



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UnB

Instituto de Psicologia - IP

Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde

Programa Saúde na Escola: A Intersetorialidade em Movimento

MARIA EDNA MOURA VIEIRA

Brasília-DF, Setembro de 2013



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UnB

Instituto de Psicologia - IP

Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde

Programa Saúde na Escola: A Intersetorialidade em Movimento

MARIA EDNA MOURA VIEIRA

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde, área de concentração Psicologia da Saúde.

ORIENTADORA: Professora Dra. Maria Cláudia Santos Lopes de Oliveira

Brasília-DF, Setembro de 2013

FICHA CATALÓGRAFICA

Vieira, Maria Edna Moura

Programa Saúde na Escola: A Intersetorialidade em Movimento /
Maria Edna Moura Vieira. – Brasília, 2013.

121 f. : il.

Dissertação (mestrado) - Universidade de Brasília, Instituto de
Psicologia, Programa de Pós-graduação em Processos de
Desenvolvimento Humano e Saúde, 2012.

Inclui bibliografia.

1. Ensino na Saúde. 2. Metodologias Ativas. 3. Saúde Coletiva-
Educação Permanente. I. Título.

CDU 614

Catálogo na fonte por Maristela da Fonseca/CRB1 2475

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APRESENTADA A SEGUINTE BANCA EXAMINADORA:

Prof^a. Dra. Maria Cláudia Santos Lopes de Oliveira - Presidente
Instituto de Psicologia/Universidade de Brasília

Prof^a. Dra. Larissa Polejack Brambatti - Membro
Instituto de Psicologia/Universidade de Brasília

Eliane Maria Fleury Saidl - Membro
Instituto de Psicologia/Universidade de Brasília

Prof. Dr. José Ivo dos Santos Pedrosa - Suplente
Centro de Ciências da Saúde/Universidade Federal do Piauí

Brasília, Setembro de 2013

“A cada dia que vivo, mais me convenço de que o desperdício da vida está no amor que não damos, nas forças que não usamos, na prudência egoísta que nada arrisca, e que, esquivando-se do sofrimento, perdemos também a felicidade. A dor é inevitável. O sofrimento é opcional”.

(Carlos Drummond de Andrade)

AGRADECIMENTOS

Terminada mais essa etapa de formação, não posso deixar de lembrar de todos (as) os que me auxiliaram e orientaram nessa caminhada, principalmente professores (as) e também amigos (as), com quem partilhei as dúvidas e as dificuldades encontradas, por vezes difíceis de ultrapassar. Foram também eles (as), nesta teia de relações interpessoais, que me deram a força para continuar. Os obstáculos, marcados por exigências da vida profissional e, principalmente, pessoal foram muitos e quero deixar aqui expressa a minha gratidão para quem ao longo do tempo esteve presente e me auxiliou. Aos meus filhos, Pedro Henrique, João Paulo, Paulo Ricardo e Gabriel, expliquei a importância de um percurso de evolução que me era essencial enquanto pessoa e profissional. Pedi a compreensão e tolerância deles para as minhas ausências. Espero que eu possa constituir referência, não apenas como mãe, mas como ser humano empenhado em realizar os seus sonhos de vida.

Agradeço aos meus filhos, pois, pela cumplicidade e paciência em períodos de maior trabalho, aos familiares que mais de perto convivem comigo, aos amigos (as) que ouviram as minhas dúvidas e me deram importante contribuição e apoio mais do que especiais, nomeadamente, Socorro Goulart e Zaira Botelho. Agradeço também às amigas Sâmia Araújo, Simone Silva e Diita Fontoura, sempre presentes, amizade construída e enraizada, nessa trajetória de mestrado.

De uma forma muito especial e carinhosa, manifesto aqui o meu agradecimento às minhas queridas amigas Silvana Rossi (Duda) e Raquel Turci Pedroso pela oportunidade do trabalho dotado de sentido e pelo vivenciar da prática da gestão compartilhada e intersetorial, que tão sabiamente souberam conduzir à época a frente da gestão do PSE.

Agradeço, à Prof^a Doutora Maria Cláudia Oliveira, da Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia, por me dispensar o seu apoio constante e sábia orientação.

Agradeço, igualmente à Prof^a Doutora Clelia Parreira, da Saúde Coletiva - UnB, pelos preciosos momentos de sala de aula e amorosidade.

Por último, mas não menos importante, um agradecimento especial e de coração ao meu amigo Rocha Rodrigues.

RESUMO

Este trabalho explora e analisa o desenvolvimento de iniciativas, Programas e Projetos no contexto das Políticas Públicas para a promoção da saúde na escola. É produto de uma pesquisa exploratória e descritiva acerca do princípio da intersetorialidade no âmbito do Programa Saúde na Escola - PSE, sendo seu universo composto por 201 profissionais dos Grupos de Trabalho Intersetoriais Municipais - GTIMs e 06 dos Grupos de Trabalho Intersetoriais Estaduais - GTIEs do PSE, participantes de Oficina Estadual de Formação do PSE e do II Encontro Nacional dos GTIEs. Os dados obtidos por meio de questionário e entrevista, no contexto geral, corresponderam às cinco regiões do país, abrangendo 09 Estados e 170 Municípios. A análise dos dados quantitativos foi produzida utilizando o software Access e a dos dados qualitativos foi construída por meio de análise temática, inspirada na proposta de análise de conteúdo. A pesquisa teve um caráter participativo, à medida que o contexto investigado é também parte da atuação profissional da pesquisadora. Além de apresentar, como contribuição, os percursos pedagógicos da educação brasileira e as posições distintas que se podem identificar no debate sobre a relação entre saúde e educação, o estudo aponta avanço no processo de articulação intersetorial saúde/educação, articulação interfederativa em regime de colaboração por meio dos GTIs, entre os quais, à adesão ao Programa, no exercício de 2013, quando 85,67% dos municípios brasileiros assinaram o termo de compromisso. Por outro lado, não se avançou no processo de formação permanente e continuada dos profissionais da saúde e da educação envolvidos no contexto escolar, principalmente no que diz respeito às temáticas relacionadas à promoção e prevenção de agravos e doenças, tais como: Sexualidade, Cultura de Paz, Prevenção de Violência e Homofobia. Propõe-se atentar para a postura ética dos gestores como parte relevante para a qualidade do trabalho intersetorial de forma compartilhada e corresponsável.

Palavra Chave: Saúde na Escola. Promoção da Saúde. Intersetorialidade. Ensino em Saúde. Gestão Pública.

ABSTRACT

This paper explores and analyses the development of initiatives, programs and projects in the context of public policies for health promotion in schools. It is the result of an exploratory and descriptive research about the principle of intersectionality within the Health at School Program – PSE. Its universe consists of 201 professionals of the Municipal Intersectoral Working Groups - GTIMs and six State Intersectoral Working Groups - GTIEs amongst the PSE participants of the Workshop of State Formation and the II National Meeting the of GTIEs. Data obtained through questionnaire and interview, in the general context, involved the five regions of the country, covering nine states and 170 municipalities. The quantitative data analysis was produced using the Access software and the qualitative data were built through thematic analysis, inspired in the analysis of contents. The survey had an interventionist approach, as the participative context is also part of the professional work of the researcher. Besides presenting, as a contribution, the pedagogical paths of Brazilian education and the different positions that can be identified in the debate on the relationship between health and education, the study shows improvement on the process of health/education intersectoral linkages, collaborative interfederative articulation through GTIs, including the adherence to the program in the year 2013, considering that 85.67 % of the Brazilian municipalities signed the commitment document. On the other hand, no progress has been made in the process of permanent and continued professional training of health and education involved in the school context. It is particularly true with regard to issues related to the promotion and prevention of injuries and diseases such as: Sexuality, Culture of Peace, Violence Prevention and Homophobia. It suggests the need to focus on the ethical behaviour of the managers as a relevant part to the achievement of quality in a shared and co-responsible intersectoral way of working.

Key-words: Health at School. Health Promotion. Intersectionality. Health Education. Public Management.

LISTAS DE SIGLAS

PSE	Programa Saúde na Escola
ABS	Atenção Básica em Saúde
AC	Análise de Conteúdo
CF	Constituição Federal
CNS	Conferencial Nacional de Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
DCNs	Diretrizes Curriculares Nacionais
EJA	Educação de Jovens e Adultos
EP	Educação Permanente
EPS	Escola Promotora de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
FM	Faculdade de Medicina
FS	Faculdades de Ciências da Saúde
GTIEs	Grupos de Trabalho Intersetoriais Estaduais
GTIF	Grupo de Trabalho Intersectorial Federal
GTIMs	Grupos de Trabalho Intersetoriais Municipais
GTIs	Grupos de Trabalho Intersectoriais
IES	Instituições de Ensino Superior
IDEB	Índice de Desenvolvimento Educacional Básico
LDB	Lei de Diretrizes e Base da Educação
MEC	Ministério da Educação
MOPS	Movimento Popular de Saúde
MS	Ministério da Saúde
PABAEE	Programa de Assistência Brasileiro-Americana à Educação Elementar
PNE	Plano Nacional de Educação
PNEP	Política Nacional de Educação Permanente
PPP	Projetos Políticos Pedagógicos
PRÓ- SAÚDE	Programa Nacional de Reorientação da Formação em Saúde
OPAS	Organização Panamericana em Saúde
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SGEP	Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
SGTES	Secretária de Gestão, Trabalho e Educação em Saúde

SINAES	Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior
SPE	Saúde e Prevenção na Escola
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a educação, a ciência e a cultura
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UnB	Universidade de Brasília
UR	Unidades de Registros

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** Concepções, objeto, finalidade das ações sanitárias
- Figura 2** Arranjos de Saúde na Escola – Evolução Histórica
- Figura 3** Critérios de Adesão Programa Saúde na Escola – PSE
- Figura 4** Nº de municípios que aderiram ao PSE por ano
- Figura 5** Regulamentação do Programa Saúde na Escola – PSE
- Figura 6** Descrição das ações por componentes e modalidade de ensino/2013
- Figura 7** Matriz representativa da gestão do PSE
- Figura 8** Quantitativo de questionários respondidos por estados
- Figura 9** Grau de Escolaridade dos atores dos GTIMs/PSE, participantes da pesquisa
- Figura 10** Faixa etária dos GTIMs
- Figura 11** Tempo de atividade dos atores nos GTIMs/PSE (em meses)
- Figura 12** Formalização dos GTIMs com e sem Portaria
- Figura 13** Caracterização da Gestão do PSE Municipal

Sumário

AGRADECIMENTOS	vi
RESUMO.....	vii
ABSTRACT	viii
LISTAS DE SIGLAS	ix
LISTA DE FIGURAS	xi
INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA	1
CAPÍTULO 1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA/REVISÃO DE ESTUDOS E PESQUISAS EM TORNO DAS CATEGORIAS CENTRAIS DO TRABALHO	5
1.1 Políticas de Saúde e Educação: o papel do SUS	6
1.2 A intersetorialidade: a construção de um novo modelo de gestão.....	12
CAPITULO 2 SAÚDE E EDUCAÇÃO: UMA CONEXÃO EM EVIDÊNCIA	18
2.1 Situando-se no tempo e no espaço: Educação e Saúde no contexto brasileiro.....	18
2.2 A Educação sob a ótica da Saúde	20
2.3 Saúde na escola - Evolução histórica	24
CAPÍTULO 3 PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA – PSE.....	29
3.1 Trilhando Caminhos da Intersetorialidade e da Gestão Compartilhada	29
3.2 Projeto Político Pedagógico (PPP) como instrumento de gestão	33
3.3 Estrutura de Gestão do Programa Saúde na Escola.....	34
3.4 O Modelo de Gestão do PSE: Intersetorialidade, Territorialidade, Integralidade e Corresponsabilidade	39
CAPÍTULO 4 OBJETIVOS	45
4.1 Objetivo Geral	45
4.2 Objetivos Específicos	45

CAPÍTULO 5 MÉTODO	46
5.1 Caracterização do Estudo	46
5.3 Procedimentos de Construção de Informações de Pesquisa.....	47
5.3.1 Sujeito da Pesquisa e Critério de Inclusão	47
5.3.2 Procedimentos de coleta de dados.....	48
5.3.3 Levantamento documental.....	48
5.3.4 Questionário - questões abertas e fechadas	49
5.3.5 Entrevistas semiestruturadas.....	49
5.3.6 Diário de Campo.....	50
5.4 Procedimentos de Análise de Dados.....	50
5.5 Aspectos Éticos.....	52
CAPÍTULO 6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	54
6.1 Bloco A: Caracterização dos Profissionais dos GTIMs/PSE	55
6.1.1 Característica dos profissionais dos GTIMs por Estado e setor de atuação.....	55
6.1.2 Grau de escolaridade dos profissionais dos GTIMs.....	57
6.1.3 Faixa etária dos GTIMs.....	58
6.1.4 Tempo de atividade dos profissionais nos GTIMs	59
6.1.5 Formalização dos GTIMs com e sem Portaria	60
6.2 Bloco B - Caracterização da Gestão do PSE Municipal.....	61
6.2.1 Influência dos GTIMs junto às redes de saúde e educação no desenvolvimento das ações do PSE.....	63
6.2.2 Estratégias adotadas pelos GTIMs para o desenvolvimento das ações no território de responsabilidade	64
6.2.3 Potencialidades e Desafios apresentados para viabilizar as ações do PSE no município	65
6.2.5 Relação/apoio interfederativa e formação em âmbito municipal.	68
6.3 Bloco C - Caracterização da Relação Interfederativa do PSE.....	69

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	73
REFERÊNCIAS	77
ANEXOS	85
Anexo A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	85
Anexo B – Questionário – Grupo de Trabalho Municipal	88
Anexo C – Guia de Entrevista: Grupo de Trabalho Intersetorial Estadual.....	93

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Em meio ao exercício da docência na escola, no acompanhamento da implementação da Política Nacional de Humanização no SUS, e, como defensora e coparticipante da construção de políticas públicas de qualidade e corresponsáveis, surgiram inquietações crescentes sobre o tema da saúde na escola. Em especial, ao refletir sobre as queixas dos professores(as) com relação à dificuldade de aprendizagem dos escolares, e, destes, em relação aos métodos educativos adotados no ambiente escolar, percebi que os conflitos e as dificuldades desses dois setores se assemelhavam, e que seria necessária a participação de ambos para povoar a escola com práticas humanizadoras e democráticas.

Em 2009, houve um convite para que eu fizesse parte do Grupo de Trabalho Intersetorial Federal-GTIF do Programa Saúde na Escola – PSE, no âmbito do Ministério da Saúde - MS. Tal convite emergiu em virtude de experiência/participação prévias à frente de discussão de algumas temáticas que exigiam articulação intersetorial e intrasetorial no âmbito do Ministério da Saúde, tais como: interlocução com a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – SGEP, na qualidade de representante da Política Nacional de Humanização no Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde; com a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES, na Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS, na qualidade de representante da Secretaria de Atenção à Saúde-SAS, entre outros. Confesso que, inicialmente, fiquei em dúvida quanto a aceitar o convite, pois me alinhava com os que criticavam o PSE em relação à dificuldade de superar velhos modelos de articulação entre saúde e educação, em especial no que se referia ao desafio de contribuir com a qualificação desse processo. Antes do aceite, passei a me apropriar da proposta do PSE, encantei-me, e nele continuo atuando, desde então.

À época, a proposta do PSE - no âmbito do Ministério da Saúde - estava sob o domínio de um grupo reduzido e, ainda assim, pulverizado em várias áreas do Departamento de Atenção Básica, ou seja, não existia um Grupo de Trabalho Intersetorial propriamente dito. Além disso, tinha menos de um ano que as áreas se reuniam em torno dele. A primeira portaria de adesão ao PSE só ocorreu em dezembro de 2008. O detalhamento histórico desse período será, oportunamente, apresentado, no decorrer do trabalho.

Devido à trajetória acima delineada, quando me incluí no Grupo, em 2009, tive privilégio quanto ao acompanhamento e participação efetiva nas discussões e embates, gerando a possibilidade de fazer parte do repensar a saúde do escolar no ambiente escolar. A interrelação estabelecida, como agente e observadora/pesquisadora, bem como no processo de troca entre os profissionais envolvidos diretamente no cotidiano do PSE, principalmente dos

setores saúde e educação, foi cada dia maior. Além disso, a relação de proximidade com a gestão do PSE e com a participação de atores externos: universidades, agências nacionais e internacionais e instituições públicas, influenciaram, direta ou indiretamente, o desenvolvimento das ações, propostas e parcerias.

Minha participação no GTIF possibilitou igualmente a aproximação com outros setores e interlocutores, bem como com opiniões, conceitos, realidades e necessidades distintas que, de alguma forma, acabavam se complementando. Assim, a perspectiva da intersetorialidade e intrasetorialidade, que acabou por se converter no objeto deste trabalho, se fazia presente desafiadoramente, quando me deparava com os impasses, dificuldades da cultura instituída no plano das ações de governo, pouco afeitas à complementaridade e à colaboração.

Atuar no PSE na expectativa de avançar no debate intersetorial fez emergir o desejo de compreender como seria possível identificar componentes essenciais para a efetividade e a qualidade do Programa.

Outro aspecto importante a ser considerado veio da necessidade de se adotar, no âmbito do PSE, um regime de cooperação interfederativo e uma gestão intersetorial. Aos poucos essas diretivas permitiram desenhar o modelo de gestão intersetorial e compartilhada do PSE que, por sua vez, vem propiciando trocas, reflexões e decisões importantes, não só do ponto de vista da implantação de práticas de saúde na escola, como também de reinvenção das relações interfederativas e do papel de todos em um projeto de sociedade mais democrática e com equidade.

A articulação com alguns Estados, na qualidade de referência técnica¹ do PSE, deu-me a oportunidade de participar diretamente em oficinas de formação estadual dos Grupos de Trabalho Intersetoriais Municipais – GTIMs, momentos preciosos de troca, aprendizagem, vivência, potência, escuta, acolhimento e revisitação da prática. Tais experiências paulatinamente contribuíram para fortalecer o desejo de compreender como diferentes realidades poderiam ser abarcadas nas propostas de ações do PSE no território de responsabilidades e como influenciavam na sua reestruturação ou nos próprios rumos, de forma a evitar a réplica (penso que o sentido é mais de repetir do que replicar) de velho modelo “higienista”, o qual será abordado posteriormente.

Alguns movimentos promotores de articulação entre educação e saúde que antecederam o PSE, como a Iniciativa das Escolas Promotoras de Saúde e o Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas. Estas iniciativas, as quais também serão discutidas adiante neste trabalho,

¹A Referência Técnica no âmbito do PSE diz respeito àquele profissional que, entre outras funções, tem o papel de acompanhar e auxiliar na qualificação dos processos de articulação da relação intersetorial da esfera federal com as demais esferas.

provocaram o surgimento de uma rede de atores interessados no tema, o que permitiu repensar caminhos e estratégias para o PSE, a fim de garantir a prioridade para os princípios e valores da integralidade da saúde do escolar.

Assim, o PSE vem sendo pensado e repensado, construído e reconstruído em movimento e no encontro com o outro. Construção dinâmica visível em algumas estratégias, adotadas pela gestão federal do PSE, tais como a de reunir alguns atores do Grupo de Trabalho Intersetorial Federal, representantes das áreas dos Ministérios da Saúde e da Educação e da Academia, em um primeiro momento de reflexão e alinhamento conceitual, sobre um dos seus Componentes²: o de Avaliação Clínica e Psicossocial. Tais reuniões geraram diretivas de outros encontros desta natureza demonstrando a necessidade de uma escuta qualificada em relação ao que se prega e o que se faz no âmbito da gestão do PSE, levando à constante vigília do discurso desconectado da prática.

Eram preocupações constantes à ameaça do processo normatizador sobrepondo-se ao trabalho vivo e à reflexão sobre as relações do trabalho intersetorial, na garantia de participação efetiva dos atores e autores da saúde e da educação na construção e deliberação da atenção, promoção e prevenção de agravos à saúde dos escolares da rede pública de educação básica brasileira. Em outras palavras, o foco incidia sobre a qualificação do PSE sustentada por conceitos e práticas intersetoriais promotoras de saúde.

As mudanças de gestão ocorridas nos anos de 2010 e 2012, no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, marcaram e influenciaram o curso do PSE de forma peculiar, num verdadeiro processo de coerção ora negativo/repressivo, ora positivo/produtivo. Foucault aborda esse tipo de situação: O que faz com que o poder se mantenha e que seja aceito é simplesmente que ele não pesa só como uma força que diz não, mas que de fato ele permeia, produz coisas, induz ao prazer, forma saber, produz discurso (Foucault, 2007).

Com a experiência acumulada foi possível perceber situações e desdobramentos provocados a partir dos conflitos e controvérsias advindos de diferentes interesses entre gestores, técnicos e setores no âmbito do PSE em nível federal, nesse período, cujo contexto será aprofundado posteriormente. Assim, os principais questionamentos que emergiam à época afeto a esta pesquisadora eram: o modelo de gestão adotado contribui para a qualificação do PSE no território de responsabilidade? A gestão local está de fato se articulando com outros setores, ou seja, o princípio da intersetorialidade permeia o cotidiano

2 O Programa Saúde na Escola é organizado em Componentes: Componente I – de Avaliação Clínica e Psicossocial; Componente II Promoção da Saúde e Prevenção de Agravos à Saúde; Componente III de Formação e o Componente IV de Monitoramento e Avaliação.

do trabalho? Caso positivo, como a relação de poder entre os setores Saúde e Educação é vivenciada? Dá-se de forma a gerar equilíbrios entre as ações propulsoras de decisões de gestão compartilhada? O desejo de contribuir na discussão, melhor compreendendo e fomentando a construção de políticas intersetoriais, gerou o desenvolvimento desta dissertação de mestrado.

Como venho participando ativamente do desenvolvimento de atividades concomitantes nos setores saúde e educação há vários anos, e, especificamente nos últimos quatro anos, na implantação e implementação do Programa Saúde na Escola em âmbito federal, a linha tênue que se apresenta entre o discurso e a normatização federal atribuída ao PSE, tornou-se desafiadora. Assim, de um lado, a pesquisa atende ao desejo de qualificar minha atuação técnica/política para garantir, como agente diretamente implicada, o desenvolvimento do PSE; de outro, a pesquisa expressa meu compromisso, diante das dificuldades e potencialidades do trabalho intersetorial - permeado pelo micropoder intermitente existente nas relações do trabalho vivo (Foucault, 1995) - na perspectiva de contribuir com a relação intersetorial no âmbito do GTIF do PSE.

Deste modo, nesses dois papéis foi preciso uma alternância reflexiva para chegar a conferir validade e confiabilidade aos relatos, a partir de abstração da condição de agente envolvida e comprometida com o PSE e no exercício da função de pesquisadora. O apoio metodológico da vertente construtivista, que se propõe a avaliar o impacto dos programas sociais em seu contexto de implantação, e o apoio principalmente da literatura sobre avaliação qualitativa e quantitativa foi crucial para evitar alguns riscos e armadilhas desta investigação.

Assim, foi possível o desenvolvimento de uma pesquisa exploratória e descritiva (Minayo, 2012) que descreve e interpreta os principais processos e controvérsias do Programa Saúde na Escola, no período de 2007 a 2013. Para tanto, esta dissertação foi sistematizada por capítulos. O primeiro, intitulado “Fundamentação Teórica/Revisão de Estudos e Pesquisas em Torno das Categorias Centrais do Trabalho”, tem o propósito de abordar o contexto geral da pesquisa; buscamos problematizar as redes de saúde e educação, apontando as principais questões que as envolvem. A seguir, tendo em vista o objetivo neste trabalho, demos especial atenção aos movimentos de aproximação e distanciamento entre setores saúde e educação.

O segundo capítulo, intitulado “*Saúde e Educação: Uma Conexão em Evidência*” tem como objetivo trazer para o centro das discussões os principais modelos, arranjos e ideologias que transversalizaram as relações entre os setores de saúde e educação, no contexto brasileiro.

No terceiro, intitulado “Programa Saúde na Escola- PSE”, remetemo-nos ao contexto específico de realização da pesquisa. Iniciamos dimensionando a institucionalização do PSE, tendo por base os princípios da intersetorialidade, integralidade e territorialidade. Na

sequência, abordamos mais especificamente seu modelo de gestão e as interrelações entre atores e instituições, no que se refere à constituição de parcerias e espaços coletivos para o desenvolvimento das ações do PSE na realidade local. Por fim, tratamos o PSE como Política estratégica para a articulação do fazer intersetorial das políticas sociais.

Na sequência, apresentamos o capítulo quatro, onde se configuram o objetivo geral e os objetivos específicos da pesquisa. Diante dos objetivos visados, emerge a metodologia proposta, que julgamos pertinente para lográ-los. Essa é elucidada no capítulo quinto, em que explicitamos os pressupostos metodológicos, o contexto de realização da pesquisa, os participantes, os procedimentos e instrumentos utilizados na pesquisa de campo e, por fim, os procedimentos de análise dos dados.

O sexto capítulo é destinado aos resultados e às reflexões provocadas no percurso da produção deste trabalho. Por fim, apresentaremos as nossas Considerações Finais, com reflexões sobre o percurso teórico e empírico realizado e questões para estudos futuros.

CAPÍTULO 1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA/REVISÃO DE ESTUDOS E PESQUISAS EM TORNO DAS CATEGORIAS CENTRAIS DO TRABALHO

Os direitos sociais estão dispostos na Constituição Federal - CF de 1988, estando elencado no Título II - Dos Direitos e Garantias Fundamentais, e no Título VIII - Da Ordem social. A Carta Magna estabelece, em seu Art.6º, como direitos sociais: a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados. A Constituição define que essas ações devem ser financiadas com recursos provenientes dos Orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e de contribuições sociais (Brasil, 1988).

