

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM BIOCÊNCIAS E
SAÚDE – NÍVEL MESTRADO

GILSON FERNANDES DA SILVA

**O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA EM MUNICÍPIOS PARANAENSES NA
VISÃO DE GESTORES**

CASCAVEL-PR

Agosto/2016

GILSON FERNANDES DA SILVA

**O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA EM MUNICÍPIOS PARANAENSES NA
VISÃO DE GESTORES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Biociências e Saúde – Nível Mestrado, do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, como requisito para obtenção do título de Mestre em Biociências e Saúde.

Área de concentração: Práticas e Políticas de Saúde.

Orientador: Dra. Rosa Maria Rodrigues.

Coorientadora: Dra. Solange de Fátima Reis Conterno.

CASCAVEL-PR
Agosto/2016

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

S58p

Silva, Gilson Fernandes da

O Programa Saúde na Escola em municípios paranaenses na visão de gestores. /Gilson Fernandes da Silva. Cascavel, PR: UNIOESTE, 2016.

171 f.

Orientadora: Profª. Drª. Rosa Maria Rodrigues

Coorientadora: Profª. Drª. Solange de Fátima Reis Conterno

Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Campus de Cascavel, 2016.

Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Biociências e Saúde, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

1.Saúde. 2. Saúde escolar. 3. Serviços de saúde escolar. 4. Educação. 5. Promoção da saúde. I.Rodrigues, Rosa Maria. II. Conterno, Solange de Fátima Reis. III.Universidade Estadual do Oeste do Paraná. IV. Título.

CDD 21.ed. 613

CIP-NBR 12899

Ficha catalográfica elaborada por Helena Soterio Bejio CRB-9ª/965

FOLHA DE APROVAÇÃO

GILSON FERNANDES DA SILVA

**O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA EM MUNICÍPIOS
PARANAENSES NA VISÃO DE GESTORES**

Esta dissertação foi julgada adequada para a obtenção do título de Mestre em
Biotecnologia e Saúde e aprovada em sua forma final pelo Orientador e pela
Banca Examinadora.

Rosa Maria Rodrigues

Orientador: Prof.^a Dra. Rosa Maria Rodrigues

UNIOESTE

Cláudia Silveira Viera

Prof.^a Dra. Cláudia Silveira Viera

UNIOESTE

Lourdes Missio

Prof.^a Dra. Lourdes Missio

UEMS

CASCADEL-PR

(agosto/2016)

O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA EM MUNICÍPIOS PARANAENSES NA VISÃO DE GESTORES

O Programa Saúde na Escola (PSE), instituído em 2007, pelos Ministérios da Saúde e da Educação, objetiva ampliar o acesso da comunidade escolar aos serviços de saúde, contribuir para a formação integral dos estudantes, por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, e enfrentar as vulnerabilidades que podem comprometer o pleno desenvolvimento de crianças, adolescentes e jovens. O objetivo geral deste estudo foi analisar as ações para implantação do Programa Saúde na Escola, em municípios do Núcleo Regional de Educação Cascavel/PR e da 10ª Regional de Saúde no Paraná, na ótica dos gestores; os objetivos específicos foram reconhecer as ações de planejamento, avaliação e monitoramento para o desenvolvimento do PSE, a partir da compreensão dos gestores; caracterizar as ações desenvolvidas no PSE, nos municípios estudados, e identificar a relação entre os setores envolvidos na implantação do PSE. Trata-se de estudo exploratório, realizado por meio de pesquisa de campo. Foram coletados dados quantitativos, disponíveis no site do Ministério da Educação, em termos de pactuações dos municípios, e dados qualitativos, por meio de entrevistas com os gestores do Programa Saúde na Escola das Secretarias de Educação e Saúde, além de registros em diários de campo. Os dados quantitativos foram distribuídos em quadros e em tabelas de frequência; aqueles que foram produzidos nas entrevistas e nos diários de campo submeteram-se à análise de conteúdo na modalidade de análise temática. Após este processo foram submetidos à triangulação de fontes, como método de análise. Foram sujeitos de pesquisa 15 gestores, oito da área da saúde, sete da educação. Destacam-se, entre os gestores da saúde, os enfermeiros e, entre os da educação, os pedagogos. A triangulação das fontes mostrou as atividades para o planejamento, avaliação e monitoramento do PSE, bem como as ações levadas a efeito no desenvolvimento do PSE e a intersectorialidade vivenciada pelos gestores no desenvolvimento do PSE. Destacaram-se as ações previstas no componente I, voltadas para a avaliação do crescimento e desenvolvimento dos escolares como as mais frequentes. Dentre os componentes do PSE, o de maior fragilidade é o componente III, para a formação dos envolvidos no programa, configurando-se no menos pactuado e desenvolvido. Conclui-se que o PSE está implantado nos municípios estudados, porém, em estágios diferenciados. Os gestores afirmam que se sentem preparados para o desenvolvimento do PSE, o que está em contradição com os dados disponíveis no Simec, em que as ações para formação foram as menos evidenciadas. Os municípios têm se empenhado no desenvolvimento de ações, com vistas a garantir a integralidade da assistência, de forma que a intersectorialidade tornou-se uma estratégia importante para implementação de ações assistenciais e educativas, direcionadas para a saúde dos escolares. Entretanto, as ações do componente I foram as mais visibilizadas, o que pode indicar que persiste o foco no aspecto biológico ao se implementar o PSE na realidade estudada.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde, Saúde escolar, Serviços de saúde escolar, Educação, Promoção da saúde.

THE SCHOOL HEALTH PROGRAM IN MUNICIPALITIES OF THE STATE OF PARANA IN THE MANAGERS PERSPECTIVE

The School Health Program (*Programa Saúde na Escola* - PSE) established in 2007 by the Ministries of Health and Education, aims to increase access of the school community to health services, contribute to the integral formation of students through promotion, prevention and health care, and address vulnerabilities that could compromise the full development of children, adolescents and youth. The aim of this study was to analyze the actions for the implementation of the School Health Program in municipalities of the Regional Education Center of Cascavel / PR and the 10th Region of Health in Paraná, in the view of managers. The specific objectives were to recognize the action planning, monitoring and evaluation for the development of PSE, from the understanding of managers; characterize the actions developed in PSE in the municipal districts studied, and identify the relationship between the sectors involved in the implementation of PSE. It is an exploratory study, conducted through field research. Quantitative data were collected, available on the website of the Ministry of Education in accordance with the municipalities, and qualitative data through interviews with managers of the PSE of the Departments of Education and Health, as well as records in field diaries. Quantitative data were divided into tables and frequency tables; those that were produced in interviews and field diaries were submitted to content analysis in the form of thematic analysis. After this process the data were subjected to triangulation sources as a method of analysis. Research subjects were 15 managers, eight from the area of health, seven from education. It is important to note that among the health managers were nurses, and between education managers were pedagogues. Triangulation of sources showed the activities for planning, evaluation and monitoring of the PSE, as well as the actions undertaken in the development of PSE and the intersectoral approach experienced by managers in the development of PSE. Important to note is that the evaluation of growth and development of students is the most frequent objective set in component I. Among the PSE components, the weakest is component III, used for the training of those involved in the program, and is also the least developed and yet to be agreed. It was concluded that the PSE is deployed in the cities studied, however, at various stages. Managers say that they feel prepared for the development of PSE, which is in contradiction with the data available in SIMEC (Integrated Planning, Budget and Finance of the Ministry of Education in Brazil) where the actions for training were less evident. Municipalities have been engaged in development activities in order to ensure comprehensive care, so that the intersectoral approach has become an important strategy for the implementation of welfare and educational activities directed at the health of schoolchildren. However, the actions of component I were the most visible, which may indicate that the focus remains on the biological aspect to implement the PSE in the studied reality.

