de Trabalhar com o Programa.....	107
6.4.2 Obstáculos encontrados no Programa.....	111
6.4.3 Desafios a superar no Programa.....	118
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	120
REFERÊNCIAS.....	124
APÊNDICES.....	133
ANEXO.....	140

1 INTRODUÇÃO

Temos um mundo de certezas do qual sempre partimos, inclusive para dar sentido ao nosso assombro filosófico e nossos interrogantes científicos (SAMAJA, 1996, p. 42)

Desde o início da história da humanidade houve uma preocupação muito grande com o estado de saúde do ser humano relacionado ao processo saúde-doença. Muitos filósofos e cientistas tinham um conceito reducionista e negativo o termo saúde denominado como ausência de doença e centrado na abordagem biomédica de especialistas, onde a estratégia de intervenção era unidirecional focalizado na cura e prevenção da doença. Entretanto, com a evolução dos anos foi surgindo um novo modelo etiológico multidimensional do processo saúde-doença considerando o homem como um ser integral e relaciona o seu estado de completo bem-estar com as características da sociedade e o meio em que se integra (ANTUNES, 2005).

Para discutir Promoção da Saúde, precisamos primeiramente definir o que é saúde. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) (1948) a saúde deve ser vista como um recurso para a vida e não como um objeto de viver. Trata-se de um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, Promoção de Saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, segue para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Nesse contexto, a Promoção da Saúde é um caminho norteador onde são encontradas as ferramentas para a manutenção da saúde, alcançando-se uma qualidade de vida satisfatória. Para atingir esta meta, juntamente à qualidade de vida, devem ser incorporados outros fatores, como acesso a serviços de assistência à saúde, uma moradia digna, educação, mercado de trabalho, entre outros (SILVA *et al.*, 2011).

A saúde e a sua promoção parecem ter ocupado um lugar preponderante em múltiplos setores da vida social, muito particularmente nos da Educação e da Saúde.

A Educação, voltada para a Promoção da Saúde, é um dos elementos fundamentais neste processo, devendo-se considerar as atividades dirigidas na transformação dos comportamentos, focados nos seus estilos de vida, sua relação com a família e o meio social.

As atividades de Educação em Saúde constituem ferramenta poderosa para se alcançar a saúde. Se considerarmos a população escolar como um grupo favorável para trabalhar estas práticas precocemente, com base na sensibilização, conscientização e mudança de hábitos, é possível alcançar a almejada meta de Promoção da Saúde.

Os Ministros de Estado da Educação e da Saúde, no uso de suas atribuições no art. 87 da Constituição, promovem uma articulação institucional entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para a execução de ações de atenção, prevenção e promoção à saúde nas escolas, bem como o caráter transversal da atenção à saúde e a necessidade de envolver a comunidade nas estratégias de educação para a saúde na rede pública de educação básica (BRASIL, 2006).

Com isso surge o Programa Saúde na Escola (PSE), instituído pelo decreto presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, como proposição de uma política intersetorial entre os Ministérios da Saúde e da Educação na perspectiva da formação integral dos estudantes, no âmbito das escolas e/ou das unidades básicas de saúde, realizadas pelas equipes da Educação Básica e de Saúde da Família.

O PSE foi implantado por meio da adesão dos municípios que tiverem implantado equipes de Saúde da Família, conforme as normas preconizadas pela Política Nacional de Atenção Básica, articulados com os Estados e Distrito Federal. O sucesso desse Programa se funda justamente no compromisso e na pactuação entre os entes federados e na articulação, em todas as esferas, dos setores Saúde e Educação. Considerando que, cada lugar tem suas características e sua cultura, as práticas em saúde na escola para garantir construções compartilhadas de saberes apoiadas nas histórias individuais e coletivas, devem considerar os diferentes contextos em que são realizadas, respeitando o saber popular e o formal, na construção de propostas que façam sentido para os sujeitos que ali vivem. Para isto, é fundamental a participação ativa dos diversos integrantes da comunidade escolar, dos profissionais de saúde e, principalmente, dos adolescentes e jovens na construção do Projeto do PSE, uma vez que as ações inovadoras de saúde na educação deverão progressivamente, serem incorporadas no Plano Político Pedagógico da escola, conforme Portaria 1861 (BRASIL, 2008).

Ao conhecer a proposta do programa é importante analisar suas potencialidades, dificuldades e limitações que comprometam a formação integral do ser humano. Portanto, a avaliação pode ser considerada como um componente das práticas presentes em diversos âmbitos e campos do espaço social.

É importante deixar claro que a avaliação não é exatamente uma ciência ou uma disciplina. Na verdade, trata-se de um campo de atuação que utiliza predominantemente métodos de pesquisa das ciências sociais (FURTADO, 2009).

O papel desempenhado pela teoria no campo de avaliação dos programas governamentais põe, a nosso ver, a necessidade de uma reflexão mais abrangente sobre o

próprio papel que ela desempenha na produção do conhecimento científico, estabelecendo um diálogo entre a Epistemologia e o campo da avaliação dos programas que trabalham na perspectiva de Promoção da Saúde (HARTZ *et al.*, 2005).

Partindo deste princípio nos ancoramos na Promoção de Saúde, onde encontramos a relação com o Mestrado em Saúde Coletiva no qual aprendemos a ter uma visão mais ampliada sobre as situações de saúde e seus determinantes sociais de um determinado local (território); os tipos de relações e cenários de prática de intervenções de educação em saúde; as concepções pedagógicas e o marco teórico que direcione as ações.

De acordo com Carvalho e Ceccim (2009), a partir do século XX houve forte ascensão da Saúde Pública brasileira e com isso houve uma relevância da área da Saúde Coletiva. Hoje, a área da Saúde Coletiva compreende as subáreas da Saúde Pública, da Epidemiologia e da Medicina Preventiva e Social, guardando relações de interconexão com as subáreas de Análise e Controle de Medicamentos, Análise Nutricional de População, Ecologia, Educação em Saúde, Enfermagem de Saúde Pública, Engenharia Sanitária, Odontologia Social e Preventiva, Psicologia Social, Saúde Ambiental e Saúde Materno-Infantil.

O interesse de estudar essa temática resultou a partir da minha formação enquanto Profissional de Educação Física, no qual é uma categoria profissional que tem o privilégio de atuar em duas áreas: Educação e Saúde. Durante os oito anos de graduação tive várias experiências profissionais deste atuar em escolas até em centros de saúde da família, nos municípios de Sobral e em Fortaleza-Ceará. Portanto, essa motivação de pesquisar essa temática surgiu quando tive a experiência de trabalhar, na Prefeitura Municipal de Fortaleza, na Secretaria Municipal de Saúde, no setor de Educação Permanente com Projeto Escola Promotora de Saúde no ano de 2007.

O Projeto Escola Promotora de Saúde (EPS), no município de Fortaleza, teve a duração de um ano, composto por uma coordenação geral e 12 técnicos regionais denominados como agentes promotores de saúde, vinculado ao setor saúde, especificamente ao distrito de saúde de cada secretaria executiva regional (SER). Ao iniciarmos o nosso planejamento das atividades e escolhas dos territórios (Centro de Integração de Educação e Saúde – CIES ou complexo que tínhamos nas proximidades do espaço geográfico um centro de saúde e uma escola), passamos por uma semana de formação com uma equipe técnica da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) discutindo assuntos relacionados à promoção da saúde, prevenção de doenças, intersetorialidade, interdisciplinaridade e relatos de experiências exitosas de Escolas Promotoras de Saúde, onde no encerramento deste encontro

foi realizado o lançamento do livro *Escolas Promotoras de Saúde: experiências no Brasil* (2007).

Como experiências pioneiras e exitosas no município de Fortaleza, tivemos dois bairros que se destacaram com esse Projeto de Escola Promotora de Saúde: o bairro Lagamar, localizado na Secretaria Executiva Regional (SER) II, e Tancredo Neves, localizado na SER VI. Dentre as atividades realizadas nesse projeto destacaram-se: territorialização com resgate da história da comunidade, mapeamento e diagnóstico do bairro, conhecendo as potencialidades, dificuldades e limitações desta comunidade e instituições; reuniões com profissionais da saúde, professores, comunidade escolar e moradores/lideranças comunitárias para conhecer necessidade local; planejamento participativo de forma intersetorial entre a Educação, a Saúde e representantes da comunidade, com objetivo de formar sujeitos co-responsáveis, autônomos e protagonistas desta história de Escola Promotora de Saúde. Ressalta-se que as atividades propostas eram as mesmas para cada território, porém tivemos metodologias e resultados diferenciados, trabalhando assim com a educação popular e a linguagem da arte (hip hop, cordel, teatro, fantoches, grafite e outros).

A interdisciplinaridade e a intersetorialidade estão implícitas no processo de promoção da saúde. Pensar e agir interdisciplinarmente são ações que constituem uma caminhada que se apóia no conceito de saúde como qualidade de vida (OLIVEIRA *et al.*, 2007).

Partindo desta vivência e conhecendo as potencialidades, fragilidades e limitações de trabalhar com a intersetorialidade, tive o interesse de pesquisar sobre o PSE considerando o Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, que institui este programa com a finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde. Mas, através da Portaria Interministerial nº 3.696/MEC/MS, de 25 de novembro de 2010, que estabelece critérios para adesão ao PSE para o ano de 2010, no município de Fortaleza – Ceará.

Esse estudo irá contribuir para investigar alguns questionamentos e dúvidas com relação a essa temática, dentre os quais destaco: 1) Como foi a inserção deste programa no município de Fortaleza? 2) Houve alguma comunicação com os setores da educação e da saúde? 3) As escolas e unidades de saúde estavam preparadas para receber este programa? 4) Houve treinamento destinado aos profissionais da educação e da saúde? 5) Os gestores municipais da educação e da saúde participaram da escolha das escolas e unidades de saúde? 6) Qual o critério de escolha das escolas e unidades de saúde?

Diante desses questionamentos resolvemos empreender esta pesquisa que tem como objetivo geral compreender a percepção dos técnicos municipais e técnicos regionais dos

setores de Educação e da Saúde sobre a implantação do Programa Saúde da Escola, no município de Fortaleza-Ceará. Apresenta como objetivos específicos:

- I) Identificar as estratégias de implantação do Programa Saúde na Escola no município de Fortaleza-Ceará;
- II) Descrever a contribuição dos setores de educação e de saúde na implantação do Programa Saúde na Escola em nível municipal e regional;
- III) Analisar os aspectos facilitadores, os obstáculos e os desafios associados à implantação do Programa Saúde na Escola na instancia municipal e regional.

Este trabalho foi composto por sete capítulos, cada um deles composto por um número diverso de subcapítulos, organizados da seguinte forma.

O capítulo introdutório caracteriza o contexto geral, tece relações entre a pesquisadora e seu objeto de estudo e expõe o objetivo do trabalho.

No segundo capítulo, intitulado os Múltiplos Olhares da Promoção da Saúde apresentamos a evolução histórica do conceito de saúde e Promoção da Saúde desde os povos antigos até a idade moderna. Realizamos uma reflexão sobre como a Política Nacional de Promoção da Saúde pode (e deve) ser inserida no contexto escolar.

No terceiro capítulo, abordamos o contexto da Escola Promotora de Saúde onde apresentamos um breve histórico do movimento e algumas experiências brasileiras consolidadas. Essas experiências foram publicadas pelo Ministério da Saúde em 2007 e nos deram uma visão do que se tem realizado pelo Brasil de estratégia de promoção da saúde no contexto escolar.

No quarto capítulo, descrevemos sobre as Políticas Públicas para Saúde Escolar, onde detalhamos mais sobre o Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas e Programa Saúde na Escola. Assim, o segundo, terceiro e quarto capítulo tratam da revisão de literatura, composta pela base teórica e científica em que fundamentamos a análise dos resultados.

No quinto capítulo, descrevemos o percurso metodológico que empregamos para a realização da pesquisa.

No sexto capítulo, expõe os resultados obtidos no capítulo anterior foram discutidos no capítulo seguinte através da retomada conceitual e bibliográfica dos pressupostos que nortearam esse estudo.

Após a discussão dos resultados, apresentamos as considerações finais tecidas ao final da pesquisa com sugestões e recomendações sobre esse estudo.

2 MÚLTIPLOS OLHARES DA PROMOÇÃO DA SAÚDE

No capítulo Múltiplos Olhares da Promoção da Saúde irei comentar sobre as origens e concepções de Saúde e Promoção da Saúde nos movimentos internacionais e nacionais, enfatizando assim a Política Nacional de Promoção da Saúde no contexto escolar.

A visão ampliada da saúde que a relaciona ao conjunto de diversos fatores como os sociais, os econômicos, os ambientais e os políticos, entre outros, são os que determinam as condições de saúde e de qualidade de vida dos sujeitos nos seus diferentes contextos, introduzindo o referencial da promoção da saúde no plano teórico e como prática inovadora de repensar as ações de saúde (SILVA, 2010).

A saúde e a sua promoção ocupam um lugar preponderante em múltiplos setores da vida social, principalmente nos da educação e da saúde.

Antes de definir promoção da saúde é importante compreendermos primeiramente a definição de Saúde. Portanto, saúde é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) não somente como ausência de doenças, mas também como um estado de bem-estar físico, mental, intelectual e social, o qual inclui aspectos relacionados à capacidade para o trabalho em sua concepção (WHOQOL, 2000).

Esse conceito é bastante citado nas pesquisas que avaliam qualidade de vida. Porém, ainda há bastante discussão em relação a essa definição. Visto que a preocupação em definir este termo é antiga, pois nos primórdios já se procuravam definir felicidade e bem estar (ARISTÓTELES, 2003).

Vale ressaltar que a Carta de Ottawa (1986) amplia ainda mais esse conceito destacando determinados pré-requisitos para a saúde, que incluem a paz, a educação, a moradia, a alimentação, a renda, o ecossistema estável, a justiça social e a equidade. A saúde é um recurso para a vida diária, no objetivo da vida. Se trata de uma concepção positiva que acentua os recursos sociais e pessoais, assim como a aptidão física (OMS, 1998).

As atuais definições de saúde valorizam o homem como um ser social, protagonista de sua própria história e que vive em sociedade, influenciando-a e fazendo parte dela ao simultaneamente que dela recebe as suas influências e a ela se adapta.

Promover saúde é uma estratégia complexa que implica a compreensão da relação do homem ou das populações com sua história, seus padrões de desenvolvimento, suas relações com o mundo, com seu ambiente sociocultural, com suas necessidades, direitos e condições

de vida. Portanto, promover saúde é atuar sobre estes determinantes que condicionam a realização da saúde (MORETTI *et al.*, 2010).

As origens e concepções da Promoção da Saúde eram intimamente relacionadas a vigilância à saúde e a um movimento de crítica a medicalização do setor. A Promoção de Saúde supõe uma concepção que não restrinja a saúde a ausência de doença, mas que seja capaz de atuar sobre seus determinantes. Incidindo sobre as condições de vida da população, extrapola a prestação de serviços clínico-assistenciais, supondo ações intersetoriais que envolvam a educação, o saneamento básico, a habitação, a renda, o trabalho, a alimentação, o meio ambiente, o acesso a bens e serviços essenciais, o lazer, entre outros determinantes sociais da saúde (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003).

A produção discursiva europeia científica e política sobre a determinação social do processo saúde/doença no século XIX gerou a Medicina Social, e foi, sem dúvida, uma das precursoras modernas da promoção da saúde, pois até então não utilizava esse termo. A expressão “Promoção da Saúde” foi usada pela primeira vez em 1945 pelo canadense Henry Sigerist (PEREIRA *et al.*, 2000), médico sanitário norte-americano, que ao reordenar as funções da medicina assim definiu: a) Promoção da Saúde; b) Prevenção de Doenças; c) Cura; d) Reabilitação (SIGERIST, 1996).

Desta forma, Sigerist (1996) foi o primeiro formulador a usar o termo Promoção da Saúde para denominar as ações embasadas em educação sanitária e ações do Estado com vistas à melhoria das condições de vida. Em um capítulo denominado *Health*, publicado originalmente no livro *Medicine and human welfare*, editado pela Imprensa da Universidade de Yale em 1941 e reeditado em 1996 no *Journal of Public Health Policy*, Sigerist defendeu um programa de saúde com poucos itens aptos a ser aplicado em todos os países. Entre estes itens, constam: a) educação livre para toda a população, inclusive educação em saúde; b) melhores condições possíveis de trabalho e vida para a população; c) melhores meios de recreação e lazer; d) um sistema público de saúde de acesso universal, com pessoal médico, responsável pela saúde de determinada população, pronto e capaz de aconselhar e ajudar a manter a saúde na sua restauração, quando a prevenção falhar; e) centros médicos de investigação e capacitação.

Sigerist (2003), na década de 1940, afirmava que a saúde se promove proporcionando condições de vida decentes, boas condições de trabalho, educação, cultura física e formas de lazer e descanso.

Em países e regiões em desenvolvimento, como a América Latina e o Brasil, é evidente que se necessita trabalhar com conceito ampliado de Promoção da Saúde, o que

conduz também à construção de práticas sociais mais abrangentes para que, de fato, se promova saúde. Uma tendência importante nessas situações tem sido discutir em conjunto os conceitos de saúde e qualidade de vida, assim como aproximar as práticas de Promoção da Saúde a movimentos mais abrangentes e integrados, como é o caso, no Brasil, do movimento dos municípios saudáveis e do desenvolvimento local integrado e sustentável (CZERESNIA, 2003).

A concepção contemporânea de Promoção da Saúde tem sido muitas vezes confundida com “o nível de aplicação de medidas preventivas”, conforme adotado por Leavell e Clark (1976). Há de se fazer uma distinção entre estes dois conceitos.

2.1 A Promoção da Saúde e a Medicina Preventiva

O discurso da Saúde Pública e as perspectivas de redirecionar as práticas de saúde, a partir das últimas décadas, vem articulando-se em torno da ideia de Promoção da Saúde (CZERESNIA, 2003).

Leavell e Clark (1976), entre as décadas de 1950 e 1970, descreveram e divulgaram a História Natural da Doença dividindo-se em dois períodos: o pré-patológico e o patológico. O período pré-patológico corresponde ao intervalo de tempo anterior ao adoecimento dos indivíduos. Neste período ocorrem as interações entre os agentes mórbidos, o hospedeiro humano e os fatores ambientais, correspondendo à fase de suscetibilidade. O período patológico corresponde ao curso da doença no organismo humano, desde as primeiras alterações internas sem manifestações clínicas (fase patológica pré-clínica), ao período da sintomatologia franca (fase clínica), e aos momentos finais do curso da doença (fase de incapacidade residual), podendo esta evoluir para cura, cronicidade, invalidez ou morte (BUSS, 2003).

As medidas preventivas foram classificadas por Leavell e Clark (1976), de acordo com o período da História Natural da Doença, que comportaria três níveis de prevenção (Quadro 1). Dentro dos três níveis de prevenção, existiriam pelo menos cinco componentes distintos, nos quais se poderiam aplicar medidas preventivas, dependendo do grau de conhecimento da história natural. A prevenção primária incluiria as ações desenvolvidas para evitar a ocorrência da doença; a prevenção secundária, as ações com o objetivo de prevenir a evolução do processo patológico no organismo, levando à cura ou evitando complicações; e a prevenção terciária incluiria as ações destinadas à fase final do processo, visando atenuar a invalidez (BUSS, 2003).

As ações voltadas para prevenção trazem consigo a idéia de se interferir em medidas imediatistas para bloquear enfermidades, porém sem despertar na população a ideia de ação contínua do cuidado coletivo.

Quadro 01 – Níveis de aplicação das medidas preventivas na História Natural da Doença.

PERÍODO PRÉ-PATOLÓGICO		PERÍODO PATOLÓGICO		
Interação entre o agente, o hospedeiro e o meio ambiente.		Reação do hospedeiro aos estímulos. Patogênese precoce → Sintomas iniciais → Doença instalada → Convalescença.		
Promoção da Saúde	Proteção Específica	Diagnóstico e tratamento precoce	Limitação do dano	Reabilitação
Prevenção Primária		Prevenção Secundária		Prevenção Terciária
Níveis de aplicação das medidas preventivas.				

Fonte: Adaptado de Leavell e Clark (1976).

O significado de promover conduz a reflexão do cuidado coletivo, a partir de mudanças comportamentais dos indivíduos quando tem a ferramenta do conhecimento ampliado de saúde e doença e agem praticando o seu autocuidado e o cuidado coletivo.

A Promoção da Saúde nesta perspectiva se limita ao desenvolvimento de ações de educação sanitária, como se os determinantes do adoecimento nos indivíduos e na coletividade se devessem apenas à ignorância e maus hábitos.

Os questionamentos e confusões entre promoção e prevenção advêm da grande ênfase em modificações de comportamento individual e do foco quase exclusivamente na redução de fatores de riscos para determinadas doenças, vigentes em certos programas intitulados de Promoção da Saúde. Este foco sobre o indivíduo e seu comportamento tem sua origem na tradição de intervenção clínica e no paradigma biomédico. Já a Promoção da Saúde apresenta-se como uma estratégia de mediação entre as pessoas e seu ambiente, combinando escolhas individuais com responsabilidade social pela saúde (as chamadas políticas públicas saudáveis). Nesse sentido, as estratégias de Promoção de Saúde são mais integradas e intersetoriais, bem como supõem uma efetiva participação da população desde sua formulação até sua implementação (BUSS, 2003).

Alguns autores ainda associam a Promoção da Saúde com a prevenção de doença, para isso Stachtchenko e Jenicek (1990) desenvolveram o esquema apresentado no quadro 2, para diferenciar promoção e prevenção.

Vale destacar que, as abordagens metodológicas em Promoção da Saúde, por ser um campo de conhecimento e prática mais recente, estão menos desenvolvidas do que os métodos epidemiológicos de planejamento, implementação e avaliação dos programas de prevenção de doenças (BUSS, 2003).

Quadro 02 – Diferenças esquemáticas entre Promoção e Prevenção.

CATEGORIAS	PROMOÇÃO DA SAÚDE	PREVENÇÃO DE DOENÇAS
Conceito de Saúde	Positivo e multidimensional	Ausência de doenças
Modelo de Intervenção	Participativo	Médico
Alvo	Toda a população, no seu ambiente total	Principalmente os grupos de alto risco da população
Incumbência	Rede de temas da saúde	Patologia específica
Estratégias	Diversas e complementares	Geralmente única
Abordagens	Facilitação e capacitação	Direcionadoras e persuasivas
Direcionamento das Medidas	Oferecidas à população	Impostas a grupos-alvo
Objetivos dos Programas	Mudanças na situação dos indivíduos e de seu ambiente	Focam principalmente em indivíduos e grupos de pessoas
Executores dos Programas	Organizações não-profissionais, movimentos sociais, governos locais, municípios, regionais e nacionais, etc.	Profissionais de Saúde

Fonte: Adaptado de Stachtchenko & Jenicek (1990).

Desta forma, conclui-se que as abordagens Promoção e Prevenção são complementares e não excludentes no planejamento de Programas de Saúde, e a população beneficia-se das medidas propostas de ambos os campos.

2.2 O Movimento Internacional de Promoção da Saúde e a Intersetorialidade

O caminho em direção ao moderno conceito de Promoção da Saúde ainda percorreu outros caminhos, antes de ser discutido, elaborado e desenvolvido em Conferências Internacionais. Uma influência importante na construção do conceito foi a do ministro da saúde canadense Marc Lalonde (1970), que realizou investigações sobre a causalidade do processo saúde-doença no seu país e verificou que os estilos de vida e ambiente eram responsáveis por oitenta por cento das causas das doenças e que não estava havendo investimento no controle dessas causas. Com isso, considera-se como marco inicial de ações

voltadas para Políticas Públicas de Promoção em Saúde a publicação do Informe Lalonde (1974), pois é considerado o primeiro documento sobre Promoção como Política de Governo. Este documento era do seu ministério orientado pela proposta de Campo da Saúde, onde priorizava a elaboração de políticas públicas direcionadas à atenção primária e ao desenvolvimento comunitário, destacando como componentes importantes a biologia humana, o meio ambiente, o estilo de vida das pessoas e o sistema de saúde (WESTPHAL, 2006).

Lalonde (1996) destacara a limitação das ações centradas na assistência médica, insuficientes para atuar sobre os grupos de determinantes originais da saúde identificados por ele: os biológicos, os ambientais e os relacionados aos estilos de vida. Propusera, então, ampliar o campo de atuação da Saúde Pública, priorizando medidas preventivas e programas educativos que trabalhassem com mudanças comportamentais e estilos de vida.

O acesso à saúde passou a ser considerada uma estratégia para a consecução do modelo proposto, que preconizava a regulação por parte do Estado, dos investimentos em pesquisa, eficiência dos serviços e programação dos objetivos das intervenções.

A partir deste movimento surgido na década de 1970, se configurou na década de 1980 todo um processo denominado por Buss *et al.* (1998) de estratégia da Nova Promoção da Saúde, que tem seu desenvolvimento, como movimento ideológico e social, de forma mais intensa, no Canadá, Estados Unidos e países da Europa Ocidental, nos anos 1970, com avanços mais lentos na América Latina e Caribe. As Conferências Internacionais, desde a Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde realizada em Ottawa em 1986, têm difundido conceitos básicos que exigem o fortalecimento da Saúde Pública em torno do compromisso de saúde para todos. As discussões de Ottawa tiveram parâmetros a Declaração de Alma-Ata para os Cuidados Primários em Saúde (1978) e debates posteriores realizados ao redor do mundo. O tema da Conferência de Ottawa centrou-se na nova conceituação de saúde e de Promoção da Saúde.

É importante destacar alguns pontos importantes: primeiramente começa a se delinear nova tensão paradigmática no campo da saúde respeitando ao modo como a Promoção da Saúde se originou, como se a disputa paradigmática ocorrida no século XIX fosse retomada. O eixo central do debate passa a ser o processo de produção social da saúde e doença. Assim a Promoção da Saúde está relacionada a um conjunto de valores: vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, participação, parceria, desenvolvimento, justiça social, revalorização ética da vida. Portanto, as determinações da saúde foram relacionadas ao impacto das dimensões sociais, culturais, econômicos e políticos nas coletividades para alcançar um desenvolvimento social mais equitativo. Ressalta-se, ainda, a “combinação de

estratégias”, ou seja, a promoção da saúde demanda ação coordenada entre os diferentes setores sociais, ações do Estado, da sociedade civil, do sistema de saúde e de outros parceiros intersetoriais. Em suma, a saúde não é assegurada apenas pelo setor saúde. Observa-se, também, forte “componente internacionalista” presente nos documentos, cartas e conferências, que definem sua natureza política (BUSS, 1998; ANDRADE *et al.*, 2002).

A I Conferência Mundial de Promoção da Saúde (CMPS) realizada em Ottawa, Canadá, em 1986 ficou mundialmente conhecida pela Carta de Ottawa (1986). A Carta de Ottawa teve o grande mérito de clarificar o conceito de Promoção da Saúde. Consoante ela definiu, a Promoção da Saúde consiste em proporcionar aos povos os meios para melhorar a saúde e exercer maior controle sobre a mesma. A saúde se percebe, pois, não como o objetivo, mas sim como a fonte de riqueza da vida cotidiana. Entre as condições-chaves para promover a saúde se incluem o estabelecimento de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes favoráveis, o fortalecimento de ações comunitárias, o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação dos serviços de saúde (BRASIL, 2002b).

A II CMPS foi realizada em Adelaide, Austrália, em 1988. A Conferência de Adelaide não só reafirma a Conferência de Ottawa como apontou que as políticas públicas de todos os setores influenciam os determinantes de saúde e são importantes veículos para reduzir iniquidade sociais e econômicas, assegurando o acesso equitativo de bens e serviços, incluídos os serviços de saúde. Na Conferência de Adelaide, o conceito de política pública saudável foi aprofundada e ressaltada a orientação de que a elaboração de políticas públicas saudáveis necessita, acima de tudo, de vontade e compromisso político de todos os setores envolvidos com saúde. A II CMPS identificou quatro áreas prioritárias para a promoção imediata de políticas públicas de saúde: (1) apoio à saúde da mulher, (2) acesso à alimentação e nutrientes saudáveis, (3) redução do consumo de tabaco e álcool, e (4) criação de ambientes saudáveis (BRASIL, 2002b).

A III CMPS aconteceu em Sundsvall, Suécia, em 1991. O tema central desta conferência foi a criação de Ambientes Saudáveis. A concepção de ambiente favorável considera como integrantes do ambiente os espaços físicos e sociais. Como ela ocorreu um ano antes da Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento, a Rio-92, realizou-se em um contexto de muita efervescência. Foi uma espécie de pré-Rio-92. Teve o grande papel de colocar o tema do ambiente na agenda da saúde. Segundo afirmou, um ambiente favorável é de suprema importância para a saúde. Ambiente e saúde são interdependentes e inseparáveis. Ressaltou que os conflitos armados, o rápido crescimento da população, a alimentação inadequada, a falta de meios para garantir a autodeterminação e a

degradação dos recursos naturais são fatores prejudiciais à saúde. As ações de Promoção da Saúde e promoção de ambiente favorável devem, segundo a declaração, contemplar quatro dimensões – associação entre cultura, costume e a saúde; garantia da participação da comunidade, descentralização de recursos e de responsabilidades; referência à gestão de recursos; participação da mulher em todos os setores da sociedade – e ser executadas em três níveis: local, regional e mundial (BRASIL, 2002b).

A Conferência de 1991, conforme Ministério da Saúde (2002) determinou ainda quatro estratégias chave para as ações públicas em saúde, visando à promoção de ambientes saudáveis: reforço da ação comunitária; capacitação de indivíduos e da comunidade; construção de alianças para a saúde e os ambientes favoráveis; mediação de interesses conflitantes da sociedade.

Percebe-se que a criação de ambientes favoráveis à saúde está diretamente ligada ao empoderamento das pessoas e da comunidade. E esse empoderamento depende diretamente da educação.

A Conferência de Santa Fé de Bogotá, em 1992, primou pela questão da Promoção da Saúde na América Latina e pela busca da promoção do bem-estar aliando saúde à questão do desenvolvimento. Em Santa Fé, os compromissos firmados foram: (1) fortalecer a associação entre o conceito de saúde e os aspectos políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais e reconhecer a promoção da saúde como estratégia para modificar estes aspectos condicionantes, (2) convocar as forças sociais, (3) incentivar políticas públicas que garantem a equidade e promoção de ambientes saudáveis, (4) promover a intersetorialidade, (5) fortalecer ações que se comprometam com a redução de gastos improdutivos, (6) incentivar o empoderamento das comunidades, (7) valorizar as ações sobre a mulher, (8) estimular o diálogo entre diferentes culturas, (9) reforçar a capacidade do setor saúde (mobilização de recursos, estabelecimento de responsabilidades), (10) reconhecer como trabalhadores e agentes de saúde, além dos profissionais da área, todas as pessoas comprometidas com os processos de promoção da saúde, (11) estimular a pesquisa na promoção da saúde (BRASIL, 2002b).

Em 1993 foi realizada em *Port of Spain*, Trinidad e Tobago, a Primeira Conferência de Promoção de Saúde do Caribe. Nessa conferência, seis estratégias foram firmadas: (1) formulação de normas públicas saudáveis; (2) reorientação dos serviços de saúde; (3) poder às comunidades para conseguir o bem estar; (4) criação de ambientes saudáveis; (5) fortalecimento e desenvolvimento das capacidades pessoais relacionadas com a saúde, e (6) construção de aliança baseadas nos meios de comunicação (BRASIL, 2002b).

A IV CMPS foi realizada em Jacarta, na Indonésia, em 1997. Nela os impactos da Carta de Ottawa foram revistos e deu-se também a convocatória de novos atores para enfrentar os desafios impostos pela nova era. Foi a primeira das quatro a ser promovida em um país em desenvolvimento. Na IV CMPS constatou-se que a estratégia de promoção da saúde, desenvolvida após a I CMPS, mostrou-se eficiente para o melhoramento das condições de saúde e a prevenção de enfermidades, tanto em países desenvolvidos como em países em desenvolvimento. A Declaração de Jacarta estabeleceu cinco prioridades para a promoção da saúde até o século XXI: (1) promover a responsabilidade social da saúde; (2) aumentar a capacidade da comunidade e o empoderamento dos indivíduos; (3) expandir e consolidar alianças para a saúde; (4) aumentar as investigações para o desenvolvimento da saúde; (5) assegurar uma infra-estrutura para a promoção da saúde. A infra-estrutura necessária para a promoção da saúde, a que se refere a conferência, é a paz, o abrigo, a educação, a segurança social, relações sociais, alimento, renda, direito de voz das mulheres, um ecossistema estável, uso sustentável dos recursos, justiça social, respeito aos direitos humanos e equidade (BRASIL, 2002b).

Em 1998, em Genebra, na Suíça, aconteceu a reunião da Rede de Megapaíses para fortalecer a capacidade de Promoção da Saúde, nos âmbitos mundial e nacional. A rede estabeleceu cinco metas: (1) melhorar a rede de informações; (2) desenvolver a saúde com base nos estilos de vida saudáveis, curso de vida saudável, preservação do meio ambiente e preservação dos assentamentos; (3) mobilizar e redistribuir melhor os recursos; (4) aumentar a colaboração intersetorial; (5) direcionar as questões comuns aos megapaíses (REDE DE MEGAPAÍSES PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1988).

A V CMPS foi realizada no México, em 2000. Esta conferência teve como meta analisar a contribuição dada pela estratégia de Promoção da Saúde na melhoria da qualidade de vida de pessoas que vivem em condições adversas. Teve como ações recomendadas, principalmente: (1) o caráter demonstrar como a promoção de saúde faz uma diferença na saúde e na qualidade de vida, especialmente para as pessoas que vivem em circunstâncias adversas; (2) posicionar a saúde na agenda das agências de desenvolvimento internacionais, nacionais e locais; (3) estimular alianças para a saúde entre os diferentes atores em todos os níveis da sociedade (BRASIL, 2002b).

Realizamos até aqui um resgate histórico das questões de Promoção da Saúde no cenário internacional através das Conferências de Promoção da Saúde realizadas. Abordaremos a seguir a inserção da Promoção da Saúde no âmbito nacional.

2.3 O Movimento Nacional de Promoção da Saúde e a Intersetorialidade

No Brasil, a Promoção da Saúde vem adquirindo diferentes significados, conforme as concepções defendidas por seus difusores. A mudança do modelo sanitarista, biomédico e assistencialista para o novo modelo de Promoção da Saúde teve início em 1942, quando foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). Sabemos que ainda hoje na saúde apresenta características do modelo biomédico. O SESP foi desenvolvido em São Paulo e reconhecia a importância da atuação de profissionais que não eram da área de saúde como educadores em saúde (BARRETTO, 2008).

