

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA**

DOMITILA ALMEIDA DE ANDRADE

**INTERSETORIALIDADE NO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: UMA ANÁLISE
SOBRE A CONSTRUÇÃO DE REDES ENTRE SAÚDE E EDUCAÇÃO, NO
MUNICÍPIO DO RECIFE**

RECIFE

2015

DOMITILA ALMEIDA DE ANDRADE

**INTERSETORIALIDADE NO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: UMA ANÁLISE
SOBRE A CONSTRUÇÃO DE REDES ENTRE SAÚDE E EDUCAÇÃO, NO
MUNICÍPIO DO RECIFE**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do grau de mestre em Ciências.

Orientadora: Dr^a Paulette Cavalcanti de Albuquerque

RECIFE

2015

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

A533i Andrade, Domitila Almeida de.

Intersetorialidade no Programa Saúde na Escola: uma análise sobre a construção de redes entre saúde e educação, no município do Recife/ Domitila Almeida de Andrade. — Recife: [s.n.], 2015.

118 p.: il.

Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Paulette Cavalcanti de Albuquerque.

1. Saúde Escolar. 2. Ação Intersetorial. 3. Promoção da Saúde. 4. Redes Comunitárias. 5. Atenção Primária à Saúde. I. Albuquerque, Paulette Cavalcanti de. II. Título.

CDU 614

DOMITILA ALMEIDA DE ANDRADE

**INTERSETORIALIDADE NO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: UMA ANÁLISE
SOBRE A CONSTRUÇÃO DE REDES ENTRE SAÚDE E EDUCAÇÃO, NO
MUNICÍPIO DO RECIFE**

Dissertação apresentada ao Curso de
Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães,
Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do
grau de mestre em Ciências.

Aprovado em: 25/06/2015.

BANCA EXAMINADORA

Dra. Paulette Cavalcanti de Albuquerque
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ

Dra. Idê Gomes Dantas Gurgel
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ

Dra. Joselma Cavalcanti Cordeiro
Faculdade de Ciências Médicas/UPE

AGRADECIMENTOS

Após dois anos, é chegado o momento que mais um ciclo se fecha. Dois anos de muito aprendizado, crescimento e também de muitas mudanças. Gostaria de deixar aqui os meus agradecimentos a todos/as que fizeram parte dessa fase da minha vida e que, à sua maneira, contribuíram para a realização trabalho.

Meus sinceros agradecimentos...

A minha orientadora, Paulette, que em seu tempo atribulado topou construir esse trabalho comigo, que mesmo nas indefinições e mudanças de temas esteve comigo respeitando minhas decisões e ajudando a orientar qual o melhor caminho seguir. Muito obrigado pela parceira, pela disponibilidade e pela presença.

A minha família que tem grande parcela de responsabilidade sobre a pessoa que me tornei, pela formação política, pelas reflexões, mas também por estarem sempre por mim, sempre por perto, por aguentarem o mau humor, a ausência, pelos meses seguidos me ouvindo falar da dissertação. Sou muito grata por todo amor dedicado, pois como diria Maria Gadú: “De todo o amor que tenho/Metade foi tu quem me deu”. Por tudo isso e muito mais obrigada paiinho (Flávio), mainha (Eliene), minhas amadas irmãs maguinha e pequena (Lara e May) e a querida Carmen.

A turma do mestrado com a qual dividi nesses dois anos aulas, alguma angustia e muitos aprendizados. Em especial as amadas amigas: Beca, Carlinha, Drica, Jessi, Lila e Mari, com as quais compartilhei o cotidiano desse processo e criei uma relação de amizade que certamente vou levar para a vida.

A equipe Entrelaços que durante esses dois anos esteve tão presente na minha vida, com quem estive construindo sonhos, refletindo sobre a sociedade, pensando sobre o mundo do trabalho. Obrigada pela parceria e pelos aprendizados: Aida, Edna, Jéssica, Lu, Mari, Maris, Nanda, Rah e Tiago.

A todas as pessoas amadas e tão significativas na minha vida, minhas/meus queridas/os amigas/os que de diferentes formas entraram em minha vida e que de diversas formas contribuíram nesse momento.

A todas/os aquelas/es que aceitaram participar dessa pesquisa, sem a contribuição, a disponibilidade e as reflexões que vocês trouxeram esse estudo não seria possível.

A toda a equipe da Fundação Oswaldo Cruz – Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães instituição que me acolheu e possibilitou a realização desse estudo.

As/os colegas de trabalho com quem nesses quase dois anos venho compartilhando o cotidiano, pensando políticas de saúde, construindo o Programa Saúde na Escola em Recife.

*Fica decretado que, a partir deste instante,
haverá girassóis em todas as janelas, que os
girassóis terão direito a abrir-se dentro da
sombra; e que as janelas devem permanecer, o
dia inteiro, abertas para o verde onde cresce a
esperança.*

(Thiago de Mello)

ANDRADE, D. A. **Intersetorialidade no Programa Saúde na Escola**: uma análise sobre a construção de redes entre saúde e educação, no município do Recife. 2015. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2015.

RESUMO

A Promoção da Saúde traz consigo uma forma mais complexa de olhar para o processo saúde-doença, dando ênfase aos determinantes sociais em saúde e propondo intervenções integrais e reconhecendo as limitações do Setor Saúde, apresenta a necessidade do trabalho intersetorial. Nesse contexto, a atenção à saúde de crianças, adolescentes e jovens é compreendida na interseção entre os setores saúde e educação. Com o objetivo de garantir o desenvolvimento integral desse público, dando respostas aos principais problemas, é criado o Programa Saúde na Escola (PSE). O presente trabalho se propõe a analisar como vem sendo estabelecida essa relação intersetorial e se o Programa tem conseguido construir redes entre esses setores. Trata-se de um estudo qualitativo, desenvolvido no município de Recife, no qual foram estudadas duas escolas do PSE, no qual utilizamos a triangulação de dados e de análise, a fim de dar conta da complexidade do objeto da pesquisa. Para isso, realizamos entrevistas, grupos focais, consultamos documentos relevantes e também utilizamos como elemento de análise a vivência da pesquisadora no Programa. A partir do material estudado foi possível conhecer como aconteceu a implantação e a implementação do PSE no município, percebemos que a Saúde ainda parece está a frente do processo. Ficou claro, também, que apesar das estratégias de integração utilizadas, essas ainda não são suficientes para consolidação da relação intersetorial. Contudo, avanços são percebidos nesse sentido, pois mesmo que conflituosa já começa a haver o estabelecimento de um contato mais permanente entre equipes de saúde e escolas. Bem como, identificamos contribuições para o cuidado destinado aos estudantes, através da identificação de problemas que antes não eram enxergados pela Saúde. Entretanto, as respostas aos problemas identificados são insuficientes. Assim, parece que apesar de vir contribuindo para a construção de uma relação intersetorial e em certa medida ajudar a tecer redes, essas ainda são frágeis e grandes são os desafios para a efetivação dos avanços alcançados.

Palavras-chaves: Promoção da Saúde, Intersetorialidade, Redes Comunitárias, Programa Saúde na Escola, Atenção Primária à Saúde.

ANDRADE, D. A. **Intersectoral in the School Health Program:** an analysis of building networks between health and education, in Recife. 2015. Dissertation (Masters in Public Health) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2015.

ABSTRACT

The Health Promotion implies a more complex way of looking at the health-disease by focusing on the social determinants of health and proposing comprehensive interventions and recognizing the limitations of the Health Sector, presents the need for intersectoral work. In this context, health care for children, adolescents and young people is understood at the intersection between health and education sectors. In order to ensure the full development of this public, giving answers to the main problems, it has been created the School Health Program (PSE). This study aims to analyze how that intersectoral relationship is being established and if the program has been able to build networks between these sectors. It is a qualitative study, developed in the city of Recife, in which two schools from the PSE were studied, plus, we used the triangulation of data and analysis in order to account for the complexity of the research object. For this, we conducted interviews, focus groups, consulted relevant documents and also used as an analytical element the experience of the researcher in the program. From the material studied was possible to know how the deployment and implementation of PSE happened in the city, and we realized how it looks like health is still leading the process. It was clear, too, that despite the integration of strategies used, these are not yet sufficient to intersectoral relationship consolidation. However, advances are perceived in this sense, because despite of the conflicts the beginning the establishment of a more permanent contact between health and school teams can be seen already. As well as we can identify contributions on the subject of the cares aimed to students, by identifying problems that were not seen before. However, the responses to the identified problems are insufficient. So it seems that despite of the contributions to the construction of an inter-sectoral relationship and to some extent help to weave networks, these are still fragile and great are the challenges for ensuring the progress made.

Key-words: Promotion of Health, Intersectoral, Community Networks, the School Health Program, Primary Health Care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	-	Atenção Básica à Saúde
ACS	-	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	-	Acquired Immunodeficiency Syndrome
APS	-	Atenção Primária à Saúde
CEP	-	Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
CF	-	Constituição Federal
CIB	-	Comissão Intergestores Bipartite
CMEI	-	Centro Municipal de Educação Infantil
CMS	-	Conselho Municipal de Saúde
CNS	-	Conferência Nacional de Saúde
DS	-	Distrito Sanitário
DST	-	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ECA	-	Estatuto da Criança e do Adolescente
EJAI	-	Educação de Jovens, Adultos e Idosos
EPS	-	Escolas Promotoras de Saúde
ESF	-	Estratégia de Saúde da Família
GAB	-	Gerência de Atenção Básica
GTI	-	Grupo de Trabalho Intersetorial
HIV	-	Human Immunodeficiency Virus
HPV	-	Vírus do Papiloma Humano
IDEB	-	Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
LDB	-	Lei de Diretrizes e Bases da Educação
MEC	-	Ministério da Educação
MS	-	Ministério da Saúde
NAPI	-	Núcleo de Apoio em Práticas Integrativas
NASF	-	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	-	Organização Mundial de Saúde

PACS	- Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCN	- Parâmetros Curriculares Nacionais
PNPS	- Política Nacional de Promoção da Saúde
PNSE	- Programa Nacional de Saúde do Escolar
PROVAB	- Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica
PS	- Promoção da Saúde
PSE	- Programa Saúde na Escola
RPA	- Região Político Administrativa
SAMU	- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SDSDH	- Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos
SEE	- Secretaria Estadual de Educação
SF	- Saúde da Família
Semeweb	- Sistema Emprel de Matrícula Escolar Web
Siab	- Sistema de Informação da Atenção Básica
Simec	- Sistema Integrado de Monitoramento Execução e Controle do MEC
Sisab	- Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
Sisvan	- Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SME	- Secretaria Municipal de Educação
SMS	- Secretaria Municipal de Saúde
SPE	- Saúde e Prevenção nas Escolas
SUS	- Sistema Único de Saúde
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAS	- Unidade de Apoio Social
UNESCO	- Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNICEF	- Fundo das Nações Unidas para a Infância
UPE	- Universidade de Pernambuco
USF	- Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.2	Objetivos do estudo	20
2	SUS E ATENÇÃO BÁSICA: DO PARADIGMA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE A CONSTRUÇÃO DA INTERSETORIALIDADE	21
2.1	Promoção da Saúde	24
2.1.1	Promoção da saúde e educação em saúde	26
2.2	Intersetorialidade	29
2.2.1	Intersetorialidade e redes	31
2.2.2	A intersectorialidade na relação entre os setores saúde e educação	34
3	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	41
3.1	Desenho da pesquisa	43
4	PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA NO RECIFE	51
4.1	Da implantação ao momento atual do PSE em Recife	51
4.2	Estratégias de Integração da Saúde e Educação	64
4.2.1	Comunicação entre escolas e equipes de saúde	67
4.2.2	Gestão Intersetorial	70
4.3	Como os Atores vêm o PSE: dificuldades e potencialidades	77
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	86
	REFERÊNCIAS	90
	Apêndice A - Termos de Consentimento Livre e Esclarecimento	97
	Apêndice B - Quadro de documentos oficiais e extraoficiais, e-mails e apresentações do município do período de 2008 a 2014.	100
	Apêndice C - Roteiro de Grupo Focal	101
	Apêndice D - Quadro de participantes dos Grupos Focais e Entrevistas.	104
	Anexo A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos	105
	Anexo B - Lista de atribuições das equipes de saúde da família e escolas definidas pelo Projeto de implantação do PSE do Recife, em 2009.	106
	Anexo C - Atividades previstas no Projeto de Implantação do PSE 2009	107
	Anexo D - Atividades previstas no Projeto de Implantação do PSE 2010	110
	Anexo E - Ficha de Avaliação Global das Condições de Saúde dos Estudantes	113

Anexo F - Ficha e-SUS de atividade coletiva	114
Anexo G - Formulário de Cadastro do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional	116
Anexo H - Quadro de atribuições das escolas e equipes de saúde - 2014	117

1 INTRODUÇÃO

Reconhecendo as limitações da atuação isolada e o potencial de ações intersetoriais, os encontros entre saúde e educação têm acontecido das mais diversas formas e nem sempre se deu da maneira que temos hoje. O presente estudo visa refletir sobre como o Programa Saúde na Escola (PSE) tem favorecido essa relação, ajudando o estabelecimento da intersetorialidade entre esses setores.

A escolha por trabalhar esse tema não acontece de maneira aleatória, pelo contrário, surge como oportunidade de refletir criticamente o processo de trabalho no qual estava me inserindo: seus desafios, avanços e retrocessos. Pois, no segundo semestre de 2013, passei a integrar a equipe gestora do PSE em Recife e em seguida assumi a coordenação central do programa pela Secretaria de Saúde.

A chegada a essa função e a escolha deste objeto para a dissertação, está intimamente ligadas a minha trajetória acadêmica e profissional. Formada em psicologia pela UFPE, sempre busquei no campo da saúde, saúde coletiva, saúde mental e educação (popular) em saúde eixos de formação, com a conclusão do curso ingressei na Residência Multiprofissional Integrada em Saúde da Família na Universidade de Pernambuco (UPE), foi quando comecei como psicóloga residente do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) a trabalhar junto às escolas e creches e pela primeira vez tive contato com o Programa Saúde na Escola, que naquele momento se encontrava em fase de implementação. Poucos meses após o final da residência comecei a cursar o Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Fiocruz/PE e no processo de conclusão as disciplinas fui convidada para compor a equipe do PSE, fato que me marcou e colocou a necessidade de refletir academicamente sobre essa relação intersetorial de vem sendo construída.

Assim, apesar de uma grande oportunidade, também foi um grande desafio, pois transitar entre os papéis de pesquisadora e gestora nem sempre foi um trabalho fácil, mas por outro lado esse trânsito possibilitou ter acesso a formas de olhar para o objeto que só são possíveis desse lugar, sendo esse exercício importante acredito ter contribuído para a efetivação dessa dissertação.

Diante desse desafio o presente trabalho busca refletir sobre como vem acontecendo a integração entre os setores saúde e educação e a construção de redes no contexto do Programa Saúde na Escola. Para tanto, faz-se um breve resgate da construção do Sistema Único de Saúde (SUS) e da relevância da Atenção Básica à Saúde (ABS) para sua consolidação, bem

como da centralidade da concepção e práticas de Promoção da Saúde para mudança de paradigma vigente e da intersetorialidade como estratégia fundamental nessa construção. Em seguida, é apresentada a metodologia utilizada e feita a discussão a partir dos resultados encontrados. Iniciamos trazendo um breve histórico de como foram articuladas as políticas públicas desses dois setores na história do Brasil.

Nas primeiras décadas dos séc. XX, as questões ligadas às áreas de Saúde e Educação estavam subordinadas ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores. Quando em 14 de novembro de 1930, é criado, pelo decreto 19.402, o Ministério da Educação e Saúde Pública, passando as duas áreas a ter uma pasta própria (LIMA; PINTO, 2003).

A composição desse Ministério se deu a partir de um gabinete, uma diretoria e quatro departamentos (Departamento Nacional de Ensino, Departamento Nacional de Saúde Pública, Departamento Nacional de Medicina Experimental e Departamento Nacional de Assistência Pública), todos independentes entre si e imediatamente subordinados ao ministro (LIMA; PINTO, 2003). A instituição desenvolvia atividades pertinentes a várias áreas, como saúde, esporte, educação e meio ambiente.

Até esse momento, a igreja era concorrente do Estado tanto na área da educação como na saúde, mas já existia um clamor social para que o Estado se fizesse presente e ocupasse seu lugar. Na Educação, pedia-se que fosse organizado um plano geral de educação e assumisse a bandeira de uma escola única, pública, laica, obrigatória e gratuita. Isso ocorre em 1934, com a nova Constituição Federal, a educação passa a ser direito de todos, devendo ser ministrada pela família e pelo poder público (BRASIL. Ministério da Educação, 2013).

No ano de 1953, é criado o Ministério da Saúde e surge o Ministério da Educação e Cultura, com a sigla MEC. Contudo, somente em 1995, o MEC passa a ser responsável apenas pela área da educação. Nesse percurso, até o momento atual, várias reformas foram acontecendo até chegarmos a mais recente Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), de 1996, que trouxe diversas mudanças em relação às leis anteriores, com a inclusão da educação infantil (creches e pré-escola) e a formação adequada dos profissionais da educação básica como prioridade.

Com a criação do Ministério da Saúde (MS), ele passou a se encarregar das atividades que eram de responsabilidade do Departamento Nacional de Saúde, ou seja, principalmente, dos serviços de saúde organizados por meio das ações coletivas de saúde e combate as endemias. Enquanto, parte significativa da assistência médica individual e curativa fica

vinculada à área da Previdência Social, às instituições filantrópicas e à medicina privada (LIMA; PINTO, 2003).

Essa dicotomia entre as ações preventivas e curativas, juntamente com o fato dos programas da área da Saúde estarem distribuídos por vários ministérios, gerava uma grande pulverização de recursos e a falta de coordenação. Isso fazia o MS ter reduzida margem de manobra e pouca capacidade de planejamento para equacionar e enfrentar com eficácia os problemas colocados na sua esfera de competência (PONTE; NASCIMENTO, 2010).

Assim como o MEC, o MS também passou por diversas reformas. Em 1974, foram englobadas as Secretarias de Saúde e de Assistência Médica, passando a constituir a Secretaria Nacional de Saúde, o que reforçou a compreensão de que não existia dicotomia entre Saúde Pública e Assistência Médica, concepção que já estava se consolidando nesse período.

Contudo, o sistema de saúde nacional, tal como está organizado atualmente e sob o comando do Ministério da Saúde, só foi formalizado realmente na década de 90, a partir das Leis 8080/90 e 8142/90 e da Constituição Federal de 1988, onde se determinou ser dever do Estado garantir saúde a toda à população e foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS).

Como é possível perceber, a relação entre as ações públicas de saúde e de educação vem de longa data, inclusive num primeiro momento chegando a estarem ligados a um mesmo ministério. Várias foram as formas de encontro entre essas duas áreas, que foi sendo revista ao longo dos anos.

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

Porém, a intervenção de saúde escolar teve início no Brasil no início do século XX com o denominado programa Higiene Escolar, que seguia o modelo alemão de “Polícia Médica”, baseado em medidas de asseio e higiene dos escolares, a fim de evitar doenças infectocontagiosas e comportamentos sociais indesejáveis.

A puericultura, a higiene pessoal e o combate a doenças específicas (sífilis, tuberculose, alcoolismo) eram as tônicas da ação educativa. Ação essa que se legitimava no desenvolvimento do conhecimento científico, mas com forte apelo às regras morais e aos costumes do homem civilizado (SPAZZIANI, 2001, p. 52).

Numa segunda fase, consolidada a partir dos anos 1950, passa a se estabelecer um nexo causal entre o baixo rendimento escolar e os problemas de saúde, tais como: desnutrição infantil, distúrbios neurológicos, auditivos e visuais. Assim, são incorporadas às tarefas da saúde escolar a discussão em torno da merenda escolar e triagens para identificação de distúrbios, começando a se convocar os especialistas da área da saúde para explicar os casos de insucesso escolar. Essa fase foi chamada por alguns autores como biologicista (IERVOLINO, 2000; SPAZZIANI, 2001).

A partir dos anos 50, até 1964, Patto (1993) destaca que a permanência dos resultados negativos da atuação pedagógica da escola no processo ensino aprendizagem, em especial, com as crianças advindas das camadas mais pobres da população, promove a ideia de que as causas do insucesso escolar estão localizadas nas características físicas, psicológicas e sociais do aluno (SPAZZIANI, 2001, p. 53).

Segundo Iervolino (2000), na década de 1970, esse quadro se desdobra para medicina escolar, momento no qual para o ingresso do aluno a escola era realizado exame físico, com revisões periódicas ao longo do ano. Contudo, essa medida se tornou ineficiente, uma vez que, não se garantia a intervenção necessária diante dos quadros encontrados, pois a demanda era superior à capacidade da política de saúde de dar repostas. Diante disso, se começou a centrar os atendimentos nos alunos apontados como tendo déficits de aprendizagem ou comportamento desviante.

Também nessa década, é organizada na escola a questão curricular da saúde, através do artigo 7º da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) n.º 5692/71, na qual se cria a disciplina “Programas de Saúde”. Essa tem foco nas doenças, drogas, higiene, agressões ao corpo, primeiros socorros, desnutrição, desvios no comportamento, entre outras questões, priorizando, quase sempre com enfoque biológico e médico das questões, em detrimento de outras abordagens. Nesse contexto, se estabelece uma relação circular e viciosa entre os fatores que produzem o fracasso escolar, impedindo a atuação pedagógica mais efetiva por parte da escola (SPAZZIANI, 2001).

Contraopondo-se a essa situação, Spazziani (2001, p. 54) coloca que os resultados de várias pesquisas mostram que o contingente de crianças portadoras de distúrbios físicos ou mentais é um número reduzido nas escolas, em comparação à quantidade de repetentes, estando muito aquém dos índices dos que eram chamados como “efetivamente fracassados”.

Assim, Iervolino (2000) traz que, entre os anos 1970 e 1980, a gerência da saúde escolar foi passando da educação para a saúde, o que poderia contribuir para redefinição das

funções dos setores. Contudo, o processo de reflexão crítica, necessário para o desenvolvimento e consolidação de fato como uma política, não aconteceu.

Ainda nessas décadas começou a se consolidar e fortalecer um conceito de Promoção da Saúde, construindo esse a partir de uma visão integral e ampliada, relacionando saúde à qualidade de vida e aos seus determinantes políticos, econômicos e sociais. A articulação de diferentes setores para o enfrentamento dos problemas sociais que incidem sobre a população, a partir da ação interdisciplinar e intersetorial, aparece como ferramenta importante e se compreende a necessidade de que diversos atores trabalhem de forma integrada e planejada para realizar diagnósticos e intervenções adequados. Na relação estabelecida entre educadores e sanitaristas, começam a surgir “outros modos de entender o estreito vínculo entre a produção do conhecimento e um viver saudável, os quais se centram no conceito ampliado de saúde, na integralidade e na produção de cidadania e autonomia” (BRASIL. Ministério da Saúde, 2009b, p.7).

Com essa mudança, as ações deveriam ser desenvolvidas através da rede de saúde, o que não significava estar restritas aos muros das unidades, pois as atividades coletivas de promoção e prevenção poderiam ocorrer em outros espaços institucionais.

Com o intuito de privilegiar a equidade, a integralidade da assistência, orientar o trabalho da equipe de saúde e envolvê-la constantemente com o cuidado aos indivíduos em todas as fases e etapas do ciclo vital, inúmeros programas/políticas de saúde foram instituídos, estruturados, dentre os quais destacamos aqui o Programa Nacional de Saúde do Escolar (PNSE), criado em 1984 (NEITZKE et al., 2012, p.167).

O PNSE tinha a finalidade de promover a saúde do escolar do ensino fundamental da rede pública, por meio do desenvolvimento de ações educativas, de caráter preventivo e curativo. Contudo, tinha suas diretrizes voltadas para algumas ações específicas como a acuidade visual, deficiências auditivas e controle da cárie (NEITZKE et al., 2012).

Ainda nesse contexto, é publicada a Lei nº 8.069/1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Nela ficam estabelecidos os direitos de crianças e adolescentes, dentre esses o acesso à saúde e educação, sendo de responsabilidade do Estado à garantia desses direitos através de políticas sociais públicas. O Art. 53 estabelece que “a criança e o adolescente têm direito à educação, visando ao pleno desenvolvimento de sua pessoa, preparo para o exercício da cidadania e qualificação para o trabalho”. No referente ao direito a saúde, o Art. 11 assegura o “atendimento integral à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, garantido o acesso universal e

igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde” (BRASIL. Presidência da República, 1990). Levando em consideração esse texto e visando garantir direitos, passam a serem reformuladas as políticas públicas de saúde e educação.

A criação do SUS, em 1990, e o surgimento da Estratégia Saúde da Família (ESF), em 1994, vêm nessa perspectiva e visa a mudança do paradigma de saúde, nesse momento se evidencia a necessidade de buscar uma atenção e cuidado integrais para os indivíduos e famílias. Procurando alcançar essa integralidade, compreende-se que esse atendimento à saúde deve envolver a participação de outros setores da sociedade. É necessário fazer a integração com instituições e organizações sociais por meio de parcerias e realizar diagnóstico situacional para direcionar as atividades prioritárias identificadas. Estas ações devem ocorrer de forma pactuada com a comunidade e serem pautadas em uma postura ativa de colaboração, buscando o cuidado individual e familiar, na perspectiva da intersetorialidade.

Nessa conjuntura se consolida a visão de que o acompanhamento do crescimento e o desenvolvimento é eixo integrador e central de todas as ações de saúde da criança e adolescente sob os aspectos biológico, afetivo, psíquico e social, que tem por características sua baixa complexidade tecnológica e sua elevada eficácia na prevenção de problemas e na promoção de hábitos saudáveis de vida.

Assim, algumas foram às estratégias e normas criadas para efetivar esse acompanhamento e, gradativamente, algumas delas foram incorporadas às atividades do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e da Estratégia de Saúde da Família. Dessa maneira, a vigilância em saúde das crianças, adolescentes e jovens é atribuição das equipes de Saúde da Família, sendo de sua responsabilidade realizar periodicamente a avaliação das condições de saúde desses grupos populacionais, ao menos daqueles que estão sob seu território adscrito.

Com as mudanças no sistema de saúde e da política de educação, o PNSE passou por diversas reestruturações, modificando suas estratégias e formas de operacionalização, mas mantendo a finalidade “de promover a saúde do escolar do ensino fundamental da rede pública, por meio do desenvolvimento de ações educativas, de caráter preventivo e curativo, especialmente na área da odontologia e oftalmologia”, desde sua implantação, em 1984, até 2007, quando é efetivamente reformulado (NEITZKE et al., 2012, p. 168).

Ainda durante a vigência do PNSE, buscando ampliar as ações de Promoção da Saúde e prevenção de agravos nas escolas, o Governo Federal lança, em 2003, o Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE), numa parceria entre os Ministérios da Educação e da Saúde,

com o apoio da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Esse projeto focou o trabalho no público adolescente, reconhecendo sua vulnerabilidade nas questões de saúde sexual e reprodutiva e uso abusivo de drogas, teve como objetivo geral a redução da vulnerabilidade de jovens e adolescentes às DST, à infecção pelo HIV/ AIDS, ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas e gravidez na adolescência.

O projeto propunha incluir os temas já citados na educação de adolescentes e jovens das escolas públicas, através da educação preventiva e formação da comunidade escolar para o desenvolvimento de uma consciência crítica. Ainda, nesse projeto, estava previsto disponibilizar preservativos para garantia do acesso a tal insumo, contribuindo para a adoção de atitudes e práticas saudáveis (BRASIL. Ministério da Saúde; Ministério da Educação, 2007).

Contudo, até o momento os projetos e programas voltados para saúde do escolar eram centrados em ações específicas e muitas vezes desarticuladas. Assim, na busca por fortalecer a intersetorialidade e ampliar as ações específicas de saúde aos alunos da rede pública de ensino, na parceria entre os Ministérios da Saúde e Educação, é instituído o Programa Saúde na Escola (PSE), pelo Decreto Presidencial nº 6.286 de 5 de dezembro de 2007 (BRASIL. Ministério da Saúde, 2009b). Ele substitui o PNSE e incorpora o SPE.

O PSE procura superar a lógica de ações pontuais e isoladas, contribuir para a ação integrada e articulada, que de maneira crítica e reflexiva possa significar oportunidade de atualização dos educadores, capacitando-os para a tarefa de ministrar o discurso sobre orientação à saúde de forma transversal e interdisciplinar na escola (SANTIAGO et al., 2012).

Visa construir escolas que proporcionem desenvolver conhecimentos, habilidades e destrezas para o autocuidado da saúde e a prevenção das condutas de risco, fomentando uma análise crítica e reflexiva sobre os valores, condutas, condições sociais e estilos de vida. Para tanto, propõe táticas de fortalecimento da participação da comunidade escolar na tomada de decisões e colaboração na promoção de relações socialmente igualitárias entre as pessoas, construindo cidadania, democracia, reforçando a solidariedade e os direitos humanos.

O PSE tem, em suas diretrizes, a integralidade das ações educacionais e de saúde como ponto focal e proposta última de sua ação. Para tanto, demanda esforços de implementação intersetorial e territorial e de articulação horizontal, descentralizada, privilegiando um novo paradigma para as políticas públicas sociais.

1.2 Objetivos do estudo

Esse estudo tem como objetivo geral: analisar a construção de redes e intersetorialidade entre os setores saúde e educação no referente às atividades estimuladas pelo Programa Saúde na Escola, no município do Recife.

E como objetivos específicos:

- a) Descrever do PSE no Recife;
- b) Conhecer as estratégias utilizadas para integrar saúde e educação no PSE; e
- c) Identificar as potencialidades e dificuldades no planejamento e execução das atividades do PSE;

2 SUS E ATENÇÃO BÁSICA: DO PARADIGMA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE À CONSTRUÇÃO DA INTERSETORIALIDADE

Em meados dos anos 1970, o sistema de saúde brasileiro era fragmentado, com ações desarticuladas, de um lado, ficava o sistema público estatal de saúde, destinado fundamentalmente às ações tradicionais da Saúde Pública de então, com programas verticalizados, centralizados, de caráter preventivo e não curativo. Do outro lado, havia o sistema de assistência médica, acentuadamente privatizado, constituído por um complexo médico industrial, eminentemente curativo, concentrado nos núcleos urbanos e nas áreas ricas (COHN, 2008).

No início dos anos 1980, com as mudanças econômicas e políticas, deu-se o esgotamento e substituição do modelo de saúde. O discurso de superação da dívida social acumulada nos governos autoritários, no caso do Brasil instaurado com a Ditadura Militar em 1964, casado com reorganização dos movimentos sociais na luta por direitos básicos e pela redemocratização, em acordo com a emergência na cena internacional, da proposta da atenção primária em saúde começa a delinear o surgimento do Sistema Único de Saúde (MENDES, 1996).

Nessa conjuntura, ganha força o Movimento Sanitário Brasileiro, que reuniu um conjunto de forças sociais e de intelectuais que se articularam com as forças políticas mobilizadas em prol do processo de democratização do país. Esse movimento aponta para a necessidade de um modelo de proteção social abrangente, justo, equânime e democrático e defende a unificação do sistema de saúde e valorizando o primeiro nível de atenção (COHN, 2008; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Em 1986, mesmo ano da I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, o Brasil realiza a VIII Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS), na qual fortalece o ideal da saúde enquanto um direito humano. Essa conferência tem um caráter democrático, diferente das anteriores, conta com a presença de diversas forças sociais interessadas na questão da saúde e tem uma dinâmica processual diferente, pois antes dessa aconteceram conferências: municipais e estaduais. Nesse momento, com desejo de democratização radical, formaliza-se o princípio da participação social, no qual a população deve ter acesso aos meios para assegurar maior controle sobre a melhora de sua própria saúde, ganhando poder – e sendo apoiada para isto –, para intervir sobre os determinantes e condicionantes sociais da saúde (ALAGOAS, 2012; MENDES, 1996).