KEYWORDS: health, school health, school health services, education, health promotion.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
OBJETIVOS	17
OBJETIVO GERAL	17
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
2 SAÚDE DO ESCOLAR: ANTECEDENTES HISTÓRICOS E LEGAIS	18
2.1 A Saúde como Conteúdo Escolar: do Higienismo aos Parâmetros Curriculares Nacionais.....	22
2.2 O Programa Saúde na Escola.....	30
2.3 A Promoção da Saúde	34
2.4 Escolas Promotoras de Saúde	42
2.5 A Integralidade como referência para o Programa Saúde na Escola.....	47
2.6 Intersetorialidade e Interdisciplinaridade: estratégia de ação do Programa Saúde na Escola	50
3. METODOLOGIA	54
3.1 Tipo de Estudo	54
3.2 Campo de Pesquisa	54
3.3 Sujeitos do Estudo	56
3.4 Métodos e Técnicas	57
3.5 Análise dos dados	59
3.6 Aspectos Éticos.....	60
4 RESULTADOS	62
4.1 Caracterização dos sujeitos	62
4.2 O Programa Saúde na Escola na realidade estudada	63
4.3 Percepção dos gestores sobre o programa saúde na escola.....	81
5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	102
5.1 Análise por Triangulação de Fontes.....	102
5.1.1 O planejamento, avaliação e monitoramento do PSE	102
5.1.2 As ações realizadas a efeito no desenvolvimento do PSE.....	106
5.1.3 A Intersetorialidade Vivenciada pelos Gestores no Desenvolvimento do PSE	113
6 CONCLUSÃO	116
7 REFERÊNCIAS	120

APÊNDICE I – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS COM OS GESTORES DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS PESQUISADOS.....	131
APÊNDICE II– INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS COM OS GESTORES DOS SERVIÇOS DE EDUCAÇÃO DOS MUNICÍPIOS PESQUISADOS.....	132
APÊNDICE III.....	133
FORMULÁRIO PARA REGISTRO DOS DADOS DO DIÁRIO DE CAMPO.....	133
APÊNDICE IV – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	134
APÊNDICE V – ARTIGO SUBMETIDO A REVISTA.....	129
ANEXO I – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	168
ANEXO II – DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO.....	171

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição dos sujeitos quanto à formação profissional. Cascavel/PR, 2015.....62

Tabela 2: Distribuição dos sujeitos quanto ao cargo/função que ocupam. Cascavel/PR, 2015.....62

Tabela 3: Informações sobre recursos definidos para os municípios pesquisados, conforme a Portarias MS nº 3.014/2011, MS nº 524/2012 e MS nº 2.608/2013.....65

Tabela 4: Pactuações realizadas pelos municípios pesquisados, conforme a Portaria nº 1.067, de 23 de julho de 2015.....66

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Dados do componente II no município 1 de 2013 a 2015.....	67
Quadro 2: Dados do componente II no município 2 de 2013 a 2015.....	68
Quadro 3: Dados do componente II no município 3 de 2013 a 2015.....	69
Quadro 4: Dados do componente II no município 4 de 2013 a 2015.....	71
Quadro 5: Dados do componente II no município 5 de 2013 a 2015.....	72
Quadro 6: Ações dos componentes I e II pactuadas pelos Municípios 1, 2, 3, 4 e 5 conforme Termo de Compromisso do Programa Saúde na Escola. Cascavel/PR, 2015.....	73
Quadro 7: Frequência das ações realizadas no componente II nos municípios 1, 2, 3, 4, 5.....	75
Quadro 8: Ações dos componentes III realizadas pelos Municípios 1, 2, 3, 4 e 5, no ano de 2013, conforme dados do Sistema Integrado de Monitoramento Execução e Controle (Simec).....	77
Quadro 9: Ações dos componentes III realizadas pelos Municípios 1, 2, 3, 4 e 5, no ano de 2014, conforme dados do Sistema Integrado de Monitoramento Execução e Controle (Simec).....	78
Quadro 10: Ações dos componentes III realizadas pelos Municípios 1, 2, 3, 4 e 5, no ano de 2015, conforme dados do Sistema Integrado de Monitoramento Execução e Controle (Simec).....	79
Quadro 11: Ações do componente III pactuadas pelos Municípios 1, 2, 3, 4 e 5, conforme Termo de Compromisso do Programa Saúde na Escola. Cascavel/PR (2015).....	80
Quadro 12: Sistematização dos diários de campo nos municípios pesquisados expondo data da entrevista, sujeitos entrevistados, local de atuação e informações do diário de campo.....	98

LISTA DE ABREVIATURAS

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva
AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CISOP – Consórcio Intermunicipal de Saúde do Oeste do Paraná
CMEIS – Centro Municipal de Educação Infantil
CRAS – Centro de Referência de Assistência Social
DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis
EPS – Escolas Promotoras de Saúde
ESF – Estratégia de Saúde da Família
E-sus AB – Estratégia da Atenção Básica
FAE – Fundação de Assistência ao Estudante
GE – Gestor de Educação
GR – Gestor Regional
GS – Gestor da Saúde
GTI – Grupo de Trabalho Intersetorial
GTIm – Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal
HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica
IST – Infecção Sexualmente Transmissível
MEC – Ministério da Educação
MS – Ministério da Saúde
NRE – Núcleo Regional de Educação
OMS – Organização Mundial de Saúde
OPAS – Organização Pan Americana de Saúde
PAB – Piso da Atenção Básica
PCN – Parâmetros Curriculares Nacionais
PNPS – Política Nacional de Promoção da Saúde
PNSE – Programa Nacional de Saúde Escolar
PS – Promoção da Saúde
PSE – Programa Saúde na Escola
RAS – Rede de Atenção à Saúde

REPS – Rede Latino Americana de Escolas Promotoras de Saúde

SESP – Serviço Especial de Saúde Pública

SIMEC – Sistema Integrado de Monitoramento Execução e Controle

SPE – Saúde e Prevenção nas Escolas

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

1 INTRODUÇÃO

A proposta de desenvolvimento dessa pesquisa surgiu a partir das experiências vivenciadas na prática profissional, no campo da atenção básica em saúde, o que permitiu observar dificuldades para implementar ações intersetoriais. Dentre essas dificuldades, destaca-se a falta de articulação entre os serviços de saúde e as escolas, no desenvolvimento de ações voltadas para o âmbito escolar.