O Brasil teve, em 25 de julho de 1953, o Ministério da Educação e da Saúde desdobrado em duas pastas, o Ministério da Educação e Cultura e o Ministério da Saúde. A separação entre os Ministérios da Saúde e da Educação não impedia o Ministério da Saúde, por exemplo, de ser também responsável pelo planejamento de ações educativas na área da saúde. Com a separação e as posteriores reorganizações pelas quais o Ministério da Saúde passou, houve também a mudança de educação sanitária para Educação em Saúde. Essa mudança não se deu apenas na nomenclatura, mas também no paradigma de ações pontuais, higienistas e assistencialistas para uma busca de bem-estar geral. As ações de saúde que a escola vem desenvolvendo, segundo Mendes e Westphal (2003), têm um caráter assistencial, preventivo, mas dificilmente do tipo promotor de saúde. E a proposta de Promoção da Saúde, ao contrário das concepções meramente assistencialistas e preventivas, busca a reorientação das ações visando a cidadania, ao acesso equitativo e de qualidade, contemplando não só os aspectos genéticos e biológicos, mas também os aspectos sociais, culturais e ambientais (BARRETTO, 2008).

Na década de 1980, a nova Constituição Brasileira consagrou os princípios da Reforma Sanitária, entre eles, o da participação da comunidade no Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS representa uma verdadeira reforma do Estado, pois incorpora novos atores sociais ao cenário da saúde, garantindo a prática da democracia participativa, da descentralização e do controle social. Essas propostas da Reforma Sanitária foram confirmadas na VIII Conferência Nacional de Saúde, em Brasília, 1986, e posteriormente na Constituição Federal (CF) de 1988 (artigo 196) e na lei orgânica da saúde (8.080/1990 e 8.142/90) que institucionalizou o SUS. O artigo 196 da CF reconhece a saúde como um direito de todos e um dever do Estado e assegura ainda que este direito deve ser garantido através de políticas públicas (BRASIL, 1988).

É na CF de 1988 que o Brasil reconhece o desafio e legitima os esforços para alcançar a saúde como direito universal. Portanto, o estado brasileiro assumiu como objetivos

precípuos a redução das desigualdades sociais e regionais, a promoção do bem de todos e a construção de uma sociedade solidária sem quaisquer formas de discriminação. Tais objetivos marcam o modo de conceber os direitos de cidadania e os deveres do estado no País, entre os quais a saúde (BRASIL, 1988).

De fato, a nova Promoção da Saúde, assim como a concepção de cidadania do texto constitucional, embora sejam produtos de trajetórias específicas, afirmam-se como discursos contra-hegemônicos, no contexto de agravamento das iniquidades decorrente do modelo global de desenvolvimento econômico. Neste sentido, Minayo e col. (2000, p.16) afirmam, sobre a necessidade de aprofundar o conceito e as práticas de mediação pautadas na Promoção da Saúde para que ela possa significar “mais do que uma ideia de senso comum, programa ideológico ou imagem-objetivo e possa nortear o sentido verdadeiramente positivo de qualidade de vida”.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), o trabalho em rede, com a sociedade civil organizada, exige que o planejamento das ações em saúde esteja mais vinculado às necessidades percebidas e vivenciadas pela população nos diferentes territórios e, concomitantemente, garante a sustentabilidade dos processos de intervenção nos determinantes e condicionantes de saúde. Portanto, uma rede de apoio, nas mais diferentes formas e instâncias, é fundamental para a promoção. E, para tanto, é preciso mobilizar recursos, envolvendo estas redes ou setores governamentais e não-governamentais em ações institucionais no campo da saúde, tais como: os conselhos de saúde, de moradores, de professores, os grêmios estudantis, os movimentos ligados a partidos políticos ou a igreja e entre outros.

Uma estratégia direcionada em especial para a população adolescente que pretenda ter alcance significativo precisa estar associada à escola, onde grande parte dos adolescentes encontra-se e, assim, prevê a Portaria Interministerial 766/GM, de 17 de maio de 2001, com a elaboração dos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) em Ação. Dentro dos temas transversais Saúde e Orientação Sexual, estabelece o pacto entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). Em março de 2006, Saraiva Leite, então Ministro da Saúde, aprovou a Política Nacional de Promoção da Saúde, considerando o Pacto pela Saúde com suas diretrizes operacionais e seus componentes – Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS – firmado entre as três esferas de governo para a consolidação do SUS (BRASIL, 2006).

A nova Política Nacional de Promoção de Saúde (2006) compreende a intersetorialidade como uma articulação entre os distintos setores no pensar a questão

complexa da saúde, assumir a corresponsabilização pela garantia da saúde como direito humano e de cidadania e mobilizar-se na formulação de intervenções que a propiciem.

Nessa estratégia de ação intersetorial, estão sendo agregadas instâncias políticas de ambos os setores – Saúde e Educação – para a elaboração, execução e avaliação de iniciativa conjunta (Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Educação, da União Nacional dos Secretários Municipais de Educação, do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde) e da OPAS no Brasil. A elaboração coletiva dos PCNs em Ação Saúde é um marco e a concretização de que se possa pensar a educação e a saúde sob uma ótica mais integradora. Elaborar os parâmetros e participar na formação continuada dos professores é construir uma nova cultura, em que a educação e a saúde tenham sentidos e significados mais integrais e que resultem em projetos de vidas mais saudáveis (BRASIL, 2002a).

No Brasil, observa-se a busca por esta intersetorialidade, partindo das quatro esferas do governo. No plano federal, encontram-se as articulações voltadas para o planejamento de ações intersetoriais e na União, Distrito Federal (DF), Estados e Municípios, há tanto o planejamento quanto a implementação destas ações.

O processo de construção de ações intersetoriais voltadas para a Promoção da Saúde implica a troca e a construção coletiva de saberes, linguagens e práticas entre os diversos setores envolvidos na tentativa de equacionar questões sanitárias, produzindo soluções inovadoras para a melhoria da qualidade de vida de forma democrática e resolutiva. Desta forma, a intersetorialidade implica a existência de algum grau de abertura em cada setor envolvido para dialogar, estabelecendo vínculos de corresponsabilidade e co-gestão pela melhoria da qualidade de vida da população (CAMPOS, BARROS e CASTRO, 2004).

A ação intersetorial é um processo de aprendizagem e determinação dos sujeitos, que deve resultar em uma gestão integrada, capaz de responder com eficácia a solução de problemas da população de um determinado território (JUNQUEIRA, 2004).

De acordo com a Legislação Educacional (1999), o Plano Nacional de Educação (PNE) foi aprovado no ano de 2000, com validade para dez anos. Com base no PNE, os estados, o distrito federal e os municípios brasileiros deverão elaborar os seus planos decenais correspondentes.

O projeto de lei que cria o PNE para vigorar de 2011 a 2020 foi enviado pelo governo federal ao Congresso em 15 de dezembro de 2010. O novo PNE apresenta dez diretrizes, são elas: (I) Erradicação do analfabetismo; (II) Universalização do atendimento escolar; (III) Superação das desigualdades educacionais; (IV) Melhoria da qualidade do ensino; (V)

Formação para o trabalho; (VI) Promoção da sustentabilidade sócio-ambiental; (VII) Promoção humanística, científica e tecnológica do País; (VIII) Estabelecimento de meta de aplicação de recursos públicos em educação como proporção do produto interno bruto; (IX) Valorização dos profissionais da educação; e (X) Difusão dos princípios da equidade, do respeito à diversidade e a gestão democrática da educação (BRASIL, 2010).

O novo PNE apresenta, além das dez diretrizes objetivas, 20 metas, seguidas das estratégias específicas de concretização. O texto prevê formas de a sociedade monitorar e cobrar cada uma das conquistas previstas. As metas seguem o modelo de visão sistêmica da educação estabelecido em 2007 com a criação do Plano de Desenvolvimento da Educação (PDE) – com o objetivo de melhorar a Educação no País, em todas as suas etapas, em um prazo de quinze anos. A prioridade é a Educação Básica, que vai do Ensino Infantil ao Médio. Tanto as metas quanto as estratégias premiam iniciativas para todos os níveis, modalidades e etapas educacionais. Além disso, há estratégias específicas para a inclusão de minorias, como alunos com deficiência, indígenas, quilombolas, estudantes do campo e alunos em regime de liberdade assistida.

Universalização e ampliação do acesso e atendimento em todos os níveis educacionais são metas mencionadas ao longo do projeto, bem como o incentivo à formação inicial e continuada de professores e profissionais da educação em geral, avaliação e acompanhamento periódico e individualizado de todos os envolvidos na educação do país: estudantes, professores, profissionais, gestores e demais profissionais, estímulo e expansão do estágio. O projeto estabelece ainda estratégias para alcançar a universalização do ensino de quatro a 17 anos, prevista na Emenda Constitucional nº 59 de 2009 (BRASIL, 2010).

A expansão da oferta de matrículas gratuitas em entidades particulares de ensino e do financiamento estudantil também está contemplada, bem como o investimento na expansão e na reestruturação das redes físicas e em equipamentos educacionais: transporte, livros, laboratórios de informática, redes de *internet* de alta velocidade e novas tecnologias (BRASIL, 2010).

O projeto confere força de lei às aferições do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (Ideb) — criado em 2007, no âmbito do PDE — para escolas, municípios, estados e país. Hoje, a média brasileira está em 4,6 nos anos iniciais do ensino fundamental (primeiro ao quinto ano). A meta é chegar a 6 (em uma escala até 10) em 2021. Outra norma prevista no projeto é confronto dos resultados do Ideb com a média dos resultados em matemática, leitura e ciências obtidos nas provas do Programa Internacional de Avaliação de Alunos (Pisa). Em 2009, a média foi de 395 pontos. A expectativa é chegar a 473 em 2021 (BRASIL, 2010).

O novo plano dá relevo à elaboração de currículos básicos e avançados em todos os níveis de ensino e à diversificação de conteúdos curriculares e prevê a correção de fluxo e o combate à defasagem idade-série. São estabelecidas metas claras para o aumento da taxa de alfabetização e da escolaridade média da população (BRASIL, 2010b).

Entre outras propostas mencionadas no texto estão a busca ativa de pessoas em idade escolar que não estejam matriculadas em instituição de ensino e monitoramento do acesso e da permanência na escola de beneficiários de programas de transferência de renda e do Programa de Prestação Continuada (PPC) destinado a pessoas com deficiência. O documento determina a ampliação progressiva do investimento público em educação até atingir o mínimo de 7% do Produto Interno Bruto (PIB) do país, com revisão desse percentual em 2015 (BRASIL, 2010).

A estrutura do ensino fundamental brasileiro foi regida até 1996 pela Lei Federal n. 5.692, de 11 de agosto de 1971, que definiu as diretrizes e bases da educação nacional e estabeleceu oito anos de escolaridade obrigatória como também para o ensino médio (embora nesse caso, não obrigatória). Em 1996, a nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) (BRASIL, 1996) consolida e amplia o dever do poder público para com a educação em geral, e em particular, para com o ensino fundamental. Além de propor a formação básica comum para todos, pressupôs a formulação de um conjunto de diretrizes capaz de nortear os currículos e seus conteúdos mínimos.

De acordo com Brasil (1996), a LDB reafirma o princípio da base nacional comum, representado pelos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs) em primeiro nível de concretização curricular, no âmbito federal. O segundo nível corresponde a sua concretização nos Estados e Municípios, quando esses Parâmetros podem ser utilizados para as elaborações curriculares das Secretarias de Educação e, sucessivamente, se concretiza no terceiro nível no que se refere à elaboração curricular de cada instituição escolar, contextualizada na discussão do seu projeto educativo.

Ao pautar uma revisão pedagógica, os PCNs, como uma proposta de governo, reconhecem a importância da participação construtiva do aluno e, ao mesmo tempo, da intervenção do professor para a aprendizagem de conteúdos específicos que favorecessem o desenvolvimento de capacidades necessárias à formação do indivíduo (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO ESPORTO, 1997).

Embora não caiba aqui aprofundar essa discussão, vale registrar que a documentação dos PCNs constou de sete documentos referentes às áreas específicas (língua portuguesa, matemática, ciências naturais, história, geografia, arte e educação física), e de outros sete

referentes, então denominados, *temas transversais*, a saber: ética, meio ambiente, saúde, pluralidade cultural, orientação sexual, trabalho e consumo.

Os PCNs são referências para o Ensino Fundamental e Ensino Médio de todo o país. O objetivo dos PCNs é garantir a todas as crianças e jovens brasileiros, mesmo em locais com condições socioeconômicas desfavoráveis, o direito de usufruir do conjunto de conhecimentos reconhecidos como necessários para o exercício da cidadania. Não possuem caráter de obrigatoriedade e, portanto, pressupõe-se que serão adaptados às peculiaridades locais. A própria comunidade escolar de todo o país já está ciente de que os PCNs não são uma coleção de regras que pretendem ditar o que os professores devem ou não fazer. São, uma referência para a transformação de objetivos, conteúdos e didática do ensino.

Os PCNs permitem a percepção da ênfase conferida a valores e atitudes relacionadas com o exercício de atividades práticas. Do ponto de vista didático pedagógico, a aprendizagem, por meio da experimentação em exercícios práticos, é condição primordial. Através dos PCNs buscamos identificar valores, hábitos e atitudes a serem desenvolvidos nas escolas como elementos fundadores da Educação para a Saúde - o valor vida, vida saudável, o processo educativo para a saúde no ambiente escolar. A formação de valores e o desenvolvimento de hábitos e atitudes aparecem como dimensões importantes (BRASIL, 2002a).

O ensino de Saúde tem sido um desafio para a educação no que se refere à possibilidade de garantir uma aprendizagem efetiva e transformadora de atitudes e hábitos de vida. As experiências mostram que transmitir informações a respeito do funcionamento do corpo e das características das doenças, bem como de um elenco de hábitos de higiene, não é suficiente para que os alunos desenvolvam atitudes de vida saudável (BRASIL, 2002a).

A elaboração destes parâmetros e a participação na formação continuada dos professores têm o objetivo de formular uma nova cultura, em que a educação e a saúde tenham sentidos e significados mais integrais e que resultem em projetos de vida mais saudáveis. Este acordo estabelecido na Portaria Interministerial 766/GM, de 17 de maio de 2001, para elaboração dos PCNs em Ação traz um passo importante na implementação de uma ação integrada que terá, de início, o alcance de 2.779 municípios que já aderiram ao Programa PCN (BRASIL, 2002a).

Como síntese da análise de conteúdo realizado nos textos dos PCNs, pode-se concluir que, por estes documentos, a instituição escolar se reconhece também como espaço privilegiado para a efetivação da Educação para a Saúde e concebe este processo como seu modo mais genuíno de realizar a Promoção da Saúde.

Ao fazer um resgate histórico, percebemos que a Educação em Saúde é uma atividade incorporada às ações de saúde no Brasil, influenciada pelas experiências européias. Para Catrib *et al.* (2003, p.34), “a educação em saúde é reflexão-ação fundada em saberes técnicos e populares, culturalmente significativo, exercício de espaço democrático, capaz de provocar mudanças individuais e prontidão para atuar em grupo”.

2.4 A Política Nacional de Promoção da Saúde no Contexto Escolar

Historicamente, a atenção à saúde no Brasil tem investido na formulação, implementação e concretização de políticas de promoção, proteção e recuperação da saúde, havendo assim uma melhoria da qualidade de vida dos sujeitos e coletivo (BRASIL, 2006).

No Brasil, o documento de legitimação do SUS é considerado um dos marcos que introduz a Promoção da Saúde e amplia as responsabilidades ao envolver outros setores (SPERANDIO *et al.*, 2004).

O Ministério da Saúde elaborou a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) que, oportunamente, suscita o tema da sua implantação e implementação de diretrizes e ações para Promoção da Saúde em consonância com os princípios do SUS. Esta política busca provocar mudanças no modo de organizar, planejar, realizar, analisar e avaliar o trabalho em saúde voltado para o desenvolvimento do ser humano (BRASIL, 2006a).

As diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde na PNPS são: integralidade, equidade, responsabilidade sanitária, mobilização e participação social, intersetorialidade, informação, educação e comunicação, e sustentabilidade (BRASIL, 2006a).

O desafio de saúde para todos no século XXI foi proposto na 51ª Assembléia Mundial da Saúde, ocorrida em 2000. O compromisso da saúde é reafirmado como um direito fundamental dos seres humanos e enfatiza a relação entre saúde e os preceitos éticos de equidade, solidariedade e justiça social.

De acordo com Ministério da Saúde, na série Pactos pela Saúde (2006a), a PNPS apresenta como objetivo geral:

Promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, 2006a).

A Promoção de Saúde propõe a articulação de saberes técnicos e populares, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados. Vem sendo

interpretada como reação à acentuada medicalização de vida social, passando a representar, mais recentemente, um enfoque político e técnico em torno do processo saúde-doença-cuidado (BUSS, 1999).

A Promoção de Saúde no contexto brasileiro significa uma das bases do SUS, quando este se define como sendo aberto à participação da comunidade e sob o controle social, e encontra-se instituída em normas que definem as responsabilidades dos municípios e seus compromissos com a coletividade por meio de uma gestão participativa e transparente. Sendo assim, a Promoção da Saúde significa uma intervenção que depende da articulação intersetorial e da participação social, voltada para a consecução do direito à saúde, mediante ações voltadas para as melhorias das condições de vida, que podem ocorrer nos espaços dos serviços de saúde, do parlamento e das comunidades (BRASIL, 2006a).

A Promoção de Saúde e a Educação em Saúde representam estratégias promissoras para enfrentar os problemas que afetam as populações. A promoção da saúde pretende que indivíduos e coletividades, mediante fortalecimento e capacitação, aumentam suas chances de controlar os determinantes de saúde/doença para obter melhores níveis de saúde e, conseqüentemente, melhor qualidade de vida.

Vista de forma ampliada, a relação entre saúde e educação pode estabelecer a intersecção para a integração dos saberes acumulados por tais campos, uma vez que os processos educativos e os de saúde e doença incluem tanto conscientização e autonomia quanto a necessidade de ações coletivas e de fomento à participação (BRASIL, 2002).

O profissional de saúde, sobretudo o que trabalha na atenção básica tem um papel fundamental como mediador e facilitador do amplo processo de conscientização e mobilização de sujeitos e comunidades para um agir mais coletivo, para a adoção de perspectivas mais integrais em saúde e para a construção de saberes entre os diferentes segmentos, instituições e atores desse campo (BRASIL, 2005).

As escolas têm sido consideradas espaços sociais adequados para Promoção da Saúde por seu potencial para produzir impacto sobre a saúde, auto-estima, comportamento e desenvolvimento de habilidades para a vida de seus alunos, funcionários e comunidades (BRASIL, 2007a).

É inerente à educação, e mais especificamente à escola, o ato de organizar e estimular situações de aprendizagem nas quais a saúde possa ser compreendida como direito de cidadania e um pressuposto ético. Com esse intuito, devem ser valorizadas ações voltadas para a Promoção da Saúde no ambiente escolar. São múltiplos os modos de se perceber a saúde e a doença. Então, o professor deve estar apto a lidar com a complexidade das questões

de saúde e de doença, de modo informativo e criativo. As estratégias a serem desenvolvidas pelos professores devem obedecer ao desejo de conhecer os alunos, utilizando os recursos da própria localidade voltados para a Promoção da Saúde e a atenção à doença com a criação de debates sobre saúde presente na realidade do aluno e da comunidade (BRASIL, 2002b).

Dessa forma, faz-se necessário que o currículo da formação do educador traga uma reflexão crítica do aluno referente à saúde, com o objetivo de sensibilizar para uma melhor compreensão da Educação em Saúde. Há a importância de o currículo ser flexível e adaptado à realidade social, expressando uma visão de mundo, de homem, de sociedade e, portanto, de educação e, também, de saúde (LEONELLO; L'ABBATE, 2006).

Em síntese, é reconhecido o fato de o professor possuir seu papel dentro da PNPS, uma vez que a escola é ambiente fértil para a aprendizagem. Assim, este profissional, sendo capacitado para tratar destas questões, poderá utilizar este espaço na sensibilização de seus alunos para ações voltadas para a Promoção da Saúde no ambiente escolar (BARROS; MATARUNA, 2004).

A PNPS aponta algumas ações específicas que podem ser desenvolvidos tanto pelo setor Saúde como pela Educação, sabendo que o impacto dessas ações extrapola os ambientes desses setores. As ações específicas apontadas na política são:

- I – Divulgação e implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde (p. 29);
- II – Alimentação saudável (p.29);
- III – Prática corporal/ Atividade física (p.33);
- IV – Prevenção e controle do tabagismo (p.35);
- V – Redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas (p.37);
- VI – Redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito (p.37);
- VII – Prevenção da violência e estímulo à cultura de paz (p.37);
- VIII – Promoção do desenvolvimento sustentável (p.38).

Enfatizamos a seguir, trechos da PNPS sobre cada uma das ações específicas relatada no documento que compreende aos setores de educação e saúde.

I – Divulgação e implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde.

Com relação as ações específicas desse item, destacamos o subitem “III – Discutir nos espaços de formação e educação permanente de profissionais de saúde a proposta da PNPS e estimular a inclusão do tema nas grades curriculares” (BRASIL, 2006a, p. 29).

A inclusão de estudos sobre a Promoção da Saúde já é um avanço dessa política, porém percebo que os espaços de formação em educação permanente para discutir a PNPS devem ser ampliados para as demais categorias, inclusive para a Educação, que exerce o papel de formação de habilidades e competências desse indivíduo. Atualmente, com a nova mudança curricular para um Currículo Integrado nas universidades, tem favorecido a integração de diversas categorias profissionais para uma compreensão holística do ser humano.

A Promoção da Saúde não concerne exclusivamente ao setor Saúde, ao contrário, ela é o resultado de ações intersetoriais, agindo nos determinantes gerais da saúde e da qualidade de vida. Cada um dos setores da administração pública, como educação, saúde, assistência social, desenvolvimento urbano e meio ambiente, esporte, cultura, entre outros, deverá ter suas estratégias de atuação balizadas por políticas públicas (OLIVEIRA *et al.*, 2007).

II – Alimentação saudável.

De acordo com as ações específicas deste item, encontramos nos subitens:

“II – Promover articulação intra e intersetorial visando à implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde por meio do reforço à implementação das diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição e da Estratégia Global” (BRASIL, 2006a, p.29) e, mais explicitamente em “IV – Desenvolver ações para a promoção da alimentação saudável no ambiente escolar” (BRASIL, 2006a, p. 31).

A articulação e mobilização intersetorial propõe a elaboração de medidas reguladoras que visam reduzir o risco de doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) e promover uma alimentação mais saudável com formas de cuidado e manuseio dos alimentos e uma melhor qualidade de vida.

O marco referencial da Escola Promotora de Saúde, proposta pela OPAS, apresenta para a área de Alimentação e Nutrição a possibilidade de redimensionar as ações desenvolvidas no cotidiano escolar, valorizando o Programa de Alimentação Escolar (PAE) como estratégia de promoção da saúde; contextualizando as práticas de educação nutricional em uma perspectiva mais ampla de construção da cidadania e adequando os espaços relacionados à alimentação (ex.: cozinhas, refeitórios e cantinas), com a finalidade de torná-los mais coerentes com um ambiente escolar saudável (MALDONATO, AZEVEDO e CASTRO, 2007).

III – Prática corporal/ Atividade física.

Segundo as ações específicas deste item, enfatizamos no subitem:

“III — Ações de intersetorialidade e mobilização de parceiros: c) estimular a inserção e o fortalecimento de ações já existentes no campo das práticas corporais em saúde na comunidade; d) resgatar as práticas corporais/atividades físicas de forma regular nas escolas, universidades e demais espaços públicos” (BRASIL, 2006a, p. 35).

Nas décadas de 1980 e 1990, são crescente a prevalência de distúrbios resultantes de condutas nocivas à saúde e de doenças crônicas não-transmissíveis (neoplasias, hipertensão arterial, diabetes *mellitus* e entre outras), patologias que são peculiares em adultos, mas que têm sido observadas em crianças e adolescentes (MATSUDO *et al.*, 1998; KYLE *et al.*, 2001).

A saúde corporal está diretamente interligada com a saúde mental e social. Tanto nos espaços da escola como numa unidade de saúde devemos fomentar discussões a respeito do conhecimento do corpo, conhecer os limites, as fragilidades e as dificuldades e cada pessoa, trabalhar questões de cidadania e respeito ao próximo, discutir os padrões de estética e saúde relacionando o estado físico, mental e social, resgatar os jogos lúdicos da cultura popular local e estimular as práticas de atividades física e esportivas como forma de combater o sedentarismo.

IV – Prevenção e controle do tabagismo.

Com base as ações específicas deste item, destacamos nos subitens:

“II – Realizar ações educativas de sensibilização da população para a promoção de comunidades livres de tabaco, divulgando ações relacionadas ao tabagismo e seus diferentes aspectos: a) Dia Mundial sem Tabaco (31 de maio); e b) Dia Nacional de Combate ao Fumo (29 de agosto); IV – Mobilizar e incentivar as ações contínuas por meio de canais comunitários (unidades de saúde, escolas e ambientes de trabalho) capazes de manter um fluxo contínuo de informações sobre o tabagismo, seus riscos para quem fuma e os riscos da poluição tabagística ambiental para todos que convivem com ela” (BRASIL, 2006a, p. 36).

Tanto o setor da educação como o setor da saúde são co-responsáveis de promover ações de combate ao uso de cigarro, contemplando assim os aspectos individuais e do grupo no qual está inserido. Desenvolver atividades de Educação em Saúde, com a temática tabagismo, é uma das estratégias de sensibilizar a sociedade para a prevenção e cuidado de outras doenças, no caso o câncer de pulmão entre outros.

V – Redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas.

Conforme as ações específicas deste item, encontramos:

“I – Investimento em ações educativas e sensibilizadoras para crianças e adolescentes quanto ao uso abusivo de álcool e suas conseqüências; II – Produzir e distribuir material educativo para orientar e sensibilizar a população sobre os malefícios do uso abusivo do álcool” (BRASIL, 2006a, p. 37).

As temáticas Álcool e Droga são incluídas como temas transversais a ser trabalho no currículo escolar, como também no acolhimento da Unidade Básica de Saúde. Os educadores e formadores de opiniões devem trabalhar com abordagens pedagógicas de Educação em Saúde, tendo como objetivo formar multiplicadores para a prevenção e cuidado deste consumo.

VI – Redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito.

Nas ações específicas deste item, destacamos “I – Promoção de discussões intersetoriais que incorporem ações educativas à grade curricular de todos os níveis de formação” (BRASIL, 2006a, p. 37).

Uma matriz curricular completa e transversal entre os demais setores considera itens como a violência no trânsito, suas causas e suas repercussões como conteúdos complementares de sua formação. A formação dos jovens condutores, pedestres e/ou usuários do sistema coletivo de transporte passa por uma capacitação sobre a legislação (direitos e deveres) e por uma educação em que — ‘o direito do outro começa onde termina o meu’. O respeito ao outro e às leis deve estar presente nas palavras e atitudes de toda sociedade.

Os acidentes e as violências configuram um problema de grande magnitude para a sociedade brasileira, que demandou a definição de uma política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências, definindo em suas diretrizes que, por envolver diferentes fatores, o seu enfrentamento requer esforços coordenados e sistematizados de diferentes setores governamentais (Ministérios da Saúde, da Justiça, da Educação, dos Transportes, da Previdência Social e da Ciência e Tecnologia, entre outros), de variados segmentos sociais e da população em geral (MEDEIROS *et al.*, 2007).

VII – Prevenção da violência e estímulo à cultura de paz.

Nas ações específicas deste item, citamos:

“I – Ampliação e fortalecimento da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde; III – Estímulo à articulação intersetorial que envolva a redução e o controle de situações de abuso, exploração e turismo sexual” (BRASIL, 2006a, p. 37 e 38).

No ano 2000, um grupo de contemplados com o Prêmio Nobel da Paz encabeçaram um movimento, através do manifesto — Manifesto 2000 por uma Cultura de Paz e Não-Violência – que foi assinado por milhões de pessoas no mundo inteiro. O manifesto apresentava como pontos principais para uma cultura de paz e não violência: respeitar a vida, rejeitar a violência, ser generoso, ouvir para compreender, preservar o planeta, redescobrir a solidariedade. No ano seguinte a Organização das Nações Unidas (ONU) declarou que o período compreendido entre os anos de 2001 a 2010 a “Década Internacional da Cultura de Paz e Não-Violência para as Crianças do Mundo” (DISKIN e ROISMAN, 2002, p. 8). O desenvolvimento dessa idéia pode promover uma educação interdisciplinar e integradora. Todos os campos do conhecimento podem contribuir de alguma forma para a promoção da paz em todos os ambientes: na escola, em casa, na rua.

Tratar de prevenção da violência implica pensar o conceito ampliado de saúde, o qual, segundo a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2002a) e a legislação correlata, abrange não só as questões específicas da saúde, mas também aquelas relativas às condições de vida, que têm como determinante um conjunto de fatores sociais, históricos e ambientais, nos quais se insere a sociedade.

VIII – Promoção do desenvolvimento sustentável.

Dentre as ações específicas deste item, destacamos:

“III – Fortalecimento de instâncias decisórias intersetoriais com o objetivo de formular políticas públicas integradas voltadas ao desenvolvimento sustentável; IV – Apoio ao envolvimento da esfera não-governamental (empresas, escolas, igrejas e associações várias) no desenvolvimento de políticas públicas de promoção da saúde, em especial no que se refere ao movimento por ambientes saudáveis; V – Reorientação das práticas de saúde de modo a permitir a interação saúde, meio ambiente e desenvolvimento sustentável” (BRASIL, 2006a, p. 38).

O cuidado e a prevenção com meio ambiente é competência de ações intersetoriais, pois todos os setores dependem desse cenário para desenvolver estudos, pesquisas e, posteriormente, implementar ações que, em consonância com a realidade de cada comunidade, possam transformar o espaço em que vivem. Portanto, você só educa quando promove mudança de comportamento e atitudes, com reflexão-ação na prática. E os atores envolvidos no processo educacional devem ser altamente politizados, críticos, conscientes de si e do seu papel. Ações em conjunto entre a escola (representante da educação) e o posto de saúde (representante da saúde) podem produzir produtos finais capazes de mudar o indivíduo e o meio em que está inserido.

3 ESCOLA PROMOTORA DE SAÚDE: EXPERIÊNCIAS BRASILEIRAS

No capítulo Escola Promotora de Saúde irei descrever sobre as experiências brasileiras e exitosas nas regiões sudeste, norte, nordeste e sul sobre programas de Promoção da Saúde no contexto escolar.

Em março de 2006, passados 20 anos dos dois marcos importantes, a Carta de Ottawa (1986) e a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), o Ministério da Saúde (MS) aprovou a PNPS. Esta Política aponta as diretrizes e estratégias de organização das ações de Promoção da Saúde nos três níveis de complexidade, de modo a integrar os diversos setores da sociedade civil organizada, com a proposta de uma política transversal, integrada e intersetorial. Define a Promoção da Saúde como sendo “estratégias de produção de saúde, ou seja, modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, que contribui na construção de ações que respondam às necessidades sociais em saúde” (GOULART, 2006, p. 12).

Desta forma, preconiza-se que as práticas em saúde ampliem seu escopo, de modo que as ações e os serviços se dêem para além dos efeitos do adoecer, incidindo sobre as condições de vida e favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis pelos sujeitos e coletividades, no território onde vivem e trabalham.

A Promoção da Saúde, por sua grande relevância, tem sido fortemente recomendada em diferentes espaços sociais, principalmente no ambiente escolar, por diversos órgãos internacionais e nacionais (OPAS, 1999). No âmbito internacional, tem sido estimulada pela iniciativa Escolas Promotoras de Saúde (EPS), de diversos países da Europa e da América. Enquanto que no Brasil, tem ocorrido via OPAS, a partir da Iniciativa Regional de EPS, implantada em alguns estados, e também por meio da PNPS e mais recentemente, pelo Programa Saúde na Escola (PSE) reforçando principalmente a importância de articulação e integração entre os setores. Essas iniciativas, estratégias e programas apresentam-se como tentativas de reforçar a interação entre os diversos setores e de operacionalizar os princípios da Promoção da Saúde, considerando os determinantes sociais de saúde, a intersetorialidade, a participação social e as ações multiestratégicas, vislumbrando a melhoria das condições de vida da população e o reconhecimento do direito de cidadania.

Os pressupostos conceituais da Promoção da Saúde contribuíram para a construção de um novo paradigma que tem influenciado nas propostas de saúde, inclusive, na elaboração de programas e políticas públicas que visam à melhora da qualidade de vida e à redução das

desigualdades sociais. Tanto a concepção de saúde quanto a visão do processo ensino-aprendizagem foram modificando-se ao longo do tempo, possibilitando uma nova maneira de se considerar educação e saúde. Neste sentido, os programas de saúde escolar foram sendo organizados, estruturados e desenvolvidos a partir de distintas representações de concepções sobre saúde e sobre educação, repercutindo em práticas de saúde na escola, que assumem diferentes justificativas e permitem a construção de diversos modelos (GOMES, 2012).

A Rede Européia de Escolas Promotoras de Saúde (REEPS) surgiu em 1992 enquanto que a Rede Latino-Americana e Caribe de Escola Promotora de Saúde (RLEPS) surgiu no final da década de 1995, no Chile durante o Congresso de Saúde Escolar, apesar das estratégias terem surgido na década de 1980 concomitantemente ao novo paradigma de saúde e de Promoção de Saúde apontados na Carta de Ottawa e revalidados pelas conferências internacionais seguintes (STEWART-BROWNS, 2006).

As ações da RLEPS foram disseminadas por todo o Brasil. Desse ponto em diante, apresentaremos, de forma sintética, as experiências no Brasil de EPS. Tomaremos como referência, o recente documento lançado pelo Ministério da Saúde, em 2006. As ações foram agrupadas, por questões didáticas, e serão apresentadas por regiões.