Diante da nova correlação de forças no plano da sociedade e no cenário político de luta por ampliação da cidadania, vemos na conhecida como Constituição Cidadã (CF 1988) a definição da saúde como “um direito social e um dever do Estado garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, art. 196).

Na busca por consolidar essa forma de conceber a saúde, é formalizado o Sistema Único de Saúde (SUS), organizado de forma descentralizada, regionalizada, hierarquizada e integrada, tendo como princípios e diretrizes: a universalização, a equidade, a integralidade, a regionalização e a gestão democrática, com o exercício do que se convencionou denominar de controle social.

Desta forma, o SUS foi concebido, formulado e vem sendo implementado, em alguma medida, na perspectiva de garantir direitos, a partir do conceito ampliado de saúde e, portanto, centrado num paradigma mais holístico, no qual se concebe o mundo como um todo integrado (ALAGOAS, 2012).

Para tanto, esse sistema tem como base a Atenção Básica à Saúde, como se postulou chamar no Brasil.

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

[...] É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral (BRASIL. Ministério da Saúde, 2012, p. 19).

Nos dias atuais, a Atenção Primária à Saúde (APS), ou atenção básica, terminologias doravante usadas como sinônimos, é considerada internacionalmente a base para um novo modelo assistencial de sistemas de saúde e tem, em seu centro, o usuário-cidadão. Esse campo tem como marco histórico a Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde, organizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), realizada em 1978 em Alma-Ata, cidade do Cazaquistão, na época uma das repúblicas da União Soviética.

Nessa Conferência, a APS é apontada como função central do sistema nacional de saúde e como parte de um processo mais geral de desenvolvimento social e econômico das comunidades. A atenção primária é conceituada como:

[...] cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país pode manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato com os indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1978).

Assim, a APS pressupõe a participação comunitária e a democratização dos conhecimentos, incluindo as práticas tradicionais (curandeiros, parteiras), contrapondo-se ao elitismo médico, integrando um processo permanente de assistência sanitária, que inclui a prevenção, a promoção, a cura e a reabilitação.

Para tanto, a atenção básica tem como características específicas a prestação de serviços de primeiro contato, assumindo o cuidado longitudinal dos usuários, com continuidade da relação clínico-paciente ao longo da vida. Garante o cuidado integral considerando os âmbitos físicos, psíquicos e sociais da saúde dentro dos limites de atuação da saúde e é responsável por coordenar as diversas ações (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2009).

Apresentando essas características, os serviços de atenção primária devem estar orientados para a comunidade, conhecendo suas necessidades de saúde, centrando a atenção na família, para melhor avaliar como responder às necessidades de saúde e ter competência cultural para se comunicar e reconhecer as diferentes necessidades dos diversos grupos populacionais (STARFIELD, 2002).

Dessa forma, a atuação do profissional de saúde não pode se restringir à assistência curativa, mas deve dimensionar fatores de risco à saúde e realizar ações preventivas e de promoção, a exemplo da educação em saúde. As atividades de educação em saúde estão incluídas entre as responsabilidades dos profissionais de saúde e devem permear todos os níveis de prevenção, bem como estar presente nas ações de recuperação e tratamento (SOUZA; JACOBINA, 2009).

Entretanto, a efetivação da APS nos sistemas de saúde não acontece de forma uniforme, pelo contrário, a sua implementação é distinta nos diversos países, sendo materializada a partir das realidades locais, de sua história e dos jogos de poder que permeiam cada sociedade.

No Brasil, percebemos que coexistem concepções dos diferentes modelos de atenção à saúde que compõem a história do país e que o modelo biomédico ainda possui grande expressão, mesmo na Atenção Básica. Nesse sentido, na busca por superar esse paradigma parece necessário fortalecer a perspectiva da Promoção da Saúde (PS).

2.1 Promoção da Saúde

Na busca por consolidar o paradigma de Promoção da Saúde seguem conferências internacionais em torno dessa discussão, sendo marco importante a I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em Ottawa - Canadá, no ano de 1986. Essa conferência traz que, o conceito de PS está associado a um conjunto de valores (vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento sustentável, participação e parceria), a combinação de estratégias que envolvem a ação do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias interinstitucionais, trabalhando com a noção de responsabilização múltipla, seja pelos problemas ou por soluções propostas para esses (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1986).

Diante disso, a saúde é entendida no processo de cuidado de cada um consigo mesmo e com os outros, pela capacidade de tomar decisões e de ter controle sobre as circunstâncias da própria vida e pela luta social por condições que permitam a obtenção de saúde por todos. Segundo os autores, a educação em saúde integra parcela do entendimento de Promoção da Saúde que, a Carta de Ottawa, abrange em seu conjunto cinco estratégias: políticas públicas saudáveis, ambientes favoráveis à saúde, reorientação dos serviços de saúde, reforço da ação comunitária e desenvolvimento de habilidades pessoais (HEIDMANN et al., 2006; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1986).

Essa compreensão acerca da relevância da Promoção da Saúde é reforçada com a divulgação e contribuição de outras Conferências Internacionais e Regionais que sucederam a Conferência de Ottawa, tais como: Adelaide, em 1988, Sundsvall, em 1991, Santa Fé de

Bogotá, em 1992, Port of Spain, em 1993, Canadá, em 1996, Jacarta, em 1997, conferência da Rede de Megapaíses, em 1998, México, em 2000, Bangkok, em 2005 (HEIDMANN et al., 2006; SILVA-ARIOLI et al., 2013). Nessas conferências se afirma a importância da PS e se aponta que:

um dos desafios da promoção em saúde reside em *transformar* um sistema que tradicionalmente se sustenta na doença em um propulsor de ações que priorizem a vida e a saúde em seu significado mais amplo, pautado em relações horizontais e em parâmetros de corresponsabilização (SILVA-ARIOLI et al., 2013, p. 677).

A Promoção da Saúde subsidia a incorporação de propostas que trazem mudanças no conteúdo das práticas de saúde, incluindo no leque de atividades realizadas, ações de educação, comunicação e mobilização social, voltadas ao empoderamento da população de modo a que possam desenvolver práticas que resultem na promoção, proteção e defesa de suas condições de vida e saúde. Isso é possível tanto a partir de processos mais amplos dirigidos à formulação e implementação de políticas, quanto nas práticas localizadas, em função da natureza dos problemas ou das características dos sujeitos que decidam empreendê-las (TEIXEIRA, 2006).

Essa discussão tem contribuído para reorganização de sistemas de saúde de diversos países e regiões do mundo. É possível observar uma evolução progressiva, contudo contraditória, em relação às premissas e estratégias utilizadas. Contradições que surgem pelas diferentes concepções de Promoção da Saúde “que podem ser reunidas em dois grandes grupos: o comportamental, de mudanças de estilo de vida e aquela que busca articular o tema da saúde com a temática das condições e qualidade de vida” (HEIDMANN et al., 2006, p. 353).

Faz-se interessante saber que o significado do termo Promoção da Saúde não é constante e mudou ao longo das décadas. Esse conceito é inicialmente definido pelo modelo de Leavell & Clark, na década de 1940, como elemento do nível primário de atenção em medicina preventiva. Contudo, segundo Heidmann et al. (2006), a concepção de PS vai sofrendo mudanças, novas correntes surgem, sobretudo no Canadá, nos EUA e nos países da Europa Ocidental.

Heidmann et al. (2006, p. 353) apontam que a PS só se apresenta enquanto estratégia de mudança da concepção de saúde, em meados dos anos 1970, “como resultado do debate na década anterior sobre a determinação social e econômica da saúde e a construção de uma concepção não centrada na doença”.

Assim, no primeiro momento a concepção de PS enfatizava ações voltadas às mudanças de hábitos e comportamentos, pautadas nos aspectos biológicos do processo saúde-doença, sendo esse um enfoque bastante criticado na atualidade, uma vez que, destaca a responsabilização e culpabilização individual. A compreensão mais atual propõe interpretar as necessidades cotidianas de saúde da população numa dimensão coletiva, na qual se compreende a saúde como produção social, destacando a importância dos determinantes socioeconômicos. Essa perspectiva parece trazer consigo um compromisso político quanto à necessidade de atuar sobre os fatores biológicos, sociais, econômicos e ambientais, a fim de fomentar transformações sociais (RODRIGUES; RIBEIRO, 2012).

2.1.1 Promoção da Saúde e educação em saúde

Dentre as estratégias de Promoção da Saúde damos destaque às ações de educação em saúde, sabendo que essa tem lugar fundamental nesse campo, e que a evolução desses conceitos, assim como, suas histórias caminham de mãos dadas.

Até o início do século XX, a concepção higienista da saúde era predominante, essa explicava o surgimento das doenças de forma bastante simplista, pela ignorância e descaso das pessoas. Esse momento é marcado por um modelo de educação e promoção baseado em ações controladoras. Em 1889, com as doenças que assolavam os centros urbanos, impressos escritos sobre etiologia e prevenção de doenças eram distribuídos na capital do país. Acreditava-se que apenas a divulgação das informações era suficiente para modificar o comportamento dos indivíduos. Vale ressaltar ainda que, nesse contexto a maioria da população era analfabeta.

Nesse momento, as atividades educativas serviam para fazer com que as pessoas aceitassem as intervenções do Estado e se sujeitassem às imperiosas leis da Higiene, “a discordância era punida severamente, pois interesses econômicos e da classe dominante estavam por trás das políticas de saúde” (SOUZA; JACOBINA, 2009, p. 620).

Segundo Souza e Jacobina (2009), as descobertas científicas nas áreas da Bacteriologia e a Microbiologia ofereceram caminhos para combater as epidemias e dentre estes caminhos as necessidades de higiene para prevenir os perigos do contágio das doenças. Essas descobertas legitimavam a ideia que atribuía ao indivíduo a responsabilidade por sua saúde e considerava que a maior incidência de doenças e mortalidade infantil na classe trabalhadora era decorrente da falta de cuidados pessoais e da ignorância desta população.

Em 1920/21, são implantados os programas das escolas primárias que deveriam incluir a imposição de novos hábitos às crianças, para que não fosse necessário modificá-los no adulto. A infância e sua entrada na escola são tidas como o momento ideal para a criação de hábitos que possibilitariam a higienização dos indivíduos. O médico Carlos Sá, em 1926, propõe o verso abaixo, que deveria ser recitado diariamente por todas as crianças como forma de se manterem saudáveis:

Hoje escovei os dentes/ Hoje tomei banho/ Hoje fui à latrina e depois lavei as mãos com sabão/ Hontem me deitei cedo e dormi com janellas abertas/ De hontem e para hoje já bebi mais de 4 copos d'agua/ Hontem comi ervas ou frutas, e bebi leite/ Hontem mastiguei devagar tudo quanto comi/ Hontem e hoje andei sempre limpo/ Hontem e hoje não tive medo/ Hontem e hoje não menti. (SOUZA; JACOBINA, 2009, p. 621).

As ideias da educação sanitária trazidas dos Estados Unidos da América, a partir de 1920, que mostrava à população os benefícios das ações de saúde e a necessidade de observar as regras de higiene, resultando na redução do poder de polícia na saúde e na reforma dos serviços de saúde pública, visando uma consciência sanitária adquirida por meio da transmissão de conhecimentos sobre higiene e a cooperação em campanhas profiláticas. “A educação sanitária baseava-se na concepção de que o indivíduo tinha que aprender a cuidar de sua saúde, vista como ausência de doença. A educação era entendida como um repasse de conhecimentos de saúde” (SOUZA; JACOBINA, 2009, p. 624).

Em 1942, com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública, a educação sanitária começa a ser tida como atividade básica, atribuindo aos diversos profissionais da saúde a responsabilidade das tarefas educativas junto a grupos de gestantes, mães, adolescentes e à comunidade em geral. Essa foi a instituição que primeiro começou a preparar professoras da rede pública de ensino para serem agentes educacionais de saúde (SOUZA; JACOBINA, 2009).

Com a criação da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1945, o conceito sofre modificações passando da ausência de doença, para um conceito mais amplo que diz que saúde está relacionada ao “estado de mais completo bem-estar físico, mental e social”. Isso se constituiu em avanço para a concepção de Promoção da Saúde e contribuiu para o processo de transformação da educação sanitária.

Como vimos no item anterior, a PS vai ganhando novos sentidos e com ela também a função das práticas educativas dentro do Setor Saúde. Em meados dos anos 1980, com todas as mudanças e redefinições nesse campo, educação em saúde passa a ser vista não apenas com

o objetivo de informar para a saúde, mas de transformar os saberes existentes. A prática educativa, como a Promoção da Saúde, deveria visar o desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade nos cuidados com a saúde, porém não mais pela imposição de um saber técnico-científico, mas pelas escolhas autônomas feitas diante da compreensão da situação de saúde. Assim, essas práticas devem ser emancipatórias, privilegiando o modelo de comunicação dialógica, buscando construir um saber sobre o processo saúde-doença-cuidado que permita aos sujeitos decidirem quais as estratégias mais apropriadas para promover, manter e recuperar sua saúde.

Nesse contexto, a Promoção da Saúde propõe uma real incidência sobre as condições de vida da população, extrapolando o modelo de prestação de serviços clínico-assistenciais, supondo articulação intersetorial. (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003) e trazendo a necessidade de ações transversais ao modelo de atenção, a serem desenvolvidas em qualquer momento e em qualquer nível organizacional do sistema (TEIXEIRA, 2006).

Assim, para a efetivação de políticas públicas coerentes e efetivas na prática da Promoção da Saúde, elas devem ser elaboradas com diferentes segmentos da sociedade, envolvendo a sociedade civil, os setores públicos e privados. “a participação da sociedade neste processo implica a luta pela saúde com diminuição das iniquidades existentes no acesso a bens e serviços” (HEIDMANN et al., 2006, p. 356).

No Brasil, o documento que fundamenta as ações de PS é Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), cuja última edição é de 2010. Essa é uma importante referência na discussão e o planejamento das ações nesse campo. O documento apresenta uma compreensão complexa sobre o processo saúde-doença e sua multideterminação. Nele se propõe uma política transversal, integrada e intersetorial que aconteça de maneira dialogada com os diversos setores do governo, os setores privados e a sociedade, compondo a construção de redes de compromisso e corresponsabilidade quanto à qualidade de vida da população, nas quais todos se impliquem como participantes no cuidado à saúde (RODRIGUES; RIBEIRO, 2012).

Entretanto, a consolidação efetiva das ações de Promoção da Saúde ainda aparece como grande desafio. No contexto latino americano, parece que o maior deles é a mudança de cenário, pois ainda prevalece uma enorme desigualdade social com precariedade das condições de vida da maioria da população, acarretando o aumento dos riscos para a saúde e diminuição dos recursos para enfrentá-los (HEIDMANN et al., 2006).

Outro obstáculo importante é que, apesar da promoção em saúde estar diretamente vinculada à autonomia dos sujeitos, o que vemos na prática é que a população dificilmente aparece como protagonista nos cuidados com sua saúde. Essa situação é sustentada historicamente por relações verticais não somente no cotidiano dos serviços de saúde, mas também nas definições macropolíticas, que muitas vezes relegam ao usuário o papel de passividade (SILVA-ARIOLI et al., 2013).

Diante disso, a noção *empowerment*, entendido como o fortalecimento das populações, aparece como estratégia importante de promoção e pode ajudar a transformar a realidade de saúde, pois através do empoderamento econômico, político, social e cultural os atores sociais podem compreender a determinação do processo saúde e doença e conquistar o direito à vida com ética e dignidade humana (HEIDMANN et al., 2006).

A compreensão sobre a Promoção da Saúde contemporânea em sua relação com o desenvolvimento social requer redefinição das práticas de saúde, configurações de cenários e estratégias para mediação e/ou atuação intersetorial sobre os Determinantes Sociais de Saúde.

Além disso, traz como exigência uma nova concepção de Estado e de Política Pública, no sentido de compromisso com os interesses coletivos e o bem comum, e do compartilhamento de recursos e responsabilidades com os diferentes atores (TAVARES, 2011).

Nesse sentido, um dos desafios colocados diz respeito ao planejamento, organização e gerenciamento dessa ação intersetorial, na reunião de esforços dos distintos setores, visando à racionalização dos recursos existentes e a transformação das atividades desenvolvidas tendo em vista maior efetividade e impacto sobre os problemas e necessidades sociais. Essas ações intersetoriais exigem um planejamento coletivo que garanta a integração dos objetivos e busque dar conta da realidade dinâmica e mutante de nossa sociedade (TEIXEIRA, 2006). Essas ações, além de extrapolarem o Setor Saúde, precisam ter sua operacionalização assegurada mesmo quando esse Setor não de está à frente do processo (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003).

2.2 Intersetorialidade

A intersetorialidade é a articulação entre sujeitos de setores sociais diferentes, a vinculação entre diversos saberes, poderes e vontades, visando o enfrentamento situações complexas. Propõe a construção de outra forma de trabalhar, de governar e de construir

políticas públicas que busca superar a fragmentação, a fim de aumentar a resolutividade no enfrentamento dos problemas de saúde da população (AZEVEDO et al., 2012).

Ela aparece como um dos elementos centrais para a operacionalização da APS nos serviços de saúde, uma vez que, a partir dessa perspectiva possui a capacidade de articular os vários setores, tanto no que diz respeito à dimensão do planejamento, como na potencialidade de articular os diferentes setores desencadeando mudanças mais efetivas e duradouras.

A necessidade de ações intersetoriais parece estar em intrínseca consonância com a amplitude do objeto saúde, permitindo um olhar mais adequado e complexo, proporcionando uma melhor resposta aos possíveis problemas encontrados no dia-a-dia. Pode transformar as práticas dominantes, fragmentadas e excludentes, e conferir maior integralidade, equidade e dignidade ao cuidado (PAULA et al., 2004).

Esse conceito incorpora a ideia de integração, de território, de equidade, e é uma maneira de abordar os problemas sociais. Assim, o território é tido como local privilegiado para realizar a articulação entre as diferentes políticas, pois é nesse espaço que os problemas sociais se manifestam e nele onde as pessoas vivem e se reproduzem (JUNQUEIRA, 2000; NASCIMENTO, 2010).

A intersetorialidade traz a perspectiva da integralidade, visa o estabelecimento de parcerias entre diferentes instituições no sentido de trabalharem juntos para o alcance de objetivos e metas comuns. Com isso, permite a obtenção de unidade, estabelecendo vínculos intencionais que superem a fragmentação e a especialização arraigada nos diferentes setores (AZEVEDO et al., 2012).

“A intersetorialidade tem sido recorrentemente defendida por diversos analistas de políticas públicas, haja vista a tarefa inadiável de promover uma dada capacidade de gestão que minimize as características históricas de fragmentação das políticas sociais” (MONNERAT; SOUZA, 2010, p. 202).

Para tanto, promove mudanças na organização, tanto dos sistemas e serviços de saúde, como dos outros setores da sociedade, além de apresentar a necessidade de repensar o processo formativo dos profissionais. Dessa forma, para o enfrentamento dos problemas numa ação intersetorial, as equipes devem ser construídas numa prática interdisciplinar, a partir das inter-relações, extrapolando o Setor Saúde (JUNQUEIRA, 2000; PAULA et al., 2004).

Azevedo et al. (2012, p.1336), trazendo reflexões de Mendes, Akerman (2007) e Deleuze e Guattari (1995), apontam que dentre as estratégias de fomento à intersetorialidade a formação de redes descentralizadas, complexas e heterogêneas, que dialoga com a ideia de

rizoma: “um sistema aberto, acentrado, não-hierárquico, de ligações intercambiáveis que se opõe a sistemas centrados, de comunicação hierárquica e ligações pré-estabelecidas que não se rompem”.

Tradicionalmente, o conceito de rede utilizado nas políticas públicas, está intimamente ligado ao modelo de gestão, ou seja, um modelo centralizado e caracterizado pela hierarquização e padronização na oferta de serviços, caracterizado por ações setoriais e desarticuladas. É possível perceber que cada área tem uma rede própria de instituições e/ou serviços, a exemplo da rede escolar, rede de unidades básicas de saúde, rede hospitalar, rede de assistência social - todas elas, no geral, subordinadas a uma organização-mãe (BOURGUIGNON, 2001; CARVALHO, 2003).

Nesse sentido, a rede é percebida como uma cadeia de serviços similares, reproduzindo a lógica da gestão empresarial. Com isso, fica claro que o conceito de rede não é novo, contudo, aqui está se falando de um conceito de rede reformulado, que ajuda a caracterizar a sociedade contemporânea e propõe novos modelos de gestão.

2.2.1 Intersetorialidade e redes

Bourguignon (2001), refletindo sobre redes, traz uma proposta de classificação, utilizando Guará et al. (1998): rede social espontânea, redes sócio-comunitárias, rede social movimentalista, redes setoriais públicas, redes de serviços privados; e acrescenta dois outros tipos: redes regionais e redes intersetoriais que, segundo a autora, retratam com maior dinamicidade as possibilidades de articulação.

Para o presente estudo, dentre as redes apresentadas acima as que são de interesse são: as redes setoriais públicas, as redes regionais e intersetoriais. As primeiras são definidas como - aquelas que prestam serviços e programas sociais consagrados pelas políticas públicas como educação, saúde, assistência social, previdência social, habitação, cultura, lazer, etc., que são à base da organização setorial dentro dos órgãos governamentais. As redes regionais são compreendidas como as redes constituídas pela articulação entre serviços em diversas áreas da política pública e entre municípios de uma mesma região; e as redes intersetoriais são as que articulam o conjunto das organizações governamentais, não governamentais e informais, comunidades, profissionais, serviços, programas sociais, setor privado, bem como as redes setoriais, priorizando o atendimento integral às necessidades dos segmentos vulnerabilizados

socialmente. Essas duas últimas são as quais precisam ser construídas a partir do Programa Saúde na Escola, sendo esses conceitos importantes para este trabalho.

A rede social se apresenta como campo presente em determinado momento, o qual é estruturado por vínculos entre indivíduos, grupos e organizações construídos ao longo tempo. Esses vínculos possuem diversas naturezas e podem ter sido construídos intencionalmente ou não, estando em constante interação e transformação (JUNQUEIRA 2000, 2005; MARQUES, 1999).

A concepção de redes sociais ajuda a lançar um olhar mais complexo também sobre as políticas sociais, observando suas diversas dimensões no que se refere tanto a seu desenvolvimento quanto a seus resultados.

A noção de rede como a interação de pessoas, instituições, famílias, municípios, estados, mobilizados em função de uma ideia abraçada coletivamente, permite criar um ambiente de mudança social a partir do intercâmbio de realidades. Entretanto, a rede como um processo de construção social vai depender da sensibilização dos diversos atores sociais.

A rede surge a partir da percepção comum dos problemas vivenciados e da possibilidade de resolvê-los na articulação com outros atores sociais envolvidos no problema e na sua solução. Aqui a construção coletiva é privilegiada e sua concretização se dá mediante o “estabelecimento de parcerias entre sujeitos individuais ou coletivos, mobilizados por objetivos construídos e apropriados coletivamente, para a construção de uma nova realidade social” (JUNQUEIRA, 2005, p. 6).

Entendendo os problemas sociais em sua complexidade, abordá-los é uma tarefa que exige respeito à contribuição de cada participante, preservando sua identidade, o seu saber. Ou seja, a rede pressupõe uma vocação cooperativa, de organização horizontal, pois na articulação das ações, se potencializa o desempenho da política pública (CARVALHO, 2003).

Junqueira (2000, 2005) aponta que redes sociais se apresentam como uma possibilidade de ampliar a participação e podem contribuir para democratizar a tomada de decisão na gestão das políticas sociais, sendo tomadas como estratégia para descentralizar o poder no Estado, permitindo a criação de novos formatos organizacionais.

Essa concepção de rede surge como maneira de superar os limites da ação através da integração de conhecimentos e de práticas. Com isso, as redes intersetoriais buscam dar respostas mais totalizantes, voltando o olhar para diferentes aspectos dos problemas sociais. O trabalho em redes baseado na troca de saberes e de práticas entre os atores envolvidos visa à

superação das formas cristalizadas de atendimento, cujo enfoque não garante solução para a complexidade das demandas sociais.

Assim, a criação de redes intersetoriais - que são aquelas que compartilham serviços das organizações governamentais, não governamentais, do setor privados e até mesmo da comunidade, tendo em vista o atendimento integral das demandas sociais - traz avanços no campo da gestão pública, implicando na articulação entre os diferentes setores e as diversas políticas públicas, serviços e programas sociais, tendo em vista a integralidade do atendimento à população. A própria noção de intersetorialidade surge ligada ao conceito de rede, trazendo uma nova concepção de gestão, propondo a integração, articulação dos saberes e dos serviços (PEREIRA; TEIXEIRA, 2013).

Pensando na intersetorialidade, Monnerat e Souza (2010) dizem que aquilo que a caracteriza é a possibilidade de síntese de práticas. Contudo, apontam a necessidade de reconhecer os limites de poder e de atuação dos setores, pessoas e instituições, pois há condições oferecidas ou não pelo poder institucional.

Nesse sentido, o exercício do poder é questão relevante a ser levantada, especialmente quando pensamos isso dentro dos aparelhos de estado e nos processos de formulação de políticas públicas. Nobre (2003) e Nascimento (2010) chamam a atenção para os constrangimentos e subordinações aos interesses das elites locais, o corporativismo e as práticas clientelistas que permeiam e são contempladas no planejamento estratégico e que de diferentes formas interferem na redistribuição do poder e reorganização dos processos de trabalho. Assim, há dificuldades ligadas à própria cultura setorial, a tradição político-partidária e outras questões que vão incidir sobre a execução das políticas, que se defrontam com os diferentes interesses e mecanismos lobistas.

Mesmo diante desse cenário, o planejamento é ferramenta fundamental para a efetivação de práticas intersetoriais. Assim, essa concepção deve propor uma nova maneira de planejar, executar e controlar a prestação de serviços, garantindo um acesso equânime, alterando a forma de articulação dos diversos segmentos da organização governamental e seus interesses (NASCIMENTO, 2010). Essa ideia de síntese não prescinde dos fazeres e atribuições setoriais, mas engloba os domínios temáticos setoriais para a construção de objetos e objetivos comuns, além de propor um novo tipo de intervenção social, que permita mudança dentro lógica tradicional setorial (MONNERAT; SOUZA, 2010).

Para qualificar as práticas de ação intersetorial, é necessário compartilhar de planejamento e programação, nos espaços de poder cabíveis, articulando interesses, saberes e

práticas das diversas organizações envolvidas (TEIXEIRA; PAIM, 2002), o que permitirá a produção de novos conhecimentos e práticas compatíveis com a resolução dos problemas encontrados no território.

2.2.2 A intersectorialidade na relação entre os setores saúde e educação

A intersectorialidade pode ser considerada como estratégia de gestão, a fim de operar no enfrentamento às iniquidades sociais, bem como para superar e minimizar as características históricas de fragmentação das políticas sociais, favorecendo sua integração (GOMES, 2012). A intersectorialidade pressupõe articulação de saberes, troca de experiências e informações no desenvolvimento de ações sinérgicas entre os diferentes atores envolvidos, em um mesmo processo coletivo de alcance de soluções de problemas complexos (SANTIAGO et al., 2012).

Como pontuado na introdução, a busca por estabelecer uma relação entre os setores educação e saúde é histórica. O objeto de trabalho desses setores é complexo e os objetivos a serem atingidos dificilmente são viáveis se o caminho for trilhado de maneira isolada. Logo, esse encontro já aconteceu de diferentes formas e continua em constante transformação.

Como foi visto na introdução, Gomes (2012) pontua que, no Brasil, a discussão sobre saúde nas escolas ganha força no século XX, junto com a mudança de modelo da “polícia médica” para a educação sanitária, baseada na introdução de normas comportamentais de hábitos de higiene, que visavam disciplinar os alunos.

Assim, ao longo de décadas, o perfil das intervenções nessa área foi fortemente marcado pelo paradigma biomédico, caracterizado por um viés assistencialista e verticalizado, com ações voltadas para a transmissão de informações e desenvolvimento de habilidades e atitudes que levassem os estudantes a adotarem escolhas saudáveis, visando controlar o adoecimento e a propagação das enfermidades e minimizar situações de risco. Além disso, deveria ser garantido o acesso à assistência médica e/ou odontológica.

A prioridade de programas e políticas de saúde para crianças era atender a taxa etária de zero a cinco anos, o que deixou de fora, grande parte das crianças e adolescentes em idade escolar, fato que não facilita o acesso desse público aos serviços de saúde. Contribuindo para relação entre problemas de aprendizagem e agravos de saúde, reforçando a demanda de ações de saúde com foco na atenção especializada dentro das escolas.

Com essa forma de entrar nas escolas, a partir de uma visão especializada e foco assistencial, o Setor Saúde reforça o processo de medicalização da educação, ou seja, passa a atribuir aos problemas de saúde, as dificuldades de aprendizagem e a evasão escolar. Segundo Gomes (2012), essa tendência de responsabilizar a saúde, é fato histórico e envolve uma complexidade de fatores que precisam ser trabalhados na perspectiva da Promoção à Saúde, buscando alcançar mudanças efetivas.

Com a ampliação das concepções teóricas da saúde e da educação, no final do século XX, as práticas de saúde na escola ganham outro desenho. Nesse contexto, a saúde passa a ser vista a partir da complexidade de seus determinantes sociais e a escola como um espaço social diversificado, no qual ocorrem processos de ensino/aprendizagem que englobam, desde apropriação cultural até o bem-estar social. É neste cenário que o acesso a serviços básicos de saúde e à educação fundamental se afirma como direito, baseado nos princípios de universalidade e de equidade.

Com isso, no início dos anos 1990, é crescente a crítica do Setor Educação ao modelo de atenção à saúde escolar desenvolvido pelo Setor Saúde, pautado por ações pontuais e com perfil higienista. Nesse momento, acontece o fortalecimento das políticas de Promoção da Saúde e, nesse bojo, a Organização Mundial da Saúde desenvolve o conceito e iniciativa das Escolas Promotoras de Saúde (EPS).

Diante desse conceito, o ambiente escolar é visto como cenário fundamental para Promoção da Saúde. Diversas são as iniciativas internacionais para incentivar e instrumentalizar os sistemas nacionais de educação na elaboração de políticas e programas de saúde na escola, a partir desse paradigma, focado em atores coletivos (cidade, escola, comunidade) (GOMES, 2012).

Através das EPS, também há modificações na relação entre esses setores e são estabelecidas competências em saúde dentro das salas de aula, bem como se preconiza a transformação do ambiente físico e social das escolas, a criação de vínculo e parceria com a comunidade de abrangência (BRASIL. Ministério da Saúde, 2009b).