Nesse contexto, as intervenções vivenciadas do setor saúde, no ambiente escolar, eram direcionadas para o desenvolvimento de atendimentos de vacinação, palestras sobre sexualidade, orientações sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), entre outras, as quais careciam, muitas vezes, de planejamento e articulação entre os profissionais da saúde e da escola; os professores realizavam ações ligadas à prevenção, mas, ao identificar possíveis problemas de saúde nos escolares, a prática comum era a indicação de consulta com especialistas. O encaminhamento, o diagnóstico e o tratamento assistencial do aluno não estabeleciam vínculos, primeiramente, com o setor saúde, com a Unidade Básica de Saúde. Tal vivência despertou o interesse por estudar a relação entre os setores da saúde e educação, a partir do Programa Saúde na Escola (PSE).

A emergência das ações de saúde na escola data do final do século XVIII e início do século XIX, na Alemanha, a partir da elaboração do Sistema Frank, realizado pelo médico alemão Johann Peter Frank. O sistema levava em consideração, além da saúde escolar, diversos aspectos da saúde pública e individual, tais como os sociais, culturais, biológicos, econômicos, demográficos, entre outros (FIGUEIREDO; MACHADO; ABREU, 2010), como intervenientes no processo de adoecer e ser saudável.

Desde sua criação até a atualidade, quando se colocou na pauta das políticas públicas, que atribuem à escola o papel de implementar ações potencializadoras das possibilidades de produzir saúde, há uma construção histórica, a qual pode ser tomada como subsídio para o estudo das políticas atuais, relacionadas à saúde escolar.

A saúde e a educação são campos de serviços organizados para reprodução de grupos ou populações, reconhecidamente fundamentais nas sociedades modernas. Quando tratada no ambiente da escolarização formal, a relação saúde educação toma contornos específicos, delimitando um campo em que os

profissionais de saúde e educação devem se encontrar e, para o qual, políticas específicas devem ser propostas e implementadas.

Saúde escolar é, nessa perspectiva, o encontro entre os saberes e as práticas de profissionais de saúde e da educação, visando o desenvolvimento das ações dos dois campos, que se tocam diretamente. Este encontro deve estar alicerçado em uma concepção ampliada do processo saúde-doença e educação, produzindo ações que contribuam com a emancipação dos escolares; além disso, deve objetivar torná-los sujeitos e não objetos, tomados como depositários de ações de saúde, no ambiente privilegiado que é a escola. Nessas ações, estão reunidos, para fácil acesso, um grupo populacional importante, que é visto como passível de ser educado, a fim de reproduzir sua existência de forma saudável.

Em seu ponto de partida e como extremos em uma linha temporal, identifica-se a escola como espaço reprodutor do ideal higienista, a disseminar regras de civilidade e normas de higiene, nos séculos XIX e XX. “No outro extremo temporal, os debates mais recentes dariam conta de pautar a escola como local de promoção da saúde” (CASEMIRO; FONSECA; SECCO, 2014, p. 830).

Na contemporaneidade, as ações oficiais, que deram a conotação da educação escolar, pautada na promoção da saúde (PS), tiveram início nos anos de 1990, quando a Organização Pan Americana da Saúde (OPAS), em 1995, criou a Rede de Escolas Promotoras da Saúde incentivando os países a conformarem suas políticas públicas de saúde escolar, ancoradas nesse referencial. A partir de então, estabeleceram-se as orientações para a criação de Escolas Promotoras de Saúde (EPS) (CASEMIRO; FONSECA; SECCO, 2014).

No Brasil, as orientações da OPAS ganharam ressonância em 2005, somadas a outros movimentos que, desde o século passado, buscavam viabilizar ações de saúde no espaço escolar, quando o Governo Federal emitiu a Portaria Ministerial nº 749/2005, constituindo a Câmara Intersetorial para a elaboração de diretrizes, que subsidiariam a Política Nacional de Educação em Saúde na Escola (BRASIL, 2005a). Tal portaria foi substituída, em 2006, pela Portaria Interministerial nº 1820/2006, em seus artigos 1º, 2º e 3º, para constituir a gestão da Câmara de forma compartilhada entre os Ministérios da Saúde (MS) e Ministério da Educação (MEC) (BRASIL, 2006), indicando um princípio fundamental da saúde escolar, o qual seria a intersetorialidade, posteriormente, inserida nos documentos oficiais.

A saúde escolar se oficializou em uma política pública no ano de 2007, quando, por Decreto Presidencial, instituiu-se o Programa Saúde na Escola (PSE) – Decreto nº 6.286 de 5 de dezembro de 2007, que vigora até o momento (BRASIL, 2007a). Esse movimento histórico e legal será abordado de forma detalhada na continuidade da exposição da pesquisa, compondo um texto à parte, como suporte para integrar a proposta desse estudo.

Registram-se os alicerces do PSE, que servem como elementos balizadores de sua análise, quais sejam: a necessidade da intersetorialidade; a sua estruturação, pautada nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), com destaque para a integralidade, quando prevê que as ações do PSE contemplem a atenção, promoção, prevenção e assistência à saúde dos escolares. A promoção da saúde, como expressado acima, foi o conceito articulador das iniciativas de estruturação de políticas para o ambiente escolar, merecendo atenção especial.

Os elementos que compuseram a política brasileira, quanto ao PSE, foram discutidos por especialistas da área nos anos de 1990, que consideravam que as ações deveriam: 1) articular os setores de educação e saúde, no sentido de definir políticas e estratégias para uma atuação conjunta; 2) construir perspectiva interdisciplinar e multiprofissional, enquanto quadro de referência para a promoção; 3) compreender a realidade em que se situam as ações de promoção da saúde escolar; 4) envolver os grupos de alunos, famílias e educadores na promoção das ações; 5) compreender as demandas específicas dos alunos; 6) prever momentos e espaços em que se possa refletir criticamente a promoção desenvolvida, no sentido de se redirecionar as ações futuras (FERRIANI; GOMES, 1997).

Na realidade regional, o processo de implementação do Programa deu-se a partir do ano de 2009, com a adesão dos municípios da região Oeste do Paraná, que apresentaram seus projetos aos Ministérios da Saúde e da Educação, os quais, a partir de 2013, foram formalizados por meio de termo de compromisso, conforme preconiza a legislação regulamentadora do PSE.

Apesar de o Programa ter sido instituído recentemente, essa ideia de realizar intervenções e ações de saúde na escola é antiga. Atualmente, estudos ressaltam a importância de ações integradas com característica interdisciplinar e intersetorial, destacando-se os estudos realizados por Santiago *et al.*, (2012), sobre a implantação do Programa Saúde na Escola em Fortaleza-CE: atuação de equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF), concluindo que a relação entre os adolescentes

e os profissionais de saúde ainda é restrita, mas que o PSE torna-se oportunidade para estabelecer vínculo e manter uma corresponsabilização e postura de confiança entre os adolescentes e ESF. Essa aproximação da escola com a equipe de ESF possibilitou aos profissionais da saúde a percepção do seu papel social de educador, estabelecendo maior contato entre adolescentes e equipe de saúde.