3.1 – Região Sudeste

3.1.1 Rio de Janeiro

O município do Rio de Janeiro deu início no que diz respeito aos programas de Promoção da Saúde no contexto escolar. Em meados dos anos 1990, o município implantou o PSE, iniciando assim a execução de propostas e ações em consonância com os princípios da EPS, conforme Silva (2003):

Diferente de propostas verticais e modelos médico-terapêuticos, essencialmente assistenciais e medicalizantes, o gerenciamento do Programa de Saúde Escolar do município do Rio de Janeiro se conduziu, nos últimos anos, na ótica da Iniciativa de Escolas Promotoras de Saúde o que veio favorecer no espaço da escola, uma ação mais reflexiva e crítica do conceito de Saúde, com prioridade para os investimentos na promoção de saúde como melhoria da qualidade de vida da comunidade escolar e com desenvolvimento de ações locais participativas (p.135)

A proposta de EPS no município não é uma ação pontual. Há uma rede municipal de escolas promotoras de saúde realizando, a partir da realidade imanente das comunidades, um trabalho inclusivo, estimulando a participação de todos os envolvidos. O envolvimento de

outros setores (prefeitura, organizações não-governamentais, sociedade civil, outros setores) e de outros programas de saúde colaborou para a implantação e ampliação efetiva do projeto. Dessa forma o projeto da rede municipal de Escola Promotora de Saúde dá, cada vez mais, resultados, tais como: “até 2002 foram trabalhadas 120 escolas (12% da rede escolar) e cerca de 111.600 alunos (16% do total de alunos)” (SILVA, 2003, p. 136).

De forma bem sintética, podemos organizar historicamente as ações do município do Rio de Janeiro desde a idealização até a implantação do Programa de EPS. Em 1992, surgiu a criação da gerência do Programa de Saúde Escolar; em 1995, houve a publicação do Programa de Saúde Escolar numa perspectiva crítica, ou seja, criação de grupos regionais, numa atuação intersetorial e integrada dos órgãos públicos; em 1999, foi implantado, intersetorialmente, do projeto “Nessa escola eu fico”; em 1999/2003, realizaram o levantamento de dados, pesquisas e análises diagnósticas acerca dos fatores de risco e de proteção relacionados a saúde dos educandos; em 2000/2002, ocorreu a implantação do projeto piloto de EPS; em 2003/2004 com a iniciativa EPS iniciou a criação de Núcleos de Saúde Escolar.

Com isso, o “acompanhamento do processo permitiu aos gestores, identificar importantes desafios para consolidação de uma política de Promoção de Saúde na escola” (SILVA, 2003, p.138). O Município do Rio de Janeiro desenvolve ainda estratégias de Promoção da Saúde como o PAE, o Programa de Redução do Comportamento Agressivo entre Estudantes (PRCAE), a Promoção da Saúde a Prática de Atividade Física na Escola e Programa de Saúde do Adolescente (Prosad). Abordaremos mais especificamente sobre cada um deles a seguir.

O PAE foi implantado em 1956 e é considerado o programa de alimentação e nutrição mais antigo do país. Os objetivos principais do programa são garantir o acesso dos escolares à alimentação, à promoção de bons hábitos alimentares e à prevenção de riscos nutricionais. O PAE acontece, na prática, da seguinte forma: através de projetos como o Projeto com Gosto de Saúde, de 2000, que produz material educativo (vídeo para os alunos e material de apoio pedagógico) que subsidiam as ações pedagógicas acerca da alimentação, nutrição e saúde na escola. Este projeto está diretamente relacionado com os princípios da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, a saber: alimentação e cultura; alimentação saudável; aleitamento materno; obesidade e desnutrição; atividade física; alimentação na escola; segurança alimentar e nutricional; cuidados com o corpo e o ambiente.

O município também desenvolve, desde 2002, o Programa de Redução do Comportamento Agressivo entre Estudantes. Uma das formas de violência na escola é o

bullying, atos repetidos de opressão, discriminação, tirania, agressão e dominação de pessoas ou grupos sobre outras pessoas ou grupos, subjugados pela força dos primeiros. Esses comportamentos anti-sociais são, muitas vezes, ocasionados pela falta de oportunidades e / ou desestrutura familiar. Vale ressaltar que essas ocorrências de violência na escola não são prerrogativas exclusivas das classes menos favorecidas e sim uma questão de saúde pública. Para se combater esse mal, a escola deve, necessariamente, contar com o envolvimento de professores e toda a comunidade escolar (funcionários e pais). Um problema tão complexo só pode ser solucionado com ações complexas. O Programa de Redução do Comportamento Agressivo entre Estudantes foi implementado, primeiramente, em 11 escolas, sendo 9 municipais e 2 particulares, totalizando 5.800 alunos. As ações do programa se deram da seguinte forma: sondagem, em novembro de 2002; a partir de fevereiro de 2003, abordagem do tema na comunidade escolar e adoção de estratégias educativas com fins a redução da agressividade entre os estudantes; entre agosto e setembro de 2003, segunda fase da investigação – identificar possíveis mudanças a partir das estratégias adotadas. O período de investigação do programa de Redução do Comportamento Agressivo entre Estudantes foi considerado curto, porém as melhorias foram logo percebidas.

Outra investigação feita nas escolas do município do Rio de Janeiro detectou o sedentarismo como um dos fatores responsáveis pelo aumento de condutas nocivas à saúde e doenças crônicas não-transmissíveis. Mais uma vez a escola retomou seu papel primordial enquanto espaço de Promoção da Saúde. O Programa Carmem (*Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de Enfermedades no Transmisibles*) é um programa da OPAS, de 1997, que reconhece que muitas doenças crônicas não-transmissíveis têm seu início nos modos de vida desfavoráveis por isso podem ser prevenidas ou controladas (BRASIL, 2007a).

O Programa Promoção da Saúde à Prática de Atividade Física na Escola foi desenvolvido através de técnicas de investigação quantitativas (questionário) e qualitativas (grupo focal e observação participante). Em síntese, os resultados apontam para uma melhor compreensão a respeito da realidade das crianças e dos adolescentes, estudantes de escolas públicas situadas em Manginhos.

Desde 1987 as adolescentes do município do Rio de Janeiro já eram atendidas pelo PSE. O PSE é uma proposta de política intersetorial entre os Ministérios da Saúde e da Educação, onde apresentam a perspectiva da atenção integral à saúde (prevenção, promoção e atenção) de crianças, adolescentes e jovens do ensino público (educação infantil, ensino fundamental e médio, educação profissional e tecnológica, voltada para jovens e adultos). Com o reconhecimento da adolescência como um período de transformações rápidas e

intensas e com repercussões diretas na vida adulta, o município, a partir de 1992, especializou o atendimento ao público adolescente através do Prosad. Através de ações integradas (secretaria municipal de saúde e de educação, universidades, Organizações Não-Governamentais, etc.) foram desenvolvidas inúmeras ações de promoção, prevenção e atenção à saúde do adolescente: Projeto Educarte, de 1994 a 1997; Projeto Vista essa Camisinha, desde 1997; Projeto Sinal Verde, desde 1998; Projeto Horizontes, desde 1998; Adolescentro; Movimento pela Valorização da Paternidade, desde 2004.

3.1.2 Embu – São Paulo (SP)

O Programa EPS foi implantado no município em 2002 e atende aos três princípios básicos preconizados pela OPAS: Educação para a Saúde com enfoque integral; criação de entornos saudáveis e provisão de serviços de saúde. Os antecedentes do programa desse município situado na rede metropolitana de São Paulo são ações, desde 1984, através do PSE que passou para a coordenação da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e integrado ao SUS em 1987.

As ações desenvolvidas nesse município, famoso por sua produção artística e seu centro histórico são: Movimento de Alfabetização de Adultos (Mova); Projeto Letras e Livros – acompanhamento de alunos com dificuldade em leitura e escrita, em parceria com a Escola de aplicação da Universidade de São Paulo; Projeto Embu na onda do mar – despertar da investigação científica nos alunos; Projeto aventure-se no conhecimento – estudo do município programa de saúde bucal, desde 1982; Programa Embu enxergando melhor – em parceria com a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP); O município conta ainda com o sistema de referência e contra-referência.

O sistema de referência e contra-referência entre as escolas e as unidades de saúde foi reorganizado, com a distribuição regionalizada das 108 unidades escolares para as nove unidades básicas de saúde, então existentes no município. Cabe a essas unidades de referência atuar junto às creches e escolas de sua área de abrangência, para atenção à saúde, vigilância e educação em saúde. (BRASIL, MS, 2007b, p.73)

As ações de educação em saúde focam, prioritariamente: na educação ambiental e prevenção da dengue; sexualidade, gravidez na adolescência e doenças sexualmente transmissíveis (DST)/ Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS); promoção da paz e prevenção de acidentes e violência.

3.1.3 Itaoca – São Paulo

A Promoção da Saúde no contexto escolar está presente no município de Itaoca através do Projeto Município Saudável. Este projeto alcançou destaque através dos interesses e ações de gestores e professores da Escola Elias Laje Magalhães. Nessa escola foram desenvolvidos, a partir de 2002, projetos na perspectiva da escola promotora de saúde: motivação do grupo, oficina de sensibilização dos professores, construção de projeto pedagógico. Os resultados do projeto não demoraram a surgir: já no ano seguinte, teve início o Projeto Fundo de Quintal. Conforme publicação do Ministério da Saúde (2006, p. 189), o projeto Fundo de Quintal tinha como objetivos: (1) incentivar os jovens à prática de atividades saudáveis na criação e usufruto das áreas de lazer; (2) desenvolver proposta participativa da comunidade escolar; (3) relacionar-se com o projeto pedagógico da escola; (4) demonstrar sua reprodutibilidade em outras escolas e na Delegacia de Ensino, com resultados de experiências bem-sucedidas. O projeto foi avaliado por alunos e professores envolvidos e os depoimentos mostram uma experiência bem-sucedida.

3.1.4 Vargem Grande Paulista – São Paulo

A estratégia de EPS, em Vargem Grande Paulista teve início em 1996, quando foi apresentado ao município, pela faculdade de saúde pública da universidade de São Paulo, o projeto Município saudável - o projeto surgiu em Toronto, no Canadá no início da década de 1970. O objetivo primordial do projeto é a criação de melhores condições de vida para a população. E o resultado positivo do projeto depende diretamente da diminuição da exclusão e do estímulo ao exercício de cidadania.

Após indicação, por parte da secretaria de educação do município, cinco escolas foram selecionadas. Essas cinco escolas foram transformadas em escolas-pólos, ou seja, escolas-modelo, multiplicadoras. Após diagnóstico inicial, a necessidade de trabalhar a Educação em Saúde e Ambiental foi confirmada. E o passo seguinte foi um projeto de formação continuada de Educação em Saúde e Ambiental para os professores. O projeto teve uma duração de 30 meses e a partir de 18 meses, os professores das 5 escolas do Município de Vargem Grande Paulista tornaram-se multiplicadores.

A avaliação do projeto é feita periodicamente e os resultados fornecem subsídios para o planejamento de ações subsequentes. Os resultados apontam ainda a importância do

papel/participação dos professores na implementação da proposta de escola promotora de saúde no município.

3.1.5 Jaboticatubas – Minas Gerais

Em Jaboticatubas, as ações de educação em saúde estão voltadas, devido à necessidade da comunidade, à esquistossomose. A doença é realidade constante no município desde a década de 1960. O projeto de controle da esquistossomose e de outras verminoses foi implantado, inicialmente, em quatro escolas (duas no distrito de São José de Almeida, uma na localidade de Cipó Velho e outra na localidade de São José da Serra) e contou com a participação de professores, alunos e comunidade não-escolar: escolha do tema, atualização, curso para os professores. Em 2001, o projeto de controle da esquistossomose e de outras verminoses foi posto em prática: na primeira etapa, houve a sensibilização de professores e alunos, busca de materiais sobre o assunto, visitas de campo; a segunda etapa foi o compromisso de construir projetos de saúde em parceria com os professores das 4 escolas selecionadas. Foi proposto aos 33 professores o curso Educação em Saúde para o controle da esquistossomose.

3.2 – *Região Norte*

3.2.1 Tocantins

O estado de Tocantins assume uma posição histórica em relação à articulação entre educação e saúde no contexto escolar. Mas as ações eram pontuais, descontextualizadas, baseadas em datas comemorativas e campanhas.

A estratégia de EPS no estado de Tocantins, implantada na esfera estadual em 2002 e em Palmas desde 1999, tem por objetivos contribuir para a elaboração de Política de Atenção à Saúde Escolar; o redimensionamento e a reorientação das ações de Promoção e Educação em Saúde; a participação da comunidade escolar; a identificação, prevenção e redução de problemas e riscos para a saúde na escola e na comunidade.

Na estratégia de Tocantins, cada escola conta com o apoio do Agente Escolar de Saúde (AES). As ações dos AES são preventivas, educativas e emergenciais. Os AES são responsáveis também por coletar, analisar e divulgar os dados do Sistema de Informação de Saúde Escolar (SIS – Escola) para a comunidade. Os principais temas abordados em 2002

pelos AES foram higiene corporal, saúde bucal, alimentação, higiene ambiental e dengue. E aos temas, em 2003, foram incluídos os temas nutrição e lixo. E em 2004, os temas expandiram-se para higiene corporal, saúde bucal, tabagismo, higiene ambiental, dengue, alimentação.

3.3 – Região Nordeste

3.3.1 Recife – Pernambuco

Em Recife, um projeto de extensão universitária do Núcleo de Saúde Pública e Desenvolvimento Social da Universidade Federal de Pernambuco (Nusp/UFPE) sobre o tema violência na escola foi a experiência reconhecida pelo documento do Ministério da Saúde (2006). Desde 2000, o Nusp/UFPE promove o Fórum Acadêmico Pensando a Violência. Desse fórum, nasceu o projeto de extensão universitária Reflexão e Ação sobre Violência e Qualidade de Vida. Esse projeto foi, inicialmente, implantado na Região Político-Administrativa – 4 (RPA) do município de Recife. Essa região, considerada pela prefeitura como uma das mais violentas, é composta por 12 bairros.

O Projeto Reflexão e Ação sobre Violência e Qualidade de Vida contou com a envolvimento de alunos universitários e órgãos públicos (secretaria municipal de educação e de saúde) e objetivava sensibilizar os atores sociais a pensar a qualidade de vida como eixo para minimizar os efeitos da violência nas escolas municipais.

A partir das demandas advindas da própria comunidade, a equipe do projeto organizou eventos temáticos (as metodologias empregadas nesses eventos foram sociodrama, arteterapia, dinâmicas de grupo, discussões) e os principais temas para discussão foram: direitos e deveres da criança e do adolescente; afetividade e aprendizagem; família e escola: um elo na formação do cidadão; violência de casa para a escola e da escola para a vida; diálogo com a comunidade escolar: que violências nós vivemos?

Os principais resultados, obtidos a partir de depoimentos de professores, alunos, família e observações e registros dos estagiários do projeto, foram o interesse em continuar com o projeto, a veiculação do projeto pela Rádio Universitária AM da UFPE, o estabelecimento de vínculos entre as escolas e as entidades especializadas no trabalho com a violência (como o Centro de Referência para atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência e exploração sexual).

3.3.2 Maceió – Alagoas

O tema gerador da estratégia de EPS no município de Maceió foi a prevenção de acidentes. Nesse município, a iniciativa de enviar um projeto (Programa de Prevenção de Acidentes e Violência na Escola) à Câmara Municipal foi da Sociedade Alagoana de Pediatria (SAP). A SAP lançou em 2001 o comitê alagoano de saúde escolar. Os principais objetivos desse comitê eram: favorecer ações de Promoção da Saúde na comunidade escolar, criar um diagnóstico sobre a situação social, biológica e psicológica da comunidade escolar e buscar parcerias para os projetos de promoção da saúde escolar.

A iniciativa do Comitê Alagoano de Saúde Escolar gerou alguns resultados, tais como: a secretaria municipal de educação em Maceió e a secretaria estadual de educação em Alagoas incluíram o Programa de Prevenção de acidentes e violência na escola no Projeto Político Pedagógico (PPP) das escolas.

Dois anos depois da implantação do comitê e a inclusão do programa no PPP, acontecia a I Jornada Alagoana de Saúde Escolar. Em seguida houve a criação das Cepaves (Comissão escolar de prevenção de acidentes e violência).

Os resultados do programa, conforme Brasil (2006a, p. 140-141) em linhas gerais foram: a implantação do programa na rede pública municipal; envolvimento de 384 membros da Cepaves de cada escola, chamados então de “cipaveiros”; o favorecimento, a partir da implantação dessas Cepaves, de ações mais articuladas que implementaram a proposta de criar EPS nesse município; a criação do comitê assessor, multiprofissional e interinstitucional; a formação de alianças e parcerias, como o Centro de Apoio às Vítimas de Crime, o Serviço Social de Indústria (SESI), o Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) e as empresas privadas; a elaboração do regimento regulador das Cepaves; a realização de diversos eventos referentes às demandas mais específicas das escolas (como prevenção de violências contra a mulher, planejamento familiar, promoções de segurança na infância e adolescência, meio ambiente saudável, tabagismo e alcoolismo, grupo de estudo sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, alimentação segura e saudável, campanhas de imunização, avaliação da acuidade visual e oficinas sobre saúde bucal).

3.3.3 Salvador – Bahia

Em Salvador, a violência também foi tema gerador de projetos e programas de Promoção da Saúde no contexto escolar. Lá o projeto Ampliando Espaço para Paz adotou a

arte como técnica lúdica e dinâmica. Durante o ano de 2002, o projeto foi posto em prática em duas escolas estaduais. Neste mesmo ano foi realizada a fase inicial, de sensibilização; em seguida, a fase de diagnóstico; num terceiro momento, a fase de mobilização; e, finalmente, a fase de multiplicação. Logo depois da fase de sensibilização, a fase de capacitação começou.

3.3.4 Sobral – Ceará

No Ceará, os oito projetos e ações, de 1997 a 2004, de Promoção da Saúde no contexto escolar presentes na publicação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2007a, p. 279-289) foram desenvolvidos no município de Sobral.

a) Projeto Semeando Ecologia. Esse projeto foi coordenado pela Secretaria de Desenvolvimento Urbano e Meio Ambiente desde 2003 e conta com o apoio da comunidade escolar e não-escolar, trabalha de forma interdisciplinar, a educação ambiental.

b) Projeto Amor à Vida: prevenir é sempre melhor. Este projeto, que tem três anos de existência, e três eixos temáticos (saúde integral do adolescente, desenvolvimento dos recursos humanos e materiais e articulação intersetorial para o planejamento, monitoramento e avaliação das ações) é coordenado pela secretaria Estadual de trabalho e ação social.

c) Projeto Conversando sobre Prevenção das DST/Aids nas escolas. Este projeto promove oficinas de educação em saúde com adolescentes das escolas públicas do município de Sobral.

d) Projeto de apoio aos alunos portadores de necessidades educativas especiais e dificuldades de aprendizagem.

e) Projeto Segundo Tempo. Este projeto é uma parceria interministerial (Ministério da educação e do Esporte) que objetiva a inclusão social através do esporte/ atividades lúdicas, sob a coordenação de um Profissional de Educação Física e apoio dos graduandos em Educação Física, no turno em que o aluno não está na escola.

f) Pedalando Sem Dengue. Campanha desenvolvida no ano de 2003, numa parceria das secretarias municipais de desenvolvimento social e saúde e da educação. A campanha teve dois momentos distintos: no primeiro, as escolas estiveram envolvidas em ciclos de palestras e debates sobre a dengue; no segundo momento, havia o sorteio de bicicleta, por escola. A condição para que os alunos participassem do sorteio era a não existência de focos de dengue na sua residência.

g) Saúde Bucal nas Escolas. Devido ao grande número de crianças e jovens com dentes cariados, perdidos e obturados, o município de Sobral implantou o projeto Saúde bucal nas escolas. O projeto tinha como ações planejadas identificar crianças de alto risco para

encaminhamento e acompanhamento da família pela equipe de saúde bucal; viabilizar a escovação dentária diária das crianças; realizar aplicação de flúor; desenvolver ações educativas; realizar bochecho semanal com flúor; implantar a Semana de Saúde Bucal.

h) Projeto Escuta Sobral. O projeto tem por objetivo geral orientar a sociedade para a problemática da surdez. O projeto existe desde 2002 e é executado numa parceria entre as secretarias municipais de educação, desenvolvimento social e saúde e outros parceiros.

3.3.5 Fortaleza – Ceará

No município de Fortaleza, no ano de 2007, foi implantado um projeto piloto de Escolas Promotoras de Saúde, distribuídas nas seis Secretarias Executivas Regionais. Este projeto tinha como objetivo estreitar a relação entre os setores Saúde e Educação, através da abordagem de temas relacionados à Promoção da Saúde do território.

A equipe técnica conhecida como Agentes Promotores de Saúde estava distribuída nas seis SER, onde em cada regional foi realizado uma experiência de EPS. Dentre os critérios de escolha a nível local foram selecionados os Centros Integrados de Educação em Saúde (CIES), fazendo parte a escola e o centro de saúde que estava no mesmo complexo, além disso, escolheram os CIES onde tinham as escolas com mais carências de projetos sociais e apresentavam maior vulnerabilidade social.

O projeto de EPS de Fortaleza tinha como princípios trabalhar com a integralidade, universalidade, intersetorialidade, empoderamento e protagonismo juvenil. No ano de 2008, foi realizando em algumas regionais a I Mostra Local de Escolas Promotoras de Saúde, utilizando assim através da linguagem da arte e a cultural local a apresentação de trabalhos realizados pelos alunos, professores, pais, profissionais de saúde e comunidade. Foi um evento, que mostrou que essa relação: escola, centro de saúde e comunidade podem trabalhar juntas as questões de saúde do território. Como resultado deste trabalho, foi criado o grupo local de Promoção da Saúde com representação dos atores sociais: aluno, pais, professor, representação do grupo gestor escolar, profissional de saúde, coordenador do centro de saúde da família, atores de arte da comunidade, lideranças locais e o técnico regional agente promotor de saúde.

No entanto, esse projeto piloto de EPS teve a duração de 01 ano, pois devido o projeto não ter financiamento e também a gestão local estava passando por processo de transição de governo não foi possível dar continuidade com essa ação.

3.4 – Região Sul

3.4.1 Curitiba – Paraná

A experiência Curitiba diz respeito à promoção de ambientes saudáveis. Na cidade é desenvolvido, desde 2000, o programa gente saudável. O objetivo do programa é promover a saúde individual e coletiva através de com ações direcionadas para a população e para o ambiente onde ela vive. O programa é desenvolvido através de workshop sobre a promoção da saúde na cidade e esses *workshops* contam com a participação de comunidades, escolas, universidades, empresas.

3.4.2 Foz do Iguaçu – Paraná e Corumbá – Mato Grosso

A questão da saúde sexual e reprodutiva foi tema das Rodas de Conversa nos bairros Cristo Redentor, em Corumbá e Porto Meira, em Foz do Iguaçu. Devido à carência de ações acerca desses temas, as organizações não-governamentais (ONG's) a Comunicação em Sexualidades (ECOS) e *Panthfinder* do Brasil, desenvolveram a estratégia de Rodas de Conversa para, inicialmente, identificar as preocupações e necessidades da comunidade acerca da questão da sexualidade e da saúde, para, em seguida, elaborar materiais didáticos.

Há uma experiência, em Ribeirão Preto (SP), que não apareceu na publicação do Ministério da Saúde. Lá vem sendo desenvolvido o Programa de Assistência Primária de Saúde Escolar (PROASE) desde 1985. O programa busca uma reflexão mais profunda e um melhor entendimento do significado da saúde escolar. O programa tem como objetivos: (i) promover a atenção integral á saúde do escolar; (ii) contribuir com o processo de desenvolvimento da criança, (iii) analisar o processo de assistência à saúde do escolar concebida como uma assistência mediada pelo setor saúde incluindo ações desde o pré-escolar ao adolescente (FERRIANI e UBEDA, 1998).

O programa foi implantado em todas as escolas municipais e contempla educandos de 5 até 14 anos. O grupo que presta atendimento à saúde escolar é formado por equipe multiprofissional. E o programa estabeleceu laços intersetoriais, por isso encontramos ações de saúde do escolar na escola – ações de promoção da saúde através de atividades educativas e assistenciais à comunidade escolar - nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) – atendimento às crianças encaminhadas com problemas de saúde e Unidade Básica Distrital de Saúde (UBDS) – implantação de ambulatórios de saúde escolar nas áreas de Pediatria escolar,

psicologia, fonoaudiologia e enfermagem, otorrinolaringologia e oftalmologia. Esses ambulatórios têm como objetivos, em linhas gerais: (i) realizar atendimento clínico individual ou em grupo, (ii) orientar pais e professores, (iii) estabelecer sistema de referencia e contra-referencia, (iv) estabelecer articulação entre profissionais do setor saúde, equipe técnica que atua na escola e profissionais dos ambulatórios de saúde escolar.

Como pudemos observar ao longo desse estudo, uma nova visão de saúde está sendo construída. No Brasil, Política Nacional de Promoção da Saúde na Escola, está sendo cada vez efetivada através das experiências exitosas como EPS, do Projeto Saúde e Prevenção na Escola (SPE) e do Programa Saúde na Escola, fortalecidos através de iniciativas já tomadas pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, SUS e PCNs. Com essa seção do trabalho que denominamos ‘As experiências brasileiras consolidadas’, pretendemos (re)conhecer as ações e projetos de Promoção da Saúde no contexto escolar desenvolvidos em todas as regiões brasileiras. O que pudemos observar é que a maioria das experiências descritas na seção acima foram iniciativas advindas de fora da escola, foram propostas por Universidades, Organizações Sociais. E esse caminho percorrido, de fora para dentro é muitas vezes pontual. Uma consequência direta desse movimento é a não participação efetiva dos professores.

4 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA SAÚDE ESCOLAR: PROJETO SAÚDE E PREVENÇÃO NAS ESCOLAS (SPE) E PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE)

No capítulo de Políticas Públicas para Saúde Escolar irei caracterizar de forma breve duas políticas públicas voltadas para a Saúde do Escolar, denominadas de Projeto SPE e PSE. Destaca-se a pertinência de explorar mais sobre o PSE que é meu objeto de estudo.

O projeto SPE é uma parceria firmada entre Ministério da Saúde, Ministério da educação, Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO). Esse projeto é uma articulação entre setores governamentais e não-governamentais da sociedade na promoção, articulada, de ações de saúde e educação.

Segundo o documento do Ministério da Saúde (2006), os ministérios da saúde e da educação vêm reunindo esforços em conjunto desde 1995 para inserir temas de saúde sexual e saúde reprodutiva na escola. Desta ação conjunta, surge o Projeto Escolas, que apoiou projetos em 16 unidades da federação entre 1994 e 1999. Segundo o documento, nos anos seguintes, o projeto alcançou as 27 Unidades da Federação (UF) por meio do programa Salto para o Futuro.

O SPE foi lançado oficialmente em agosto de 2003, em Curitiba. Dois anos depois o projeto passou por uma reformulação.

O SPE tem como objetivo geral “contribuir para sustentabilidade de uma política de educação e saúde, articulada ao Projeto Político-Pedagógico da Escola” e como objetivos específicos: “(a) Atender as demandas dos jovens e adolescentes nas escolas; (b) Envolver toda a comunidade escolar na promoção de ações em saúde sexual e saúde reprodutiva; (c) Promover educação para a juventude” (BRASIL, 2006, p.17).

As temáticas compreendidas pelo projeto são: (I) direitos sexuais e reprodutivos; (II) Prevenção das DST/Aids; (III) Redução de preconceitos e estigmas relacionados à raça, etnia e orientação sexual; (IV) Promoção da igualdade de gênero e (V) Gravidez na adolescência.

As estratégias adotadas para a execução do projeto são: (a) a formação e a participação juvenil; (b) a educação permanente de profissionais de educação e saúde; (c) a inclusão transversal e contínua dos temas da promoção nos projetos político-pedagógicos das escolas; (d) e o fortalecimento de ações no campo da promoção da saúde na estratégia de Saúde da Família.

As ações previstas para a concretização do projeto são: (a) realização das Oficinas Macro Regionais de Gestão e Planejamento; (b) Realização das Oficinas Macro Regionais de Formação nos eixos temáticos do Projeto (Guia de formação dos profissionais de saúde e educação); (c) Publicação dados Censo Escolar (2005); (d) Realização do Censo Escolar 2006; (e) Mobilização Nacional de Jovens do Ensino Médio para estimular a procura pelo teste do vírus de imunodeficiência humana (HIV) entre os jovens – Parceria com a UNICEF; (f) Divulgação do Documento Referencial do SPE; (g) Criação e implantação do sistema de monitoramento, em parceria com a UNESCO; (h) Disseminação da formação de jovens multiplicadores (educação de pares) em todo o país; (i) Divulgação do Projeto “Estamos Juntos” – Intercâmbio Brasil e Moçambique; (j) Inclusão do Projeto “Afroatitude” nas ações do SPE; (l) II Mostra Nacional Saúde e Prevenção nas Escolas; (m) Seminário do projeto Saúde e Prevenção nas Escolas: diálogos possíveis.

Essas mostras nacionais Saúde e Prevenção (l) e (m) têm o intuito de favorecer a troca de experiências entre profissionais da saúde, da educação e jovens acerca da temática. A I mostra foi realizada em 2006, em evento dentro do VI Congresso Brasileiro de Prevenção das DST's e Aids. A II mostra aconteceu em junho de 2007, em Brasília e a III mostra aconteceu em Florianópolis em 24 e 25 de junho de 2008. Todas essas iniciativas são, a nosso ver, importantes. A participação do corpo docente mostra-se cada vez mais indissociável das ações de educação em saúde na escola. A escola é “um espaço institucional privilegiado para a convivência social e o estabelecimento de relações intersubjetivas favoráveis à promoção da saúde e à construção de resposta social aos desafios colocados para a sociedade” (BRASIL, 2006, p. 15). Educação em saúde na escola tem que contar com a participação e envolvimento do professor.

Tendo em vista o desenvolvimento de atividades voltadas para a saúde em meio escolar, o Presidente da República Luis Inácio Lula da Silva, através do Decreto nº 6.286, de 05 de dezembro de 2007, instituiu o PSE, com a finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública básica de educação, por meio de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde.

Em 04 de setembro de 2008, os Ministérios da Educação e da Saúde, através da Portaria nº 1.861, formalizaram uma parceria, visando à colaboração ativa entre as escolas e equipes da Estratégia Saúde da Família, como forma de estimular a adesão dos governos estaduais e municipais ao PSE, com a responsabilidade orçamentária do Ministério da Saúde.

No campo da saúde, a Política Nacional de Atenção Básica considera a Estratégia Saúde da Família como estratégia prioritária para reorganização da Atenção Básica e define

como áreas prioritárias para atuação: a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, dos adolescentes e jovens, a saúde bucal e a promoção da saúde.

Segundo o Decreto nº 6.286, de 05 de dezembro de 2007 que instituiu o PSE, devemos considerar, dentre outras, a descentralização, a territorialidade, a integração e articulação das redes públicas de ensino e saúde, como importantes diretrizes para sua implantação. As Secretarias de Educação e Saúde, tendo nas escolas e centros de saúde da família, os principais executores, deverão prever no planejamento das ações, o contexto escolar e social, o diagnóstico local em saúde e a capacidade operativa das unidades envolvidas. As ações em saúde previstas, no âmbito do PSE, devem estar baseadas nas ações de Promoção, Prevenção e Assistência à saúde.

4.1 Implantação e Caracterização do Programa Saúde na Escola (PSE)

O PSE, como proposta da política intersetorial entre os Ministérios da Saúde e da Educação, definiu inúmeras ações estratégicas para serem realizadas no período de 2008 a 2011, a partir da adesão dos municípios.

O PSE além de pautar a lógica do cuidado em saúde que fundamenta a ESF, defende a escola como espaço comunitário coletivo, com importante papel dinamizador de informações e conceitos que poderão contribuir para a consolidação de famílias e comunidades mais saudáveis (SILVA, 2010).

O PSE é dividido em quatro componentes: (1) avaliação das condições de saúde; (2) promoção da saúde e prevenção; (3) educação permanente e capacitação dos profissionais de saúde, de educação e de jovens; (4) monitoramento e avaliação da saúde dos estudantes (BRASIL, 2010b). E em relação à promoção e prevenção, similar a PNPS, ele descreve prioridades com aspectos específicos: alimentação, prática de atividade física, uso de tabaco e outras drogas, acrescentando questões relativas à sexualidade e saúde reprodutiva e lançando mão de pesquisas, como a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) para avaliação e monitoramento da saúde dos escolares. No entanto, esse modelo destaca seu componente assistencial calcado na avaliação clínica, psicossocial, nutricional e de saúde bucal dos alunos (SILVA, 2010).

Algumas considerações foram feitas sobre alguns componentes. Primeiro, as ações de prevenção do componente 2 compreendem ações do Programa Saúde e Prevenção nas Escolas, portanto há um movimento de unificação entre os grupos gestores do PSE e SPE para o fortalecimento das ações comuns, sendo uma alteração em construção para os gestores e

profissionais do nível local. A segunda consideração refere-se ao envolvimento de escolares na capacitação, ou seja, é a preparação de jovens protagonistas para que estejam aptos a agir em defesa dos seus direitos de saúde (BRASIL, 2011). A última consideração é sobre o monitoramento do PSE, realizado por meio do Sistema Integrado de Planejamento, Orçamento e Finanças do Ministério de Educação e Cultura (SIMEC) (BRASIL, 2009b, 2009c), que constitui uma ferramenta de gestão do Programa e um mecanismo para verificar o cumprimento de metas, para posterior repasse financeiro, via ESF, que deve ser empenhado intersetorialmente para efetivar as ações da ESF. O registro de dados é realizado online (<http://simec.mec.gov.br>) pelos secretários municipais de saúde e de educação ou um representante do grupo gestor intersetorial municipal da saúde e um da educação (BRASIL, 2011).