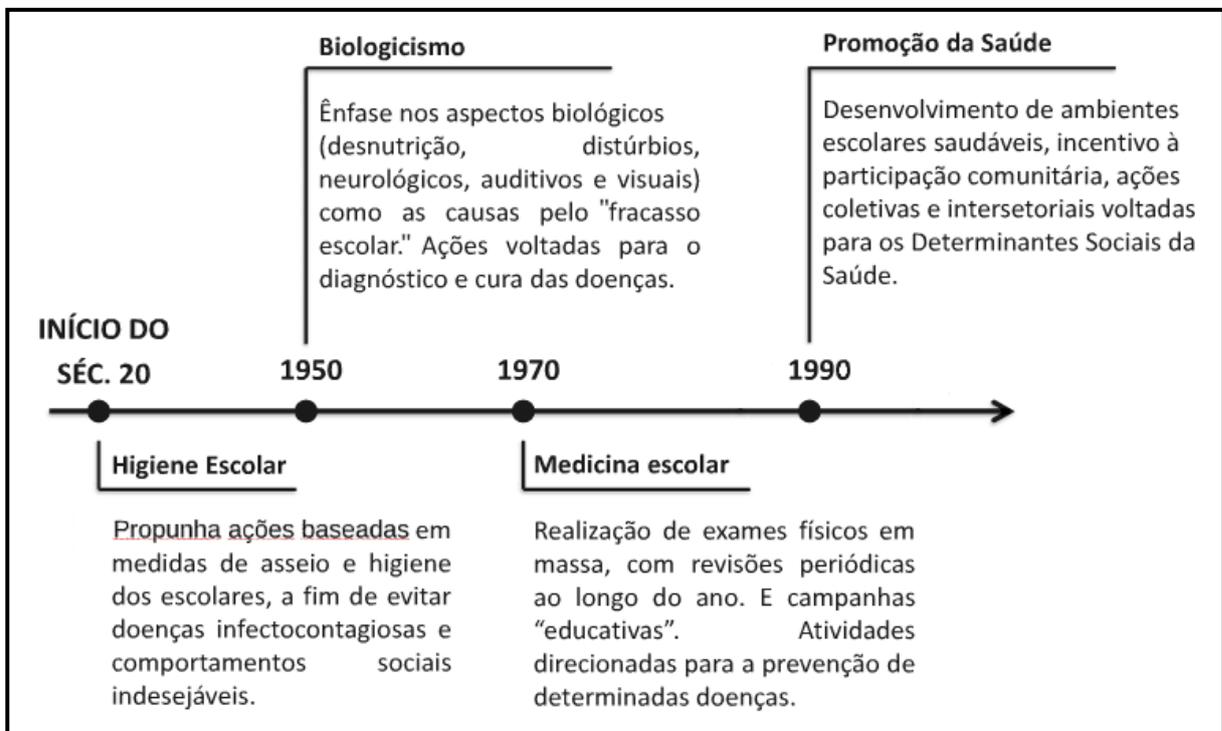
Segundo Sociedade Brasileira de Pediatria (2003), a Escola Promotora da Saúde deveria buscar ter uma visão integral do ser humano e considerar as pessoas, em especial as crianças e os adolescentes, dentro do seu ambiente familiar, comunitário e social. Para tanto, precisaria fomentar o desenvolvimento humano saudável e as relações construtivas e harmônicas, promovendo aptidões e atitudes para a saúde, possuindo um espaço físico seguro

e confortável, com água potável e instalações sanitárias adequadas, tendo uma atmosfera psicológica positiva para a aprendizagem.

Esse tipo de escolas visaria promover a autonomia, a criatividade e a participação dos alunos, bem como de toda a comunidade escolar. Nesse contexto, a Promoção da Saúde no âmbito escolar teria como três componentes principais: educação para saúde com enfoque integral; criação de entorno saudável; e provisão de serviços de saúde.

Na figura I é possível observar uma linha do tempo que aponta de forma sucinta as mudanças dos modelos teóricos que orientaram as ações de saúde juntos as escolas.

Figura I - Linha do tempo dos modelos teóricos que orientaram as ações de saúde na escola



Fonte: Elaborado pela autora.

No Brasil, o Ministério da Saúde recomendou a criação de espaços e ambientes saudáveis nas escolas, com o objetivo de integrar as ações de saúde na comunidade educativa (BRASIL. Ministério da Saúde, 2009). Esse conceito de EPS se apresenta como estratégia para uma cidade mais saudável, numa ótica de inclusão e participação, onde a escola é tida como espaço de referência para a comunidade, podendo exercer um papel protagonista de práticas educativas na intercessão com outros equipamentos sociais, como os serviços de saúde (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2003).

Segundo a Lei nº 9.394/1996, a Lei Básica de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), a educação deve ser inspirada nos princípios de liberdade e nos ideais de

solidariedade humana e o ensino público deve centrar-se na gestão democrática, cujos princípios são a participação de profissionais da educação na elaboração do projeto político-pedagógico da escola e a participação das comunidades escolar e local em conselhos escolares (BRASIL. Presidência da República, 1996).

Na LDB, encontra-se a saúde como um dos componentes essenciais para o processo formativo na educação básica. Essa Lei diz que o dever do Estado com educação escolar pública será efetivado mediante a garantia de “atendimento ao educando, em todas as etapas da educação básica, por meio de programas suplementares de material didático-escolar, transporte, alimentação e assistência à saúde” (BRASIL. Presidência da República, 1996, art. 4º).

Ainda entre as normas que regem a educação básica no país, encontram-se os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) cujo objetivo de garantir a todas as crianças e jovens brasileiros, independente de suas condições socioeconômicas, o direito de usufruir do conjunto de conhecimentos necessários para o exercício da cidadania (BRASIL. Ministério da Educação, 1997).

Reconhecendo que é papel da escola propiciar o domínio dos recursos e capacidades que permitam uma perspectiva crítica de participação social e política, os PCN incorporaram como temas transversais questões sociais: ética, saúde, meio ambiente, orientação sexual e pluralidade cultural. Sabendo que, a escola, ao lidar com essas questões, “abre a oportunidade para que os alunos aprendam sobre temas normalmente excluídos e atua propositalmente na formação de valores e atitudes do sujeito em relação ao outro, à política, à economia, ao sexo, à droga, à saúde, ao meio ambiente, à tecnologia, etc” (BRASIL. Ministério da Educação, 1997, p. 34).

Como vemos, os conteúdos de saúde devem ser inseridos no currículo da formação de crianças e adolescentes como uma abordagem transversal e interdisciplinar, tais conteúdos constituem objeto da atenção de todos os níveis e séries escolares, integrados a todas as disciplinas como um discurso cotidiano do processo ensino/aprendizagem (FIGUEIREDO et al., 2010). Isso deveria permitir que os estudantes ampliassem sua capacidade criativa e sensibilidade para a produção de mensagens educativas em saúde, sentindo-se importantes neste processo social (NEITZKE et al., 2012).

Dessa forma, os primeiros documentos da fase atual do Setor Saúde entendem a escola como, “espaço de relações, um espaço privilegiado para o desenvolvimento crítico e político, contribuindo na construção de valores pessoais, crenças, conceitos e maneiras de conhecer o

mundo e interfere diretamente na produção social da saúde” (BRASIL. Ministério da Saúde, 2009, p. 8).

Seguindo essa mesma linha, surge em 2007, como política intersetorial entre os Ministérios da Saúde e da Educação, o Programa Saúde na Escola, tendo a perspectiva de garantir atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino público básico, no âmbito das escolas e Unidades Básicas de Saúde. Suas ações realizadas devem ser realizadas pelas equipes de saúde da família e pelos profissionais da educação básica de forma integrada, com atividades orientadas a partir de três componentes (BRASIL. Ministério da Saúde, 2011):

- a) I - Avaliação clínica e psicossocial - que tem o objetivo de identificar as necessidades de saúde e garantir a atenção integral;
- b) II - Promoção e prevenção - que articulam práticas de formação, educativas e de saúde, visando à promoção da alimentação saudável, à promoção de práticas corporais e atividades físicas nas escolas, à educação para a saúde sexual e reprodutiva, à prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas, à promoção da cultura de paz e prevenção das violências, à Promoção da Saúde ambiental e desenvolvimento sustentável; e
- c) III - Educação permanente - para qualificação da atuação dos profissionais da educação e da saúde e formação de jovens.

Esse programa apresenta entre as suas diretrizes a saúde e educação integrais como parte de uma formação ampla para a cidadania, buscando a ampliação das ações intersetoriais, implicando os mais diversos atores nesse processo, visando melhorar a resolutividade e reorientar os serviços de saúde para além de suas responsabilidades técnicas no atendimento clínico, para oferecer uma atenção básica e integral aos educandos e à comunidade (BRASIL. Ministério da Saúde, 2009b).

O PSE deve enfatizar a prevenção de agravos à saúde, articular ações do setor da saúde e da educação, aproveitando o espaço escolar e seus recursos para, com isso, fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades e incentivar a participação comunitária, contribuindo para a formação integral dos estudantes.

Trata-se de uma tentativa de criar uma nova dinâmica para o aparato governamental setorizado, com uma rede de compromisso entre instituições, organizações e pessoas que se

articulam, programam e realizam ações integradas, focando-se no território e na ampliação da participação social para decisões compartilhadas (SANTIAGO et al., 2012).

O Programa está fundado na ação intersetorial que visa fortalecer a relação entre as redes públicas de saúde e de educação, articulando suas ações por meio da comunicação e da participação comunitária direta nas políticas dos seus respectivos setores. Tendo em suas diretrizes a descentralização, a integração e a articulação das redes públicas de ensino e de saúde, a territorialidade, a integralidade, o cuidado ao longo do tempo, o controle social e o monitoramento e a avaliação permanentes (GOMES, 2012).

Para tanto, é necessário que as práticas educativas em saúde não se restrinjam aos profissionais de saúde e aos serviços de saúde. Essas práticas devem ser construídas junto com os educadores e inseridas no projeto político pedagógico da escola (FIGUEIREDO et al., 2010).

As equipes de saúde devem atuar como agentes desencadeadores das iniciativas de Promoção da Saúde escolar no território de referência, atuando ativamente nos processos de educação permanente de professores/as, funcionários/as, pais e estudantes. Do mesmo modo, os profissionais da educação devem apoiar essas Equipes na utilização e incorporação de ferramentas pedagógicas e educacionais na abordagem da educação em saúde (GOMES, 2012).

Um dos grandes desafios do PSE é superar a lógica do paradigma biomédico de atenção à saúde, que tem perdurado na trajetória da saúde escolar, bem como reforçar as práticas no campo da Promoção da Saúde. Dessa forma, suas ações devem contribuir para transformações sociais, uma vez que, fundamentam-se nos princípios da participação social, do empoderamento, da autonomia e da intersetorialidade, vinculados à discussão do SUS e da PS.

Para desenvolver ações educativas em saúde na escola, é necessário mobilizar a comunidade escolar e a equipe de saúde, pois essa parceria possibilita encontrar alternativas para solucionar os problemas e aperfeiçoar soluções. A sensibilização dos indivíduos deve ser o foco, buscar a participação de todos os atores envolvidos, possibilitando a troca de saberes, a contribuição e o envolvimento nas atividades, de forma a ampliar a autonomia e dar subsídios para a tomada de decisões e escolhas (NEITZKE et al., 2012).

Embora os documentos oficiais proponham tais ações educativas e uma profunda integração entre a saúde e a educação, na prática, no dia-a-dia das equipes de saúde e das escolas, nem sempre é simples essa integração. Os calendários e processos de trabalho de

cada um dos setores têm suas especificidades e os profissionais tem dificuldade de se reunir para planejar e efetivamente trabalhar em conjunto.

Todavia, é importante lembrar que a integração intersetorial é uma tarefa audaciosa, pois passa pela construção criativa de um novo objeto de intervenção comum aos diferentes setores, ajuda a estabelecer uma visão complexa dos problemas, traz possibilidade de criar novos olhares e instaurar novos valores. Mas, também traz a necessidade de práticas que vão além da mera sobreposição ou justaposição das ações setoriais (MONNERAT; SOUZA, 2010).

Dessa forma, a prática intersetorial requer ampla negociação, considerando o respeito às diferenças e a incorporação das contribuições de cada política social na compreensão e na superação dos problemas sociais. Para isso, é necessário incorporar, com maior clareza, essa dimensão na prática cotidiana dos profissionais (JUNQUEIRA, 2000).

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Metodologia “é entendida como disciplina que se relaciona com a epistemologia ou filosofia da ciência” (THIOLLENT, 2002, p. 25.). Ela deve ajudar a analisar as características dos vários métodos disponíveis, verificando suas capacidades e refletir sobre as implicações de sua utilização.

Nessa perspectiva, metodologia é tida como conhecimento geral e habilidade que orienta o pesquisador no processo de investigação, orientando as tomadas de decisão. Tem o papel de auxiliar na escolha de técnicas adequadas a serem utilizadas na pesquisa (THIOLLENT, 2002).

Refletindo sobre metodologia, Albuquerque (2003) diz que a abordagem qualitativa surge como alternativa para explicar realidades complexas. Essa abordagem se contrapõe às concepções de neutralidade da ciência e da separação entre o pesquisador e o objeto a ser estudado, assim como, questiona à aplicação indistinta de suas técnicas, independentemente dos pressupostos teóricos da pesquisa. O foco desse tipo de pesquisa é nos processos, suas análises têm caráter descritivo e explicativo e o pesquisador é visto como peça chave na construção e análise das informações.

Spink e Menegon (2004) apresentam três questões imprescindíveis para esse tipo de processo de pesquisa, a necessidade de adotar uma postura reflexiva acerca do significado da produção de conhecimento, a visibilidade dos procedimentos metodológicos da coleta à análise dos dados, e considerar a dialogia da relação que se estabelece entre pesquisadores e participantes.

Esse afastamento da ciência positivista tradicional e novos instrumentos de pesquisa trazem a necessidade de garantir o rigor da análise. É nesse sentido que Spink e Lima (2004) apontam que esse rigor está situado na explicitação do processo de interpretação, na necessidade de dar visibilidade ao “desenho da pesquisa”, não estando mais centrado no controle das variáveis.

A pesquisa-ação partilha dessa concepção quando diz que a “condição de objetividade pode ser parcialmente respeitada por meio do controle metodológico do processo investigativo” (THIOLLENT, 2002, p. 22). Essa perspectiva traz ainda a importância de considerar que cada pesquisador observa e interpreta a partir de sua formação, das experiências anteriores e da vivência durante do processo de investigação. Esse tipo de pesquisa faz crítica à metodologia tradicional, no que diz respeito à sua postulação de suposta

neutralidade e objetividade, na qual se acredita que é necessário manter o distanciamento entre sujeito e objeto de conhecimento para que este último possa ser conhecido.

A pesquisa-ação é definida por Thiollent (2002) como um tipo de pesquisa social de base empírica, realizada na estreita associação da ação ou resolução de um problema coletivo e na qual os pesquisadores e os participantes da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo. É “uma proposta metodológica e técnica que oferece subsídios para organizar a pesquisa social aplicada sem os excessos da postura convencional ao nível da observação, processamento de dados, experimentação, etc.” (THIOLLENT, 2002, p. 24). Ela propõe maior flexibilidade na concepção e na aplicação dos meios de investigação concreta.

Esse tipo de pesquisa permite estudar dinamicamente os problemas, ações e conflitos que ocorrem entre os agentes durante o estudo. Aqui, as variáveis não são isoláveis, sabe-se que interferem no que está sendo observado, contudo, os obstáculos encontrados no caminho são tidos como relevantes para o estudo e devem ser percebidos como elemento de conhecimento.

Thiollent (2002, p. 16) diz que a pesquisa-ação é uma estratégia metodológica da pesquisa social na qual há explícita interação entre pesquisadores e sujeitos implicados na situação investigada, o objeto de investigação não é construído pelas pessoas, mas a situação social e os problemas encontrados. “O objetivo da pesquisa-ação consiste em resolver ou, pelo menos, em esclarecer os problemas da situação observada”. Contudo, a pesquisa não se limita a uma forma de ação, pois se busca ampliar o conhecimento dos pesquisadores e das pessoas e grupos considerados.

Na pesquisa convencional, não há espaço para a participação dos pesquisadores junto com aos participantes da situação observada. Esses são tidos como meros informantes, sendo um tipo de pesquisa privilegia os aspectos individuais. Na pesquisa-ação, a intercomunicação entre observadores e participantes é central. A atitude dos pesquisadores é sempre uma atitude de “escuta” e de elucidação dos vários aspectos da situação, sem imposição unilateral de suas concepções próprias.

O pesquisador, nesse tipo de pesquisa, faz parte da realidade estudada, assume papel ativo, explicitando posições políticas, ideológicas e assumindo a não neutralidade do processo de pesquisa (ALBUQUERQUE, 2003). O pesquisador está diretamente implicado e interfere no processo de produção do conhecimento, sabendo que esse é construído na interação ou mesmo na junção de sujeito e objeto.

Entretanto, como já dito, a pesquisa-ação se constitui não apenas pela ação ou pela participação: é necessário produzir conhecimentos, adquirir experiências, contribuir para a discussão ou fazer avançar o debate acerca das questões abordadas.

Compartilhando dessa forma de olhar e pensar pesquisa é que foi realizado o presente trabalho, dialogando com o conceito de estranhamento de Spink e Frezza (1999), que apresentam o exercício de desfamiliarização como essencial para estranhar o que está naturalizado no dia-a-dia e familiarizar o estranho, movimento que possibilita um outro olhar sobre a realidade vivenciada e observada.

Dessa forma, o desejo de desenvolver este trabalho, em certa medida, surge do estranhamento frente às dificuldades de romper com práticas do cotidiano de trabalho, do difícil exercício de modificar o *modus operandi* das práticas fragmentadas, para desenvolver as atividades de maneira integrada e intersetorial, mas também diante dessa realidade, refletir criticamente, contribuindo para a produção de conhecimentos que ajudem a transformar contextos como esse.

3.1 Desenho da pesquisa

Na busca por compreender como vem sendo estabelecida a relação entre os profissionais da saúde e da educação que estão inseridos no contexto do Programa Saúde na Escola e como esse vem contribuindo para a integração intersetorial, o estudo foi realizado entre os anos de 2013 a 2015, tendo como campo de pesquisa o PSE do município do Recife.

Essa cidade está situada no litoral nordestino, é capital do Estado de Pernambuco. Limita-se ao norte com as cidades de Olinda e Paulista, ao sul com o município de Jaboatão dos Guararapes, a oeste com São Lourenço da Mata e Camaragibe e a leste com o Oceano Atlântico.

O município é considerado totalmente urbano, com uma população estimada de 1.599.514 habitantes no ano de 2013, está dividida em 94 bairros aglutinados em 06 Regiões Político-Administrativas (RPA) e 08 Distritos Sanitários (DS), subdivisão que organiza as intervenções da Secretária Municipal de Saúde.

A divisão em 08 DS aconteceu recentemente na cidade, até 2013, assim como as RPA, os DS estavam divididos em 06. Contudo, diante da magnitude e complexidade encontrada nos DS III e VI, eles foram divididos. Logo, na metade do ano de 2014, foram criados dois novos DS: VII e VIII. As escolas e Unidades de Saúde da Família (USF) aqui estudadas se

encontram nesses dois novos distritos, justamente nos extremos noroeste e sul da cidade, regiões periféricas e de baixas condições sócio-econômicas.

Na versão preliminar do Plano Municipal de Saúde 2014-2017, temos que a rede básica de saúde do município é composta por: 122 Unidades de Saúde da Família, 03 Upinhas/USF, com 268 equipes de Saúde da Família e 153 equipes de Saúde Bucal; 26 serviços odontológicos ambulatoriais em Unidades Básicas Tradicionais e Policlínicas, 28 equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, 22 Unidades Básicas Tradicionais de Saúde.

Além desses serviços, a rede conta com 20 Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), formados por equipes multiprofissionais que atuam junto às equipes de SF, 06 Núcleos de Práticas Integrativas (NAPI), com equipes multiprofissionais com formação em Práticas Integrativas e Complementares que trabalham no território com nutrição saudável, acupuntura, homeopatia, atividades corporais, fitoterapia, uso racional de medicamentos e ampliação de ofertas terapêuticas, atuando em todos os distritos sanitários e 41 Polos de Academia da Cidade, uma das estratégias da política de Promoção da Saúde, com ênfase na atividade física, lazer e alimentação saudável.

Ao olhar para a rede municipal de educação, vê-se que, em 2013, contava com 321 unidades de ensino, que atendem a 90 mil estudantes, dessas: 222 são escolas de ensino fundamental – das quais seis oferecem ensino integral – e 69 creches e Centros Municipais de Educação Infantil (CMEIs), além de 17 escolas profissionalizantes e 13 unidades de tecnologia (RECIFE, 2013).

Diante das muitas maneiras de se fazer pesquisa em ciências sociais, esse trabalho caracteriza-se como um estudo de caso. Segundo Yin (2001), esse tipo de estudo é frequentemente utilizado quando se colocam questões do tipo "como" e "por que", em situações nas quais o pesquisador tem pouco controle sobre os eventos e o foco se encontra em fenômenos contemporâneos no contexto da vida real, parecendo adequado à situação desse estudo, no qual foram estudadas duas escolas e equipes de saúde.

Do universo de vinte escolas que estão inseridas no programa desde o ano de 2010, ano de implementação do PSE na cidade do Recife, foram selecionadas para participar da pesquisa duas escolas municipais. Esse recorte foi feito na busca de garantir maior qualidade dos dados, pois era esperado que as equipes inseridas desde o início do programa teriam melhor compreensão e maturidade para refletir sobre a relação intersetorial.

A seleção das escolas participantes se deu a partir do sorteio entre as vinte, dando a possibilidade de quaisquer dessas ser selecionada, e foi realizado em um espaço de reunião da

equipe gestora do programa. Diante da seleção das escolas, foi feito o contato com elas e com a unidade de saúde de referência para saber da disponibilidade de participar da pesquisa e todas estiveram de acordo.

Essas duas escolas estão localizadas em bairros periféricos do Recife, localizadas nas RPAs III e VI e DS VII e VIII. A escola 01 possui por volta de 340 alunos, tem turmas de pré-escola e anos iniciais, ou seja, atende do grupo IV até o 5º ano. As salas de aula estão distribuídas em dois prédios, o principal e o anexo. O primeiro têm salas de aula, a estrutura administrativa da escola e possui um pequeno hall na entrada, o anexo é bem pequeno e composto apenas por um corredor de salas de aula. A escola fica no alto de uma ladeira estreita e bastante íngreme, existindo apenas um micro-ônibus que realiza o percurso até a frente da escola. A unidade de saúde fica na parte plana, não muito distante da escola.

A USF de referência dessa escola possui quatro equipes de saúde da família e duas equipes de saúde bucal. É uma unidade que não tem estrutura para acolher de maneira satisfatória as quatro equipes, possui poucas salas e precisa passar por reformas. Todas as equipes da unidade estão inseridas no PSE. A equipe responsável pela escola é composta por 06 ACS, 01 enfermeira, 01 médica, do Programa Mais Médicos, e 01 técnica de enfermagem.

A escola 02 tem em média 490 estudantes de ensino fundamental, com turmas de anos iniciais e anos finais, do 1ª ao 9º ano. Também possui turmas de Ensino de Jovens Adultos e Idosos (EJAI) que funciona no período da noite. Parece possuir melhor estrutura que a anterior. Fica em prédio único, mais amplo, com primeiro andar e uma área externa, em terreno plano e a pouco mais de dois quarteirões da USF.

Essa unidade é composta por duas equipes de saúde da família e uma equipe de saúde bucal, está funcionando em uma casa cedida pelo Conselho de Moradores, enquanto a unidade está sendo construída. Ambas as equipes fazem parte do PSE e a equipe responsável é formada, como a anterior, por 06 ACS, 01 técnica de enfermagem, 01 enfermeira e uma médica.

Nas pesquisas qualitativas, a escolha das técnicas e procedimentos de coleta de dados é fundamental, pois precisam estar adequados à questão pesquisada, devendo ser estabelecidos rigorosos procedimentos de coleta apropriados para cada técnica em separado. Neste sentido, considerando a complexidade do objeto desta pesquisa, pareceu adequado o uso das técnicas de análise documental, entrevista e de grupos focais.

A inserção da pesquisadora no contexto pesquisado é ponto crucial para essa investigação, sendo também utilizado como dado de apreciação, uma vez que a observação da

pesquisadora será também elemento de análise. Esse tipo de participação está de acordo com a concepção teórica de pesquisa-ação, que propõe uma participação ativa do pesquisador, apontando que esse deve ter papel ativo na própria realidade dos fatos observados e a participação deve ser explicitada para o grupo implicado. Entretanto, “não deve chegar a substituir a atividade própria dos grupos e suas iniciativas” (THIOLLENT, 2002, p. 16).

Assim, para dar conta de tal fato, foi feito um diário de campo, no qual se buscou consolidar impressões, motivações e questões que surgiram no cotidiano do processo de gestão, servindo como objeto de estudo, a partir da observação sistemática, percebendo os conflitos, posições e interesses dos atores envolvidos.

Diante disso, a pesquisa foi apresentada num momento de reunião regular da equipe gestora, no mês de março de 2014. Nesse momento, foram apresentados os objetivos a pesquisa e feito o convite à participação. Também foi nesse espaço que aconteceu o sorteio das escolas participantes do estudo.

Após esse processo inicial de apresentação da pesquisa para equipe gestora do PSE e com o projeto construído, foi realizada a qualificação do mesmo em abril de 2014, dando seguimento ao fluxo. Diante da aprovação, foi apresentado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com seres humanos, junto com a carta de anuência, concedida pelas Secretarias de Saúde e Educação da Prefeitura da Cidade do Recife, e o termo de consentimento livre e esclarecimento (apêndice A), termo que foi assinado por todos os participantes da pesquisa e que garante ao pesquisado o direito de retirar sua participação em qualquer momento, bem como o anonimato. Obedeceu-se com isso, as pré-condições bioéticas para execução de qualquer estudo envolvendo seres humanos, sob qualquer forma ou dimensão, em consonância com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Assim, tendo sido cumprido todos os passos, e com o objetivo de descrever o Programa Saúde na Escola em Recife, buscamos conhecer como aconteceu o processo de implantação, implementação e como está funcionando atualmente. Para tanto, foram estudadas as legislações federais de regem o Programa nacionalmente, bem como, foram acessados documentos oficiais e extraoficiais, e-mails e apresentações do município do período de 2008 a 2014 (apêndice B), disponibilizados pelos participantes da pesquisa. Assim, para ter informações mais completas sobre esse período, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 08 pessoas que estiveram na gestão durante o período citado, dentre essas 06 do Setor Saúde e 02 da educação.

A quantidade de entrevistas não foi pré-definida, sendo concluída essa etapa quando as informações fornecidas por novos participantes pouco acrescentaram ao material já obtido, indicando a saturação das informações coletadas (FONTANELLA et al., 2008).

Todas as entrevistas foram realizadas pela mestrandia. Elas foram iniciadas com explicações gerais do que se tratava a pesquisa, sendo feita a apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e solicitada permissão para registrar com gravador as conversas, não havendo recusas. O roteiro de entrevista (apêndice C) funcionou como norteador, ele foi organizado em quatro blocos de perguntas sobre: a implantação do programa, o funcionamento, a gestão e as concepções sobre conceitos fundamentais do PSE.

Para conhecer as estratégias de articulação intersetorial, foram importantes as entrevistas anteriormente citadas, mas também a consulta aos documentos e e-mails aos quais tivemos acesso, bem como, as informações obtidas nos grupos focais que trataremos a seguir.

Esses grupos tiveram como público os profissionais das equipes de SF e das escolas, e ajudaram a perceber como compreendem o programa, quais as concepções que estão por trás das ações desenvolvidas, as principais dificuldades vivenciadas, mas também as potencialidades e avanços proporcionados pelo PSE.

Os grupos focais seguiram o roteiro que se encontra no apêndice C e como nas entrevistas, foram estruturados em quatro eixos: o primeiro visava perceber quais as concepções desses profissionais sobre ABS, educação básica e, como na entrevista, sobre temas fundantes do programa; o segundo eixo serviu para conhecer a relação entre as equipes de SF e escolas antes do PSE; o outro ponto buscava saber como foi vivenciado pela equipe o processo de implantação; e, por último, foi investigada a compreensão e funcionamento do programa na realidade dessas equipes. Uma das diretoras das escolas não pode estar presente no momento do grupo focal, sendo feita a entrevista em separado com ela, tendo como base o roteiro do grupo focal.

Os grupos foram gravados e filmados, com exceção de um dos grupos, no qual a equipe solicitou que não fosse filmado, também nesses todos, os participantes assinaram o TCLE. A filmagem foi feita para facilitar o processo de transcrição. Todas as entrevistas e grupos foram transcritos e validados, antes de serem analisadas.

Grupos focais “são grupos de discussão que dialogam sobre um tema em particular, ao receberem estímulos apropriados para o debate” (RESSEL, 2008, p. 780). Essa técnica foi utilizada por dar visibilidade as diferentes análises dos participantes em relação ao tema

tratado, permitir explorar como os fatos são articulados e alterados por meio da interação grupal e contribuir para conhecer a dinâmica grupal.

Foram realizados 04 (quatro) grupos focais, 02 (dois) com os profissionais das equipes de saúde e outros 02 (dois) com professores e diretores das escolas municipais. A escolha por fazê-los separadamente, foi por acreditar que dessa forma os participantes ficariam mais à vontade para apresentar os problemas, dificuldades que enfrentam na relação com a outra equipe.

A participação nos grupos foi voluntária, sendo feito o convite de participação para todos. Nas escolas, foram convidados professores e equipe gestora composta pelas coordenadoras pedagógicas e dirigentes. Nas equipes de saúde, foram convidadas médicas, enfermeiras, técnicas de enfermagem, ACS, dentistas e técnicas de saúde bucal. Contudo, surgiram muitas dificuldades para agendar as datas de realização dos grupos. Alguns foram remarcados mais de uma vez, pela dificuldade de disponibilidade dos participantes. Por dificuldades operacionais, os grupos foram realizados nos meses de final e início de ano, período no qual muitos profissionais estão de férias e as escolas estão fechando o ano letivo e iniciando o processo de matrícula dos estudantes.

Inicialmente, as entrevistas haviam sido pensadas apenas para as pessoas que participaram do processo de implantação do programa. Contudo, no decorrer da pesquisa se percebeu que, para compreender melhor o funcionamento do programa e a realidade das escolas e equipes, também era necessário conversar com os componentes da gestão que acompanham seu cotidiano, sendo entrevistadas as atuais coordenadoras locais e as enfermeiras do Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB) que apoiavam as ações.

É importante situar que as entrevistas e grupos focais só foram realizados a partir da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP), conforme parecer encontrado do anexo A, sendo realizadas no total: 09 entrevistas semiestruturadas com pessoas da gestão municipal da saúde e da educação e 04 (quatro) grupos focais. A quantidade de participantes segue descrita no quadro 1 e o apêndice D descreve quem foram os participantes e qual a função que ocupam.

Quadro 1 - Quantidade de participantes por setor e lotação

Setor	Saúde	Educação
DS VII/RPA III	06	08
DS VIII/RPA VI	06	06
Gestão	06	02
Total	18	16

Fonte: Elaborado pela autora.

A utilização da triangulação é comum em pesquisas qualitativas, pois possibilita abarcar a complexidade e dar maior profundidade. Entretanto, é importante destacar que o termo Triangulação pode ser utilizado em dimensões distintas (MARCONDES; BRISOLA, 2014). Na coleta de dados, a Triangulação permite ao pesquisador fazer uso de três ou mais técnicas com vistas a ampliar o universo informacional em torno de seu objeto de pesquisa, como é o caso do presente estudo.

Para proceder à análise, buscamos seguir os processos interpretativos propostos por Marcondes e Brisola (2014): iniciando com a transcrição dos dados levantados, avaliação dos dados e elaboração de categorias de análise; seguindo para uma leitura aprofundada do material selecionado, investigação ancorada no diálogo com autores; e finalizando com a construção-síntese, dialogando os dados empíricos e autores que tratam da temática.

A princípio foi realizada a transcrição das entrevistas e grupos focais, após uma primeira avaliação, foram organizadas as falas, a partir da compreensão da pesquisadora sobre o que estava sendo dito. Elas foram divididas pelos temas: descrição e implantação do PSE, estratégias de integração e potencialidades e dificuldades. Com a organização dos quadros, os conteúdos das falas foram nomeados e seus conteúdos agrupados, como mostra o quadro 2. Esta categorização foi útil para ajudar a pensar sobre as questões levantadas nos grupos, às falas mais representativas dessas reflexões, sob a visão da pesquisadora, que estão citadas na análise.