O fenômeno dos movimentos sociais das décadas de 60 e 70, no Brasil, influenciou a participação da sociedade como reivindicadora dos seus direitos sociais, não apenas na formulação de políticas, mas também para sua implantação e implementação de fato. Na área da saúde, com base nas propostas do movimento da Reforma Sanitária (1960), o sistema de saúde brasileiro apresenta avanços importantes a partir do que foi construído e pactuado na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, que culminou com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), institucionalizado pela CF/88.

A CF de 1988 significa a conquista de uma forma ampla da sociedade brasileira e alargou consideravelmente o campo dos direitos humanos e garantias fundamentais no seio da sociedade. Esses direitos são efetivados mediante políticas públicas, como por exemplo, o Sistema Único de Saúde - SUS e outras políticas, tais como: de educação, assistência social, cultura, esporte, lazer, com a participação social, o envolvimento implicado de todos os atores na rede de convivência social.

1.1 Políticas de Saúde e Educação: o papel do SUS

O texto constitucional de 1988 define a saúde como um direito de todos e dever do Estado e cria o Sistema Único de Saúde-SUS, permeado por um conceito ampliado de saúde. O SUS traz dois outros conceitos importantes, o de sistema e o de unicidade. A noção de sistema significa que não estamos falando de um novo serviço ou órgão público, mas de um conjunto de várias instituições, dos três níveis de governo e do setor privado contratado e conveniado, que interagem para um fim comum. Ademais, na lógica do sistema público, os serviços contratados e conveniados são seguidores dos mesmos princípios e das mesmas normas do serviço público. Os elementos integrantes do sistema referem-se, ao mesmo tempo, às atividades de promoção, proteção e assistência à saúde (Mendes, 2001).

Da mesma forma, esse sistema é único, ou seja, deve ter a mesma doutrina e a mesma forma de organização em todo o país. O que é definido como único na Constituição é um conjunto de elementos doutrinários e de organização do sistema de saúde, os princípios da universalização, da equidade, da integralidade, da descentralização e da participação popular. Estes elementos se relacionam com as peculiaridades e determinações locais, por meio de formas previstas de aproximação da gestão aos cidadãos, seja por meio da descentralização político administrativo, seja através do controle social do sistema (Mendes, 2001).

A descentralização e a regionalização são princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) que guardam uma significativa transversalidade conceitual e operativa com os demais princípios que os fundamentam. Essas diretrizes no SUS assumem um papel de eixo estruturante, posto que convidam os três entes governamentais federados, União, Estados e Municípios, a articularem-se, cooperarem entre si e zelarem pela qualidade das ações e serviços de saúde como um todo.

Para amparar o princípio da descentralização³, existe a concepção constitucional do mando único. Cada esfera de governo é autônoma e soberana nas suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade (Junqueira & Mendes, 1998, 2008). Assim, no âmbito da União, a autoridade sanitária do SUS é exercida pelo Ministro da Saúde, nos Estados pelos secretários estaduais de saúde e nos Municípios pelos secretários ou chefes de departamentos de saúde. Eles são também conhecidos como “gestores” do sistema de saúde.

Nesse sentido, descentralizar a gestão da saúde é redistribuir poder e responsabilidades entre os três níveis de governo. Na saúde, a descentralização tem como objetivo prestar serviços com maior qualidade e garantir o controle e a fiscalização pelos cidadãos. Quanto mais perto estiver a decisão, maior é a chance de acerto. No SUS a responsabilidade pela saúde deve ser descentralizada até o município. Isto significa dotar o município de condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer esta função. A decisão deve ser de quem executa, ou seja, de quem está mais perto do problema (Junqueira, 1998).

Já a regionalização configura-se como estratégia constitucional para a saúde desde 1988, sendo enfatizada por leis infraconstitucionais, como a Lei Orgânica da Saúde (8.080) de 1990 e tendo seu caráter estruturante e operativo para o SUS ratificado pela Norma Operacional Básica (NOB) de 1993. Em 1996, outra Norma Operacional Básica (NOB) traz à

3 Para Mendes (2008) a “descentralização política brasileira pós-regime militar, consolidada pela CF de 1988, gerou o fenômeno do federalismo municipal caracterizado pelo status de membros da Federação, concedido aos municípios, e pela repartição de recursos da União e dos Estados para os Municípios”.

luz instrumentos da regionalização como a Programação Pactuada Integrada (PPI), ferramenta de pactuação para ações e serviços de saúde de lógica ascendente a partir de uma base municipal. Em 2001 e 2002, as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) aperfeiçoaram conceitos e bases referenciais da regionalização, definindo as microrregiões, as macrorregiões e os Planos Diretores de Regionalização (PDR) e Investimento (PDI). Esses últimos apresentam-se como importantes instrumentos para o planejamento da regionalização. A construção social foi de suma importância para indução da descentralização e sua política de regionalização como princípio e estratégia norteadores do SUS.

Assim, o Sistema Único de Saúde - SUS representa uma proposta inovadora de transformação e organização dos serviços de saúde brasileiros, no qual o modelo de assistência pautado em uma atuação meramente curativa, reabilitadora e hospitalocêntrica⁴, daria lugar a um modelo assistencial promotor da saúde, preventivo e interdisciplinar, com ações voltadas para acompanhamento, cuidado e tratamento da saúde coletiva e individual da população (Ceccim, 2007).

Pode-se dizer que o SUS representa a materialização de uma nova concepção acerca da saúde no Brasil. Antes, a saúde era entendida como “ausência de doença” o que fazia com que toda sua lógica girasse em torno da cura de agravos à saúde. Essa lógica, que significava apenas remediar os efeitos com menor ênfase nas causas, deu lugar a uma nova noção centrada na prevenção e na promoção da saúde.

No entanto, o SUS vem passando por diversas dificuldades para o desenvolvimento desse modelo de atenção à saúde. A partir da década de 90 surgiram no cenário nacional, alguns movimentos que confluíram ideologicamente para a utopia dos princípios do SUS e para atender a complexidade que é o marco teórico e epistemológico da saúde pública do Brasil, que desafiaram a máquina pública a uma postura de reinvenção e reorganização para dar conta da qualidade necessária à efetividade do SUS (Paim, 2007). Esses movimentos foram ao encontro da Constituição de 1988, que incorporou novas concepções teóricas da educação e da saúde no contexto político nacional, favorecendo a emergência de novos significados, no que diz respeito a sua função social, missão e organização.

Desse modo, o Ministério da Saúde, na qualidade de órgão formulador e formador de políticas e programas para o setor saúde, lançou em 1994, inicialmente como programa, a

4 O conceito hospitalocêntrico encontra seus fundamentos na chamada medicina flexneriana, reforma médica operada nos Estados Unidos a partir do Relatório Flexner em 1911, tendo como características dominantes a ênfase na atenção médica individual, secundarizando a promoção da saúde e a prevenção das doenças; organização da assistência médica em especialidades e valorização do ambiente hospitalar como o lugar da doença e da cura (Paim, 2008; Ceccim & Carvalho 2006).

Estratégia Saúde da Família – ESF. Tal estratégia baseia-se em pressupostos que vêm ao encontro da complexidade que é o marco teórico e epistemológico da saúde pública do Brasil (Ceccim, 2007). A ESF originou-se da reformulação das prioridades do Ministério da Saúde em relação à Atenção Básica, sendo proposta como caminho para reorganização da atenção à saúde no Brasil. Compromete-se em prestar atenção à saúde pautando-se no atendimento integral, contínuo, com equidade e resolutividade, por meio de prática humanizada, e desenvolver ações de prevenção e promoção de saúde.

Parte de um processo de trabalho em equipe multiprofissional, que deve: conhecer as famílias do território sob sua abrangência; identificar problemas de saúde e situações de risco da comunidade; exercer planejamento local com base e imerso na realidade que planeja, pautando-se no rompimento da lógica biomédico-curativo-medicalizada⁵. O enfoque deve privilegiar ações educativas e intersetoriais, fazendo valer o princípio da integralidade na atenção, em uma relação continuada com os demais níveis de assistência, que crie vínculos entre os profissionais e usuários, por intermédio da corresponsabilização na resolução dos problemas de saúde (Brasil, 2007).

Nesta perspectiva de atendimento integral, a ESF evidencia-se na complexidade inerente ao SUS, na multidimensionalidade humana, na necessidade de profissionais que lidem com determinantes e condicionantes sociais de saúde articulando a atuação profissional com a realidade adscrita, ao modo intersetorial (Brasil, 2007). Assim, a concepção inerente à ESF traz uma visão ampliada de saúde que a relaciona a diversos fatores que determinam as condições de saúde e de qualidade de vida dos sujeitos nos seus diferentes contextos, tais como: sociais, econômicos, ambientais, psicológicos e políticos, entre outros, representando, assim, uma prática inovadora de atenção à saúde.

O cenário apresentado pressupõe avançar em estratégias que envolvem outros setores na construção de vínculo e de ações promotoras de saúde, bem como de participação efetiva da comunidade local. Identifica-se, a partir dele, uma interseção que pode ser estratégica para a gestão das ações da saúde e de revisão da prática assistencial, no que se refere à necessidade de alianças e parcerias com outros setores, incluindo o da educação. Para avançar nessa direção, a Política de Atenção Básica em Saúde e a Política de Educação Básica investem na universalização do Programa Saúde na Escola - PSE na perspectiva de uma conexão entre

5 O paradigma biologicista associa a doença à lesão, reduzindo o processo saúde-doença à sua dimensão biológica, excluindo as dimensões histórico-sociais, como a cultura, política e a economia. Foca suas principais estratégias de intervenção no corpo doente (Ceccim & Carvalho, 2006).

esses setores para ampliação das ações intersetoriais de promoção à saúde, prevenção de agravos e doenças e de cuidado à saúde das crianças, adolescentes e jovens, longitudinalmente, num processo compartilhado de gestão.

O PSE parte do princípio de que as questões relativas à promoção da saúde devam ser desenvolvidas para além dos serviços, uma vez que as práticas de promoção da saúde inserem-se em diferentes espaços sociais, a exemplo das escolas. Entretanto, essa inserção não se torna efetiva do ponto de vista intersetorial apenas pela aproximação geográfica da saúde com esses outros espaços. É fundamental considerar que os sujeitos, e a comunidade que eles formam, expressam distintas representações e se constituem em práticas e atuações diversas.

Nesse campo, alguns autores discutem como os referenciais teóricos de educação e saúde podem representar práticas promotoras da saúde, a partir das relações sociais existentes na interrelação do setor educação com o setor saúde. Como por exemplo, na visão de Valla (2005), essa interrelação seria “uma ponte entre o ensino na escola e a vida na comunidade” possibilitando a promoção de saúde. Na mesma direção, Vasconcelos (2005) aborda as práticas promotoras de saúde por meio da educação popular, como uma “estratégia de superação do grande fosso cultural”, como ação geradora do saber que orienta os difíceis caminhos dos setores educação e saúde, na direção de ações pedagógicas voltadas para a apuração do sentir, do pensar e do agir dos vários setores.

Assim como a saúde, a educação constitui um direito universal. A Constituição Brasileira, de 1988, além de proclamar esse direito, tratou de definir como dever do Estado provê-lo e incentivá-lo com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho (Brasil, 1988). Para tanto, determina a responsabilidade federativa em regime de cooperação: na organização de seus sistemas de ensino, a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios definirão formas de colaboração, de modo a assegurar a universalização do ensino obrigatório (Brasil, 2009).

Define, também, a responsabilidade de cada ente federado: a União organizará o sistema federal de ensino e o dos Territórios, financiará as instituições de ensino públicas federais e exercerá, em matéria educacional, função supletiva e redistributiva - a fim de garantir equalização de oportunidades e padrão mínimo de qualidade de ensino. Essa função é enfocada através da descrição de critérios e da magnitude da assistência da União às redes públicas estaduais e municipais de Educação Pública Básica - EPB - de forma a garantir equalização de oportunidades educacionais e padrão mínimo de qualidade do ensino mediante assistência técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios; os

Municípios atuarão prioritariamente no ensino fundamental e na educação infantil; os Estados e o Distrito Federal, no ensino fundamental e médio (Brasil, 2011).

Assim, o que aproxima as políticas de saúde e de educação nesse contexto é o processo de transferência de poder dos níveis centrais para os periféricos, por meio da proposta de descentralização (Junqueira, 1998). Para o autor, o processo de descentralização, como estratégia governamental, aponta para a necessidade de recolocar cada ente federativo em seu espaço de ação peculiar.

Nessa perspectiva, não existe, diferentemente do SUS, um Sistema Nacional de Educação que assuma o papel de articulador, normatizador, coordenador e, sempre que necessário, financiador, dos sistemas de ensino (federal, estadual/DF e municipal), garantindo finalidades, diretrizes e estratégias educacionais comuns, e mantendo as especificidades próprias de cada um. Distancia-se, desta forma, do modelo de saúde adotado no Brasil.

O modelo educacional brasileiro foi reafirmado em 1996 na promulgação da nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB - Lei 9394/1996), que atribuiu ao governo central funções de regulação, privilegiando a provisão descentralizada dos serviços educativos, de modo a manter, assim, o compromisso federal com a garantia do acesso da população à educação básica de qualidade. No entanto, o governo federal focou suas políticas educacionais para a ampliação da oferta, recuperação e melhoria da escola pública, elegendo o ensino fundamental como prioridade, na década de noventa. Com isso, galgou avanços significativos nos indicadores de acesso às escolas de ensino fundamental, apenas ofertado para o público de 07 a 14 anos, faixa etária de obrigatoriedade a estar na escola (Brasil, 1996).

A partir desse momento, outras iniciativas importantes surgem no cenário da educação brasileira em busca pela ampliação do acesso a toda rede de Educação Pública Básica, tais como a Lei n.º 11.274, de 6 de fevereiro de 2006, que dispõe sobre a duração de oito para nove anos para o ensino fundamental, com matrícula obrigatória a partir dos 6 (seis) anos de idade (Brasil 2006); e, a aprovação da Emenda Constitucional – EC nº 59/2009, que vem estender dos 04 aos 17 anos a faixa com direito à oferta obrigatória de ensino (Brasil, 2011).

Antes disso, outro ponto importante a ser considerado na estruturação do sistema nacional de educação é a aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais – DCNs. Hoje, as diretrizes nacionais da educação básica alcançaram grande amplitude, cobrindo da educação infantil ao ensino médio, contemplando ainda a educação especial, indígena e de jovens e adultos (Brasil, 2011). Essas diretrizes vieram normatizar e exigir obediência, com peso de lei, por parte das instituições educacionais brasileiras, no que se refere à estrutura e funcionamento. No documento das DCNs, indica-se que o currículo escolar deve estar pautado em um projeto de sociedade com respeito às especificidades de cada comunidade

escolar, desde que não sejam feridos os direitos e deveres básicos constitucionais já estabelecidos. Esses currículos devem ter a cor e o caminhar de cada escola apoiados em conhecimentos teóricos, atualizados e precisos. Além de garantir aos educandos o direito e o respeito às suas identidades.

Nesse contexto, os desafios impostos aos sistemas de educação básica brasileira são o de assegurar o acesso à escola, e dar plenas condições para a permanência e a conclusão da escolaridade básica, a todas as crianças e jovens brasileiros, aos quais se garantam boas condições para a aprendizagem.

1.2 A intersetorialidade: a construção de um novo modelo de gestão

O formato organizacional das políticas públicas no Brasil até a década de 70 do último século caracterizava-se por ser centralizado e verticalizado (Junqueira, Inosoja & Kamatsu, 1997). Para Junqueira (1997) este quadro se alterou em função do movimento ocorrido nos setores sociais para tornar a gestão de suas organizações mais eficazes. É no bojo desse movimento e da crise das ditaduras militares latino-americanas que se deve situar as novas formas de gestão das organizações de saúde, que têm na descentralização e na participação seus pressupostos.

Para este autor (Junqueira, 1998, p. 13), a descentralização se configurou em um processo de “transferência de poder dos níveis centrais para os periféricos”. Para ele, “apesar de não haver uma concordância sobre este conceito, a perspectiva progressista aborda-o como estratégico para reestruturar o aparelho estatal” (p. 13), não para reduzi-lo, mas para torná-lo mais ágil, democratizando a gestão por meio da criação de novas instâncias de poder e redefinindo as relações Estado/sociedade.

Para Mendes (2001), a descentralização política brasileira pós-regime militar, consolidada pela CF 1988, gerou o fenômeno do federalismo municipal, “caracterizado pelo status de membros da federação, concedido aos municípios, pela repartição de recursos da União e dos estados para os municípios”. No entanto, o processo de municipalização ocorreu de maneira e em tempos diferenciados, cada política se encontra em estágio diferente de desenvolvimento de sua gestão (Junqueira, 1998).

Além disso, cada política faz a transferência de recursos e equipamentos de forma isolada. Isso tem repercussões na gestão federativa, que deve obedecer à forma como cada uma administra seus recursos e as diversas instâncias que deve percorrer. Com isso, o gestor público, em destaque o municipal, passou a reproduzir essa fragmentação na gestão de cada

política setorial, refletindo as condições em que cada uma se encontrava. Neste contexto, configuraram-se novos padrões de relação entre o Estado e a sociedade.

Assim, as práticas de gestão das políticas sociais têm se alterado substancialmente nos últimos anos. Um dos maiores desafios destas políticas está associado à necessidade dos diferentes setores afirmarem-se na sua unicidade e atuarem de forma integrada e inclusiva na implementação de suas ações, por meio de mecanismos que articulem o compartilhamento de recursos, metas e processo de gestão. Torna-se imperativo a incorporação das práticas intersetoriais dessas políticas (Brasil, 1988).

O Estado brasileiro democrático e de direitos tem forte apelo à relação com a sociedade civil, seja por meio da participação política direta ou em espaços e mecanismos institucionalizados que atribuem a atores políticos tais como a sociedade civil organizada poder deliberativo e fiscalizador na execução das políticas públicas, sob os princípios da descentralização político-administrativa e da participação social.

Instituiu-se a necessidade de um reordenamento das relações socioinstitucionais na gestão das políticas públicas, em destaque as de saúde e educação. A gestão política passa a ancorar-se na parceria entre Estado e sociedade. A tendência é a de buscar ações públicas conectadas e integradas e de rearranjo balizado em postura ética permeando-se as relações socioinstitucionais. Não cabem mais políticas desenhadas e movidas setorialmente. O desafio que se apresenta para a política social é afirmar-se em sua setorialidade sem perder capacidade de abraçar, produzir e implementar novos arranjos conjugados intersetorialmente (Brant de Carvalho, 2003).

Essa direção vem-se configurando mundialmente a partir de documentos internacionais, a exemplo do Informe Lalonde publicado pelo Governo Canadense em 1974. Este documento foi a primeira declaração teórica geral de saúde pública surgida dos descobrimentos no campo da epidemiologia das enfermidades não infecciosas (Brasil, 2009). Definiu-se a partir daí um “Conceito de Campo da Saúde” (Buss, 2000) que considera quatro grandes áreas: biologia humana, meio ambiente, estilos de vida e organização da atenção sanitária. Foi um dos documentos que influenciaram fortemente o nascente movimento da Promoção da Saúde. Outro importante documento é a Carta de Ottawa (1986), que defendeu que a saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver, transcende a ideia de formas de vida saudáveis para incluir as condições e requisitos para a saúde, assim definidos: a paz, moradia, educação, alimentação, renda, um ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. Um de seus postulados é a ação intersetorial, para o alcance de políticas públicas saudáveis além das políticas de saúde públicas setoriais (Organização Panamericana de Saúde, 1986).

A saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais, coletivos e pessoais, bem como as capacidades físicas. Declara ainda, que a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global. Assim, a promoção da saúde passa a ser definida como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo.

Para tanto, o setor saúde não pode, por si mesmo e de modo isolado, proporcionar as condições necessárias para a saúde integral, à medida que a saúde integral exige a ação coordenada de todas as políticas sociais e dos respectivos atores sociais (Organização Panamericana de Saúde, 1986).

Nessa mesma direção a política de educação traz a necessidade de ações integradas dos poderes públicos e das diferentes esferas federativas para o alcance do ensino de qualidade e integral. A Emenda Constitucional nº 59/2009, em seu Art. 214, estabelece a obrigatoriedade do plano nacional de educação, de duração decenal, com o objetivo de articular o sistema nacional de educação em regime de colaboração e define diretrizes, objetivos, metas e estratégias de implementação para assegurar a manutenção e desenvolvimento do ensino em seus diversos níveis, etapas e modalidades por meio de ações integradas dos poderes públicos das diferentes esferas federativas (Brasil, 2009).

Tal como a saúde requer a articulação coordenada de diferentes políticas sociais para o alcance da integralidade, o mesmo se dá com a educação. Educar não se restringe à memorização de regras e letras, nem a decorar datas e fórmulas matemáticas. Educação envolve conquistar liberdade de pensar, de articular ideias e de analisar a realidade viva. Conforme escreveu Freire, “Não basta saber ler que **Eva viu a uva**. É preciso compreender qual a posição que Eva ocupa no seu contexto social, quem trabalha para produzir a uva e quem lucra com esse trabalho” (Freire, 1987).

Segundo a visão desse mesmo autor, o ato de educar é um ato político e infere-se que as transformações sociais e políticas estão diretamente relacionadas ao processo de produção humana e de vida da sociedade (Shor, 1987). As ações setoriais nesses campos têm mútuas repercussões e, sendo assim, a construção de políticas públicas integradas é condição indispensável para atualizar e renovar, de forma permanente, os significados fundamentais da educação e da saúde, com vistas à integralidade (Brasil, 2011b). Na atualidade brasileira as políticas públicas ainda se desenvolvem de forma desarticulada, como diz Junqueira (1997): Apesar dos serviços serem dirigidos aos mesmos grupos sociais, que ocupam o mesmo espaço geográfico, eles são executados isoladamente por cada política pública.

Essa dicotomia pode ser superada pela intersectorialidade, pela ação integrada das políticas sociais (Junqueira, 1997, p.15).

“As políticas sociais, mesmo as de caráter universal, têm dificuldade em promover a equidade e a integralidade do atendimento” (Junqueira, 1997, p. 14). A forma intersectorial de atuar é nova, por isso deve acarretar mudanças nas práticas e na cultura organizacional que a corroboram. É um processo que tem riscos em função das resistências previsíveis de grupos de interesses contrariados. Tende a ser obscurecida e particularizada pelos objetos de cada uma das políticas setoriais, bem como pelos interesses individuais, dificultando assim, a formulação e articulação de propostas intersectoriais, que considerem a realidade social como uma totalidade complexa e dinâmica.

As mudanças sociais resultam da interação de uma multiplicidade de fatores, externos e internos aos sujeitos. Uma espécie de dialética multifatorial, em que não haveria apenas tese e antítese seguidas de uma inevitável e previsível síntese, porém o cruzamento da influência de múltiplos fatores, que, ao interagirem, modificam não somente o resultado desses processos, mas também os próprios fatores envolvidos nessa mistura dialética que é a vida (Campos, 2006).

Assim, a ousadia de mudar vai precisar que se assumam essas tensões e contradições intrínsecas à construção de alianças intersectoriais sólidas, de modo que envolvam todos os atores sociais que desejam incrementar a qualidade de vida da população, dentro e fora do seu território de responsabilidade⁶.

Postura essa, não tão fácil, tendo em vista que “na prática, um instrumento de biopoder toma corpo, no qual o Estado vigia os cidadãos e lhes embute hábitos considerados corretos para a plena saúde” (Schwingel, 2011). Nesta mesma direção, Foucault (1979) considera o biopoder como produto da verdade de várias coerções causadoras de efeitos regulamentados pelo próprio poder. Acredita-se que uma postura ética, estética e política dos gestores públicos, corroboraria para minimizar as tensões impostas pelo fazer intersectorial.

Parece-me que o que deve se levar em consideração no intelectual não é, portanto, ‘o portador de valores universais’, ele é alguém que ocupa uma posição específica, mas cuja especificidade está ligada às funções gerais do dispositivo de verdades em nossa sociedade (Foucault, 1979, p. 23).

Em outro momento, Foucault (2007) considera também:

6 Para o PSE o Território de responsabilidade é aquele visto como um espaço coletivo da diferença; é o produto da apropriação da valorização simbólica de um grupo em relação ao espaço vivido (Brasil, 2012).

O que faz com que o poder se mantenha e que seja aceito é simplesmente que ele não pesa só como uma força que diz não, mas que de fato ele permeia, produz coisas, induz ao prazer, forma saber, produz discurso (Foucault, 2007, p. 8).

Nessa perspectiva, o poder é pensado como um sistema de coerções que não tem apenas efeitos negativos e repressivos; as forças têm aspectos produtivos positivos. Em analogia, Campos (2000) afirma que a capacidade de produzir necessidades sociais é uma manifestação concreta do poder dos distintos grupos e segmentos sociais. Nesse sentido, tanto as equipes de saúde e de educação, quanto à sociedade deveriam explicitamente cuidar da produção de valores de uso e de sua expressão pública sob a forma de necessidades sociais.

O modo de gerir do PSE balizado pelo trabalho intersetorial assinala-se como um grande desafio, tendo em vista esse sistema de coerção que se destaca nas relações do poder público. Ao mesmo tempo como gerador de necessidades sociais por meio de uma gestão centrada em ações compartilhadas e corresponsáveis, que provoca articulação intersetorial das redes. Isso implica mais do que ofertas de serviços num mesmo território; deve propiciar a sustentabilidade à transformação das práticas profissionais fragmentadas em modos de cuidar pautados pela universalidade, participação, integralidade, articulação e corresponsabilidade em distintos territórios, para a produção de um novo cuidado em saúde na escola.

Para Arroyo (2009), seria o processo de desconstrução dos imaginários sociais negativos sobre o povo e mostrar sua inconsistência.