Segundo Silva (2010), Tusset (2012) e Gomes (2012) alguns estudos já foram concluídos e outros estudos posteriores poderão contribuir com melhor análise da implementação desse modelo, mas há que se destacar aspectos positivos, como: (a) ***proposta de criação da Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola (CIESE)*** (MINISTÉRIO DA SAÚDE E MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2008b), como pensada no modelo da EPS para reforço de ações intersetoriais. A finalidade dessa Comissão seria estabelecer diretrizes da política de educação e saúde na escola, em conformidade com as Políticas Nacionais de Educação e com os objetivos, princípios e diretrizes do SUS. Havia expectativa de que os municípios que aderissem ao PSE formassem essas comissões, com representação estadual e dos Conselhos Municipais e Estaduais de Educação e de Saúde. Isso poderia contribuir para rever a relação entre as diferentes esferas de governo no que se refere à colaboração intersetorial. (b) ***valorização da atenção primária em saúde***, em particular da Estratégia de Saúde da Família, com a expectativa de ampliar o acesso e redefinir o modelo na lógica territorial. (c) ***previsão de recursos federais específicos para a implantação do programa***. Pela área da saúde, criação do Incentivo PSE, em parcela extra do incentivo mensal às Equipes de Saúde da Família (EqSF) e de Saúde Bucal com base no número de Estratégia a Saúde da Família (ESF) cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). Pela área da educação, recursos repassados aos municípios através de instrumentos e equipamentos médicos, materiais para a formação e qualificação dos profissionais e para subsidiar o trabalho das EqSF e das escolas cadastradas no Sistema Integrado de Monitoramento Execução e Controle do Ministério da Educação (SIMEC). (d) ***desenvolvimento de indicadores*** para criar banco de dados que mensurassem atividades de saúde na escola nos diferentes municípios que aderiram ao PSE, principalmente com a possibilidade de cruzar as informações entre os dois setores. Entretanto, a dicotomia

de distribuição de recursos, de tempo e de natureza diferentes tem gerado algumas desconexões na organização dos Projetos Locais nos municípios que fizeram adesão ao PSE (MINISTÉRIO DA SAÚDE e MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2008a; BRASIL, 2009a).

A Prefeitura Municipal de Fortaleza, através das Secretarias Municipais de Educação e de Saúde, propõe a implantação do PSE, como uma das estratégias de enfrentamento das dificuldades que são apresentadas à cidade de Fortaleza, mais particularmente, no contexto da Saúde e da Educação.

As Secretarias Municipais da Saúde e da Educação comungam com os princípios organizativos, diretrizes e objetivos apresentados, contudo, propõem-se a promover uma reflexão ampliada, interdisciplinar e intersetorial sobre as propostas de ação (componentes), no sentido de estimular a práxis, além de contribuir para o avanço da articulação das dimensões política, cultural e social.

Nesta perspectiva buscarão ampliar a rede de cuidados e co-responsabilidade em relação à saúde, entendendo-a como qualidade de vida e produto social. Desta forma o PSE estará inserido no âmbito da gestão municipal, buscando articular as Políticas Públicas de Saúde e Educação.

O PSE será implantado nas 153 escolas que compõem o Programa Mais Educação em Fortaleza, onde cada escola está vinculada a uma EqSF pertencente a 76 Centros de Saúde da Família (CSF) do município. Portanto, estão previstos que aproximadamente 129 mil alunos serão acompanhados pelo PSE.

O Programa Mais Educação instituído pela Portaria Interministerial nº 17/2007 e pelo Decreto nº 7.083, de 27 de janeiro de 2010, integra as ações do Plano de Desenvolvimento da Educação (PDE), como uma estratégia do Governo Federal para induzir a ampliação da jornada escolar e a organização curricular, na perspectiva da Educação Integral. Trata-se da educação que focaliza o sujeito, buscando o desenvolvimento de todas as potencialidades humanas, com equilíbrio entre os diferentes aspectos – cognitivos, afetivos e sociais (BRASIL, 2009a).

O Programa Mais Educação visa fomentar, por meio de sensibilização, incentivo e apoio, projetos ou ações de articulação de políticas sociais e implementação de ações sócio-educativas oferecidas gratuitamente a crianças, adolescentes e jovens, e que considerem as seguintes orientações:

I. Contemplar a ampliação do tempo e do espaço educativo de suas redes e escolas, pautadas pela noção de formação integral e emancipadora;

- II. Promover a articulação, em âmbito local, entre as diversas políticas públicas que compõem o Programa e outras que atendam às mesmas finalidades;
- III. Integrar as atividades ao projeto político-pedagógico das redes de ensino e escolas participantes;
- IV. Promover, em parceria com os Municípios e Secretarias Federais participantes, a capacitação de gestores locais;
- V. Contribuir para a formação e o protagonismo de crianças, adolescentes e jovens;
- VI. Fomentar a participação das famílias e comunidades nas atividades desenvolvidas, bem como da sociedade civil, de organizações não-governamentais e esfera privada;
- VII. Fomentar a geração de conhecimentos e tecnologias sócias, inclusive por meio de parceria com universidades, centros de estudos e pesquisas, dentre outros;
- VIII. Desenvolver metodologias de planejamento das ações, que permitam a focalização da ação do Poder Público em territórios mais vulneráveis; e,
- IX. Estimular a cooperação entre União, Estado, Distrito Federal e Municípios.

O Programa Mais Educação é operacionalizado pela Secretaria de Educação Básica (SEB), por meio do Programa Dinheiro Direto na Escola (PDDE), do Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE), para as escolas dos territórios prioritários. As atividades fomentadas foram organizadas nos respectivos macrocampos: Acompanhamento Pedagógico; Educação Ambiental; Esporte e Lazer; Direito Humanos em Educação; Cultura e Artes; Cultura Digital; Promoção da Saúde; Comunicação e uso de Mídias; Investigação no Campo das Ciências da Natureza e Educação Econômica.

O PSE é uma estratégia que atua em consonância com o Programa Mais Educação para atender à atenção integral de crianças e adolescentes, integrando os campos da saúde e da educação (BRASIL, 2009a).

Conforme o Decreto Presidencial nº 6.286, as diretrizes e objetivos do PSE evidenciam que, mais do que uma estratégia de integração das políticas setoriais, ele se propõe a ser um novo desenho da política de educação em saúde que:

- 1) Trata a saúde e educação integrais como parte de uma formação ampla para a cidadania e o usufruto pleno dos direitos humanos;
- 2) Permite a progressiva ampliação das ações executadas pelos sistemas de saúde e educação com vistas à atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e jovens e à educação em saúde;
- 3) Promove a articulação de saberes, a participação de alunos, pais, comunidade escolar e sociedade em geral na construção e controle social da política (BRASIL, 2009a).

São as diretrizes para a implementação do PSE:

- I – Descentralização e respeito à autonomia federativa;
- II – Integração e articulação das redes públicas de ensino e de saúde;
- III – Territorialidade;
- IV – Interdisciplinaridade e intersetorialidade;
- V – Integralidade;
- VI – Cuidado ao longo do tempo;
- VII – Controle social; e
- VIII – Monitoramento e avaliação permanentes (BRASIL, 2009a).

São objetivos do PSE:

- 1 – Promover a saúde e a cultura da paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde, bem como fortalecer a relação entre as redes públicas de saúde e de educação;
- 2 – Articular as ações do SUS às ações das redes de educação básica pública, de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis;
- 3 – Contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos;
- 4 – Contribuir para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos;
- 5 – Fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar;
- 6 – Promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes;
- 7 – Fortalecer a participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde, nos três esferas de governo (BRASIL, 2009a).

É fundamental a articulação com os diversos setores da sociedade como: educação, cultura, lazer, esporte, transporte, planejamento urbano, a sociedade civil, setores não-governamentais e setor privado, entre outros, para o desenvolvimento de estratégias que contemplem a dimensão da vida.

O território é o espaço de produção da vida e, portanto, da saúde, sendo este construído e constituído coletivamente. A saúde é uma produção social, portanto, é fundamental a garantia de espaços de trocas de experiências e de construção coletiva de saberes. A partir da participação ativa dos sujeitos em práticas cotidianas é possível vislumbrar uma escola que forma cidadãos críticos e informados, com habilidades para agir em defesa da vida.

A implementação do PSE prevê a articulação de diversas ações em saúde na escola que devem ocorrer de forma concomitante. Essas ações são apresentadas aqui por componentes ou áreas temáticas agrupadas de acordo com a natureza das ações, como avaliação das condições de saúde dos estudantes, ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, formação de profissionais e jovens para atuarem como multiplicadores, monitoramento da saúde dos estudantes e o monitoramento do próprio programa (BRASIL, 2009b).

A seguir serão detalhados os componentes em ações específicas. Lembrando que cada uma das ações deve ser desenvolvida na escola de modo mais articulado possível aproximando e integrando os profissionais entre si, com os educandos e a comunidade.

Para garantir a implementação do PSE é preciso avaliar as condições de saúde de crianças, adolescentes, jovens e adultos que estão na sala de aula. Este momento deve ser oportunamente agendado e acordado com a direção da escola, pois representa um importante momento de aproximação e encontro entre a equipe de saúde e a comunidade escolar.

Sabe-se que a Promoção da Saúde é um assunto de eixo transversal, e o adolescente está sendo cada vez mais incutido nesse campo. Portanto, percebe-se a pertinência da parceria entre a saúde e a educação para a construção do ser enquanto sujeito ativo e participante de suas mudanças (CATALAN *et al.*, 2011).

O PSE, no componente da Avaliação das Condições de Saúde, prevê a realização de três atividades conjuntas: a avaliação clínica e psicossocial; a avaliação nutricional e a avaliação da saúde bucal. Estas são ações estratégicas a serem desenvolvidas pelos profissionais das EqSF, através da utilização da Ficha de Avaliação e Monitoramento da Saúde dos Estudantes (BRASIL, 2009a).

Essas avaliações têm o objetivo de monitorar o crescimento e o desenvolvimento das crianças, adolescentes e jovens, levando em conta também os aspectos relativos à sua saúde mental. A partir dessas avaliações, os dados deverão ser incluídos na Caderneta de Saúde da Criança ou de Adolescente (BRASIL, 2009a).

Durante a realização da avaliação da saúde dos estudantes, deverão ser programadas atividades para a apresentação e preenchimento da Caderneta de Saúde de Adolescente, ressaltando a sua importância para o monitoramento da saúde do estudante.

Outra ação importante é verificar e acompanhar a utilização da Caderneta de Saúde da Criança ou de Adolescente para garantir que todas as vacinas estejam em dia, de acordo com o calendário oficial de vacinação. Vale ressaltar que os estudantes do Ensino Fundamental e Médio devem estar vacinados contra a Hepatite B (BRASIL, 2009a).

Também faz parte a triagem auditiva e oftalmológica dos estudantes. Dificuldades na visão e na audição são grandes obstáculos no processo de aprendizagem, portanto deve ser detectado o mais rápido possível. Se algum estudante apresentar alguma suspeita de alteração na capacidade visual ou auditiva, deve ser encaminhada ao CSF. O objetivo é garantir aos estudantes que necessitem, o mais cedo possível, o acesso ao uso de óculos ou de aparelhos de audição (BRASIL, 2009a).

Ainda relacionado à avaliação clínica, deverá ser feita a identificação de hábitos alimentares inadequados que podem levar ao desenvolvimento de distúrbios alimentares, obesidade, desnutrição, anemias, doenças bucais (como cárie e doença periodontal), e ainda agravar quadros de hipertensão arterial. Há problemas que podem ser diagnosticados já na infância e que, por isso, são mais fáceis de serem tratados (BRASIL, 2009a).

A escola é um equipamento social importante para construção de uma sociedade democrática. Logo, as crianças, adolescentes e jovens devem participar das decisões que ocorrem no cotidiano da escola como, por exemplo, na elaboração de um plano de ação em saúde, que pode ser incluído no PPP.

O PPP ressalta a relevância do protagonismo infanto-juvenil e da inclusão do Projeto do PSE nas escolas. Além disso, está prevista a execução de Seleções para o financiamento de projetos a serem desenvolvidos por ONGs em parceria com escolas, Equipes de Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com foco nos temas propostos sobre promoção e prevenção das doenças (BRASIL, 2009b).

A escola é um espaço potencial de transformações sociais e de constituição de conhecimentos e valores. Toda e qualquer atividade de Promoção da Saúde visa à redução das chamadas vulnerabilidades da ordem individual, social e institucional, como, por exemplo, uso de drogas (sejam lícitas como álcool e tabaco ou ilícitas), redução do sedentarismo, prevenção de DST e intervenção sobre as situações de violências e outras, que comprometem o crescimento e desenvolvimento pleno das crianças, adolescentes e jovens. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009b), algumas ações são estratégicas para a Promoção da Saúde na Escola, como por exemplo:

- Promoção da Alimentação Saudável

As equipes de Atenção Básica e Saúde Bucal da estratégia Saúde da Família, em parceria com os profissionais do NASF, especialmente a área de Nutrição responsável pela alimentação escolar do município realizarão ações coletivas de orientação aos alunos com base nos “10 passos da Alimentação Saudável”. O objetivo é estimular a oferta de alimentos

saudáveis e a escolha de opções adequadas, bem como a discussão de temas relacionados ao perfil nutricional e cultural de cada região.

- Promoção da Atividade Física

Os meios de comunicação constantemente reforçam sobre a prática regular da atividade física, trazendo consigo seu benefício para uma melhor longevidade e conseqüentemente maior qualidade de vida da população. Esses benefícios contemplam os aspectos de bem-estar físico, mental e social das pessoas, sejam elas crianças, jovens ou adultos, correspondendo assim a um importante fator de proteção da saúde (especialmente para doenças crônicas como diabetes e hipertensão arterial e até mesmo câncer).

A atividade física, em sua prática, está relacionada com a saúde. Essa relação compõe-se dos aspectos de melhoria da aptidão física, tais como a do sistema cardiovascular e dos aspectos sociais e psicológicos. Percebe-se, entretanto, é que o viés biológico por si só legitima a prática regular de atividade física. Nesse sentido, a própria atividade física é entendida como aumento de energia do corpo e o fator biológico se torna o principal benefício da mesma, restringindo inclusive a saúde às questões biológicas.

O viés biológico induz à responsabilidade individual, a qual é reforçada pelo entendimento de que as atitudes e comportamentos do indivíduo são o que definem sua condição de saúde. É o que se denomina ‘culpabilização da vítima’ (LINS, 2007).

A relação de causalidade entre atividade física e saúde, de forma direta e única é presente no discurso pela adesão às atividades físicas, com a proposta limitante de saúde, desconsiderando sua dimensão para os contextos que interferem ou a determinam.

As relações que se estabelecem entre a Saúde e a Educação Física, que é considerado pelo PCN como um tema transversal, são quase que imediatas e automáticas ao considerar-se a proximidade dos objetos de conhecimento envolvidos e relevantes em ambas as abordagens. Dessa forma, a preocupação e a responsabilidade na valorização de conhecimentos relativos à construção da auto-estima e da identidade pessoal, ao cuidado do corpo, à nutrição, à valorização dos vínculos afetivos e a negociação de atitudes e todas as implicações relativas à saúde da coletividade, são compartilhadas e constituem um campo de interação na atuação escolar (BRASIL, 2002a).

No entanto, como apontado de forma acertada e inequívoca no documento de Saúde, a mera informação tem se mostrado insuficiente para a alteração ou construção de comportamentos favoráveis à proteção e à promoção da saúde do educando, e cabe à Educação Física escolar a responsabilidade de lidar de forma específica com alguns aspectos

relativos aos conhecimentos procedimentais, conceituais e atitudinais característicos da cultura corporal de movimento (BRASIL, 2002a).

Ao promover uma prática inclusiva e não competitiva na escola, a Educação Física procura revelar para as crianças e adolescentes a importância de uma vida ativa. Sabemos que as atividades físicas, além de prevenir doenças, promovem valores, como lealdade e determinação, o respeito às regras e a importância de trabalhar em equipe, que os acompanharão pelo resto de suas vidas. Jogos e brincadeiras populares também são recomendados.

Para conhecer mais as vantagens da prática da atividade física é preciso diferenciar o que é atividade física de exercício físico. Segundo Newell (1990) a Atividade Física é um movimento intencional voluntário realizado para alcançar um objetivo identificável. Uma atividade física é caracterizada por não requer quantidade substancial de energia, sendo assim irrelevante o fato da atividade física ser realizada em ambiente de esporte e exercício. Portanto, mover simplesmente o corpo ou parte dele não constitui uma atividade física.

A prática de atividades físicas e esportivas é vista como fator primordial para a Promoção da Saúde nos dias atuais.

De acordo com Nahas (2001) o exercício físico é conceituado como uma das formas de atividade física planejada, estruturada, repetitiva, que objetiva o desenvolvimento da aptidão física, de habilidades motoras ou a reabilitação orgânico-funcional.

A identificação na comunidade de iniciativas e espaços que promovam a atividade física é importante para a conformação de uma rede promotora de saúde no território em que a escola se insere, que pode se articular com outras redes como, por exemplo, a de proteção e prevenção de violências. Em alguns casos a quadra da escola é a única no dado território e, portanto, deve atender à comunidade como um todo.

Outros projetos e programas, como Escola Aberta, o Mais Educação, Segundo Tempo e Esporte e Lazer na Cidade devem se articular localmente para convergir as propostas e potencializar as iniciativas existentes.

- Educação para a Saúde Sexual e Reprodutiva

Essa temática Educação para a Saúde Sexual e Reprodutiva contempla um dos temas transversais do PCN denominado Orientação Sexual, trabalhado no ambiente escolar. Ao tratar do tema Orientação Sexual, busca-se considerar a sexualidade como algo inerente à vida e à saúde, que se expressa no ser humano, do nascimento até a morte. Relaciona-se com o direito ao prazer e ao exercício da sexualidade com responsabilidade. Engloba as relações de

gênero, o respeito a si mesmo e ao outro e à diversidade de crenças, valores e expressões culturais existentes numa sociedade democrática e pluralista. Inclui a importância da prevenção das doenças sexualmente transmissíveis/Aids e da gravidez indesejada na adolescência, entre outras questões polêmicas. Pretende contribuir para a superação de tabus e preconceitos ainda arraigados no contexto sociocultural brasileiro (BRASIL, 2002a).

No Brasil, a idade média de iniciação sexual está em torno dos 15 anos, ou seja, em idade escolar, o que justifica a necessidade de realizar ações de prevenção das DST's e HIV/Aids à população de adolescentes e jovens escolares, assim como ações de promoção da saúde, visando o enfrentamento das suas vulnerabilidades (BRASIL, 2006).

De acordo com o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde (Dezembro, 2007), foram identificados 54.965 casos de Aids, sendo 10.337 entre jovens de 13 e 19 anos e 44.628 entre os de 20 e 24 anos. É importante ressaltar que o número de casos entre os jovens de 13 a 19 anos, vem crescendo desde o início da epidemia.

Com o objetivo de reduzir as vulnerabilidades e contribuir para a promoção da saúde de adolescentes e jovens, por meio de ações de reflexão sobre questões relacionadas à saúde integral, sexualidade, gravidez na adolescência, prevenção das DST/Aids, gênero e diversidade sexual foi lançado, em 2003, o Projeto SPE. Tem como principais objetivos:

- Contribuir para a promoção dos direitos sexuais e direitos reprodutivos de adolescentes e jovens;
- Contribuir para o enfrentamento da epidemia de HIV/Aids entre adolescentes e jovens escolares;
- Desenvolver ações articuladas no âmbito das escolas e das unidades básicas de saúde;
- Envolver toda a comunidade escolar na promoção de ações em saúde sexual e saúde reprodutiva;
- Promover a participação de adolescentes e jovens em todas as etapas de desenvolvimento e implementação do projeto.

O SPE possui gestão descentralizada, sendo desenvolvido pela Coordenação Municipal de DST/Aids da Secretaria Municipal de Saúde, com a participação de organizações da sociedade civil, universidades e outros parceiros locais. Agrega diferentes iniciativas regionais e contribui para o fortalecimento da resposta nacional à epidemia de HIV/Aids.

- Prevenção ao uso do álcool, tabaco e outras drogas

Desenvolver ações com vistas à prevenção do uso de drogas, sejam elas lícitas ou ilícitas, também faz parte das atividades desse segundo passo. Segundo o Ministério da Saúde

(BRASIL, 2006a), pesquisas no Brasil indicam que cresce o número de jovens que fumam ou bebem desde muito cedo. Por essa razão, é necessário incorporar essa discussão ao cotidiano da escola. A atualização dos educadores sobre esses temas é importante. Um bom material de apoio é o conteúdo do Curso de Prevenção do Uso de Drogas para Educadores de Escolas Públicas, que instrui professores a abordar adequadamente as situações de uso de drogas e encaminhar alunos e familiares para a chamada Rede de Serviços de Atenção, que existe no âmbito municipal, estadual e federal.

- Promoção da Cultura de Paz e prevenção das violências e acidentes

Uma grande rede de apoio e proteção à educação deve ser estabelecida e formada para ajudar as escolas a promover atividades e ações para construir um ambiente sadio e solidário, sem violência. Uma das metas do Programa Saúde na Escola é atualizar, em seu primeiro ano, cerca de 14 mil professores e profissionais ligados à rede de proteção nos temas de enfrentamento à violência contra crianças e adolescentes.

No entanto, as ações sobre este tema deve estar articuladas nas SERs I (Grande Pirambu), II (Serviluz) e V (Grande Bom Jardim) juntamente com os trabalhos desenvolvidos a partir do Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (PRONASCI). O PRONASCI é focado na prevenção, controle e repressão da criminalidade, com ações sociais e a participação das comunidades.

A capacitação de jovens, professores e profissionais da área de Educação e da Saúde pode e deve ser feita de forma presencial, mas também pode ser feita a distância. Neste sentido, o PSE vai usar diferentes dispositivos para que esta formação chegue a todos os interessados.

Convocar os jovens para participar desse processo de capacitação fortalece o protagonismo juvenil, porque a adesão da garotada garante que o trabalho promova significativas transformações sociais na vida de todos.

Faz-se necessária a criação de cronograma para capacitação de professores da educação básica, gestores e profissionais das equipes de saúde na família que atuarão como agentes do PSE, conforme a orientação do Ministério da Saúde.

Para que esse projeto tenha êxito é preciso monitorar e acompanhar a avaliação da saúde dos estudantes. Esse monitoramento é fundamental, inclusive, para a reorganização das ações e atividades, além de orientar o redirecionamento de investimentos e projetos. Para isso, é necessário realizar periodicamente inquéritos e pesquisas nacionais e regionais sobre fatores de riscos e proteção à saúde dos educandos.

O monitoramento e avaliação do PSE acontece da seguinte forma:

- Preenchimento de códigos específicos para estas atividades no SCNES;
- Registro e avaliação das informações antropométricas preferencialmente no Sistema de Gestão Federal/Estadual da Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN);
- Registro e avaliação das informações de Hipertensão e Diabetes, preferencialmente no Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (SIS/HIPERDIA);
- Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI);
- Alimentação do SIA – Códigos de triagem e consulta oftalmológica, criados especificamente para o Projeto Olhar Brasil;
- Alimentação do SIA – Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado das próteses disponibilizadas aos estudantes do PSE;
- Planilha de distribuição dos insumos previstos no Componente 1 (BRASIL, 2009a).

Para efetivar adesão do PSE, precisamos seguir alguns passos:

- 1º Passo: Criação do Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI) com pelo menos um representante das Secretarias de Educação e Saúde com objetivo de elaborar o Projeto do PSE do município, para garantir a inserção das escolas estaduais e municipais daquele território.
- 2º Passo: Criação do Grupo de Trabalho Regional (GTR) com representante dos Distritos de Saúde e Educação, profissionais da ESF e NASF.
- 3º Passo: Elaboração do Projeto do PSE, em que deverá constar:
 - a) **Diagnóstico situacional** que compreenda questões referentes a determinantes sociais, cenário epidemiológico e modalidades de ensino das escolas que estão no espectro de atuação das ESF que atuarão no PSE;
 - b) **Mapeamento da Rede SUS de Atenção Básica/Saúde da Família e da Rede de Escolas** – Estadual e Municipal criando espaços comuns, os territórios de responsabilidade;
 - c) **Atribuições das ESF e das Escolas em cada um dos territórios de responsabilidade**, quantificando o número de escolas, de alunos de cada escola e as questões prioritárias do perfil desses alunos, bem como definindo responsáveis das áreas da saúde e da educação pelo seguimento do projeto dentro de cada território;
 - d) **Identificação de cada instituição de ensino atendida pelo PSE** com definição do professor responsável pela articulação das ações de prevenção e promoção da saúde na escola;
 - e) **Programação das atividades do PSE** que deverão ser incluídas no projeto político-pedagógico de cada uma das escolas (BRASIL, 2009a).

5 PERCURSO METODOLÓGICO

O método científico é um conjunto de concepções sobre homem, a natureza e o próprio conhecimento, que sustentam um conjunto de regras de ação, de procedimentos, prescritos para se construir conhecimento científico. O método não é único nem permanece exatamente o mesmo, porque reflete as condições históricas concretas do momento histórico em que o conhecimento foi elaborado (ANDERY *et al*, 1999, p.4).

5.1 Tipo de Estudo

Para o desenvolvimento dessa pesquisa foi realizado um estudo exploratório, descritivo com abordagem qualitativa.

Segundo Gil (1999), as pesquisas exploratórias constituem a primeira fase de uma investigação mais ampla. Quando o tema escolhido é bastante genérico, tornando-se necessário seu esclarecimento e delimitação.

A investigação descritiva delinea a realidade, descrevendo, analisando e interpretando a natureza atual ou processo fenômeno (CABRAL e TYRRELL, 1998).

A orientação da pesquisa foi no sentido da produção de conhecimento científico, na modalidade exploratória, pois Gil, Licht e Santos (2006) afirmam que esse tipo de enfoque aumenta o conhecimento acerca do fenômeno que deseja investigar, formular um problema para investigação mais elaborada ou construir hipóteses. Nos estudos exploratórios o investigador observa as pessoas e as interações entre elas, participando de atividades, entrevistando pessoas-chaves, conduzindo histórias de vida ou estudos de casos e analisando documentos já existentes.

Para Trivinos (1987, p.110) no estudo descritivo o foco essencial reside:

“no desejo de conhecer a comunidade, seus traços característicos, suas gentes, seus problemas, suas escolas, seus professores, sua educação, sua preparação para o trabalho, seus valores, os problemas do analfabetismo, a desnutrição, as reformas curriculares, os métodos de ensino, o mercado ocupacional, os problemas do adolescente etc.”

Segundo Minayo (2008) o campo da saúde constitui uma realidade complexa que demanda conhecimentos distintos integrados e que coloca de forma imediata o problema da intervenção. Sua abrangência multidisciplinar requer uma abordagem dialética que compreende para transformar e cuja teoria, desafiada pela prática, a repense permanentemente.

A metodologia de pesquisa qualitativa é entendida como aquela capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas, tomadas tanto no seu advento, quanto na sua transformação, como construções humanas significativas. Portanto, a pesquisa qualitativa busca compreender a lógica interna de grupos, instituições e atores quanto a: (a) valores culturais e representações sobre sua história e temas específicos; (b) relações entre indivíduos, instituições e movimentos sociais; (c) processos históricos, sociais e de implementação de políticas públicas e sociais (MINAYO, 2008).

A Pesquisa Qualitativa envolve uma abordagem interpretativa, tendo por objeto as percepções, concepções, valores e significados. Ao elaborar uma pesquisa de caráter interdisciplinar e intersetorial, envolvendo o campo da saúde e a educação, podemos obter resultados condizentes com a complexidade do fenômeno estudado.

5.2 Local e Período do Estudo

Segundo os dados do Instituto Brasileiro Geográfico e Estatístico (IBGE) e o Censo (2010) publicado no Diário Oficial da União, o município de Fortaleza possui uma população de 2.452.185 habitantes em uma área territorial de 314,927 Km² com densidade demográfica de 7.786,52 hab/Km². No ano de 1997, foi criado no município de Fortaleza as Secretarias Executivas Regionais (SERs), distribuindo assim os 114 bairros da cidade geograficamente em seis regionais administrativas, com a finalidade de descentralizar a gestão e organizar as redes assistenciais, executando assim as Políticas Públicas que visam o melhor atendimento das necessidades e demandas das comunidades, proporcionando à melhoria da qualidade de vida da população (SMSF, 2011). Portanto, vale ressaltar que cada regional tem sua peculiaridade e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH).

O estudo desta pesquisa aconteceu no município de Fortaleza, especificamente nas seis SERs, especificamente no Distrito de Saúde e Distrito de Educação. Cada SER tem um gestor regional denominado pelo cargo de Secretário Regional onde é um representante do gestor municipal de Fortaleza, dando-lhes total poder de governabilidade e deliberações de gerenciamento das ações de Promoção de Saúde e Qualidade de Vida nos territórios. As regionais são distribuídas, formadas e gerenciadas por vários setores, como: Distrito de Saúde, Distrito de Vigilância Sanitária, Distrito de Educação, Distrito do Meio Ambiente, Distrito de Infra-estrutura, Distrito de Assistência Social, Ouvidoria, Conselho Regional de Saúde, Célula de Esporte e Lazer e Orçamento Participativo, onde cada setor deste tem gestor distrital para gerenciar as ações.

Cada regional tem sua autonomia de funcionamento, onde cada setor tem metas a cumprir e os planejamentos são baseados ao relatório de gestão de cada setor.

Conforme as informações obtidas no *site* da prefeitura de Fortaleza as regionais encontram-se divididas em:

Quadro 03 – Distribuição da Rede de Saúde de Fortaleza, das Secretarias Executivas Regionais, Nov. 2012.

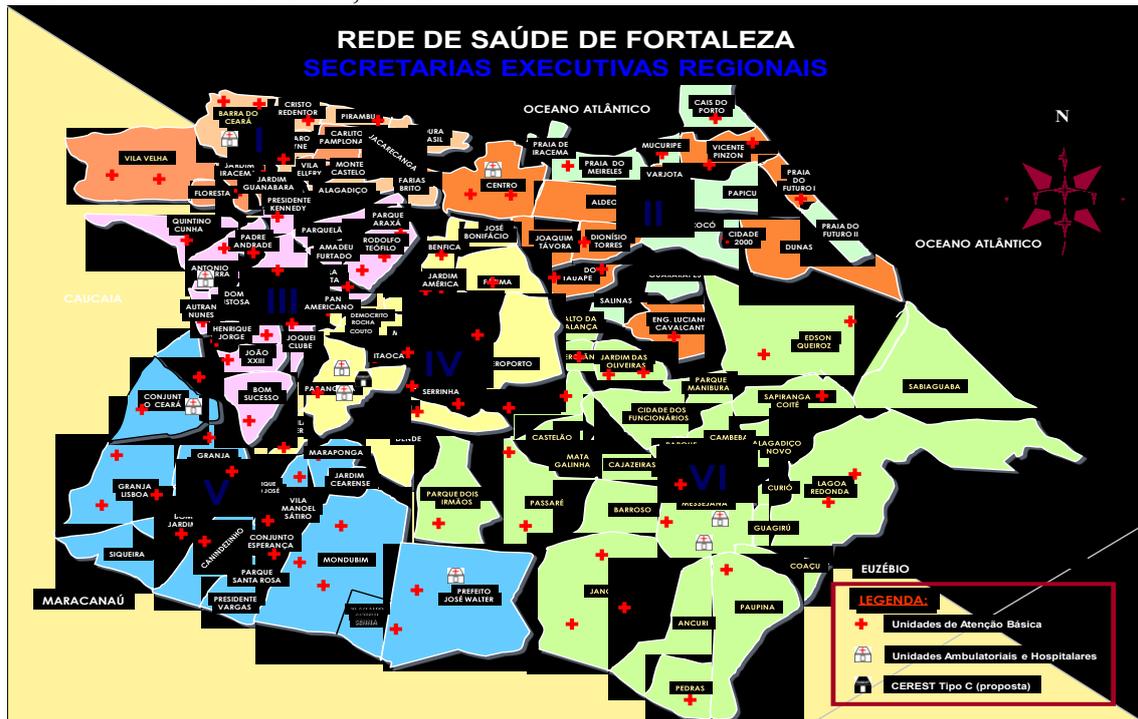
SECRETARIAS EXECUTIVAS REGIONAIS	
SER I	
População: 360 mil habitantes.	
Bairros: abrange 15 bairros (Vila Velha, Jardim Guanabara, Jardim Iracema, Barra do Ceará, Floresta, Álvaro Weyne, Cristo Redentor, Ellery, São Gerardo, Monte Castelo, Carlito Pamplona, Pirambu, Farias Brito, Jacarecanga e Moura Brasil).	
TOTAL	APRESENTAM PSE
CSF: 12	CSF: 9
Escolas: 68	Escolas: 21
SER II	
População: 325.058 pessoas.	
Bairros: abrange 21 bairros (Aldeota, Cais do Porto, Vicente Pinzon, Mucuripe, Varjota, Meireles, Praia de Iracema, Papicu, De Lourdes, Praia do Futuro I, Praia do Futuro II, Manuel Dias Branco, Cidade 2000, Cocó, Dionísio Torres, Joaquim Távora, São João do Tauape, Salinas, Guararapes e Engenheiro Luciano Cavalcante).	
TOTAL	APRESENTAM PSE
CSF: 12	CSF: 8
Escolas: 50	Escolas: 13
SER III	
População: 378.000 habitantes.	
Bairros: abrange 16 bairros (Amadeu Furtado, Antônio Bezerra, Autran Nunes, Bonsucesso, Bela Vista, Dom Lustosa, Henrique Jorge, João XXIII, Jóquei Clube, Padre Andrade, Parque Araxá, Pici, Parquelândia, Presidente Kennedy, Rodolfo Teófilo e Quintino Cunha).	
TOTAL	APRESENTAM PSE
CSF: 16	CSF: 9
Escolas: 58	Escolas: 13

SER IV	
População: 320 mil habitantes.	
Bairros: abrange 19 bairros (Benfíca, José Bonifácio, Fátima, Jardim América, Damas, Bom Futuro, Parreão, Montese, Vila União, Aeroporto, Panamericano, Couto Fernandes, Demócrito Rocha, Itaoca, Parangaba, Serrinha, Itaperi, Dendê e Vila Peri).	
TOTAL	APRESENTAM PSE
CSF: 12	CSF: 10
Escolas: 39	Escolas: 17
SER V	
População: 570 mil habitantes.	
Bairros: abrange 16 bairros (Genibaú, Conjunto Ceará I, Conjunto Ceará II, Granja Portugal, Granja Lisboa, Bom Jardim, Siqueira, São José, Canindezinho, Manoel Sátiro, Conjunto Esperança, Santa Rosa, Presidente Vargas, Maraponga, Jardim Cearense, Mondubim, Planalto Ayrton Senna e Prefeito José Walter).	
TOTAL	APRESENTAM PSE
CSF: 20	CSF: 20
Escolas: 121	Escolas: 48
SER VI	
População: 600 mil habitantes.	
Bairros: abrange 29 bairros (Alto da Balança, Aerolândia, Jardim das Oliveiras, Dias Macedo, Boa Vista, Cajazeiras, Cidade dos Funcionários, Parque Manibura, Cambeba, Parque Iracema, Sapiranga/Coitê, José de Alencar, Sabiaguaba, Lagoa Redonda, Curió, Guajerú, Messejana, Barroso, Passaré, Parque Dois Irmãos, Conjunto Palmeiras, Jangurussu, Ancuri, Pedras, Paupina, São Bento e Coaçu).	
TOTAL	APRESENTAM PSE
CSF: 20	CSF: 20
Escolas: 113	Escolas: 41

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, 2010.