Quadro 2 - Categorias e Sob Categorias que orientaram a análise

Categorias	Sub Categorias
Descrição e implantação do PSE em Recife	Implantação, implementação e configuração atual
Estratégias de integração	Comunicação entre as equipes, trabalho conjunto e espaços de gestão intersetorial
Potencialidades e Dificuldades	Quanto ao desenvolvimento das atividades, quanto à resolutividade e quanto à estrutura

Fonte: Elaborado pela autora.

Seguindo os processos interpretativos, diante de uma leitura mais aprofundada do que havia sido trazido pelas entrevistas, grupos focais, diário de campo e dos documentos acerca do programa, os dados foram analisados em conjunto, separando-os por conteúdo, de forma a identificar nexos, semelhanças e divergências, como sugere Albuquerque (2003), isso, sempre em diálogo com a literatura.

A fim de facilitar a apresentação e compreensão dos resultados e a discussão suscitada por esses, a análise será apresentada em três partes: a primeira trazendo a descrição do programa, visitando desde o processo de adesão ao PSE feito pelo município até a sua forma de funcionamento atual; como segundo ponto, apresentaremos as estratégias criadas visando construir a integração entre saúde e educação; no terceiro momento buscaremos apresentar as diferentes formas de compreensão do programa, como os diferentes atores percebem as potencialidades e dificuldades no desenvolvimento das ações.

4 PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA NO RECIFE

As ações de saúde ocorriam nas escolas municipais de Recife, mesmo antes da implantação do Programa Saúde na Escola, como verificamos na fala da gestora, que está inserida no PSE desde o processo de implantação. O município participava do Programa Nacional de Saúde Escolar, seguindo a normativa nacional, era focado na saúde auditiva e oftalmológica, como apresentado por Neitzke (2012), não era assumida qualquer relação mais direta com o Setor Saúde.

já havia um programa desde 2005 e era o programa de saúde do escolar, que era mais a questão visual, uma ou outra questão acontecia. [...] ligação direta com o ministério (MEC). Havia dois programas: “Quem ouve bem, aprende melhor”, que a gente atendia todas as crianças do 2º ano com a questão de deficiência auditiva, mas todo material, tudo vinha do ministério até as fichas, o nosso contato era direto (GE1).

Apesar do decreto de 2007, apenas em setembro de 2008, é lançado oficialmente o Programa Saúde na Escola. Esse lançamento aconteceu na Escola Estadual Francisco de Assis, no município do Recife. Nessa ocasião, o então diretor da escola, Manoel Albuquerque falou que o maior benefício trazido pelo programa é “a rede social que se forma ao redor da escola” (BRASIL. Ministério da Saúde, 2008b, p.14). A informação trazida pela revista é ratificada nas entrevistas realizadas, como é possível perceber na fala a seguir:

Recife seria a cidade escolhida pra poder ter a inauguração [...], oficial do Programa. [...] Foi um momento simbólico, o Presidente veio até Recife, [...] e no dia desse evento ele assinou o decreto do início do Programa Saúde na Escola no Brasil (GS1).

Ainda falando sobre esse momento inicial de apresentação do programa, a entrevistada coloca que “foi um movimento mesmo no nível central, a gente foi chamado pra uma reunião onde foi apresentado... tinha um representante do Ministério, eu me lembro que veio uma pessoa do Ministério da Saúde. O contato inicial da gente foi com representante do Ministério da Saúde, só. Não vieram representantes do MEC” (GS1).

4.1 Da implantação ao momento atual do PSE em Recife

Com o passar dos anos, os critérios para adesão dos municípios ao PSE foram sendo modificados. No período de lançamento, os critérios eram mais restritivos e limitavam a

quantidade de municípios participantes, com o passar os anos foram ficando mais flexíveis e ampliando as possibilidades de adesão, até chegar à proposta de universalização, como veremos.

No ano de 2008 foi lançada a portaria nº 1.861, de 4 de setembro de 2008, que define os seguintes critérios para adesão:

I - Municípios com Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB¹), no ano de 2005, menor ou igual a 2,69 nos anos iniciais do ensino fundamental e que tenham 100% de cobertura populacional por Equipes Saúde da Família;

II - Até 20 Municípios em cada estado considerando:

a) os menores IDEB nos anos iniciais do ensino fundamental, abaixo da média nacional no ano de 2005; e,

b) que tenham 100% de cobertura populacional por Equipes Saúde da Família; e,

III - Municípios que possuam, em seu território, escolas participantes do programa Mais Educação², considerando somente as escolas especificadas nesse programa (BRASIL. Ministério da Saúde, 2008).

Essa portaria define também que o prazo para envio de Manifestação de Interesse de Adesão ao PSE por parte dos municípios, exige a nomeação de um Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI), que deve incluir representantes das Secretarias de Saúde e Educação do Município e no caso dos territórios que tem escolas estaduais, representantes da Secretaria Estadual de Educação.

Fica definido como responsabilidade do GTI elaborar o Projeto de implantação do PSE, que deve ser apresentado e aprovado pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB), ficando a cargo desta o envio de Termo de Adesão ao MS. No projeto deveria constar: diagnóstico situacional do município; mapeamento da Rede SUS de ABS/SF e da Rede de educação; as atribuições das equipes de SF e das escolas; identificação de cada instituição de ensino atendida pelo Programa; e a programação das atividades que deverão ser incluídas no projeto político pedagógico de cada uma das escolas.

¹ Criado pelo Instituto Nacional de Pesquisa Educacional Anísio Teixeira (Inep) em 2007, o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) é o principal indicador da qualidade da educação básica no Brasil, para fazer a medição, utiliza uma escala que vai de 0 a 10. Ele sintetiza dois conceitos importantes para aferir a qualidade do ensino no país: fluxo escolar e médias de desempenho nas avaliações (INSTITUTO NACIONAL DE PESQUISA EDUCACIONAL ANÍSIO TEIXEIRA, 2011).

² O Programa Mais Educação, constitui-se como estratégia do MEC para indução da construção da agenda de educação integral nas redes estaduais e municipais de ensino, que amplia a jornada escolar para no mínimo 7 horas diárias, com atividades optativas de: acompanhamento pedagógico; educação ambiental; esporte e lazer; direitos humanos em educação; cultura e artes; cultura digital; promoção da saúde; comunicação e uso de mídias; investigação no campo das ciências da natureza e educação econômica (BRASIL. Ministério da Educação, 2010).

Em resposta a essa portaria, o Projeto de Implantação do Programa de Saúde na Escola apresentado por Recife, é aprovado pela resolução CIB/PE Nº 1.311 de 1º de dezembro de 2008 e pelo Parecer do Conselho Municipal de Educação nº 40/2008, aprovado no pleno de 23 de dezembro de 2008 (COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE, 2008; CONSELHO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO, 2008).

O projeto traz as informações exigidas e define como objetivo geral do PSE em Recife “construir a rede de Escolas Promotoras de Saúde no Recife, articulada com a estratégia Saúde da Família, na perspectiva da redução da vulnerabilidade e riscos à saúde, relacionados aos determinantes e condicionantes locais”.

A escolha das escolas participantes seguiu os critérios de inclusão da portaria, ou seja, as escolas com Programa Mais Educação, que obtiveram o IDEB abaixo da média nacional, que no Recife, representavam 36 escolas municipais e 61 escolas estaduais. Contudo, além desse critério foi estabelecido que apenas equipes de saúde da família com equipe de saúde bucal seriam inseridas no programa, critério que permanece até a atualidade, sendo citado em todas as entrevistas.

Esse foi um ponto de corte, então a gente fez o levantamento de todas as escolas municipais, e dessas escolas quais eram de área de abrangência, e dessas da área de abrangência quem tinha equipe de saúde bucal (GS1).

Foi escolhida a escola onde tinha as equipes de saúde dentro dos critérios que tivessem a saúde bucal, uma médica, uma enfermeira, tivesse uma equipe completa (GE1).

O processo de definição das escolas e montagem do Projeto de Implantação está parcialmente registrado a partir de documentos de comunicação interna da SMS, e-mails, atas de reunião e ofícios entre a SME, SMS e SEE, nos quais consta o levantamento do diagnóstico e estudo do território. Nas versões do projeto encontramos que foram selecionadas 16 escolas municipais de ensino fundamental e 09 escolas estaduais distribuídas entre as 06 RPA. Contudo, as entrevistadas dizem, como vemos nas falas a seguir, que o Estado não se inseriu de maneira efetiva no processo, o que fez serem escolhidas apenas 20 escolas municipais.

Acabou que o ponto de corte foi justamente, na época, as escolas municipais, onde estavam na área de cobertura de Saúde da Família, e que essa equipe de Saúde da Família tivesse uma equipe de saúde bucal (GS1).

eu não me recordo de ter contribuição do estado (GS2).

tentaram fazer a conversa inicialmente com a secretaria estadual de educação e a secretaria municipal de educação, [...], mas que eles não conseguiram implantar nas escolas estaduais a princípio. Tiveram muita dificuldade porque o ente estadual tem uma dinâmica diferente da política do município, [...], então a relação secretaria municipal de saúde e a secretaria municipal de educação, acabou que facilitou e eles escolheram essa 20 escolas iniciais (GS3).

O processo de construção do projeto aconteceu com a participação dos vários gestores. A entrevistada GE1 fala que para chegar ao produto final foi necessário realizar reuniões mensais, que o projeto foi refeito várias vezes, sendo elaborado apenas pela gestão. Ainda sobre esse momento a entrevistada GS1 diz que:

Foi um momento muito rico, porque a gente tinha uns encontros periódicos da Saúde e da Educação, onde a gente foi discutindo, justamente, como se daria essa implantação. [...], a gente teve sim uma integração muito grande. Foi um projeto construído em conjunto com a educação. Não foi só a saúde que construiu não. Então a gente tinha esse grupo, e a partir desse grupo a gente começou a fazer o seguinte: a gente criou o projeto, porque tinha que ter o projeto para apresentar para o Ministério, e esse projeto passou pelo Conselho Municipal de Saúde, pra ser aprovado.

Sobre os materiais disponibilizados nesse momento, encontramos em e-mails e CIs, que foram distribuídos dois tipos de kits para a realização das atividades do PSE, um kit composto por equipamentos necessários para a realização da avaliação global dos estudantes: balança, estadiômetro, tensiômetro, estetoscópio e macro-modelo odontológico; o segundo kit, de materiais pedagógicos, é composto por álbum seriado “O que é vida saudável?”, Manual de Alimentação Saudável para profissionais de Educação e Saúde, Ciência Hoje na Escola - Vol. 13 - Conversando sobre saúde com adolescentes, Ciência Hoje na Escola - Vol. 14 - Conversando sobre saúde com crianças e Escola que protege: enfrentando a violência contra crianças e adolescentes. Ambos os kits disponibilizados pelo MEC e MS (RECIFE, 2012).

Apesar desse registro nas entrevistas encontramos informações contraditórias acerca do recebimento de material. A gestão afirma ter recebido o material do MS e MEC e ter distribuído, as equipes de saúde recordam de ter recebido alguns equipamentos, mas que já quebraram, a gestão da escola diz ter recebido algum material educativo, que foi distribuído e alguns professores colocam que não tomaram conhecimento do recebimento de materiais e outros que apesar de terem recebido o equipamento foi levado embora, seguem alguns exemplo nas falas a seguir:

chegou um kit pra escola e um kit pra saúde. Eu não me lembro bem, mas lembro que tinha estadiômetro, tinha tensiômetro, tinha balança, tinha material educativo,

tinha álbuns seriados. Tinha toda parte de álbuns seriados, de livros; e tinha a parte de estadiômetro, tensiômetro, balança (GS1).

A questão de material lúdico para trabalhar com as crianças, também vinha. [...] Boca grande, os dentões, a questão de filmes, “cartilhaszinhas”, pequenas cartilhas e coisas desse tipo assim, mas isso foi primeiro e segundo ano (D1).

Chegou um tensiômetro de criança, que já quebrou, fita métrica, material para cuidados visual, acho que foi isso (TE1).

[...] a escola recebeu balança, recebeu aquela, como é... o nome daquele material que mede? Veja bem, a escola recebe a balança, quando o PSE veio, mas depois o PSE levou (P7).

Não recebi material nenhum pra trabalhar (P10).

A definição das competências das equipes de saúde e das escolas ficou a cargo do município, sendo apontadas no projeto, como vimos. No projeto do Recife, encontramos uma maior quantidade de atribuições para as equipes de saúde, ficando essa responsável desde o cadastramento dos estudantes, execução das atividades, até a alimentação dos sistemas de informação, enquanto para a escola está previsto um papel de apoio. É possível verificar essa listagem no anexo B. Além disso, também está prevista a possibilidade de se somar outras funções quando discutidas pelo Grupo de Trabalho Intersectorial em conjunto com as escolas e as equipes de saúde da família.

Nesse documento, são apontadas atividades mais genéricas, assim, parece que a ausência de uma definição mais detalhada das atribuições, dificulta o processo de trabalho, uma vez que, não deixa claro quais as funções de cada ator. Além de nesse documento percebemos a expectativa de um papel mais ativo da saúde e um lugar mais passivo para educação, o que aponta um lugar desigual para cada setor, o que possivelmente dificulta o processo de integração.

As atividades propostas pelo município no início do programa estavam categorizadas nos 03 (três) principais componentes do Programa, incluindo ações de saúde bucal, mental, redução de danos, enfrentamento da violência, incorporação da ideia de cultura de paz e formação dos profissionais da saúde e educação para execução dessas atividades (anexo C).

Entretanto, a entrevistada GS1 diz que “não foi um pacote fechado pra cada escola, isso foi construído em cada escola”, “teve escola que disse, [...], eu quero trabalhar aqui a questão da hanseníase, eu quero trabalhar saúde bucal”. Apenas algumas atividades eram obrigatórias para todos, como as do componente avaliação das condições de saúde.

Segundo consta nas entrevistas realizadas com as gestoras da saúde e educação que estiveram à frente do processo de implantação do programa e também nos grupos focais e nos

documentos desse período, foram realizadas oficinas com representantes das equipes de saúde e das escolas para apresentar o PSE, fazer a integração entre as equipes, construir da proposta de intervenção, como é possível verificar nas falas:

Então a gente fez isso em todas as escolas, [...] onde veio a coordenação pedagógica junto com a equipe de saúde da família [...] a gente começou a planejar quais ações seriam desenvolvidas em cada escola, até porque as ações teriam que entrar no calendário pedagógico da escola (GS1).

tiveram várias reuniões com a saúde para dizer o porquê que elas iam acompanhar as escolas, que estava dentro dos critérios do programa e [...] com os gestores das escolas e coordenadores, dizendo exatamente o porquê que foi escolhido essa escola e falando da relação com a saúde (GE1).

As portarias nº 3.146, de 17 de dezembro de 2009 e nº 3.696, de 25 de novembro de 2010, trazem poucas alterações em relação às anteriores. Fica mantido o critério do IDEB, modificando apenas o ano e valor de referência, se flexibiliza o critério do inciso II, para que se atinja o máximo de 20 municípios em cada Estado e é diminuída para 70% ou mais de cobertura populacional por equipes Saúde da Família, também são adicionados ao projeto dois itens: a proposta de funcionamento do Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI) e um Plano de Ação Local (BRASIL. Ministério da Saúde, 2009b; BRASIL. Ministério da Saúde; Ministério da Educação, 2010).

Assim, poucas diferenças são observadas no projeto que seguiu o inicial, entre as principais mudanças está o quadro de escolas participantes que foi se modificando ao longo dos anos, como veremos a seguir, e nas atividades que foram se adequando as normativas nacionais e a realidade local.

GS1 lembra que, no processo de mudança de gestão, de 2009 para 2010, houve retrocessos. O PSE ficou parado, a nova gestão “disse é que ia estar rediscutindo e reconstruindo aquele projeto. E a gente ficou aguardando e esperando e as coisas não caminhavam. Então, teve um ano do PSE que ele parou, completamente”.

Durante a entrevista GE1 colocou que apesar do lançamento ter acontecido logo, “aqui em Recife e de 2007 a 2009 foi todo um processo de estudo e sensibilização, de reunir saúde e educação, até assim entender qual é o papel de um e de outro, [...] mas realmente no município, a gente começou em 2010”. Segundo a entrevistada, foi no ano de 2010 que efetivamente as atividades do PSE tiveram início no território, com a entrada na saúde de uma coordenadora para assumir especificamente o PSE:

já no fim de 2010, quando entrou GS3, as coisas começaram a se estruturar mais,

[...], essas escolas foram cadastradas no Simec, teve uma oficina, [...] todas as diretoras foram orientadas, tinha uma senha para manusear e já ir alimentando os dados da ficha de avaliação global que foi construída [...] (GE1).

Nos anos de 2010 e 2011, apenas 14 das escolas iniciais permaneceram no PSE e entram 06 novas escolas, sendo retiradas todas as escolas estaduais, somando no final um total de 20 escolas municipais. Entre as atividades previstas para nesses anos, além das ações já apontadas acima, encontram-se a realização do Projeto Olhar Brasil, campanhas de divulgação da hanseníase, juntamente com formação de professores/as sobre hanseníase e implantação da caderneta do adolescente (anexo D).

Pelas entrevistas percebemos que ano de 2010, foi um período de retomar as atividades no PSE que haviam ficado paradas, sem alguém responsável na saúde e em processo de avaliação pela nova gestão. Assim, G2 relata que nesse ano foram retomadas as oficinas de integração das equipes de saúde e escolas:

nessa oficina foi interessante porque a gente teve muito mais participação da Saúde do que da Educação, a gente também chamou as escolas, os representantes das escolas, mas teve muito mais representação das equipes de saúde, [...], então essas oficinas foram pra iniciar pelo menos as discussões dos trabalhos (GS2).

GS2 coloca que esse foi um momento de diagnóstico e reconhecimento dos territórios e das escolas, no qual se identificou que estava em andamento à avaliação oftalmológica e no caminho se foi agregando ações de educação em saúde e de assistência, nas quais se contava com a participação da equipe de saúde da família. Ela pontua que foi nas oficinas “que a gente começou a mostrar que outras coisas também se esperavam das equipes de saúde para atuar nas escolas com esse público especificamente” (GS2).

No ano seguinte se deu a consolidação desse processo. Segundo GS3, em 2011:

a gente focou inicialmente em fazer acontecer aquilo que estava planejado, né? Então a gente passou a pactuação com 20 escolas, praticamente o ano de 2011 inteiro e em 2012 foi que a gente começou a discutir a necessidade de ampliação, mas em 2011 a minha meta era justamente retomar o encontro e a execução daquilo que estava inicialmente planejado.

O Termo de Compromisso Municipal passa a formalizar as metas, a partir de 2011/2012, das ações de prevenção, promoção e atenção à saúde dos escolares, com as portarias interministerial nº 1.910 e nº 1.911, de 8 de agosto de 2011. Nessa primeira portaria também se define os municípios aptos a assinarem o termo de compromisso (BRASIL. Ministério da Saúde; Ministério da Educação, 2011a; 2011b).

Assim, no ano de 2012, a adesão começa a ser feita apenas através do modelo padrão de Termo de Compromisso, via Simec, que é o Sistema de Informação do MEC, onde passou a ser feita a adesão e monitoramento das ações do PSE. Nesse ano, Recife, inicia o processo de ampliação do programa no município, além das 20 escolas já cadastradas no ano anterior, o programa é expandido para mais 43 escolas, somando 63 escolas municipais cadastradas.

Esse termo passa também a definir de maneira mais objetiva quais as linhas de ação devem ser trabalhadas pelos municípios em cada componente. A fim de orientar o processo de trabalhos as equipes de saúde e das escolas, na realização das atividades previstas no componente 1 é criada, pelo município, a Ficha de Avaliação Global das Condições de Saúde dos Estudantes (anexo E) e o instrutivo de preenchimento.

Em relação ao componente 2, seguindo o que normatiza os Parâmetros Curriculares Nacionais e o texto do próprio programa, é intensificado o estímulo a que os temas de saúde sejam trabalhados de maneira transversal dentro das disciplinas, na sala de aula, que os professores insiram nos conteúdos de suas aulas as questões de saúde. GS3 traz o exemplo de uma escola que trabalhou com gráficos, “pegou o peso e a altura das crianças que a gente trabalhava, fazia no componente 1 e transformava aquilo em aula de matemática; vamos fazer gráficos: quantos alunos da escola são obesos, então trabalhava a porcentagem e colocava isso em gráficos de pizzas”.

Para fechar as atividades desse ano, foi realizada uma mostra com as escolas do PSE, na qual foi possível apresentar os trabalhos exitosos realizados naquele ano, como segue no relato:

em 2012 teve a primeira amostra de trabalhos exitosos. Quem apresentou foi a escola Vila Sésamo que falou sobre saúde bucal, São João Batista foi sobre doenças negligenciadas, Elizabeth Sales foi sobre alimentação saudável, Novo Manguê foi sobre violência e também sobre dengue (GE1).

A partir de 2013, a Portaria Interministerial nº 1.413, de 10 de julho de 2013 permite a universalização o Programa Saúde na Escola, pois a partir desse ano não são mais considerados os critérios de cobertura de SF e IDEB. Dessa forma, todos os municípios do país são considerados aptos a participar, assim como, todas as equipes de Atenção Básica e níveis de ensino (creche, pré-escola, ensino fundamental, ensino médio e educação de jovens e adultos) (BRASIL. Ministério da Saúde; Ministério da Educação, 2013).

A adesão começa a ser feita através do o Portal do Gestor, Sistema de Gestão da Atenção Básica, que permite acompanhar o processo de implantação e implementação e

monitorar, o desenvolvimento de todas as etapas, até a concretização de processos avaliativos que apontem os resultados alcançados (BRASIL. Ministério da Saúde, 2013).

Nesse ano, ainda fica definido como grupo de escolas prioritárias: todas as creches públicas e conveniadas do município; as escolas do campo; escolas participantes do Programa Saúde na Escola em anos anteriores; escolas participantes do Programa Mais Educação em anos anteriores; escolas que tiveram matriculados adolescentes em medidas socioeducativas em anos anteriores; e escolas que tenham dentre os educandos matriculados, pelo menos 50% deles pertencentes a famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família. Para realizar a adesão, pelo menos 50% do total de estabelecimentos selecionados deviam pertencer a esse grupo.

As linhas de ação que encontramos no ano anterior são mantidas com pequenas alterações como: a criação de grupos de prevenção em saúde mental e mediação de conflitos no ambiente escolar e são estabelecidas, pelos ministérios, temáticas para as ações de educação permanente. Nesse momento, foram estabelecidas algumas ações como essenciais, ou seja, obrigatórias, e outras como eletivas, sendo dada a escolha do município de aderir ou não a essas últimas. O Recife fez a adesão a todas as ações: essenciais e eletivas.

Com a universalização do PSE e consequente ampliação do público atendido, sabendo das especificidades das crianças da educação infantil, também são criadas ações específicas para serem desenvolvidas nas creches e pré-escolas como: sondagem da realização do teste da orelhinha e do teste do olhinho e fortificação com micronutrientes.

Nesse ano, acontece nova ampliação do PSE no Recife, são inseridas 22 creches e 02 escolas estaduais, sendo mantido o número de 63 escolas municipais, apenas com a substituição de 04 escolas dentre elas. As escolas estaduais foram incluídas para viabilizar a inserção de Recife em uma pesquisa nacional “Participação e Dinamização Juvenil no Programa Saúde na Escola - PSE: implementação e acompanhamento da Educação entre Pares no componente 2” da Fiocruz Brasília.

GS3 relata que antes desse momento não havia sido tentada nova reaproximação com o ente estadual e que mesmo nesse momento foi um processo difícil:

em 2013, essa conversa com ente estadual foi feita através de uma área técnica da secretaria de educação, mas também de uma forma muito difícil. Eu acho que as relações com as escolas estaduais, com a representação da gestão e nem com a escola em si, ela foi difícil. Eu lembro de ter sentido bastante dificuldade no envolvimento deles, na compreensão, mesmo pela lógica de funcionamento (GS3).

Ainda nesse ano, no segundo semestre, começa a ser utilizada a ficha e-SUS de atividade coletiva (anexo F), para registro das atividades do componente 1. O MS escolhe o

PSE como um dos programas piloto para iniciar implantação das fichas e-SUS. Essas fichas alimentam o Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB), novo sistema de informação que irá substituir o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Antes desse ano, o componente 1 era preenchido no Simec, junto com os outros dois componentes, que até o momento permanecem ligados a esse sistema.

Observasse que nesse ano, como também no ano anterior, as atribuições dos profissionais de saúde estão fortemente vinculadas as atividades do componente 1, assim como, as dos professores ao componente 2. Fato que é perceptível pelos relatos e apresentações de powerpoint, desse período, que parece ter reflexo na própria forma dos atores se enxergarem no programa. Essa fragmentação parece ser reforçada pelo MS e MEC e quando são utilizados sistemas de informações diferentes para cada componente.

Vemos que 2013 foi um ano de muitas adaptações, pois se viveu aumento substancial no número de unidades educacionais participantes, bem como, no próprio funcionamento do programa. É importante lembrar que esse também foi ano de mudança de gestão, que nas entrevistas é relatado como momento delicado, que sempre altera a forma de andamento, muitas vezes travando processos.

O ano de 2014 não traz mudanças significativas, sendo mantidas as mesmas ações e unidades educacionais. Diante dos entres encontrados, do processo de reorganização da própria gestão, esse ano se caracterizou pela tentativa de qualificação do programa através reorganização da gestão do PSE, aquisição de novos equipamentos para realização das ações, implantação do planejamento conjunto das equipes de saúde e escolas/creches, da busca por monitorar as ações realizadas e implementação do PSE nas creches.

Abaixo tabela que mostra a evolução, desde a implantação, da quantidade de unidades educacionais no Programa Saúde na Escola no Recife.

Tabela 1 - Escolas participantes do PSE, Recife, 2009 a 2014

Ano	Nº escolas Municipais	Nº escolas Estaduais	Nº creches/ CMEI
2009	16	09	-
2010	20	-	-
2011	20		
2012	63	-	-
2013	65	02	22
2014	65	02	22

Fonte: Recife (2009, 2010, 2012); Brasil. Ministério da Saúde (2013c, 2014b)

Atualmente fazem parte do PSE no município: 63 escolas municipais, 02 escolas estaduais, 22 creches, 84 equipes de saúde da família e 03 equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, distribuídos pelos distritos sanitários como apresentado na tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição das creches, escolas e equipes de saúde participantes do PSE por Distrito Sanitário, Recife em 2014

DS	Nº de Creches	Nº de Escolas	Equipes de Saúde
I	2	8	10 equipes SF
II	3	15	17 equipes SF e 01 equipes PACS
III	1	1	02 equipes SF
IV	4	9	13 equipes SF
V	4	5	09 equipes SF
VI	3	3	06 equipes SF
VII	4	15	17 equipes SF e 02 equipes PACS
VIII	1	9	10 equipes SF
Total	22	65	87 equipes de saúde

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde (2014b).

Encontramos que mesmo com o relato nas entrevistas de um dos critérios de escolha das escolas é estar no território de equipes de SF com equipes de saúde bucal, três das escolas estão em área do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), fato que é possível, frente às normas dos ministérios. Entretanto, dado que dificulta a realização das ações, uma vez que, o próprio funcionamento do PACS traz empecilhos para a realização de ações no território, junto com o fato de não possuírem equipe de saúde bucal, sendo as ações voltadas para a saúde bucal definidas pelo MS como uma das atividades obrigatórias.

A partir dos dados do sistema de informação da Secretaria Municipal de Educação - Sistema Emprel de Matrícula Escolar Web (Semeweb), no qual se encontram os estudantes matriculados no ano de 2015, e do Portal do Gestor, onde tem o número de estudantes por escola, foi obtido o quantitativo de estudantes matriculados pelas modalidades de ensino, nas escolas municipais e a quantidade média de estudantes nas escolas estaduais, conforme segue na tabela 3:

Tabela 3 - Quantidade de estudantes matriculados nas unidades educacionais do PSE por modalidade de ensino, Recife em 2014/15

Modalidade de ensino (Faixa Etária)	Quantidade de Estudantes
Creche (0 à 3 anos)	1.315
Pré - Escola (4 e 5 anos)	2.241
Anos Iniciais (6 à 9 anos)	12.360
Anos Finais (10 à 17 anos)	6.004
Escolas Estaduais*	929
Total de estudantes	22.849

Fonte: *Brasil. Ministério da Saúde (2014b) e Recife (2015)

Diante de todas as mudanças que aconteceram ao longo dos anos, permanece a lógica de organização das atividades a partir dos três componentes: avaliação das condições de saúde dos escolares; prevenção e promoção; e formação. Atualmente, no município, esses componentes estão centrados nas linhas de ação encontradas nos quadros 3, 4 e 5:

Quadro 3 - Linhas e ações previstas no Componente 1: Avaliação das condições de saúde na comunidade escolar, segundo a modalidade de ensino

Modalidade de ensino	Linha de ação	Ação
Creche Pré-escola Ensino Fundamental	Avaliação antropométrica	Realizar avaliação do estado nutricional por meio da antropometria, utilizando o Índice de Massa Corporal (IMC).
Pré-escola Ensino Fundamental	Identificação precoce de Hipertensão Arterial	Realizar aferição a pressão arterial. Caso seja detectada Hipertensão Arterial Sistêmica, encaminhar para tratamento no serviço de saúde.
Creche Pré-escola Ensino Fundamental	Verificação da situação vacinal	Realizar verificação da situação vacinal, caso não esteja atualizado, realizar vacinação frente à autorização por escrito dos pais/responsáveis ou direcionar ao serviço de saúde.
Creche Pré-escola Ensino Fundamental	Promoção e avaliação da saúde bucal	Identificar as necessidades de saúde bucal, realizar ART naqueles estudantes que podem ser beneficiados com a técnica ou encaminhar para o serviço de saúde. Realizar escovação supervisionada e aplicação tópica de flúor em gel.
Creche Pré-escola	Sondagem da realização do teste do olhinho	Verificar se a criança passou pelo teste do olhinho.
Creche	Sondagem da realização do teste da orelhinha	Verificar se a criança passou pelo teste da orelhinha.
Creche Pré-escola Ensino Fundamental	Identificação educandos com possíveis sinais de alteração na audição e de linguagem oral	Orientar os professores a identificar sinais de alerta. Estudantes identificadas com possíveis problemas devem ser encaminhados ao serviço de saúde.
Ensino Fundamental	Avaliação oftalmológica	Realizar o teste de Snellen. Encaminhar os estudantes com alterações para os mutirões do Projeto Olhar Recife.
Ensino Fundamental	Identificação de possíveis sinais de agravos de saúde negligenciados e doenças em eliminação	Medicar anualmente todos os estudantes acima de 05 anos. Identificar estudantes com manchas de pele, através do preenchimento da ficha de autoimagem, encaminhando para o serviço de saúde aqueles que apresentarem. Como orientado pela Campanha Nacional de Hanseníase e Geohelmintíases.
Creche Pré-escola Ensino Fundamental	Identificação de possíveis sinais de déficit cognitivo e sofrimento psíquico	Orientar os professores a identificar sinais de alerta. Estudantes identificadas com possíveis problemas devem ser encaminhados ao serviço de saúde.

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde (2011, 2013b).

Essas atividades devem ser realizadas uma vez ao ano com os estudantes do ensino fundamental e pré-escola e duas vezes ao ano com as crianças das creches. Contudo, o município orienta nos CMEIs a avaliação seja realizada duas vezes em todos os estudantes matriculados.

Em relação às ações propostas nos componentes 2 e 3, são apresentadas as linhas de ação do quadro 5 e 6, para que as ações sejam planejadas de acordo com a realidade da escola e do território.