Estamos em outro momento, não mais de pensar em ações de educação e saúde, em pedagogias para o povo, mas estamos em tempos de nos deixar reeducar pelas autoimagens, práticas, resistências coletivas e pelos movimentos populares, de reconhecer nos movimentos sociais populares os “novos” pedagogos da sociedade, da cultura política, social e pedagógica (Arroyo, 2009, p. 410).

A construção de redes sociais integradas e corresponsáveis fomentadas pelo PSE, além de estimular a participação mais ativa da comunidade no cotidiano dos sistemas de ensino e saúde, mostra-se, cada vez mais, ser condição essencial para a concretização das políticas públicas. Este diagnóstico aponta para a necessidade de um novo modelo de atenção da saúde do escolar, que, entre outras coisas, incorpore a perspectiva de uma abordagem integral do ser humano, superando a fragmentação do olhar e intervenções sobre os sujeitos, que devem ser vistos em suas inseparáveis dimensões biopsicossociais, ou seja, na perspectiva da integralidade desse atendimento, assim como da intersetorialidade necessária para o desenvolvimento das ações (Brasil, 2011a).

Dessa forma, por meio da intersetorialidade, o PSE pretende provocar mudanças no fazer saúde e educação. Freire já dizia que "é fundamental diminuir a distância entre o que se

diz e o que se faz, de tal forma que, num dado momento, a tua fala seja a tua prática" (Freire, 1987).

As políticas sociais precisam desenvolver-se de forma associada e inter-relacionada, para que cada ser/trabalhador/usuário se veja como sujeito corresponsável pelo serviço/ação e pelo o seu próprio bem-estar.

CAPITULO 2 SAÚDE E EDUCAÇÃO: UMA CONEXÃO EM EVIDÊNCIA

No contexto da sociedade moderna capitalista, a instituição escolar converteu-se em forma principal e dominante de educação complementar à família, tendo se estruturado na perspectiva pública, universal, gratuita, obrigatória e leiga. Desde sempre, teve em seu centro a figura do professor, a quem cabia à tarefa de instruir o alunado. Na passagem do século XIX para o século XX, essa concepção foi taxada de tradicional e começaram-se os movimentos para chegar a uma nova concepção pedagógica.

2.1 Situando-se no tempo e no espaço: Educação e Saúde no contexto brasileiro

A transformação dos arranjos educacionais do Brasil é permeada pelas dimensões do passado, presente e futuro, sendo que muitas características do passado continuam suas influências no presente e se projetam no futuro. De acordo com o Padre Antônio Vieira:

O tempo, como o mundo, tem dois hemisférios: um superior e visível, que é o passado, outro inferior e visível, que é o futuro. No meio de um e outro hemisfério ficam os horizontes do tempo, que são estes instantes do presente imos vivendo, onde o passado se termina e o futuro começa”. (Padre Antônio Vieira, História do Futuro, 1718, p. 24).

Nessa ótica, a imersão de ideias, modelos, arranjos e ideologias são transversalizadas pelas intencionalidades já introjetadas nas relações humanas. Nesses percursos encontramos diferentes abordagens de sentidos em relação às teorias pedagógicas (Lombardi & Saviani, 2011).

A Educação dos Nativos é o embrião educacional brasileiro, remonta ao tempo do descobrimento do Brasil e associa-se ao ensino escolar que os jesuítas impuseram aos nativos brasileiros, caracterizando-se como o primeiro percurso em destaque.

No contexto da primeira república brasileira estruturada sobre a base do modo de produção capitalista, ocorreu a configuração do segundo percurso da educação brasileira embasada na raiz educacional tradicional e expressando a estrutura política clientelista e coronelista vigente à época.

Foi somente na medida em que a retórica liberal passou a corresponder ao interesse das novas camadas sociais que emergiram com o início da industrialização, a maciça imigração européia e o surgimento de novas oportunidades de trabalho na cidade que começou a processar-se, em algumas regiões do país, uma real expansão do ensino (Campos, 1982, p. 10)

O terceiro percurso é ocasionado pelos fortes movimentos ideológicos que chegaram ao Brasil provocados pela imigração europeia. Estes movimentos influenciaram o advento do ensino escolar oficial, movido, principalmente, pelos interesses e pressões de setores urbanizados da população brasileira, ao lado das vantagens que o empresariado via em uma melhoria do nível escolar e da capacitação da força de trabalho de migrantes rurais ou estrangeiros reunidos em suas indústrias (Brandão & Assumpção, 2009).

É nesse contexto que o quarto percurso emerge pelas mãos de alguns intelectuais brasileiros, tais como: Fernando de Azevedo, Lourenço Filho, Cecília Meireles e Anísio Teixeira, que elaboraram o Manifesto dos Pioneiros pela Educação Nova, na década de 30 no Brasil. Tal manifesto defendia uma educação funcional e ativa e que os currículos deveriam adaptar-se aos interesses naturais e peculiaridades dos alunos, devendo ser articulado para atender as diversas fases do crescimento humano, e, sobretudo, adaptável às características regionais.

O movimento dos pioneiros era composto por diversas posições algumas com postura liberal conservadora e outras mais progressistas. A ambiguidade que o período das grandes guerras do século XX impingiu às esferas econômica, política e ideológica do país, também fez parte da arena educacional: parte dos Pioneiros participou da criação do Programa de Assistência Brasileiro-Americana à Educação Elementar - PABAE, que é reconhecido por adotar uma postura marcadamente tecnicista no trato de temas educacionais; outra parte do mesmo grupo era considerada “Progressista”, na qual se incluía Anísio Teixeira, que foi um dos grandes responsáveis pela reorganização da instrução pública da Bahia, e exigiu novas perspectivas e mudanças no currículo. Anísio Teixeira chamou atenção para a organização da educação em consonância com os interesses, as necessidades e os estágios de desenvolvimento das crianças. Ele defendia uma pedagogia capaz de articular as ações da escola à sociedade, evidenciando uma reflexão acerca do ambiente social.

Na década de 60, novo percurso entra em cena, o Movimento da Educação Popular, que se caracterizou como um processo de formação e capacitação baseada em uma perspectiva política, ética, estética e social, fundamentada no diálogo e na troca de saberes entre o educando e o educador. O saber popular é valorizado, visando o desencadeamento da participação e transformação social, que toma parte ou se vincula à ação organizada do povo, para alcançar o objetivo de construir uma sociedade de acordo com o interesse do coletivo (Rodrigues, 2001). Para Freire (1996) o objetivo da educação popular não é formar hábitos e “orquestrar sujeitos”, como por exemplo, que lave as mãos constantemente, mas mediar as ações das classes sociais na conquista de sua autonomia e de seus direitos.

Em suma, nesse longo processo histórico do Brasil, desde sua constituição social, as teorias educacionais influenciaram os percursos pedagógicos ao tempo que emergiram e estruturaram-se na perspectiva de compreender as relações entre educação e sociedade. Tais teorias provocaram tensionamentos importantes para o avanço da discussão e implementação das políticas educacionais no Brasil, e nesse bojo, entre as quais destacamos as políticas voltadas à relação entre saúde e educação.

Para Saviani (2011), as diferentes concepções de educação podem ser agrupadas em conjuntos, assim trabalhados por ele: Tradicional, Nova e Tecnicista. Cada uma tem propostas, métodos, formas de ensinar e avaliar diferentes.

A primeira, Tradicional, reforça o papel do professor, entendido como aquele detentor do saber teoricamente fundamentado, a quem cabe a responsabilidade de ensinar aos alunos, mediante métodos de ensino adequados; dá prioridade à teoria sobre a prática, subordinando esta àquela sendo que, no limite, dissolveria a prática na teoria.

A segunda, denominada Inovadora - diferentemente da tradicional, compõe-se das concepções que subordinam a teoria à prática, e no limite, dissolvem a primeira na segunda. Ou seja, põe a ênfase na prática, reforçando o papel do aluno, entendido como aquele que aprende por meio da atividade. Tendo a iniciativa da ação, expressa seu interesse quanto àquilo que é valioso aprender e percorre, com o auxílio do professor, os passos de sua educação que configuram o método de aprendizagem pelo qual ele, aluno, constrói os próprios conhecimentos (Saviani, 1991).

Como efeito, enquanto na pedagogia tradicional a iniciativa cabia ao professor, que era, ao mesmo tempo, o sujeito do processo e o elemento decisório. Na pedagogia nova, a iniciativa se desloca para o aluno, situando-se o nervo de ação educativa na relação professor e aluno. Na pedagogia tecnicista o elemento principal passou a ser a organização racional dos meios, ocupando o professor e o aluno posição secundária. A organização do processo converteu-se na garantia da eficiência, compensando e corrigindo as deficiências do professor e maximizando os efeitos de sua intervenção.

Assim, a educação brasileira se constrói pela utopia da busca de uma educação integral, que nas palavras Galeano (2008) “não se esgota pelo alcance de um objetivo. A própria educação faz com que o homem caminhe em direção à curiosidade”.

2.2 A Educação sob a ótica da Saúde

Tecendo uma analogia entre educação e saúde, nesta também encontramos diferentes concepções, cada uma delas representando posições distintas sobre a relação entre saúde e

educação: aquelas que pressupõem mudanças de comportamentos das pessoas ou coletividades; as que assumem um caráter preventivista ao evitar e/ou propor a diminuição de riscos de adoecimento ou de agravos; as que buscam reproduzir o conhecimento especializado, ou seja, que visa normatizar estilos de vida a partir de conhecimento e evidências científicas; e aquelas que estimulam estilos de vida mais saudáveis. Esses fenômenos passaram a permear a prática de educação e saúde (Merhy, 1990).

Emerson Elias Merhy, em sua tese de doutorado (1990), classifica o conjunto de concepções sobre o objeto e a finalidade das ações sanitárias, segundo as correntes tecnológicas e respectivos modelos tecno-assistenciais associados aos movimentos sanitários.

A **Figura 1** traz alguns dos exemplos da tipologia por ele fornecida:

Corrente Tecnológica	Modelos Tecnoassistenciais
<i>Bacteriológicas:</i> considera a causa básica do processo saúde/doença como externa (o agente etiológico) e específica.	<i>Campanhista/policial:</i> valoriza a contaminação como causa geral e usa como instrumentos de ação a engenharia, a polícia e a campanha sanitária, verticalmente administrados. <i>Campanhista/vertical permanente:</i> adiciona serviços permanentes, regionais ou locais, e por problemas específicos.
<i>Médico-sanitária:</i> considera a causa básica do processo saúde/doença como pertencente ao indivíduo (consciência sanitária) e única.	<i>Rede local permanente:</i> valoriza a formação de uma rede ambulatorial geral e única de serviços – o Centro de Saúde – descentralizada e regionalizada, administrativamente. <i>Rede local vertical:</i> a rede de Centros de Saúde não atua como serviço geral e é administrativamente verticalizada, é complementar aos serviços especializados.
<i>Mista:</i> tem uma posição em relação a causa básica multicausal, mas valorizando a especificidade da mesma.	<i>Vertical permanente especializado:</i> organização dos serviços por problemas específicos, verticalmente administrados, e que atuam paralelamente utilizando-se de todos os instrumentos das campanhas e da educação sanitária e da medicina curativa.

Figura 1 – Concepções, objeto, finalidade das ações sanitárias.

Fonte: Merhy, 1990.

A educação em saúde tradicional, inicialmente chamada de educação sanitária, surgiu no Brasil a partir da necessidade do Estado brasileiro de controlar as epidemias infectocontagiosas que ameaçavam o contexto brasileiro no início do século XX. Neste

período a população brasileira era atingida por doenças como varíola, febre amarela, tuberculose e sífilis, relacionadas a condições socioeconômicas e de saneamento precárias à época (Brandão & Assunção, 2009). O governo enfrentava o problema de saúde por meio de campanhas sanitárias voltadas para o combate das epidemias e endemias, o que ocorria somente depois que as doenças já tinham tomado grandes proporções. De forma centralizadora e com estilo repressivo (militarista) de intervenção sobre “os corpos individual e social” combatia as doenças de massa, (Merhy, 1990, p. 30).

Ao transportar este modelo para o setor saúde, tem origem o que se conhece como a educação em saúde realizada de forma tradicional (Paim, 2007). Esta funciona de forma prescritiva, cuja transmissão de conteúdos visa apenas evitar doenças, sem levar em conta a realidade política, econômica e psíquico-social do indivíduo. Com o passar do tempo esse modelo campanhista⁷ pouco se alterou, sendo reafirmado pelas ações do Estado e coletivas, responsáveis por campanhas pontuais (Merhy, 1990).

Assim, as práticas da higienização e assistência médica individual, da prevenção de doença parasitária, e da mercantilização da saúde, são reafirmadas e o estado de saúde da população brasileira é agravado. Diante desse agravamento da saúde e do seu processo de trabalho, os próprios profissionais de saúde passaram a repensar criticamente suas práticas, experimentando um novo modo de produzir saúde que considerava a dinâmica e a realidade das classes populares (Vasconcelos, 2004).

Essa experimentação muitas vezes desenvolvida com outros segmentos sociais passou a ser denominado de Movimento Popular em Saúde ou Educação Popular em Saúde. O método da Educação Popular, sistematizado pelo educador brasileiro Paulo Freire servia de inspiração e fundamento para os trabalhos (Vasconcelos, 2004).

Freire desenvolveu um pensamento pedagógico assumidamente político, onde o objetivo maior da educação é manter vivo no educando o gosto da rebeldia, aguçando a curiosidade e estimulando a capacidade de arriscar-se, de aventurar-se, para de certa forma "imunizar" “contra o poder apassivador” (Freire, 1996) e o levar a entender sua situação de oprimido para agir em favor da própria libertação. Ele dizia que, enquanto a escola conservadora procura acomodar os alunos ao mundo existente, a educação que defendia tinha a intenção de inquietá-los (Freire, 1996).

7 O modelo campanhista, do início do século XX, estava ligado ao modelo econômico agroexportador, dependente da exportação cafeeira, exigia do setor de saúde uma política de saneamento dos espaços de circulação das mercadorias exportáveis e a erradicação ou controle das doenças que poderiam prejudicar a exportação. Este modelo se apresentava de forma militarista, de combate às doenças de massa, concentração de decisões, e um estilo repressivo de intervenção sobre “os corpos individual e social” (Merhy,2003).

A educação popular como instrumento de transformação surge no Brasil em oposição ao modelo hegemônico, aos poderes políticos, econômicos e sociais que não convergiam com a realidade à época. Com isso, o conhecimento como forma emancipadora do ser humano vem tomando sentido no cotidiano dinâmico que se encontra a sociedade. Assim, não se admite mais que o homem, um ser pensante e capaz de tomar decisões, possa encontrar-se submisso e inerte em um sistema cada vez mais participativo (Nascimento, 2002).

Vão-se configurando iniciativas de busca de soluções técnicas e políticas construídas a partir do diálogo entre o saber popular e o saber acadêmico. Na década de 70 começaram a surgir experiências de serviços comunitários de saúde desvinculadas do Estado, em que profissionais de saúde aprendiam a se relacionar com os grupos populares, começando a esboçar tentativas de organização de ações de saúde integradas à dinâmica social local (Vasconcelos, 2004).

Segundo Vasconcelos (2004), a experiência ocorrida na Zona Leste da cidade de São Paulo é o exemplo mais conhecido.

Mas o Movimento Popular de Saúde - MOPS chegou a aglutinar centenas de outras experiências nos diversos estados. Nelas a educação em saúde buscou ser uma assessoria técnica e política às demandas e iniciativas populares, bem como um instrumento de dinamização das trocas de conhecimento entre os atores envolvidos. Assim, a participação de profissionais de saúde nas experiências de Educação Popular, a partir dos anos 70, trouxe para o setor saúde uma cultura de relação com as classes populares que representou uma ruptura com a tradição autoritária e normalizadora da educação em saúde (Vasconcelos, 2004, p.69).

Nesse contexto, aparece o movimento da Reforma Sanitária Brasileira. Este movimento é formado por um “conjunto organizado de pessoas e grupos, partidários ou não, articulados ao redor de um projeto de sociedade” (Paim, 2003, p. 23), cujo desenho e conteúdo foram sendo construídos ao longo do tempo a partir de um conjunto de práticas que Sergio Arouca (1976, p. 30) caracterizou em três níveis: “a prática teórica (construção do saber), a prática ideológica (transformação da consciência) e a prática política (transformação das relações sociais)”. Tal movimento visou à saúde como direito de todo o cidadão, independente de ter contribuído com a previdência, ser trabalhador rural ou não trabalhador e a descentralização da gestão das políticas sociais, tanto administrativa, como financeira. Assim, o movimento pela democratização da saúde incorporado pelo Projeto da Reforma Sanitária Brasileira foi balizado pelos aspectos político-ideológicos, organizativo e técnico operacionais.

A partir daí o campo da saúde passou a questionar a concepção de saúde como ausência de doença, que era restrita à dimensão biológica e individual, e induzia ações que giravam em torno da cura de agravos à saúde. Esta lógica deu lugar a uma concepção de saúde ampliada,

centrada na prevenção e na promoção da saúde, transcendendo a ideia de formas de vida saudáveis. Incorpora um conjunto de condições e requisitos para a saúde, que se definem em torno de temas como paz, moradia, educação, alimentação, renda, um ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. Considera as diversas relações entre a organização dos serviços de saúde e a estrutura social.

A partir dessa mudança de paradigmas, possibilitada pelo movimento da educação popular, a educação em saúde vem sendo repensada por muitos educadores: Ceccim (2007), Vasconcelos (2005), Stotz (2007), Pedrosa (2007), Merhy (2005) entre outros, com respaldo nos escritos de intelectuais da educação brasileira, a exemplo de Paulo Freire e Dermeval Saviani. O pensamento deles tornou-se a chave para conhecer e transformar uma educação tradicional e tecnicista em uma educação integral e participativa (Freire, 1996).

2.3 Saúde na escola - Evolução histórica

A legislação educacional expressa no seu arcabouço a concepção da dimensão de saúde na escola, inicialmente, sob a designação genérica de Programas de Saúde. Essa concepção parte da lógica higienista, biologicista, biomédica e assistencialista. No fim da década de 80, com a redemocratização do país, foram estabelecidas novas referências político - sociais, particularmente nas políticas de saúde e educação com a promulgação da CF/88. Esse contexto exigiu de ambos os setores ações mais articuladas com vistas à superação da lógica da gestão pública à época, predominantemente, centralizada e verticalizada. Nova concepção em saúde na escola é acionada nos Parâmetros Curriculares Nacionais, de 1997. Neles, a saúde aparece como tema transversal das disciplinas e ações no contexto escolar, em que se preza a incorporação das três dimensões da saúde: promoção, assistência à saúde e prevenção de agravo e doença.

Na esfera internacional, a I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em 1986, em Ottawa/Canadá, define promoção da saúde como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e de saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo (Organização Panamericana de Saúde, 1986). Essa perspectiva influencia a discussão sobre o papel da escola na construção de vidas mais saudáveis.

Do ponto de vista da educação, em âmbito internacional, o Fórum Mundial de Educação, em 2000, na cidade de Dakar/Senegal, estabelece, em suas principais metas e estratégias, a garantia a todos os indivíduos o direito à educação que satisfaça suas necessidades básicas de aprendizagem, no melhor e no mais pleno sentido do termo:

“aprender a aprender, a fazer, a conviver e a ser”, para que possam atingir a sua corresponsabilidade de contribuir para a transformação da sociedade em que vivem.

No Brasil, surgiram concepções que passaram a questionar o processo de educação vigente, alertando para a necessidade de uma educação pública com qualidade, uma educação para todos, a partir das diferentes realidades, demandando, portanto, oferta de condições reais de participação, segundo uma pedagogia do desenvolvimento da autonomia, do compartilhamento dos vários saberes, seguindo a esteira do “aprender em ato de ensinar e ensinar em ato de aprender”, prezada por Freire (1997).

A partir de então, com o fortalecimento da democracia e da luta pela cidadania no Brasil, o espaço escolar vem ganhando importância crescente no que diz respeito à sua função social, missão e organização, de modo que, atualmente, apresenta-se como um espaço social no qual são desenvolvidos processos de ensino/aprendizagem que articulam ações de natureza diversa, envolvendo seu território e seu entorno. A escola tem alcance além de seus muros.

O sociólogo e historiador Eduardo Navarro Stotz (2007, p. 12) comenta que a Educação e Saúde é, “do ponto de vista dominante e tradicional, uma área de saber técnico”, ou seja, uma organização dos conhecimentos das ciências sociais e da saúde voltada para “instrumentalizar” o controle dos doentes pelos serviços e a prevenção de doenças pelas pessoas, visão que se mostra hoje limitada. O trabalho educativo em saúde, vivenciado na escola, tem avançado no sentido da incorporação de novas concepções teóricas da educação e da saúde, dimensionando e convertendo-se em mais que uma área de saber técnico: amplia-se para o entendimento da promoção e cuidado à saúde de forma a contemplar a dimensão da vida. Conforme **Figura 2**:

Concepções de Saúde na Escola	Teoria	Articulação entre os setores	Características	Amparo Legal
Higienista	Prática voltada para: - Mudança comportamental extrapolando a padrões morais. - Combate à disseminação de doenças. - Preparar o corpo para a força de trabalho. - Saúde como ausência de doença. - O indivíduo é responsável por sua saúde.	- Autoritária e normativa. - Decisão unilateral do setor saúde (escola passiva). - Conhecimento pronto.	- Autoritária e disciplinar; - Preventivista; - Hierarquizada; - Poder decisório centralizado.	- CF/34
Biologisista/ Biomédico	- Prática assistencialista e curativa – hospitalocêntrica. - Medicalização das questões da aprendizagem. - Individualista e compartimentalizada. - Especialismo médico. - Consultório médico no espaço da escola. - Serviço de ambulatório para atendimento na escola. - Saúde como ausência de doença. - Caráter preventivo presente para evitar o comprometimento da aprendizagem.	- Organizada na ótica da atenção médica; - Prioridade a especialidade médica. - Cada setor tem seu próprio conhecimento e não há troca. - Presença física em espaço comum. - Não compartilhamento de decisões e objetivos. - Ações desconectadas.	- Priorizada a medicina especializada. - Não valorização da atenção básica em saúde; - Medicaliza o fracasso escolar. - Ações de saúde descontextualizadas da rede de serviço de saúde. - Prioridade para práticas assistenciais. - Coordenação das ações de forma isolada; - O poder decisório é dado de forma setorial. - Uso do espaço da escola para equipamentos e serviços de saúde.	- CF/34 - LDB n° 4024/61 - Lei n° 5.692/71
Promoção da Saúde (Escolas Promotoras de Saúde)	- Articular conhecimento e troca de saberes. - Favorecer o diálogo e a interação dos contextos sociais com a saúde. - Protagonismo do sujeito. Saúde como bem-estar social.	- Os setores reconhecidos como parceiros ativos do processo. - Compartilhamento do poder decisório entre os envolvidos. - Articulação entre as esferas de governo e outros parceiros.	- Leva-se em consideração o contexto das vulnerabilidades sociais. - Tem bases comunitárias. - Considera a rede de saúde em um todo e valoriza a atenção básica em saúde no contexto do território.	- CF/88 - LDB n° 9394/96 - PCN/97
Saúde na Escola – PSE	- Articular conhecimento e troca de saberes. - Favorecer o diálogo e a interação dos contextos - sociais com a saúde. - Protagonismo do sujeito. - Saúde é um estado de completo bem estar físico, mental e social. - Cuidado ao longo do tempo. - Saúde e educação integral: Promoção, Assistência e Prevenção. - Escola como espaço de produção de cidadania. - Território de responsabilidade compartilhada: Comunidade, Família, Escolas, Unidades de Saúde, Serviços Sociais, etc.	- Os setores reconhecidos como parceiros ativos do processo. - Compartilhamento do poder decisório entre os envolvidos/equipes. Articulação entre as esferas de governo e outros parceiros. - Gestão intersetorial e compartilhada entre os setores de saúde e de educação. - Articulação permanente entre as equipes escolares e as equipes das UBS/ESF. - Processo de referência e contra referência dos escolares à rede de saúde.	- Leva-se em consideração as vulnerabilidades sociais. - Tem bases comunitárias. - Considera a rede de saúde em um todo. - Atenção básica em saúde como porta de entrada. - Intersetorialidade - Trabalho compartilhado. - Leva em consideração os ciclos de vida de forma articulada com as etapas de ensino do escolar. - Escola como espaço de promoção à saúde, prevenção de agravos e identificação de sinais. - Formação intersetorial. - responsabilidade compartilhada de forma interfederativa e intersetorial	- CF/88 - LDB n° 9394/96 - PCN/97 -Decreto n° 6.286/2007

Figura 2 – Concepções de Saúde na Escola – Evolução Histórica.

A Iniciativa Regional de Escolas Promotoras de Saúde, lançada oficialmente, em 1995, pela Organização Mundial de Saúde (Opas/OMS), fomentou junto aos estados-membros da América Latina e Caribe, o fortalecimento de suas ações de promoção da saúde na escola a partir de uma rediscussão e reflexão sobre atividades no espaço escolar (OPAS, 2006).

Esses movimentos vêm contribuindo para uma crescente cooperação técnica entre os Ministérios da Saúde e da Educação, resultando em acúmulos consideráveis que potencializam a ação educativa em saúde nos espaços institucionais. Essa ação educativa, por sua vez, vem ganhando acúmulo de experiências e transformando-se em ações que abarquem a integralidade da saúde e educação dos educandos.

Em 2003, surgiu o Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas - SPE, constituindo-se como uma ação interministerial – Ministério da Saúde e Ministério da Educação, em parceria com a Organização das Nações Unidas para a Educação, à Ciência e a Cultura – UNESCO, a Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF e Universidade Federal da Bahia - UFBA, tendo como principais objetivos: promoção de direitos sexuais e direitos reprodutivos; enfrentamento de HIV/AIDS entre adolescentes e jovens escolares.