A figura 01 mostra em forma geográfica como ficou esta divisão das SERs na dimensão cartográfica do município de Fortaleza – Ceará.

Figura 01 – Distribuição das Secretarias Executivas Regionais no mapa geográfico de Fortaleza – Ceará. Nov., 2012.



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, 2012.

O período do estudo que aconteceu a coleta das informações foi nos meses de abril e maio de 2012.

5.3 Seleção dos Sujeitos do Estudo

Os sujeitos que participaram deste estudo foram os técnicos municipais das secretarias de Saúde e de Educação e os técnicos regionais dos distritos de Saúde e de Educação responsável pelo PSE, nos quais foram dois técnicos municipais (01 técnico da saúde e 01 técnico da educação) e 12 técnicos regionais (seis técnicos da saúde e seis técnicos da educação), sendo assim totalizando 14 participantes.

Os sujeitos selecionados são caracterizados da seguinte forma:

- Técnicos Regionais do Distrito de Saúde: são profissionais graduados na área da saúde e/ou áreas afins, que são responsáveis pelo PSE a nível regional.
- Técnicos Regionais do Distrito de Educação: são pedagogos e/ou áreas afins que são responsáveis pelo PSE a nível regional.
- Técnicos Municipais da Secretaria de Saúde: são profissionais graduados na área da saúde e/ou áreas afins, que são responsáveis pelo PSE a nível municipal.

- Técnicos Municipais da Secretaria de Educação: são pedagogos e/ou áreas afins que são responsáveis pelo PSE a nível municipal.

A amostra foi fechada, com 13 participantes, pois houve a supressão dos dados de um participante que é gestora responsável pelo Programa Saúde na Escola da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), não havendo assim devolutiva da carta convite para realização da entrevista.

Através da técnica de saturação teórica, que pode ser definida como a suspensão da entrada de novos informantes-chaves quando os dados começam a apresentar redundância ou repetição, deixando de ser dados relevantes para pesquisa (FONTANELLA, RICAS e TURATO, 2008).

No momento em que a pesquisadora percebia a saturação dos dados, conseqüentemente já passava para a próxima pergunta norteadora da entrevista.

5.4 Fases da Coleta de Informações

Sabendo-se que o processo de coleta de informações é de suma importância para o desenvolvimento da pesquisa e requer métodos apropriados para a obtenção de resultados válidos, o estudo foi desenvolvido em duas etapas.

Na primeira etapa, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas (APÊNDICE A) com os técnicos municipais (01 técnico de saúde e 01 técnico da educação), a partir das seguintes questões norteadoras que abordavam sobre as seguintes temáticas: o processo de implantação do PSE; as contribuições realizadas nos setores da Educação e de Saúde na implantação do PSE; as potencialidades, dificuldades e/ou desafios associados ao PSE.

A entrevista semi-estruturada é composta por perguntas fechada e/ou abertas, no qual o informante-chave é convidado para explicar livremente sobre a temática, buscando dar mais profundidade as reflexões (MINAYO, 2008).

As entrevistas ocorreram em hora e local previamente agendado e escolhido em função da facilidade de acesso dos participantes da pesquisa.

Na segunda fase do estudo foram realizados dois grupos focais ou entrevistas grupais com 06 técnicos do Distrito de Saúde de cada regional e 06 técnicos do Distrito de Educação responsáveis pelo PSE, a partir de um Guia de Temas Geradores (APÊNDICE B).

O grupo focal se constitui num tipo de entrevista ou conversa em grupos pequenos e homogêneos. Para ter êxito, o grupo focal precisa ser planejado, pois visa a obter informações, interação entre os participantes, seja para gerar consenso, seja para explicitar divergências. A técnica deve ser aplicada mediante um roteiro que vai do geral ao específico,

em ambiente não diretivo, sob a coordenação de um moderador capaz de conseguir a participação e o ponto de vista de todos e de cada um, e de um relator para registrar os depoimentos e as comunicações não verbais dos participantes da pesquisa. Geralmente o tempo de duração de um grupo focal não deve ultrapassar uma hora e meia (MINAYO, 2008).

Antes de cada entrevista e dos grupos focais, os participantes da pesquisa foram abordados de forma individual e coletiva, dependendo da técnica da pesquisa, sendo solicitada a leitura e concordância em participar deste estudo, bem como a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE C).

5.5 Análise e Interpretação das Informações

Para a análise do material, optou pela técnica de Análise de Conteúdo de Bardin (2008). Segundo Rodrigues e Leopardi (1999), a análise de conteúdo emerge de uma situação contextual, ou de algum texto ou mensagem, e convergem para buscar o “conhecimento daquilo que está por trás das palavras sobre as quais se debruça” (p.19). Referem-se à sistemática e organização do material descrito, para a categorização das unidades de codificação do conteúdo manifesto. Portanto, a análise de conteúdo surgiu em função de buscar o conhecimento, a explicação ou conceituação de conteúdos inaparentes.

As informações foram estruturadas de forma organizada, sem que se perdesse a noção do todo, porém também estavam sujeitos a uma análise mais completa, baseada na subjetividade de cada sujeito, em que procuramos perceber o significado do discurso, realizando-se, assim, um trabalho mais completo e fidedigno. A escolha do método de análise temática, foi em função da noção de tema que comporta um conjunto de relações, podendo ser graficamente representada por uma palavra, expressão ou resumo, possuindo dois processos distintos: o da elaboração de categorias e o de quantificação do discurso. Bardin (2008) apresenta três etapas básicas referentes à análise temática, conforme vem na seqüência.

A pré-análise é a etapa de organização propriamente dita, correspondendo a um período de intuições, porém tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar as idéias iniciais. Para a sua realização, têm-se três subetapas: a escolha dos documentos, a formulação de hipótese e dos objetivos e elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final.

A exploração do material que trata-se da administração sistemática das decisões tomadas, consistindo em sua essência em operações de codificação, desconto ou enumeração, em virtude de regras previamente formuladas.

Tratamento dos resultados, inferência e interpretação é o estabelecimento de relações entre a realidade que é vivenciada com a da reflexão e mesmo intuição, aprofundando as conexões de idéias, chegando, se possível, a propostas básicas de transformações nos limites das estruturas específicas e gerais.

Segundo Bardin (2008), a análise de conteúdo, como esforço de interpretação, oscila entre dois pólos de rigor da objetividade e da fecundidade da subjetividade. Isto posto, o estudo efetuará a análise dos dados, procurando captar os significados relacionados ao objeto de trabalho, buscando indicadores de práticas sociais relacionadas à área da educação, da saúde e da intersetorialidade e suas estratégias de ação; compreender o sentido das comunicações, mas, também, desviar o olhar para outras significações que podem levar o pesquisador a desvelar os acontecimentos na área investigada.

5.6 Construção e processamento das informações

5.6.1 Fase exploratória e trabalho de campo

Na fase de exploração de campo (MINAYO, 2010), a partir de discussão em estudo tutorial realizamos o pré-teste com duas pessoas que trabalham com PSE em nível local, sendo assim, aplicou-se o instrumento a uma pessoa da área da saúde e outra da educação.

O pré-teste foi realizado a partir do prévio consentimento dos profissionais da saúde e da educação, para os quais o objetivo do estudo foi explicitado. A partir da realidade da entrevista, foi possível avaliar a linguagem do instrumento, examinando se esse estava contemplando o objeto de investigação. Esse momento possibilitou-nos perceber alguns pontos da fala dos entrevistados que precisariam ter sido aprofundadas na ocasião da entrevista, a partir dessa experiência foram introduzidas outras perguntas no instrumento, o que permitiu um olhar mais atento nas entrevistas subseqüentes com os participantes do estudo.

Após a submissão do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza com parecer nº 403/2011, e a partir do consentimento deste Comitê e da Secretaria Municipal de Saúde – Sistema Municipal Saúde Escola e da Secretaria Municipal de Educação, percorri as seis Secretarias Executivas Regionais de Fortaleza com o intuito de obter autorização do Chefe de Distrito de Saúde e do Chefe de Distrito da Educação, para entrar em campo, bem como conseguir o contato telefônico dos técnicos municipais responsável pelo PSE da Secretaria de Saúde e da Secretaria de Educação para agendar a entrevista, como também precisei do contato dos técnicos regionais responsável pelo PSE do Distrito de Saúde e do Distrito de Educação que iriam participar do grupo focal.

Para mobilização dos participantes da pesquisa foi enviado primeiramente para cada regional dois convites institucional direcionados para os técnicos responsáveis pelo PSE, um para o distrito de saúde e o outro para o distrito de educação. Foi enviado também convites tanto para os técnicos municipais responsáveis pelo PSE da Secretaria de Saúde e da Secretaria de Educação. O convite institucional foi confeccionado, enviado pela coordenação de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), contendo os objetivos do estudo, bem como as instruções para o desenvolvimento desta atividade e horário, o qual ocorreu na sala de aula da UNIFOR. Após a confirmação via telefone dos participantes foi preparado e organizado um espaço neutro, no caso uma sala da UNIFOR com equipamentos eletrônicos (gravadores e *notebook*), para melhor registro de falas e depoimentos dos participantes na entrevista e no grupo focal. Participaram deste momento duas pessoas (01 facilitador – convidado externo e 01 observador - pesquisadora). Preparou-se também todo o ambiente deixando-o mais aconchegante e acolhedor, com lanche e lembrancinhas simbólicas para os participantes desta pesquisa.

O instrumento utilizado para a coleta das informações dos técnicos regionais do distrito de saúde foi o grupo focal, mas devido no dia da coleta de dados terem comparecido apenas três participantes do setor saúde, então tivemos que substituir a técnica de pesquisa por entrevista.

As entrevistas foram realizadas em abril de 2012 e tiveram tempo médio de duração de quarenta e cinco minutos. Foram realizadas no total sete entrevistas, sendo seis com os técnicos regionais do distrito de saúde e uma entrevista com o técnico municipal da secretaria de educação.

O grupo focal foi realizado em maio de 2012 na UNIFOR, com técnicos regionais do distrito de educação, tendo como tempo em média de duração uma hora e trinta minutos. Participaram do grupo focal da educação sete pessoas, havendo representação de uma ou duas técnica(s) por regional.

No primeiro momento da entrevista e do grupo focal, intencionávamos a construção de um ambiente favorável ao diálogo, e a obtenção de algumas informações dos participantes acerca de sua trajetória profissional, formação e dados gerais de identificação. Em seguida, introduzimos o roteiro semi-estruturado de entrevistas (APÊNDICE A) e o guia de temas geradores (APÊNDICE B) versando sobre as experiências destes profissionais enquanto, profissionais da área da Saúde e da Educação. À medida que a entrevista e o grupo focal foram se desenrolando, avaliamos a necessidade de intervenção objetivando o

aprofundamento de alguma questão, ou mesmo introduzindo algum ponto que julgamos imprescindível ao estudo.

No âmbito desta pesquisa, as categorias foram definidas após a coleta de dados, uma vez que emergiram após as falas dos participantes.

Os discursos foram analisados, também, com o intuito de investigar o que foi subjacente as falas dos entrevistados (registros). Por ser um estudo qualitativo, portanto, suas características não prejudicam sua credibilidade científica.

5.6.2 Processamento e categorização das informações

As entrevistas e o grupo focal foram transcritas na íntegra e a partir de leituras sucessivas, as informações foram classificadas em temas, dimensões e categorias empíricas a partir dos quais procedi às interpretações fundamentadas na perspectiva teórica antes discutida. O anonimato dos participantes foi garantido através da utilização de números ou nomes fictícios.

Em um primeiro momento o conjunto de informações construído na imersão do campo foi organizado. As transcrições realizadas permitiram já uma primeira aproximação com o contexto dos discursos. Em seguida, imprimimos as entrevistas e organizamos o material advindo das observações do diário de campo. Com o material empírico organizado, realizamos leituras repetidas e exaustivas a fim de impregnar-mos com as informações que delinearam os resultados. Nesse processo, as categorias empíricas foram emergindo das falas dos sujeitos, sendo previamente desdobradas em subdimensões que conformariam posteriormente as temáticas principais do estudo.

Realizamos leituras aprofundadas em cada uma das entrevistas e do grupo focal a fim de identificar as recorrências e singularidades presentes nas falas. Durante esta leitura, os trechos ilustrativos das categorias foram sendo recortados e agrupados em temas, dimensões e subdimensões, os quais posteriormente foram revisados e classificados por temáticas mais relevantes que configuram a rede interpretativa do presente estudo.

No terceiro momento, embora seja válido ressaltar que as fases relatadas aqui não são consideradas etapas estanques, consistiram-se na análise das informações e escrita dos resultados e discussões, a fim de desvelar os sentidos em torno do fenômeno recortado no estudo. Durante a construção desta parte do texto, buscamos conectar as informações obtidas no campo a perspectivas teóricas previamente discutidas no Estado da Arte, bem como as discussões na literatura que pudessem contribuir no exercício interpretativo ambicionado por mim, anteriormente discutido deste capítulo.

A categorização do material empírico conduziu a quatro eixos centrais constitutivos da rede interpretativa do estudo, a saber: 1) Implantação do Programa Saúde na Escola; 2) Relevância do Programa para o Município; 3) Envolvimento para se trabalhar em conjunto os setores de Saúde e Educação no programa; 4) Relação das esferas institucionais (Educação x Saúde). Os quatro grandes temas desdobraram-se em dimensões que podem ser observadas no Quadro abaixo.

Quadro 04 – Rede Interpretativa do Estudo.

REDE INTERPRETATIVA				
Temas	Implantação do Programa Saúde na Escola.	Relevância do Programa para o Município.	Envolvimento para se trabalhar em conjunto os setores de Saúde e Educação no programa.	Relação das esferas institucionais (Educação x Saúde).
Dimensões	Processo de Articulação	Intersetorialidade	Periodicidade de trabalhar de forma Intersetorial	Facilidade de Trabalhar com Programa
		Prevenção de Doenças e Agravos		Obstáculos encontrado no Programa
	Processo de Desarticulação	Saúde da Criança e do Adolescente	Contribuições dos setores Saúde Educação	Desafios a superar no Programa
		Atividades de Educação em Saúde		

Fonte: Fonte Primária

A construção deste quadro foi originado a partir das áreas temáticas surgidas nos depoimentos dos participantes, sendo um momento de grande aprendizado de conteúdos a partir da relevância dos resultados do processo de implantação do PSE no município de Fortaleza-Ceará.

5.7 Aspectos Éticos da Pesquisa

A pesquisa obedeceu à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde - CNS sendo a coleta de dados realizada após parecer favorável do Comitê de Ética da Universidade de Fortaleza – COÉTICA (Nº 403/2011), bem como a avaliação da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza e a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE B) pelos participantes do estudo.

De acordo com essa resolução, a pesquisa envolvendo seres humanos deve atender às exigências éticas e científicas fundamentais, tais como: consentimento livre e esclarecido dos indivíduos alvos; garantia do sigilo que assegure a privacidade e o anonimato dos sujeitos quanto à coleta de dados; respeito total à dignidade do ser humano sem mutilações ou violação do corpo; garantia de que não haverá riscos nem benefícios diretos; respeito aos valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como os hábitos e costumes quando as pesquisas envolverem comunidades devem sempre prevalecer às probabilidades dos benefícios esperados sobre os riscos previsíveis; entre outros (BRASIL, 1996).

A autonomia dos participantes foi contemplada através do esclarecimento da participação voluntária na pesquisa e do direito à desistência a qualquer momento, bem como à abstenção de alguma resposta, quando assim conviesse ao profissional entrevistado. A privacidade, a individualidade, bem como as crenças e valores dos entrevistados foram respeitados. O termo de livre consentimento foi utilizado autorizando a participação voluntária, após explicação em linguagem acessível sobre os objetivos da pesquisa.

Consideramos os princípios da beneficência e não-maleficência, a obrigação de não causar nenhum dano e maximizar possíveis benefícios foi um compromisso assumido por mim, pesquisadora principal, e pela orientadora de presente estudo. Desse modo, a garantia do anonimato dos participantes na ocasião da publicização dos resultados será assegurada. Tendo em vista a assunção deste compromisso, optamos, na parte do texto que discorre sobre os resultados do estudo, por utilizar sempre os artigos ‘a’ ou ‘as’ quando me referia aos profissionais (da Educação e da Saúde) entrevistados, uma vez que havia entre os sujeitos do estudo um grupo misto, mas predominância do gênero feminino, situação que permitiria aos leitores a identificação imediata deste no contexto do estudo.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 Implantação do Programa Saúde na Escola

Neste primeiro tema discutimos elementos presentes nos discursos dos gestores e técnicos municipais e regionais dos setores da Saúde e Educação que permitem contextualizar a implantação do PSE de Fortaleza. O tema foi dividido em dimensões que agrupam aspectos significativos emergidos do material empírico, a saber: **o Processo de Articulação e o Processo de Desarticulação.**

6.1.1 O Processo de Articulação

O PSE visa à integração e articulação permanente da educação e da saúde, proporcionando melhoria da qualidade de vida da população brasileira.

As secretarias municipais de saúde e educação promoveram os seminários regionais para o processo de implantação do PSE. Foi unânime que o processo de articulação realizado pelas secretarias executivas regionais entre os setores Saúde e Educação, onde apresentou-se os critérios de implantação e atuação do PSE, juntamente com as unidades de saúde e escolas que seriam contemplados com esse programa. Os depoimentos abaixo retratam o processo de articulação:

O seminário foi o primeiro contato onde foi feita toda a apresentação do que era saúde e o que era educação para que os profissionais tanto da saúde como os da educação conseguissem compreender qual era o dinamismo de cada área (Entrevistado da Educação 04).

[...] foram convidados para esse seminário profissionais de saúde e da educação, as coordenações das unidades de saúde e diretores das escolas. Foi o momento que apresentaram o programa, os instrumentos que seriam trabalhados com o PSE e depois disso eles iam fazer um cronograma de ações a ser trabalhados no ano letivo (Entrevistado da Saúde 05).

[...] para mim também era tudo novo, eu não tinha nenhum conhecimento a respeito do programa. Com esse seminário colocaram essa questão da reimplantação do PSE e com isso, na minha regional eu fiquei como técnica responsável para acompanhar esse processo (Entrevistado da Educação 02).

[...] a partir deste dia ficou formalizado que as equipes de saúde da família iriam se juntar com as escolas e começar a implementação do programa (Entrevistado da Saúde 06).

Esse processo de conhecimento do programa e a contribuição de cada área, no caso Saúde e Educação, é de fundamental importância para o início de todo programa para se

estabelecer a construção de vínculo e parcerias, compreendendo assim as potencialidades e limitações de cada profissional no fazer intersetorial.

Segundo Junqueira (1997), a intersetorialidade pressupõe articulação de saberes, troca de experiências e informações no desenvolvimento de ações sinérgicas entre os diferentes atores envolvidos, em um mesmo processo coletivo de alcance de soluções de problemas complexos.

Ao considerar a promoção da saúde a partir de uma visão integral e ampliada, relacionando saúde à qualidade de vida e aos seus determinantes políticos, econômicos e sociais, torna-se importante a articulação de mais de um setor para o enfrentamento dos problemas sociais que incidem sobre a população, a partir da ação interdisciplinar e intersetorial. É necessário que os diversos atores trabalhem de forma integrada e planejada para realizar intervenções e diagnósticos adequados, dentro do contexto histórico e social da comunidade em que estejam atuando (HARADA *et al.*, 2012).

Sendo assim, a intersetorialidade surge como uma ferramenta fundamental para a realização da Promoção da Saúde a partir da ação compartilhada, visando à construção coletiva de uma nova forma de compreender e agir em saúde (PAPOULA, 2006).

Através de vivências e observações empíricas algumas informações contribuíram para a discussão dos resultados desse estudo, dentre as quais enfatizamos que na maioria das regionais a construção do plano de ação aconteceu de forma intersetorial, a partir da realidade tanto da escola quanto da unidade de saúde. Com a realização do seminário nas regionais foram definidos alguns calendários de visitas para conhecer os dois cenários: Saúde, no caso a unidade de saúde onde conheceria o fluxo e programa de atendimento, a rotina do serviço de saúde, o quadro de funcionários e os serviços ofertados para a comunidade. No cenário da Educação, no caso a escola conheceria a rotina da escola, os projetos existentes na escola, o Projeto Político Pedagógico e o quadro de funcionários. Percebe-se que para algumas regionais esse processo de territorialização e conhecimento do cenário foi de fundamental importância para o bom êxito do programa.

Após esse processo de conhecimento de cada setor, foi oportunizado outro momento para conhecimento do Componente I – Avaliação Clínica e Psicossocial, onde foi apresentado e ensinado a forma de preenchimento das fichas de avaliação (avaliação antropométrica; atualização do calendário vacinal; detecção precoce de hipertensão arterial sistêmica – HAS; detecção precoce de agravos de saúde negligenciados: prevalentes na região hanseníase, tuberculose, malária, entre outros; bem como a presença de asma brônquica ou outras doenças crônicas; avaliação oftalmológica; avaliação auditiva; avaliação nutricional; avaliação da

saúde bucal; e, avaliação psicossocial), tendo assim a colaboração da equipe de saúde da família e profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família para realização deste diagnóstico dos alunos junto a escola.

Salientamos que em determinadas regionais o processo de implantação foi um pouco conturbado, desde o processo de articulação das escolas até a aplicação das fichas de avaliação. Muitas vezes, esse tipo de situação acontece devido ao fato de ser um programa novo no qual estamos constantemente experimentado e aperfeiçoando tecnologias do promover saúde, que na maioria das vezes causa estranhamento e dúvida na forma de fazer e o pouco conhecimento na execução e articulação do programa pode ocasionar esse entraves.

A implementação do PSE prevê a articulação de diversas ações em saúde na escola que devem ocorrer de forma concomitante. Essas ações são apresentadas por componentes ou áreas temáticas agrupadas de acordo com a natureza das ações, como avaliação das condições de saúde dos estudantes, ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, formação de profissionais e jovens para atuarem como multiplicadores, monitoramento da saúde dos estudantes e o monitoramento do próprio programa (BRASIL, 2009a).

A Portaria Interministerial nº 3.696/MEC/MS, de 25 de novembro de 2010, estabelece critérios para adesão ao PSE e com isso divulga a lista de Municípios aptos para Manifestação de Interesse; e, com isso a necessidade de pactuações das metas das ações de prevenção, promoção e atenção à saúde a serem implantadas/implementadas pelos Municípios, de modo a possibilitar as ações de saúde nas escolas (BRASIL, 2011).

No entanto, somente no ano de 2008 foi solicitado o convênio através da construção do Plano Municipal, em parceria com setores Saúde e Educação, para formalizar as metas das ações de prevenção, promoção e atenção à saúde dos escolares, nos seus territórios de responsabilidades, para fins de transferência dos recursos financeiros e materiais do PSE. Os depoimentos abaixo retratam o processo de implantação:

O ministério deixou a vontade os municípios que quisessem aderir teriam que fazer um plano e solicitar o convênio. Esse convênio foi feito em 2008 e colocado em prática no ano de 2009 (Entrevistado da Educação 01).

[...] dos 16 municípios cearenses que foram contemplados com o PSE, juntamente 03 municípios tiveram o Programa Mais Educação, no caso entrou Fortaleza, Caucaia e Maracanaú. (Entrevistado da Educação 07).

O Programa Mais Educação, no âmbito do Ministério da Educação, se constitui em um dos instrumentos do Plano de Desenvolvimento da Escola (PDE), propõe a ampliação da jornada e a promoção de um conceito de Educação Integral e Integrada. Trata-se da educação

que focaliza o sujeito, buscando o desenvolvimento de todas as potencialidades humanas, com equilíbrio entre os diferentes aspectos – cognitivos, afetivos e sociais. O PSE é uma estratégia que atua em consonância com o Programa Mais Educação para atender à atenção integral de crianças e adolescentes, integrando os campos da saúde e da educação (BRASIL, 2009a). Os depoimentos abaixo retratam o processo de implantação:

A implantação do PSE está associada à existência do programa Mais Educação, inclusive um dos critérios que eles utilizaram pra escolher as escolas foi estar em dia com todas as atribuições do programa, tanto o financeiro como o administrativo (Entrevistado da Educação 04).

No caso da saúde, as equipes de saúde da família que foram escolhidas para trabalhar com PSE seria de acordo com o território que estava localizado a escola (Entrevistado da Saúde 06).

[...] para os profissionais foi repassado que iríamos trabalhar os adolescentes do Programa Mais Educação e não todos os adolescentes de 10 a 19 anos vinculados as escolas (Entrevistado da Saúde 05).

O critério de escolha das EqSF já veio determinada pela Secretaria Municipal de Saúde, pois a secretaria de saúde pega o atesto de cada regional e verifica as equipes que estão completas (Entrevistado da Saúde 06).

No PSE, a proposta é que ocorra essa articulação entre as equipes de saúde da família e as escolas do território de adscrição dessas equipes, atendendo às diversas demandas da comunidade escolar, na perspectiva da atenção integral e considerando o conceito positivo de saúde apresentado desde a Carta de Ottawa (1986), reafirmado na Constituição Federal Brasileira (1988).

Como dito anteriormente, os critérios para adesão ao PSE estão relacionados ao Índice de Desenvolvimento da Educação Básica, bem como à cobertura da ESF. No entanto, os critérios estão sujeitos a alterações anuais pela Comissão Intersetorial de Saúde e Educação na Escola (BRASIL, 2012).

No campo da saúde, a Política Nacional de Atenção Básica considera a Estratégia Saúde da Família como estratégia prioritária para reorganização da Atenção Básica e define como áreas prioritárias para atuação: a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, dos adolescentes e jovens, a saúde bucal e a promoção da saúde.

Nesse período da implantação, um dos fatores que contribuíram com o processo de articulação foi o lançamento da Caderneta do Adolescente, esse material é uma ferramenta de trabalhar atividades de educação em saúde no PSE, segundo uma entrevistada:

[...] precisa entender que a caderneta do adolescente ela deve ultrapassar o PSE. Ela é uma caderneta que vem registrar todo o acompanhamento da ação do adolescente, independente se ele faz parte de uma escola que tem PSE ou não (Entrevistada da Saúde 03).

A caderneta do adolescente é específica para cada gênero do sexo feminino e masculino, constituindo-se num material didático, onde são tratados temas relacionados ao conhecimento do corpo, sexualidade, direito e deveres do adolescente, dicas de saúde e higiene bucal, cartão de vacina e entre outros. Deste modo, a distribuição dessa caderneta precisa ser feita de forma orientada, através de atividades educativas em sala de aula, atividades de consultórios ou em locais aonde possam ser explicada a necessidade de cuidado com este documento.

O PSE apresenta como diretrizes para a implantação a descentralização, a territorialidade, a integração e articulação das redes públicas de ensino e saúde (BRASIL, 2007).

Na Portaria Interministerial Nº 1.910, de 8 de agosto de 2011, estabelece no anexo I cláusula terceira, ficam definidos, por Componente, os Parâmetros Essenciais de cobertura das ações de prevenção, promoção e atenção à saúde dos escolares do Programa Saúde na Escola (PSE), ampliando a atenção das crianças e adolescentes para além do Programa Mais Educação, sendo eles: 500 escolares/ano por Equipe de Saúde da Família para as ações do Componente I - Avaliação Clínica e Psicossocial e 1000 escolares/ano ou 100% dos escolares em caso inferior a 1000 escolares no Município, por Equipe de Saúde da Família, para as ações do Componente II - Promoção e Prevenção à Saúde (BRASIL, 2011).

Então, a partir dessa portaria o PSE amplia seu atendimento para os demais estudantes. A questão do número de escolares atendido, trata-se das metas mínimas que cada escola deveria pactuar no SIMEC para 2012 e alcançar, para então receber integralmente os recursos e ter o direito a aderir novamente em 2013.

A transferência do recurso financeiro se efetivará por meio de repasse fundo a fundo na modalidade PAB variável, compondo o Bloco de Financiamento da Atenção Básica do Pacto pela Saúde. O valor total do recurso financeiro corresponde a uma parcela extra do incentivo mensal das Equipes de Saúde de Família que atuam no PSE. 70% do valor total do recurso financeiro do PSE será pago a partir da assinatura do Termo de Compromisso Municipal do PSE. Os 30% restantes do valor total do recurso financeiro será pago após o cumprimento de 70% das metas municipais pactuadas. Os Municípios que atingirem 70% das metas pactuadas, no prazo de 12 meses da data de assinatura do Termo de Compromisso Municipal, estarão aptos à formalização de novo Termo para o próximo exercício. Os Municípios que não atingirem os 70% das metas pactuadas, no prazo de 12 meses da data de

assinatura do Termo de Compromisso Municipal, perderão os 30% do total do incentivo financeiro (BRASIL, 2011).

Então como a gente não deixa isso bem fechado, priorizamos trabalhar em cima de metas (Entrevistado da Saúde 02).

A gente costuma deixar muito livre com que professores e profissionais de saúde decidam como vão trabalhar (Entrevistado da Educação 05).

[...] até porque a realidade de cada território é diferente (Entrevistado da Saúde 04).

Percebe-se que o PSE por ser um programa novo está em constantes reformulações e experimentações, inclusive isso esta bem claro nos depoimentos dos participantes.

Outro ponto fundamental destacado no depoimento dos participantes foi a questão da autonomia em que os sujeitos do estudo tomam suas próximas decisões sem interferências exteriores. Conforme Bzuneck e Guimarães (2010), a autonomia está relacionada com a independência em relação a um dado comportamento, haja envolvimento pessoal, baixa pressão e alta flexibilidade em sua execução, e percepção de liberdade psicológica e de escolha. Estes autores tratam da promoção da autonomia como estratégia motivacional das ações de promoção da saúde.

Dentre os critérios utilizados para selecionar as unidades de saúde, o que mais se destacaram no depoimento dos participantes foram: nos territórios que são contemplados com escola que tem o PSE deverá ter equipe de saúde da família (EqSF) completa com médico generalista, enfermeiro, cirurgião dentista, auxiliar de enfermagem, auxiliar de consultório dentário e agente comunitário de saúde. Ressalta-se assim que a EqSF é co-responsável pelo PSE não resumindo apenas em uma pessoa de referência.

O depoimento de uma Entrevistada da Saúde (03) contradiz essa afirmação e diz: *[...] isso não acontece na prática*. Portanto, o município de Fortaleza tem uma dificuldade muito grande de manter a EqSF completa, devido a carência e rotatividade do profissional médico, a precarização das condições de trabalho e do profissional não apresentar o perfil para atuar na Estratégia Saúde da Família. Diante de todo essas dificuldades, mesmo a EqSF incompleta os demais profissionais desta equipe com apoio do Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF) tipo 2, composto por: Profissional de Educação Física, Psicólogo, Assistente Social, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Nutricionista e Terapeuta Ocupacional, conseguiram desenvolver as ações de promoção da saúde do PSE.

O território é o espaço de produção da vida e, portanto, da saúde, sendo este construído e constituído coletivamente. A saúde é uma produção social, portanto, é

fundamental a garantia de espaços de trocas de experiências e de construção coletiva de saberes. A partir da participação ativa dos sujeitos em práticas cotidianas é possível vislumbrar uma escola que forma cidadãos críticos e informados, com habilidades para agir em defesa da vida.

No PSE a criação dos Territórios Locais é elaborada a partir das estratégias firmadas entre a escola, a partir de seu Projeto Político Pedagógico e a unidade básica de saúde. O planejamento destas ações do PSE considera o contexto escolar e social, o diagnóstico local em saúde do escolar, e a capacidade operativa em saúde do escolar (BRASIL, 2009b).

Dentre as ações do PSE destaca-se o Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE), que tem a finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde.

O projeto SPE é uma parceria firmada entre Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO). Esse projeto é uma articulação entre setores governamentais e não-governamentais da sociedade na promoção, articulada, de ações de saúde e educação. Os depoimentos abaixo citam a relação do PSE com SPE como processo de articulação:

[...] na verdade o PSE veio ampliar as ações do SPE no território. (Entrevistado da Saúde 05).

[...] há escolas que tem PSE e não necessariamente tem SPE e vice-versa (Entrevistado da Educação 02).

A interação do PSE com SPE melhorou tanto que hoje é tão valorizado. Por que a gente sentia isto não na própria escola, mas assim dentro própria regional, das colegas (Entrevistado da Educação 03).

O SPE foi ele implantado nos territórios de maior risco onde tem maior número de adolescentes grávidas, com DST-HIV-Aids (Entrevistado da Saúde 01).

No processo de articulação para a implantação do PSE levou-se em considerações experiências exitosas anteriores que trabalham com promoção e prevenção de saúde na escola, no caso o SPE. O projeto SPE foi lançado oficialmente em agosto de 2003, em Curitiba.

O projeto SPE tem como objetivo geral “contribuir para sustentabilidade de uma política de educação e saúde, articulada ao Projeto Político-Pedagógico da Escola” e como objetivos específicos: “(a) Atender as demandas dos jovens e adolescentes nas escolas; (b)

Envolver toda a comunidade escolar na promoção de ações em saúde sexual e saúde reprodutiva; (c) Promover educação para a juventude” (BRASIL, 2006, p.17).

As temáticas abordadas no SPE são: (I) direitos sexuais e reprodutivos; (II) Prevenção das DST/Aids; (III) Redução de preconceitos e estigmas relacionados à raça, etnia e orientação sexual; (IV) Promoção da igualdade de gênero e (V) Gravidez na adolescência (BRASIL, 2006).

Com o processo de articulação para a implantação do PSE o projeto SPE passou a ser incorporado como Componente II – Promoção da Saúde e Prevenção, contemplando assim as temáticas sobre Ações de Segurança Alimentar e Promoção da Alimentação Saudável; Promoção das Práticas Corporais e Atividade Física nas Escolas; Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE): Educação para a Saúde Sexual, Saúde Reprodutiva e Prevenção das DST/Aids e de Hepatites Virais; Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE): Prevenção ao Uso de Álcool e Tabaco e outras Drogas; Promoção da Cultura de Paz e Prevenção das Violências; e, Promoção da Saúde Ambiental e Desenvolvimento Sustentável.

Através dos depoimentos dos participantes, percebe-se que nas escolas municipais de Fortaleza realmente existe essa realidade em que há regionais nos quais a escola tem PSE e não possui SPE e outras aonde o PSE está implantado. Isso acontece, devido aos critérios estabelecidos para implantação do PSE.