Quadro 4 - Linhas de ação do Componente 2: Promoção da saúde e prevenção de Agravos, segundo a modalidade de ensino

Modalidade de ensino	Linha de ação
Creche Pré-escola Ensino Fundamental	Promoção da cultura de paz e Direitos Humanos
	Criação de grupos intersetoriais de discussão de ações de saúde mental no contexto escolar, em articulação com o GTI municipal
	Ações de segurança alimentar e promoção da alimentação saudável
	Promoção das práticas corporais e atividade física e lazer nas escolas
	Promoção da Saúde ambiental e desenvolvimento sustentável
Ensino Fundamental	Prevenção de Acidentes
	Saúde e prevenção nas Escolas (SPE): educação para a saúde sexual, saúde reprodutiva e prevenção das DST/ AIDS
	Saúde e prevenção nas Escolas (SPE): prevenção ao uso de álcool e tabaco e outras drogas
Creche	Criação de grupos entre pares para fomento e estímulo ao protagonismo infanto-juvenil a partir de manejo de conflitos no ambiente escolar;
	Fortificação com micronutrientes – NutriSUS

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 5 - Linha de ação do Componente 3: Educação permanente e capacitação de profissionais da educação, da saúde e de jovens para o programa

Modalidade de ensino	Linha de ação
Creche Pré-escola Ensino Fundamental	Prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas
	Direito Sexual e Reprodutivo e prevenção de DST/ AIDS
	Desenvolvimento Infantil
	Prevenção das Violências
	Promoção da Alimentação Saudável
	Vigilância Alimentar e Nutricional

Fonte: Elaborado pela autora.

O registro dessas atividades é feito por mais de uma ficha que alimentam sistemas diferentes. As ações de avaliação das condições de saúde são registradas na Ficha de Avaliação Global (anexo E), também chamada de prontuário do estudante, que fica armazenada na escola num envelope com as demais fichas do estudante. Como visto, essa ficha foi criada pela gestão municipal no ano de 2012, mas precisa ser adaptada às novas demandas do programa, como por exemplo, a atuação na creche. Essa ficha é registrada no FormSUS³, pelas escolas, e permite gerar relatórios das condições de saúde dos estudantes por escola.

³ Serviço do DATASUS para a criação de formulários na WEB. Foi criado o formulário baseado na Ficha e fica disponível para preenchimento na internet, através de senha disponibilizada para cada escola.

Ainda no processo de avaliação das crianças é preenchido a ficha e-SUS de atividade coletiva, como apresentado acima, e o formulário de cadastro do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan) (anexo G), as informações obtidas nesse formulário alimentam o Sisvan, sistema que apresenta a situação nutricional das crianças.

Diante das ações apresentadas, no ano de 2014, foram redefinidas as funções das escolas/creches e equipes de saúde. No novo quadro de atribuições (anexo H) há um maior detalhamento das funções e é possível observar uma busca de corresponsabilidade, cabendo a ambas as equipes realizar planejamento das ações de forma integrada e acompanhamento dos escolares que requerem cuidados.

Entretanto, continua não existindo uma definição clara das funções de cada ator nas ações propriamente ditas, o que parece ser um fato que dificulta a execução dessas. Há muitas queixas dos profissionais de saúde por serem deixados sozinhos com as crianças no momento da avaliação, sendo responsabilidade do professor identificar apenas as crianças com suspeitas de problemas de saúde mental e dificuldades auditivas e de fala, o que não é feito em conjunto com a equipe de saúde. Os professores relatam que a equipe de saúde não realiza ações educativas. Essas queixas reforçam a impressão que as ações têm acontecido de maneira fragmentada e com pouco acordo sobre como fazer funcionarem de maneira integrada.

Observamos também que existe a orientação por parte da gestão central que as equipes e escolas/creches realizem no início do ano o planejamento das atividades, se guiando por um modelo de programação, onde consta a atividade e período de realização, para que conjuntamente definam: os responsáveis, as ações específicas, as datas/periodicidade e os materiais. Outro encontro é previsto no meio do ano para avaliação e reprogramação das ações.

4.2 Estratégias de Integração da Saúde e Educação

Como aponta Teixeira (2006), o processo de planejamento coletivo é fundamental para o desenvolvimento da relação intersetorial. Entretanto, apesar da orientação acima apontada, de realizar a programação de maneira conjunta, o que encontramos nos grupos focais é que esses espaços não vêm acontecendo a contento.

Na escola 01, encontramos queixas dos professores sobre a falta de programação das atividades do Programa e sobre a forma como elas vêm acontecendo, o que termina por

atrapalhar o cronograma de aula deles, compreendendo que as ações poderiam ser melhor aproveitadas com planejamento prévio, como vemos nas falas:

Não há planejamento nenhum. Inclusive houve uma reclamação de duas professoras; já que a escola tem esse vínculo com o PSF, porque eles não trazem logo no início pra gente colocar no nosso planejamento? Porque só chega semanas antes [...] vocês vão ter que trabalhar isso, vamos ter isso, uns 15 dias antes e aí você termina fazendo um trabalho até medíocre porque não está dentro do seu planejamento (P3).

Deviam procurar os professores junto com o projeto, pedir pra ter essa conversa direta com os professores e dissessem, o PSF esse ano vai trabalhar isso. Em fevereiro vai ser isso... Em março vai ser isso... pra já ter as coisas tudo já definida. [...]. Então se ele já viesse desde o início do ano fazer uma reunião e planejando já com a gente para facilitar (P2).

eu já tinha trabalhado e aí quando o pessoal do PSE veio pra mim, foi uma surpresa. Eu não estava esperando o pessoal naquele dia. Então aquilo quebrou o meu planejamento naquele dia (P1).

Entretanto, nessa escola onde a diretora foi entrevistada separadamente, a mesma afirma ter conhecimento prévio das atividades e que acontece o planejamento das ações. Parecendo existir uma falha na comunicação interna entre professores e gestão da escola, como veremos nos trechos a seguir, sendo que o processo de diálogo da unidade com os professores é mediado pela equipe diretiva, o que pode gerar ruídos e dificultar a integração.

é entregue na direção e a diretora entrega aos professores. Não há nenhuma reunião previa, ela fala diretamente com a diretora (P2).

A gente viu a balança, mas a gente nem sabia pra que era a balança e nem pra que servia. Pra você ver com é a questão da comunicação; eu pensava que aquilo era uma balança da escola pras pessoas se pesarem e pronto. E aí eu me perguntava: Pra que uma balança na escola? Veja aí o que é a falta de comunicação com os professores (Falando da balança que é para realização da avaliação antropométrica do PSE) (P3).

Na entrevista com uma das gestoras da educação, ela fala de como é falho esse processo comunicativo na escola e da necessidade de dialogar diretamente com o professor para que as atividades fluam:

A gente não consegue chegar no professor, e aquele coordenador que não vai levar o recado. [...], a gente precisa ter um momento com o professor, porque eu lembro que no dia que a gente conseguiu chegar no PPP e no dia eram muitos questionamentos, e eu fiquei me perguntando, meu deus, quanta coisa! Eram os professores falando, não era o coordenador que estava dando um recado, nem o diretor que estava dando recado nenhum. E eu por ser professora sei que se a gente conseguir chegar no professor, a gente vai fazer um bom trabalho (GE 2).

Uma das queixas apontadas pelos professores, que parece refletir diretamente na possibilidade de construção da integração com a equipe de saúde, é o fato dos mesmos não terem horários disponíveis, além de dois dias de planejamentos previstos no calendário escolar no mês de fevereiro, pois não podem de ausentar de sala de aula após iniciadas as atividades.

A gente não pode se ausentar da sala e aula de jeito nenhum, até para o planejamento a gente diz, vamos direcionar como vai ser as datas comemorativas? Só os dois dias que eles dão no início do ano em fevereiro e só, acabou! (P4).

Na escola 02 encontramos que o planejamento foi realizado no primeiro ano, em 2010, e em 2014. Contudo, no primeiro caso como havia sido feito no início do ano e com a participação dos professores, as atividades correram bem, já em 2014, por ter sido realizada tardiamente e sem a participação dos professores, várias foram às dificuldades. Relatando dessas situações a D1 diz que:

Foi em fevereiro. Foi no início do ano. Então, a gente se reuniu com eles, com o grupo da escola. A gente até já tinha contatado com os professores, que haveria essa brecha na nossa reunião do PPP, para o pessoal do PSE que tava chegando. E fizemos, inclusive, um planejamento de ações para aquele ano. Que deu certo, funcionou. [...] No primeiro ano.

A gente teve uma reunião, inclusive... que foi agora no mês de agosto [...] que foi para a gente ver exatamente, as ações dessa avaliação global, que haveria com as crianças. Que realmente aconteceu. (falando de 2014)

O fato de existir apenas dois dias, por ano, exclusivos para o planejamento anual das atividades na escola é um dos grandes impeditivos para realização do planejamento compartilhado entre saúde e educação, uma vez que, o PSE é apenas um dos pontos dentro da grande demanda de atividades que precisam ser programadas nesse curto espaço de tempo, sendo sempre difícil a inclusão do Programa na pauta. Sobre isso, a GS3 diz que:

no início do ano, a gente queria sempre colocar o programa saúde na escola na agenda inicial de lançamento do ano letivo, sempre era uma dificuldade (GS3).

As equipes relatam terem dias específicos em suas agendas destinados a ir realizar as ações nas escolas, ou seja, deixam dias fixos nas agendas para ir realizar a avaliação global nas escolas, realizando todas as ações previstas por esse componente ou indo realizar um tipo de avaliação específica por dia.

Essa forma de funcionar parece estar baseada no modelo de agenda padrão semanal de atividades das equipes de saúde da família. Contudo, essa forma de organização não está clara

para as escolas e professores, fato que certamente tem gerado grande nível de tensionamento entre esses profissionais. A equipe de saúde acaba sendo recebida como aquela que atrapalha o andamento das aulas. Nesse sentido, uma das entrevistadas, que acompanha a escola 01, relata que, em visita, recebeu queixa sobre a forma de funcionamento da equipe de saúde junto à escola:

quando eu fui na escola tinha essa fala da direção, acho que não foi nem a diretora, foi a secretária que me atendeu lá e ela disse: “Não, eles vêm. Eles marcam o dia, fazem a atividade e vão embora”. Mas assim, não sentar junto pra fazer um planejamento junto (GS4).

Em ambas as escolas os professores não sabiam identificar pelo nome os profissionais de saúde, com exceção da ACS da área e em um dos casos da dentista. Com as equipes de saúde não se deu de forma diferente, sabiam identificar apenas o nome das dirigentes ou de professores mais engajados no programa. Isso nos mostra o afastamento entre esses profissionais e faz pensar sobre os desdobramentos disso na realização das atividades, podendo ser vista como uma das possíveis consequências da situação acima apontada.

Outra importante queixa trazida pelos profissionais da educação acerca desse processo comunicativo com as equipes de saúde, é ausência de retorno sobre os achados das avaliações realizadas, desde não ficarem a par do diagnóstico dado, até quais os encaminhamentos feitos a partir da identificação dos agravos.

Então são coisas assim mais latentes que o professor vê e não entende, porque que o professor tem que participar do programa saúde na escola, qual é o objetivo se não há um retorno pra gente? (P2).

Eu só acho assim, com relação a essas análises, essas fichas que a gente preenche, é como a gente falou anteriormente, a gente precisava ter um retorno mais efetivo. Que a gente faz, a gente para pra preencher... de cada aluno daquele, e a gente fica sem um retorno (P7).

4.2.1 Comunicação entre escolas e equipes de saúde

Em relação a esse processo de comunicação com as escolas, as equipes de saúde relatam que inicialmente o diálogo com a equipe da educação era muito difícil, que esses não se implicavam no processo por acreditar que esse era um programa apenas da saúde, além de serem mal recebidos. Trazem que hoje se sentem melhor acolhidos e parece existir uma maior implicação, mas trazem a necessidade de um maior envolvimento dos professores.

Quando a gente ia pra escola, parceria que era obrigação só da saúde e a educação não tinha a educação nenhuma, [...] dentro do cronograma deles porque a escola tem um cronograma, e quando a gente chegava para fazer as ações, muitas vezes a professora já tinha largado a sala de aula, os pais não compareciam, os cartões pedidos, não vinham pra gente fazer. No início foi muito difícil [...] a educação não estava dando esse feedback, pois eles achavam que a responsabilidade era só da saúde [...]. Melhorou, mas mesmo assim, ainda é difícil (TE).

A escola hoje, ela já consegue desenvolver algumas atividades educativas sem a gente tá lá presente, porque tem uma reunião no começo onde é passado o cronograma e dito: Isso é função da escola e isso é função da saúde (TE).

Quando chegamos lá, fizemos várias reuniões com os professores e com a diretora, nós tivemos uma resistência, por parte dos professores de participar conosco da ação. Então, foi a partir daí que a gente começou a perceber a resistência, por parte do professor, com relação ao plano (N).

deveria capacitar mais os professores. Por que eu acho que tem professor ali que é muito desinteressado [...]. Eles não tão levando a sério o programa. Não tô falando todos... Tem algumas professoras (ACS 06).

Apesar de haver muitas falhas nessa comunicação entre as equipes de saúde e escolas, é consensual a necessidade de estabelecer uma parceria real. Para tanto, é importante conhecer melhor o outro, para com isso começar a se falar uma mesma língua, fato que só parece possível com o estabelecimento de contato mais contínuo. Todavia, mesmo com essas dificuldades encontramos que foi a partir da implantação do programa que a unidade de saúde ampliou suas ações dentro das escolas e que a educação passou a ter um vínculo mais direto com a Unidade de Saúde da Família.

As duas equipes de saúde afirmam que antes do PSE realizavam ações pontuais nas escolas. Eram realizadas ações de saúde bucal, como escovação supervisionada e aplicação tópica de flúor e palestras sobre temas de saúde, quando solicitado pela escola. Dessa forma, apenas a equipe de saúde bucal e a ACS responsável por aquela área adscrita mantinha relação direta com a escola, o que nos dois casos, foi facilitado pelo fato das ACS terem uma história pregressa com essas, como vemos adiante:

Bom eu quanto ACS, já conhecia a escola, pois quando conclui o segundo grau eu fiz magistério e tive o privilégio de fazer lá, a diretora é a mesma que permaneceu até hoje, então pra mim, nunca houve tanta dificuldade, inclusive eu fui a ponte dentro da escola com a unidade, então não tive muita dificuldade pois eu já conhecia o pessoal (ACS 01).

Quem tinha mais era a ACS 07. Que é da área dela, mas a gente ia ajudar com as meninas da palestra quando a escola pedia (ACS 08).

Não trabalhava com verminose, essas coisas que trabalha agora com PSE não. Era somente a escovação. Como escovar e a necessidade da escovação (ACS 07).

Nas escolas, o que encontramos é um discurso de que antes do PSE desconheciam as ações desenvolvidas pelas equipes de saúde, apesar de identificarem a necessidade do trabalho conjunto entre saúde e educação, citando apenas as campanhas de vacinação como atividades que eram de conhecimento:

Eu sentia falta. E na minha cabeça, sempre que se tocava nesse assunto, eu pensava que a educação devia acompanhar a saúde (CP).

Só conhecia o posto pela vacina. Era essa a ligação: vacinação- posto (P8).

Apontando um exemplo de ação integrada entre a equipe de saúde, professores e gestão, propiciada pelo PSE, a entrevistada GE1, traz uma atividade que teve início no processo de avaliação global, sendo os resultados levados por um professor para sala de aula para trabalhar com os alunos e com desdobramentos para gestão que realizou adequações diante a situação encontrada:

na escola [...] quando teve sobre alimentação saudável, o professor de matemática trabalho com os alunos [...], viu a ficha de avaliação global quantos alunos estavam acima do peso, sobrepeso e baixo peso. Ele fez com que os meninos percebessem isso, através de gráficos, [...] a nutricionista ligada a equipe da saúde, trabalhou orientando os pais, a questão da alimentação [...]. Tiveram uns que conseguimos pela DIAL (setor responsável pela alimentação escolar) na época, que mudassem a alimentação, que tivesse algumas alimentações personalizadas pra alguns alunos (GE1).

Esse fato mostra como o trabalho integrado e a ação intersetorial possibilitou mudanças na rotina da escola e na vida dos estudantes. Situação que possivelmente não teria tais desdobramentos se fosse realizado de maneira fragmentada e, se mesmo que de forma pontual, não tivesse permitido essa articulação entre os diferentes setores e atores.

Como tratam os autores, a construção de uma relação intersetorial amplia as possibilidades de enfrentar os problemas, mas não é exercício fácil, pois exige a postura de escuta e negociação, envolvendo jogos de poder em diferentes níveis. Para tanto, seria importante uma predisposição de trabalhar de forma interdisciplinar, compreensão que ainda está se construindo.

4.2.2 Gestão Intersetorial

Buscando fortalecer essa perspectiva construção de uma política intersetorial e formação de redes, o PSE define em portaria intersetorial a criação de um Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI).

Na formação do GTI municipal de Recife, inicialmente estava prevista a participação das Secretarias Municipais de Saúde (SMS) e Educação (SME) e da Secretaria Estadual de Educação (SEE), como verificamos nas apresentações em powerpoint, feitas nesse período e numa minuta de portaria conjunta da SMS e SME, que instituiria o GTI, com as atribuições de escrever o Projeto de Implantação do PSE no Recife. Nessa composição está prevista a participação de 10 representantes da SMS, 05 da SME e apenas 02 SEE.

Apesar de estar prevista a participação da SEE, isso não chegou a se efetivar, como já vimos acima. A entrevistada GS1 relata: “a gente tentou envolver o estado na discussão na época, mas a gente não teve participação. Lembro que fazíamos o convite pras reuniões, mas não vinha ninguém comparecer mesmo. Então ficou a construção exclusivamente no município”.

Chama a atenção o grande a diferença no número de participantes de cada secretaria, percebemos uma quantidade muito maior de participantes da SMS, o que pode refletir o grau de envolvimento das pastas, a sensação de que o programa é puxado pelo Setor Saúde.

O GTI inicialmente tinha a função de escrever o projeto do Programa e teve a participação de representantes da SMS e SME. Teve seu funcionamento suspenso no período em que o programa ficou parado. Em 2010, é retomado, inicialmente com reuniões para programação de oficinas e depois para acompanhamento das ações, como vemos nas falas:

Tinham reuniões sistemáticas mensais para acompanhamento do que estava sendo proposto. [...] eu tive acho que foram umas três ou quatro reuniões mensais, depois de realmente já ter instituído o GTI, porque antes a gente se reunia no mínimo pra poder fazer oficina conjunto, então, no momento em que eu estive a frente teve esse momento de reuniões para construção das oficinas, após as oficinas a gente instituiu o GTI e passou a se reunir mensalmente. Era mais ou menos essa a dinâmica (GS2).

as reuniões do grupo gestor municipal do GTI, gestão intersetorial com mobilizando as áreas técnicas na saúde, no caso a secretaria municipal de saúde, [...] foram articuladas por mim pra gente discutir inicialmente como é que retomaria esse grupo e depois a articulação com a pessoa da coordenação da educação, uma pessoa com referencia na educação [...] e da mesma forma ela fez convite das áreas envolvidas no âmbito da educação (GS3).

Atualmente, no esforço de efetivar as articulações intra e intersetoriais continua ocorrendo regularmente as reuniões do GTI. O espaço reúne pessoas das políticas e programas das Secretarias de Saúde e Educação, a exemplo do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Política de Saúde da Criança, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Política de Práticas Integrativas, Grupo de Trabalho de Orientação Sexual, Divisão de Educação Infantil, Programa Mais Educação, Divisão de Educação Especial; a Secretaria de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos (SDSDH) e a Secretaria da Mulher, que se somaram ao grupo no ano de 2014.

Entretanto, apesar da frequência mensal de reuniões, a participação dos diferentes atores acontece de maneira diferente ao longo do ano, variando de acordo com a pauta e com as particularidades das demandas em cada período. Desses encontros, que inicialmente foram utilizados para apresentação das atribuições de cada área e como essa se articula ou pode se articular com o PSE, são desdobradas agendas para montar projetos em conjunto ou adequar projetos existentes, a fim de realizar uma atuação articulada junto às escolas.

Dentre os projetos que estão acontecendo de maneira integrada podemos citar alguns: Projeto Maria da Penha vai às Escolas, é um projeto da Secretaria da Mulher realizado em parceria com a SME e SMS, teve início nas escolas do PSE e tem o objetivo de através de oficinas lúdico-pedagógicas, para professores/as e estudantes, trabalhar o tema da igualdade de gênero dentro das escolas; o projeto Direitos Humanos nos Bairros, é um projeto da SDSDH, que realizou no ano de 2014, dentre muitas outras atividades, algumas ações desse projeto foram dentro das escolas do PSE, trabalhando junto com a equipe do programa temas levantados pelas escolas, como, violência contra crianças e adolescentes, direitos sexuais e reprodutivos.

Além dos projetos citados, acontecem ainda, os que surgiram na articulação intra e intersetorial das SME e SMS, como: o SAMU vai às Escolas e Creches, que tem como objetivos esclarecer as crianças sobre a importância do Serviço de Emergência e sensibilizá-las para os perigos do trote, integrar o SAMU à comunidade através de projetos de extensão e nas creches, realizar treinamento de reanimação cardiopulmonar e desobstrução das vias aéreas por corpo estranho para professores/as e Auxiliares de Desenvolvimento Infantil; ou ainda as Campanhas como a de combate a Hanseníase e Geohelmintíases e de Vacinação Contra do HPV, que são ações feitas sempre em parceria.

Nesse sentido, é necessário lembrar que esse tipo de ação sempre existiu dentro das escolas. Contudo, muitas vezes, por entrar de forma desarticulada acaba por ter pouca

efetividade e ser vista como um peso para as escolas, e com essa mediação do PSE parece ajudar a diminuir esse impacto negativo e contribuir para o melhor entendimento e consequentemente resultado mais satisfatório. Em consonância com essa visão GS3 coloca que:

Eu acho que o programa Saúde na Escola ele de fato induz uma relação que se não existisse esse programa como mediador as coisas poderiam acontecer como aconteciam, né? A gente sabe que não foi a partir do projeto Saúde na escola que a saúde e a educação começaram a dialogar, já existia, mas de forma muito fragmentada, então, programas fragmentados eram executados e o programa Saúde na Escola, acaba sendo um " guarda - chuva" que orienta melhor essa relação entre a escola e a equipe de saúde da família (GS3).

Sabendo da importância desse espaço, chama a atenção ausência de outros atores nesse grupo, pois sendo esse momento fundamental para gestão intersetorial do programa e consequente construção de redes, é significativa a falta de representantes das escolas, das equipes de saúde, dos estudantes e da sociedade civil organizada. Alguns desses são encontrados em outros momentos, como os dois primeiros que fazendo parte de reuniões distritais, como veremos a seguir, e os últimos que estão apenas em articulações para realização de atividades no território.

Esse fato levanta a reflexão sobre o potencial que se perde ao deixar tais atores de fora, uma vez que, a participação desses diferentes setores contribui para ampliar o olhar sobre as problemáticas e possibilita diversificar as respostas, como apontam Azevedo et al. (2012) e Carvalho (2001). Além de limitar o desenrolar do processo de construção de rede, restringindo essa a uma rede regional, ou seja, formada apenas por órgãos governamentais (BOURGUIGNON, 2001).

Ainda nesse esforço de articulação a gestão do Programa está organizada a partir de uma coordenação compartilhada entre a Secretaria de Saúde e de Educação. Na SMS, existe uma coordenação geral, que é composta por uma coordenadora e um apoio técnico, que ficam lotadas na Gerência de Atenção Básica (GAB), e coordenações distritais, sendo uma coordenadora por Distrito Sanitário, estando essas ligadas a esses. Na Secretaria Municipal de Educação (SME) a coordenação é centralizada, fica ligada a Unidade de Apoio Social (UAS), e é composta por uma coordenadora e uma equipe de apoio formada por sete pessoas, estando essas referenciadas por RPA.

Durante o ano de 2014, a gestão do programa recebeu o reforço de 13 enfermeiras que faziam parte do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), que

nesse ano, como anuncia a nota técnica do MS, veio adicionar mais um mecanismo de apoio para o desenvolvimento do Programa Saúde na Escola, segundo essa NT:

Esses profissionais executarão suas atividades baseadas em duas dimensões: apoio técnico-pedagógico e gestão local, e terão um núcleo de conhecimento e de perfil distinto daquele enfermeiro que está diretamente ligado às Equipes de Saúde da Família às quais farão interlocução. Esses enfermeiros apresentarão o papel matricial de comunicação ativa entre as equipes de Saúde da Família que atuam no Programa Saúde na Escola (PSE), os professores e as escolas participantes do PSE e o Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTI-M). Eles atuarão como apoiadores e ativadores de possíveis mudanças identificadas como necessárias pela gestão, geradas por meio da identificação de das necessidades locais com foco nos objetivos do programa (BRASIL. Ministério da Saúde, 2014, p. 1).

Essas profissionais estavam ligadas diretamente a coordenação central da saúde, que tinha o papel de supervisão das mesmas, mas realizavam suas atividades de maneira territorializada, acompanhando e apoiando as equipes de saúde e escolas/creches, respeitando a divisão distrital, fazendo isso em parceria com as coordenações distritais. Elas desempenharam papel importante de organização, sensibilização e consequente fortalecimento do programa no município. Contudo, esse processo teve duração de apenas um ano e, como já anunciado pelo ministério, não terá continuidade.

Esta organização nem sempre esteve dada dessa forma, mas foi se consolidando no ano de 2014. Nos anos de 2008 e 2009 não existia uma coordenação específica para o programa em nenhuma das duas secretarias, as pessoas que assumiram a responsabilidade de implantação do programa tinham outras atribuições dentro de suas secretarias. Apenas no final de 2010, a SMS contrata uma pessoa que assumir a coordenação específica do programa, isso impacta o programa de maneira geral, inclusive os processos dentro da SME.

[...] em 2011 e em 2012 nós participamos do PPP e isso foi muito bom porque foi a equipe de saúde de cada escola. Quando começou doenças negligenciadas (Hanseníase), tivemos encontros com os professores. [...] uma coisa boa foi que a gente preparou uma agenda temática, mas era bimestral. De dois em dois meses acontecia e a gente percebia que realmente algumas escolas trabalhavam os temas que foram dados (GE1).

Contudo com a mudança da gestão municipal e lugar ainda não sólido do PSE dentro da SME, durante o ano de 2013 não esteve claro o local do Programa dentro o organograma dessa secretaria. GE1 diz que “no início foi muito difícil, mas depois se conseguiu [...] ter um encontro com a gestão atual, mas eles nunca sentaram com a gente para perguntar como era o programa” “o ano passado [...] a saúde é quem foi puxando e a gente foi tocando o barco, mas eu sentia assim, que não era uma coisa da gestão”. Assim, no ano de 2013, o PSE ficou sem

coordenação na educação, que só veio a se estabelecer em maio de 2014, com realocação de uma pessoa que antes possuía outra função dentro da Unidade de Apoio Social (UAS).

É importante saber que, no momento, a equipe da educação é composta por pessoas que já exerciam outras funções dentro da SME, com exceção de GE1 que mesmo antes do PSE já tinha suas atividades ligadas aos programas voltados para a saúde do escolar, os demais componentes da equipe é de professoras readaptadas ou de profissionais do quadro técnico-administrativo do Programa Bolsa Escola, que é um dos programas que junto com o PSE, Bolsa Família e Escola que Protege compõem a UAS.

A UAS está ligada a Secretaria Executiva de Gestão da Rede, que, apesar o nome, tem a função de monitoramento do cumprimento das metas e a execução de programas sociais, como os acima citados, ou seja, aqueles que não são compreendidos como inseridos dentro da estrutura pedagógica da SME, que fica a cargo da Secretaria Executiva de Gestão Pedagógica. Esse dado remete a dificuldade encontrada acima, de não existir tempo para a programação das atividades do PSE, pois se o programa não está inserido dentro da organização pedagógica da escola, não encontrará lugar dentro do cotidiano, tendo que “cavar” seu espaço para poder acontecer. Diante disso, GE1 aponta a falta de abertura para inserir o PSE no PPP das escolas, no conteúdo programático dos professores:

falta de abertura para que eles possam entender que isso faz parte do projeto político pedagógico, ele tinha que tá incluído e eles saberem que isso faz parte como tem a matemática, português, tem o PSE e eles podem trabalhar (GE 1).

Quando olhamos para a equipe gestora na SMS encontramos uma coordenação central, ligada a Gerência de Atenção Básica, onde também estão as demais políticas e programas que são ligados diretamente a Estratégia de Saúde da Família. Essa coordenação é composta por duas pessoas contratadas para gerir o programa. Contudo, não existem cargos específicos criados dentro do organograma da SMS para compor o programa.

A coordenação distrital, assim como na educação, acontece no processo de realocação de pessoas do quadro do próprio distrito sanitário, sendo essas coordenadoras algumas do quadro técnico-administrativo e outras profissionais de saúde que saíram do território para compor a equipe dos DS. Entre essas, a metade tem sob sua responsabilidade, além do PSE pelo menos mais uma política, pois, atualmente, os distritos são organizados como “espelho” do que é encontrado na gestão central. O acúmulo de tarefas, muitas vezes, impossibilita um processo de trabalho mais próximo às escolas e equipes de saúde, o que seria essencial para o fortalecimento de vínculos e para serem criadas estratégias para enfrentamento das

problemáticas do dia-a-dia, situações que por vezes desestimulam os profissionais da ponta continuar realizando as atividades.

Outro dado importante, é que essa organização de coordenações distritais começou a se estruturar de 2011 para 2012, no processo de ampliação do Programa, mas ainda se encontra em consolidação. Isso é observado pelo fato de nesse período apenas duas coordenadoras permanecerem as mesmas desde o início, existindo uma grande rotatividade de pessoas nesse cargo até o atual momento e de alguns DS passarem longo tempo sem essa coordenação.

Assim, a ausência de equipe específica para o PSE no quadro de gestão das duas secretarias é um dos componentes que precisa se considerar quando pensamos sobre o programa no município. Pois esse é um dos pontos que fragiliza o Programa e dificulta a continuidade das ações, a troca das pessoas e os longos períodos sem coordenação gera o afastamento da gestão do território e quebra na comunicação entre os setores, assim como interrompe os fluxos fundamentais para a consolidação das redes.

Além disso, observamos o pequeno quantitativo de recursos humanos para um desempenho de melhor qualidade das atividades, GE2 diz que “infelizmente somos poucos. Hoje eu tenho dez escolas, apesar de ser pouca escola, em uma questão de números, mas pra gente acompanhar realmente, o número de escolas ainda é grande”, sendo que o vínculo empregatício dessa entrevistada corresponde a de 20 horas semanais.

A importância dessa proximidade ficou evidente a partir da inserção das enfermeiras do PROVAB no PSE. A chegada delas no território e o apoio cotidiano que foi fornecido possibilitou melhoras significativas no desenvolvimento das ações. Alguns conflitos entre equipes de saúde e equipe das escolas/creches/CMEIs foram superados, diluindo dúvidas em torno do funcionamento do PSE, realizando as ações em parceria, dentre outras questões. Isso só foi possível pelo menor número de equipamento que ficou sob a responsabilidade de cada uma delas, cada uma ficou para acompanhar entre 5 e 10 escolas.

uma coisa que dá muita força é a presença. Quanto mais você vai naquela escola, mas você tem êxito. Você tem aquela proximidade, você consegue enxergar as dificuldades, ai daí você consegue ver as potencialidades também! O que pode ser feito pra melhorar, mas acho que é o convívio mesmo, estar sempre próximo, estar em visita, estar ali constantemente, pra ver as dificuldades e tentar melhorar, encaminhar o que tiver de ser encaminhado e ter êxito (EP1).

Apesar das dificuldades, a gestão compartilhada apresenta grande potencial e eficiência quando acontece efetivamente. Nas escolas/creches onde o trabalho da gestão,

saúde e educação, acontece de maneira articulada, o programa flui de forma mais azeitada, pois existe um diálogo estabelecido e, mesmo com suas diferenças, os atores conseguem se entender, buscando soluções partilhadas para os problemas enfrentados, o que fica visível nas falas a seguir:

Muita coisa que eu como professora achava que não era possível, depois do Programa, acompanhando, vivenciando todas essas ações que ele vem fazendo, a gente vê que realmente é uma coisa só. Não adianta a gente trabalhar a teoria e não trabalhar a prática e a gora eu tenho como trabalhar a prática, porque eu tenho aquela pessoa que é da saúde. Não sou eu educador que tô dizendo, agora a saúde faz parte. Então acho que é um grande avanço, um grande ganho pra escola (GE2).