Outro estudo voltou-se para o olhar dos profissionais de uma Unidade Básica de Saúde, observando a implantação do Programa Saúde na Escola, o qual concluiu que as equipes desconhecem o PSE; apresenta pouca capacidade de argumentar sobre a avaliação do programa em relação a seus aspectos positivos e negativos, mas julgam ser importante o PSE para a comunidade local (JACOUÉ *et al.*, 2014).

Estudo realizado por Ferreira *et al.*, (2014), sobre as percepções de gestores locais acerca da intersetorialidade no Programa Saúde na Escola, concluiu que os participantes da referida pesquisa possuem conhecimentos para o desenvolvimento do trabalho intersetorial, passando pelo processo de aprendizagem, envolvendo mudanças e superação de modelos antigos de gestão, a fim de fortalecer esse processo, o qual deve objetivar o alcance das capacitações contínuas e permanentes para os gestores e os profissionais envolvidos no PSE.

Nesse sentido, é necessário que os personagens envolvidos atuem de forma integrada e planejada, realizando intervenções e diagnósticos adequados, que considerem o contexto histórico e social do espaço onde estejam atuando. Para que o PSE seja implementado nesse contexto intersetorial, é necessário o planejamento de ações que respeitem o contexto escolar e social, o diagnóstico local e a capacidade operativa em saúde do escolar (GOMES, 2012).

Conforme o art. 4º do Decreto que instituiu o PSE, as ações em saúde deverão considerar a atenção, promoção, prevenção e assistência e serão desenvolvidas por meio da articulação entre a rede pública de educação básica, envolvendo e atendendo os princípios e diretrizes estabelecidas pelo SUS (BRASIL, 2007a).

O PSE estrutura-se em três componentes: o componente I, no qual concentram-se as ações de avaliação clínica e psicossocial dos escolares; o componente II, no qual é possível encontrar as atividades de promoção e prevenção à saúde, e o componente III, no qual se verificam as ações de formação dos profissionais envolvidos em sua execução (BRASIL, 2011a). Considerando sua criação, no ano de 2007, identifica-se que há condições de levar a efeito estudos

que investiguem elementos inerentes à sua implementação, tais como a visão das pessoas envolvidas.

Em cumprimento ao Decreto Presidencial nº 6.286, que instituiu o PSE, a 10ª Regional de Saúde tem buscado a implantação do Programa nos municípios de sua responsabilidade, desde 2009, por meio da intersetorialidade entre as secretarias de saúde e educação.

Aproximações da realidade do PSE, numa perspectiva de produzir dados que auxiliem em sua avaliação, podem contribuir para a solução de problemas, ao identificar as dificuldades desse programa, bem como propor possíveis caminhos alternativos – os quais possam compor a melhoria da qualidade do seu processo de implantação, nessa realidade específica - passados nove anos do Decreto que o institui.

Questiona-se: qual a visão dos gestores do PSE em relação à implantação do Programa em municípios que primeiro o implantaram na região de saúde da 10ª Regional de Saúde/PR e no NRE de Cascavel/PR? Pressupõe-se que os gestores tenham sido preparados para desenvolver o programa e que as ações desenvolvidas estão alcançando a intersetorialidade, a integralidade e a promoção da saúde dos escolares.

Espera-se contribuir para a reflexão sobre o processo de implantação do PSE, especialmente no que se refere à articulação entre a Saúde e Educação, a partir da intersetorialidade, conforme diretrizes propostas pelo programa, promovendo ações efetivas, por meio da integralidade, a fim de estimular a mudança da atenção exclusivamente biológica, visando alcançar a promoção da saúde das crianças e adolescentes.

Considera-se que a efetiva implantação do PSE pode contribuir para a efetividade das ações, por meio da construção de setores integrados, intersetorializados e participativos, tornando-se um espaço com discussão sobre os fatores sociais, além de fortalecer a participação da comunidade escolar na gestão participativa do SUS.

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

- Analisar as ações para implantação do Programa Saúde na Escola, em municípios do Núcleo Regional de Educação Cascavel/PR e da 10ª Regional de Saúde no Paraná, na ótica dos gestores.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Reconhecer as ações de planejamento, avaliação e monitoramento para o desenvolvimento do PSE, a partir da compreensão dos gestores;
- Caracterizar as ações desenvolvidas no PSE, nos municípios estudados;
- Identificar a relação entre os setores envolvidos na implantação do PSE.

2 SAÚDE DO ESCOLAR: ANTECEDENTES HISTÓRICOS E LEGAIS

Ações voltadas à saúde do escolar, em âmbito mundial, têm seus primórdios no final do século XVIII e início do século XIX, por meio do trabalho de Johann Peter Frank (1745-1821), médico alemão que elaborou o sistema Frank, publicado na Alemanha, em 1779. Constituída por nove volumes, a obra é considerada um marco a respeito das relações entre saúde e doença. Seu conteúdo contemplava não apenas a saúde escolar, mas incluía em sua abordagem a saúde pública e individual, ressaltando aspectos como a demografia, casamento, procriação, puerpério, saúde infantil, medicina militar, doenças infectocontagiosas, vestuário, esgotos, suprimento de água e prevenção de acidentes (FIGUEIREDO; MACHADO; ABREU, 2010).

Segundo Lima (1985), com o Sistema Frank, Johann Peter Frank tornou-se reconhecido como o Pai da Saúde Escolar, pois a sua obra dispunha sobre o atendimento escolar e a supervisão das instituições educacionais, abordando desde a prevenção de acidentes até a higiene mental, assim como a elaboração de programas de atletismo até a iluminação, aquecimento e ventilação das salas de aula.

A Europa, na Segunda metade do século XIX, passava por um momento de crescente industrialização e urbanização, com grande número de fábricas e aumento da aglomeração humana nas cidades, na busca por emprego e melhores condições de vida. Nesse contexto, pioraram as condições de vida da população pobre, o que levou ao aumento do número de epidemias, situação que exigiu uma intervenção do Estado na sociedade, no que se referia à saúde (LIMA, 1985).

Posteriormente, no início do século XX, os Estados Unidos passaram a influenciar a saúde escolar brasileira, sendo que muitos médicos brasileiros, que assumiram importantes cargos de direção na saúde, especializaram-se nos Estados Unidos e procuraram implantar reformas no setor da saúde, baseando-se nas experiências desenvolvidas naquele país. Além disso, a primeira escola de enfermagem no Brasil foi criada com o apoio da Fundação Rockefeller, sediada nos Estados Unidos. As primeiras referências relacionadas com a preocupação da saúde escolar no Brasil datam de meados do século XIX (LIMA, 1985).

Foi, portanto, a partir de 1850, dadas a necessidade de controlar as epidemias de febre amarela, cólera e varíola que acometiam a cidade do Rio de Janeiro, que se organizaram as primeiras ações de intervenção na saúde escolar.