Também a partir de 2003, o tema saúde na escola passa a ter espaço institucionalizado, no âmbito do Ministério da Saúde, com o objetivo de articular e promover a integração entre as práticas desenvolvidas internamente, incluindo-se a Educação Popular em Saúde a partir da criação de uma área técnica na Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa no MS.

Nos anos de 2005 e 2006, os Ministérios da Saúde e da Educação assinaram as Portarias Interministeriais nº 749/05 e 1.820/06 constituindo a Câmara Intersetorial Educação em Saúde na Escola, com o objetivo de discutir diretrizes e elaborar a Política Nacional de Educação em Saúde na Escola. Surgiu, então, o Programa Saúde na Escola, instituído em 2007, por Decreto Presidencial (Brasil, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011b).

A responsabilidade de promover a saúde dos escolares, além de ser um compromisso do setor saúde, passa a ser definida como processo de conscientização da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida. Nesse contexto, o setor educação é um forte aliado no processo saúde e doença, adotando uma pedagogia característica e gradativa desde o momento do acesso a escola pelo educando. Envolvem todos os sujeitos, contextos, instituições políticas e sociais na direção de um bem estar físico, mental e social.

A clareza quanto ao papel da escola como um dos espaços privilegiados para construção de cidadãos mais reflexivos e críticos foi significativa no movimento internacional, contribuindo para que, no recorte da Iniciativa de Escolas Promotoras de Saúde, teve origem o Projeto Saúde e Prevenção na Escola – SPE e, posteriormente, o Programa Saúde na Escola – PSE. O PSE se destaca como um programa guarda-chuva que se coloca de forma estratégica,

em nível nacional, convertendo o equipamento escolar em espaço privilegiado para práticas de promoção de saúde e prevenção de agravos à saúde e de doenças, por meio da articulação entre equipe escolar e equipes de saúde (Brasil, 2012).

Faz-se mister que as práticas de medicalização e as pedagógicas não dialógicas e não problematizadoras no ambiente escolar sejam superadas.

CAPÍTULO 3 PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA – PSE

O PSE, instituído por Decreto Presidencial nº 6.286, de 05 de dezembro de 2007, resulta do trabalho integrado entre os setores da Saúde e da Educação, na perspectiva de ampliar as ações de saúde aos estudantes da Rede Básica de Ensino Pública: Educação infantil (Creche e Pré-Escola), Ensino Fundamental, Ensino Médio, além da modalidade de ensino de Educação de Jovens e Adultos - EJA (Brasil, 2011).

3.1 Trilhando Caminhos da Intersetorialidade e da Gestão Compartilhada

O PSE foi idealizado para fortalecer a integração de duas políticas públicas básicas: saúde e educação. A intersetorialidade, dispositivo do modelo de gestão do Programa, assinala como desafio a transformação das práticas profissionais fragmentadas em modos de cuidar pautados por: universalidade, participação, integralidade, articulação e corresponsabilidade, em distintos territórios, para a produção de um novo cuidado em saúde na Escola. A interação entre os profissionais da saúde e da educação visa possibilitar entendimentos, pontos de vista e habilidades complementares, a fim de gerar alternativas criativas para buscar saúde e educação integrais dos estudantes (Brasil, 2011a).

Educação e Saúde são direitos sociais instituídos pela Constituição Federal de 1988, de acordo com o Artigo 6º ambas são, igualmente, direito de todos e dever do Estado, conforme preconizam os artigos 196 e 205 da mesma Constituição. Em relação às crianças e adolescentes, o artigo 227 estatui que:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade, à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (Brasil, 1988).

A garantia aos mesmos direitos é preconizada pelo Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (Lei 8.069, de 13 de julho de 1990), que, dispõe em detalhe acerca do atendimento necessário à mãe gestante, à parturiente, à criança e ao adolescente, definindo obrigações para o poder público e o Sistema Único de Saúde - SUS, entre outros agentes.

O PSE parte desses pressupostos constitucionais, tornando-se uma iniciativa que busca contribuir na efetivação desses direitos por meio do fortalecimento de ações que envolvem a perspectiva do desenvolvimento integral e proporcionem à comunidade escolar a participação em programas e projetos que articulem saúde e educação para o enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento desse público.

Nessa dimensão, o PSE fomenta o compromisso entre os entes federados, de acordo com as pactuações existentes, em um processo progressivo de articulação intersetorial entre as equipes de Atenção Básica em Saúde – ABS e as equipes das escolas no território de responsabilidade, ou seja, articula as políticas de saúde, educação e as demais políticas na perspectiva do pleno desenvolvimento dos estudantes da rede básica de ensino.

As políticas educacionais e de saúde compartilham a perspectiva segundo a qual crianças, adolescentes e jovens, suas famílias e comunidades devem ser vistos como seres integrais, sendo papel do Estado garantir a todos (as) oportunidades para seu pleno desenvolvimento pessoal e social. Os princípios de valorização da articulação entre as esferas de governo, entre o poder público e a sociedade civil e entre as políticas sociais de diferentes setores, organizadas a partir do território, estão presentes nas dimensões dessas políticas. O PSE vem-se constituindo no esforço da materialização dessa articulação entre as esferas de governo e conta com a equipe de educação, o espaço escolar, juntamente, com as equipes de saúde para tal. Reconhece a importância de se trabalhar com equipamentos sociais existentes no território e com a participação comunitária (Brasil 2011).

Considera que a escola, além de desenvolver processos de ensino/aprendizagem, desempenha papel fundamental na formação identitária e cidadã e na atuação das pessoas em todas as arenas da vida social. Juntamente com outros espaços sociais, ela cumpre papel decisivo na formação dos estudantes, na percepção e construção da cidadania, no acesso a políticas públicas, entre outros. O espaço escolar torna-se um espaço privilegiado para práticas promotoras da saúde e preventivas de agravos à saúde e de doenças (Valla, 2005). A articulação entre escola e unidade de saúde é, portanto, uma importante demanda do Programa Saúde na Escola.

O PSE foi, aos poucos, ampliando seu escopo para se alcançar a totalidade dos Municípios brasileiros. Inicia-se com critérios de adesão, baseados no Índice de Desenvolvimento Educacional Básico – IDEB; Cobertura de Atendimento da Estratégia Saúde da Família- ESF e Municípios que possuíam em seu território, escolas participantes do Programa Mais Educação, e neste ano de 2013, todos os municípios poderão aderir ao PSE, conforme **Figura 3:**

Ano	IDEA	Cobertura ESF	Programa Mais Educação
2008	≤2,69	100 %	Municípios que possuam em seu território, escolas participantes do Programa Mais Educação.
2009	≤3,10	70%	
2010	≤4,50	70%	
2011/2012	≤4,50	70%	
2013	Todos os Municípios podem aderir ao Programa		

Figura 3 - Critérios de Adesão Programa Saúde na Escola – PSE.

Nesse processo, a cada ano, a partir do ano de 2008, os critérios foram adotados com vistas a atingir um maior número de municípios e, conseqüentemente, de educandos, escolas e equipes de saúde. Em 2013, com a dispensa dos critérios para a adesão ao PSE, todos os municípios passaram a ser elegíveis (podendo aderir ao programa), com isso, o critério de cobertura da ESF deixa de existir e as equipes das unidades básicas de saúde – UBS são incorporadas no processo de contratualização para o cuidado dos educandos. Na **Figura 4** fica clara a expansão do PSE, no que se à adesão dos municípios ao PSE, ano a ano, a partir de 2008.

Ano	Nº de Municípios	Total de Equipes de Saúde da Família e UBS (em 2013)	Total de Estudantes
2008	608	5.130	1.941.763
2009	1.253	9.014	8.502.412
2010	1.253	9.014	8.502.412
2011/2012	2.495	12.899	11.220.050
2013	4.861	30.041	18.713.940

Figura 4 - Nº de municípios que aderiram ao PSE por ano.

Dessa forma, o PSE, até o presente, vem sendo paulatinamente ampliado, na perspectiva de se afirmar como política pública. A cada ano novas normas são publicadas, conforme se pode observar no quando síntese de regulamentação **Figura 5**:

Ato	Data	Descrição
Decreto Presidencial Nº 6.286	05/12/2007	Institui o Programa Saúde na Escola e dá outras providências
Portaria GM Nº 1.861	04/09/2008	Estabelece recursos financeiros pela adesão ao PSE para Municípios com equipes de Saúde da Família, priorizados a partir do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB), que aderirem ao Programa Saúde na Escola (PSE).
Portaria Interministerial nº 675	04/06/2008 republicada 27/08/2008	Institui a Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola - CIESE.
Portaria Interministerial nº 1.399	04/11/2008	Designa os membros para compor a CIESE.
Portaria GM Nº 2.931	04/12/2009	Altera a portaria Nº 1861 de 4 de setembro de 2008 que estabelece recursos financeiros pela adesão ao PSE e credencia municípios para o recebimento desses recursos.
Portaria GM Nº 3.146	17/12/2009	Estabelece recursos financeiros para Municípios com equipes de Saúde da Família, que aderirem ao Programa Saúde na Escola - PSE.
Portaria GM Nº 1.536	15/06/2010	Credencia Municípios para o recebimento de recursos financeiros pela adesão ao Programa Saúde na Escola - PSE, conforme a Portaria nº 3.146/GM, de 17 de dezembro de 2009.
Portaria Interministerial Nº 3.696	25/11/2010	Estabelece critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE) para o ano de 2010 e divulga a lista de Municípios aptos para Manifestação de Interesse.
Portaria GM Nº 3.918	10/12/2010	Estabelece recursos financeiros para municípios com equipes de Saúde da Família, credenciados no Programa Saúde na Escola - PSE.
Ato	Data	Descrição
Portaria Interministerial MS/MEC Nº 1.910	8/08/2011	Estabelece o Termo de Compromisso Municipal como instrumento para o recebimento de recursos financeiros do Programa Saúde na Escola (PSE).
Portaria Interministerial MS/MEC Nº 1.911	08/08/2011	Altera a Portaria Interministerial nº 3.696/MEC/MS, de 25 de novembro de 2010, que estabelece critérios para transferência de recursos aos Municípios credenciados ao Programa Saúde na Escola (PSE) e define lista de Municípios aptos a assinarem Termo de Compromisso Municipal.
Portaria MS/GM Nº 3.014	20/12/ 2011	Habilita Municípios e o Distrito Federal para o recebimento do repasse de recursos financeiros relativos ao Programa Saúde na Escola (PSE).
Portaria MS/GM Nº 524	26/03/2012	Habilita Municípios ao recebimento do repasse de recursos financeiros relativos ao Programa Saúde na Escola.
Portaria MS/GM Nº 364	08/03/2013	Redefine a Semana de Mobilização Saúde na Escola (Semana Saúde na Escola), de periodicidade anual, e o respectivo incentivo financeiro.
Portaria Interministerial MS/MEC Nº 1.413	10/07/2013	Redefine as regras e critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE) por Estados, Distrito Federal e Municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações.

Figura 5– Regulamentação do Programa Saúde na Escola – PSE.

3.2 Projeto Político Pedagógico (PPP) como instrumento de gestão

As ações do PSE, em todas as suas dimensões, são fomentadas a estar inseridas nas propostas pedagógicas das escolas, levando-se em consideração o respeito à competência política, à diversidade sociocultural das diferentes regiões do país, à autonomia dos educadores e das equipes pedagógicas, bem como ao reconhecimento da diversidade que caracteriza a escola, seus saberes, os aspectos da saúde relativos a gênero, orientação sexual, raça, cor, etnia, condição social e físico-mental. O Decreto Nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007 que institui o PSE traz no seu inciso XVII a inclusão das temáticas de educação em saúde no projeto político pedagógico das escolas.

“Parágrafo único - As equipes de saúde da família realizarão visitas periódicas e permanentes às escolas participantes do PSE para avaliar as condições de saúde dos educandos, bem como para proporcionar o atendimento à saúde ao longo do ano letivo, de acordo com as necessidades locais de saúde identificadas” (Brasil, 2007).

O Projeto Político Pedagógico (PPP), segundo a concepção de Veiga (1996), é a própria organização do trabalho pedagógico, ou seja, um todo que se fundamenta na constituição das relações entre território, povo e poder. Significa planejar o que se intenciona fazer, realizar e modificar, levando em consideração os condicionantes e os determinantes sociais, em uma perspectiva que objetive a construção corresponsável, intersetorial e participativa. O adjetivo político foi adicionado ao Projeto Pedagógico, no intuito de enfatizar que ele está intimamente articulado ao compromisso sócio-político de atender aos interesses reais e coletivos da comunidade em que se encontra a escola, à medida que nele reside um projeto de sociedade, possibilitando a efetivação das intencionalidades e a construção coletiva que se desenrola no vivo da ação educativa transformadora.

O Projeto Político Pedagógico proporciona a emancipação dos sujeitos de forma a favorecer o exercício da cidadania (Veiga, 2003), reafirmado pelo PSE como instrumento favorecedor da gestão compartilhada, deve promover um processo permanente de reflexão e discussão dos problemas locais, na busca de estratégias resolutivas. Na construção do PPP alguns princípios devem ser destacados:

1- Igualdade de acesso dos escolares aos equipamentos e serviços sociais de forma resolutiva;

2- Gestão democrática - o modo de gerir a escola deve abranger as dimensões pedagógica, administrativa e financeira, implicando-se na construção corresponsável, no operar ético-político dos sujeitos/coletivos comprometidos na construção do cuidado.

3- Liberdade - Princípio constitucional ligado à autonomia, a escola deve situar suas

lutas no campo dos direitos e da política, no processo de construção e reconstrução de imagens positivas (Arroyo, 2009).

4- Valorização dos Profissionais - Deve-se buscar aprimorar as condições de atendimento às necessidades educacionais, de saúde, da gestão e do controle social, redimensionando o desenvolvimento da autonomia dos trabalhadores/atores de cada escola e unidade de saúde até se alcançar a condição de influenciar na formulação de políticas do cuidado.

5- Integralidade - Na confluência do modo de vida, da biologia humana, do ambiente e das redes de serviços locais, esses componentes devem ser levados em consideração a partir do aprofundamento teórico e dialógico com os princípios do SUS: universalidade, equidade e integralidade e as inovações pedagógicas trazidas por abordagens educacionais emancipatórias e crítico-reflexivas.

O PPP possibilita redimensionar a relação da escola com o setor saúde dentro da perspectiva de compreensão, de escuta e de participação social, abrindo oportunidade de promover a cidadania dos escolares.

3.3 Estrutura de Gestão do Programa Saúde na Escola

O PSE tem como princípios a promoção da atenção integral à saúde; a articulação permanente entre as políticas e ações de educação e de saúde com a participação da comunidade escolar, envolvendo as equipes da atenção básica em saúde, principalmente, a Estratégia Saúde da Família - ESF e da educação básica, e a constituição de territórios de responsabilidade entre escolas estaduais e municipais e a rede de saúde. Está organizado em três grandes áreas temáticas/componentes: I – Avaliação das Condições de Saúde dos estudantes; II – Promoção da Saúde e Prevenção das Doenças e Agravos; III – Educação Permanente e Capacitação dos Profissionais da Educação e da Saúde e de Jovens para o PSE. Fomenta-se que o planejamento e as ações realizadas pelos GTIs e pelas equipes de saúde e educação envolvam todos esses Componentes em sua prática diária. Cada Componente tem sua abrangência e objetivos específicos:

✓ **Componente I – Avaliação das Condições de Saúde**

Tem como objetivo avaliar a saúde dos educandos e possibilitar que aqueles que apresentam alguma alteração possam ser encaminhados para atendimento e acompanhamento de forma longitudinal. Os momentos das atividades precisam ser oportunamente planejados e agendados de forma articulada entre escola e equipe de saúde.

Muitas das ações propostas nesse componente podem ser realizadas tanto por profissionais da educação quanto por profissionais da saúde. A perspectiva é que todos entendam as avaliações como processo no qual há identificação de problemas de saúde, promoção do autocuidado e da continuidade do cuidado na rede de saúde, se for o caso.

A proposta do PSE é que as avaliações das condições de saúde sejam desenvolvidas de forma a envolver os educandos, que eles saibam para que servem as ações realizadas, e que as ações se deem no processo de educação em saúde comprometida com a produção de autonomia e de autocuidado dos escolares.

✓ Componente II – Promoção da Saúde e Prevenção de Agravos

A perspectiva da prevenção e da promoção da saúde deve perpassar todas as ações do PSE, que visam garantir a todos os educandos a oportunidade de fazerem escolhas mais favoráveis à saúde e de se tornarem, portanto, protagonistas do processo de produção da própria saúde. O encontro entre os saberes das áreas de educação e de saúde potencializa o desenvolvimento de ações que privilegiam a dimensão educativa do cuidado à saúde.

O desafio das ações desse componente é trabalhar as temáticas por meio de metodologias participativas e ativas de aprendizagem, que superem e componham com as tradicionais ações de repasse de informações relevantes. A potência do encontro entre saúde e educação pode revelar aqui uma de suas vertentes mais interessantes.

✓ Componente III – Formação

O processo de formação dos gestores e das equipes de educação e de saúde que atuam no Programa Saúde na Escola (PSE) é um compromisso das três esferas de governo e deve ser trabalhado de maneira contínua e permanente, sendo fundamental no enfrentamento do desafio da prática intersetorial e da produção de educação e de saúde integral.

✓ Repasse Financeiro

O repasse do incentivo se dá de maneira parcelada e está condicionado ao alcance das metas pactuadas no Termo de Compromisso pelos municípios, repassado fundo a fundo, via Piso da Atenção Básica - (PAB - variável) para apoio ao desenvolvimento das ações no território e compete ao Ministério da Saúde. Além do incentivo financeiro, é disponibilizado pelo Ministério da Educação material pedagógico e clínico para implementação das ações do PSE.

Para tal, existe opção de ações essenciais e optativas. As ações buscam atender de forma integral a saúde dos escolares e devem ser planejadas a partir do diagnóstico das necessidades de saúde do território onde vivem os educandos. As ações essenciais são vinculadas a Programas prioritários do governo federal, são de pactuação obrigatória e o registro nos sistemas de monitoramento será considerado para o alcance das metas e repasse de recurso

financeiro. As ações essenciais estão vinculadas aos seguintes Programas do Governo Federal: Plano Brasil sem Miséria e sua ação Brasil Carinhoso; Projeto Olhar Brasil, Programa Brasil Sorridente e Programa Crack: é possível vencer.

As ações optativas, que não estão vinculadas a Programas prioritários do Governo Federal, são de livre pactuação e seu registro nos sistemas de monitoramento não será considerado para repasse de incentivo financeiro.

Num primeiro momento, o PSE não trabalhava na lógica de repasse de incentivo financeiro por meio da obrigatoriedade de alcançar metas por ações desenvolvidas intersetorialmente entre as unidades de saúde e as escolas por componentes. A partir de 2011, essa obrigatoriedade foi adotada como forma de monitoramento e avaliação das atividades e controle quanto à aplicabilidade dos recursos. Isso provocou na gestão local uma reorganização no desenvolvimento das ações para prestação de contas, adotando a prática de registro junto aos sistemas de informação do PSE.

Tomamos o Maranhão, um dos Estados onde o questionário dessa pesquisa foi aplicado, para exemplificar o modo como esse processo ocorreu no desenvolvimento das ações pactuadas em 2011, bem como o alcance de metas. Os resultados obtidos foram:

- ✓ 187 municípios assinaram termo de compromisso em 2011.
- ✓ 93 municípios alcançaram metas, correspondendo 49,73% dos municípios.
- ✓ 40 municípios responderam o questionário da pesquisa.
- ✓ 28 municípios dos que responderam questionário alcançaram meta (70%).

Os índices, cujos resultados não foram tão satisfatórios (menos de 50% dos municípios do estado do Maranhão em sua totalidade alcançaram metas), podem estar vinculados à prática dos velhos modelos de gestão verticalizada e centralizada, cuja abordagem consta do capítulo 02. Por outro lado, consideramos que houve avanço nas práticas daqueles municípios do estado do Maranhão, em que seus gestores passaram por processo de formação, onde os questionários foram aplicados nas oficinas de formação estadual do PSE, no ano de 2012. Acredita-se na eficácia das mudanças, que devem ser canalizadas quando há congruência de objetivos e de diretrizes e quando se investe em processos informativos e de educação permanente e continuada.

Outra situação que deve ser considerada é a definição, pela esfera federal, das ações a serem desenvolvidas, cujos parâmetros são baseados na realidade nacional e essas ações são aplicadas nos municípios com realidades bastante diversificadas. A opção por ações essenciais, atrelada ao alcance de metas e a ações optativas que não há uma relação direta com

os recursos, traz, em seu contexto, uma dimensão relacionada a uma cultura descomprometida com a real necessidade dos educandos.

Como exemplo da situação abordada cita-se o Componente III, linha de ação - **(Figura 6)** - capacitar os profissionais da saúde e educação para a gestão intersetorial do PSE, ação optativa; considera-se incoerente ser uma ação optativa, uma vez que o modelo de gestão do programa, base da sua potencialidade, como disse um dos participantes da pesquisa, “é a grande sacada do PSE”. No entender da pesquisadora o grau de relevância dessa ação é primordial e mereceria atenção diferenciada e recursos exclusivos, uma vez que é através da mesma que se desencadeiam as demais ações no território de responsabilidade compartilhada entre os setores de saúde e de educação.

Outro fator a ser observado, entre outros, é a realidade das escolas indígenas, quilombolas e rurais onde as especificidades são inerentes ao próprio contexto, uma vez que o formato atual do PSE não atingem essas diversidades. As várias ações elencadas pelo PSE como fator primordial para o repasse do recurso deveriam ser revistas priorizando a realidade e a especificidade das escolas e das comunidades como um todo.

AÇÃO			
Creche	Comp. I	Avaliação antropométrica	Essencial
		Promoção e avaliação da saúde bucal	Essencial
		Sondagem da realização do teste da orelhinha e do teste do olhinho.	Essencial
		Verificação da situação vicinal	Optativa
		Vigilância e prevenção das violências e acidentes	Optativa
	Comp. II	Ações de segurança alimentar e promoção da alimentação saudável	Essencial
		Promoção da cultura de paz e Direitos Humanos	Essencial
		Criação de grupos de famílias solidárias para encontro e troca de experiência, com mediação da creche/escola e/ou saúde	Essencial
		Fortificação com micronutrientes	Optativa
		Criação de grupos intersetoriais de discussão de ações de saúde mental no contexto escolar, em articulação com o GTI municipal	Optativa
Pré - Escola	Comp. I	Avaliação antropométrica	Essencial
		Promoção e avaliação da saúde bucal	Essencial
		Sondagem da realização do teste do olhinho.	Essencial
		Verificação da situação vacinal	Optativa
		Identificar educandos com possíveis sinais de alteração na audição	Optativa
		Identificar educandos com possíveis sinais de alterações de linguagem oral	Optativa
		Vigilância e prevenção das violências e acidentes	Optativa
	Comp. II	Ações de segurança alimentar e promoção da alimentação saudável	Essencial
		Promoção da cultura de paz e Direitos Humanos	Essencial
		Criação de grupos intersetoriais de discussão de ações de saúde mental no contexto escolar, em articulação com o GTI municipal	Essencial
		Criação de grupos de famílias solidárias para encontro e troca de experiência, com mediação da creche/escola e/ou saúde	Essencial
		Promoção das práticas corporais e atividade física e lazer nas escolas	Optativa
		Promoção da saúde ambiental e desenvolvimento sustentável	Optativa
Ensino Fundam ental/Mé dio	Comp. I	Avaliação antropométrica	Essencial
		Promoção e avaliação da saúde bucal	Essencial
		Avaliação oftalmológica	Essencial
		Verificação da situação vicinal	Optativa
		Identificação de possíveis sinais de agravos de saúde negligenciados e doenças em eliminação	Optativa
		Identificar educandos com possíveis sinais de alteração na audição do educando.	Optativa
		Identificar educandos com possíveis sinais de alterações de linguagem oral	Optativa
	Comp. II	Vigilância e prevenção das violências e acidentes	Optativa
		Saúde e prevenção nas Escolas: educação para a saúde sexual, saúde reprodutiva e prevenção das DST/aids	Essencial
		Saúde e prevenção nas Escolas: prevenção ao uso de álcool e tabaco e outras drogas	Essencial
		Promoção da cultura de paz e Direitos Humanos	Essencial
		Criação de grupos entre pares para fomento e estímulo ao protagonismo infantil a partir de manejo de conflitos no ambiente escolar	Essencial
		Criação de grupos intersetoriais de discussão de ações de saúde mental no contexto escolar, em articulação com o GTI municipal	Essencial
		Ações de segurança alimentar e promoção da alimentação saudável	Essencial
Promoção das práticas corporais e atividade física e lazer nas escolas	Optativa		
Promoção da saúde ambiental e desenvolvimento sustentável	Optativa		
Comp. III	Capacitar os profissionais da saúde sobre a importância da Vigilância Alimentar e Nutricional	Essencial	
	Capacitar profissionais da saúde e educação para trabalhar com as temáticas de promoção da alimentação saudável	Essencial	
	Capacitar os profissionais de educação para trabalhar com as temáticas: Prevenção ao uso de Álcool e Tabaco, Crack e outras Drogas	Essencial	
	Capacitação de profissionais de saúde e educação sobre a temática de sexualidade e prevenção das DST/AIDS	Essencial	
	Capacitar os profissionais da saúde e educação sobre a importância e uso da fortificação com micronutrientes na creche	Optativa	
	Capacitar os profissionais da saúde e educação para gestão intersetorial do PSE	Optativa	
	Capacitar os profissionais de saúde e educação para notificação de violências	Optativa	
	Capacitação de profissionais de saúde e educação sobre o Desenvolvimento Infantil	Optativa	
	Capacitação para Promoção da Saúde nas Escolas	Optativa	

Figura 6 - Descrição das ações por componentes, linhas de ações e modalidade de ensino/2013

O PSE disponibiliza instrumentos para a operacionalização das ações por componentes que deverão ser realizadas de forma corresponsável e articuladas entre os profissionais de saúde e da educação, com o envolvimento dos estudantes e da comunidade escolar. Trata-se de instrumentos orientadores para o conjunto de ações a serem desenvolvidas no ambiente e na comunidade escolar no âmbito do PSE.