Lembro do caso que a gente está avaliando um caso específico lá no UR-7 e a agente de saúde lançar o olhar para o professor dizendo que essa criança não em bom desempenho na escola, não desenvolve aquilo que tá proposto, e a gente já chamou a família e a família parece ser tão presente tão participativa e a agente de saúde quando escuta diz: não, essa família, no meu olhar, é diferente disso que você está falando, é uma família super ausente que negligencia a relação com os filhos, que quando você entra no domicílio é sujo (GS3).

Na busca por concretizar e aperfeiçoar essa atuação intersetorial acontece regularmente reuniões com toda equipe gestora do programa. Esse espaço é denominado Colegiado Gestor e possui frequência mensal. Nessas reuniões é discutido o andamento do programa e são estabelecidas as estratégias de enfrentamento dos entraves. Quando necessário acontecem reuniões entre as coordenações distritais e regionais, a fim de observar as particularidades do território, pois na reunião ampla nem sempre é possível refletir e deliberar sobre a realidade de cada DS/RPA. Além dessas, no ano de 2014, ficou estabelecido que duas vezes ao ano, no meio e no final do ano, a equipe completa se reuniria por alguns dias para fazer a avaliação e planejamento do Programa.

Ainda no âmbito das estratégias que vem sendo utilizadas para integrar educação e saúde, como vimos, desde o momento da implantação são realizados espaços de integração entre equipes de saúde e escolas, inicialmente em formato de oficinas pontuais e mais recentemente em reuniões periódicas, que acontecem em cada DS, com participação de representantes das unidades educacionais e de saúde e gestão do PSE. Esse espaço visa discutir o processo de trabalho, o funcionamento das ações, mais também se propõem como espaço formativo, sendo discutidas questões mais difíceis de abordar e também é um momento de troca entre as diferentes realidades. Esse momento foi apontado como produtivo por vir possibilitando esse encontro:

Acho que o que foi muito bom foi o encontro de saúde e educação junto com a gestão. Esse foi excelente, porque eles começaram a colocar o que achavam de

negativo. E a gente tentar mudar, modificar isso... Foi bom até pela questão de conhecimento mesmo, de um conhecer o outro, um viu a dificuldade do outro (GS4).

Uma coisa que fortaleceu muito essa intersectoralidade foi os encontros que a gente tinha, a gente tem ainda, continua. Educação pegando os distritos com as suas respectivas escolas, juntando com educação e saúde. Às vezes havia alguns conflitos, mas era o momento de cada um contar um pouco, mostrar o seu olhar de dentro do programa e das ações que estavam sendo feitas. Juntava-se todos os professores e coordenadores das escolas que tem o PSE junto com as unidades de saúde envolvida nas escolas e isso era muito bom porque era o momento de acertar uma agenda de se justificar (GE1).

4.3 Como os atores veem o PSE: dificuldades e potencialidades

Como apontado acima realizar o trabalho integrado ainda é um grande desafio. Situação que parece ficar ainda mais delicada pela forma que o Programa de Saúde na Escola é visto dentro das SMS e SME. A Secretaria de Educação ainda parece perceber o PSE como um programa da saúde, logo não abre espaço para o desenvolvimento das atividades dentro da rotina nas escolas:

A Educação ainda não colocou o PSE como algo realmente da Educação, vem sendo uma coisa da Saúde, a gente percebe isso na fala das direções quando diz assim: ‘Esse Programa não era pra acontecer dentro da escola, era pra acontecer no posto’. Então a própria Secretaria de Educação ainda não abraçou o Programa (GE2).

no âmbito da educação, a gente tinha que começar do bem "miudinho" porque o secretário de educação ou as áreas mais estratégicas do âmbito da secretaria de educação, elas não compreendiam a importância do programa ou não priorizavam isso com algo de tamanha importância como a saúde olhava, então a gente começava por baixo, [...] porque o Programa de Saúde na Escola no âmbito da educação, ele ficava no organograma mais vinculado a educação complementar, [...] ela não tinha tanta influência na área do ensino propriamente dita (GS 3).

Apesar de na SMS o lugar do Programa estar melhor definido e, pelos relatos, ter sido esta que puxou o processo de implantação e implementação, parece que o PSE ainda não é visto como integrado ao processo de trabalho das equipes de saúde. As equipes de saúde inseridas no PSE ainda não são vistas em sua particularidade, sendo igualmente cobradas a produtividade e metas, sem existir um olhar diferenciado para o fato de que em sua rotina é preciso ter momentos para as ações dentro das escolas, como colocou a TE: “numa reunião de distrito, a gente colocou que tinha que fazer um contrato singular, PSF que tinha PSE, tinha que entender que tinha momentos que a gente tinha que estar na escola e aí fica difícil até pra própria gestão entender isso”. GS3 conta que quando a SMS foi discutir junto às equipes o processo de trabalho e modelo de atenção o PSE ficou de fora:

[...] discutir os processos de trabalhos das equipes de saúde da família na perspectiva que eles pudessem potencializar uma resolutividade da atenção básica, modificando o processo de trabalho das equipes e acabava que o programa saúde nas escolas, ele era um programa, não era algo que conseguia se encaixar nessa agenda de forma transversal, então os apoiadores institucionais, eles vinham implantar esses dispositivos da política de humanização e acabava que eles não transversalizavam outras políticas como o programa saúde na escola, não era objeto desses apoiadores institucionais colocar o programa saúde na escola em análise nas equipes, eu não percebia isso, então ficava meio que um programa a parte (GS 3).

Diante disso vimos que as equipes de SF percebem o PSE como “algo a mais”, como um programa paralelo que foi imposto para elas realizem, sendo sugerido inclusive que se deveriam ser contratadas equipes próprias para o Programa para executar as ações nas escolas:

Mais um serviço porque já existem alguns programas que a gente faz com o PSF e a gente fala mais um porque se incluiu mais um programa e é um programa que não está na demanda de consulta. A gente tem que sair daqui, deixar de consultar, fechar a sala de vacina e ir para o PSE. As meninas tem que deixar de fazer um turno de visitas para ir para o PSE (TE).

eu acho que pra funcionar, deveria ter uma equipe suporte de PSE que fizesse assim; que fosse solto para fazer a ligação entre escola, não coordenação, coordenação não está lá, está aqui, tá entendendo? Que existisse a equipe de PSE e que não fosse mais uma atribuição do PSF, e a gente fosse apoio dessa equipe do PSE (TE).

Essa forma de perceber o Programa influencia diretamente em como são realizadas as ações. Nos grupos focais encontramos que as atividades são realizadas em formato de mutirões, ou seja, a equipe de saúde escolhe um período de tempo, para ir a escola executar as atividades, em geral apenas as previstas no componente 1, ou seja, as ações de avaliações das condições de saúde:

Acontece assim: ‘É a campanha’. Ai vai e acontece. ‘É o Olhar Recife’. Ai vai e acontece (GE2).

a gente faz um mutirão e aí a gente começou a se articular deixando um dia, dois dias no mês dentro do cronograma da gente pra gente ir fazer PSE, [...], fazia mutirão, [...]. A gente verifica pressão, cartão... É um dia em que a gente fica lá a disposição da escola, e aí botou no cronograma (TE).

Para a avaliação antropométrica, a gente conseguiu ficar com umas 5 turmas a tarde e umas 5 ou 6 turmas de manhã. Aí naquela sala tava rolando avaliação oftalmológica... aí.. avaliação psicológica na outra sala (N).

As atividades parecem ser desenvolvidas na perspectiva de cumprimento das metas estipuladas pelo PSE. Isso faz com que aconteçam de maneira pontual e sem que sejam pensados os desdobramentos, fazendo com que não se tenha a visão das contribuições trazidas

ou que poderia trazer para todos os envolvidos, das crianças, passando pela escola, pela equipe de saúde, chegando até a comunidade. Uma vez que, as providências tomadas a partir da identificação de crianças com problemas de saúde, ficam restritas aos encaminhamentos feitos para os serviços de saúde, sem que haja um retorno à escola e o convite para se pensar junto sobre o que pode e deve ser feito.

Dessa forma, as ações percebidas mais positivamente pelas escolas, são as de formato campanhista, a exemplo: da Campanha Nacional de Hanseníase e Geohelmintíases e do Projeto Olhar Recife. Na primeira é realizado o tratamento quimioprolático coletivo e a identificação de manchas de pele, e no segundo, as crianças com suspeitas de problemas visuais, previamente triadas, são encaminhadas para mutirões, momentos nos quais são avaliadas por uma equipe de oftalmologia, sendo disponibilizados óculos para os estudantes com problema de refração e encaminhados para acompanhamento aqueles com outros tipos de agravos.

Essas parecem ser as atividades melhor avaliadas por terem respostas imediatas e de fácil visualização para os professores, já que, como vimos anteriormente esses, de forma geral, não recebem o retorno e não são incluídos nos encaminhamentos dados. Além disso, por terem boa resolutividade, fato que não é comum a todas as linhas de ação, como os problemas como os de saúde mental, de saúde bucal, de linguagem, entre outros, que acabam sendo de difícil resolução, como é possível observar nas falas:

na maioria das vezes o programa é desacreditado por causa dos encaminhamentos, e não tem êxito nenhum (EP1).

a questão do tratamento em si, que isso aí não teve como ser feito, porque a gente trabalha na unidade com duas equipes de saúde bucal e aí pra dar suporte ao PSE, aos alunos, fica difícil. Eu acho que é a parte mais complicada, porque a parte visual ainda tem como a gente encaminhar para o oftalmo, e trazer a resposta e mandar pro posto de origem como a hanse e as outras. Mas a parte de saúde bucal é muito complicada e tem unidade que nem tem, aí fica mais difícil. O que tem de criança com dor de dente na escola e que não é um dente, penso que é a boca inteira cheia de carie (ACS 01).

se doutora tem um caso e ela encaminha. Lá do outro lado, de onde a criança mora... já não se dedica. Aí, deveria ter reunião com todas as escolas... e não só do PSE, por que quando mandasse daqui pra lá (outra USF), eles assumiriam assim... a responsabilidade deles, de realmente tratar da criança. E não, aquela criança ficar voltando do mesmo jeito (ACS 07).

Dessa forma, mesmo quando se identifica problemas de saúde precocemente não vem se conseguindo garantir que a rede de serviços, ou redes setoriais públicas, dê conta de atender a essa demanda, tanto se pensando na rede ambulatorial especializada, como na

própria rede da atenção básica. Assim, parece que não vem se conseguindo construir uma rede intersetorial que dê conta de inserir os diversos atores como corresponsáveis no processo de cuidado.

Essa situação se assemelha as experiências vividas na década de 1970, trazidas por Iervolino (2000), quando o Setor Saúde, da mesma forma que hoje, não conseguia oferecer respostas aos problemas de saúde identificados nas escolas. Pois, como mencionado pelas equipes de saúde a demanda suscitada é superior à capacidade oferecer soluções.

Ainda pensando sobre a dificuldade de garantir o cuidado aos estudantes, um discurso comum às equipes de saúde e das escolas é a postura de desresponsabilização dos pais e responsáveis pelos estudantes. Dessa forma, assume-se uma postura de culpabilização dos familiares pela condição de saúde das crianças, o que por vezes parece dificultar o convite desses atores para compor de forma ativa a rede de cuidado, vendo-os apenas como entraves a serem superados, por esse motivo se assume uma postura reativa e de cobrança frente às famílias invés de tê-las como parceiras, como podemos ver a diante:

Eu vejo que ainda falta uma parceria muito grande dos pais, eles não participam. Se tem um evento, uma reunião, vem, mas são poucos (TE).

A gente sabe que poucos pais estão preocupados com saúde bucal. Eles não têm dentes, a maioria, né verdade? Então como vão se preocupar com o dente da criança? (P 2).

os pais não tinham essa consciência, ela teve que “ameaçar” para os pais trazerem o cartão de vacina para a gente poder dar continuidade ao trabalho da gente. Numa escola de 300 e poucos alunos, quando tem uma reunião vem uns 20 pais. E olhe que a escola manda sempre aviso para os pais (TE).

realmente a dificuldade são os pais. O desinteresse dos pais (ACS 08).

Apesar de várias serem as dificuldades e de se reconhecer a necessidade de melhorar a integração entre as equipes e também com a comunidade, alguns avanços são apontados nesse sentido a ACS 01, coloca que hoje conseguem identificar problemas de saúde nas crianças que antes ficavam sem visibilidade e, com isso, em alguns casos, é possível intervir de maneira mais ágil, ela pontua também que partir do PSE, a escola passou a entrar em contato com a equipe de saúde, buscando informações sobre como proceder frente a algumas situações.

Pensando no componente 2, parece existir de ambas as partes uma valorização maior das atividades desenvolvidas no componente anterior, em detrimento das ações de prevenção e principalmente de Promoção da Saúde, essas são deixadas em segundo plano, acontecem de

maneira ainda mais pontual e fragmentada, no formato do que se habituou chamar de palestras, com foco na doença ou problema.

Tivemos palestras, tivemos representantes do conselho tutelar que deu uma palestra que hoje é importante que hoje isso continuasse porque estamos numa comunidade onde crianças de 8 anos estão consumindo crack, então é muito importante esse trabalho dentro da escola (ACS 01).

Essas ações que tem participação das equipes de saúde acontecem de maneira esporádica, fato que é justificado pelas equipes pela falta de tempo. Por acontecerem de maneira descontinuada, o professor percebe pouca efetividade, bem como, não se reconhecem como responsáveis por esse processo, não entendem que as atividades desenvolvidas por eles em sala de aula são parte do Programa e são tão importantes quanto às realizadas pela equipe de saúde:

teve o projeto Alimentação Saudável e veio nutricionista e fez aquela pesquisa com os alunos, mas na sala de aula a gente desenvolveu, trabalhou muito. A gente fez a culminância com os alunos. A gente fez a pirâmide alimentar, isso a gente trabalhou bem, mas a gente não ver objetivamente a continuidade daquilo (P4).

Uma das sugestões apontadas pela coordenação do PSE para o desenvolvimento continuado dessas atividades e para superar a dificuldade de horário apresentada pelas equipes, é que quando fosse realizar as avaliações, fizessem, de maneira integrada, ações educativas, envolvendo estudantes e professores. Contudo, o nutricionista traz que da forma que está organizada atualmente a entrada na escola 02, com grande quantidade de estudantes sendo avaliado por dia, inviabiliza esse tipo de integração das atividades:

do jeito que tá sendo é um espaço pouco produtivo para trabalhar essas questões, de educação permanente, educação e saúde. Porque é tudo muito atropelado, tudo muito corrido. É muita criança, muito adolescente (N).

Percebemos que apesar de estarem inseridos os temas de saúde nos Parâmetros Curriculares Nacionais pouco de fato está inserido dentro dos currículos normais das disciplinas, sendo trabalhados esses quando se tem uma situação que seja imperiosa para tal inserção, como por exemplo, em momentos de surto de dengue ou situações afins, ou quando a saúde levanta essa demanda.

Em relação às atividades referentes ao componente 3, encontramos nas falas a necessidade de fortalecimento, reivindicada por profissionais dos dois setores, foram relatados treinamentos pontuais. Contudo, não há uma estratégia de educação permanente que permita todos se sentirem melhor preparados para desenvolver as ações.

Um grande obstáculo apontado para o desenvolvimento das ações foi a falta de estrutura e de recursos. As escolas são o cenário onde as ações são desenvolvidas e o espaço para realizar as ações é problema corrente. Na escola 01 o material do programa tinha que ficar armazenado na sala da diretoria, na outra na sala de informática, não existindo um espaço disponível para tal, além de ser preciso guardar em local seguro, diante dos problemas de furtos já enfrentados pelas escolas. A equipe que acompanha a escola menor disse que uma das questões importante para o melhor desenvolver as atividades é o espaço:

Dentro da própria escola ter um espaço, uma sala, separar uma sala para o nosso atendimento na escola, porque quando a gente vai examinar pra hanse, já tem que tirar os alunos pra uma sala aí tem que deixar a sala vazia pra gente para atividade visual, então seria importante que a escola separasse um atendimento para o atendimento do PSE. [...] Uma escola pequena que não tem muito espaço e não tem uma área de lazer para os alunos pois quando a gente quer fazer uma reunião, um evento, tem que ir pra igreja que sede o espaço (ACS 01).

Contudo, nos dois casos mais do que a falta de espaço, a queixa esteve centrada na falta de equipamentos e materiais:

Outra coisa também é essa questão do peso e altura sem ter condições porque nós não temos balança, pois a balança que veio, quebrou. Funcionou só uns dois dias. Não tem fita métrica, a gente tem que se virar nos trinta, riscar na parede, botar o menino de costas pra poder fazer. É pedir que a gente faça milagres porque a gente não recebe condições pra trabalhar (TE).

quando a gente vai trabalhar, que vai preencher lá a ficha das crianças, falta papel. Ai, vai tirar xerox... falta envelope. Ai, Dr^a quer assinar lá o que fez, o trabalho que fez, cadê o papel da criança, que não tem (ACS 05).

Eu só recebi...um CDzinho, uns panfletos também, umas revistinhas... (P9).

Falando sobre a falta de recursos materiais para o desenvolvimento das ações, GS3 fala que apesar do Programa receber incentivo financeiro do MS desde a implantação, a burocracia para execução é muito grande:

Essa questão do entrave na burocracia na compra de equipamentos era muito forte, uma dificuldade muito grande e que desgastava a nossa relação da gestão com os trabalhadores da saúde e da educação porque gerava-se uma expectativa que a gente não conseguia corresponder.

O repasse financeiro do PSE faz parte do Bloco de Atenção Básica - Piso de Atenção Básica (PAB) Variável Saúde da Família, e correm por conta do orçamento do Ministério da Saúde. O valor dos recursos referentes à adesão ao PSE corresponde a uma parcela extra do

incentivo mensal às equipes de Saúde da Família que atuam nesse Programa, são transferidos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Municípios. Esses recursos estão destinados para viabilizar o conjunto das ações previstas pelo programa.

Diante de todas as dificuldades, o Programa é visto como tendo grande potencial, mas por não ser realizado de maneira mais integrada, continuada e com participação de todos os atores que deveriam estar envolvidos no processo, é sentido como um peso, que termina por atrapalhar o processo de trabalho.

As escolas apontam que para superar as dificuldades é necessário realizar a programação das atividades em conjunto, mesmo não existindo por parte da Secretaria de Educação a disponibilização de momentos para tanto. As equipes de SF colocam a necessidade de maior implicação das escolas e principalmente dos professores, mas identificam como positiva a aproximação com a escola e conseqüentemente com a realidade das crianças e da comunidade.

Alguns exemplos foram trazidos falando de experiências que mostram o êxito de ações realizadas em conjunto, trazemos dois aqui, o primeiro diz respeito a ações que foram realizadas na escola 01 e o outro foi o da Feira de Saúde, momento no qual os estudantes, professores e profissionais de saúde mostraram o trabalho que vem sendo desenvolvido nas diferentes escolas:

Eles fizeram um trabalho muito bom de nutrição, cada professora fez na sua sala com teatrinho, trabalhou com os alunos de acordo com a sua faixa de idade, então no final tem aquela feira de ciências, um apresentando pro outro, ficou aberta para que a comunidade fosse ver o trabalho dos alunos com os professores. Teve também um trabalho sobre a dengue que a gente fez em conjunto, unidade de saúde, escola, mais as lideranças da comunidade. A gente foi pra rua com os alunos, subiu e desceu ladeira com o carro de som (ACS 01).

Tive oportunidade de estar presente na feira de saúde que, acho que foi agora em dezembro... e você via a qualidade dos trabalhos que foram realizados lá. Então assim, como potencialidade [...]. Acho que é o reconhecimento, por parte dos professores principalmente, da importância do programa na escola. [...] você via o trabalho dos professores que estavam engajados com as ações. Trabalhos belíssimos. [...] uma paródia sobre o combate a dengue. Então, vários assuntos trabalhados de várias formas. Você via as crianças e adolescentes engajados e os professores mais ainda (N).

Esse evento foi realizado para estimular o trabalho das equipes junto às escolas e de dar visibilidade ao que tem sido feito a partir dessa parceria, em dezembro de 2014. Para a preparação foram realizadas feiras locais, nas quais foram apresentadas as produções dos estudantes e escolhidas algumas experiências para mostrar no evento. Algumas equipes de saúde levaram o trabalho que tem realizado nas escolas. Diversos foram os temas trabalhados,

como: saúde bucal, verminose, meio ambiente, ervas medicinais; no formato de exposição, música, teatro.

GS4 fala de como o programa tem contribuído para que sejam realizadas ações de saúde de maneira mais efetiva dentro da escola e para que as equipes de saúde se responsabilizem por essa atenção que já é de sua atribuição:

acho que o Programa veio pra amarrar as ações que algumas unidade já desenvolviam, mas desenvolviam porque a equipe se identificava com trabalhar com jovens, com crianças e iam fazer esse trabalho na escola. Agora com o Programa Saúde da Escola fez com que realmente tivesse que fazer. Não só por gostar, mas é uma obrigação deles estarem fazendo. E essa parte da intersectorialidade é essencial tá trabalhando em conjunto (GS4).

Nas falas das pessoas que fizeram ou fazem parte da gestão, mas também partir da vivência dentro do Programa, começamos a perceber que se iniciou um diálogo mais cotidiano entre as Secretarias de Saúde e Educação. Pois como relatado nas falas, antes esse contato acontecia de forma pontual e a partir da efetivação PSE surge a possibilidade e a necessidade disso se dá de maneira mais continuada. Apesar das dificuldades, atualmente em algumas situações, a SMS já consegue intervir nos processo de decisão da SME e vice versa, os pareceres técnicos da saúde são solicitados para avaliação de projetos propostos a Secretaria de Educação por empresas ou organizações não governamentais e a educação é consultada sobre a quais e onde devem ser implantados os Projetos da SMS. Essa conversa também acontece de maneira mais fácil, quando na identificação de crianças ou adolescentes com problemas de saúde e o que vem permitindo que a resposta seja dada de forma partilhada, com participação de atores dos dois setores. Entretanto, essa comunicação ainda é estabelecida preferencialmente através da equipe do PSE, o que restringe ampliação dos pontos de encontro entre as Secretarias.

A necessidade de alguém da gestão no cotidiano das ações também foi levantada como questão, essa presença mais constante faz com que os profissionais se sintam apoiados e ajuda a lidar com as resistências vivenciadas, como percebemos na fala do nutricionista: “gente chegar lá e não ter o apoio do PSE, a presença de alguém do PSE e ter toda essa resistência na saúde ou educação”.

as redes acontecem quando as pessoas se apresentam pra fazer parte delas e crescer junto, mas pode ser algo que não se cresça cotidianamente, mas na medida que acontecer algum caso que precisa de uma intervenção de com a ajuda desse outro ator [...]. Quantas vezes eu recebia ligação da escola, [...] “tem um caso de violência aqui, preciso que você” quer dizer, percorrer a rede da saúde não é algo fácil para o usuário, ele não sabe como é que esse serviço funciona, como é que ele acessa o

serviço de saúde, qual é o melhor fluxo, a melhor forma... E aí quando tem essa pessoa que ajuda esse professor ou diretamente que no caso esse gestor da escola a vislumbrar o funcionamento da rede, isso ajuda muito e ajuda a resolatividade da atenção básica e dos problemas que as pessoas viver quando existem pessoas dentro dessa rede pra ajudar. [...] a potência do programa da saúde na escola, ela é muito mais ampla do que a rotina cotidiana de fazer algumas ações que ela é imensa (GS3).

essa troca de saberes foi uma coisa muito importante, não só essa troca, mas essa parceria mesmo, porque imagine a gente (educação) sozinha como ia se fazer o que foi feito e o que ainda está sendo feito? [...] eu mesma nunca imaginei que existiam tantos problemas de saúde com os estudantes e ao mesmo tempo como é que você pode ajudar a questão da prevenção, da Promoção da Saúde pegando os três componentes, ne? (GE1).

A entrevistada GS3 fala como na sua experiência enquanto gestão conseguiu construir relações e redes que até o momento ainda são acionadas e GE1 da importância dessa troca de saberes. Percebemos como nas entrevistas com a gestão foi ponto comum a percepção de que há muitos desafios e resistências a serem vencidos, para alguns a resistência maior encontrada é nas equipes de saúde da família, para outros na educação, mas é consenso que o programa vem contribuindo para a construção da relação intersetorial e que o encontro entre essas duas realidades têm proporcionado bons frutos para melhorar a atenção destinada a crianças e adolescentes.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar do PSE vir contribuindo para a construção de ações intersetoriais no território e também nos processos de gestão, ainda percebemos como os pesos dados por cada setor são diferentes. A saúde ainda parece estar à frente do programa, os recursos são repassados pelo MS, as atribuições de cada profissional das equipes de saúde estão definidas, existem alguns documentos de orientação as ações específicos do Programa produzidos pelo MS, o que não é visualizado na educação, isso interfere na forma que é pensado e executado, acaba por deixar a margem questões próprias da educação, como os aspectos pedagógicos.

Mesmo não sendo tema central desse trabalho, uma questão que chama atenção, discussão recorrente desde que a saúde passa a trabalhar dentro das escolas, é a associação direta entre problemas de saúde e fracasso escolar, podendo ficar por vezes subsumidos os problemas inerentes do processo de ensino-aprendizagem, nesse sentido Spazziani (2001), aponta que:

As diversas práticas que envolvem os programas de saúde na escola, como a prestação de serviços de saúde aos escolares, a prática pedagógica da saúde nas aulas, bem como os aspectos do ambiente físico e emocional da escola e a relação escola-comunidade, não têm contribuído para o objetivo apresentado nesses programas, que em geral se propõem garantir que a maioria das crianças obtenha êxito na escola. De certa forma, essas práticas têm repercutido no sentido de justificar e perpetuar ações pedagógicas comprometidas com o projeto da escola tradicional, endereçada para a elite da sociedade, e inalteradas ao longo deste século (SPAZZIANI, 2001, p 49).

Nesse sentido, é importante lembrar que esse não foi um aspecto trabalhado nos materiais norteadores do PSE ou trazido em nenhuma das entrevistas ou grupos focais. Contudo, parece ser elemento importante para refletir sobre como vem acontecendo esse processo de aproximação entre saúde e educação, se não está contribuindo para a medicalização de problemas de aprendizagem, invisibilizando questões pedagógicas que precisam ser revistas.

Questões essas que compreendem os mais diferentes aspectos do processo de ensino-aprendizagem, começando pelas condições estruturais as quais os estudantes e professores estão submetidos, como salas de aula quentes, com ventiladores barulhentos e pouco espaço para quantidade de alunos, passando pelas práticas pedagógicas, por vezes, ainda muito engessadas, que não conseguem respeitar a individualidade dos educandos, tendo nos professores a grande figura de autoridade e saber, até chegamos às condições vida objetivas

de cada estudante que nesse movimento de uniformização não consegue ser abarcada como parte fundamental nesse processo.

Além disso, mesmo aqueles problemas que são identificados como fazendo parte do âmbito da saúde, em alguma medida precisariam ser pensados a partir de suas implicações pedagógicas, para que diante de sua constatação não se tornasse um empecilho ou limitador para o pleno desenvolvimento, mas sim ser considerado como uma particularidade que deveria ser encarada e considerada ao se buscar estratégias para o desenvolvimento de todo o potencial da criança ou do adolescente.

Outro fator importante a ser levado em consideração na medicalização dos processos de aprendizagem é a própria formação dos profissionais de saúde, que como apontam Souza e Jacobina (2009), essa ainda é construída muitas vezes com base em currículos inadequados e acríticos, reproduzindo práticas tradicionais, centradas em protocolos e procedimentos, com foco no processo de adoecimento e nos aspectos assistenciais e curativos.

Nesse sentido, pouco espaço é encontrado para a formação de profissionais com habilidades voltadas para a prevenção de agravos e menos ainda para a Promoção da Saúde. São pouco valorizadas as práticas educativas, não é percebida a necessidade de aprender a fazer educação em saúde, assim como acontece com o saber clínico. A reflexão metodológica sobre os processos pedagógicos é tratada como algo desnecessário, essa postura acarreta num despreparo para o enfrentamento compartilhado dos problemas na comunidade, o que dificulta estabelecer diálogos e parcerias e favorece as posturas autoritárias, baseadas na compreensão de que o profissional de saúde é o detentor do conhecimento.

Diante disso, o que encontramos ainda de forma muito forte na realização das ações educativas propostas pelo Setor Saúde, inclusive nas atividades do PSE, são atividades baseadas em palestras prescritivas de hábitos e condutas, nas quais são transmitidos conhecimentos técnicos sobre os cuidados para a manutenção da saúde, o que pode reforçar invés do empoderamento, que seria o objetivo inicial, uma postura de culpabilização das pessoas por seu adoecimento, que no caso do Programa, como não é possível fazer isso com as crianças, essa responsabilidade muitas vezes é transferida para os pais e responsáveis.

Durante a realização da pesquisa percebemos como a efetivação de uma relação intersetorial de fato é fundamental na execução das ações, pois quando essa se estabelecesse de forma mais sólida encontramos atividades que são desenvolvidas na parceria dos diversos atores, com maior resolutividade, enquanto, nas que apresentam maior fragilidade acabam

sendo ações que reforça o modelo anterior, tendo uma tendência serem ações medicalizantes e de cunho autoritário.

Apesar do recorte da pesquisa para escolha dos casos estudados, que foi de busca-los entre as escolas com maior tempo de inserção no programa, percebemos que esse fato isoladamente não fala do amadurecimento da relação intersetorial e da criação de redes, pois esse fenômeno não se apresenta numa evolução linear, mas está implicado num emaranhado de particularidades, problemas e interesses que vão se modificando e gerando avanços e retrocessos ao longo do tempo.

Assim, fato importante percebido é que ao contrário do previsto no início do estudo, não foram encontradas, nas escolas estudadas, estratégias alternativas e autônomas para o fortalecimento da integração entre as equipes de Saúde da Família e as escolas. Parecendo ser necessária, em ambos os casos, à mediação direta da gestão para o estabelecimento de um contato menos esporádico, sabendo que, mesmo com essa intervenção as relações ainda se dão de forma frágil.

O PSE parece vir contribuído para a construção de novas redes. Entretanto, essas se parecem mais com as chamadas, por Bourguignon (2001), redes regionais do que com as redes intersetoriais, uma vez que, ainda parecem está centrada na articulação de serviços dos próprios órgãos governamentais, sem a participação real dos outros atores nos espaços decisivos e de gestão. Fato que parece pode ser explicado quando pela dificuldade do Estado em partilhar do seu poder, bem como, do desafio que ainda é construir uma gestão intersetorial verdadeiramente democrática e participativa.

Na execução de suas ações o Programa também vem dando visibilidade as falhas das redes já existentes. Como foi visto no fato de não se conseguir garantir acompanhamento dos estudantes identificados com problemas de saúde, tanto dentro da própria atenção básica, quanto na rede especializada e na identificação da ausência de serviços da rede de educação que atendam as necessidades de dar apoio psicopedagógico aos educandos com tal demanda. Isso nos mostra as fragilidades da rede de saúde e educação, que a partir do PSE podem ser repensadas.