Entretanto, o destaque dado à escola era o de um lugar onde se reunia gente, que necessitava ser fiscalizada, mas, a partir de 1900, a higiene escolar foi impulsionada com a sua institucionalização, em alguns estados brasileiros (LIMA, 1985).

Conforme Ferriani e Gomes (1997), a partir de 1889, devido ao agravamento dos problemas de saúde pública no Brasil, criou-se o serviço de inspeção higiênica, tornando-se uma das primeiras medidas relacionadas aos serviços de saúde pública, posteriormente, estendida ao ambiente escolar, à época reconhecido como ambiente também responsável pelas ações de saúde.

Essa discussão foi impulsionada no século XX, a partir da transição da ação da polícia médica para a educação sanitária, com a finalidade de disciplinar os alunos por meio de hábitos higiênicos (FIGUEIREDO; MACHADO; ABREU, 2010).

Inicialmente, a saúde escolar tinha como preocupação central a relação ensino-aprendizagem, especialmente, com a não aprendizagem das crianças reafirmando posições medicalizantes, as quais entendiam que os problemas pedagógicos poderiam ser resolvidos pela atuação de profissionais de saúde na escola. Esse contexto inicial baseava-se nos preceitos da puericultura, higiene pública e da clínica (SILVA, 2002).

Como já indicado, a partir de 1850 ocorreram as primeiras ações sobre saúde escolar no Brasil, quando, por meio de um decreto criado pelo Barão do Lavradio, em 1889, regulamentou-se a inspeção das escolas públicas e privadas, dando impulso no país à higiene escolar. O início do século XX foi marcado pela imigração, o que era essencial para a expansão da cafeicultura; o país, nessa época, vivenciava uma crise na saúde pública (LIMA, 1985).

Doenças como a varíola, que estava erradicada em todo o mundo, tornavam-se um problema de saúde pública, associada à epidemia de cólera e peste bubônica, o que comprometia as atividades do comércio; ainda havia a preocupação com as epidemias de doenças usuais como a febre amarela e incidência de doenças que, ainda hoje, são comuns em nossa realidade, tais como malária, sífilis, tuberculose e hanseníase, que apresentavam alta mortalidade em geral e em especial nas crianças, as quais, além disso, eram vítimas de diarreias e doenças como sarampo, tétano, coqueluche e difteria (LIMA, 1985).

Segundo Silva (2002), o entendimento da época era de que os problemas seriam resolvidos pautados em propostas individuais, como: higienização dos corpos

e dos espaços, proporcionando controle e vigilância, abrangendo os escolares, professores e a realização de educação sanitária e cuidados à saúde da criança.

A saúde escolar ou mais propriamente a higiene escolar da época resultou da interseção de três doutrinas: a da polícia médica, pela inspetoria das condições de saúde dos envolvidos com o ensino; a do sanitarismo, pela prescrição a respeito da salubridade dos locais de ensino; a da puericultura, pela difusão de regras de viver para professores e alunos, bem como da interferência em favor de uma pedagogia mais fisiológica, isto é, mais adequada aos corpos escolares aos quais se aplicasse (LIMA, 1985).

As três doutrinas médicas contribuíram para a consolidação da saúde escolar, embasada num corpo de conhecimentos científicos e legitimada no âmbito da medicina e da sociedade em geral, como política estatal de assistência à saúde da população. A Saúde escolar Brasileira foi organizada, inicialmente, sob influência das experiências vivenciadas na Europa (FERRIANI, 1991).

No Brasil, no período de 1889 e 1920, houve aumento do número de instituições escolares, de forma que ocorreu a construção e expansão de escolas primárias, secundárias, além da emergência de algumas escolas superiores (FERRIANI, 1991, p. 83). Apesar do esforço em ampliar a rede de ensino no país, nesse período, não é possível afirmar que houve a universalização da escola. No campo da saúde, as ações estavam voltadas para o sanitarismo e as ações de saúde na escola vinculavam-se à ideia de diminuir o fracasso escolar (FERRIANI, 1991).

Ainda em 1889, surgiu o movimento de proteção à saúde dos escolares, tendo como seu principal idealizador e incentivador o médico Moncorvo Filho, considerado o pai da Saúde Escolar e da Pediatria no Brasil, cujo movimento procurava desenvolver ações assistenciais de proteção higiênica nas coletividades infantis, evidenciando a necessidade da inspeção médica nas escolas (FERRIANI; GOMES, 1997).

Nas instituições privadas, em 1890, surgiu a inspeção médica escolar com a elaboração de uma ficha para o atendimento dos alunos; nesse contexto, o discurso médico valorizava a inspeção médica dos alunos. No entanto, até 1911, tal iniciativa, não foi além da declaração de intenções, existindo apenas a inspeção higiênica dos locais, referente à limpeza dos prédios e à detecção das moléstias contagiosas (FERRIANI; GOMES, 1997).

No início do século XX foram criados, pelo médico Arnaldo Vieira de Carvalho, um curso sobre higiene escolar para médicos e um curso teórico prático de higiene e puericultura para professores e outros interessados, ambos anexos à cadeira de Higiene da Faculdade de Medicina do Estado de São Paulo para:

Ampliar e desenvolver o ensino de higiene escolar e da inspeção médica, para conseguir o tratamento das crianças nas escolas;
Preparar os alunos da Faculdade de Medicina que desejarem especializar-se para o exercício do cargo de médicos escolares;
Habilitar as enfermeiras escolares (LIMA, 1985, p. 113).

No período de 1920 a 1960, um empreendimento renovador na educação emergiu dos movimentos da escola nova, com a reforma da escola normal e a inserção das disciplinas de puericultura e higiene em seu currículo (FERRIANI; GOMES, 1997).

Notam-se as primeiras iniciativas voltadas para o campo da saúde escolar, imprimindo uma forma mais institucional; criou-se, em 1938, o Serviço de Saúde Escolar do Departamento de Educação do estado de São Paulo. Nesse período, houve a criação do Instituto de Higiene e dos centros de Saúde sob a influência norteamericana no setor saúde, trazida pelo convênio estabelecido com a fundação Rockefeller. Na educação sanitária, o surgimento da educadora sanitária, em virtude da ausência do profissional enfermeiro, foi uma alternativa para atuar como instrumento da ação educativa nas escolas (FERRIANI, 1991).

Desse modo, em 1930, a puericultura difundiu-se e institucionalizou-se na sociedade brasileira, sendo o seu discurso e prática incorporados pela chamada legislação social da época (FERRIANI, 1991).

A partir dos anos de 1940, marca-se a história da Saúde Escolar, sendo sua atuação intensificada principalmente nos grandes centros urbanos, como Rio de Janeiro e São Paulo, por meio de ações nas escolas com intervenções médico-odontológicas, vacinações, orientações de hábitos saudáveis e encaminhamento para clínicas especializadas (SILVA, 2002).

Até 1960, as ações de saúde escolar refletiram as diretrizes da política da saúde no país, de forma que foram enfatizados os atendimentos médicos individualizados sobre as práticas sanitárias, com crescimento do número de hospitais particulares e equipamentos. Nesse sentido, chamava a atenção a incipiente, quase inexistente, assistência prestada ao escolar nos centros de saúde.