Considera as vulnerabilidades, condicionantes e determinantes sociais e fomenta o planejamento compartilhado por escola e unidades básicas de saúde. Propõe de forma pedagógica a incorporação nos PPPs das escolas às ações de promoção e assistência à saúde e prevenção de doenças e agravos de forma transversal e na perspectiva da integração entre saúde e educação num processo de educação permanente.

Em termo de estratégia de mobilização e comunicação, os Ministérios da Saúde e de Educação, por meio do PSE, adotaram, desde 2012, a Semana de Mobilização Nacional de Saúde na Escola, que dá início a uma mobilização temática prioritária de saúde, que deverá ser trabalhada ao longo do ano letivo nas escolas. Possibilita assim, a cada ano, maior visibilidade e reconhecimento das ações planejadas e executadas, além do fortalecimento da integração e articulação entre os setores da saúde e da educação no nível local e interfederativo.

3.4 O Modelo de Gestão do PSE: Intersetorialidade, Territorialidade, Integralidade e Corresponsabilidade

A Gestão do PSE é centrada em ações compartilhadas e corresponsáveis, desenvolvidas por meio dos Grupos de Trabalho Intersetoriais: Federal – GTIF; Estaduais – GTIEs e Municipais - GTIMs, numa construção em que tanto o planejamento quanto a execução das ações, são realizadas coletivamente de forma a atender as necessidades e demandas locais por meio de análises e avaliações construídas intersetorialmente. Em nível Federal, a Coordenação é compartilhada entre o Ministério da Saúde e da Educação, no âmbito do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde e Departamento de Currículos da Secretária de Educação Básica, dos Ministérios da Saúde e da Educação, respectivamente. Nos Estados e nos Municípios o arranjo de gestão deve ser o mesmo e gerido conforme necessidades locais.

A articulação intersetorial das redes públicas de saúde, de educação e das demais redes sociais se dá por meio dos Grupos de Trabalho Intersetoriais (Federal, Estadual e Municipal). Os GTI's são responsáveis pela gestão do incentivo financeiro e material, pelo apoio

institucional às equipes de saúde e educação na implementação das ações, pelo planejamento, monitoramento e avaliação do Programa.

O GTIF é respaldado por coletivos técnicos de cada ministério que se reúnem regularmente (**Figura 7**). Ao longo dos anos, o programa intensifica as ações realizadas o que implica numa necessidade crescente de articulação entre as áreas afins e de novos colaboradores, para atender os aspectos que transcendem as ações da saúde e educação.

MATRIZ DE GESTÃO PSE

Programa Saúde na Escola

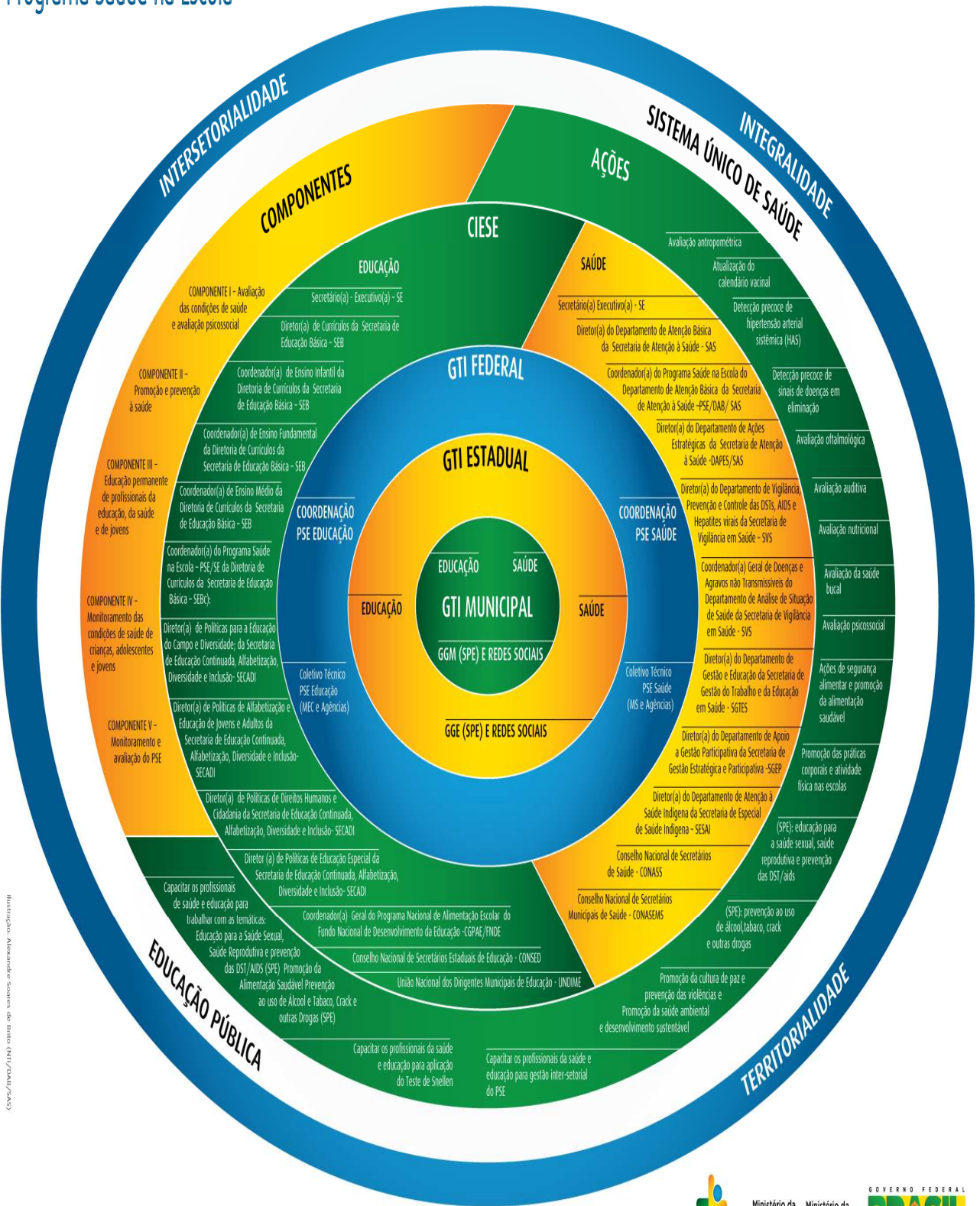


Ilustração: Alexandre Soares de Brito (NTI/DAE/MS/SAS)

Realização: Programa Saúde na Escola



Figura 7 - Matriz representativa da gestão do PSE.

Fonte: Ministério da Saúde, 2011b.

O GTI Estadual tem a responsabilidade de realizar o apoio institucional e ser um mobilizador do PSE nos municípios do seu território para a construção de espaços coletivos, de trocas e aprendizagens contínuas, provocando o aumento da capacidade de analisar e intervir nos processos, cabendo a ele, entre outras, definir as estratégias específicas de cooperação entre Estados e municípios para o planejamento e a implementação das ações no âmbito municipal.

Sugere-se que o GTI Municipal seja composto por gestores das Secretarias de Saúde e de Educação, representantes das equipes de Saúde da Família e representante dos educadores que atuarão no PSE, representantes das escolas, jovens e pessoas da comunidade local. Esse grupo pode incorporar na sua formação outras instâncias e áreas, por exemplo, representantes do Comitê Local do BPC (Benefício de Prestação Continuada) na escola, podendo, inclusive, realizar encontros ampliados dependendo do tema a ser trabalhado. Tem como responsabilidade, entre outras garantir os princípios e diretrizes do PSE no planejamento, monitoramento, avaliação e gestão do recurso de maneira integrada entre as equipes das escolas e das Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família.

Para Gastão Wagner de Sousa Campos, a gestão é produto de uma interação entre pessoas, ela produz efeitos sobre os modos de ser e de proceder dos trabalhadores e de usuários das organizações (Campos, 2002). Assim, a gestão toma por objeto o trabalho humano e lida com uma multiplicidade e diversidade de interesses que nele se atravessam. É preciso reconhecer a indissociável relação entre trabalho livre e trabalho implicado e apontar exatamente aí inovações que permitam – no caso da área da saúde e da educação – ampliar a capacidade de produção de saúde e, ao mesmo tempo, ampliar a realização dos trabalhadores, trabalho dotado de sentido, (Brasil, 2009). O modo de gerir pautado na trílice inclusão (sujeitos, coletivos e a perturbação/incômodos/estranhezas) produzem nos processos de gestão planos e ações comuns guiados pelo pressuposto ético de produzir saúde com o outro, processo este de gestão compartilhada (Brasil, 2009).

Corroborando o exposto, Morgan (1996) sinaliza que o grande desafio para uma gestão compartilhada é o desenvolvimento de estratégias que provoquem mudanças de postura, valores, de cultura como um fenômeno ativo, vivo, através do qual as pessoas criam e recriam os mundos dentro dos quais vivem. A complexidade colocada nessa perspectiva exige o tratamento integrado e sistêmico de ações. Nesse sentido, ganham destaque três princípios importantes a serem levados em consideração no processo de gestão compartilhada do PSE: a territorialidade, a integralidade e a intersetorialidade transversalizada pela dimensão da corresponsabilidade.

Para o PSE, a territorialidade é vista como espaço coletivo da diferença; é o produto da apropriação da valorização simbólica de um grupo em relação ao espaço vivo. Espaço que aproxima a educação e a saúde. Escolas e unidades de saúde são estimuladas a atuarem conjuntamente a partir da necessidade, do desejo e da vontade de gerar uma sociedade mais saudável (Brasil, 2011).

Na opinião de Pinheiro e Ceccim (2006), uma forma de dispor da integralidade seria por meio do ordenamento da atenção, da gestão, da participação e da formação. Assim, a integralidade pode ser traduzida como o modo de atuar democrático, do saber fazer integrado, alicerçado numa relação de compromisso ético-político; visão biopsicossocial do sujeito.

Para Inojosa (1998), a potencialidade da intersetorialidade está na efetividade de ações coordenadas e na sinergia entre diferentes setores. A sinergia é definida como “ato ou esforço coletivo, de cooperação”. Assim, a intersetorialidade incorpora a ideia de integração, de território, de saberes, de vivência, de fazer junto, ao lado, na lateralidade, de equidade, dos direitos sociais, ou seja, visão da ação integrada das políticas sociais (Brasil, 2012a).

O PSE balizou seu modo de gerir de forma a ampliar a clínica. Ampliar a clínica significa desviar o foco de intervenção da doença, para recolocá-lo no sujeito, portador de doenças, mas também de outras demandas e necessidades. Para tanto, requer transformações: No objeto de trabalho – trabalhar com pessoas e coletivos, considerando sua singularidade e incorporando o subjetivo e o social, sem desconsiderar a doença. Nos objetivos do trabalho – além de curar, reabilitar e prevenir, também apoiar o desenvolvimento da autonomia dos sujeitos, de sua capacidade de pensar, agir e criar nos modos de vida. Nos meios de trabalho – diversificar o repertório de ações para lidar com problemas sociais e subjetivos, com famílias, grupos e comunidades, construir relações baseadas no diálogo, na negociação, no compartilhamento de saberes e poderes, no vínculo e na responsabilização, trabalhar em equipe e em rede (Campos, 2000).

Seria, então, um dos meios adequados para a prática de uma clínica com qualidade, o fortalecimento de vínculo entre escolares, familiares, comunidade, com as equipes de saúde e educação e com alguns profissionais específicos que lhes sirvam de referência (Campos, 2000). A construção de vínculo, portanto, depende do modo como às equipes se responsabilizam pela saúde do conjunto de pessoas que vivem em um território, numa ótica de corresponsabilidade compartilhada entre os atores dos setores saúde e educação.

As unidades de saúde e a escola são vistas como espaços que contribuem para a construção de valores pessoais, crenças, conceitos e maneira de conhecer o mundo. A escola principalmente é considerada um espaço privilegiado para a promoção da saúde e qualidade

de vida. Sendo, assim, um lugar fértil para promover a integralidade da saúde e da educação dos escolares (Brasil, 2010).

Para Arroyo, seria o espaço potencializador da desconstrução dos imaginários sociais negativos sobre o povo e a demonstração de sua inconsistência.

Os vínculos entre educação e saúde e os setores populares têm se pautado ora pelas tentativas de revelar as verdades do povo, ora pelo confronto com as visões com que tem sido visto o povo em nossa cultura política (Arroyo, 2009, p.14).

Freire (1997) discute que a própria natureza da prática educativa não permite que ela seja neutra; ao contrário, é sempre política. Para Fleuri (2005) há necessidade de se instituir processos educativos capazes de promover a interação de distintas culturas e a articulação de múltiplos sujeitos sociais.

Sob essa ótica, um ponto de reflexão possível é considerar a articulação dos setores saúde e educação por meio da inserção das questões de saúde no Projeto Político Pedagógico da escola, pois assim, elas estarão no bojo das decisões pedagógicas da instituição escola. Tais questões poderão ser definidas e assumidas como prioritárias e de interesse coletivo, com a comunidade escolar como um todo.

CAPÍTULO 4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Sistematizar a trajetória do PSE, contextualizando, assim, seus movimentos: potencialidades, dificuldades, avanços e retrocessos, no período de 2007 a 2013.

4.2 Objetivos Específicos

1. Identificar os principais movimentos de saúde escolar que antecederam o Programa Saúde na Escola e os referenciais teóricos que subsidiam suas práticas no contexto brasileiro.
2. Analisar a trajetória do Programa Saúde na Escola, no período de 2007 a 2013, caracterizando as principais dimensões do PSE nos diferentes momentos de seu desenvolvimento.
3. Avaliar o modelo de gestão do PSE, tendo por base os princípios da intersetorialidade, integralidade e territorialidade, segundo a percepção dos atores do GTIs do PSE.

CAPÍTULO 5 MÉTODO

Esta dissertação é produto de uma pesquisa exploratória e descritiva. O caminho metodológico trilhado aglutina aspectos da investigação qualitativa e quantitativa, por entender que tais metodologias não se excluem mutuamente como instrumento de análise, embora sejam diferentes quanto à forma e à ênfase, possibilitando avaliar de modo complementar os processos e os impactos dos programas das políticas públicas (Creswell, 2007).

5.1 Caracterização do Estudo

No desenvolvimento da pesquisa há a necessidade de conhecer a abordagem metodológica a ser adotada pelo pesquisador no intuito de se definir as técnicas a serem utilizadas no estudo, de modo convergente com as posições epistemológicas e teóricas do mesmo e ainda com as especificidades do objeto da investigação.

No cotidiano da prática científica, surgem questionamentos com relação às abordagens metodológicas, principalmente quando o estudo é sobre as ações humanas (Minayo, 1999). Minayo (1996) salienta que as abordagens metodológicas são diferenciadas em quantitativas, qualitativas e mistas. Na atualidade, este terceiro tipo tende a ser cada dia mais frequente, à medida que as peculiaridades das duas primeiras não impedem a integração entre quantificação e interpretação, na busca de desenhos metodológicos criativos e afinados com as características do fenômeno em análise. Assim, dependendo do problema em jogo, das características da população-alvo do estudo, do contexto histórico e geográfico do problema, enfim da totalidade da pesquisa, é que se definirá a abordagem, visando qualificar a contribuição prestada pela investigação à construção e validação do conhecimento na área (Deslaurieirs, Kerisit, 2008 & Creswell, 2007).

Nesse estudo, aliam-se perspectiva qualitativa e quantitativa por meio do recurso da triangulação, ou seja, a utilização integrada de várias fontes de informação, que possibilitam o cruzamento dos dados no sentido de validar a coerência das interpretações, e não a mera busca de homogeneidade, por meio das médias estatísticas e tendências. Buscam-se as particularidades e singularidades que permitem trabalhar as informações recolhidas de maneira consistente e produtiva (Yokoy de Souza, Branco & Lopes de Oliveira, 2008).

Vergara (2000) classifica as pesquisas científicas, tomando como base a taxonomia⁸ apresentada por ele, que qualifica os empreendimentos investigativos em relação a dois aspectos: quanto aos fins e quanto aos meios. Quanto aos fins, a presente pesquisa é exploratória e descritiva. Descritiva, porque visa levantar opiniões, atitudes, percepções, expectativas e sugestões, a partir de questionários e entrevistas individuais, nos quais os respondentes vinculados aos Grupos de Trabalho Intersetoriais estaduais e municipais do PSE apresentam suas visões acerca do princípio da intersectorialidade.

Exploratória porque, embora haja algumas produções de informações a respeito do PSE, não foram encontrados estudos que abordem o processo de sua construção e implementação; sobre o desenvolvimento do seu modelo de gestão intersectorial; e de que forma o PSE surge como estratégia para a prática do trabalho intersectorial, no âmbito das políticas públicas. Nesse sentido, trata-se de uma pesquisa inovadora, com o potencial de prover elementos para o acompanhamento e a avaliação dos impasses da gestão e da implementação de ações na esfera do PSE.

Quanto aos meios, a pesquisa foi bibliográfica, documental e de campo. Bibliográfica porque se necessitou utilizar, na pesquisa, fontes oriundas de vários autores e paradigmas teóricos em diálogo, considerando-se a inexistência de material bibliográfico consistente especificamente sobre o tema da intersectorialidade. A pesquisa bibliográfica também enfocou aspectos históricos do PSE, trazendo marcas, eventos, e movimentos ocorridos antes, durante e depois de seu surgimento, no ano de 2007.

5.3 Procedimentos de Construção de Informações de Pesquisa

Nessa abordagem, serão consideradas as informações abaixo elencadas, com vistas à compreensão geral sobre os instrumentos canalizadores ao resultado do estudo.

5.3.1 Sujeito da Pesquisa e Critério de Inclusão

Optou-se por incluir como participantes da pesquisa os profissionais ligados ao PSE e que participaram do II Encontro Nacional de Formação dos GTIEs e das Oficinas de Formação Estadual do PSE dos Estados do Paraná, Espírito Santo, Acre, Maranhão, Rio Grande do Norte, Tocantins, Distrito Federal, Amapá, São Paulo e Rio Grande do Sul, a fim

⁸ A definição exata de **taxonomia** varia ligeiramente de fonte para fonte, mas o núcleo da disciplina permanece: a concepção, nomeação e classificação dos grupos de organismo (Wikipédia, 2013).

de abarcar as cinco regiões geográficas do Brasil e a região nordeste com maior número de Municípios envolvidos no PSE.

5.3.2 Procedimentos de coleta de dados

Nesta pesquisa, o processo de coleta de dados foi realizado por meio de questionários com questões abertas e fechadas e entrevistas semiestruturadas, diário de campo e o levantamento das principais publicações, marcos e documentos legais que constituem e fundamentam o desenvolvimento histórico da saúde escolar no Brasil, além dos relatórios existentes dos diversos momentos do PSE em âmbito Nacional.

As técnicas utilizadas em uma pesquisa são os procedimentos mais focalizados que operacionalizam os métodos, mediante emprego de instrumentos apropriados (Minayo, 2012). Como exemplo de técnicas e instrumentos citamos: as entrevistas e o roteiro elaborado para realizá-la.

Os instrumentos utilizados nesta pesquisa (questionários e entrevistas) foram elaborados considerando que há uma relação dinâmica entre o mundo real e aquilo que está sendo estudado e que existe um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a sua subjetividade, que não pode ser traduzido em números, ou seja, que trouxesse a relação dinâmica do mundo real e aquilo que está sendo estudado. Os questionários foram elaborados contemplando questões abertas e as entrevistas de maneira semiestruturada para favorecer a obtenção de dados qualitativos. Assim, os instrumentos foram estruturados em blocos de perguntas: Dados Gerais; Dados dos Respondentes; Processo de Gestão e Características das ações do PSE; e de forma a contemplar uma sequência de perguntas: fácil, difícil e reafirmação da problemática.

5.3.3 Levantamento documental

Num primeiro momento, foi realizada uma revisão do marco legal do Programa Saúde na Escola: Portarias, Decretos, Leis, Constituição Federal e levantamento das metas de cobertura das ações pactuadas com o PSE pelos Municípios em âmbito nacional no ano de 2011/2013, por meio dos Sistemas de Informações do PSE: Sistema de Informação do Ministério da Educação – SIMEC e Portal do Gestor do Ministério da Saúde, visando formar o cenário da contratualização do PSE.

A dimensão documental da pesquisa também se valeu de documentos oficiais acerca do PSE, tais como: normas, documentos técnicos, relatórios, assim como de outros documentos,

entre os quais memórias de reuniões registradas pela própria pesquisadora, e outras informações adquiridas por meio do processo de trabalho desenvolvido por ela, no PSE.

Na segunda etapa, conforme referenciado anteriormente, realizou-se a aplicação de questionários com questões abertas e fechadas e de entrevistas. Cabe acrescentar que os questionários semiestruturados para coleta de dados podem ser fechados e/ou aberto e autoaplicável Minayo (1996). Esses instrumentos (Anexo B e C) possibilitaram conhecer a forma como os GTIMs e GTIEs estão gerindo o PSE no seu território de responsabilidade, bem como as estratégias adotadas para o trabalho intersetorial, os impasses, dificuldades e potencialidades no desenvolvimento das ações.

5.3.4 Questionário - questões abertas e fechadas

Os procedimentos de aplicação dos questionários se deram no contexto das Oficinas de Formação Estadual do PSE, quando os sujeitos da pesquisa (participantes das oficinas) foram convidados pela Pesquisadora a responder o questionário. Obtendo duzentos e um (201) questionários respondidos pelos gestores dos Grupos de Trabalho Intersetoriais Municipais do PSE do setor saúde e/ou educação de seis Estados da federação brasileira: Espírito Santos (julho de 2012), Tocantins (em agosto de 2012), Maranhão (em setembro de 2012), Rio Grande do Norte (em outubro de 2012), Acre (em novembro de 2012), Paraná (em dezembro de 2012). O questionário foi aplicado, num primeiro momento aos gestores do GTIMs do Estado do Espírito Santos, em julho de 2012, no processo de validação do instrumento. Como não houve muitas alterações no instrumento, os respondidos (15 no total) foram incorporados na análise.

5.3.5 Entrevistas semiestruturadas

Na terceira etapa, foram realizadas 16 entrevistas com gestores dos GTIEs, oito do setor saúde e oito do setor educação, abarcando as cinco regiões e 10 Estados: dois da região sul (SC e RS); dois da região sudeste (ES e SP); um da região centro-oeste (DF); dois da região nordeste (MA e RN) e três da região norte (TO, AC e AP). Sendo que dez das entrevistas foram realizadas nas Oficinas de Formação Estadual do PSE, no mesmo período da aplicação dos questionários. Estas dez entrevistas não foram analisadas devido à perda dos dados (problema técnico no computador onde o material estava armazenado).

Utilizamos desta etapa, as anotações do Diário de Campo. Levando em consideração a importância dessas entrevistas para a pesquisa, aproveitamos o II Encontro Nacional de

Formação dos GTIEs, que ocorreu em Brasília no mês de abril de 2013, quando os participantes foram convidados a emitir opiniões sobre o papel dos GTIEs e sua experiência no processo de implementação do PSE. Nessa etapa foram realizadas seis entrevistas que, na apresentação dos resultados serão tratados pelos codinomes “ator 01”, “ator 02”, “ator 03”, “ator 04”, “ator 05” e “ator 06” e pelas regiões A,B,C,D e E representando as cinco regiões geográficas brasileira em que se encontra o estado no qual o ator atua.

5.3.6 Diário de Campo

Foi utilizado o Diário de Campo em todas as etapas do estudo, para complementar os achados oriundos dos outros instrumentos. Além disso, a pesquisa tem também um caráter participativo, à medida que o contexto investigado é também parte da atuação profissional da pesquisadora, cuja experiência acumulada nas diferentes etapas da construção do PSE não pode ser desprezada como elemento de análise das informações de pesquisa.

5.4 Procedimentos de Análise de Dados

Os conhecimentos acumulados na experiência profissional e na consulta à literatura concorreram para a realização de todas as fases da análise de conteúdo, trazendo contribuições essenciais para subsidiar a discussão e o confronto de ideias com aquelas expressas no documento analisado, e permitindo produzir inferências úteis para perseguir os objetivos do estudo, conforme se descreve a seguir.

Segundo Minayo (1989, p. 30), o uso da análise de conteúdo, por basear-se em uma teoria das ciências sociais e orientar-se para um problema que emerge na sociedade, “seus instrumentos são os da pesquisa básica, tanto em termos teóricos como metodológicos, mas sua finalidade é a ação”. Essa modalidade de pesquisa é considerada por Minayo a mais apropriada para o conhecimento e a avaliação de políticas, particularmente para as investigação sobre saúde e educação.

Foram realizadas as análises dos dados coletados nos questionários e nas entrevistas, com o objetivo de conhecer a operacionalização do princípio da intersetorialidade no desenvolvimento das ações do Programa Saúde na Escola pelos GTIs. A análise dos dados quantitativos foi produzida utilizando o software Access, e a dos dados qualitativos foi construída por meio de análise temática, inspirada na proposta de análise de discurso de Bandin (2000) e Minayo (2012).

Para tanto, os dados obtidos por meio dos instrumentos utilizados objetivaram trazer as reflexões, argumentações e interpretações dos entrevistados envolvidos. A interpretação dos dados das entrevistas ocorreu levando-se em conta o número de vezes que os entrevistados passaram a mesma ideia sobre determinado questionamento e a relevância da resposta, a fim de solucionar as questões apresentadas nos objetivos específicos.

O método utilizado é descrito por Bardin (2002, p. 33) como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção destas mensagens”.