As Secretarias de Educação e Saúde, tendo nas escolas e centros de saúde da família, os principais executores, deverão prever no planejamento das ações, o contexto escolar e social, o diagnóstico local em saúde e a capacidade operativa das unidades envolvidas. As ações em saúde previstas, no âmbito do PSE, devem estar baseadas nas ações de Promoção, Prevenção e Assistência à saúde.

6.1.2 O Processo de Desarticulação

Nos resultados coletados com os técnicos municipais e regionais dos setores Saúde e Educação alguns depoimentos registram o processo de desarticulação na implantação do Programa Saúde na Escola.

[...] eu estou na regional desde 2010, é exatamente na época quando o PSE voltou a funcionar. Parece que o PSE já tinha sido implantado de uma forma diferente, antigamente havia uma equipe que ficava nas secretarias municipais tanto da saúde como da educação para acompanhar o PSE de todas as regionais. Hoje existe um técnico em cada regional, tanto no distrito de saúde como no distrito de educação, responsável para acompanhar (Entrevistado da Saúde 02).

[...] a implantação do PSE na minha regional foi um pouco conturbada. Primeiro momento chamou um número de escolas a mais,

que estava ligado ao programa Mais Educação, para um seminário onde foi apresentado o projeto de implantação. Depois de algum tempo, nós nos reorganizamos prá continuar e veio a informação de que iam ser menos escolas, então tivemos que começar novamente o processo de mobilização (Entrevistado da Educação 02).

[...] há uma rotatividade muito grande de médicos, é uma situação que não tem condição, então saiu o médico e não tem mais o PSE, voltou o médico volta o PSE [...] as atividades continuam andando mesmo sem a presença do médico (Entrevistado da Saúde 05).

[...] a caderneta do adolescente é um material muito bom, mas que precisa financiamento para reproduzi-lá. Pois, não temos um número significativo para atender toda a demanda, por isso que a gente vive nesse confronto e dentro dessa perspectiva de tenta orientar (Entrevistado da Saúde 03)

Percebe-se que as várias situações citadas acima contribuíram para o processo de desarticulação da implantação do PSE, desde a redução da equipe técnica central responsável pelo programa, a rotatividade de profissionais médicos que compõem a EqSF, falha de comunicação e entendimento sobre a proposta do programa, e, falta de recursos didáticos para trabalhar as atividades de Educação em Saúde o que está refletindo na mobilização dos sujeitos no território.

De acordo com os Ministros de Estado da Saúde e da Educação, no ano de 2007 foi instituído o PSE, com a finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde, somente em 2010 foram estabelecido os critérios para adesão deste programa, criando um hiato entre a criação do PSE e sua implantação.

Alguns depoimentos dos participantes, afirmam que no início da implantação o corpo técnico de apoio para supervisionar o PSE era muito pequeno e ficava mais na esfera municipal das secretarias de educação e da saúde, contribuindo assim para o processo de desarticulação deste programa. Atualmente, temos em cada regional no distrito de saúde e educação técnicos responsáveis para acompanhar, supervisionar e monitorar o PSE, sendo assim um fator primordial para o fortalecimento das ações do programa.

Destacamos que, a rotatividade de profissionais médicos que compõem a EqSF tem sido um fator prejudicial para realização das ações do PSE, partindo dessa realidade local houve casos em que os técnicos regionais abriram exceção para que acontece as ações, trazendo assim danos para a realização do Componente I – Avaliação Clínica e Psicossocial, no caso seria o preenchimento das fichas de avaliação.

De acordo com o depoimento dos participantes, observamos que a implantação do PSE aconteceu de forma vertical, onde os Ministérios da Saúde e da Educação construíram um programa pronto com diretrizes e metas a cumprir, não valorizando as necessidades e as realidades locais de cada município. A forma como o processo de implantação do PSE foi conduzido é reflexo da aplicação das políticas públicas por entes governamentais, torna-se indispensável realizar uma releitura da relação de poder entre os Ministérios da Educação e da Saúde.

Conforme Foucault (1979) afirma na *Microfísica do Poder*, a análise tradicional dos Aparelhos de Estado não esgota o campo de exercício e de funcionamento do poder. Para ele, aquele que exerce o poder é ainda um grande desconhecido. Ele interroga: Quem exerce o poder? Onde o exerce? Até onde se exerce? Para Foucault uma coisa é certa, “onde há poder ele se exerce”, ninguém é propriamente seu titular, no entanto, ele se exerce em determinada direção, com uns de um lado e outros de outros; não se sabe ao certo quem o detém, mas se sabe quem o possui.

É taxativo quando afirma que os poderes estão disseminados na estrutura social, funcionando com uma rede de dispositivos, que não escapa a nada e a ninguém. Se o poder é um elemento da sociedade, a capacidade de “ganhar poder” existe em todas as pessoas no contexto de suas inúmeras relações com as outras.

Em consonância com as afirmações e reflexões citadas acima, o processo de conhecer e apropriar-se de um programa, o qual terá o papel de coordenar e governar em nível regional é fundamental para o seu sucesso. Destacamos nos depoimentos abaixo o despreparo dos técnicos em relação a esse novo fazer:

[...] eu assumi o programa agora há pouco tempo, pois antes a responsável era outra técnica de saúde. Então, foi ela quem pegou todo o processo de implantação do PSE, tanto em Fortaleza como nas regionais (Entrevistado da Saúde 01).

[...] quando você assume tal programa, você assume e depois que você vai se inteirando aos poucos (Entrevistado da Educação 02).

Observamos que a rotatividade de profissionais contribui para o processo de desarticulação da implantação do PSE, havendo assim a descontinuidade do processo de mobilização e articulação das ações intersetoriais de promoção da saúde. Embora esse aspecto seja comum para a maioria dos técnicos regionais, conforme observado na fase de exploração de campo e corroborado em conversas informais com estes, o despreparo de alguns técnicos em assumir tal função demonstra fragilidade e pode comprometer o programa.

Brasil (2006b, p. 260), afirma que o trabalho precário, dentre outros conceitos, “deriva de uma instabilidade do vínculo, do ponto de vista dos interesses dos trabalhadores”. Esta situação dificulta traçar um perfil de um técnico que tenha habilidades e competências de ser um educador em saúde, mobilizador, articulador e proativo nas ações de promoção da saúde.

Essa situação reflete a forma equivocada como da implantação do PSE, reforçando o processo de desarticulação deste programa, afetando assim o grau de motivação dos envolvidos em compor o quadro técnico de apoio deste programa.

Embora não recorrente, duas falas nos chamaram atenção:

[...] eu senti diante dos colegas uma certa desvalorização na própria regional. Ah tipo assim... eu vou pra uma reunião da saúde, do PSE, então eles diziam saúde (ênfase). Ah tudo era muito criticado por parte dos outros técnicos (Entrevistado da Educação 01).

[...] eu falei que sentia angustiada, sentia mal devido a determinada coisas, né! Por que era um programa que não era valorizado e ainda mais peguei o bonde andando (Entrevistado da Educação 02).

Na maioria das vezes, a desvalorização pode esta associada a relação de poder existente entre os dois setores Saúde e Educação, destacando ainda que pode trata-se de reflexo da condução da implantação. Ressaltamos que essa problemática de relação de poder é um fato histórico, pois está representada desde o processo de financiamento que vem para o projeto SPE e PSE destinado para as secretaria de saúde.

Foucault (1979) expõe as clarezas e ambições no tocante às análises formuladas pela genealogia do poder. Na teoria do poder, haverá sempre a necessidade de considerá-lo como algo que surgiu em um determinado momento, de que se deveria fazer a gênese e depois a dedução. Mas se o poder na realidade é um feixe aberto, mais ou menos coordenado (e sem dúvida mal coordenada) de relações, então o único problema é munir-se de princípios de análise que permitam uma analítica do poder.

Os depoimentos abaixo enfatizam ainda mais essa literatura, indo de encontro aos pensamentos do autor:

Por que o PSE e o SPE a verba vem para secretaria de saúde? Ai o ministério da saúde convida que a educação se alie ao programa! [...] no entanto, a dificuldade de comunicação da saúde para educação e de alguma forma tem que ver da educação para saúde (Entrevistado da Educação 04).

[...] eu notei a ainda noto, e as vezes nota que a um destoamento entre a saúde e educação (Entrevistado da Saúde 01).

[...] assim, eu não sei as outras regionais, mas na minha regional ainda há um grande impasse com o elo entre a saúde e a educação, às vezes

a saúde ela tem a disponibilidade, mas e educação não tem ou vice-versa (Entrevistado da Educação 05).

Para Foucault, nada há por trás das cortinas, nem sob o chão que pisamos. Há enunciados e relações, que o próprio discurso põe em funcionamento. Analisar os depoimentos seria dar conta exatamente disso: de relações históricas, de práticas muito concretas, que estão vivas no cotidiano. Embora permaneça a idéia de que o discurso seria constitutivo da realidade e produziria, como o poder, inúmeros saberes (FISCHER, 2001).

Outra questão percebida através dos relatos, que contribuiu para o processo de desarticulação foi o perfil dos profissionais e a resistência de algumas pessoas em trabalhar com a escola, exposto nos depoimentos abaixo:

[...] nem todos profissionais que foram chamados tinham interesse, aptidão ou vontade de trabalhar com esse programa (Entrevistado da Educação 06).

[...] a escola tem uma visão de que todos os projetos vindos do externo são mais um projeto pra educação desenvolver, eles ainda não entendem que alguns projetos têm que ser gradamente associados ao planejamento da escola, organização da escola, eles acham que é mais um programa (Entrevistado da Saúde 04).

Observamos através dos depoimentos, algumas resistências em relação à implantação do PSE, primeiramente no que diz respeito ao perfil do profissional que iria trabalhar com esse programa, influenciando assim na execução da prática no território. Com isso, percebemos também resistência nas escolas, porque a escola não conseguia perceber que todas essas ações propostas pelo PSE poderiam fazer parte do PPP e do cotidiano de ensino e aprendizagem do ambiente escolar, sendo fatores que favoreceram para o processo de desarticulação.

Outro fator que contribuiu para o processo de desarticulação foi o despreparo dos profissionais para trabalhar com esse programa. O único momento em que houve capacitação foi durante o seminário promovido pelas Secretárias de Saúde e Educação, no qual reuniram-se profissionais de ambas as áreas para conhecer o PSE. Os depoimentos abaixo confirmam essa lacuna das Políticas Governamentais de não promover educação permanente entre os profissionais envolvidos no programa.

[...] eu fui estudar, eu fui baixar várias portarias vê realmente o que significava e mesmo você lendo varias portarias quando você vai pra realidade é totalmente diferente [...] (Entrevistado da Saúde 03)

Eu não passei por nenhuma capacitação, pois quando eu fui para uma reunião lá na secretaria de educação fiquei sabendo que iam acompanhar a escola que tinha PSE [...] (Entrevistado da Educação 02)

[...] eles não conhecem a nossa realidade e a gente não conhece a realidade deles [...] (Entrevistado da Educação 01)

Todos esses argumentos refletem a forma como foi implantado o PSE em Fortaleza, de forma autoritária e vertical, sem a participação dos sujeitos que iriam colocar em prática o programa, sendo assim muitos profissionais de saúde e professores não se reconhecerem neste processo.

Alguns profissionais são proativos e vão em busca de novos conhecimentos, se capacitando através de cursos externos e conseqüentemente sendo multiplicadores para sua equipe na regional. Portanto, tivemos técnicos que precisaram ir até o nível local da comunidade para compreender melhor essa relação entre Educação e Saúde e assim poderem conhecer o processo de implantação do programa.

Com isso, foi promovido somente para os técnicos municipais e técnicos de cada regional uma capacitação via Ministério da Saúde com objetivo de que os participantes passassem a ser multiplicadores nas suas regionais, conforme explicitam as entrevistas:

[...] tivemos outras capacitações, mas foi a nível de SPE onde o mesmo encontra-se contemplado com PSE (Entrevistado da Educação 05)

No ano passado tivemos varias capacitações, o pessoal do NASF foram convidados a participar e também foram convidados as enfermeiras (Entrevistado da Saúde 04).

Este ano houve um vídeo conferência promovida pela SMS para os profissionais do PSE e do SPE. Esse momento é muito interessante, pois eu não tive a oportunidade de participar por que eu não estava cadastrada [...] (Entrevistado da Saúde 01).

A Secretaria de Saúde do Estado promoveu este ano várias capacitações para trabalhar com o PSE, mas só poderia participar quem estava cadastrado nesse programa. Percebemos que a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) realiza apenas atividades pontuais, a partir do que o Ministério da Saúde e Educação solicita, o que não reflete aos processos de educação permanente, que devem ser contínuos e estáveis, atendendo a necessidade do conhecimento que deve partir das práticas locais.

6.2 Relevância do Programa para o Município

Nesse segundo tema discutimos elementos presentes nos depoimentos dos técnicos regionais da saúde e educação e gestor municipal da educação que permitam contextualizar a relevância do Programa Saúde na Escola, dividindo em dimensões: **Intersetorialidade,**

Prevenção de Doenças e Agravos, Saúde da Criança e do Adolescente e Atividades de Educação em Saúde.

A intersectorialidade tem sido amplamente considerada como uma estratégia de gestão para atuar contra as iniquidades sociais, bem como para superar e minimizar as características históricas de fragmentação das políticas sociais, favorecendo sua integração (MONNERAT e SOUZA, 2009). A intersectorialidade é entendida como “*ação na qual o setor saúde e os demais setores pertinentes colaboram para o alcance de uma meta comum, mediante estreita coordenação das contribuições dos outros setores*” (ZANCAN, 2003, p.54). Essa concepção pressupõe o desenvolvimento de estratégias e políticas ampliadas que priorizem a articulação intersectorial no conjunto de suas intervenções, conforme pode ser observado na proposta do PSE, que adota o conceito atual de Promoção da Saúde e fomenta a articulação entre a saúde, a educação e os diferentes setores, tendo como sua principal diretriz para o alcance de seus resultados a intersectorialidade.

O desenho do PSE parte dessa necessidade de articular e integrar os setores da saúde e da educação para ampliar o alcance e o impacto das ações de saúde aos estudantes e seus familiares, por meio de ações intersectoriais, envolvendo assistência, promoção da saúde e prevenção de agravos.

De acordo com Wimmer e Figueiredo (2006) a intersectorialidade é uma prática integradora de ações de diferentes setores que se complementam e interagem, para uma abordagem mais complexa dos problemas, ou, ainda, uma definição presente numa política pública de Promoção da Saúde, a saber: “*articulação entre os distintos setores no pensar a questão complexa da saúde, assumir a corresponsabilização pela garantia da saúde como direito humano e de cidadania e mobilizar-se na formulação de intervenções que a propiciem*” (BRASIL, 2006a).

Destas definições, podemos afirmar que a intersectorialidade busca superar a especialização e setorialização com o objetivo de integrar saberes e percepções dos sujeitos e de sua realidade social considerando-os em sua integralidade, superando a fragmentação que tem caracterizado a gestão das políticas sociais. Assim, é possível inferir que o objetivo principal da intersectorialidade é promover mudanças nas condições de vida e de saúde da população mediante a visão integrada dos complexos problemas sociais da atualidade, o que requer a inclusão de vários atores sociais e seus olhares, além da interação das diversas políticas sociais através de medidas multidisciplinares.

6.2.1 Intersetorialidade

A intersetorialidade passa por aliar a descentralização e compartilhamento de responsabilidades a uma nova forma de operar o PSE, buscando obter maior sinergia no atendimento às demandas e necessidade do programa (ANDRADE, 2006).

O PSE é um programa muito importante por que é um elo entre a saúde e a educação (Entrevistado da Saúde 01).

[...] favorece uma comunicação entre a saúde e a educação e isso ajuda no desenvolver das crianças (Entrevistado da Educação 05).

O PSE promove o elo entre a saúde e educação proporcionando assim o bom desenvolvimento integral das crianças e adolescentes. Como por exemplo, no início desse ano houve a semana saúde na escola, foi uma atividade que alavancou o PSE, no qual os profissionais de saúde fizeram a atualização do cartão de vacinação dos adolescentes, avaliação antropométrica e nutricional do estado de saúde destas crianças, identificando as que estavam sobrepeso e baixo peso.

Portanto, em algumas regionais esse dialogo entre a saúde e a educação fortalece ainda mais as ações, harmonizando as relações em prol do cuidado integral das crianças e adolescentes.

Nas últimas décadas, a Promoção da Saúde tem sido um dos temas correntes e mais abordados nos diferentes espaços de produção de conhecimento e de práticas em saúde, disseminado em diversos países do mundo, inclusive no Brasil. Ao longo do tempo, suas formulações conceituais passaram por grandes mudanças que estiveram relacionadas às discussões acerca da necessidade de superar modelos tradicionais e avançar em novas abordagens de saúde e práticas de atenção para alcançar melhores resultados (CZERESNIA e MACHADO, 2002; VERDI, 2005).

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

Portanto, essas políticas devem ser resultado de interlocução e pactuação entre atores sociais de diversos setores, realizando-se na prática a partir de ações concretas para a construção de um projeto coletivo de bem comum (BARROS, 2009).

A intersectorialidade tem marcado o discurso da Promoção da Saúde, sendo considerada uma prática integradora de ações de diferentes setores que se complementam e interagem para um objetivo comum.

6.2.2 Prevenção de Doenças e Agravos

As ações de prevenção da saúde trazem a idéia de intervenção com resolução imediata cujo objetivo é bloquear a doença. Porém, sem sensibilizar/conscientizar a população para as ações contínuas e longitudinais do cuidado coletivo em nossa sociedade. Os depoimentos confirmam essa afirmação:

[...] a gente trabalha muito em cima da prevenção, fazendo atividades de educação em saúde com oficinas e palestras. Então, a gente ainda não tem nenhum dado concreto da melhora que isso teve, mas pelo menos eu acredito que podemos melhorar esse dados de DST'S, de gravidez na adolescência, etc. (Entrevistado da Saúde 02).

[...] um programa desses dentro da escola esta ajudando as crianças e os adolescentes a se prevenirem mais cedo, demorar a adoecer, a conhecer o seu próprio corpo, promovendo assim seu auto-cuidado (Entrevistado da Saúde 05).

[...] através do PSE podemos trabalhar os temas transversais com múltiplos olhares entre saúde e educação (Entrevistado da Educação 04).

[...] com esse programa a população de Fortaleza é quem vai ganhar com tudo isso, pois dentro das unidades de saúde vai diminuir o índice de pessoas doentes, por que nós vamos começar a prevenir muito mais cedo. O melhor lugar pra prevenir é dentro da escola, trabalhar com os professores, preparar os professores para as questões da saúde, dentro do conteúdo, isso é uma maravilha! Os alunos vão aprender a trabalhar melhor as questões do corpo e a cuidar melhor do seu corpo (Entrevistado da Saúde 06).

De acordo com a maioria dos participantes deste estudo, percebemos certa coerência no seu discurso em relação a importância do PSE para o município. Porém, os depoimentos destacam que esse programa é relevante para prevenção de doenças e agravos, trazendo assim conhecimento relacionado ao próprio corpo e aos temas transversais. Observamos também que esse discurso é consequência da hegemonia do modelo de saúde, visão reducionista de causa e efeito, apresentado assim perspectiva biomédica no qual se reduz o conceito de saúde à ausência de doenças.

A promoção da saúde por ser uma prática transversal que está sempre articulada a diversos atores sociais, gestores, setores e políticas públicas, visando romper com a fragmentação na abordagem do processo saúde-adoecimento e reduzir a vulnerabilidade, os riscos e os danos que nele se produzem. Para isso, foi elaborado a Política Nacional de Promoção da Saúde com a implantação/implementação nas várias esferas de gestão do SUS e na interação entre o setor sanitário, setores das políticas públicas e da sociedade (MARCONDES, 2004).

A Política Nacional de Promoção da Saúde se compõe de estratégias que se movem transversalmente em todas as políticas, programas e ações do setor saúde, numa integralidade em toda a sua complexidade e singularidade social e individual defendida assim em Alma-Ata e ratificada em Ottawa, aproxima a promoção da saúde mais da questão da qualidade de vida do que do controle das enfermidades.

A promoção da saúde por ser um campo em construção acontece transversalmente em todos os aspectos da saúde, dando um novo significado a vida, a partir da realidade social e aproximando mais da questão da qualidade de vida do que do controle das enfermidades. A promoção da saúde aborda a saúde de maneira abrangente e trabalha inclusive outros conceitos de saúde.

6.2.3 Saúde da Criança e do Adolescente

Há mais de 200 anos são introduzidos os temas relativos à saúde no âmbito escolar (LIMA, 1985), sob diferentes denominações (higiene e medicina escolar) e segundo as ideologias e os problemas de saúde/doença de cada época (GONÇALVES *et al.*, 2008). Isso causou à saúde escolar variações significados e objetivos diversos, passando da abordagem higienista à preventivista, e, mais recentemente, configurada nos moldes da Promoção da Saúde cuja operacionalização ocorre por meio de uma combinação de ações promocionais e preventivas (TUSSET, 2012). As falas dos participantes retratam a atenção a saúde da criança e adolescente:

Nós temos na saúde algumas ações para crianças de até dois anos, até cinco anos, para mulheres, para homens e para idosos, mas para o adolescente a gente ainda tem uma deficiência [...] (Entrevistado da Saúde 04).

[...] existe um discurso de que trabalhar com adolescentes é difícil, adolescente não adocece. Então esse programa ele veio contribuir com o município na medida que ele torna quase obrigatório esse olhar para o aluno criança e o aluno adolescente (Entrevistado da Educação 06).

Esse programa vem para ser trabalhado com adolescentes. A gente sabe que é um público que pouco procura as unidades de saúde,

porque eles colocam na cabeça que nunca adocece. Então, é importante porque você pode estar trabalhando assuntos relacionados a sexualidade e as drogas com essa clientela (Entrevistado da Saúde 02).

É um programa altamente humanitário, ele veio fazer a manutenção da saúde para que aquele aluno aprenda. Tanto que ele começa a pesquisar dentro da escola quais são os problemas que estão interferindo nessas questões e aí começou-se a achar um número muito significativo de crianças com problemas, com agravos e começaram os encaminhamentos para o posto (Entrevistado da Educação 07).

Percebemos que o PSE é uma política muito oportuna que proporciona um olhar diferenciado sobre a saúde da criança e do adolescente, trazendo descobertas e benefícios com o cuidado integral dessa clientela. Sabemos que muitos adolescentes não procuram a unidade básica de saúde, então os profissionais de saúde precisam ir até eles na escola através do Componente I – Avaliação Clínica e Psicossocial que descobrimos coisas importantes, como por exemplo, questões de: desnutrição, obesidade, dislexia, problemas de fala, oftalmologia, problemas de sexualidade e entre outros.

De acordo com o depoimento dos professores, percebem que muitas crianças ficam no ambiente escolar adoecidas, e às vezes passam despercebidas pela própria escola. Geralmente a escola só dá importância aos acidentes ou aos agravos maiores, não percebendo que alguns alunos têm problemas silenciosos que a escola não consegue enxergar.

Além disso, observamos que os participantes desse estudo não mencionaram o trabalho intersetorial como relevância para o programa. Portanto, precisamos compreender que todas essas dificuldades encontradas para trabalhar com crianças e adolescentes são problemas comuns aos dois setores, necessitando que se estreitem as relações intersetoriais e se deixar de tratar o problema de forma compartimentada e pontual.

Considerando a complexidade do setor saúde e a necessidade de abordagens mais amplas para o enfrentamento dos problemas que afetam a saúde da população, a intersetorialidade surge como um caminho para a estruturação de ações coletivas mais complexas, que dêem conta da realidade e de suas diversas nuances. Nesta linha de pensamento, Junqueira (1997) afirma a importância da integração de diversos olhares, saberes e práticas, no sentido de entender e construir soluções que garantam à população uma vida com qualidade.

É necessário somar saberes para dar respostas efetivas e eficazes aos problemas complexos que envolvem a perspectiva de viver com qualidade. É preciso também considerar

todos os atores sociais envolvidos, valorizando todos os saberes presentes no cenário do território, tendo como centro as necessidades apresentadas pela comunidade.

Durante a entrevista, foi consenso nas falas entre o grupo de professores que as crianças das comunidades mais carentes têm necessidade de conhecimento e informação, pois os pais não são muito bem orientados em relação as questões de saúde, da promoção da saúde e a escola dar um suporte muito bom nesse aspecto, quando o PSE atua na Educação em Saúde.

6.2.4 Atividades de Educação em Saúde

A educação em saúde possibilita que as pessoas se informem e tenham habilidade para fazer escolhas saudáveis sobre sua vida. Nesse sentido, contribui para aumentar a consciência de mudanças políticas e ambientais que favoreçam a melhoria da saúde, de acordo com os entrevistados:

[...] nós estaremos formando, estaremos levando essas orientações, essas informações, esse conhecimento para um grupo, primeiro lugar um grupo de professores que são educadores e estão formando o nosso futuro. Por outro lado, estamos levando também para os alunos, que eles que são o nosso futuro e partir desse momento que se compreende que aquele grupo vai chegar daqui há alguns anos, compor realmente a sociedade como adultos ativos vai ter uma outra noção do que realmente é saúde (Entrevistado da Saúde 03).

[...] o PSE realmente é um início que não podemos visualizar resultados imediatos, mas sim resultados bem a longo prazo (Entrevistado da Saúde 04).

O PSE é um programa que realmente visa não o presente, mas o futuro que é a solução tanto da educação quanto da saúde para nossa sociedade. Então, como afirma um professor: *com PSE os alunos terão uma melhor compreensão do que é a saúde na educação e educação na saúde e esses alunos também serão profissionais de saúde que irão esta entendendo melhor a educação ou vice-versa* (Entrevistado da Saúde 04).

As diretrizes da educação para a saúde foram definidas, pelo Ministério da Saúde, em 1980, como atividades planejadas que tinham como objetivo criar condições para produzir transformação de comportamento. Naquele momento, tais atividades eram voltadas para a cura, estimulando a medicalização da sociedade em busca de respostas para a doença (GAZZINELLI; REIS e PENNA, 2005). As falas dos entrevistados elucidam esse direcionamento:

Nas atividades do PSE os profissionais da saúde fazem palestra, gincanas, oficinas e vacinação. Já os dentistas fazem a escovação com o uso do flúor [...] eu tenho muita sorte com os dentistas daqui da regional, pois me ajudam muito no PSE (Entrevistado da Saúde 01).

[...] a caderneta do adolescente é uma ferramenta bastante utilizadas nas atividades do PSE, inclusive quando chega na regional eu já ligo para equipe do NASF, pois esses profissionais são os nossos parceiros para as atividades de educação e saúde nas escolas (Entrevistada da Saúde 01).

Nós temos escolas que as ações educativas surgem a partir da necessidade local (Entrevistado da Saúde 04).

Trabalhar promoção de saúde nos espaços educacionais, no contexto atual aponta para a necessidade de uma reorientação no conceito de educação em saúde, em conformidade com o princípio da integralidade. A abordagem do profissional deve ser participativa, evitando a redução à assistência curativa, desenvolvendo ações de promoção e construindo práticas que possibilitem um modelo assistencial que seja integrado, humanizado, visando responder às necessidades individuais e coletivas (ALVES, 2004).

As atividades de educação e saúde do PSE ocorreram nos Territórios definidos segundo a área de abrangência da Estratégia Saúde da Família (Ministério da Saúde), tornando possível o exercício de criação de núcleos e ligações entre os equipamentos públicos da saúde e da educação (escolas, centros de saúde, área de lazer como praças e ginásios esportivos, entre outros).

Ressaltamos que a educação em saúde representa um importante instrumento facilitador para a capacitação da comunidade, contribuindo para a promoção da saúde. Assim, temos que construir ações a partir do contexto local onde profissional da saúde, da educação e comunidade precisa estabelecer uma relação dialógica pautada na escuta qualificada, no respeito e na valorização das experiências, das histórias de vida e da visão de mundo. Para desenvolver estas ações, é necessário o conhecimento das práticas educativas por parte dos trabalhadores, considerando que é essencial conhecer o olhar do outro, interagir com ele e reconstruir coletivamente saberes e práticas cotidianas.

6.3 Envolvimento para se trabalhar em conjunto os setores de Saúde e Educação no programa

Neste terceiro tema, iremos destacar depoimentos dos técnicos regionais da saúde e educação e gestor municipal da educação que permitam contextualizar o grau de envolvimento para se trabalhar em conjunto os setores de Saúde e Educação, dividindo em dimensões: **Periodicidade de Trabalhar Intersectorial e Contribuições dos Setores Saúde e Educação.**

6.3.1 Periodicidade de trabalhar de forma Intersetorial

[...] a frequência de trabalhar junto os dois setores é muito pouca. Pois, as vezes que os profissionais de saúde vão realizar alguma palestra é enviado um comunicado para escola, daí a pessoa responsável pelo programa mais educação junta os alunos numa sala para assistir a palestra. Mas assim, pra haver aquele vínculo de sentar profissional de saúde de profissional de educação até então não há (Entrevistado da Saúde 01).

[...] semana passada, a técnica da saúde me procurou para marcarmos uma reunião e afinarmos esta relação distritos de saúde com a educação. Pois, na regional o distrito da saúde é ao lado do distrito da educação, então a gente se vê na entrada e na saída pelos vidros, mas acaba só isto, não temos tempo pra sentar e nem conversar (Entrevistada da Educação 06).

[...] ainda não temos uma articulação boa, pois somos bons colegas de trabalho e ainda estamos naquele jogo: o PSE é da saúde ou é da educação? (Entrevistado da Educação 03).

[...] a frequência é mínima, pelo menos duas vezes no mês. O de fato é que o que vai pra o papel é muito bonito, né! A coisa se torna fato e a realidade é diferente (Entrevistado da Educação 05)

Percebe-se através do depoimento da maioria dos participantes, que a periodicidade de trabalhar de forma intersetorial acontece de forma pontual, na qual os profissionais ainda não conseguem trabalhar de forma integrada. No entanto, essa articulação entre Saúde e Educação encontra-se fragilizada no pensar saúde como desenvolvimento do todo, o que se constitui um desafio.

Os entrevistados compreendem que a falta de articulação fragiliza e dificulta o processo de trabalho das ações do PSE, que deveria ter uma agenda de trabalho mais freqüente e sistemática para planejar e discutir questões de saúde no ambiente escolar.

Outro ponto percebido nas entrevistas, é que além da pouca frequência de trabalho intersetorial, ainda não há o *feedback* nos setores da saúde e da educação em relação as atividades, parecendo que cada um faz no seu núcleo específico.

Atuar de forma intersetorial é um processo pedagógico, no qual precisamos conhecer o fazer do outro, trocar saberes e experiências interprofissional, planejar, avaliar e refletir sobre a teoria e prática de condutas que sejam promotoras de saúde, conforme a percepção dos entrevistados:

[...] existe momentos que planejamos juntos, compartilhando as dificuldades, pois é o momento que conhecemos a realidade um do outro (Entrevistado da Saúde 04).

A gente tem um trabalho muito legal de articulação com a educação, assim as pessoas são super acessíveis, esforçadas, interessadas [...].

Mas, nós da saúde temos que estar sempre puxando, é como se o PSE fosse da saúde até o financeiro é sobre nossa responsabilidade e isso reflete na relação como o PSE foi construído (Entrevistado da Saúde 03).

Na minha regional eu consigo sentar e planejar com a técnica da educação, sendo de forma pontual [...]. E, nas escolas do município, sempre quando agendo uma visita, geralmente agendo com a unidade de saúde e a escola, depois eu repasso a data para as técnicas da educação (Entrevistada da Saúde 02).

A gente se disponibiliza a sentar e a tentar apagar os incêndios que as vezes aparece da escola não estar se entendendo com profissionais da saúde, daí sentamos e conversamos sobre as dificuldades para tentar de uma melhor maneira não parar o trabalho, então é mais nesse de acompanhar (Entrevistada da Saúde 05).

Nesses momentos, os técnicos procuram um apoio mútuo para compartilhar dificuldades e tentar superá-las. Porém, a percepção que os depoimentos passam a de que o PSE é algo que se propõem dos profissionais de saúde para os professores.

Na nossa contemporaneidade, está, portanto, estabelecida e oficializada a interseção da Educação com vários outros saberes e ciências, em especial, com a área de Saúde (BRASIL, 1998). A expectativa ao que tudo indica, é que essa parceria venha a se solidificar e se estruturar de forma orgânica, levando em conta os limites e as inúmeras possibilidades de atuação parceira, de forma dinâmica e sustentável. Contudo, prever que ela ocorra como processo de ação intersetorial, parece ainda desafiante para os profissionais da Saúde e da Educação, bem como seus interlocutores, usuários, gestores e tomadores de decisão sobre as políticas sociais, além dos movimentos sociais, suas representações populares, academia e serviços públicos e privados (SILVA, 2010).

É nesse sentido, que o desafio que se apresenta para programas como os de saúde na escola é de que eles se consolidem como produto de ação intersetorial.

A interlocução entre os setores da Saúde e da Educação foi analisada nos diferentes processos ao longo do programa de saúde escolar no município de Fortaleza-Ceará. Porém, como práticas sociais, a saúde e educação sempre estiveram articuladas (MELO, 1987). A questão é de que maneira elas são problematizadas no cotidiano dos diferentes espaços e, particularmente, no da escola, ou de que modo elas são representadas e ressignificadas pela expressão desses diferentes sujeitos e das inter-relações que se estabelecem entre eles.

6.3.2 Contribuições dos Setores Saúde e Educação

Segundo Silva (2010) a análise das questões referentes aos PSEs precisa considerar esses indicadores da educação como um desafio à promoção da saúde, uma vez que a

educação se coloca como um dos fatores determinantes das condições de saúde e de qualidade de vida da população. Claramente, a interlocução entre esses setores não poderá estar restrita aos conhecimentos específicos de cada um deles, mas deverá ter por base os indicadores e as questões estratégicas de cada setor. Do mesmo modo, a Educação precisa compreender que os indicadores de saúde desfavoráveis à vida com qualidade, desafiam a apropriação da aprendizagem e do conhecimento. Mais estratégico do que desenhar PSEs compartimentalizados ou setorizados por demandas específicas e assistenciais, é propor a articulação setorial de programas integrados através do fortalecimento de políticas de saúde e de educação. Os depoimentos abaixo destacam as contribuições destes setores para o programa:

[...] contribuiu nas ações de prevenção e promoção da saúde que é onde a gente entra com as palestras, com as atividades educativas para as crianças e também com a parte de imunização, com a parte de distribuição de preservativos, inclusive a gente tá querendo abrir o banco de preservativos nas escolas (Entrevistado da Saúde 01).