O descaso com o atendimento escolar pode ser explicado pelo fato da faixa etária que, a essa época, não apresentava altos índices de morbidade (FERRIANI, 1991; LIMA, 1985).

A organização das ações de saúde voltadas ao escolar no Brasil, ao longo dos anos, apresentou diversas propostas, respaldadas em diferentes concepções de saúde e de assistência aos escolares. Cabe registrar que as ações de saúde escolar, a partir de 1938, vincularam-se à esfera exclusiva do setor educacional, pois era forte a ideia de que a educação, a informação seriam elementos centrais para a promoção da saúde dos sujeitos em idade escolar (FERRIANI; GOMES, 1997).

No final da década de 1970 e no decorrer dos anos de 1980, houve intenso debate no campo da saúde, promovido pelo Movimento da Reforma Sanitária, o qual estabeleceu as bases teóricas e políticas para a criação do SUS, gerando uma nova direção e organização às diversas práticas de assistência. Portanto, as ações de saúde escolar deveriam estar articuladas ao setor saúde, respeitando os princípios doutrinários e organizativos no sistema de saúde (FERRIANI; GOMES, 1997).

Apesar disso, em 1984, foi instituído o Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE), pelo Ministério da Educação, como uma proposta oficial, criada a partir da Resolução nº 24 da extinta Fundação de Assistência ao Estudante (FAE). O PNSE estava articulado ao setor da educação com pouca ou nenhuma articulação com a saúde. O objetivo central do PNSE era o de promover a saúde escolar do então ensino de 1º grau da rede pública, com base em ações educativas, preventivas e curativas nas áreas de saúde, odontologia e oftalmologia, sem um vínculo efetivo com o setor saúde (BRASIL, 2005b).

É possível indicar que as ações realizadas no campo da saúde escolar, até meados dos anos 2000, vincularam-se a uma concepção campanhista, restritas a ações esporádicas e sem relação orgânica com o setor saúde, além de ações focalizadas, distantes, portanto, dos princípios e diretrizes do SUS, política oficial implementada no Brasil, desde início dos anos 1990.

2.1 A Saúde como Conteúdo Escolar: do Higienismo aos Parâmetros Curriculares Nacionais

No Brasil, desde o início do século passado, a saúde foi recrutada como conteúdo importante a ser tratado na formação dos sujeitos em idade escolar. A

escola passou a ser espaço de correção de atitudes consideradas indesejadas e inapropriadas para a manutenção da saúde, tendo a tarefa de difundir hábitos saudáveis a serem assimilados pelos alunos, potenciais trabalhadores urbanos.

A instituição escolar foi tomada como campo disciplinarizador da sociedade, de forma geral, e das condutas em saúde, de forma mais específica. A higiene, enquanto corpo de conhecimento, que visava controlar o ambiente urbano e os comportamentos individuais, foi introduzida como disciplina escolar, com o objetivo de difundir, além de valores morais e normas de asseio, os pressupostos do eugenismo no Brasil (COSTA, 1987; LIMA, 1985; LARROCA, MARQUES, 2010).

A escola tornou-se lócus de prescrições de medidas sanitárias, buscando a formação de sujeitos adequados aos padrões de civilidade e socialmente higienizados: “As práticas de higiene e eugenia associaram-se como estratégia para o aperfeiçoamento do povo e do progresso do país” (OLIVEIRA; GODOY; VOGT, 2008, p. 13). Então, teve seu conceito construído por Francis Galton, em 1883, o qual a entendia como uma ciência que promoveria a melhoria da raça humana, ao propor que as características e qualidades humanas resultavam centralmente da herança genética de grupos considerados superiores. Dessa forma, a eugenia colaboraria com o progresso da sociedade ao, ideologicamente, defender que as qualidades, as características, os traços “superiores” fossem passadas para as gerações futuras (CASTAÑEDA, 2003).

Entre os anos de 1910 a 1940, o movimento eugênico ganhou notoriedade no Brasil por meio de estudos, trabalhos acadêmicos e pela própria organização política do Estado (CASTAÑEDA, 2003; COSTA, 1987). O Estado brasileiro explicitou seu apreço pelo eugenismo ao gravar, no texto da Constituição da República de 1934, que caberia à União, aos estados e aos municípios, dentre outras funções a de:

[...]

- b) estimular a educação eugênica;
- e) proteger a juventude contra toda exploração, bem como contra o abandono físico, moral e intelectual;
- f) adotar medidas legislativas e administrativas tendentes a restringir a moralidade e a morbididade infantis; e de higiene social, que impeçam a propagação das doenças transmissíveis;
- g) cuidar da higiene mental e incentivar a luta contra os venenos sociais (BRASIL, 1934, p. 35-36).

Há que se destacar que o contexto político, econômico e cultural do início do século passado foi terreno fértil para a emergência das teses eugênicas, ancoradas

no projeto republicano de civilizar o país, de colocar a nação sob a insígnia da ordem e do progresso, somado a uma política governamental centralizadora e, por vezes, imperiosa, em que o “[...] discurso eugênico buscou legitimar o regime autoritário e apresentou um projeto de higienização capaz de sufocar não apenas as doenças, mas todas as contradições sociais” (COSTA, 1987, p. 22).

A eugenia evidenciou-se na prática social brasileira em duas formas/modos, ora ou concomitantemente por meio de ações restritivas e ou por ações construtivas/preventivas. As ações restritivas relacionaram-se à formação de leis que visavam regulamentar os casamentos, segregar pessoas com alguma deficiência e a promover a esterilização, como formas de coibir a reprodução de pessoas fora dos padrões desejáveis (CASTAÑEDA, 2003; COSTA, 1987).

As ações construtivas da eugenia relacionaram-se à educação higiênica e à difusão de seus pressupostos, por meio de propagandas em diversos e diferentes meios de comunicação. “[...] a eugenia preventiva, que se constituía propriamente na higiene da raça e preocupava-se com a puericultura, a educação sexual e a orientação pré-natal” (CASTAÑEDA, 2003, p. 915).

A eugenia construtiva utilizou-se da persuasão, por meio de ações educativas, inclusive da escola, via educação higiênica, a qual buscava replicar as normas de controle dos problemas que atingiam a saúde. “A saúde individual passava a ‘base da estabilidade e segurança da nação’ e a escola ganhava sobre suas costas um novo dever, além do de ensinar – a de ser agente terapêutico, de curar os males físicos” (LIMA, 1985, 126-127).

Diante dessas constatações, é possível indicar que o ensino da saúde na escola emergiu, no início do século passado, e se desenvolveu de forma prescritiva, restritiva e normatizadora, ao focar-se nas regras do bom viver e nos hábitos tidos como os mais adequados para se ter saúde. “A higiene escolar buscou a criação de técnicas de regulação e normatização visando à própria vida cotidiana. Objetivou o enquadramento dos modos e atitudes infantis, pensando educar higienicamente todo o povo” (COSTA, 1987, p. 25).