Para complementar a análise desses dados, os questionários foram analisados buscando a solução das questões apresentadas nos objetivos específicos, bem como se utilizou material bibliográfico para explicar as respostas obtidas. Salienta-se que, na etapa final da análise, elaborou-se um estudo comparativo entre os dados obtidos com as entrevistas e com as respostas dos questionários.

Neste sentido, utilizou-se de revisão da documentação, literatura histórica e reflexão teórica sobre as principais características do discurso hegemônico que justificam as intervenções em saúde pública ao longo das últimas décadas, tendências pedagógicas e educação e saúde no Brasil (Paim, 1989, Aranha & Saviani, 2006).

A trajetória do PSE foi analisada de forma contextualizada no tempo e no cenário político nacional que ocorreu no período (2007-2013). Além disso, foram analisadas as seguintes questões/inquietações:

1. Quais as características da gestão do PSE que contribuem para a integralidade à saúde dos educandos?
2. Como o processo de desenvolvimento da gestão do PSE contribui para a construção destas características, na perspectiva dos atores envolvidos?
3. Quais eixos do PSE, bem como valores, princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e do Sistema Educacional Brasileiro são fortalecidos a partir das características da gestão intersetorial adotada pelo Programa?

Alguns autores descrevem que para se elaborar um modelo de análise existem inúmeras estradas, contudo cada investigação é única e tem seus próprios caminhos e critérios que incluem, por exemplo, a formação do pesquisador. Assim, não se trata de reter todos os aspectos da realidade, mas sim de promover a construção subjetiva do real por meio de uma boa emersão teórica (Quivy, Campenhoudt, 2005; Minayo, 2012 & Bardin 1998). Seria assim, a utopia da busca para um processo de objetivação possível.

A investigação advém da relação de proximidade com a prática, a rotina do PSE e a reflexão teórica, e é a partir da junção desses fatores que se pretende produzir conhecimento mais latente de um dado espaço social. Para isso, a definição do problema serviu como ponto de partida para selecionar o que se buscou interpretar, e relativizar o já conhecido (Bardin, 2002).

A análise entre a relação saúde e escola teve como referencial o Programa Saúde na Escola e toda a complexidade que lhe envolve, delimitados pela interação entre atores estratégicos, objetivos, princípios teóricos e rede de conexão articulada durante o período de estudo. Uma vez que, o PSE e suas ações são concebidos como uma rede ativa de atores provocadores de mecanismos que estruturam ações e resignificam o rumo e a trajetória dos eventos. Assim, a percepção dos atores e seus principais interesses passaram a ser cruciais deste estudo para entender a perspectiva intersetorial do PSE e seu contexto político institucional.

Este estudo exploratório e descritivo imbuíu-se da necessidade de identificar e compreender mecanismos pelos quais os atores envolvidos, para além de retraduzirem ações por meio de um modelo hierárquico e burocrático, constituem novos significados a partir dos processos estabelecidos com outros atores e com o contexto em que se movem.

Ao mesmo tempo procurou-se identificar mecanismos de intersetorialidade à luz dos Grupos de Trabalho Intersetoriais do PSE. A evolução do PSE permite construir e reconstruir diferentes modelos e fases que marcaram o diálogo entre o setor saúde e a educação no Brasil.

A identificação dos referenciais teóricos que contribuíram com os diferentes modelos de saúde na escola foi de suma importância para este trabalho. Desde os mais tradicionais, calcados nos referenciais biomédicos como aqueles mais recentes, estruturados a partir do diálogo com os conceitos ampliado de saúde. Entretanto, a compreensão dos principais objetivos e estratégias do PSE no período do estudo e de sua implementação, permitiu delimitar mais do que seus resultados, os processos gerados e a interação das diferentes instituições e atores envolvidos que em diversos contextos mobilizaram e dão sentido ao próprio PSE.

5.5 Aspectos Éticos

Os principais aspectos contidos no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Anexo A) asseguraram a garantia de esclarecimentos quanto à participação dos sujeitos, os riscos, os benefícios, o acesso aos resultados, a liberdade de se retirar do estudo em qualquer momento, o sigilo acerca das informações prestadas e a confidencialidade das

informações contidas sobre os sujeitos, seus Grupos de Trabalho Intersetoriais e sua privacidade. Seguindo a resolução e as normas do Comitê de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde, quando submetido esse Comitê e aprovado sob o número 305030.

CAPÍTULO 6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O questionário foi aplicado em 201 profissionais dos GTIMs, englobando seis Estados e 170 Municípios e a entrevista, a seis profissionais dos GTIEs. Os dados, em seu contexto geral, corresponderam às cinco regiões do país, nove Estados e 170 Municípios.

A forma de apresentação dos resultados do estudo respeita três momentos distintos, construída a partir da organização dos dados em dimensões de análise:

A primeira dimensão de análise abarca a Caracterização da Gestão Municipal, que para se chegar a tal, foram considerados os enunciados dos participantes identificados nas questões abertas do questionário. Das 16 perguntas abertas, foram destacadas oito questões (2.11; 2.12; 2.14; 2.16; 2.18; 2.22; 2.26; 2.27), que apresentaram conteúdos relacionados ao tema da gestão municipal.

Chegamos a segunda dimensão de análise por meio dos procedimentos de análise temática, inspirada na proposta de análise de conteúdo de Bardin (2002) e Minayo (2012), identificou-se oito categorias de análise, a saber: formação, influência dos GTIMs, potencialidades, relação interfederativa, necessidades, articulação, desafios e estratégias de implementação. Embora tais categorias mantenham forte interrelação com as oito perguntas relacionadas para análise, os conteúdos emergentes em outras perguntas do questionário, inclusive relativas às questões descartadas, foram também incluídos nas categorias de análise.

Para a terceira dimensão, trabalhou-se com resultados extraídos das entrevistas aos GTIEs, caracterizando a relação interfederativa do PSE, aliados aos resultados das questões abertas do questionário. O procedimento analítico seguiu a mesma orientação adotada na dimensão dois, sendo que foram tomadas por categorias as três perguntas do roteiro de entrevista (Anexo B).

É importante salientar, antes de passar aos resultados, que como a participação foi voluntária, durante o evento no qual foram coletados os dados, acolheram-se todos os instrumentos respondidos. Assim, não se trata de uma amostra representativa, portanto, não se pode esperar uma proporcionalidade com a totalidade dos envolvidos no PSE. Entretanto, na discussão dos dados, e sempre que adequado, os resultados da pesquisa foram cotejados com dados nacionais, encontrados nos relatórios oficiais do PSE.

Nesse sentido, as dimensões de análise serão apresentadas em três blocos A, B C, respectivamente: Caracterização dos Profissionais dos GTIMS/PSE; Caracterização da Gestão do PSE Municipal e Caracterização da Relação Interfederativa do PSE, tendo em vista a interrelação necessária à efetividade do PSE.

6.1 Bloco A: Caracterização dos Profissionais dos GTIMs/PSE

Considerando a caracterização dos profissionais dos GTIMs (Bloco – A), foram enfocadas cinco características: distribuição dos atores por Estado e setor de atuação; grau de escolaridade dos atores dos GTIMs; faixa etária dos GTIMs; tempo dos atores nos GTIMs e formalização dos GTIMs com e sem Portaria.

6.1.1 Característica dos profissionais dos GTIMs por Estado e setor de atuação

Os dados (**Figura 8**) indicam que os participantes do estudo estão mais vinculados ao setor saúde (57%) do que ao setor educação (33%). Essa informação não assegura a prevalência do setor saúde em relação ao setor educação, considerando-se que os respondentes da pesquisa não constituem uma amostra proporcional.

A caracterização dos profissionais a frente dos GTIMs do PSE, considerando-se as relações horizontais e verticais, bem como sua operacionalização no território de responsabilidade está representada no quadro abaixo. Para tanto, foram considerados os dados quantitativos extraídos dos questionários, a partir das respostas às questões 1 a 1.7 e 2 a 2.3.

Estado	Nº de Municípios	Setor Saúde (SS)	Setor Educ. (SE)	Outros Setores (OS)	Setor ã informado (SÑI)	Total Estadual	SS%	SE%	OS	ÑI
AC	5	4	1	-	-	5	80,00	20,00		
ES	15	8	7	-	-	15	53,33	46,67		
MA	40	30	20	6	1	57	52,63	35,09	10,53	1,75
PR	49	32	27	-	-	59	54,24	45,76		
RN	37	16	14	7	-	37	43,24	37,84	18,92	
TO	24	17	4	5	2	28	60,71	14,29	17,86	7,14
Total	170	107	73	18	3	201	57,38	33,27	15,77	4,44

Figura 8 - Distribuição dos atores por Estado e setor de atuação

Além de saúde e educação, nota-se a presença de outras categorias profissionais nos GTIMs do PSE, correspondendo ao percentual de 15,7. Considerando-se dados colhidos em outras partes do questionário, identifica-se que são eles do Serviço Social, Esporte, Transporte, Meio Ambiente e segmentos da sociedade civil como ONGs e Igreja. A inserção desses setores na gestão do PSE municipal é fator de destaque, uma vez que é parte das orientações que constam da documentação e normas do PSE, em nível Federal, o fomento à

articulação, tomando como exemplo, a participação do Ministério do Desenvolvimento Social que passou a integrar a rede de articulação das ações do PSE, a partir de junho de 2013.

Nesse contexto, em outros momentos, quando indagados em relação à participação de outros setores no GTIM, além da saúde e da educação, os participantes da pesquisa evidenciaram o envolvimento da Igreja como uma das estratégias favoráveis para o desenvolvimento das ações do PSE. Segundo Vasconcelos (1997), na maioria das regiões, é impossível realizar um trabalho comunitário em saúde sem se relacionar com as várias organizações populares ligadas à Igreja, uma vez que a mesma é a instituição civil com maior penetração junto à população e com os seus agentes. Vasconcelos (1997) considera a igreja e seus agentes como importantes aliados, e por isso, é preciso conhecê-los e integrá-los ao contexto das ações do PSE.

Para melhor caracterizar a demanda pela participação de outros setores, há que se considerar a complexidade do contexto da comunidade: como as pessoas moram; as culturas em que estão inseridas; as formas como as relações sociopolíticas e econômicas são estabelecidas. A saúde, segundo Campos (2002), é resultado de um processo cultural, que evolui a partir de quatro modelos (científico, autoritário, popular e contemporâneo), evidenciando o seu vínculo estreito com a modelagem social do país. A decodificação e compreensão crítica da realidade, em sua diversidade, requer uma cisão e uma reorganização dos saberes e práticas em uma nova interação, o que configura condição para a transformação da realidade. Uma das transformações possíveis seria pelo trabalho intersetorial (Brandão & Assumpção, 2009).

A mesma ótica aponta para a necessidade de identificação dos recursos que as instituições e a comunidade já têm. Aquelas ações que já acontecem no território, na comunidade, na escola, nas unidades de saúde, na assistência social, no esporte e lazer, entre outros, que são ricas em possibilidades para o favorecimento da construção coletiva. É delas que se deve partir na busca de alternativas para a promoção à saúde, construção e fortalecimento de vínculos e a tomada de decisões que contribuirão para a garantia de direitos das crianças, adolescentes e jovens. A parceria intersetorial entre a escola e as equipes de atenção básica e as demais instituições públicas e privadas pode potencializar a capacidade dos profissionais de educação e saúde, para trabalharem a saúde em todo o seu contexto. Desse modo, é mais provável que se atinja um nível de otimização na integração dos diversos elementos e que esses atuem em favor da qualidade da atenção a ser dada aos escolares. É necessário, portanto, uma maior presença dos diferentes setores e da sociedade no processo de articulação do PSE.

6.1.2 Grau de escolaridade dos profissionais dos GTIMs

Um aspecto que emerge de forma a contribuir para as perspectivas acima é a qualificação acadêmica dos gestores municipais do PSE, onde 92,5 % do universo avaliado apresentou formação de nível superior (Figura 09). Os dados mostram também que 29,35% são possuidores de título de pós-graduação lato sensu, além da pequena parcela de 2,99% que detém títulos relativos à pós-graduação stricto sensu.

O que importa essencialmente é que, na discussão, estes homens, seres individuais concretos, reconheçam-se a si mesmos como criadores de cultura. Com esta discussão que sobre a alfabetização, abrem-se os trabalhos do Círculo de Cultura e se preludia a conscientização. [...] A única maneira de ajudar o homem a realizar sua vocação ontológica, a inserir-se na construção da sociedade e na direção da mudança social, é substituir esta captação principalmente mágica da realidade por uma captação mais e mais crítica (Freire, 1980, pg. 51-52).

Apoiado em Paulo Freire, a educação exerce papel de suma importância na evolução do homem oprimido, o qual apenas por ela será libertado. Conforme o mesmo autor, neste exercício deve-se lembrar que cidadão significa indivíduo no gozo dos direitos civis e políticos de um Estado e que cidadania tem a ver com condição de cidadão, quer dizer, com o uso dos direitos e o direito de ter deveres de cidadão (Freire, 2001. p45).

Ademais, é consenso entre os gestores e trabalhadores do SUS, em todas as esferas de governo, que a formação, o desempenho e a gestão dos recursos humanos afetam, profundamente, a qualidade dos serviços prestados e o grau de satisfação dos usuários (Brasil, 2012). Destacam-se, aí, a formação e a educação dos profissionais, para a abordagem do processo saúde-doença com enfoque na saúde da família, importante desafio para o êxito do modelo sanitário proposto. As condições necessárias à consecução dessa proposta já se encontram descritas na Lei 9.394, de 20 de dezembro de 1996 – Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB).

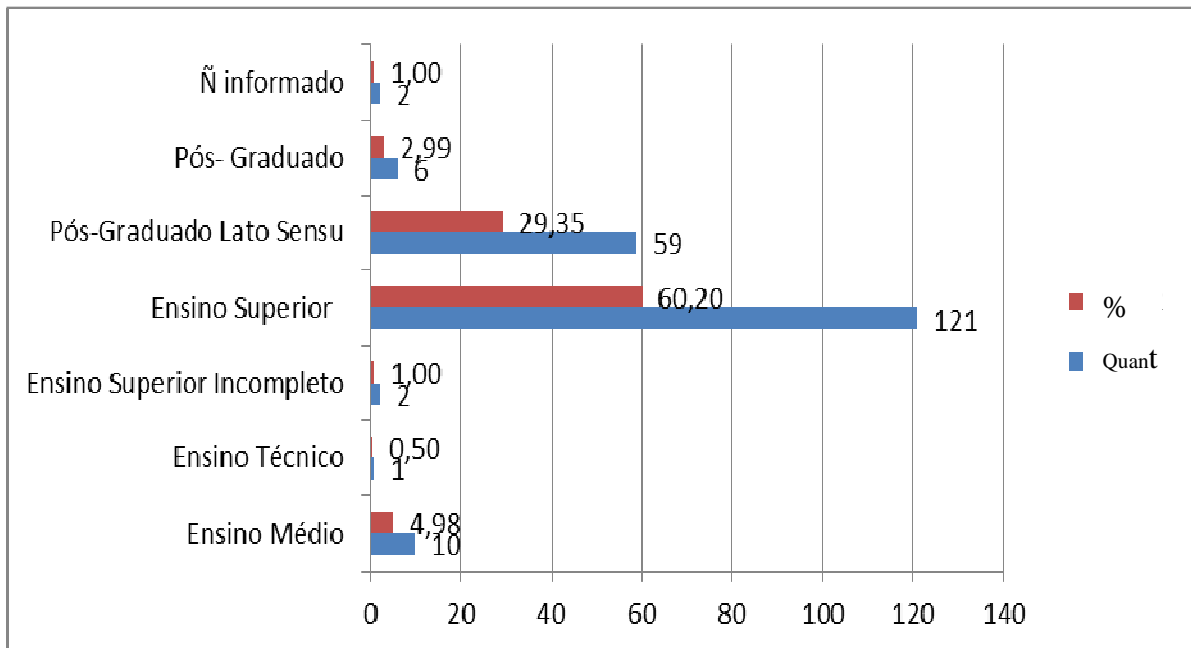


Figura 09 - Grau de Escolaridade dos atores dos GTIMs/PSE, participantes da pesquisa

6.1.3 Faixa etária dos GTIMs

Aliada à formação acadêmica, um ponto a ser considerado é a faixa etária dos profissionais das redes de saúde e educação que compõem os GTIMs, conforme dados (**Figura 10**), os quais foram agrupados em três faixas etárias e apresentaram os percentuais de: 34,3% de 30 a 40 anos, 32,8%, de 20 a 30 anos e 30,4% 40 a 64 anos. O que se pode inferir é que o perfil dos profissionais dos GTIMs é, predominantemente, jovem. Os dados coletados no presente estudo não sinalizam até que ponto tal característica pode interferir de forma positiva ou negativa no desenvolvimento dos trabalhos no PSE, no entanto acreditamos que seja um aspecto a ser analisado posteriormente com vistas a identificar a interferência dessa característica na estrutura dos sistemas de saúde e educação em termos de qualidade, comprometimento no desenvolvimento das ações e duração do tempo laboral.

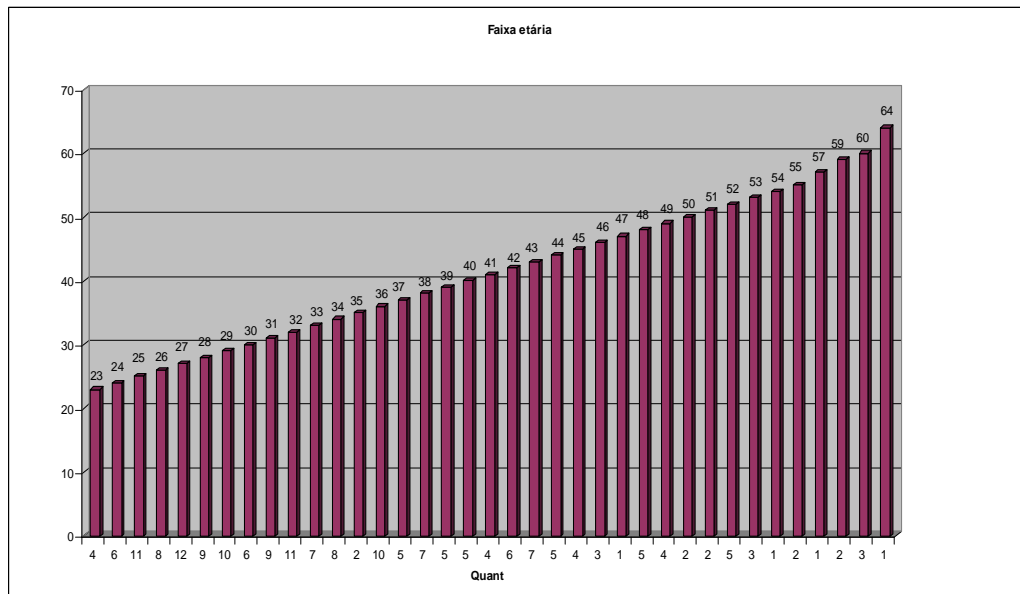


Figura 10 – Faixa Etária dos GTIMs

6.1.4 Tempo de atividade dos profissionais nos GTIMs

Outro aspecto digno de atenção é o tempo de atuação desses atores no PSE. No universo de 201 atores, considerando cada faixa de tempo laboral no PSE, foram observados que 34,05% dos profissionais que compõem os GTIMs atuam há menos de 06 meses, 31,20% de 06 meses a um ano e 33,70% acima de um ano. Observa-se que cerca de 65% dos respondentes têm, no máximo, um ano de experiência como gestor municipal no PSE. Quando se avalia esse dado à luz dos relatórios do Programa no período coberto pelo estudo, percebe-se que esta é uma tendência também nos outros municípios. Isso pode estar associado, entre outros, a fatores políticos, conforme abordado por Junqueira (1998). Segundo o autor, o formato organizacional das políticas públicas no Brasil até a década de 70 caracterizava-se por ser centralizada e verticalizada, e que o processo de municipalização, no Brasil, ocorre de maneira e em tempos diferenciados, razão pela qual, em cada Município a política pode se encontrar em “estágio” diferente de desenvolvimento. Na prática, quando menos incorporada ao cotidiano e assimilada à cultura de uma comunidade, mais fácil uma política pública tende a ser reprimida. Nesse sentido, pode-se supor que uma interrelação entre mudanças no grupo gestor e descontinuidade do programa colocam em risco o sucesso do mesmo. Um descomprometimento com a continuidade das ações públicas, aspecto este sinalizado pelos participantes no discurso de entrevista e comentários a questões abertas, ao serem questionados em relação aos desafios para a gestão intersetorial do PSE, pode ocorrer quando há alternância na gestão.

	AC(5)		ES(15)		MA (57)		PR(59)		RN(37)		TO(28)		Total		
	Quant	%	Quant	%	Quant	%	Quant	%	Quant	%	Quant	%	Quant	%	
t≤6	2	1,00	7	3,48	15	7,46	19	9,45	6	2,99	12	5,97	61	30,35	
6<t≤12	2	1,00	2	1,00	20	9,95	26	12,9	4	11	5,47	7	3,48	68	33,83
12<t≤18			1	0,50	3	1,49				2	1,00			6	2,99
18<t≤24			2	1,00	8	3,98	2	1,00		7	3,48	5	2,49	24	11,94
24<t≤36	1	0,50	1	0,50	2	1,00	3	1,49		4	1,99	1	0,50	12	5,97
36<t≤48			1	0,50	3	1,49	1	0,50		5	2,49	1	0,50	11	5,47
s/Resp			1	0,50	6	2,99	8	3,98		2	1,00	2	1,00	19	9,45
Soma	5	2,49	15	7,47	57	28,3	6	29,3		37	18,4	28	13,9	201	-

Figura 11 – Tempo de Atividade dos Atores nos GTIMs/PSE (em meses)

6.1.5 Formalização dos GTIMs com e sem Portaria

Dos 170 municípios nos quais atuam os participantes envolvidos na pesquisa, 56% dos GTIMs existem sem a formalização por meio de Portaria, enquanto 43,53% encontram-se amparados por Portaria (**Figura 12**). É importante salientar que, as normativas do PSE, abordadas, anteriormente, neste trabalho, sugerem a constituição dos GTIs estaduais e municipais e não se atêm a limitar a formalização dos mesmos por meio de Portarias. Em ambas as situações, observa-se a relevância desses GTIs, uma vez que o modelo de gestão proposto pelo Programa é inovador e se constitui como efeito da interação entre pessoas, levando-se em consideração a realidade local.

UF	Nº de Municípios	Possui GTIM - Sem Portaria	Possui GTIM- Com Portaria	% Sem	% Com
AC	5	4	1	2,35	0,59
ES	15	9	6	5,29	3,53
MA	40	24	16	14,12	9,41
PR	49	34	15	20	8,82
RN	37	10	27	5,88	15,88
TO	24	15	9	8,82	5,29
Total	170	96	74	56,47	43,53

Figura 12 - Formalização dos GTIMs com e sem Portaria.

Um indicador interessante a se considerar no êxito desse modelo de gestão baseado em GTIs, refere-se à adesão ao Programa, no exercício de 2013. No ano em curso, 86,67% dos Municípios brasileiros aderiram ao PSE, que teve como referência o apoio interfederativo. A definição de estratégias de cooperação entre as esferas de governo no planejamento das ações no âmbito municipal, para a construção de espaços coletivos de trocas e aprendizagens contínuas, torna-se um fator relevante para a implementação das ações pactuadas.

6.2 Bloco B - Caracterização da Gestão do PSE Municipal

Para a caracterização e compreensão da Gestão Municipal foram considerados os enunciados dos participantes em relação à gestão do PSE, no território municipal, extraídas das questões abertas do questionário. As respostas foram organizadas e agrupadas em oito categorias, a saber: influência dos GTIMs, estratégias de implementação, potencialidades, desafios, articulação, necessidades, relação interfederativa e formação (Figura 13).

A proposta da Gestão do PSE centrada em ações compartilhadas e corresponsáveis, desenvolvida por meio dos Grupos de Trabalho Intersetoriais é reafirmada no discurso dos participantes da pesquisa, conforme o disposto elencado na sistematização, quando da convergência das opiniões formadoras do PSE Municipal, isto é, o discurso de todos os participantes no contexto geral, evidenciou os mesmos pontos em destaque, ver (**Figura 13**).



Figura 13 - Caracterização da Gestão do PSE Municipal

6.2.1 Influência dos GTMIs junto às redes de saúde e educação no desenvolvimento das ações do PSE

A percepção dos participantes acerca da influência dos GTIMS junto às redes de saúde e de educação no desenvolvimento das ações foi identificada por meio do material consolidado a partir da questão nº 2.8 do questionário (Anexo B). Entre tais falas, destacam-se as frentes em que o GTIM influencia: “*No envolvimento de todos e no contexto em que as ações do PSE vem sendo desenvolvidas*”, “*Nas tomadas de decisões e no processo de articulação*”, “*Melhoria da qualidade do atendimento e direcionamento das ações*”, e “*Na realização das ações conforme planejadas*”. Infere-se, implicitamente, a referência ao processo do trabalho intersetorial onde o compromisso deve ser de todos os envolvidos, as ações devem ser compartilhadas e corresponsáveis e a perspectiva da continuidade do atendimento de forma resolutiva assegura a necessidade da implicação de todos. Tais considerações vão ao encontro do que sustenta Campos (2006).

Os sistemas políticos se articulam em três instâncias básicas: primeiro, o contrato social de fundação e refundação da sociedade, isto é, toda uma rede de leis e de valores que compõem as instituições em uma dada sociedade; segundo, o governo e outros dirigentes que realizam a ‘gestão’ da rede de organizações que constituem a polis contemporânea, no caso, o Estado, empresas públicas e privadas e outras organizações religiosas ou comunitárias; terceiro, os sujeitos que vivem segundo essas leis e que se utilizam ou trabalham nessas organizações, ou seja, indivíduos e coletivos organizados que formam movimentos sociais, a opinião pública e grupos de interesse (Campos 2006, p. 24).