Ele também vem favorecendo os encontros entre as escolas e equipes de atenção básica, mostrando o potencial que as unidades educacionais no fortalecimento da Promoção da Saúde e da própria atuação da Atenção Primária à Saúde. Além de contribuir, para essa última, alcançar grupos populacionais de crianças e adolescentes, público que após o acompanhamento de puericultura dificilmente comparece aos serviços de saúde, buscando

esses apenas no momento de adoecimento, mas que deveria ser alvo da atenção dos profissionais de saúde. Dessa forma, o PSE se apresenta como estratégia de fomentação e consolidação de cuidado, se propondo a construção de uma política intersetorial e a criação de uma ampla rede.

Contudo, apesar de apresentar um novo paradigma para formulação e execução de políticas sociais públicas, pautado no trabalho intersetorial, sua implementação ainda se apresenta como grande desafio, pois promover o encontro entre lógicas e culturas setoriais diversas, exige profunda articulação e o envolvimento ativo dos diferentes níveis de gestão e sensibilização de todos os atores que compõem o contexto.

REFERÊNCIAS

ALAGOAS. Secretaria de Estado da Saúde. **Intersetorialização: Atenção Básica e Promoção da Saúde no âmbito do SUS**. Texto de Apoio. Maceió, 2012. Disponível em: <<http://www.saude.al.gov.br/promocaodasaude/documentos/artigoacoesintersetoria>>. Acesso em: 18 fev. 2014.

ALBUQUERQUE, P. C. **A Educação Popular em Saúde no Município de Recife-PE: em busca da integralidade**. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2003.

AZEVEDO, M.; PELICIONI, M. C. F.; WESTPHAL, M. F. Práticas intersetoriais nas políticas públicas de promoção de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n 4, p. 1333-1356, 2012.

BOURGUIGNON, J. A. **Concepção de rede intersetorial**. 2001. Disponível em: <<http://www.uepg.br/nupes/intersetor.htm>>. Acesso em: 25 mar. 2015.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 10 dez. 2014.

BRASIL. Ministério da Educação. **Decreto nº 7.083, de 27 de janeiro de 2010**. Dispõe sobre o Programa Mais Educação. Brasília, 2010. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7083.htm>. Acesso em: 20 set. 2015.

_____. **História**. Brasília, 2013. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/>>. Acesso em: 6 mar. 2015.

_____. **Parâmetros curriculares nacionais: introdução aos parâmetros curriculares nacionais**. Brasília: MEC, 1997. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/livro01.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Instrutivo PSE**. Brasília, 2011.

_____. **Manual de Adesão: Programa Saúde na Escola**. Brasília, 2013a.

_____. **O que é o PROVAB?** Nota Técnica para o GTIs. Brasília, 2014a.

_____. **Orientações Gerais sobre diversas ações dos componentes I e II**. Tabela do Componente I. Brasília, 2013b. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/pse.php>>. Acesso em: 20 jan. 2014.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110p.

_____. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf>. Acesso em: 19 set. 2014.

_____. **Portaria nº 1.861 de 4 de setembro de 2008**. Brasília, 2008a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1861_04_09_2008_rep.html>. Acesso em: 1 abr. 2014.

_____. **Portaria nº 3.146, de 17 de dezembro de 2009**. Brasília, 2009a. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=legislacoes/pse>>. Acesso em: 1 abr. 2014.

_____. Recife: semente de mudanças. **Revista Brasileira Saúde da Família**. Brasília, ano 9, n. 20, p. 12-15, out./dez. 2008b. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/revista_saude_familia20>. Acesso em: 25 jun. 2014.

_____. **Saúde na escola**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

_____. Sistema de Gestão de Programas do Departamento de Atenção Básica - Portal do Gestor. **Programa Saúde na Escola**. Brasília, 2013c. Disponível em: <<http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/sgdab/login.php>>. Acesso em: 12 nov. 2013.

_____. Sistema de Gestão de Programas do Departamento de Atenção Básica - Portal do Gestor. **Programa Saúde na Escola**. Brasília, 2014b. Disponível em: <<http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/sgdab/login.php>>. Acesso em: 1 out. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. **Pesquisa Saúde e Educação: Cenários para a Cultura de Prevenção nas Escolas - Briefing**. Brasília, 2007. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001840/184073por.pdf>>. Acesso em: 24 mar.2015.

_____. **Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.413, de 10 de julho de 2013**. Brasília, 2013. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=legislacoes/pse>>. Acesso em: 1 abr. 2014.

_____. **Portaria Interministerial MS/MEC Nº 1.910, de 8 de agosto de 2011**. Brasília, 2011a. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=legislacoes/pse>>. Acesso em: 1 abr. 2014.

_____. **Portaria Interministerial MS/MEC Nº 1.911, de 8 de agosto de 2011**. Brasília, 2011b. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=legislacoes/pse>>. Acesso em: 1 abr. 2014.

_____. **Portaria Interministerial MS/MEC nº 3.696, de 25 de novembro de 2010**. Brasília, 2010. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=legislacoes/pse>>. Acesso em: 1 abr. 2014.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Decreto nº. 6286, de 5 de dezembro 2007.** Dispõe sobre o Programa de Saúde na Escola - PSE. Brasília, 2007. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=legislacoes/pse>>. Acesso em: 1 abr. 2014.

_____. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.** Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, 13 jul. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm>. Acesso em: 19 fev. 2014.

_____. **Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996.** Estabelece as diretrizes e bases da Educação Nacional. Brasília, DF: Senado Federal, 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9394.htm>. Acesso em: 24 mar. 2015.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.) **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p.15-38.

CARVALHO, M. C. B. A ação em rede na implementação de políticas e programas sociais públicos. **Revista de Información del Tercer Sector**, Montevideo, 2003. Disponível em: <http://lasociedadcivil.org/docs/ciberteca/a_ao_em_rede_na_implementao.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2015.

COHN, A. A reforma sanitária brasileira: a vitória sobre o modelo neoliberal. **Revista Medicina Social**, Montevideo, v. 3, n. 2, p. 82-94, jul. 2008. Disponível em: <www.medicinasocial.info>. Acesso em: 17 jan. 2014.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE (PE). **A resolução CIB/PE nº 1.311 de 1º de dezembro de 2008.** Recife, 2008.

CONSELHO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO (Recife). Parecer nº 40/2008, de 23 de dezembro de 2008. Dispõe sobre o **Projeto de Implantação do PSE no Recife.** Recife, 2008.

FIGUEIREDO, T. A. M. de; MACHADO, V. L. T.; ABREU, M. M. S. de. A saúde na escola: um breve resgate histórico. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 397-402, mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000200015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 3 abr. 2014.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, jan. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 dez. 2014.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Projeto Participação e dinamização juvenil no PSE: implementação e acompanhamento das “estratégias para Educação entre Pares” do componente 02.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M. Atenção Primária Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 575-620.

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

HEIDMANN, I. T. S. B. et al. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 352-358, jun. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000200021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 3 out 2014.

IERVOLINO, S. A. **Escolas Promotoras de Saúde**: um projeto de qualidade de vida. 2000. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-01072006-211720/pt-br.php>>. Acesso em: 28 ago. 2014.

INSTITUTO NACIONAL DE PESQUISA EDUCACIONAL ANÍSIO TEIXEIRA. **Portal Ideb**. 2011. Disponível em: <<http://portal.inep.gov.br/web/porta-ideb>>. Acesso em: 27 ago. 2014.

JUNQUEIRA, L. A. P. Articulações entre o serviço público e o cidadão. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DEL CLAD SOBRE LA REFORMA DEL ESTADO Y DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, 10., Santiago, 2005. **Painel**: A qualificação de profissionais na interface serviço público/cidadão. Santiago, 2005. Disponível em: <<http://siare.clad.org/fulltext/0052306.pdf>>. Acesso em: 2 mar. 2015.

JUNQUEIRA, L. A. P. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.34, p.35-45, 2000. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6346>>. Acesso em: 10 mar. 2015.

LIMA, A. L. G. S.; PINTO, M. M. S. Fontes para a história dos 50 anos do Ministério da Saúde. **História, Ciências, Saúde**. Rio de Janeiro, v. 10, n.3, p. 1037-51, set./dez. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v10n3/19311.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2015.

MARCONDES, N. A. V.; BRISOLA, E. M. A. Análise por Triangulação de Métodos: um referencial para pesquisas qualitativas. **Revista Univap**, São José dos Campos, v. 20, n. 35, p. 201 - 208, jul. 2014. Disponível em: <<http://revista.univap.br/index.php/revistaunivap/article/view/228>>. Acesso em: 16 jan. 2015.

MARQUES, E. C. Redes sociais e instituições na construção do Estado e da permeabilidade. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. São Paulo, v. 14, n. 41, p. 45-67, out. 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v14n41/1751.pdf>>. Acesso em: 1 mar. 2015.

MENDES, E. V. O Sistema Único de Saúde: um processo social em construção. In: _____. **Uma agenda para a Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 57-98.

MONNERAT, G. L.; SOUZA, R. G. Política social e intersetorialidade: consensos teóricos e desafios práticos. **SER Social**, Brasília, v. 12, n. 26, p. 200-220, jan./jun. 2010. Disponível em: <http://www.periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/viewFile/1023/683>. Acesso em: 14 jan. 2015.

NASCIMENTO, S. Reflexões sobre a intersetorialidade entre as políticas públicas. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 101, p. 95-120, mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282010000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 Abr. 2015.

NEITZKE, S. T.; ZANATTA, E. A.; ARGENTA, C. Desafios e perspectivas no desenvolvimento do programa nacional de saúde do escolar. **Revista de Enfermagem**, Frederico Westphalen, v. 8, n. 8, p. 166-181, 2012. Disponível em: <<http://revistas.fw.uri.br/index.php/revistadeenfermagem/article/view/484>>. Acesso em: 12 dez. 2014.

NOBRE, L. C. C. Trabalho de crianças e adolescentes: os desafios da intersetorialidade e o papel do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 963-971, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000400018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 jan. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**. Geneva, 1978. 3 p. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 21 mar. 2014.

PAULA, K. A.; PALHA, P. F.; PROTTI, S. T.. Intersetorialidade: uma vivência prática ou um desafio a ser conquistado? O Discurso do Sujeito Coletivo dos enfermeiros nos núcleos de Saúde da Família do Distrito Oeste - Ribeirão Preto. **Interface**, Botucatu, v. 8, n. 15, p. 331-348, ago. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832004000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 set. 2014.

PEREIRA, K. Y. L.; TEIXEIRA, S. M. Redes e intersetorialidade nas políticas sociais: reflexões sobre sua concepção na política de assistência social. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 12, n. 1, p. 114 – 127, jan./jun. 2013. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/12990>>. Acesso em: 10 nov. 2014.

PONTE, C. F.; NASCIMENTO, D. R. Os anos de chumbo: a saúde sob a ditadura. In: PONTE, C.F. (Org.). **Na corda bamba de sombrinha**: a saúde no fio da história. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

RECIFE. Prefeitura do Recife. **Secretarias e Órgãos** - Secretária de Educação. Recife, 2013. Disponível em: <<http://www2.recife.pe.gov.br/secretarias-e-orgaos/secretarias/educacao/>>. Acesso em: 24 mar. 2015.

RECIFE. Secretaria de Educação. **Sistema Emprel de Matrícula Escolar Web (Semeweb)**. Recife, 2015. Disponível em: <<http://www.recife.pe.gov.br/matricula/principal.php>>. Acesso em: 17 jan. 2015.

RECIFE. Secretaria de Saúde. **Apresentação em PowerPoint sobre o Programa Saúde na Escola no Recife - 2012**. Recife, 2012.

RECIFE. Secretaria de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. Recife, 2014.

RECIFE. Secretaria de Saúde. **Projeto de implantação do Programa Saúde na Escola no Recife**. Recife, 2009.

RECIFE. Secretaria de Saúde. **Projeto de implantação do Programa Saúde na Escola no Recife - 2010**. Recife, 2010.

RESSEL, L. et al . O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. **Texto contexto - enfermagem**. Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 779-786, dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 abr. 2015.

RODRIGUES, C. C.; RIBEIRO, K. S. Q. S. Promoção da Saúde: a concepção dos profissionais de uma unidade de saúde da família. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10 n. 2, p. 235-255, out. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462012000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 3 abr. 2015.

SANTIAGO, L. M. et al. Implantação do Programa Saúde na Escola em Fortaleza-CE: atuação de equipe da Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 6, p. 1026-1029, dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000600020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 fev. 2015.

SÍCOLI, J. L., NASCIMENTO, P. R. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface**, Botucatu, v.7, n.12, p.91-112, 2003. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/icse/v7n12/v7n12a07.pdf>. Acesso em: 19 fev. 2014.

SILVA-ARIOLI, I.G. et al . Promoção e Educação em saúde: uma análise epistemológica. **Psicologia: ciência e profissão**, Brasília, v. 33, n. 3, p. 672-687, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932013000300012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 3 mar. 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento Científico de Saúde Escolar. **Cadernos de Escolas Promotoras de Saúde**. Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <<http://www.sbp.com.br/img/cadernosbpfinal.pdf>> Acesso em: 2 out. 2013.

SOUZA, I. P. M. A.; JACOBINA, R. R. Educação em Saúde e suas Versões na História Brasileira. **Revista Baiana de Saúde Pública**. Salvador, v.33, n.4, p.618-627 out./dez. 2009. Disponível em: <http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/293/pdf_106>. Acesso em: 10 jan. 2015.

SPAZZIANI, M. L. A Saúde na Escola: da Medicalização à Perspectiva da Psicologia Histórico-Cultural. **Educação Temática Digital**. Campinas, v.3, n.1, p.41-62, dez. 2001. Disponível em: <<http://ojs.fe.unicamp.br/ged/etd/article/view/1750>>. Acesso em: 7 set. 2014.

SPINK, M. J.; LIMA, H. Rigor e visibilidade: a explicitação dos passos da interpretação. In: SPINK, M. J. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004. p. 93-122.

SPINK, M. J.; FREZZA, R. M. Práticas discursivas e produção de sentidos: a perspectiva da Psicologia Social. In: SPINK, M. J. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004. p. 17-40.

SPINK, M. J.; MENEGON, V. A pesquisa como prática discursiva: superando os horrores metodológicos. In: SPINK, M. J. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004. p. 63-92.

STARFIELD, B. Atenção Primária e Saúde. In: STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco: Ministério da Saúde, 2002.

TAVARES, M. de F. L. Resenha do livro - Promoção da Saúde: a construção social de um conceito em perspectiva comparada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 9, p. 1865-1866, set. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000900021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 5 set. 2016.

TEIXEIRA, C. F. Promoção da Saúde e SUS: um diálogo pertinente. In: TEIXEIRA, C.F.; SOLLA, J. P. **Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família**. Salvador: Ed. UFBA, 2006. 237 p. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso: 17 fev. 2014.

TEIXEIRA, C.F.; PAIM, J. S. Planejamento e programação de ações intersetoriais para a Promoção da Saúde e da qualidade de vida. In: TEIXEIRA, C.F.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A.L. (Org.). **Promoção e vigilância da saúde**. Salvador: Cooptec, 2002.

THIOLLENT, M. Estratégia de conhecimento. In: THIOLLENT, M. **Metodologia da Pesquisa-ação**. São Paulo: Cortez, 2002. p. 13-46.

YIN, R. K. Introdução. In: **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Porto Alegre: Bookman, 2001. p. 19-37.

Apêndice A - Termos de Consentimento Livre e Esclarecimento
(Grupo Focal)

Convidamos o (a) Sr (a) para participar da Pesquisa “**Intersetorialidade no Programa Saúde na Escola: uma análise sobre a construção de redes entre saúde e educação, no município do Recife.**”, sob a responsabilidade da pesquisadora **Domitila Almeida de Andrade** (Telefone para contato: 81 8748 1201), sendo desenvolvida sob orientação da Prof^a Paulette Cavalcanti de Albuquerque (Telefone para contato: 81 9610 2636).

Se decidir participar dela, por favor, leia este documento com bastante atenção antes de assiná-lo. Caso haja alguma palavra ou frase que o senhor (a) não consiga entender, converse com a pesquisadora responsável pelo estudo ou com um membro da equipe desta pesquisa para esclarecê-los. A proposta deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) é explicar o estudo e solicitar a sua permissão para participar do mesmo.

Essa pesquisa pretende analisar a construção de redes entre os setores saúde e educação no referente às atividades estimuladas pelo Programa Saúde na Escola, no município do Recife. Com esta, acredita-se poder contribuir para reflexão sobre estratégias de construção de ações intersetoriais e os benefícios disso para a população atendida pelos serviços que tem essa perspectiva de atuação.

Essa é uma atividade voluntária, sendo possível desistir a qualquer momento e a participação não envolve remuneração. O participante poderá se recusar e/ou retirar este consentimento a qualquer momento que desejar, informando à pesquisadora, sem prejuízo a ambas as partes. A sua contribuição na pesquisa ocorrerá através da participação em grupo focal, para o qual serão convidados outros participantes e nesse momento serão debatidos temas referentes a pesquisa. Esse grupo, será gravado com auxílio de um gravador digital e filmado com câmera filmadora, para facilitar a memória do que foi discutido. O risco relacionado a participação é de constrangimento perante alguma pergunta ou pessoas durante o grupo. Garantimos, contudo, que todos os nossos esforços estarão direcionados para que situações de constrangimento não ocorram. Inclusive, garantimos que sua identidade não venha a público sob hipótese alguma.

Todas as informações colhidas serão analisados em caráter estritamente científico, mantendo-se a confidencialidade (segredo) do paciente a todo o momento, ou seja, em nenhum momento os dados que o identifique serão divulgados, a menos que seja exigido por lei. Os resultados desta pesquisa poderão ser apresentados em reuniões ou publicações, contudo, sua identidade não será revelada nessas apresentações.

Em caso de dúvidas ou preocupações quanto aos seus direitos como participante deste estudo, o (a) senhor (a) pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deste centro de pesquisas, localizado na Av. Professor Moraes Rego, s/n - Campus da UFPE - Cidade Universitária, Recife/PE, CEP: 50.670-420, através do telefone (81) 2101-2639 ou pelo e-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br. O horário de funcionamento é das 08:00 – 12:00 hrs / 13:00 – 15hrs. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

Após a leitura desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, dou meu consentimento de livre e espontânea vontade, para participar como voluntário, deste estudo, assinando esse termo em duas vias, pois uma cópia pertencerá a mim e a outra a pesquisadora.

Recife, ____/____/2014.

Assinatura: _____
 Nome completo: _____

Atesto que expliquei cuidadosamente a natureza e o objetivo deste estudo, os possíveis riscos e benefícios da participação no mesmo, junto ao participante.

Pesquisadora - Assinatura: _____
 Nome completo da Pesquisadora: _____

Para qualquer esclarecimento entrar em contato com:

Pesquisadora: Domitila Almeida de Andrade
Endereço: Av. Prof. Moraes do Rego. Cidade Universitária, s/n. Recife/PE.
E-mail: domi_andrade@yahoo.com.br.
Telefone: (81) 2101 2610/ 8748 1201

(Entrevista)

Convidamos o (a) Sr (a) para participar da Pesquisa “**Intersetorialidade no Programa Saúde na Escola: uma análise sobre a construção de redes entre saúde e educação, no município do Recife**”, sob a responsabilidade da pesquisadora **Domitila Almeida de Andrade** (Telefone para contato: 81 8748 1201), sendo desenvolvida sob orientação da Prof^a Paulette Cavalcanti de Albuquerque (Telefone para contato: 81 9610 2636).

Se decidir participar dela, por favor, leia este documento com bastante atenção antes de assiná-lo. Caso haja alguma palavra ou frase que o senhor (a) não consiga entender, converse com a pesquisadora responsável pelo estudo ou com um membro da equipe desta pesquisa para esclarecê-los. A proposta deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) é explicar o estudo e solicitar a sua permissão para participar do mesmo.

Essa pesquisa pretende analisar a construção de redes entre os setores saúde e educação no referente às atividades estimuladas pelo Programa Saúde na Escola, no município do Recife. Com esta, acredita-se poder contribuir para reflexão sobre estratégias de construção de ações intersetoriais e os benefícios disso para a população atendida pelos serviços que tem essa perspectiva de atuação.

Essa é uma atividade voluntária, sendo possível desistir a qualquer momento e a participação não envolve remuneração. O participante poderá se recusar e/ou retirar este consentimento a qualquer momento que desejar, informando à pesquisadora, sem prejuízo a ambas as partes.

A sua contribuição na pesquisa ocorrerá através da participação em entrevista. Essa entrevista, será gravada com auxílio de um gravador digital, para facilitar a memória do que for relatado. O risco relacionado a participação é de constrangimento perante alguma pergunta ou pessoas durante a entrevista. Garantimos, contudo, que todos os nossos esforços estarão direcionados para que situações de constrangimento não ocorram. Inclusive, garantimos que sua identidade não venha a público sob hipótese alguma.

Todas as informações colhidas serão analisados em caráter estritamente científico, mantendo-se a confidencialidade (segredo) do paciente a todo o momento, ou seja, em nenhum momento os dados que o identifique serão divulgados, a menos que seja exigido por lei. Os resultados desta pesquisa poderão ser apresentados em reuniões ou publicações, contudo, sua identidade não será revelada nessas apresentações.

Em caso de dúvidas ou preocupações quanto aos seus direitos como participante deste estudo, o (a) senhor (a) pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deste centro de pesquisas, localizado na Av. Professor Moraes Rego, s/n - Campus da UFPE - Cidade Universitária, Recife/PE, CEP: 50.670-420, através do telefone (81) 2101-2639 ou pelo e-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br. O horário de funcionamento é das 08:00 – 12:00 hrs / 13:00 – 15hrs. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

Após a leitura desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, dou meu consentimento de livre e espontânea vontade, para participar como voluntário, deste estudo, assinando esse termo em duas vias, pois uma cópia pertencerá a mim e a outra a pesquisadora.

Recife, ____/____/2015.

Assinatura: _____

Nome completo: _____

Atesto que expliquei cuidadosamente a natureza e o objetivo deste estudo, os possíveis riscos e benefícios da participação no mesmo, junto ao participante.

Pesquisadora - Assinatura: _____

Nome completo da Pesquisadora: _____

Para qualquer esclarecimento entrar em contato com:

Pesquisadora: Domitila Almeida de Andrade

Endereço: Av. Prof. Moraes do Rego. Cidade Universitária, s/n. Recife/PE.

E-mail: domi_andrade@yahoo.com.br.

Telefone: (81) 2101 2610/ 8748 1201

Apêndice B - Quadro de documentos oficiais e extraoficiais, e-mails e apresentações do município do período de 2008 a 2014.

Ano	Órgão emissor	Documento
2008	Comissão Intergestores Bipartite de Pernambuco	Resolução CIB/PE nº 1.311 de 1º de dezembro de 2008
2008	Secretaria Municipal de Saúde do Recife	Projeto de implantação do Programa Saúde na Escola no Recife
2008	Secretaria Municipal de Saúde do Recife	CI com minuta de Portaria conjunta que institui o Grupo de Trabalho Intersetorial
2008	Secretaria Municipal de Educação, Esporte e Lazer do Recife	Ofício nº 702/08, que institui os representantes da Secretaria de Educação no GT do PSE. Recife
2008	Conselho Municipal de Educação do Recife	Parecer nº 40/2008, aprovado no pleno de 23 de dezembro de 2008, sobre o Projeto de Implantação do PSE no Recife
2009	Secretaria Municipal de Saúde do Recife	Apresentação do PSE
2008 a 2013	Secretaria Municipal de Saúde do Recife	Arquivo morto do PSE, anos 2008 a 2013 - e-mails, apresentações em PowerPoint, documentos de Comunicação Interna, ofícios, documentos em geral.
2010	Secretaria Municipal de Saúde do Recife	Projeto de implantação do Programa Saúde na Escola no Recife - 2010
2014	Secretaria Municipal de Saúde do Recife	Relatório de Avaliação e Planejamento 2014/2015

Apêndice C - Roteiro de Grupo Focal

1. CONCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS

- a. Sobre atenção básica e a equipe de saúde da família;
- b. Sobre a educação básica;
- c. Promoção da Saúde;
- d. Intersetorialidade;

2. PERÍODO ANTES DO PSE

- a. Relação entre a USF e a escola antes do PSE;
 - i. Atividades realizadas em conjunto pela saúde e educação;
 - ii. Articulação entre escola e USF a partir da identificação de estudantes com problemas de saúde;

3. IMPLANTAÇÃO DO PSE

- a. Como se deu a implantação do PSE?
- b. A inserção da escola e equipe de saúde como aconteceu;
- c. Processo de implantação:
 - i. Planejamento/ Reuniões;
 - ii. Participantes (presentes, mas também ausências percebidas);
- d. Pactuações – Como perceberam a pactuação das ações entre saúde e educação;
- e. Estrutura para implantação – Receberam o que? Balança? Tensiômetro? Outros materiais educativos, medicamentos, Tabela de Sneller, ;

4. O DESENVOLVIMENTO DO PROGRAMA/FUNIONAMENTO DO PSE

- a. Explicação sobre o Programa e seu funcionamento;
 - i. Atividades (O que? Como? Por quem?);
 1. Avaliação global dos estudantes
 2. Educação em Saúde
 3. Formação continuada dos profissionais de saúde e educação
 - ii. Planejamento das atividades
 - iii. Funções de cada profissional;
- b. Desdobramentos das ações do PSE

- i. Encaminhamentos diante da identificação de estudantes com problemas;
 - ii. Das ações de educação em saúde
 - iii. Da formação continuada
- c. Dificuldades para desenvolver o programa;
- d. Potencialidades do programa;
- e. Mudanças com a implantação do PSE
 - i. Mudanças na relação entre as equipes
 - ii. Mudanças no território;
- f. O PSE tem contribuído para a construção da relação intersetorial em saúde e educação?

Roteiro de Entrevista

1. IMPLANTAÇÃO DO PSE

- a. A inserção da escola e equipe de saúde
 - i. Como aconteceu a escolha (teve influencia política);
- b. Processo de implantação:
 - i. Planejamento/ Reuniões;
 - ii. Participantes (presentes - como foi a participação das outras áreas de saúde, mas também ausências percebidas);
- c. Pactuações;
- d. Estrutura para implantação – MS, Estado e Município;
- e. Como foi pensada a participação de outras...
- f. Mudanças com a troca de gestão - saúde e educação (prioridades, funcionamento)

2. FUNCIONAMENTO DO PSE

- a. Explicação sobre o Programa e seu funcionamento;
 - i. Atividades;
 - ii. Funções de cada profissional;
 - iii. Desdobramentos das ações (construção de redes);
- b. Dificuldades para implantar o programa;
- c. Avanços a partir da implantação do programa;

- d. Mudanças com a implantação e implementação do PSE/
- e. O PSE tem contribuído para a construção da relação intersetorial em saúde e educação?

3. GESTÃO DO PSE

- a. Relação entre saúde e educação antes do programa;
- b. Relação entre saúde e educação com a implantação do programa;
- c. Como acredita que deveria ser;
- d. Estratégias utilizadas para construção dessa relação “ideal”;
- e. Como foi a construção do GTI
 - i. Quem foi convidado a participar (professores, profissionais da saúde, comunidade, estudantes, pais);
 - ii. Quem participou efetivamente;

4. CONCEPÇÃO

- a. O que entende por Intersetorialidade;
- b. O que entende por rede/rede intersetorial;
- c. Como foi pensada a inserção de outros atores sociais (comunidade, ONGs, Sindicatos dos professores)

Apêndice D - Quadro de participantes dos Grupos Focais e Entrevistas.

Sigla	Setor	Identificação	Técnica
GS1	Saúde	Gestora - Gerente de Atenção Básica	Entrevista
GS2	Saúde	Gestora - Coordenadora NASF e PSE	Entrevista
GS3	Saúde	Gestora - Coordenadora PSE	Entrevista
GS4	Saúde	Gestora - Coordenadora Distrital do PSE	Entrevista
EP1	Saúde	Enfermeira PROVAB	Entrevista
EP2	Saúde	Enfermeira PROVAB	Entrevista
GE1	Educação	Gestora - Coordenadora PSE	Entrevista
GE2	Educação	Gestora - Coordenadora Regional PSE	Entrevista
M1	Saúde	Médica	Grupo Focal 01
TE	Saúde	Téc. de Enfermagem	
ACS 01	Saúde	Agente Comunitária de Saúde	
ACS 02	Saúde	Agente Comunitária de Saúde	
ACS 03	Saúde	Agente Comunitária de Saúde	
ACS 04	Saúde	Agente Comunitária de Saúde	
D1	Educação	Diretora	Entrevista
P1	Educação	Professor	Grupo Focal 02
CP	Educação	Coordenadora Pedagógica	
P2	Educação	Professora	
P3	Educação	Professora	
P4	Educação	Professora	
P5	Educação	Professora	
P6	Educação	Professora	
M2	Saúde	Médica	Grupo Focal 03
ACS 05	Saúde	Agente Comunitária de Saúde	
ACS 06	Saúde	Agente Comunitária de Saúde	
ACS 07	Saúde	Agente Comunitária de Saúde	
ACS 08	Saúde	Agente Comunitária de Saúde	
N	Saúde	Nutricionista NASF	
D2	Educação	Diretora	Grupo Focal 04
P7	Educação	Professora	
P8	Educação	Professora	
P9	Educação	Professora	
P10	Educação	Professora	
P11	Educação	Professora	

Fonte: Elaborado pela autora.

Anexo A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos



Título do Projeto: "Intersetorialidade no programa saúde na escola: uma análise sobre a construção de redes entre saúde e educação, no município do Recife".

Pesquisador responsável: Domitila Almeida de Andrade.

Instituição onde será realizado o projeto: CPqAM/Fiocruz

Data de apresentação ao CEP: 26/06/2014

Registro no CAAE: 32833114.8.0000.5190

Número do Parecer PlatBr: 822.088

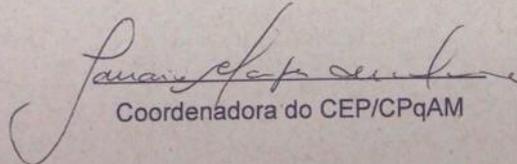
PARECER

O Comitê avaliou e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução CNS 466/12, e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP e este parecer tem validade até 04 de outubro de 2017.

Em caso de necessidade de renovação do Parecer, encaminhar relatório e atualização do projeto.

Recife, 20 de outubro de 2014.


Coordenadora do CEP/CPqAM

Janaina Campos de Miranda
Pesquisadora em Saúde Pública
Coordenadora
Mat. SIAPE 454777
CEP / CPqAM / FIOCRUZ

Campus da UFPE - Av. Moraes Rego, s/n
CEP 50.670-420 Fone: (81) 2101.2639
Fax: (81) 3453.1911 | 2101.2639
Recife - PE - Brasil
comitedeetica@cpqam.fiocruz.br



Anexo B - Lista de atribuições das equipes de saúde da família e escolas definidas pelo Projeto de implantação do PSE do Recife, em 2009.