Acho que estamos fazendo um bom acompanhamento da vacinação, atualizando assim todos os cartões de vacina das crianças (Entrevistado da Saúde 02).

O PSE veio organizar o processo de trabalho para um olhar diferenciado para o adolescente. Antes nós só tínhamos a área técnica da saúde do adolescente, que não tinha um projeto específico, e a gente via essa dificuldade das pessoas pegarem um tranco pra fazer uma ação voltada para adolescente (Entrevistado da Saúde 03).

[...] a melhoria de uma sala para que os profissionais pudessem atender e um escovódromo, pois fizemos um projeto e encaminhamos, o que a gente observa muitos foram encaminhados e que agente não teve nenhuma resposta (Entrevistada da Saúde 05).

De acordo com os participantes o PSE é um programa assistencialista, onde os profissionais entendem que a sua contribuição seria nos aspectos da prevenção de doenças e agravos, e melhoria na infra-estrutura das escolas. Dentre as atividades de prevenção da saúde sugeridas, o banco de preservativo é método preventivo anticonceptivo de combate a DST/HIV/Aids, sendo um local onde o adolescente tem acesso a camisinha. Portanto, para acontecer esse tipo de ação precisa haver um momento de sensibilização e orientação com os pais e professores.

Alguns profissionais por estarem sobrecarregados de atividades têm a visão que o PSE é mais um trabalho, ou melhor, mais uma obrigação. No entanto, não conseguem visualizar como o programa contribui para organizar as atividades de promoção de saúde na escola e no território.

O Programa trouxe como benefício à organização do processo de trabalho para atenção ao adolescente, estimulando assim a construção de articulações e o compartilhamento de ações intersetoriais. Porém, os profissionais de saúde relatam ter dificuldade de trabalhar com esse público, pois sentem dificuldade de trabalhar com essa faixa etária e/ou não apresentam uma formação técnica necessária a essa atuação.

Alguns participantes verbalizaram que as Secretarias Municipais de Saúde e da Educação de Fortaleza construíram um cronograma de ações e propuseram aos profissionais da saúde e da educação em nível local que elaborassem um projeto para melhoria de espaço da escola para atendimento do PSE. Com isso, os projetos foram construídos e encaminhados para as secretarias municipais de saúde e educação, a partir destes não houve nenhum retorno sobre os benefícios de melhoria da infra-estrutura para o atendimento das atividades do PSE.

Através desses relatos observamos uma grande dificuldade de comunicação entre a esfera municipal e a esfera local responsável pelo PSE, comprometendo assim as atividades de Promoção da Saúde no território.

O desafio do desenvolvimento do PSE proposto pelo Governo Federal aos diferentes municípios foi o de respeitar a autonomia de gestão, a capacidade de organização e a política de saúde que define o modelo de saúde na escola, em cada município. Outro desafio está na inclusão de componentes qualitativos capazes de reconhecerem as boas práticas em saúde na escola, através de modelos de avaliação que superem a busca, ainda restrita, aos indicadores quantitativos voltados para ações de prevenção de risco, e longe, portanto, dos modelos avaliativos propostos em promoção da saúde (BODSTEIN, 2009).

Entretanto, a dicotomia de distribuição de recursos, de tempo e de natureza diferentes tem gerado algumas desconexões na organização dos Projetos Locais nos municípios que fizeram adesão ao PSE (MINISTÉRIO DA SAÚDE E MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2008; BRASIL, 2009b).

Em relação a contribuição dos setores Saúde e Educação para consolidação das ações do PSE, muitas vezes os participantes colocavam as dificuldades encontradas no percurso como barreiras para justificar essa não colaboração das atividades do PSE. Destacamos que esse argumento não justifica, pois o índice de desenvolvimento básico da educação depende da qualidade de vida e saúde das crianças.

Segundo o Entrevistado da Educação (07) afirma:

[...] além da questão humanitária independente de ser professor ou doutor a gente tem que cuidar da saúde das crianças. O PSE em relação a educação ele é fundamental, pois ele vai fazer essa manutenção na qualidade de vida das crianças para que elas possam

aprender. Como que uma pessoa aprende doente? Como é que um aluno consegue aprender com os pés cheios de bicho de pé?

Entendemos a partir da fala do entrevistado que a escola é um espaço promissor para receber este programa, proporcionando espaços que promovam qualidade de vida e mudança de comportamento dessas crianças. No entanto, percebemos que os profissionais da educação sabem da importância, da necessidade dessas questões de saúde na escola. Mas, na maioria das vezes não se envolvem pela limitação e despreparo para executar as atividades do PSE.

Observamos durante as entrevistas que as Secretarias Municipais da Saúde e da Educação apresentam um corpo técnico especificamente para trabalhar e acompanhar o PSE nas regionais de Fortaleza, sendo comum nos argumentos dos participantes de ambos os setores a dificuldade de planejar e socializar as experiências exitosas em ambos os setores e regionais.

6.4 Relação das esferas institucionais (Educação x Saúde)

Nesta quarta temática, iremos destacar depoimentos dos técnicos regionais da saúde e educação e gestor municipal da educação que permitam contextualizar a relação de poder das esferas institucionais (Educação x Saúde), dividindo em dimensões: **Facilidade de trabalhar com programa, Obstáculos encontrados no programa e Desafios a superar no programa.**

6.4.1 Facilidade de Trabalhar com Programa

O PSE por ser um programa interministerial que trabalha com um olhar diferenciado para o adolescente, promovendo assim construção de conceitos e significados de saúde e estilo de vida implicando assim na reconstrução de novos saberes e atitudes de viver em sociedade.

Entre os espaços públicos que encontramos maior número de adolescentes é o ambiente escolar, pois a escola é um grande equipamento social onde tanto profissional de saúde e de educação tem acesso a esse público. O depoimento abaixo contempla essa afirmação:

[...] eu tenho maior contato com os adolescentes na escola, pois lá temos maior facilidade porque eles já estão reunidos. Se fossemos esperar eles irem até a unidade de saúde é quase que impossível, pois só vão se tiverem doentes ou se a mãe obrigar (Entrevistado da Saúde 01).

[...] nós temos na escola crianças com algumas dificuldades que se propõem em resolver o PSE, como é o caso da promoção, prevenção e tratamento das doenças, mas isto vem ao encontro do que a escola quer (Entrevistado da Educação 05).

Estimular o profissional de saúde a frequentar a escola, favorece a criação de seu vínculo com os professores e os adolescentes, ocasionando assim um processo de conquista e parceria em ambas as partes para melhor acompanhamento e múltiplos olhares para atenção integral ao adolescente. Portanto, as escolas estão muito receptivas em relação ao programa porque é uma necessidade da própria escola.

Os professores reconhecem a importância e os pontos favoráveis de trabalhar com PSE, pois o depoimento do técnico da educação afirma muitas vezes que a escola passa por vários problemas e queixas relacionadas ao estado de saúde dos adolescentes, mas na maioria das vezes o serviço de saúde não oferece atendimento adequado para cooperar com a escola.

O setor saúde passa por problemas, desde as questões burocráticas às relações interpessoais, e isso conseqüentemente afeta o trabalho interprofissional e interdisciplinar no saúde na escola, segundo os entrevistados percebemos.

Através dos depoimentos de alguns técnicos regionais da saúde e da educação que ressaltam como facilidade de atuar a identificação pessoal com o programa:

Alguns profissionais gostam muito do programa, se identificam mesmo e muitas vezes preferem até estarem nas escolas do que estarem nas unidades de saúde (Entrevistada da Saúde 02).

Tem professor que se identifica com o programa que é o caso do professor de ciências, pois assim ele pode trabalhar as temáticas do PSE na sua disciplina como temas transversais (Entrevistada da Educação 06).

Percebemos no discurso dos participantes, que em algumas regionais há o interesse de alguns profissionais, tanto da saúde quanto da educação, em trabalhar com o PSE. Portanto, muitos desses profissionais se identificam com a abordagem ao adolescente e se colocam disponíveis para realização das ações. Esse reflexo acontece principalmente, naqueles territórios e regionais em que o programa está caminhando bem, trazendo como resultados a incorporação de novas práticas de cuidado e Promoção da Saúde.

Segundo um técnico municipal da educação, uma das facilidades que encontrou foi que muitos profissionais da saúde estão sensíveis da importância do programa. Depois de alguns esclarecimentos, muitos perceberam que é o que já faziam. Inicialmente com a implantação do PSE, as pessoas ficaram um pouco receosas, mas depois perceberam que o trabalho que a ESF propõe é multiplicado na escola e comunidade. Outros dois pontos destacados como facilidades de trabalhar com o programa foram: o apoio e a aproximação do gestor da educação em saber como se encontra as atividades do PSE; e, em situações de

emergência conseguimos conversa com o setor saúde a nível municipal responsável pelo programa para resolver determinadas situações intersetoriais do PSE.

De acordo com Brasil (2010a), a intersetorialidade é essa articulação entre atores de setores sociais diversos e, portanto, de saberes, poderes e vontades diversos, a fim de abordar um tema ou situação em conjunto. Essa forma de trabalhar, governar e construir políticas públicas favorece a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na saúde da população.

A Promoção de Saúde precisa ganhar destaque nas políticas a ser reafirmada no cotidiano do trabalho da gestão e das equipes de saúde, na ESF e em toda rede do SUS (FREITAS e MANDÚ, 2010). Nesse sentido, a institucionalização da Promoção da Saúde por si só não é suficiente para reorganizar o processo de trabalho da saúde e outros setores, mas, é necessário o reconhecimento da área por parte dos profissionais e gestores de saúde e de outros setores, como uma estratégia para aprimorar as práticas realizadas no âmbito do SUS.

Em relação aos avanços de ações de Promoção da Saúde o apoio da EqSF e o trabalho de equipe multidisciplinares como: Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF) e o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade fazem o apoio matricial.

O apoio matricial é formado por um conjunto de profissionais que não têm, necessariamente, relação direta e cotidiana com o usuário, mas cujas tarefas são de prestar apoio às equipes de referência (equipes de saúde da família). Tal apoio apresenta as dimensões de suporte: assistencial e técnico-pedagógico. A dimensão assistencial é aquela que vai produzir ação clínica direta com os usuários, e a ação técnico-pedagógica vai produzir ação de apoio educativo com e para a equipe. Essas duas dimensões podem e devem se misturar nos diversos momentos (BRASIL, 2010a).

Em relação ao apoio, os depoimentos dos participantes são contundentes:

O NASF é o meu salvador! Por que é quem me ajuda, pois eles fazem palestra, oficina e ciranda com grupo de adolescentes no território (Entrevistado da Saúde 01).

Em algumas unidades de saúde, o profissional seja enfermeiro ou dentista já inseriram nas suas agendas as atividades do PSE, porém não conseguimos muita adesão de trabalhar com os médicos, pois eles não querem! (Entrevistado da Saúde 03).

[...] os residentes da equipe multidisciplinar são excelentes profissionais, pois é um pessoal criativo que senta com a gente para planeja, avalia e constrói junto as ações do PSE. E, sabe que até hoje, não recebemos nenhum material educativo didático prá trabalhar com os alunos (Entrevistada da Educação 05).

A parceria entre EqSF, NASF e PRMSFC contribuiu de uma forma satisfatória para o trabalho interdisciplinar da Promoção da Saúde. No entanto, o saber de cada área específica colaborou para contemplamento do Componente I (Avaliação Clínica e Psicossocial) e o Componente II (Promoção da Saúde e Prevenção) do PSE.

O Ministério da Saúde criou os NASF, mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março de 2008. O principal objetivo foi apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços, além de ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, e aumentar a resolutividade dela, reforçando os processos de territorialização e regionalização em saúde. A referida Portaria traz como pressupostos políticas nacionais diversas, tais como: de Atenção Básica; de Promoção da Saúde; de Integração da Pessoa com Deficiência; de Alimentação e Nutrição; de Saúde da Criança e do Adolescente; de Atenção Integral à Saúde da Mulher; de Práticas Integrativas e Complementares; de Assistência Farmacêutica; da Pessoa Idosa; de Saúde Mental; de Humanização em Saúde, além da Política Nacional de Assistência Social (BRASIL, 2010a).

O NASF é uma estratégia inovadora que tem por objetivo apoiar, ampliar, aperfeiçoar a atenção e a gestão da saúde na Atenção Básica/Saúde da Família. Seus requisitos são, além do conhecimento técnico, a responsabilidade por determinado número de EqSF e o desenvolvimento de habilidades relacionadas ao paradigma da Saúde da Família. Deve estar comprometido, também, com a promoção de mudanças na atitude e na atuação dos profissionais da Saúde da Família e entre sua própria equipe (NASF), incluindo na atuação ações intersetoriais e interdisciplinares, promoção, prevenção, reabilitação da saúde e cura, além de humanização de serviços, educação permanente, promoção da integralidade e da organização territorial dos serviços de saúde (BRASIL, 2010a).

Nos termos da Portaria no 154, Brasil (2010a), existem duas modalidades de NASF: o NASF tipo 1, composto por no mínimo cinco profissionais com formação universitária, entre os seguintes: psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista, profissional da educação física, médico homeopata, nutricionista, médico acupunturista, médico pediatra, médico psiquiatra e terapeuta ocupacional. O NASF tipo 1 deve estar vinculado a um mínimo de oito e máximo de 20 EqSF, exceto nos estados da Região Norte, onde o número mínimo passa a ser cinco. Já o NASF tipo 2 deverá ter no mínimo três profissionais, entre os seguintes: psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, profissional da educação física, nutricionista e terapeuta ocupacional; e se vincular a no mínimo três EqSF. Portanto, no município de Fortaleza-Ceará prevalece o NASF tipo 2.

Para as EqSF, especificamente enfermeiros e cirurgião dentista, o PSE já foi incorporado na rotina de atividades do território, mas o grande desafio é conquistar o profissional médico para atividades de Educação em Saúde no território.

Outro parceiro das EqSF é o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (PRMSFC) da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, implantada por meio da parceria entre a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do Ministério da Saúde (SGTES) e a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza tem o Sistema Municipal de Saúde Escola em parceria com a instituição formadora Universidade Estadual do Ceará (UECE), como responsável pela execução pedagógica e administrativa, além do acompanhamento financeiro do programa, considerando a Portaria nº. 160/2006 de 29 de dezembro de 2006, que institui o Sistema Municipal Saúde Escola no município de Fortaleza.

O PRMSFC constitui modalidade de ensino de pós-graduação *Lato Sensu*, sob a forma de curso de especialização em caráter de Residência, em regime de tempo integral, caracterizando-se como ensino em serviço. No qual, está pautado na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, tendo como proposta pedagógica a ESF e os NASFs.

Atualmente, o PRMSFC é composto por seis categorias profissões da área de saúde, a citar: Enfermagem, Odontologia, Psicologia, Nutrição, Fisioterapia e Serviço Social.

6.4.2 *Obstáculos encontrados no Programa*

Dentre os participantes dos técnicos da saúde e da educação, observamos depoimentos muito fortes que relatam os resultados encontrados na implantação do PSE.

Com relação a satisfação de trabalhar com o PSE, percebemos nos depoimentos dos participantes um certo descontentamento e desmotivação com relação aos programas governamentais:

[...] às vezes vejo que é mais um projeto que não vai dar certo. Mais um projeto do governo que começa e não termina. Nós estamos super lotados, a escola tem muita coisa prá fazer, os professores não têm condições, a coordenadora pedagógica também sobrecarregada (Entrevistado da Educação 06).

Mulher pra falar a verdade encontra mais dificuldade que facilidade (Entrevistado da Educação 01).

[...] as escolas ficam muito preocupadas quando as coisas vêm muito em cima da hora, pois temos que cumprir (Entrevistado da Educação 07).

Essa desmotivação é reflexo de descontentamento da gestão pública local, uma vez que as ações são impostas de forma vertical e autoritária, e as vezes passageiro, na maioria da

vezes sem continuidade dos programas governamentais. Boa parte da implantação desses programas aconteceu de forma vertical, não respeitando assim o contexto local, os sujeitos desta história e as experiências exitosas.

Antes ainda de iniciar a descrição de certos traços do conceito de poder, cabe destacar que Foucault (1979b) não tem uma teoria geral do poder, podendo ser aplicada a todas as relações de poder existentes em sociedade, em qualquer contexto. No entanto, o autor pretende trabalhar uma forma analítica de poder capaz de dar conta do seu funcionamento local, em campos e discursos específicos e em épocas determinadas.

O ponto de vista adotado pela analítica do poder assume uma reflexão com âmbito mais limitado a respeito desta problemática, procurando identificar e explicitar os diferentes mecanismos, táticas e estratégias empregadas, bem como a forma de funcionamento, das relações de poder na sociedade.

Além disso, uma das grandes dificuldades registradas foi a falta de comunicação entre os setores saúde e educação nas esferas regional, municipal e local.

A maior dificuldade é conseguir conciliar as agendas entre Educação e Saúde, pois apesar das duas terem que andar juntas ainda andam muito separados (Entrevistado da Saúde 01).

[...] inclusive quando houve a Semana Saúde na Escola, onde foi trabalhado o tema obesidade, a gente tentou fazer com que as atividades do PSE voltassem ao normal. Mas, devido serem duas realidades diferentes com programação e cronogramas diversos não conseguimos colocar em prática, pois é uma coisa assim que você não sei como fazer (Entrevistado da Saúde 01).

[...] as coisas acontecem no território, eles programam, mas não dão retorno prá gente na regional (Entrevistado da Saúde 05).

[...] essa dificuldade de sentar e de articular a gente se disponibiliza a sentar, mas é para tentar apagar os incêndios da saúde (Entrevistado da Educação 05)

A comunicação é algo que precisa ser disseminada e apropriada por diferentes sujeitos e entre diversos setores sociais. Não se promove Promoção da Saúde sem trabalhar em conjunto com diferentes setores.

Segundo os entrevistados, na maioria das vezes, o setor saúde tem uma forma de comunicação com outro setor um pouco autoritária, onde muitas vezes já diz o que veio fazer; como vai fazer; e, quando vai fazer. E, esquecem que, para produzir saúde a comunicação é mão dupla, ou seja, quando se trabalha com os equipamentos sociais no aspecto intersetorial precisamos ter a via que propõe a executar com a comunidade que irá receber.

Portanto, a intersetorialidade é algo que precisa ser trabalhado em rede, onde permita se deslocar desse espaço de poder científico para os demais saberes.

Além disso, alguns técnicos justificaram a ausência de comunicação em função de alguns distritos de saúde e educação não estarem localizados no mesmo espaço físico, tornando-se a distância uma barreira geográfica de diálogo e proporcionando assim o mal vínculo entre os dois setores.

Percebemos que essa falta de comunicação entre os dois setores Saúde e Educação nas esferas municipais (entre os gestores municipais), nas esferas regionais (com os técnicos regionais) e na esfera local (com os profissionais de saúde e professores) é forte e seus efeitos são adversos no território, havendo necessidade de diálogo e de conhecer o que o outro faz.

Um entrevistado da educação referencia a questão de apagar incêndio, utiliza-se de uma metáfora para exemplificar que o setor saúde trabalha em cima de demandas momentâneas que surgem a partir da necessidade. Organizar esse tipo de demanda no setor saúde é muito complexo, pois tudo na saúde é prioritário. Sendo assim, todas essas questões atrapalham a rotina da escola que trabalha a partir de um cronograma e metas a cumprir, dificultando assim a relação.

Outro aspecto importante exposto pelos participantes, e isso reflete na comunicação, é a linguagem dos profissionais entre os quais destacamos:

[...] o pessoal da saúde tem todo um linguajar que é diferente da educação, por exemplo: a gente fala posto e eles falam unidade de saúde, será que a gente tá falando a mesma coisa? Afinal, são tantas siglas e termos como NASF, CRAS, PSF, TB, HANS, IRA que fica muito complicado prá gente às vezes entender (Entrevistada da Educação 02).

[...] nós somos mediadores da comunicação dos profissionais de saúde com os alunos (Entrevistado da Educação 05).

A linguagem é uma das ferramentas de comunicação de fundamental importância, que precisa ser clara e objetiva para um bom entendimento do diálogo. Para os entrevistados, os profissionais de saúde devem parar de usar terminologia e siglas técnicas enraizadas na sua formação profissional. Portanto, essa linguagem técnica deve ser superada nas próprias regionais, e nas conversas dos profissionais de saúde com professores e comunidade para melhor fluir a comunicação e o diálogo do PSE.

Outro obstáculo que afeta o programa é o rodízio de profissionais que acontece no setor saúde.

Na minha regional quem é responsável pelo PSE na saúde é uma enfermeira, por exemplo de 2010 prá cá foi mudado três vezes de

técnicada do PSE. Devido eles serem contratados de repente encontram coisa melhor eles saem [...] (Entrevistado da Educação 02).

Prá gente da educação conseguimos ter esta permanência, pois somos na sua grande maioria todos concursados (Entrevistado da Educação 05).

[...] tenho a sensação que estou sempre começando, devido essa rotatividade de profissionais da saúde (Entrevistado da Educação 01)

Percebemos que essa precarização de trabalho não é realidade muito freqüente na área da educação, devido a maioria dos professores que hoje estão na rede de ensino municipal ocuparem o cargo de professor efetivo (servidor) ou professor temporário com contrato de dois, podendo ser renovado. Havendo assim certa estabilidade nas condições trabalhistas.

O processo de seleção utilizado pela Prefeitura Municipal de Fortaleza para ingresso da área da saúde, principalmente para os profissionais do NASF ou prestadores de serviço do Instituto de Desenvolvimento Tecnológico e Apoio à Gestão em Saúde (IDGS), possibilita um maior entendimento da conjuntura na qual a maioria dos profissionais de saúde estão inseridos. Os profissionais são escolhidos mediante indicação de um representante do poder legislativo municipal, e então, são convocados para assuntos do cargo quando da necessidade de inserção da categoria profissional pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

A precarização de trabalho caracteriza-se não apenas pela omissão da garantia de direitos trabalhistas e previdenciários, mas também pela ausência da realização de concurso ou seleção pública para a contratação de pessoal (BRASIL, 2006b).

Além disso, outro obstáculo que dificultou o processo de implantação do programa foi a sobrecarga de trabalho em ambos os setores Saúde e Educação.

[...] a educação tem uma rotina muito corrida e as equipes de saúde também tem os outros afazeres. Muitas vezes eu reconheço as dificuldades dos profissionais de saúde dizendo: não a gente tem muitas tarefas! Prá ir até escola e fazer palestras (pausa), eu prefiro fazer prevenção, eu tenho que acompanhar minha gestante [...] (Entrevistado da Saúde 01).

[...] os profissionais estão muito focado na parte curativa, eles ainda não estão focados na Promoção da Saúde, na Prevenção, então tem que haver uma melhor preparação, um maior estímulo até por que se o profissional de saúde procura a escola, e a escola não se apresenta apta a receber ele, então ele não vai querer mais ir lá (Entrevistado da Saúde 01).

No dia a dia quando diz assim: Tem o PSE prá fazer agora é urgente! Quem é que vai? Então, não tem ninguém prá ir, por que todas as pessoas têm outras prioridades daí fica de lado (Entrevistado da Educação 05).

[...] estou sufocada, pois tenho muito trabalho e não há mais espaço na agenda para assumir o programa (Entrevistado da Saúde 06).

Os discursos sobre a sobrecarga de trabalho estão mais presente nos profissionais da saúde em nível local, onde os mesmos lidam com várias questões relacionadas ao processo saúde-doença, com ações programadas atendidas de acordo com ciclo de vida em diferentes faixas etárias.

Existe equipe de PSE que diz estar altamente atarefada muitas vezes sendo uma desculpa para não colocar as ações do PSE em prática junto com a Educação, além de outras questões profissionais. No centro de saúde da família só tem uma equipe completa com médico generalista, por conta disso muitas vezes esse profissional tem que atender uma demanda suprimida que encontra-se na fila de espera para um atendimento. Devido a todos esses fatores, os técnicos da saúde e da educação percebe-se que a equipe NASF é a maior parceira das ações de Promoção de Saúde no território.

Por conta do rodízio permanente que há mais freqüente na equipe de profissionais da área da saúde, outros aspectos são consequência dessa situação é o caso do despreparo dos profissionais em assumir tal função de articulador municipal e regional, conforme as falas dos entrevistados:

Então acho assim, é muito mais motivante para professor quando tem estímulo, a gente tinha ações nas escolas sobre aqueles cursos de Protagonismos Juvenil, onde a gente dava curso para professores e pra os alunos serem multiplicadores (Entrevistado da Saúde 03)

A maioria dos professores tem pouco conhecimento sobre o PSE, pois não se foi trabalho esse assunto com eles (Entrevistado da Saúde 06).

Não cabe a nós da saúde fazemos, pois houve esse ano os encontros pedagógicos dos professores que eu participei e levei o conhecimento do PSE para esses professores (Entrevistada da Saúde 06).

[...] se você me perguntar se eu sei tudo do PSE? Não sei, de vez em quando eu vou lá dá assistência a escola, eu chego lá eles também não sabe, então por isto que não exigem (Entrevistado da Saúde 01).

Constatamos através dos depoimentos uma dificuldade dos profissionais de educação entenderem a finalidade do PSE, afinal não foi feita nenhuma capacitação para esses profissionais e isso é reflexo da forma como foi implantado o PSE. Observamos essa dificuldade, tanto é dos técnicos regionais responsável pelo programa como dos professores, de compreender o funcionamento do PSE e como se desenvolve as ações intersetoriais.

Outra dificuldade de compreensão dos profissionais de saúde e professores é a importância do programa para os setores da Saúde e da Educação estarem sempre juntos, no sentido de olharem na mesma direção. A escola precisa compreender a promoção da saúde como atividade que diz respeito a Educação, da mesma forma o profissional da saúde precisa

chegar na escola como educador e não como técnico em saúde. Portanto, ainda falta essa sensibilidade de perceber essa contribuição do outro e precisamos deixar de separar e burocratizar as coisas, como diz um Entrevistado da Educação (07): “- Á, isso é da saúde! Á, isso é da educação [...]”. Na realidade tem coisas que não são só da saúde e só da educação. Tem coisas que são muito mais da educação que da saúde. Portanto, a educação tem que incorporar um pouco dessa antropologia e de saberes em saúde e vice-versa. Em todo o processo temos o epistmo de anular alguns saberes e exaltar outros.

As práticas intersetoriais falam de uma realidade de atingir ou conhecer o contexto social, histórico e local do indivíduo.

Outro aspecto destacado como obstáculo para a implantação do PSE foram a estrutura física inadequada e ausência de matérias de Educação em Saúde, os depoimentos dos participantes da pesquisa relatam isso:

A estrutura física da regional é muito pequena, a gente não consegue promover eventos e é humanamente impossível, pois é muito complicado. Com tudo isso, a gente tem a educação que é muito grande, porém é muito longe daí tudo fica difícil, então é... tem o obstáculo da estrutura, tem o obstáculo do vínculo, existe vários obstáculos, mas assim, quando se quer consegue né! (Entrevistada da Saúde 01)

[...] recebemos um equipamento caríssimo para as atividades do PSE que são: kit bucal, aparelho de verificação de pressão, balança, estadiometro, tudo isso nós recebemos, vamos organizar planejamento nas escolas , com tempo tudo some começa a emprestar para o posto e não tem volta (Entrevistado da Educação 04).

O PSE foi implantado com várias precariedades de trabalho, acarretando o processo de desarticulação do programa no território. Segundo a fala de alguns técnicos no início da implantação do programa foram prometidos armário para guardar o material, birô, reforma de salas e até um carro para transporte, e até hoje as regionais só receberam o material para avaliação clínica e psicossocial.

No entanto, o PSE recebe um financiamento interministerial para a compra de materiais para ações de Promoção de Saúde na Escola. Mas, essa verba vai direcionada para Secretaria Municipal de Saúde, especificamente para a coordenação da atenção básica. O registro das atividades é considerado como um dos grandes obstáculos vivenciado no período da implantação do PSE:

O PSE está fazendo muita coisa, em várias regionais em toda Fortaleza, mas não tem indicador que possa monitorar esses avanços (Entrevistado da Saúde 02).

[...] na implantação do PSE tivemos que preencher aquelas fichas. Depois de preenchido todas as fichas ninguém sabe o que foi feito deste material (Entrevistado da Saúde 06).

Acompanhando o processo de implantação do PSE, observamos que existe uma grande lacuna no sentido de registrar e monitorar o que os profissionais estão fazendo e o que já foi feito. Afinal, o único instrumento de registro utilizado são as fichas de avaliação clínica e psicossocial que é uma espécie de diagnóstico do adolescente, e em muitas regionais essa ficha de registro está se perdendo pelo descuido dos profissionais responsáveis pelo PSE.

Para avaliar e monitorar determinada Política Pública é necessário que, seja construído junto com os atores sociais e os diversos setores indicadores que possam validar as ações de Promoção de Saúde no território.

Outro aspecto que chama atenção é o conflito de trabalhar de forma intersetorial, entre as duas esferas: Saúde e Educação que é considerado pelos entrevistados como um dos obstáculos da implantação deste programa.

Existe o conflito por que é complicado nas escolas, às vezes os alunos você vai fazer uma palestra e vai falar sobre sexo, daí o professor diz que você está estimulando ao aluno a fazer sexo, sendo que a novela estimula muito mais, as novelas que eles sentam com os próprios pais pra assistir (Entrevistado da Saúde 03).

Tem muito professor que critica, é, inclusive semana de sensibilização da gente teve um professor que foi muito complicado de lidar com ele, pois era uma pessoa homofóbica (Entrevistado da Saúde 02).

De uma forma geral, existe uma dificuldade da relação muito grande entre a Escola com o Posto, ou melhor, professores e profissionais de saúde. Então praticamente não existe essa relação! O que acontece é que tem esses projetos de saúde bucal que eles vem fazer a atividade aqui e vão embora mas não tem nenhum vínculo construído (Entrevistado da Educação 07).

Existem assuntos que nem todo profissional está preparado para abordar com adolescente. Todo educador precisa ter cuidado com os termos que são trabalhados em determinados temas e o método utilizado para dialogar esse conhecimento.

Para se construir um vínculo precisamos primeiramente nos permitir a conhecer o outro com suas potencialidades e limitações para com isso identificar o saberes que possam se complementar em prol da Promoção da Saúde, explicitam os participantes do estudo.

A intersetorialidade acontece a partir do protagonismo dos sujeitos, sendo necessários determinação e empenho, pois pressupõe um novo olhar e um novo agir sobre a realidade, focando em problemas prioritários, definidos de forma democrática (REDE UNIDA, 2000).

Para desenvolver ações de Promoção de Saúde de forma intersetorial, precisamos respeitar o outro, cultivar a harmonia e afetividade nas relações interpessoais, como demonstram os entrevistados.

[...] meu vínculo com a técnica da educação é muito bom. Quando vai haver evento a gente liga uma prá outra, se comunica por email [...]. Agora assim, das unidades de saúde com o pessoal da escola o vínculo é muito mais complicado (Entrevistada da Saúde 01).

A nível regional e gente tem uma relação muito boa, sentamos, conversamos, planejamos e dividimos as tarefas que eu fazia o que ela fazer nesse período da vacinação, na semana de saúde da escola. (Entrevistada da Educação 01).

A peculiaridade dessa falas refere-se a construção de vínculo e relações que começaram a ser construídas em algumas regionais. A intersetorialidade tem marcado o discurso da Promoção da Saúde, sendo considerada uma prática integradora de ações de diferentes setores que se complementam e interagem para um objetivo comum (WIMMER; FIGUEIREDO, 2006).

Atuar de forma intersetorial exige um esforço de mudança para superar um tipo de atuação marcado por ações isoladas e setorializadas, onde os serviços são ofertados separadamente, para avançar na resolução dos partir da proposta do PSE, requer compreender o espaço escolar como local estratégico para a Promoção da Saúde e articulação intersetorial e conferir uma outra lógica às ações voltadas para a escola, no sentido de possibilitar a construção de conhecimento compartilhado e a formação de atitudes saudáveis à vida.

6.4.3 Desafios a superar no Programa

O PSE por ser programa governamental novo apresenta inúmeros desafios para consolidação das atividades de Educação e Saúde, entre os quais se destacam:

[...] compreender como é que é no dia a dia o PSE, como é que acontece essas articulações, entre os setores saúde e educação e aos poucos é aprender como se aplica esse novo fazer que é a intersetorialidade (Entrevistado da Saúde 01).

[...] gargalo maior seria melhorar a comunicação partindo da esfera municipal, desencadeando a nível regional e a nível local é como se fosse efeito dominó (Entrevistado da Saúde 03).

[...] incluir o PSE como uma ação de planejamento da escola, estando dentro do PPP (Entrevistado da Educação 02).

É fazer com que os profissionais eles entendam que precisa se engajar no PSE, pois não é mais uma programa que chegou. Na realidade as ações que os profissionais de saúde fazem na unidade de saúde são as mesmas que agora irei fazer na escola, só muda o cenário, contexto local e o publico alvo (Entrevistado da Saúde 05).

O grande desafio é manter essas equipes completas, harmonizadas e as escolas entenderem que não é um trabalho da saúde, é um trabalho conjunto (Entrevistado da Educação 07).

O maior desafio para os entrevistados é realmente compreender como funciona o PSE, como essas articulações entre esses dois setores Saúde e Educação podem acontecer na prática. E aos poucos é aprender como é que se faz esse fazer novo dessas relações educação e saúde na perspectiva de trabalhar com promoção de saúde.

Outro desafio percebido é sensibilizar os profissionais, tanto da saúde como da educação, para a inovação de novas práticas de saúde na Saúde Coletiva.

O depoimento de alguns técnicos da educação, enfatizaram que a EqSF juntamente com a escola é quem irão manter e promover a saúde das criança e adolescentes. No entanto, a medida que PSE estiver bem isso reflete automaticamente nas ações do PSF, caso contrário as ações de Promoção de Saúde na escola começam a desandar.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao iniciarmos essa pesquisa pretendíamos compreender a percepção dos técnicos municipais e técnicos regionais dos setores de Educação e da Saúde sobre a implantação do Programa Saúde da Escola, no município de Fortaleza, uma vez que com esse estudo possibilitou a ampliação e aprofundamento sobre as impressões dos participantes com este programa.

Ao final do estudo acreditamos temos cumprido o objetivo proposto e deixado, de alguma forma, contribuição significativa para os que têm interesse pela temática, que é ainda pouco explorada em nosso País carecendo de mais estudos que possibilitem estudar alternativas reais que levem a promoção da saúde na escola e seus estornos.