Considerando as ideias de Campos (2006), no que diz respeito à organização dos sistemas políticos, e segundo as opiniões dos participantes da pesquisa, um dos aspectos que mais se destacou foi a influência dos GTIMS. A força de tal influência parece sugerir, nas entrelinhas, as respostas à articulação junto aos setores, na integração do trabalho das equipes de saúde e educação, no trabalho em equipe e na participação dos estudantes nas atividades. A intersetorialidade e o trabalho em equipe também surgiram quando do questionamento: “Quais os maiores desafios, em sua opinião, para a concretude das ações do PSE”? As respostas convergiram para uma ótica comum como desafios a serem superados no âmbito do PSE municipal tópicos como: *trabalhar de forma intersetorial, articulada e integrada; processo de articulação dos equipamentos escolas e UAB e implicação de todos os membros de forma corresponsável.*

Considerando Foucault (2007), o poder dessas relações acontece como um sistema de coerções que não tem apenas efeitos negativos e repressivos; as forças têm aspectos

produtivos positivos, implicam na capacidade de produzir necessidades sociais, são uma manifestação concreta do poder dos distintos grupos e segmentos sociais. Provocam certo “efeito Paidéia”, educação de pessoas objetivando a ampliação de sua capacidade de analisar e de intervir sobre o mundo. Essa educação para a vida teria como escola a própria vida, mediante a construção de modalidades de cogestão, que permitam aos sujeitos participarem do comando de processos de trabalho, de educação, de intervenção comunitária e, até mesmo, do cuidado de sua própria saúde (Campos 2006). Portanto, no presente caso, isso implica em desafios para GTIs no processo de articulação entre os setores de saúde e educação para o desenvolvimento de ações e nas intervenções necessárias para a conexão de saberes, experiências que potencializem as atividades intersetoriais de forma a provocar um efeito paidéia junto aos atores das UBS e nas escolas.

6.2.2 Estratégias adotadas pelos GTIMs para o desenvolvimento das ações no território de responsabilidade

Na implementação das ações do PSE municipal, destacam-se entre as principais estratégias indicadas pelos participantes: reuniões em nível de gestão, planejamentos intersetoriais e realizações de palestras, cujas ações educativas apresentam-se de forma tradicional, hierarquizada e não dialógica, representadas nas seguintes falas obtidas da questão nº 2.12 do questionário: *“Reuniões mensais para programa de atividade”*; *“Atendimento médico e odontológico por parte dos profissionais da saúde articulado pelo GTI”*; *“Planejamento das ações a serem desenvolvidas pelas equipes”*; *“Envolvendo todos os profissionais da saúde no desenvolvimento das ações do PSE de avaliação médica, palestras, audiometria, acuidade visual, entre outros”*; *“Formação de grupos de adolescentes e multiplicadores”* e *“Reuniões com os grupos e palestras”*.

Freire (1996) dizia que, “ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção”. As palestras, enquanto atividades planejadas ou trabalhos pontuais, tornam-se alvo de críticas pela falta de continuidade e monotonia. Considera-se que as informações, no âmbito escolar, têm estado distantes das vivências e das emoções dos educandos, sendo avaliadas, inclusive, pelos próprios Educandos como desinteressantes ou não apropriadas, o que reduz sua efetividade até quanto ao objetivo de disseminação de informações sobre métodos e trabalho quanto à prevenção.

Ao mesmo tempo, há a sinalização de ações educativas voltadas para a “formação de grupos de adolescentes e multiplicadores”, uma das estratégias utilizadas pelo Projeto Saúde e

Prevenção na Escola – SPE, para fomentar o protagonismo juvenil. Quanto a esse aspecto, mais que explanar sobre determinada temática, há que se discutir como vêm se dando interações entre saberes – a aplicação de informações variadas por parte dos jovens e o que passa, por exemplo, com professores e pais. Para isso, é fundamental que se conheça a visão dos educandos e da comunidade quanto à prática das palestras. “A teoria sem a prática vira 'verbalismo', assim como a prática sem teoria, vira ativismo”, no entanto, quando se une a prática à teoria, tem-se a práxis, a ação criadora e modificadora da realidade” (Freire, 1996). Em outras situações, ao vivenciar essa realidade, ratificamos essas considerações.

Em suma, os dados evidenciam que os GTIMs estão dialogando com as unidades de saúde e educação, para o planejamento das atividades de forma intersetorial, porém muitas vezes sem envolver a comunidade escolar em sua plenitude. Entretanto, parecem conscientes da necessidade de implementar o diálogo. Indicadores desse movimento, ao serem perguntados quanto à participação de pais e responsáveis (questão 1.15) os respondentes indicam que: “No momento ela está aquém da necessidade da escola para o desenvolvimento das ações de saúde na escola”; “Não existe uma motivação constante que consiga atingir as famílias no sentido de envolvê-las”.

Tais falas sinalizam que a participação dos pais, embora presente, é percebida como insuficiente, o que é ratificado na questão 2.1, quando se aponta que este é um dos desafios a ser superado para a qualidade do PSE: “Envolvimento, sensibilização e comprometimento dos familiares, evitando que o PSE seja um programa de fachada de gabinete”; “Participação ativa dos familiares para o bom desempenho das ações pactuadas, assim como interesse na continuidade do programa”. A aproximação entre escola e famílias se daria, assim, por meio de ações pontuais e isoladas, entre as quais as palestras se destacam como a estratégia mais utilizada para que esse envolvimento se concretize.

6.2.3 Potencialidades e Desafios apresentados para viabilizar as ações do PSE no município

Ao discorrer sobre as potencialidades no desenvolvimento das ações do PSE, alguns fatores se destacam, segundo a percepção dos participantes. O trabalho intersetorial, a participação dos gestores municipais da saúde e da educação, entre outros, o GTIM atuante e articulado, o entrosamento das equipes, o planejamento coletivo e intersetorial, as parcerias com as universidades, a troca de saberes, a boa cobertura da saúde da família, os profissionais capacitados, a equipe com profissionais motivados, o monitoramento das ações, o envolvimento dos familiares e o Projeto Político Pedagógico constituem a potência do PSE.

Segundo Wagner (2002), a gestão é produto de uma interação entre pessoas que possibilitam o trabalho dotado de sentido. Nesse contexto, a construção de consensos em torno do PSE em âmbito municipal é essencial para traçar a meta e dar diretriz que oriente a ação de todos.

É bom lembrar que o maior propósito de uma gestão municipal comprometida com a cidadania é desencadear um processo de desenvolvimento social, ou seja, conforme Inojosa (1998, p. 41) é ampliar as "condições de qualidade de vida e do exercício dos direitos de uma dada população, com o objetivo de promover o compartilhamento da riqueza material e imaterial disponível em um grupo social, em determinado momento histórico".

Junqueira (1998) argumenta que a intersetorialidade associa a ideia de integração, de território, de equidade e de direitos sociais. Isso exige que os sujeitos que operam as políticas estejam de fato determinados e dispostos a construir e articular saberes e experiências em todos os níveis do processo, desde o planejamento até a avaliação das ações. O esforço contínuo de negociação, de planejamento e replanejamentos, de publicização de resultados, de ampliação da participação dos agentes institucionais e também das crianças e adolescentes mantêm-se como processos contínuos para agregar efetividade às ações. Assim, atuar intersetorialmente exige mudança nas práticas e na cultura das organizações gestoras de políticas públicas.

As opiniões dos respondentes em relação às potencialidades do PSE convergem para os desafios a serem enfrentados no processo de implantação e qualificação das ações no território de responsabilidade, quando sinalizam a necessidade de reafirmar o compromisso de cada setor, para avançar na intersetorialidade e cuidar para que haja continuidade do trabalho, a não alternância de atores nos GTIs, a continuidade do atendimento aos estudantes referenciados à rede de saúde, o planejamento intersetorial das equipes, bem como o envolvimento da comunidade escolar nas ações inerentes ao Programa. Segundo Junqueira (1998), é preciso uma nova ordem ético-política para compor estratégia, ações e relações entre as diferentes áreas das políticas públicas, as esferas organizacionais e os sujeitos sociais, fundamentada pela democracia, autonomia e participação. Nesse sentido, torna-se imperativa a incorporação de posturas éticas no processo de implementação do PSE, uma vez que os respondentes, verbalizaram a necessidade de se estabelecer um elo entre os setores.

6.2.4 Articulação e necessidades intersetoriais

Para os atores dos GTIMs, participantes da pesquisa, o processo de articulação no território de responsabilidade para o desenvolvimento das ações é realizado quando há

autonomia na aplicação dos recursos financeiros, no reconhecimento por parte dos gestores, de equipes exclusivas nos GTIMs, pelo planejamento compartilhado, participação ativa dos profissionais, por meio de reuniões e encontros frequentes. A Portaria Interministerial nº 1.413, de 10 de julho de 2013, no seu Art. 8º define a Competência do GTI Municipal do PSE (GTI-M):

I - apoiar a implementação dos princípios e diretrizes do PSE no planejamento, monitoramento, execução, avaliação e gestão dos recursos financeiros; II - articular a inclusão dos temas relacionados às ações do PSE nos projetos políticos pedagógicos das escolas; III - definir as escolas públicas federais, estaduais (em articulação com o Estado) e municipais a serem atendidas no âmbito do PSE, considerando-se as áreas de vulnerabilidade social, os territórios de abrangência das Equipes de Atenção Básica e os critérios indicados pelo Governo Federal; IV - possibilitar a integração e planejamento conjunto entre as Equipes das Escolas e as Equipes de Atenção Básica; [...] VI - participar do planejamento integrado de educação permanente e formação continuada e viabilizar sua execução; [...] (Brasil, 2013)

Para tal, há necessidade do funcionamento dialógico e integrado das equipes de referência, o que pressupõe tomá-las como um espaço coletivo, que discute casos clínicos, sanitários ou de gestão, e participa da vida da organização. Segundo Campos (2007):

Há obstáculos na própria maneira como as organizações vêm se estruturando, que conspiram contra esse modo interdisciplinar e dialógico de operar-se. Esses obstáculos precisam ser conhecidos, analisados e, quando possível, removidos ou enfraquecidos para que seja possível trabalhar-se com base em equipe interdisciplinar e sistemas de co-gestão (Campos, 2007, p.35).

O cenário apresentado pelos respondentes identifica alguns obstáculos a serem superados no processo do trabalho intersetorial, tais como: número insuficiente de profissionais que compõem o GTIMs, não reconhecimento da importância do trabalho intersetorial por parte de alguns gestores, ausência de carga horária exclusiva do GTIM para a realização das ações do PSE, falta de autonomia na aplicação dos recursos financeiros do Programa, ausência de diálogo intersetorial na construção dos planos de saúde e educação dos municípios de forma a contemplar orçamento intersetorial.

A partir do diálogo e intercâmbio de saberes técnico-científicos e populares, profissionais e usuários podem construir de forma compartilhada um saber sobre o processo saúde-doença. Este compromisso e vinculação com os usuários possibilita o fortalecimento da confiança nos serviços. Por esta circunstância, o modelo dialógico tem sido associado a mudanças duradouras de hábitos e de comportamentos para a saúde, visto serem ocasionados

não pela persuasão ou autoridade do profissional, mas pela construção de novos sentidos e significados individuais e coletivos sobre o processo saúde-doença-cuidado (Campos, 2007).

Complementando as opiniões dos participantes e atentando-se para a exposição de alguns autores, há que se considerar as práticas tradicionais hegemônicas dos setores saúde e educação na implementação do programa, de forma a se produzir práticas que abarquem a dimensão intersetorial. Para tanto, a formação intersetorial da gestão e dos atores envolvidos por meio de pedagogia dialógica e problematizadora torna-se fundamental. Além disso, o planejamento baseado na avaliação de saúde do escolar no município, conforme o diagnóstico de saúde, apresentado pela avaliação anual do PSE, está intimamente ligado à atenção à saúde integral dos escolares.

6.2.5 Relação/apoio interfederativa e formação em âmbito municipal.

Há perspectiva dos participantes na construção de relação interfederativa de forma a promover um diálogo no processo de formação dos atores envolvidos na proposta do PSE, para que haja alinhamento entre os temas propostos e a necessidade do território de responsabilidade. Para isso, é necessário que se exercite o olhar plural, buscando a inclusão dos profissionais das UBS, das escolas e dos escolares, de forma a contemplar a formação dos agentes, em temáticas de promoção à saúde e prevenção de agravos à saúde, tais como: sexualidade, drogas, violência, bullying, homofobia, gravidez na adolescência, etc. Essas temáticas foram apontadas como necessidades de apropriação pelos agentes da saúde e da educação, de forma pedagógica.

Nesse contexto, é necessário que se valorize a formação intersetorial com dispositivos dialógicos inseridos em uma pedagogia problematizadora em que se promova o respeito à diversidade na sua individualidade. Assim sendo, conquistar-se-á o avanço tão esperado das práticas tradicionais onde a verticalidade se faz presente.

De acordo com os respondentes o apoio interfederativo, no sentido da formação intersetorial e as temáticas de promoção à saúde e prevenção de agravos à saúde no espaço escolar, nas unidades de saúde e na comunidade constituem uma base para a construção das interfaces necessárias para formar cenários de práticas pedagógicas que intensifiquem a troca de experiência, o respeito à experiência prévia e os saberes dos diversos atores envolvidos (Dantas, Rezende & Pedrosa, 2009).

6.3 Bloco C - Caracterização da Relação Interfederativa do PSE

Quando da realização das entrevistas, em que os participantes foram integrantes dos GTIEs, ao se tratar de questionamentos concernentes à relevância do GTIs, como se dá a relação entre eles e o que se espera da relação/apoio interfederativo, houve significativa convergência entre o discurso dos entrevistados e dos respondentes dos questionários, membros dos GTIMs.

É importante salientar que as entrevistas foram realizadas durante um evento de formação, organizado pelo GTIF, com integrantes de equipes gestoras do PSE, em âmbito estadual. Desse modo, levando-se em conta que, a formação continuada e permanente é uma das demandas apresentadas pelos participantes do estudo para melhorar o trabalho intersetorial, nota-se que as repostas evidenciam um certo otimismo em relação ao PSE, que pode ser atribuído, em parte, ao contexto.

No que se refere à pergunta sobre a importância do Encontro de Formação dos GTIEs, foram ressaltados, nas respostas dos participantes, entre outros fatores, a importância da troca de saberes e de experiência como dispositivo de reinvenção do trabalho, assim como a importância do processo de formação do PSE de maneira a contemplar a totalidade dos atores envolvidos e de forma continuada e permanente.

Como respostas à pergunta que se relacionava à perspectiva dos GTIEs quanto o seu papel de apoiador/articulador interfederativo junto ao município, destaca-se a perspectiva de movimento, de dinâmica no processo de planejamento, formação e auxílio na construção de rede de referência e contra-referência no contexto das ações terciárias à saúde, de movimentação na relação Estado/Município e o acompanhamento das ações, e a possibilidade de atenção à saúde dos profissionais envolvidos.

A última pergunta, quanto ao modelo de gestão do PSE, permitiu verificar que existe uma grande aceitação desse modelo de gestão pelos entrevistados, e como fator motivador, se destaca a intersetorialidade. Para eles seria a reafirmação de todo um trabalho, é o fomento ao comprometimento de todos os envolvidos, “é a grande sacada do PSE”.

Considerando-se a riqueza das respostas, alguns excertos das entrevistas que elucidam os argumentos acima estão apresentados segundo um dos entrevistados, ao tratar da centralidade das experiências de formação intersetorial e dos encontros do PSE:

É um momento muito importante, há uma troca muito forte entre os Estados, troca de experiências que ela é muito importante, porque muitas vezes alguma coisa que não está acontecendo a contento no nosso Estado, nesse momento pode receber experiência diferenciada, que pode nos auxiliar. É um momento riquíssimo de troca de reafirmação de todo um trabalho, e é imprescindível neste apoio, como apoio ao trabalho que desenvolvemos nos estados (ator 1, região A).

As manifestações dos entrevistados, com relação ao PSE, materializaram-se na complexidade, diversidade e amplitude da produção da vida humana que exige a formação de pessoal com qualificação para a compreensão e intervenção intersetorial e segundo estratégias de promoção da saúde como qualidade da vida. Segundo Ceccim (2009), um dos entraves à qualidade da saúde tem sido a compreensão da gestão da formação como atividade meio, secundária à formulação de políticas de atenção à saúde. Tradicionalmente, falamos da formação como se os trabalhadores pudessem ser administrados como um dos componentes de um espectro de recursos, como os materiais, financeiros, infraestruturais etc. e como se fosse possível apenas “prescrever” habilidades, comportamentos e perfis aos trabalhadores do setor para que as ações e os serviços sejam implementados com a qualidade desejada.

O setor saúde e o setor educação têm-se deparado regularmente com a necessidade de organizar ofertas políticas de formação ao segmento dos trabalhadores, a tal ponto que esse componente chegue a configurar uma área específica de aprendizado e troca mútua de saberes. Paim (2013) reafirma o exposto anteriormente, ao comentar que a crise da saúde pública é também uma crise de formação, na medida em que ainda não conseguimos formar profissionais capazes de compreender, com agudez, o SUS.

Os participantes da pesquisa abordaram, também, nos seus discursos, a importância da sinergia alcançada em meio às relações que os grupos da saúde e da educação estão construindo no exercício de suas atividades nos GTIEs (Inojosa, 1998) e seu efeito para garantir a intersetorialidade. Nas falas a seguir, pode-se perceber que os GTIEs se veem inseridos nessa congruência de ações articuladas:

Tive a oportunidade de contribuir com o início da organização do programa dentro do estado de (...), que mereceu toda uma logística para fazer a integração entre saúde e educação, e a gente tem estabelecido uma boa parceria entre as secretarias de saúde e de educação. Eu tenho alguns anos de saúde e sempre ficava a educação trabalhando separada com suas dificuldades e a saúde também separada com suas dificuldades. Hoje, a gente percebe, na medida que esses esforços são reunidos, os problemas que são os mesmos tanto na saúde como na educação, e dependendo dessa articulação a forma de resolver os problemas no território fica mais fácil (ator 4, região D).

O grupo provoca uma movimentação e uma dinâmica muito importante para o Estado. Temos uma articulação muito legal com o SPE. Retornamos com a bandeira da saúde sexual e reprodutiva, porque é um tema pertinente em todos os contextos e em todas as escolas do PSE. Todos os anos, deparamo-nos com ações que antes não eram trabalhadas; por causa de uma demanda de uma escola, acabamos incluindo a saúde do cuidador, pela importância que esse tema encerra, tendo em vista o alto índice de afastamento dos professores das escolas e, com isso, o prejuízo causado ao educando (ator 2, região B).

É importante, salientar que o trabalho articulado, em parceria, é fundamental para implementar o PSE com mais qualidade, promovendo ações efetivas e consequentes na escola. Como um dispositivo de gestão, a intersectorialidade incorpora e é reafirmada pela ideia de integração, de território, de saberes, de vivência, de fazer junto, ao lado, na lateralidade. Para tal, é oportuno levar em consideração as manifestações dos participantes em relação aos recursos disponibilizados para desenvolvimento das ações, e a autonomia da gestão dos mesmos pelos GTIs.

Os municípios que pactuam o Termo de Compromisso com o PSE estão aptos a receber incentivo financeiro e de recursos materiais pelo Governo Federal, para apoio ao desenvolvimento das ações no território. O repasse do incentivo se dá de maneira parcelada e está condicionado ao alcance das metas pactuadas no Termo de Compromisso Municipal. Para o ano de 2013, está previsto o Termo de Apoio Estadual ao PSE. Neste Termo, os Secretários Estaduais de Educação e Saúde se comprometem a apoiar o desenvolvimento das ações do PSE nas escolas estaduais e a atuação dos Grupos de Trabalho nos municípios. Para este caso específico, não foi incorporada a previsão de repasse de incentivo financeiro para o desenvolvimento das ações dos GTIs estaduais.

Sob essa ótica, a relação interfederativa ocupa uma posição relevante no processo de implantação e implementação do PSE, desde o compartilhar de recursos e o fomento ao desenvolvimento das ações no território municipal à formação dos atores em temáticas que envolvem a garantia de direitos das crianças, adolescentes e jovens, na perspectiva da saúde integral. Tal aparece na resposta de um dos entrevistados dos GTIEs, no que se refere à relação interfederativa:

Os GTIs, por exemplo, eles têm, necessariamente, daí minha grande questão quanto à importância do PSE, que é a questão da intersectorialidade. Ele reúne obrigatoriamente, dois atores importantíssimos neste movimento que é da saúde e da educação, então, este dois atores vão gestar a questão financeira; eles vão planejar as ações em conjunto; e, essa é a grande sacada do PSE dentro disso (ator 05, região E).

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

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nessa trajetória, estabelecemos aproximações e contatos importantes com as questões já formuladas na introdução deste trabalho, às quais incorporaram-se intensidade, materialidade e significado, ao longo dos demais capítulos. Desse modo, o trabalho apontou realidades interessantes de serem melhor consideradas e deixa abertas algumas linhas de investigação e aprofundamento, a serem futuramente abraçadas.

O Programa Saúde na Escola foi criado na perspectiva de responder a alguns dos desafios impostos pelo contexto sócioeconômico-cultural brasileiro que evidencia a vulnerabilidade das crianças adolescentes e jovens. O PSE propõe o diálogo entre estudantes, famílias, equipes de educação, equipes de saúde e comunidade para a construção de cidadania. Acredita-se que o programa impactará, positivamente, na melhoria das condições de saúde, de aprendizagem e de vida dos educandos.

As diretrizes do PSE constantes do Decreto Presidencial nº 6.286, de 05 de dezembro de 2007, evidenciam uma estratégia de integração das políticas setoriais e se propõem a ser um novo desenho de política de educação em saúde, que trata a saúde e educação integrais como parte de uma formação ampla para a cidadania e o usufruto pleno dos direitos humanos.

O modelo de atenção à saúde do (a) escolar do PSE, entre outras coisas, incorpora a perspectiva da integralidade desse atendimento por meios de ações que contemplam as três dimensões da saúde: promoção; prevenção e assistência, assim como a intersetorialidade necessária para realização das ações.

Resgatando os objetivos e o contexto deste estudo que teve como finalidade a identificação das potencialidades, dificuldades, avanços e retrocessos do PSE, no período de 2007 a 2013, percebemos que as potencialidades do programa emergem no sentido do trabalho intersetorial, da participação dos gestores dos diversos setores (saúde, educação, assistência social, igreja, etc), da articulação no território de responsabilidade (universidades, comunidade escolar, unidades de saúde, etc) e entre as esferas de governo (federal, estadual e municipal) e do Projeto Político – Pedagógico, como ferramenta norteadora do processo formativo e do desenvolvimento das ações no âmbito escolar.

As dificuldades identificadas estão diretamente relacionadas aos modelos de saúde e educação tradicionais pautados em uma atuação curativa, reabilitadora, hospitalocêntrica e práticas pedagógicas não problematizadoras e dialógicas, o que por vez, incidiria na reprodução desses modelos que já não dão conta da complexidade imposta pela sociedade contemporânea. Destacam-se, ainda, como entraves ao processo de trabalho intersetorial proposto pelo PSE, o número insuficiente de profissionais que compõem os GTIMs, a

ausência de carga horária exclusiva desses grupos para a realização das ações do PSE, a falta de autonomia na aplicação dos recursos financeiros do Programa, a desarticulação do planejamento municipal nos seus planos de saúde e educação que não contempla o orçamento intersetorial.

Por outro lado, percebemos que o programa está avançando no sentido da incorporação de novas concepções teóricas da educação e da saúde, dimensionando assim, essas bases para além de uma área de saber técnico, no trabalho educativo em saúde vivenciado na escola. Observa-se também uma relação entre os diferentes setores em torno da implantação e implementação do PSE.

Além disso, verificamos que pouco avançaram os processos relacionados à formação nas temáticas específicas (Componente III do PSE), de forma a promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando ações educativas e de apropriação de todos os sujeitos acerca das temáticas relacionadas à promoção à saúde e prevenção de doenças na perspectiva da transformação e da emancipação política, ainda precisa ser galgada.

Outro contexto relevante para a qualidade do programa que emergiu da investigação é que, para promover a saúde e a educação de forma integral aos educandos da rede básica de educação, no âmbito do PSE, é o comprometimento dos gestores públicos permeado por postura ética, estética e política. Também merece atenção a formação dos atores das redes de saúde, educação e assistência social, de forma intersetorial e balizada na problematização e diálogo, acrescida à gestão compartilhada e corresponsável, o planejamento e execução das ações de forma intersetorial e o envolvimento dos educandos, da comunidade escolar, pais, responsáveis e equipes de políticas sociais num projeto comum de sociedade.

A concepção de saúde na escola preconizada pelo PSE e a definição de seus campos de ação oferecem um referencial consistente e concreto para a construção de uma nova perspectiva no campo da saúde do escolar. Suas principais limitações talvez estejam associadas à permanência de práticas e visão reprodutoras dos chamados modelos tradicionais de saúde e de educação.

Os resultados desse estudo levam a crer que o Programa Saúde na Escola vem ganhando roupagem à medida que o trabalho é realizado de forma corresponsável entre os setores da saúde e da educação. Quando há reconhecimento do papel educativo do trabalho intersetorial, ou seja, quando a escola não é vista como a única instituição social talhada para acolher, promover a saúde, prevenir agravos e doenças e, inclusive, educar crianças, adolescentes e jovens, todo o território de responsabilidade com seus demais setores e atores formam uma grande rede de aprendizagem.

Ao final do percurso desse estudo, não restam dúvidas quanto à importância do PSE no contexto de saúde dos educandos, especificamente na perspectiva da saúde e educação integral desse público, para a articulação intersetorial em geral e, especificamente, entre as redes de saúde e de educação, sustentadas em suas interfaces, na troca de experiências, de saberes e de espaços de aprendizagem. É precisamente a valorização de suas especificidades que faz das instituições de educação e de saúde parceiras privilegiadas.