ATRIBUIÇÕES DAS EQUIPES DE SAÚDE:

1. cadastramento dos alunos pelas equipes de saúde, identificando a USF que cada escolar está vinculado;
2. realização de um levantamento das necessidades de saúde em cada escola;
3. programação integrada do plano de ação em cada escola;
4. execução das ações previstas no projeto;
5. visitas periódicas às escolas de acordo com a programação realizada;
6. registro nos sistemas de informação das ações coletivas realizadas;

ATRIBUIÇÕES DAS ESCOLAS:

1. programação integrada do plano de ação em cada escola;
2. intermediação das visitas das equipe de saúde na escola;
3. apoio à execução das ações previstas no projeto;

Anexo C - Atividades previstas no Projeto de Implantação do PSE 2009

PROGRAMAÇÃO DAS ATIVIDADES			
Grandes Atividades	Objetivos	Ações	Metas
1- Atualização do Calendário Vacinal	Proteger os escolares das doenças imunopreveníveis	1- Avaliar os cartões de vacinação dos escolares; 2 - Atualizar o esquema vacinal de acordo com a faixa etária;	100% dos escolares com o esquema vacinal básico atualizado.
2- Saúde Bucal: Sorriso Melhor	1. Avaliar as condições sócio - epidemiológicas em saúde bucal e necessidades de tratamento odontológico; 2. Planejar as ações locais de cada escola com base na informação epidemiológica e sócio - cultural da comunidade; 3. Adoção de cuidados odontológicos coletivos e clínicos individuais. 4. Desenvolver habilidades pessoais para alcançar qualidade de vida, hábitos bucais saudáveis, inclusão e autonomia da comunidade escolar.	1. Cadastrar todos os escolares de cada escola do PSE à ESB/USF de referência; 2. Realizar treinamento e calibração da Equipe de Saúde Bucal para realizar o levantamento sócio-epidemiológico inicial (CPO-D e INASB) ao planejamento, programação, e acompanhamento das ações coletivas e individuais planejadas; 3. Incluir ações de proteção e prevenção das doenças bucais na infância e adolescência; 4. Priorizar a técnica ART na escola e referenciar as outras necessidades clínicas para a USF; 5. Celebrar, em outubro, as datas alusivas à saúde bucal. 6. Avaliar juntamente com a equipe da promoção nutricional a merenda escolar. 7. Avaliar, conjuntamente com o programa de redução de violência, os espaços físicos.	1. Habilitar 100% das ESB/ESF no desenvolvimento e realização do plano de ações; 2. Cobrir 100% os escolares incluídos no PSE; 3. Reduzir o absenteísmo escolar atrelado aos problemas bucais; 4. Reduzir o consumo de açúcar no cardápio escolar; 6. Realizar a ação coletiva escovação dental supervisionada bimestralmente em cada escola. 7. Transformar 40% do componente C em O no primeiro ano. 8. Entregar 1 kit de higiene bucal a cada três meses para cada escolar. 9. Aplicar fluoretos tópicos anualmente.
3- Avaliação Nutricional e Detecção Precoce da Hipertensão Arterial Sistêmica	Avaliar o estado nutricional dos escolares pelo SISVAN WEB	1. Realizar cadastro dos escolares não participantes do bolsa-escola na faixa etária de 7-15 anos, 2- Realizar a antropometria dos escolares; 3- Analisar os dados obtidos;	1 Cadastrar 100% dos escolares não participantes do bolsa-escola na faixa etária de 7-15 anos; 2- Realizar a antropometria dos escolares em 100% dos escolares.

4 - Escola Livre do Fumo	1 - Ampliar o acesso à informação sobre Tabagismo e Outros Fatores de Risco; 2 - Implantar o Projeto Ambiente Livre do Fumo nas Escolas participantes do Programa.	1- Sensibilizar os gestores; 2- Cadastrar as Escolas e Formalização das Comissões Executivas; 3 - Aplicar a Pesquisa Nacional sobre grau de conhecimento e exposição aos fatores de risco para doenças crônicas (professores e funcionários); 4 - Capacitar as Comissões Executivas (Representação de professores, funcionários e alunos) e das ESF do território; 5- Sensibilizar e sinalizar a Escola pelas Comissões Executivas (afixação de cartazes, distribuição de material educativo, oficinas e apresentações culturais); 6 - Realizar oficina de pintura publicitária para confecção de outdoors artesanais com os jovens; 7 - Realizar a comemoração do dia "D" com entrega do Título de Escola Livre do Fumo; 8 – Manter a sinalização da Escola como Ambiente Livre de Fumo; 9 – Comemorar as datas alusivas ao tema, mantendo – o em evidência na escola: Dia Mundial Sem Fumar – 31 de maio; Dia Nacional de Combate ao Câncer – 29 de agosto e Dia nacional de Combate ao Câncer – 27 de novembro.	1 - Projeto Escola Livre do Fumo Implantado em 100% das Escolas participantes até 31 de Maio de 2009; 2 - Aplicação da pesquisa nacional com 80% dos professores e funcionários, no mínimo; 3 - Capacitar, no mínimo, 3 funcionários, 3 professores e 2 alunos representantes de cada turma a partir da 5ª série do Ensino Fundamental;
--------------------------	---	--	---

Grandes Atividades	Objetivos	Ações	Metas
5 - Programa Saber Saúde de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco nas Escolas	Incluir os conteúdos sobre Tabagismo e Outros Fatores de Risco e sobre adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis como temas transversais no currículo escolar na perspectiva da Escola como espaço promotor da saúde.	1 - Capacitar os atores envolvidos na escola e equipe de Saúde da Família para inclusão das temáticas como transversais no currículo escolar; 2- Construção do Projeto pedagógico das ações de saúde, de forma integrada por escola; 3 – Pactuação do processo de monitoramento e avaliação do projeto com as Equipes de Saúde da Família; 4 – Construir material didático relacionados aos temas a serem abordados; 5 – Discutir a proposta de alimentação oferecida pelas escolas na perspectiva de adoção de hábitos alimentares saudáveis; 6 – Discutir o impacto da exposição solar nos alunos nas aulas de Educação Física em horários de risco em locais abertos; 7 – Realizar ações educativas continuadas a fim de manter os temas em evidência e a Escola como Ambiente Livre de Fumo.	1- 70% dos professores, no mínimo, treinados no Programa Saber Saúde; 2 - Construção coletiva do Projeto pedagógico em cada escola; 3 - Projeto pedagógico de cada escola enviado ao INCA/MS; 4 - Material Educativo distribuído nas escolas; 5 - Material didático construído pela equipe da SMS e SME e distribuídos nas escolas; 6 - Inclusão das temáticas de forma transversal no currículo escolar ao longo do ano; 7 – Monitoramento do processo realizado pela Equipe de Saúde da Família; 8 -Planilhas de monitoramento e avaliação entregues pela escola nos prazos pactuados; 9 - Avaliação sistemática do desenvolvimento do Projeto realizada pelo Grupo de Trabalho.

Grandes Atividades	Objetivos	Ações	Metas
6 - Programa de Redução de Danos nas Escolas		1- Realizar oficinas com os escolares; 2- Realizar oficinas com os ACS das equipes participantes do PSE; 3- Realizar o Festival da Juventude por distrito sanitário;	1- Realizar oficinas com 70% dos escolares do mais educação (IBEB baixo) do primeiro e segundo ciclos das escolas contempladas; 2- Realizar oficinas com 60% dos ACS das ESF contempladas; 3- Realizar 6 festivais da juventude (1 por DS)
7- Escola que protege	Qualificar as rede de educação e saúde para atuarem na prevenção , atenção e reinserção social dos escolares em situação de vulnerabilidade e risco às várias expressões de violência.	1- Capacitar professores e profissionais da saúde para identificação e notificação de violência contra crianças e adolescentes; 2- Realizar campanha para enfrentamento da violência e fomento à cultura de paz com pais e comunidade escolar.	1-Capacitar 2 professores por escola, os pais de alunos refenciados pelo conselho tutelar; 100% dos ACS das ESF e pelo menos 1 profissional de nível superior das ESF; 2- Realizar 1 campanha antes do carnaval.
8 - Saúde e Prevenção nas Escolas	Incentivar o desenvolvimento de ações voltadas para a Promoção da Saúde sexual e saúde reprodutiva, com a redução da incidência das DST/HIV/Aids na população jovem, com a participação juvenil, onde os jovens possam atuar como sujeitos de direitos e transformadores da realidade.	1- Apresentar os objetivos do projeto para as escolas contempladas; 2. Capacitar os/as profissionais de educação e da ESF; 3- Capacitar os/as jovens multiplicadores/as; 4-Acompanhar as atividades desenvolvidas; 5- Realizar um seminário de experiências exitosas; 6- Monitorar e Avaliar as atividades do projeto.	1- 100% das escolas contempladas conhecendo o projeto; 2- 02 profissionais de cada escola capacitados/as; 3- 02 profissionais de saúde de cada ESF (território da escola) capacitados/as no projeto; 4- 04 jovens de cada escola capacitados/as no projeto; 5- 80% das escolas acompanhadas; 6- Realização de um seminário.
9 - Saúde mental na escola	Capacitar professores na identificação das crianças com sofrimento psiquico, na forma de prodeder e na identificação dos casos a serem encaminhados para a rede de saúde mental do município	1 - Realizar capacitações com os professores da rede e os profissionais do PSF; 2 - Realizar supervisão clínico-institucional dos casos identificados.	1 - Capacitar 100% dos professores das escolas envolvidas e 100% dos profissionais do PSF da área de abrangência dessas escolas; 2 - Realizar supervisão bimensal nas escolas em conjunto com a ESF

Anexo D - Atividades previstas no Projeto de Implantação do PSE 2010

PROGRAMAÇÃO DAS ATIVIDADES			
Grandes Atividades	Objetivos	Ações	Metas
1- Atualização do Calendário Vacinal	Proteger os escolares das doenças imunopreveníveis	1- Avaliar os cartões de vacinação dos escolares; 2 - Atualizar o esquema vacinal de acordo com a faixa etária;	100% dos escolares com o esquema vacinal básico atualizado.
2- Saúde Bucal: Sorriso Melhor	1. Avaliar as condições sócio - epidemiológicas em saúde bucal e necessidades de tratamento odontológico; 2. Planejar as ações locais de cada escola com base na informação epidemiológica e sócio - cultural da comunidade; 3. Adoção de cuidados odontológicos coletivos e clínicos individuais. 4.Desenvolver habilidades pessoais para alcançar qualidade de vida,hábitos bucais saudáveis, inclusão e autonomia da comunidade escolar.	1.Cadastrar todos os escolares de cada escola do PSE à ESB/USF de referência; 2. Realizar treinamento e calibração da Equipe de Saúde Bucal para realizar o levantamento sócio-epidemiológico inicial (CPO-D e INASB) ao planejamento, programação, e acompanhamento das ações coletivas e individuais planejadas; 3. Incluir ações de proteção e prevenção das doenças bucais na infância e adolescência; 4.Priorizar a técnica ART na escola e referenciar as outras necessidades clínicas para a USF; 5. Celebrar, em outubro, as datas alusivas à saúde bucal. 6. Avaliar juntamente com a equipe da promoção nutricional a merenda escolar. 7. Avaliar, conjuntamente com o programa de redução de violência, os espaços físicos.	1. Habilitar 100% das ESB/ESF no desenvolvimento e realização do plano de ações; 2. Cobrir 100% os escolares incluídos no PSE; 3. Reduzir o absenteísmo escolar atrelado aos problemas bucais; 4.Reduzir o consumo de açúcar no cardápio escolar; 6. Realizar a ação coletiva escovação dental supervisionada bimestralmente em cada escola. 7. Transformar 40% do componente C em O no primeiro ano. 8. Entregar 1 kit de higiene bucal a cada três meses para cada escolar. 9. Aplicar fluoretos tópicos anualmente.
Grandes Atividades	Objetivos	Ações	Metas
3 - Programa de Redução de Danos nas Escolas		1- Realizar oficinas com os escolares; 2- Realizar oficinas com os ACS das equipes participantes do PSE; 3- Realizar o Festival da Juventude por distrito sanitário;	1- Realizar oficinas com 70% dos escolares do mais educação (IBEB baixo) do primeiro e segundo ciclos das escolas contempladas; 2- Realizar oficinas com 60% dos ACS das ESF contempladas; 3- Realizar 6 festivais da juventude (1 por DS)

4- Escola que protege	Qualificar as redes de educação e saúde para atuarem na prevenção, atenção e reinserção social dos escolares em situação de vulnerabilidade e risco às várias expressões de violência.	1- Capacitar professores e profissionais da saúde para identificação e notificação de violência contra crianças e adolescentes; 2- Realizar campanha para enfrentamento da violência e fomento à cultura de paz com pais e comunidade escolar.	1-Capacitar 2 professores por escola, os pais de alunos refenciados pelo conselho tutelar; 100% dos ACS das ESF e pelo menos 1 profissional de nível superior das ESF; 2- Realizar 1 campanha antes do carnaval.
5 - Saúde e Prevenção nas Escolas	Incentivar o desenvolvimento de ações voltadas para a Promoção da Saúde sexual e saúde reprodutiva, com a redução da incidência das DST/HIV/Aids na população jovem, com a participação juvenil, onde os jovens possam atuar como sujeitos de direitos e transformadores da realidade.	1- Apresentar os objetivos do projeto para as escolas contempladas; 2. Capacitar os/as profissionais de educação e da ESF; 3- Capacitar os/as jovens multiplicadores/as; 4-Acompanhar as atividades desenvolvidas; 5- Realizar um seminário de experiências exitosas; 6- Monitorar e Avaliar as atividades do projeto.	1- 100% das escolas contempladas conhecendo o projeto; 2- 02 profissionais de cada escola capacitados/as; 3- 02 profissionais de saúde de cada ESF (território da escola) capacitados/as no projeto; 4- 04 jovens de cada escola capacitados/as no projeto; 5- 80% das escolas acompanhadas; 6- Realização de um seminário.

Grandes Atividades	Objetivos	Ações	Metas
6 - PROGRAMA DE SAUDE NA ESCOLA – PREV HANSEN	Promover o acesso à informação sobre Hanseníase, proporcionando uma análise crítica junto à comunidade escolar do ensino fundamental e médio com vistas à: Descoberta precoce dos casos de hanseníase; Trabalhar a discriminação; Conscientização da importância do tratamento, contribuindo dessa forma para com o controle da hanseníase na cidade do Recife;	1- Campanhas: - realizar na escola envolvendo a Coordenação Municipal do Programa e a comunidade escolar (direção, professores, alunos e funcionários), equipe de saúde da área adscrita e a comunidade;	Uma vez no ano.
		2- Capacitação/ Sensibilização de professores - Apresentação da situação epidemiológica da hanseníase, utilização de Vídeo “A vida não Pára”, Divulgação dos sinais e sintomas, preconceito estigma, utilizando a Cartilha do Professor – Conhecendo a hanseníase	01 por ano em cada escola; 100% dos docentes capacitados
		3. Apresentação do tema aos alunos - Atividade a ser inserida no planejamento pedagógico do professor para cada sala de aula, por serie.	Tema transversal a ser trabalhado regularmente
		4. Realização de gincanas da Saúde - Atividade coletiva a ser inserida no calendário de atividades da escola envolvendo os professores, funcionários, alunos e equipe de saúde.	Uma vez no ano

Grandes Atividades	Objetivos	Ações	Metas
<p>Projeto demonstrativo de redução e eliminação de doenças negligenciadas na América do Sul.</p> <p>Hanseníase, Filariose , Helminíase e esquistossomose</p>	<p>Curar 90% dos casos detectados nos escolares e interromper transmissão</p> <p>Redução da prevalência da filariose</p> <p>Redução da prevalência de helmintíase e schistosomose</p>	<p>Hanseníase -Triagem em 5.115 escolares realizados com instrumento de autoimagem, Encaminhar os suspeitos para a Equipe de saúde da família (ESF), Tratamento dos casos confirmados, Busca ativa dos comunicantes, Reavaliação dos casos tratados após 6 mês</p> <p>Filariose - Examinar escolares com o Card Test (ICT) , Realizar a busca ativa na residência do escolar, Tratamento dos casos confirmados</p> <p>Esquistossomose e Helminíase Coletar amostra de fezes em 500 escolares, Identificar os helmintos e quantificar, Tratamento coletivo dos escolares.</p> <p>Ações educativas nas escolas em Parceria da secretaria de saúde e de Educação para o controle dessas doenças.</p>	<p>Realizar triagem de 100% dos escolares; Examinar 100% dos casos suspeitos; Tratar 100% dos casos confirmados; Realizar busca ativa dos 100% dos comunicantes; Curar 90% dos casos tratados</p> <p>Examinar 3.000 (<i>screening</i>) escolares com ICT; Realizar busca ativa dos 100% dos positivos; Tratar 100% dos casos confirmados</p> <p>Examinar 500 escolares (<i>screening</i>) e Tratar 100%</p>

Grandes Atividades	Objetivos	Ações	Metas
7- Olhar Brasil	<p>1. Identificar e corrigir problemas visuais relacionados à refração, facilitar o acesso da população-alvo do projeto à consulta oftalmológica e a óculos corretivos e, com isso, reduzir as taxas de evasão escolar, através do Programa Saúde Escolar.</p>	<p>1 Inicialmente os profissionais da Educação serão capacitados para realização da triagem visual. Prevista para o dia 29/03/10 pela manhã no auditório da PCR;</p> <p>2 Os profissionais capacitados irão realizar a triagem visual dos alunos nas escolas, identificando e encaminhando os estudantes para consulta;</p> <p>3 A realização das consultas nas escolas pelas equipes especializadas (Centro de reabilitação Menina dos Olhos);</p> <p>4 As empresas de óticas atenderão os estudantes nas escolas, mediante prescrição;</p> <p>5 Fornecimento de óculos / encaminhamento para área especializada.</p>	<p>O Programa vai beneficiar no período de 3 anos 82.755 alunos do Ensino Fundamental das Escolas Municipais e professores, sendo que a cada ano serão triados 27.585 estudantes, destes 8.275 serão encaminhados para consulta, sendo garantido o fornecimento de 828 óculos.</p>

Anexo E - Ficha de Avaliação Global das Condições de Saúde dos Estudantes

PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA	SUS	ESCOLA: _____ ESF: _____	NIS: _____	Nº do Cartão SUS: _____	RECIFE	
ESTUDANTE: _____		DATA DE NASCIMENTO: _____	SEXO: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	RAÇA/COR: _____	Atendimento extra-área – Escola/Território <input type="checkbox"/>	
FICHA DE AVALIAÇÃO GLOBAL DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE DOS ESTUDANTES						
	Data	1ª Avaliação	2ª Avaliação	3ª Avaliação	4ª Avaliação	5ª Avaliação
	Série/Turma	_____	_____	_____	_____	_____
AValiação NUTRICIONAL	Avaliação Antropométrica (0101040024)	Peso _____ Altura _____				
	Estado Nutricional	BP <input type="checkbox"/> PN <input type="checkbox"/> SP <input type="checkbox"/>	PN <input type="checkbox"/> PB <input type="checkbox"/> SP <input type="checkbox"/>	PN <input type="checkbox"/> PB <input type="checkbox"/> SP <input type="checkbox"/>	PN <input type="checkbox"/> PB <input type="checkbox"/> SP <input type="checkbox"/>	PN <input type="checkbox"/> PB <input type="checkbox"/> SP <input type="checkbox"/>
	Investigação de Hábitos alimentares	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>				
	Pressão Arterial Sistêmica (PA) (0301100039)	_____ x _____ mmHg				
AValiação OPTALMOLÓGICA	Usa óculos	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>				
	Triagem de acuidade visual	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>				
	Encaminhamento ao oftalmologista*	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>				
AValiação DO CALENDÁRIO VACINAL	Calendário vacinal atualizado	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>				
	Aprou vacina	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>				
	Aplicação de imunobiológico**	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>				
	Foi vacinado para Hepatite B	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>				
DETECÇÃO PRECOZE DE HANSENÍASE	Ficha de Auto-imagem devolvida/preenchida	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>				
	Suspeita de hanseníase	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>				
	Se sim, há necessidade de encaminhamento	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>				
AValiação DE SAÚDE BUCAL	1ª Consulta Odontológica (0301010153)	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>				
	Escovação Dental Superv. (0101020031)	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>				
	Aplicação Tópica de Flúor gel (0101020015)	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>				
	ART - Dente Decíduo/ Permanente***	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>				
	Encaminhamento p/ Tratamento no consultório	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>				
AValiação FONOAUDIOLÓGICA	Alterações na fala (troca fonemas e/ou gagueira)	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>				
	Apresenta rouquidão (alterações vocais)	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>				
	Tem dificuldade de leitura e escrita	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>				
	Apresenta sinais de dificuldade auditiva	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>				
AValiação DE SAÚDE MENTAL E DEFICIÊNCIAS	Professor suspeita de dificuldade nas relações interpessoais?****	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Qual (is): _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Qual (is): _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Qual (is): _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Qual (is): _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Qual (is): _____
	Professor suspeita de dificuldade na aprendizagem?****	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Qual (is): _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Qual (is): _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Qual (is): _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Qual (is): _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Qual (is): _____
	Possui alguma deficiência?****	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Qual (is): _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Qual (is): _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Qual (is): _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Qual (is): _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Qual (is): _____
	Utiliza algum recurso de Tecnologia Assistiva?****	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Qual (is): _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Qual (is): _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Qual (is): _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Qual (is): _____	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Qual (is): _____

* Registrar na Ficha Única como encaminhamento ao Atendimento Especializado

** Registrar na Planilha do PNI

*** Ver código do SIA no Instrutivo

**** Observar orientações no instrutivo. Caso necessite, descrever detalhes no verso desta Ficha.

Anexo F - Ficha e-SUS de atividade coletiva

(FRENTE)

e-SUS Atenção Básica	FICHA DE ATIVIDADE COLETIVA	DIGITADO POR:	DATA: / /
		CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

DATA DE ATIVIDADE*	HORA INÍCIO	HORA FIM	Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL*	CBO
/ /	:	:	_____	_____
Nº INEP (ESCOLA / CRECHE)	PROGRAMAÇÃO DE Nº DE PARTICIPANTES		_____	_____
_____	_____		_____	_____
LOCAL DE ATIVIDADES:			_____	_____
			_____	_____
			_____	_____

ATIVIDADE (Opção Única)*		TEMAS PARA REUNIÃO (Opção Múltipla)*	
<input type="checkbox"/> 01	Reunião de Equipe	<input type="checkbox"/> 01	Questões Administrativas / Funcionamento
<input type="checkbox"/> 02	Reunião com outras Equipes de Saúde	<input type="checkbox"/> 02	Processo de Trabalho
<input type="checkbox"/> 03	Reunião Interdisciplinar / Conselho Local de Saúde / Controle Social	<input type="checkbox"/> 03	Diagnóstico do Território / Monitoramento do Território
		<input type="checkbox"/> 04	Planejamento / Monitoramento das Ações da Equipe
		<input type="checkbox"/> 05	Discussão de Caso / Projeto Terapêutico Singular
		<input type="checkbox"/> 06	Educação Permanente
		<input type="checkbox"/> 07	Outros

ATIVIDADE (Opção Única)*	
<input type="checkbox"/> 04	Educação em saúde
<input type="checkbox"/> 05	Aprendizado em Grupo
<input type="checkbox"/> 06	Avaliação / Procedimento Coletivo
<input type="checkbox"/> 07	Mobilização Social

PÚBLICO ALVO (Opção Múltipla)*		PRÁTICAS / TEMAS PARA SAÚDE (Opção Múltipla)*			
<input type="checkbox"/> 01	Comunidade em geral	<input type="checkbox"/> 01	Alimentação Saudável	<input type="checkbox"/> 18	Semana Saúde na Escola
<input type="checkbox"/> 02	Criança 0 a 3 anos	<input type="checkbox"/> 02	Aplicação tópica de Ror	<input type="checkbox"/> 19	Agaves Negligenciados
<input type="checkbox"/> 03	Criança 4 a 5 anos	<input type="checkbox"/> 03	Saúde Ocular	<input type="checkbox"/> 20	Antropometria
<input type="checkbox"/> 04	Criança 6 a 11 anos	<input type="checkbox"/> 04	Autocuidado de pessoas com Doenças Crônicas	<input type="checkbox"/> 21	Outros
<input type="checkbox"/> 05	Adolescentes	<input type="checkbox"/> 05	Cidadania e Direitos Humanos	<input type="checkbox"/> 22	Saúde Auditiva
<input type="checkbox"/> 06	Mulher	<input type="checkbox"/> 06	Saúde do Trabalhador	<input type="checkbox"/> 23	Desenvolvimento da Linguagem
<input type="checkbox"/> 07	Gravante	<input type="checkbox"/> 07	Dependência Química (Tabaco, Alcool e Outras drogas)	<input type="checkbox"/> 24	Verificação da Situação Vacinal
<input type="checkbox"/> 08	Homem	<input type="checkbox"/> 08	Envelhecimento (Climatério, Andropausa, etc.)	<input type="checkbox"/> 25	Programa Nacional de Controle do Tabagismo sessão 1
<input type="checkbox"/> 09	Familiares	<input type="checkbox"/> 09	Escovação Dental Supervisionada	<input type="checkbox"/> 26	Programa Nacional de Controle do Tabagismo sessão 2
<input type="checkbox"/> 10	Idoso	<input type="checkbox"/> 10	Plantas Medicinais / Fitoterapia	<input type="checkbox"/> 27	Programa Nacional de Controle do Tabagismo sessão 3
<input type="checkbox"/> 11	Pessoas com Doenças Crônicas	<input type="checkbox"/> 11	Práticas Corporais / Atividade Física	<input type="checkbox"/> 28	Programa Nacional de Controle do Tabagismo sessão 4
<input type="checkbox"/> 12	Usuário de Tabaco	<input type="checkbox"/> 12	Práticas Corporais e Mentais em PIC		
<input type="checkbox"/> 13	Usuário de Alcool	<input type="checkbox"/> 13	Prevenção da Violência e Promoção da Cultura da Paz		
<input type="checkbox"/> 14	Usuário de Outras Drogas	<input type="checkbox"/> 14	Saúde Ambiental		
<input type="checkbox"/> 15	Pessoas com Sofrimento ou Transtorno Mental	<input type="checkbox"/> 15	Saúde Bucal		
<input type="checkbox"/> 16	Profissional de Educação	<input type="checkbox"/> 16	Saúde Mental		
<input type="checkbox"/> 17	Outros	<input type="checkbox"/> 17	Saúde Sexual e Reprodutiva		

Nº CARTÃO SUS DO RESPONSÁVEL*	Cód. CHES UNIDADE*	Cód. EQUIPE (INE)*	Nº DE PARTICIPANTES	Nº DE AVALIAÇÕES ALTERADAS	RÚBRICA / CARIMBO DO PROFISSIONAL
_____	_____	_____	_____	_____	

(VERSO)

Nº	Nº CARTÃO SUS	DATA DE NASCIMENTO	AVALIAÇÃO ALTERADA	Obrigatório somente para Antropometria		PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO TABAGISMO	
				PESO (kg)	ALTURA (cm)	Cessou o hábito de fumar	Abandonou o Grupo
1		/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2		/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3		/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4		/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5		/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6		/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7		/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8		/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9		/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10		/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11		/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12		/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13		/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14		/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15		/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16		/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17		/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18		/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19		/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20		/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21		/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22		/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23		/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24		/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25		/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26		/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27		/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28		/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29		/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30		/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31		/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32		/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33		/ /	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo G - Formulário de Cadastro do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

	Ministério da Saúde/ SAS/ DAB/ CGAN SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL			
	Estabelecimento de Saúde		Nº CNES*	
	Equipe de Saúde		Nº INE (Identificador Nacional das Equipes)	
	Microárea			
Ficha: <input type="checkbox"/> Inclusão <input type="checkbox"/> Alteração				
DADOS CADASTRAIS				
Cadastro de domicílio				
Endereço completo (tipo de logradouro, nome do logradouro, número, complemento)*				
Bairro*	CEP	DDD	Telefone	
Cadastro do indivíduo				
NCNS (Nº Cartão Nacional de Saúde)**		CPF (Nº Cadastro de Pessoas Físicas)**		NIS (Nº Identificação Social)**
Nome completo (sem abreviaturas)*				Data de Nascimento* / /
Nome completo da mãe (sem abreviaturas)*			Nome completo do pai	
Sexo*	Raça / Cor*	Povo / Comunidade tradicional ^(V)	Escolaridade* ^(VI)	Situação familiar ^(VII)
<input type="checkbox"/> 1. Masculino <input type="checkbox"/> 2. Feminino	<input type="checkbox"/> 1. Branca <input type="checkbox"/> 2. Preta <input type="checkbox"/> 3. Amarela <input type="checkbox"/> 4. Parda <input type="checkbox"/> 5. Indígena			
Nacionalidade <input type="checkbox"/> Brasileira <input type="checkbox"/> Estrangeira	País de Origem	UF Nascimento*	Município Nascimento*	
Programas Vinculados:	<input type="checkbox"/> Programa Bolsa Família <input type="checkbox"/> SISVAN <input type="checkbox"/> PSE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL***				
Data do acompanhamento*: / /				
Criança (<10 anos)	Peso (em kg):	Altura (em cm):	Alimentação Materna**** ^(VIII)	Peso ao nascer (em gramas):
Adolescente (>10 e <20 anos)	Peso (em kg):	Altura (em m):		
Adulto (> 20 e < 60 anos)	Peso (em kg):	Altura (em m):	Circunferência da cintura (em cm):	Risco aumentado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Idoso (> 60 anos)	Peso (em kg):	Altura (em m):		
Gestante	Peso (em kg):	Altura (em m):	Peso pré-gestacional (em kg):	Data da última menstruação* / /
Doenças*:	Deficiências e/ou intercorrências*:		Tipo de Acompanhamento*:	
<input type="checkbox"/> Anemia falciforme <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Doenças cardiovasculares <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial Sistêmica <input type="checkbox"/> Osteoporose <input type="checkbox"/> Outras doenças <input type="checkbox"/> Sem doenças	<input type="checkbox"/> Anemia ferropriva <input type="checkbox"/> DDI (Distúrbio por Deficiência de Iodo) <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Infecções Intestinais Virais <input type="checkbox"/> IRA (Infecção Respiratória Aguda) <input type="checkbox"/> Hipovitaminose A <input type="checkbox"/> Outras deficiências e/ou intercorrências <input type="checkbox"/> Sem deficiências e/ou intercorrências		<input type="checkbox"/> Atendimento na Atenção Básica <input type="checkbox"/> Chamada Nutricional <input type="checkbox"/> Saúde na Escola <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

* Campos de preenchimento obrigatório.

** Apenas um dos campos de preenchimento obrigatório.

*** Para maiores informações sobre o registro do acompanhamento nutricional, consulte os materiais técnicos do SISVAN.

**** Campo obrigatório apenas para crianças menores de 2 anos.

Anexo H - Quadro de atribuições das escolas e equipes de saúde – 2014

Funções das escolas	Funções das equipes de SF
<ol style="list-style-type: none"> 1. Preencher/atualizar informações dos estudantes nas fichas do PSE. 2. Alimentação do Simec, FormSUS com os dados obtidos nas ações. 3. Realizar planejamento das ações juntos com a equipe de saúde. 4. Sensibilizar comunidade escolar para participar ativamente das ações. 5. Determinar uma pessoa de referência dentro da escola para se responsabilizar pelo PSE, facilitando o processo de comunicação. 6. Garantir fornecimento de estrutura na escola para realização das ações. 7. Garantir que as fichas de autoimagem e autorização para medicação (Campanha de Geo e Hanseníase) sejam recolhidas dentro do prazo acordado. 8. Garantir a presença de um representante da escola nas ações planejadas. 9. Se responsabilizar pelo armazenamento adequado de materiais do PSE. 10. Inserir os temas do PSE no Projeto Político Pedagógico da escola; 11. Acompanhamento compartilhado com a equipe de saúde dos casos que requerem cuidados; 12. Participar de formações. 13. Apresentar as devolutivas das ações na escola e consolidado para equipe gestora do PSE. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Planejar junto com a escola as ações. 2. Preencher as fichas conforme as ações realizadas. 3. Enviar aos Distritos Sanitários as fichas de atividade coletiva (e-SUS) e fichas Sisvan. 4. Executar as ações de prevenção, Promoção da Saúde e cuidado continuado. 5. Garantir referência e contra referência dos estudantes avaliados. 6. Determinar um técnico de referência para se responsabilizar pelo PSE na Unidade de Saúde. 7. Realizar ações de educação em saúde e matriciamento. 8. Garantir a presença de um representante da equipe nas reuniões e nas ações feita pelos parceiros. 9. Se responsabilizar pelo cuidado dos equipamentos e materiais do PSE. 10. Participar de formações. 11. Apresentar as devolutivas/resultados das ações do PSE na escola e consolidado para a gestão. 12. Acompanhamento compartilhado com a escola dos casos que requerem cuidados especiais.