Melo (1987), ao realizar levantamento sobre a educação sanitária, referente ao ensino de higiene ou de saúde nas escolas, em revistas de saúde pública no Brasil, no período de 1920 a 1975, efetuou um mapeamento das ações que foram realizadas nesse período. De acordo com o estudo, dos anos de 1930 aos de 1937, houve um momento de retração de ações educativas em saúde, fato que pode ser

evidenciado pela falta total de publicação sobre educação sanitária. Cabe destacar que, quando o presidente Getúlio Vargas assumiu a direção política do país, retomou-se, no campo da saúde, a lógica da polícia médica, ou seja, investia-se mais em ações de controle da população do que em ações educativas.

A partir da década de 1940, as ações educativas em saúde foram retomadas com um novo discurso. A ênfase recaía no desenvolvimento de práticas de educação em saúde como instrumentos de intervenção social e modernização, principalmente, na educação do homem rural. Em 1942, foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), com o intuito de promover práticas sanitárias em regiões afastadas dos centros urbanos, mas produtoras de diversas matérias primas. Há que se destacar que o Brasil havia selado um acordo com os Estados Unidos, tendo por objetivo a exploração da borracha e minérios, bem como o aumento da produção de alimentos (MELO, 1987). “As exigências de modernização visavam tirar o homem rural do atraso cultural e integrá-lo no processo de desenvolvimento” (MELO, 1987, p. 36).

Os anos de 1940 a 1960, segundo Melo (1987), podem ser considerados como o período áureo da educação sanitária no Brasil. Nesse contexto, as práticas educativas foram integradas às políticas oficiais como aporte à construção da ideologia da integração dos setores sociais, considerados atrasados no desenvolvimento; a educação para saúde passou a ser ferramenta para romper barreiras sociais, fortalecendo a ideia que a educação teria papel decisivo nas condições de saúde da população.

Somente mais tarde o ensino da saúde se tornou obrigatório nas escolas brasileiras. A aprovação da Lei Federal nº 5.692 de 1971 estabeleceu, de forma genérica, a inclusão de Programas de Saúde nos currículos plenos dos estabelecimentos de ensino de 1º e 2º graus (BRASIL, 1971).

A referida Lei regulamentou e fixou as diretrizes e bases para o ensino de primeiro e segundo graus e estabeleceu a profissionalização obrigatória ao final do curso de 2º grau. Tal proposta foi a mais ousada política educacional da história brasileira, mas, em compensação, correspondeu ao maior fracasso, pois a educação nesse período teve influência dos pressupostos da tecnocracia e da Teoria do Capital Humano, que ressaltam o caráter econômico da educação, sendo entendida como uma “Indústria de prestações de serviços”; assim, o educando é considerado como parte do capital, convertido em recurso humano para a produção. Formar o

produtor, o consumidor e a mão-de-obra para a indústria moderna (XAVIER; RIBEIRO; NORONHA, 1994).

A Lei Federal nº 5.692 de 1971 indicava que a educação para a saúde deveria ser transformada em uma disciplina que recebeu a alcunha de Programa de Saúde, a ser desenvolvida em escolas de 1º e 2º graus. Os subsídios para a elaboração dos Programas de Saúde foram explicitados no Parecer nº 2.264 de 1974, o qual apresentava os encaminhamentos teórico-metodológicos para o desenvolvimento da saúde na escola (BRASIL, 1974).

O parecer afirmava que a temática saúde deveria ser desenvolvida em todos os momentos, tanto no espaço escolar quanto fora dele, visando à formação de hábitos e atitudes nos indivíduos, devendo capacitar o indivíduo a lidar com problemas de saúde do seu cotidiano, considerando o contexto e as necessidades sociais (BRASIL, 1974).

Os objetivos do Programa de Saúde, explicitados pelo Parecer foram:

1. Desenvolver no aluno atitudes e competências que, baseadas na compreensão do ambiente em que vive, **o levem a assumir responsabilidade individual de promover e conservar a saúde própria, a de sua família e a da comunidade;**
2. Levar o aluno a compreender que saúde é um bem coletivo e a cumprir e propagar, com base nesta compreensão, as medidas que minimize os riscos de acidentes e doenças e a deterioração do ambiente natural e social;
3. Estimular o aluno a **desenvolver hábitos saudáveis, com referência à higiene pessoal**, à alimentação, à prática desportiva, ao trabalho e ao lazer, à segurança individual e coletiva;
4. Fazer com que o aluno adquira um conhecimento básico do funcionamento do organismo **que lhe permita reconhecer desvios da normalidade e o leve a procurar, com oportunidade, os meios para corrigi-los** (a assistência médica sempre que possível, e não a do “curandeiro”).
5. Favorecer no aluno o equilíbrio emocional indispensável a uma interação construtiva com o meio (BRASIL, 1974, p. 67-68, grifos nossos).

É possível observar, pela exposição dos objetivos do Programa de Saúde, que o foco do ensino de saúde na escola, naquele momento, responsabilizava o indivíduo por sua saúde, reforçando a noção de que a saúde seria um dever de cada sujeito e que o direito à saúde seria concretizado a partir da vontade e atitudes da

própria pessoa e não das ações de órgãos responsáveis. Sabe-se que o indivíduo possui responsabilidades quanto a sua saúde, em relação ao meio em que vive, contudo, na maioria das vezes, mesmo tendo consciência e boa vontade, individualmente e isoladamente os problemas de saúde, que são resultados de condições materiais de vida, não serão resolvidos (WIEBBELING; CONTERNO, 2007).

Os Programas de Saúde, no formato previsto pelo Parecer nº 2.264/74, foram desenvolvidos nas escolas até a década de 1980. No caso do Paraná, com a construção e implantação de um novo currículo escolar para a escola pública do estado, em 1982, o ensino da saúde na escola foi revisto e propôs-se a reorganização do ensino de saúde nas escolas paranaenses (WIEBBELING; CONTERNO, 2007).

O documento denominado Currículo Básico para a Escola Pública do Estado do Paraná emergiu de trabalho coletivo dos profissionais da educação pública do estado e explicitou uma proposta curricular ancorada nos pressupostos da Pedagogia Histórico-Crítica, expressando “as preocupações com a democratização da educação, tanto no que se refere ao atendimento a todas as crianças em idade escolar, quanto à produção de um ensino de boa qualidade [...]” (PARANÁ, 1992, p. 14).

O currículo básico abordou os aspectos teórico-metodológicos de todas as disciplinas, referentes ao ensino da educação infantil, até os últimos anos do ensino fundamental. Ainda, apresentou os aspectos teóricos, os conteúdos, os encaminhamentos metodológicos e a avaliação de cada disciplina (PARANÁ, 1992).

A saúde foi inserida como um dos três eixos norteadores da disciplina de Ciências: 1) Noção de astronomia; 2) Transformação e interação da matéria e energia; e 3) Saúde-melhoria e qualidade de vida (PARANÁ, 1992). O documento criticou a forma com que os conteúdos de saúde, tradicionalmente, eram trabalhados na escola:

Até agora os estudos desse conteúdo têm se direcionado unicamente nas questões referentes ao corpo humano sem a devida articulação com o meio ambiente e os demais elementos. Também os aspectos referentes à saúde nos livros didáticos, tem se restringido a dos direcionamentos aos comportamentos do indivíduo não priorizando as condições sócio-econômicas. Como exemplo, podemos analisar o que se trabalha sobre os hábitos de higiene (PARANÁ, 1992, p. 132).