Com base nos dados, o Programa Saúde na Escola pode constituir-se em caminho para a construção de cidadania e o usufruto dos direitos humanos dos educandos brasileiros, sob determinadas condições:

- Comprometimento dos gestores públicos marcado por práticas cogeadas, pelo apoio aos GTIs e pela incorporação das ações do PSE nos planos municipais e estaduais de saúde e educação, de forma a favorecer a sustentabilidade e a articulação de projetos e planejamentos intersetoriais.
- Repasse de recurso financeiro rubricado para o componente III do PSE (formação) pelos gestores das políticas de saúde e educação das três esferas de governo.
- Fomento junto aos GTIMs à criação de Coletivos Técnicos e de referência técnica por escola.
- Criação de rodas temáticas nos espaços das unidades de saúde e das escolas.
- Desenvolvimento de mecanismos de participação dos educandos.
- Articulação das ações do PSE com os macros-campos do Programa mais Educação.
- Planejamento orçamentário local por escola, conforme necessidades do Projeto Político Pedagógico da comunidade escolar e estratégia para integrá-lo ao processo de ensino-aprendizagem da escola.
- Fomento a participação social e instâncias de controle social
- Consolidação de estratégias de comunicação em âmbito nacional.
- Estabelecimento de mecanismos sustentáveis para a realização de pesquisas e sua divulgação, gerando maior articulação entre as instâncias de pesquisas teóricas acadêmicas e os cenários de concretização da prática pedagógica.
- Repactuação das ações do Programa de 12 meses para 24 meses.
- Consideração à realidade local na definição de ações a serem pactuadas.
- Revisão das ações elencadas pelo PSE como fator primordial para o repasse do recurso, priorizando a realidade e as especificidades das escolas e das comunidades como um todo (indígenas, quilombolas, rurais).

Torna-se pertinente e necessário o investimento em estudos futuros, visto que presente estudo não pretendeu esgotar o debate sobre o assunto, mas levantar algumas questões sobre o PSE. Além disso, o contexto da pesquisa girou em torno do plano da gestão, fato este considerado importante. No entanto, permanece a necessidade de novos estudos, para que possamos avaliar o desenvolvimento das ações in loco, na escola e na unidade de saúde, abarcando todos os atores: família, educandos, equipes de saúde e educação e demais profissionais envolvidos no contexto.

REFERÊNCIAS

Aranha, M. L. A. & Saviani, D. (2006). *História da educação e da Pedagogia: geral e Brasil*. São Paulo: Moderna.

Arendt, H. (1987). *A condição humana*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Arouca, A. S. S. (1975) O dilema preventivista: contribuição para compreensão e crítica da medicina preventiva. Tese de doutoramento, Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.

Arroyo, M. G. (2009). Educação popular, saúde, equidade e justiça social. *Cadernos Cedes*, 29(79), 401-416.

Bardin, L. (2000). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Editora 70.

Batista, N.; Batista, S. H.; Goldenberg, P.; Seiffert, O. & Sonzogno, M. C. (2007). O enfoque problematizador na formação de profissionais da saúde.

Brandão, C. R. & Assumpção, R. (2009). *Cultura rebelde: escritos sobre a educação popular ontem e agora*. São Paulo: Editora e Livraria Instituto Paulo Freire.

Brant de Carvalho, M. C. (2003). A ação em rede na implementação de políticas e programas sociais públicos. *Revista de Información del Tercer Sector*.

Brasil (2009). Temático Promoção da Saúde IV – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.

Brasil (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Recuperado em 21 de agosto de 2013, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

Brasil (2007b). *Decreto nº 6.286, 5 de dezembro de 2007*. Recuperado em 21 de agosto de 2013, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm

Brasil (2008b). *Portaria nº 1.861, de 4 de setembro de 2008*. Recuperado em 21 de agosto de 2013, de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1861_04_09_2008_rep.html

Brasil (2009b). *Portaria nº 3.146, de 17 de dezembro de 2009*. Recuperado em 21 de agosto de 2013, de http://www.saude.al.gov.br/sites/default/files/portaria3146_17_12_09_0.pdf

Brasil. (1990b). *Lei No 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Recuperado em 21 de agosto de 2013, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm

Brasil. (2009a). *Gestão Participativa e Cogestão*. Brasília: Ministério da saúde, 2009.

Brasil. (2010b). *Portaria Interministerial nº 3.696, de 25 de novembro de 2010*. Recuperado em 21 de agosto de 2013, de <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/107167-3696.html>.

Buss, P. M (2000). Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 163-177.

Campos G. W. S. (1998). O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cadernos de Sousa Pública*, 14(4), 863-870.

Campos G. W. S. (2000). Um método para análise e cogestão de coletivos: a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo. Hucitec.

Campos, G. W. S. (2007). Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? *Ciência & saúde coletiva*, 12(2), 301-306.

Campos, G. W. S. (2009). Modo de co-produção singular do Sistema Único de Saúde: impasses e perspectivas. *Saúde em Debate*, 33(81), 47-55.

Campos, G. W. S. (2005). Humanização na Saúde: um projeto em defesa da vida? *Interface: Comunicação, Saúde, educação*, 9(17), 389-406.

Campos, G. W. S. (2006). Efeito Paidéia e o Campo da Saúde: reflexões sobre a relação entre o sujeito e o mundo da vida. *Trabalho, Educação e Saúde*, 4(1), 19-31.

Carvalho, M. C. B. (2003). A ação em rede na implementação de políticas e programas sociais públicos. *Revista de Información del Tercer Sector*.

Carvalho, Y. M. & Ceccim, R. B. (2006). Formação e educação em Saúde: aprendizados com a Saúde Coletiva. In: Campos, G. W. S. et al. (Org.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz.

Ceccim, R. B. & Feuerwerker, L. C. M. (2004). O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, 14(1),

41-65.

Ceccim, R. B. (2005). Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacitação pedagógica na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 1(4), p. 975-986.

Ceccim, R. B. (2007). Invenção da Saúde Coletiva e do Controle Social em Saúde no Brasil: Nova Educação na Saúde e novos contornos e potencialidades à cidadania. *Revistas de Estudos Universitários*, 33(1), 29-48.

Ceccim, R. B.; Feuerwerker, L. C. M. (2004). Mudanças na graduação dos profissionais de saúde sobre o eixo da integralidade. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(5).

Ceccim, R. B; Ferla A. A. (2008/2009). Educação e Saúde: Ensino e Cidadania como travessia de fronteiras. *Trabalho, Educação e Saúde*, 6(3), 443-456.

Creswell, J. W. (2007). Projetos de pesquisa. Métodos qualitativo, quantitativo e misto. Porto Alegre: Artmed.

Damke, I. R. (1995). O processo do conhecimento na Pedagogia da libertação. As ideias de Freire, Fiori e Dussel. Petrópolis: Vozes.

Dantas, V. L. A; Rezende, G. & Pedrosa J. I. S (2009). Integração das Políticas de Saúde e educação. Saúde e educação uma relação Possível e necessária - Salto para o futuro. *TV Escola o Canal da educação*, ano 14, (17), 10-23.

Davini, M. C. (1989). Bases Metodológicas para la Educacion Permanente Del Personal de Salud. Washington: OPAS.

Foucault, M. (1979). O nascimento do hospital. In: Foucault, M. *Microfísica do poder*. (7a ed.). Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

Foucault, M. (1988). *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal.

Foucault, M. (1988). *Poder: corpo*. Rio de Janeiro: Graal.

Foucault, M. (2005). *Vigiar e Punir: nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes.

Freire, P. (1980). Conscientização teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. (3a ed). São Paulo: Moraes.

Freire, P. (1987). *Pedagogia do Oprimido*. (17a ed). Rio de Janeiro, Paz e Terra.

- Freire, P. (1996). *Pedagogia da autonomia: saberes necessários a prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra.
- Freire, P. (1997). *Ação cultural para a liberdade*. (2a ed). São Paulo: Paz e Terra.
- Freire, P. (1999). *Educação como prática da liberdade*. (29a ed). Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Freire, P. (2000). *Pedagogia do oprimido*. (29a ed). São Paulo: Paz e Terra.
- Gadotti. M. (Org.)(1996). *Paulo Freire: uma biobibliografia*. São Paulo: Cortez.
- Junqueira, L. A. P. & Inojosa, R. M. (1997). *Desenvolvimento social e intersetorialidade: a cidade solidária*. São Paulo: FUNDAP.
- Junqueira, L. A. P. (1997). Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade. *Saúde e Sociedade*, 6(2), 31-46.
- Junqueira, L. A. P., Inojosa, R. M. & Komatsu, S. (1997). Descentralização e Intersetorialidade na Gestão Pública Municipal do Brasil: A experiência de Fortaleza. Caracas: XI Concurso de Ensayos del CLAD.
- Lombardi J. C & Saviani D. (2010). História, educação e transformação – tendências e perspectivas para a educação pública no Brasil. Campinas: Autores Associados LTDA
- Loyola, V. M. Z. & Teles, A. O. (1999). *A Subjetividade Social na Escola*. Brasília: Ed. Paralelo 15.
- Lüdke, M. & André, M. E. D. A. (1986). *Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: E.P.U.
- Mendes E. V. (2008). *Os grandes dilemas do SUS*. (tomo II). Salvador: Casa da Qualidade.
- Mendes, E. V. (2001). *Os Grandes Dilemas do SUS* (tomo II). Salvador: Casa da qualidade Editora.
- Merhy, E. E. (1990). Os movimentos sanitários, os modelos tecno-assistenciais e a formação das políticas governamentais. Tese de doutorado. Universidade de Campinas, Campinas, São Paulo.
- Merhy, E. E. (2005). O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação Interface. *Comunicação, Saúde, Educação*, 9(16), 172-174

Michel Thiollent (1984). Aspectos qualitativos da metodologia de pesquisa com objetivos de descrição, avaliação e reconstrução. *Coppe/UFRJ Cadernos de Pesquisa*, (49), 45-50.

Minayo, M. C. S, Deslandes, S. F, Gomes, R. (2012). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. (31a ed). Petrópolis: Vozes.

Ministério da Educação (2013a). *Programa Saúde na Escola*. Recuperado em 21 de agosto de 2013, de www.mec.gov.br

Ministério da Educação (2013b). *Relatório Final da Conferência Nacional de Educação*. Recuperado em 21 de agosto de 2013, de www.mec.gov.br

Ministério da Saúde (1996). Informação, Educação e Comunicação: uma estratégia para o SUS. Brasília, DF, 1996.

Ministério da Saúde (1998). Informação, Educação e Comunicação para a Promoção da Saúde: uma experiência no Projeto Nordeste. Brasília: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde. (2009). *Viva Vigilância de Violência e Acidentes* Brasília: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde (2005). *Seminário de comunicação, informação e informática em saúde*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde (2007). *Relatório das oficinas de comunicação*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Programa Saúde na Escola*. Recuperado em 21 de agosto de 2013, de www.saude.gov.br/dab

Ministério da Saúde. *Programa Saúde na Escola*. Recuperado em 21 de agosto de 2013, de http://portal.saude.gov.br/PORTAL/SAUDE/GESTOR/AREA.CFM?ID_AREA=1828

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica (2013). *Portal Saúde*. Recuperado em 21 de agosto de 2013, de <http://www.saude.gov.br>

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica (2011a). *Documentação Técnica. Programa Saúde na Escola*.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica

(2011a). *Minuta de Portaria, em processo de tramitação, Programa Saúde na Escola*. Brasília.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica (2011b). *Passo a passo PSE : Programa Saúde na Escola : tecendo caminhos da intersectorialidade*. Brasília: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde (1996). *10ª Conferência Nacional de Saúde: Relatório Final*. Brasília.

Ministério da Saúde; Ministério da Educação (2011). *PSE – Programa Saúde na Escola: Tecendo caminhos da intersectorialidade* [Folder]. Recuperado em 21 de agosto de 2013, de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/programa_saude_escola_intersectorialidadel.pdf [20 04 2012a].

Moretti-Pires, R. O. (2009). Complexidade em Saúde da Família e formação do futuro profissional de saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 13(30), 153-66.

Morgan, G. (1996). *As Imagens da organização*. Atlas, São Paulo.

Nascimento, D. R. (2002). Fundação Ataulpho de Paiva: Liga Brasileira Contra a Tuberculose: Um século de luta. Rio de Janeiro: Quadratim.

Nogueira-Martins, M. C. F.; Bógus, C. M. (2004). Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. *Saúde e Sociedade*, 13(3), 44-57, set-dez. Recuperado em 20 de abril de 2012, de: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n3/06.pdf>

Organização Pan-Americana da Saúde. (1986). *Carta de Ottawa – Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde*. Recuperado em 10 de março de 20123, de <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>.

Paim, J. S. (2009). Reforma Sanitária Brasileira: Contribuição Para a Compreensão e Crítica. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(8), 1866-1867

Paim, S. J (2007a). Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. In: Fleury S. F. [organizador]. *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Editorial Lemos.

Paim, S. J (2007b). *Reforma Sanitária Brasileira: Contribuição para a compreensão e crítica*.

Tese de Doutorado, Universidade da Bahia, Bahia, Brasil.

Pedrosa, J. I. S. (2007). Educação Popular no Ministério da Saúde: Identificando Espaço e Referências. *Caderno de Educação Popular e Saúde*, 13-17.

Presidência da República. Casa Civil (2009). *Emenda Constitucional nº 59, 2009*. Recuperado em 21 de agosto de 2013, de <http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/30/2009/59.htm>

Rodrigues N. (2001) Educação da Formação Humana à construção do sujeito ético. *Educação & Sociedade*, ano 21, (76).

Saviani, D. (2010). Interlocuções pedagógicas – conversa com Paulo Freire e Adriano Nogueira e 30 entrevistas sobre educação. Campinas: Autores Associados.

Saviani, D. (2011). *Educação em diálogo*. Campinas: Autores Associados.

Schwingel, G. A. (2011). Intersetorialidade no campo da Saúde: o desafio de enfrentar o paradigma biomédico. *Revista de Destaque Acadêmico*, 3(3), 62

Shor, I. & Freire, P. (1987). *Medo e Ousadia*. São Paulo: Paz e Terra.

Toro, B. (1996). Mobilização social: uma teoria para a universalização da cidadania. In: MONTORO, T. S. (Coord.). *Comunicação e mobilização social*. (Série Mobilização Social, vol.1). Brasília: UnB.

Valla V. V. (1998). Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. *Cadernos de Saúde Pública*, 14(Sup. 2), 7-18.

Valla, V. V. & Stotz, E. M. (1997). *Participação Popular, educação e Saúde: Teoria e Prática*. (2a ed.). Rio de Janeiro: Relume-Dumará..

Valla, V. V. (1999). Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. *Cadernos de Saúde Pública*. 7-14.

Valla, V. V. et. al. (2005). Relatório da pesquisa: vigilância civil da saúde na atenção básica – uma proposta de ouvidoria coletiva na ap. 3.1, Rio de Janeiro: os impasses da pobreza absoluta. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Valla, V. V. & Hollanda, E. (1989). Fracasso escolar, saúde e cidadania. In: Costa, N. R.(Org.). *Demandas populares, políticas públicas e saúde*. Petrópolis: Vozes/Abrasco, pp. 103-43.

Vasconcelos, E. M. (2005). Educação Popular: de uma Prática Alternativa a uma Estratégia de Gestão Participativa das Políticas de Saúde. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, 14(1), 67-83.

Veiga, I. P. A. (Org.) Projeto político-pedagógico da escola uma construção possível. Campinas: Papirus.

Veiga, I. P. A.(2003). Inovações e projeto político pedagógico: uma relação regulatória ou emancipatória? *Caderno Cedes*, 23(61), 267-281.

Vieira, P. A. (1982). *História do futuro*. Lisboa: Imprensa Nacional (primeira edição de 1718).

Yokoy de Souza T., Branco A.M.C.U.A, Lopes de Oliveira M.C (2008). Pesquisa qualitativa e desenvolvimento humano: aspectos históricos e tendências atuais. *Fractal: Revista de psicologia*. V. 20, p. 357-376.

ANEXOS

Anexo A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**Pró-ensino
na Saúde**



**FACULDADE DE
CEILÂNDIA
INSTITUTO DE
PSICOLOGIA**

Pesquisador Responsável: MARIA EDNA MOURA VIEIRA

Endereço: QE 38, CONJ. “H”, CASA 27 – GUARÁ II

CEP: 71070080 – BRASÍLIA-DF

Fone: (61) 81162014

E-mail: ednamv_3@hotmail.com

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “Programa Saúde na Escola: a Intersetorialidade em Movimento”. Neste estudo pretendemos desenvolver junto aos Grupos de Trabalho Intersetoriais do Programa Saúde na Escola uma investigação para analisar sua forma intersetorial de atuação. .

O motivo que nos leva a estudar o processo de gestão dos Grupos de Trabalho Intersetoriais do Programa Saúde na Escola - PSE, é em função de sua possibilidade de assegurar às crianças, adolescentes e jovens (educados) uma saúde e educação integrais via gestão intersetorial e estratégia de integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de educação e de saúde com a participação da comunidade escolar, envolvendo as equipes de saúde da família e da educação básica.

Para este estudo adotaremos os seguintes procedimentos: dar-se-á por meio de pesquisa exploratória e empírica/campo, utilizando-se metodologias de investigação qualitativas e quantitativas. A pesquisa será realizada com profissionais dos GTIs do Programa Saúde na Escola. Sendo com os GTIMs (via Questionário) e GTIEs (por meio de entrevista). A coleta dos dados será obtida nas Oficinas de formação estaduais dos Grupos de Trabalho Intersetoriais do PSE. Os participantes da pesquisa serão os partícipes dessas oficinas. Não

havendo risco na pesquisa.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador

O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

O (A) Sr (a) não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, no LOCAL DO ESTUDO e a outra será fornecida a você.

Caso haja danos decorrentes dos riscos previstos, o pesquisador assumirá a responsabilidade pelos mesmos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos do estudo “Programa Saúde na Escola: a Intersetorialidade em Movimento”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Brasília, _____ de _____ de 2012.

Nome Assinatura participante Data

Nome Assinatura pesquisador Data

Nome Assinatura testemunha Data

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar a

Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP

Contatos: Telefone: (61) 3315-5878

Telefax: (61) 3315-5879

E-mail: conep@saude.gov.br

Anexo B – Questionário – Grupo de Trabalho Municipal

PARA OS GRUPOS DE TRABALHO INTERSETORIAIS MUNICIPAIS DAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE E EDUCAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA – PARTICIPANTES DAS OFICINAS DE FORMAÇÃO ESTADUAIS DO PSE

Eu Maria Edna Moura Vieira, mestranda do Pró-Ensino da Saúde da Universidade de Brasília, DF – Brasil - estou desenvolvendo, nas 05 regiões do País, uma investigação para analisar a forma intersetorial de atuação dos Grupos de Trabalho Intersetoriais do Programa Saúde na Escola.

Agradecemos a sua colaboração em trazer informações sobre sua prática diária no Programa Saúde na Escola no seu município. Ressalta-se que se trata de um estudo no qual se garante que os dados serão divulgados apenas de forma agregada, sem identificar o informante ou a instituição.

Questionário N°:

1. Dados do entrevistado

1.1. Município/Estado: _____

1.2. Idade: _____

1.3. Setor: _____

1.4. Tempo no setor: _____

1.5. Função no PSE: _____

1.6. Tempo no PSE: _____

1.7. Escolaridade: _____

2. Sobre o Grupo de Trabalho Intersetorial do Município:

2.1. Possui Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal instituído ? Sim () Não (). Com portaria? Sim () Não ()

2.2. O Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal conta com a participação de outros setores além da Saúde e da educação? Sim() Não().

Se sim quais?

2.3. O Grupo de Trabalho Intersetorial do seu Município está conseguindo articular a rede de saúde e educação para o desenvolvimento das ações pactuadas? Sim () não ().
Se sim, quais as principais estratégias utilizadas?

Se não, quais as dificuldades encontradas?

2.4. O Grupo de Trabalho Intersetorial do seu município se reúne:

() semanalmente() mensalmente() outros: informar _____

() quinzenalmente () sempre que necessário

2.5. Você desenvolve outras atividades profissionais além das do PSE?

Sim () não ().

Se sim, quais?

2.6. Como você avalia o GTIM do qual você participa?

2.7. O GTI do seu Município tem domínio/conhecimento dos princípios conceituais do PSE: cogestão; intersetorialidade; integralidade e território de responsabilidade?

Sim () Não ()

2.8. Como você percebe a influência do seu GTIM no desenvolvimento do PSE no seu Município?

2.9. Como você avalia a articulação do seu GTIM com o GTI do Estado?

Bom() Ruim() Ótimo() Inexistente() Frágil()

2.10. Qual o papel que você considera ter no GTIM?

Citar _____

2.11. Qual o maior desafio, em sua opinião, para a concretude das ações do PSE?

2.12. Quais as principais estratégias desenvolvidas pelo GTI do seu Município para o desenvolvimento das ações do PSE?

2.13. Como é realizado o encaminhamento do educando para a rede de saúde?

2.14. Quais as potencialidades apresentadas para viabilizar as ações do PSE no seu município?

2.15. **Está ocorrendo envolvimento de pais e responsáveis: sim() não()**

Como _____

2.16. **Como está ocorrendo o envolvimento das Equipes de saúde com as equipes das escolas?**

2.17. Das atividades previstas nos três componentes do PSE qual(is) pode(m) ser considerada(s) prioridade(s) no seu município?

2.18. Das atividades realizadas no PSE, destaque aquela que, na sua avaliação, apresenta melhores resultados.

2.20. Que ações poderiam ser desencadeadas pela SE/SEDUC /Coordenadorias Regionais (rede de educação estadual) e SES/ESF/UBS/ Coordenadorias Regionais (rede de saúde estadual) visando o fortalecimento do PSE, junto à realidade cotidiana dos municípios?

2.21. O GTI do seu Município tem desenvolvido estratégias de formação? Sim () Não ()

2.22. Na sua opinião, quais as principais necessidade do GTIM para o desenvolvimento da gestão intersetorial?

2.23. Quais as principais demandas que chegam até o GTIM?

2.24. O GTIM do seu município tem autonomia de gestão? Sim() Não()

2.25. Na sua opinião, os profissionais das redes de saúde e de educação do seu município, estão acessíveis /motivados/capacitados para o trabalho intersetorial saúde e educação do

PSE? Sim () Não ()

2.26. Como você acha que os GTIM, GTIE e GTIF poderiam colaborar para a capacitação e qualificação dos atores na implementação das ações no PSE?

2.27. Em sua opinião, quais os temas mais relevantes a serem aprofundados e absorvidos pelos profissionais das redes de saúde e educação para o desenvolvimento das ações propostas pelo PSE?

2.28. Descreva uma experiência no PSE do seu município, que na sua opinião, é importante ser divulgada.

3. Sobre a gestão dos recursos do PSE:

3.1 No seu município, a gestão do incentivo financeiro está sob a responsabilidade do GTIM e é ele que define/definiu a destinação do mesmo? Sim () Não ()

3.4. Quem participou da elaboração do planejamento?

Observações: Registre aqui outros aspectos relevantes e/ou sugestões.

Anexo C – Guia de Entrevista: Grupo de Trabalho Intersetorial Estadual**1- GUIA DE ENTREVISTA
GRUPO DE TRABALHO INTERSETORIAL ESTADUAL**

Eu Maria Edna Moura Vieira, mestranda do Pró-Ensino da Saúde da Universidade de Brasília, DF – Brasil - estou desenvolvendo, nas 05 regiões do País, uma investigação para analisar a forma intersetorial de atuação dos Grupos de Trabalho Intersetoriais do Programa Saúde na Escola.

Agradecemos a sua colaboração em trazer informações sobre sua prática diária no Programa Saúde na Escola no Estado. Ressalta-se que se trata de um estudo no qual se garante que os dados serão divulgados apenas de forma agregada, sem identificar o informante ou a instituição.

Entrevista N°:

1. DADOS GERAIS

1. País: BRASIL
2. Estado:
3. Região:
4. Instituição que Trabalha:
5. Setor:

2. Dados do entrevistado:

1. Idade:
2. Cargo do entrevistado:
3. Tempo no cargo:
4. Máximo nível alcançado de escolaridade:
5. Especialidade:

3. Características das ações:

1. Qual a sua avaliação sobre o PSE como estratégia integradora dos setores saúde e educação para concretude destas políticas publicas?
2. Em sua opinião qual o papel e importância do GTIE?
3. Como você entende e avalia a proposta do PSE do trabalho intersetorial?
4. Você depende de outros atores para que as ações desenvolvidas no cotidiano de trabalho no PSE sejam bem sucedidas?
5. Como você acha que sua prática influencia o desenvolvimento do PSE no território de responsabilidade?
6. A ação do outro setor (saúde/educação) lhe influencia na sua prática diária?
7. Como sua prática influencia a ação do outro setor (saúde/educação) na implementação das ações do PSE?
8. Em que estágio se encontra o GTI do seu Estado no processo intersetorial e intrassetorial?
9. Que outras atividades profissionais você desenvolve, além das do PSE?
10. Como você avalia o GTIE do qual você participa?
11. Os conceitos: cogestão; intersetorialidade; integralidade; território de responsabilidade; intrassetorialidade são do seu domínio de conhecimento? Da sua prática? ou são conceitos novos adquiridos com a sua inserção no PSE?
12. Você acha que utiliza os conceitos citados acima na sua prática junto ao PSE?
13. Quais as dificuldades mais frequentes e persistentes no desenvolvimento do Programa para você?
14. Em sua opinião, quais são as principais Potencialidade do PSE?
15. Qual o cargo que você considera ter no GTIE
 - () Coordenador
 - () Gestor
 - () Co-gestor
 - () Técnico do GTIM
 - () Outros. Citar