O conceito ampliado de Promoção da Saúde tem como diretriz central a intersetorialidade, viabilizando as ações a partir da articulação entre a atenção básica de saúde, por meio da estratégia de saúde da família e as escolas da rede pública de ensino.

Para contemplar os objetivos pretendidos utilizamos a abordagem qualitativa, propiciando um momento de vocalização e escuta dos atores envolvidos na implementação do PSE, aproximando assim a pesquisa acadêmica às necessidades emergidas do programa.

Os caminhos metodológicos percorridos permitiram analisar e visualizar diferentes respostas, reações e (re)ajustes para atender desde a preocupação dos técnicos para a implantação/implementação de um PSE no município de Fortaleza como um todo, quanto a da pesquisadora em identificar e caracterizar a natureza do programa, dimensionando-o como um programa de Promoção da Saúde, ou não. Neste sentido, a análise crítica contribuiu para a criação de informação que poderá subsidiar a tomada de decisão e também a construção de elementos para compreender as mudanças que se processaram no programa.

Percebemos que, no que se refere ao processo de articulação, alguns pontos contribuíram para sucesso do processo de implantação do PSE, tais como: seminários regionais promovidas pelas Secretarias Municipais da Saúde e Educação; nas escolas que foram contempladas com PSE terem o Programa Mais Educação; lançamento da Caderneta do Adolescente; e, o Projeto Saúde e Prevenção na Escola ser um dos itens que faz parte do PSE. Ressaltamos que todas essas ações foram de fundamental importância para a implantação do PSE, entretanto a forma como foi feita deve ter contribuído para o processo de desarticulação, cujos resultados demonstram a interferências de vários fatores que corroboraram com o processo de desmobilização na implantação do PSE, dentre os quais destacamos: redução da equipe técnica central responsável pelo programa; rotatividade dos profissionais médicos e

outras categorias profissionais; falha de comunicação e não entendimento sobre a proposta do programa; e, ausência de recursos didáticos para trabalhar atividades de Educação em Saúde. Percebemos que a forma como foi implantada o PSE não foi adequada para o sucesso do Programa, pois sua implantação aconteceu de forma autoritária e vertical pela via Ministérios da Saúde e da Educação e o Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI) que coordenava a articulação entre as Secretarias Municipais de Saúde e de Educação, não respeitando e valorizando a participação dos sujeitos sociais, as necessidades e realidades locais de cada município.

Para que um programa dê resultados satisfatórios é preciso, primeiramente, que todas as pessoas compreendam de forma abrangente as principais atividades, processos e princípios que motivaram sua implantação no município ao qual se destina. Ao considerar os vários aspectos que compõem o processo de implantação do PSE em Fortaleza em cada uma das etapas onde ações se desenvolveram, bem como compreender os territórios das áreas programáticas de saúde e da educação componentes da proposta, foi possível dimensionar como as dinâmicas de cada regional implicaram na forma de implantação do PSE, na identificação de aspectos e mecanismos comuns, bem como suas características distintas e específicas de cada regional.

Outro ponto que desfavoreceu a implantação deste programa foi a rotatividade dos profissionais médicos e de outras categorias da área da saúde, prejudicando assim a continuidade das atividades e construção de vínculo entre a Educação.

Ressaltamos, ainda, a partir dos resultados da pesquisa, a dificuldade de Comunicação entre as três esferas (municipal, regional e local) e entre os setores (Saúde, Educação e os demais setores afins) como um entrave a implantação do Programa, necessitando que sejam criadas ferramentas de diálogo com intuito de superar essa dificuldade, tais como: I) Criar espaços de circulação da informação e conhecimento sobre ambos os temas Saúde e Educação; II) Criar espaços públicos de diálogo e interação onde possam surgir, confrontar, dialogar os distintos saberes acerca da saúde e da doença no território; III) Precisar tecer espaços que favoreça a troca de experiências exitosas entre regionais, setores e comunidade; IV) Criar agendas periódicas entre os setores Saúde e Educação que construir, planejar e avaliar ações conjuntas do PSE; e entre outros.

No que se refere à relevância do Programa para o município, percebemos que o PSE trabalha as dimensões: intersectorialidade; prevenção de doenças e agravos; saúde da criança e do adolescente; e, atividades de educação em saúde, dimensões são os pilares deste programa

na perspectiva da atenção integral a crianças e adolescentes na perspectiva do olhar da Promoção de Saúde.

O Envolvimento para se Trabalhar em Conjunto os setores de Saúde e de Educação no Programa foram analisados nas dimensões: periodicidade de trabalhar de forma intersetorial e as contribuições dos setores saúde e educação, possibilitando o entendimento de que trabalhar de forma intersetorial ainda é considerado um desafio, principalmente por não ficar claro o papel de cada setor no programa e não haver o compartilhamento da atuação do PSE, isso é reflexo do diálogo restrito que existe entre esses setores, abordando assim o cuidado integral a criança e adolescente a partir do seu núcleo de conhecimento sem a integração de saberes e práticas. Desta forma, a intersetorialidade pode ser aqui entendida como uma estratégia para garantir condições favoráveis ao alcance de metas e objetivos do programa, considerado que o PSE propõe congrega as políticas de educação e de saúde.

Ao se tratar da relação das esferas institucionais (Saúde x Educação) emergiram dimensões, tais como: facilidade de trabalhar com o programa, obstáculos encontrados no programa e desafios a superar no programa. Nessas dimensões, foram identificados fatores facilitadores e aspectos dificultadores, bem como características institucionais, ações incrementais e atores relevantes que poderiam influenciar no alcance dos objetivos do programa, os quais estão voltados principalmente para a intersetorialidade. Portanto, nesse âmbito a intersetorialidade foi considerada uma possibilidade de ação governamental para superar a fragmentação dos serviços, podendo influenciar no planejamento, na execução e na análise de resultados alcançados. Identificada como um processo difícil e não espontâneo, exige habilidades para lidar com conflitos, contradições e divergências.

Ao concluirmos a pesquisa esperamos deixar elementos que poderão contribuir para a reflexão crítica sobre o processo de implantação do PSE, no que se refere à articulação entre os setores da Saúde e da Educação. Esperamos ter apresentado alguns benefícios resultantes deste estudo, que poderão ser úteis a sociedade de modo geral, a comunidade científica e aos sujeitos da pesquisa, uma vez que participaram de todas as etapas do estudo e contribuíram para o desvelamento dos obstáculos e dos pontos exitosos na implantação do programa objeto desta investigação.

Temos a expectativa de que conhecer as fragilidades e os pontos de sucesso na implantação do PSE no município de Fortaleza constitui-se numa etapa importante para um programa dessa natureza e poderá subsidiar sua implantação em outras localidades, pois será possível especificar e qualificar os fatores que permeiam a intersetorialidade, deixando claras as relações de parceria, os papéis e as contribuições dos setores da Educação e de Saúde,

proporcionando assim novas reflexões sobre o PSE no contexto municipal e regional, em Fortaleza-Ce. E, com esses dados direcionará a construção de ferramentas de avaliação dos programas institucionais como também pensar em novas tecnologias de ensino em saúde que auxiliem no trabalho de Promoção de Saúde no contexto escolar.

Ao final da pesquisa, apresentamos sugestões e recomendações a partir dos resultados obtidos com o estudo, no sentido de assegurar que a implantação do programa em outro município seja precedidas de ampla reflexão sobre a necessidade de se considerar as seguintes ações: a) Adoção de dinâmicas e processos para o fortalecimento dessas ações intersetoriais, de forma mais articulada e sustentável; b) Criação agendas com reuniões periódicas e sistemáticas entre os sujeitos para se planejar, discutir e avaliar ações intersetoriais de Promoção da Saúde no ambiente escolar; c) Valorização de espaços de socialização da proposta do PSE para os demais setores, tendo como objetivo formar parcerias e tecer rede de cuidado para a atenção integral a criança e adolescente; d) Proposição de ação anual do PSE através de uma Mostra Regional das atividades exitosas, com intuito de promover a troca de experiências entre as regionais; e) Criação indicadores do PSE com intuito de avaliar o impacto dessas atividades no território, e f) Melhoria da comunicação entre o GTI, havendo assim um maior acompanhamento das atividades nas regionais.

Esta pesquisa não é conclusiva, mas abre caminhos para a reflexão e para que novos estudos sejam realizados na busca da melhoria da implantação de programas intersetoriais mais próximo do atendimento das demandas sociais, pois se sustenta na emancipação do sujeito, o que lhe garante o alcance da cidadania.

Consideramos cumprida essa etapa de nossa incursão na pesquisa, com satisfação e a esperança de que as constatações e os pontos de evidência suscitados possam subsidiar as discussões sobre Intersetorialidade e Promoção de Saúde no contexto saúde, educação e aos demais setores. Esperamos que as afirmações, reflexões e fundamentações aqui apresentadas possam ser analisadas e utilizadas, permitindo entreabrir algumas portas que lhes darão continuidade.

REFERÊNCIAS

- ALVES, S.V. Um modelo de educação em saúde para o programa saúde da família: pela integridade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface** (Botucatu) 2004; 9(16):39-52.
- ANTUNES, M. C. **A Promoção da Saúde: percurso e paradigma**. Professora-adjunta ESALD, Dez. 2005.
- ANDERY, M. A. P. A. *et al.* **Para compreender ciência: uma perspectiva histórica**. 8 ed. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo; São Paulo: EDUC, 1999.
- ANDRADE, L. O. M. de; BARRETO, I. C. H. C. Estratégia Promoção da Saúde e Cidades/Municípios Saudáveis: propostas de articulação entre saúde e ambiente. In: MINAYO, M. C. S.; MIRANDA, A. C. **Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.
- ANDRADE, L. O. M. de. **A saúde e o dilema da intersetorialidade**. São Paulo: Hucitec, 2006.
- ARISTÓTELES, **A ÉTICA**. São Paulo: Edipro, 2003.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 5. ed. Lisboa: Edições 70, 2008.
- BARRETO, R. F. **Saúde na Escola: análise dos conhecimentos e práticas sobre saúde escolar dos professores da rede municipal de saúde**. Fortaleza, 2008 – Dissertação de Mestrado – Universidade de Fortaleza.
- BARROS, L.O.; MATARUNA, L. Health in physical education classes. **Fiep Bulletin**. n. 75, 2004.
- BARROS, C. M. S. **Mediação Intersetorial para a Promoção da Saúde – o Projeto Transando Saúde do SESC**. Dissertação de Mestrado Apresentada a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. 2009; s.n; xv, 224 p.
- BODSTEIN, R. C. O debate sobre avaliação das práticas e estratégias em promoção da saúde. **Boletim Técnico do SENAC: Revista Educação Profissional**, Rio de Janeiro, v.35, n.2, maio/agosto, 2009; 07-15.
- BRASIL. Carta de Ottawa. **Primeira Conferência Internacional sobre promoção da saúde**. Ottawa, Ca, 1986. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao//Ottawa.pdf>>. Acesso em: 02 Jan. 2012.
- _____. Resolução CNS nº 196, de 10 de Outubro de 1996. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 201, p. 21082, 16 out. 1996. Seção 1.
- _____. Presidência da República. Casa Civil. **LEI Nº 9.394**, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Câmara de educação Básica Resoluções do Conselho Nacional de Educação** (1998) <http://zinder.com.br/legislacao/dcn.htm>. Acessado em 25/Nov/2012.

_____. Ministério da Educação e do Desporto. **Parâmetros Curriculares Nacionais**. Brasília: MEC/SEF, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. A promoção da saúde no contexto escolar. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 4, p. 533-535, 2002.

_____. Congresso Nacional. **Constituição da República Federativa do Brasil promulgada em 5 de outubro de 1988**. São Paulo: Saraiva, 2002a.

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

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. 2ª Ed. Rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. **Diretrizes para implantação do Projeto Saúde e Prevenção nas escolas**. Brasília, 2006 (série A – Normas e manuais técnicos).

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

_____. Ministério da Saúde. **Desprecarização do Trabalho no SUS: perguntas e respostas**. Brasília, 2006b, p. 29.

_____. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Escola Promotora de Saúde: experiências do Brasil**. Brasília, 2007a. 272 p. – (Série Promoção de Saúde; nº6).

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Os desafios do SUS**. In: _____ Sistema Único de Saúde. Brasília: CONASS, 2007b.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Saúde na Escola: promovendo a saúde integral dos estudantes do Brasil**. Brasília, 2008. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/>>. Acesso em: 10 jan. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Básica. **Manual do Programa Saúde na Escola: Ministério da Saúde, Ministério da Educação**, Brasília 2009a.

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

_____. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade. Diretoria de Educação Integral, Direitos Humanos e Cidadania. Nota técnica n. DEIDHUC/Secad/MEC de 02 de dezembro de 2009. Informa sobre a implantação do Sistema Integrado de Planejamento Orçamento e Finanças do MEC-SIMEC/PSE e orienta para

solicitação de senha pessoal, preenchimento dos formulários de Cadastro de Secretaria e liberação de senhas para os diretores das escolas. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?Itemid=%20%20%20Nota%20t%C3%A9cnica&gid=2162&option=com_docman&task=doc_download>. Acessado em: 02 dez. 2012. 2009c.

_____. Ministério da Educação. **Plano Nacional de Educação**. 15 dez. 2010. Disponível: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=16478&Itemid=1107>. Acesso em: 07 jan. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010a.

_____. Ministério da Educação. Secretaria da Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade. **Programas e Ações**. Brasília, DF: Ministério da Educação, 2010b. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=14578%3APrograma-saude-nas-escolas&catid=194%3Asecad-educacao-continuada&Itemid=817>. Acessado em: 01 dez. 2012.

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

_____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Profissional e Gestor. **Perguntas mais Frequentes**. 2012. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=38080&janela=1. Acessado em: 05 dez. 2012.

BUSS, P. M. [et al]. **Promoção da saúde e a saúde pública**. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, julho de 1998.

BUSS, P. M. **Promoção e Educação em Saúde no Âmbito da Escola de Governo em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública**. Cad. Saúde Pública, 1999; 15(2): 177-85.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CEZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (org.) **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendência**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

BZUNECK, J. A.; GUIMARÃES, S. E. R. A promoção da autonomia como estratégia motivacional na escola: uma análise teórica e empírica. In: BORUCHOVITCH, E.; BZUNECK, J. A.; GUIMARÃES, S. E. R.(Org.). **Motivação para aprender: aplicações no contexto educativo**. Petrópolis: Vozes, 2010. p. 43-70.

CABRAL, I.E.; TYRREL, M.A.R. **O Objetivo de Estudo e a Abordagem Qualitativa na Enfermagem**: Novas metodologias aplicadas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

CATALAN, V. G. [et al.]. Percepção Corporal de Adolescentes em Ambientes Escolares. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**. Fortaleza, 24(4): 390-395, out./dez., 2011.

CARVALHO, Y. M.; CECCIM, R. B. Formação e Educação em Saúde: Aprendizados com a Saúde Coletiva. In CAMPOS, G. W. S. et al. (org.), **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, p. 139-170, 2009.

CAMPOS, G. W.; BARROS, R. B.; CASTRO, A. M. **Avaliação de política nacional de promoção da saúde**. Cien Saude Colet. 2004; 9(3):745-749.

CATRIB, A.M.; F., [et al.]. Promoção da Saúde: saber fazer em construção. In: BARROSO, M.G.T.; VIEIRA, N.F.C.; VARELA, Z.M.V. **Educação em Saúde no contexto da Promoção Humana**. Fortaleza: Demócrito Rocha, 2003.

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

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (org.) **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

CZERESNIA, D.; MACHADO, C. F. (Orgs). **Promoção da Saúde: conceitos, concepções e tendências**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2002.

DISKIN, L.; ROIZMAN, L. G. **Paz, como se faz?: semeando cultura de paz nas escolas**. Rio de Janeiro: Governo do Estado do Rio de Janeiro, UNESCO, Associação Palas Athena, 2002. 95p.

FERRIANI, M. G. C.; CANO, M. A. T. Articulação educação e saúde. A percepção dos atores sociais que utilizam o Programa de Assistência Primária de saúde escolar – PROASE – no município de Ribeirão Preto. **Acta Paulista Enfermagem**. v. 11, n. 1. São Paulo, 1998, p. 46-55.

FISCHER, R. M. B. Foucault e a análise do discurso em educação. Tese de Doutorado. Faculdade de Educação e Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. **Cadernos de Pesquisa**, n. 114, p. 197-223, novembro/ 2001.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, Jan. 2008. Disponível em<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2008000100003&lng=en&nrm=iso>acesso em 02 Jan. 2012.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 12ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979. 295p.

FOUCAULT, M. **A vontade de saber**. 2ª edição. Rio de Janeiro, Ed. Graal, 1979b.

FURTADO, J. P. Avaliação de Programas e Serviços. In: CAMPOS, G. W. S. [et al.]. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009.

GAZZINELLI, M. F.; GAZZINELLI, A.; REIS, D. C.; PENNA, C. M. M. Educação em saúde: conhecimentos sociais e experiências da doença. **Caderno de Saúde Pública** 2005; 21(1):200-206.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GIL, A. C.; LICHT, R. H. G.; SANTOS, B. R. M. **Por que fazer pesquisa qualitativa em saúde?** Caderno de Pesquisa em Ciências da Saúde. Vol. 1. Nº 2 – 2º semestre de 2006.

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

GONÇALVES, F. D. *et al.* A promoção da saúde na educação infantil. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**. v. 12, n. 24, p. 181-192, jan. /mar. 2008.

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

KYLE, U. G. [*et al.*]. Physical activity and fat-free mass by bioelectrical impedance in 3853 adults. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, [S.I.], v. 33, p. 576-584, 2001.

HARADA, J. *et al.* **Cadernos de Escolas Promotoras de Saúde – I**. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Saúde Escolar. Disponível em: <<http://www.sbp.com.br/img/cadernosbpfinal.pdf>> Acesso em: 30/10/2012.

HARTZ, Z. M. A. [*et al.*]. Uso de Modelos Teóricos na Avaliação em Saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. (org.). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

IBGE – **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=ce>>. Acesso em 10 jan. 2012.

JUNQUEIRA, L. A. P. A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. **Saúde e Sociedade**. 2004; 13(1): 25-36.

JUNQUEIRA, L. A. P. **Descentralização e inter-setorialidade na gestão pública municipal**. In: CLAD 97. São Paulo: FUNDAP-Textos Técnicos. 1997. Disponível em: <<http://www.fundap.sp.gov.br/publicacoes/TextosTecnicos/textec4.htm>>.

_____. Legislação Educacional. **Parâmetros Curriculares Nacionais**. Disponível: <http://www.educacional.com.br/legislacao/leg_i.asp>. Acesso em: 07 jan. 2012.

LALONDE, M. O conceito de “campo da saúde”: uma perspectiva canadense. In: **Organização Pan-americana de Saúde: uma antologia**. Publicação Científica; 557. Washington DC, 1996.

LEONELLO, V.M.; L'ABBATE, S. Educação em Saúde na escola: uma abordagem do currículo e da percepção de alunos de graduação em Pedagogia. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.10, n.19, p.149-66, 2006.

LIMA, G. Z. **Saúde Escolar e Educação**. São Paulo: Cortez, 1985. 160 p.

LINS, R. G. Atividade Física como objeto das Políticas Públicas. **Revista digital efdeportes.com**. Nº 111, Buenos Aires, agosto de 2007.

MALDONATO, L. A.; AZEVEDO, A. M. F.; CASTRO, I. R. R. O Programa de Alimentação Escolar como Estratégia de Promoção da Saúde na cidade do Rio de Janeiro. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Escolas promotoras de saúde: experiências no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

MARCONDES, W. B. **A Convergência de referências na Promoção da Saúde**. Saúde e Sociedade v.13, n.1, p.5-13, jan-abr 2004.

MATSUDO, S. M. M. [*et al.*]. Nível de atividade física em crianças e adolescentes em diferentes regiões de desenvolvimento. **Revista APEF**, [S.I], v. 3, n. 4, 1998.

MEDEIROS, M. L. [*et al.*]. Escolas Promotoras de Saúde a partir do Programa de Prevenção e Violências nas escolas em Maceió – Alagoas. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Escolas promotoras de saúde: experiências no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

MELO J. A. C. **Educação Sanitária: uma visão crítica**. Caderno do Cedes. Cortez Editora. São Paulo/SP, 1987.

MENDES, R.; WESTFHAL, M. F. O Ensino de Saúde como Aprendizado para a Cidadania e a Construção da Escola Saudável. **Caderno Temático Saúde da Criança**. Secretaria Municipal de São Paulo, 2003, p. 277-278.

MINAYO, M. C. S. **Técnicas de Pesquisa**. P.261-297. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza. O Desafio do Conhecimento. 11 ed. São Paulo: HUCITEC, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE E MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Portaria nº. 1.861**, republicada em 04 de setembro de 2008, com a finalidade de regulação da adesão dos Municípios ao Programa Nacional de Saúde na Escola. Brasília, DF. 2008a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE E MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Portaria Interministerial nº 675 em junho de 2008 que **cria a Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola (CIESE) e estabelece diretrizes da política de educação e saúde na escola**, em conformidade com as políticas nacionais de educação e com os objetivos, princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF. 2008b.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO ESPORTO. Secretaria de Educação Fundamental. Parâmetros Curriculares Nacionais. **Introdução aos Parâmetros Curriculares Nacionais**. Brasília, DF, MEC/SEF, 1997.

MONNERAT, G. L.; SOUZA, R. G. **Política social e intersetorialidade: consensos teóricos e desafios práticos / Social**. SER Social. Brasília. 2009; 12(26): p. 200-220.

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

NAHAS, M. V. **Atividade Física e Qualidade de Vida**. 2º ed. Londrina: Midiograf, 2001.

NEWELL, K. M. **Physical Education: Chaos out of order**. *Quest*, 42 (3), 227-242, 1990.

OLIVEIRA, E. N. [et al.]. A promoção da saúde e a interface com a educação: a experiência do município de Sobral – Ceará. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Escolas promotoras de saúde: experiências no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

OMS. Carta de Ottawa, p.11-18. In: Ministério da Saúde /FIOCRUZ. **Promoção da saúde: Carta de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá**. Brasília: Ministério da Saúde: 1986.

OMS. Glosario de Promoción de La Salud: sección I – Lista de términos básicos. **Promoción de la Salud – Glosario**. Universidad de Sydney, Austrália: 1998.

_____. Declaração de Sundsvall . **Terceira Conferência Internacional de promoção da saúde**. 9-1991 Jun 9-15; Sundsvall, Suécia. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Sundsvall.pdf>>. Acesso em: 02 Jan. 2012.

_____. Declaração de Alma-Ata. **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**. 1978 Set 6-12. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 02 Jan. 2012.

_____. Declaração de Adelaide. **Segunda Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde**. 1988 Abr 5-9. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Adelaide.pdf>>. Acesso em: 02 Jan. 2012.

_____. Declaração de Santafé de Bogotá. **Conferência Internacional de Promoção da Saúde**; 1992 Nov 9-12; Santafé de Bogotá; Co. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Santafe.pdf>>. Acesso em: 02 Jan. 2012.

_____. Declaração de Jacarta, Indonésia. **Conferência Internacional de Promoção da Saúde**. 1992 Nov 9-12; Santafé de Bogotá; Co. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/jacarta.pdf>>. Acesso em: 02 Jan. 2012.

Organización Pan-Americana de La Salud – OPAS. **Rede Latino americana de Escuelas Promotoras de la Salud**. Washington (DC) 1999; FAO.

PAPOULA, S. R. **O processo de trabalho intersetorial das Equipes de Saúde da Família no município de Petrópolis-RJ**: fatores restritivos e facilitadores Dissertação de Mestrado apresentada a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. 2006; 186p.

REDE DE MEGAPAISES. **Rede de Megapaíses para a Promoção da Saúde**. 1988, Mar 18-20; Genebra, Suíça. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Mgpaises.pdf>>. Acesso em: 03 Jan. 2012.

REDE UNIDA. **Intersectorialidade na Rede Unida**. Saúde em Debate 2000; 24(55).

RODRIGUES, M. S. P.; LEOPARDI, M. T. **O método de análise de conteúdo: uma versão para enfermeiros**. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1999.

Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. (SMSF). Disponível em: <<http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br/microarea/geral.asp#> Acesso em: 18 out. 2011.

SAMAJA, J. **Epistemología y metodología**. Elementos para una teoría de la investigación científica. Buenos Aires: EUDEBA, 1996, 414 p.

SÍCOLI, J. L.; NASCIMENTO, P. R. Promoção da Saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface – Comunic., Saúde, Educação**, v.7, nº 12, p. 91-112, fev. 2003.

SIGERIST, H. E. Health. In: SIGERIST, H.E. Medicine and human welfare. Yale University Press. Reproduzido em **Journal of Public Health Policy**. Vol. 17, n. 2, 1996.

SIGERIST, H. E. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. **Promoção de saúde: reflexões, conceitos, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.

SILVA, R. D. *et al.* Mais que educar... ações promotoras de saúde e ambientes saudáveis na percepção do professor da escola pública. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde (RBPS)**. Fortaleza, 24(1): 63-72, jan./mar., 2011.

SILVA, C. S. Escola Promotora de Saúde: uma visão crítica da Saúde Escolar. **Cadernos de Escolas Promotoras de Saúde – I** Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Saúde Escolar, 2005.

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

SPERANDIO, A. M. G. [*et al.*]. Caminho para a construção coletiva de ambientes saudáveis: São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 643-654, 2004.

STACHTCHENKO, S.; JENICEK, M. Conceptual differences between prevention and health promotion: research implications for community health programs. **Canadian Journal of Public Health**, 81:53-59, 1990.

STEWART-BROWN, S. **What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach?** Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report; <http://www.euro.who.int/document/e88185.pdf>, accessed 01 March 2006).

TRIVINOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo, Atlas, 1987.

The WHOQOL Group. **Development of the world Health organization WHOQOL-Bref quality of life assessment**. Psychol Med 2000; 28(3):551-558.

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

VERDI, M.; CAPONI, S. **Reflexões sobre a promoção da saúde numa perspectiva bioética**. Universidade Federal de Santa Catarina - SC: Texto & contexto enfermagem, 2005; 14(1): p. 82-88.

WESTPHAL, M. F. Promoção da Saúde e Prevenção de Doença. In CAMPOS, G. W. S. *et al.* (org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo/ Rio de Janeiro: Hucitec/ Fiocruz, p. 635-667, 2006.

WIMMER, G.F.; FIGUEIREDO, G. O. **Ação coletiva para qualidade de vida: autonomia, transdisciplinaridade e intersetorialidade**. Cien saude colet 2006; 11(1):145-154.

ZANCAN, L. Cidades Saudáveis: a intersetorialidade como desafio para um novo modelo de gestão. In: **O processo de construção da rede de municípios potencialmente saudáveis** (SPERANDIO, A. M. G., org). 2003; Campinas, São Paulo: Unicamp: Pró reitoria de Extensão e Assuntos Comunitários, p. 49-64.

APÊNDICES



**UNIVERSIDADE DE FORTALEZA – UNIFOR
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**

ROTEIRO SEMI-ESTRUTURADO DE ENTREVISTA

Instrumento dos Técnicos Municipais dos Setores Saúde e Educação

1. Na sua opinião, como ocorreu o processo de implantação do Programa Saúde na Escola.

2. Você concorda com a forma com que foi implantado o programa? Por que?

3. Quais as estratégias utilizadas para a seleção das escolas e unidades de saúde para o desenvolvimento do Programa Saúde na Escola?

4. Quais as contribuições dos setores da Educação e da Saúde na implantação do Programa Saúde na Escola?

5. Quais as potencialidades, dificuldades e/ou desafios associados ao Programa Saúde na Escola?



**UNIVERSIDADE DE FORTALEZA – UNIFOR
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA
ENTREVISTA GRUPAL OU GRUPO FOCAL**

Instrumento dos Técnicos Regionais dos Setores de Saúde e da Educação

GUIA DE TEMAS GERADORES

TEMA GERADOR 1:

Implantação do Programa Saúde na Escola

1. Como aconteceu a implantação do PSE na regional?
2. Qual a relevância desse programa para o município?
3. Os profissionais envolvidos nesse programa foram preparados para trabalhar com esse programa?

TEMA GERADOR 2:

Contribuições dos setores da esfera de Saúde e Educação para o programa

1. Qual a frequência com que os profissionais dos dois setores trabalham juntos com PSE?
2. Existe algum conflito de trabalhar de forma intersetorial, entre as duas esferas: Saúde e Educação?
3. De que forma os profissionais de saúde e da educação trabalham a promoção de saúde nos espaços educacionais?
4. Quais as contribuições dos setores da saúde e da educação na implantação do Programa Saúde na Escola?

TEMA GERADOR 3:

Facilidades, Obstáculos e Desafios do Programa Saúde na Escola

1. Quais as facilidades encontradas ao trabalhar com o PSE?
2. Quais os obstáculos apontados em trabalhar com esse programa?
3. Quais os desafios encontrados deste programa?



FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA
VICE-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Os pesquisadores (as) Georgia Medeiros Paiva e Ana Maria Fontenelle Catrib convidam o Sr (a) a participar de livre e espontânea vontade da pesquisa **IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA PÚBLICA DE FORTALEZA: RELATOS DE ESTUDOS AVALIATIVOS**, cujo objetivo será avaliar a percepção de gestores, técnicos e representantes locais dos setores Educação e da Saúde sobre a implantação do Programa Saúde da Escola, no município de Fortaleza – Ceará.

1. PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA: Para participar desta pesquisa você deverá responder uma entrevista e nos autorizar a usar as informações e fotos tiradas durante a sua participação na pesquisa para fins exclusivamente acadêmicos (congressos, publicações, sala de aula etc). Só os pesquisadores envolvidos neste projeto terão acesso às informações. Para manter sua privacidade e anonimato, seu nome não será utilizado, sendo substituído por um nome fictício.

Informamos que a qualquer momento você poderá desistir da participação da mesma. Pode, também, fazer qualquer pergunta sobre a pesquisa aos pesquisadores. Após ler este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e aceitar participar do estudo, solicitamos a assinatura do mesmo em duas vias, ficando uma em seu poder.

Lembramos que a sua participação é voluntária, você tem a liberdade de não querer participar, e pode desistir, em qualquer momento, mesmo após ter iniciado a entrevista sem nenhum prejuízo para você.

2. RISCOS E DESCONFORTOS: A pesquisa apresenta risco mínimo, pois as perguntas utilizadas no instrumento de coleta de dados serão referentes à implantação do Programa Saúde na Escola o que pode gerar algum desconforto, como por exemplo, ansiedade, vergonha, etc. São necessárias como atitudes fundamentais, a abertura, a flexibilidade, a capacidade de observação e de interação com o grupo envolvido na pesquisa.

3. BENEFÍCIOS: Os benefícios esperados com o estudo servirá tanto para a sociedade geral, científica e os sujeitos da pesquisa. Portanto, esse benefício poderá

especificar e qualificar os fatores que permeiam na intersetorialidade, deixando claro as relações de parceria, os papéis e as contribuições dos setores da Educação e de Saúde, proporcionando assim novas reflexões sobre o Programa Saúde na Escola no contexto municipal, regional e local, em Fortaleza-Ce. E, com esses dados direcionará a construção de ferramentas de avaliação dos programas institucionais como também pensar em novas tecnologias de ensino em saúde que auxiliem no trabalho de Promoção de Saúde no contexto escolar.

4. FORMAS DE ASSISTÊNCIA: Se você precisar de alguma orientação por se sentir prejudicado por causa da pesquisa, ou se o pesquisador descobrir que durante as entrevistas será necessário realizar apoio psicológico, você será encaminhado (a) para os profissionais de psicologia dos Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF) que estão inseridos nas unidades de saúde do município de Fortaleza.

5. CONFIDENCIALIDADE: Todas as informações que o (a) Sr.(a) nos fornecer durante a entrevista e grupo focal serão utilizadas somente para esta pesquisa. Suas respostas e suas informações conforme sua experiência ficarão em segredo e o seu nome não aparecerá em lugar nenhum do instrumento da coleta de dados e fitas gravadas.

6. ESCLARECIMENTOS: Se tiver alguma dúvida a respeito da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, pode procurar a qualquer momento o pesquisador responsável.

Nome do pesquisador responsável: Georgia Medeiros Paiva
Endereço: Av. Washington Soares, nº 1321
Telefone para contato: 9927-0536 / 3477-3280
Horário de atendimento: De quarta à sexta-feiras de 13h30 as 17h10.

Se desejar obter informações sobre os seus direitos e os aspectos éticos envolvidos na pesquisa poderá consultar o Comitê de Ética da Universidade de Fortaleza, CE.

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – COÉTICA
Universidade de Fortaleza.
Av. Washington Soares, 1321, Bloco da Reitoria, Sala da Vice-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, 1º andar.
Bairro Edson Queiroz, CEP 60811-341.

Telefone (85) 3477-3122, Fortaleza, CE.

7. RESSARCIMENTO DAS DESPESAS: Caso o (a) Sr.(a) aceite participar da pesquisa, não receberá nenhuma compensação financeira.

8. CONCORDÂNCIA NA PARTICIPAÇÃO: Se o (a) Sr.(a) estiver de acordo em participar deverá preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós-esclarecido que se segue, e receberá uma cópia deste Termo.

O sujeito de pesquisa ou seu representante legal, quando for o caso, deverá rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – apondo sua assinatura na última página do referido Termo.

O pesquisador responsável deverá da mesma forma, rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – apondo sua assinatura na última página do referido Termo.

MODELO DO CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr.(a) _____, portador(a) da cédula de identidade N° _____, declara que, após leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa.

E, por estar de acordo, assina o presente termo.

Fortaleza-CE, _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante

Ou Representante legal



Impressão dactiloscópica

Assinatura do Pesquisador

ANEXO



FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA
ENSINANDO E APRENDENDO

UNIVERSIDADE DE FORTALEZA
VICE-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
Comitê de Ética em Pesquisa – COÉTICA

PARECER N.º. 403/2011

Projeto de Pesquisa: Implantação do Programa Saúde na Escola Pública de Fortaleza: relatos de estudos avaliativos.

Pesquisador Responsável: Georgia Medeiros Paiva

Data de apresentação ao COÉTICA: 10/11/11

Registro no COÉTICA: 11-560

CAAE: 0564.0.037.000-11

Parecer: Aprovado na data 08/12/11

Obs.: O(a) pesquisador(a) deverá apresentar uma cópia do relatório final ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade de Fortaleza.

Marília Joffily Pereira da Costa Parahyba

Prof. Marília Joffily Pereira da Costa Parahyba
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFOR – COÉTICA