O objetivo de se trabalhar o tema saúde, como um conteúdo escolar, era fazer com que professor e alunos compreendessem a saúde em sua dimensão social, em que as dimensões homem-homem e homem-natureza possibilitassem o entendimento da historicidade da saúde, sendo a saúde entendida como “[...] um problema de natureza social, que depende do acesso a alimentação, vestuário, moradia, lazer, etc. Isto evidencia que saúde é uma decorrência do nível de vida da população” (PARANÁ, 1992, p. 132).

É possível perceber que o Currículo Básico da Escola Pública do Paraná propunha uma abordagem do tema saúde de forma ampla, considerando as condições de vida como determinantes do processo saúde-doença, não atribuindo ao indivíduo toda a responsabilidade em relação à sua saúde (WIEBBELING; CONTERNO, 2007).

No ano de 1994, emergiu no país um movimento que apregoava a necessidade de elaboração de um novo currículo para as escolas. Tal movimento resultou da participação do Brasil na Conferência Mundial de Educação para Todos, realizada na cidade de Jomtiem, na Tailândia, em 1990, que divulgou suas conclusões na Declaração Mundial sobre Educação para Todos: Satisfação das Necessidades Humanas Básicas de Aprendizagem, assim como da Declaração de Nova Delhi, derivada de Conferência realizada na Índia, em 16 de dezembro de 1993, assinada por nove países mais populosos do mundo, sendo eles: Indonésia, China, Bangladesh, Brasil, Egito, México, Nigéria, Paquistão e Índia, os quais reiteraram o compromisso de atender as necessidades básicas de aprendizagem (BRASIL, 1997a).

Em âmbito nacional, para cumprir os compromissos assumidos internacionalmente, iniciou-se o processo de elaboração do Plano Decenal de Educação para Todos (1993-2003), o qual, dentre outros ajustes, propunha o incremento da qualidade do ensino na escola fundamental e seu aprimoramento constante. Assim, a revisão do currículo e a elaboração de novos parâmetros entraram em pauta no campo da educação brasileira.

Desse movimento, em final de 1994, iniciou-se o processo de elaboração curricular, que resultou, no ano de 1997, na divulgação dos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN's), os quais visavam estabelecer uma meta educacional para a qual deveriam convergir todas as ações governamentais, tendo por foco a formação

inicial e continuada de professores, bem como a análise e compra de livros e outros materiais didáticos, além da avaliação nacional, tendo, também, a função de subsidiar a elaboração ou revisão curricular dos estados e municípios (BRASIL, 1997a).

Os PCN's foram compostos por dez volumes sendo: introdução, documento que justificava e fundamentava as opções acerca da elaboração dos documentos de áreas de conhecimento e dos temas transversais; seis documentos referentes às áreas de conhecimento: Língua Portuguesa, Matemática, Ciências Naturais, História, Geografia, Artes e Educação Física. Além disso, três volumes com seis documentos referentes aos Temas Transversais: Ética, Pluralidade Cultural, Orientação Sexual, Meio Ambiente e Saúde e Trabalho e Consumo (BRASIL, 1997a).

A temática saúde foi contemplada como um tema transversal, que deveria ser incorporado às áreas de conhecimento já existentes e permear toda prática educativa, envolvendo professor e alunos na escola. O tema transversal saúde indicou que a escola seria o lugar privilegiado para a educação em saúde, pois deveria oferecer “[...] fortes referências para a prática e desenvolvimento de estilos de vida saudáveis [...]” (BRASIL, 1998, p. 263), sendo a educação considerada um dos fatores mais importante para a manutenção da saúde.

Segundo o texto (BRASIL, 1998), a escola poderia ser a instituição a se tornar espaço genuíno de promoção da saúde, que se efetivaria:

[...] por meio da educação, adoção de estilos de vida saudáveis, do desenvolvimento de aptidões e capacidades individuais, da produção de um ambiente saudável, da eficácia da sociedade na garantia de implantação de políticas públicas voltadas para a qualidade de vida e dos serviços de saúde (BRASIL, 1998, p. 255).

Os Parâmetros Curriculares Nacionais organizaram os conteúdos da saúde, a serem trabalhados nas primeiras séries do ensino fundamental, em dois blocos: autoconhecimento para o autocuidado e vida coletiva. O primeiro bloco deveria abranger conteúdos que reforçam o autoconhecimento do corpo e a incorporação de atitudes individuais para a preservação da saúde (BRASIL, 1997b, p. 114).

Os conteúdos a serem abordados, no bloco vida coletiva, deveriam levar os alunos a entenderem quais recursos estariam disponíveis para a promoção, proteção e recuperação da saúde; formas de participação em ações coletivas acessíveis à criança em sua comunidade; conhecimento do calendário vacinal e da

sua própria situação vacinal; conhecimento dos principais sinais e sintomas das doenças transmissíveis mais comuns, na realidade do aluno, além de outros conhecimentos considerados centrais para a manutenção da saúde na coletividade e ampliação da capacidade de autocuidado dos indivíduos (BRASIL, 1997b).

Pela reflexão dos elementos centrais apresentados nos PCN's, referente à saúde, a educação teria a tarefa de levar os indivíduos a adotarem estilos de vida saudáveis e realizarem o autocuidado, estratégias consideradas centrais para a promoção da saúde. Segundo Wiebbeling e Conterno (2007), tudo indica que o autocuidado, ao emergir como expressão de promoção da saúde, reforçou o movimento presente na década de 1990 de que os indivíduos deveriam ter mais autonomia na resolução de seus problemas de saúde e o Estado deveria, cada vez mais, se isentar da responsabilidade da garantia das condições necessárias para manter a saúde da população; como resultado, os indivíduos seriam responsabilizados por sua saúde ou pela falta dela.

A reflexão sobre a inclusão da saúde como conteúdo curricular permite inferir que, ao longo de quase um século, a saúde no âmbito escolar foi abordada de diferentes formas e com diferentes propósitos. De forma predominante, reforçou-se uma concepção restrita de saúde, em que a opção por estilos de vida saudáveis seria uma decisão dos sujeitos, que a informação das regras do bom viver evitaria os principais agravos à saúde.

2.2 O Programa Saúde na Escola

A instituição de um programa oficial, vinculado ao setor da saúde para atuar diretamente na assistência do escolar, é recente e propõe efetivar ações entre os Ministérios da Saúde e da Educação, denominado Programa Saúde na Escola (PSE), implementado pelo Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Trata-se de um programa direcionado a ampliar as ações específicas de saúde aos alunos da rede pública de ensino, abarcando o ensino fundamental, médio, rede federal de educação profissional e tecnológica e a educação de jovens e adultos (BRASIL, 2009a).

O programa propõe o desenvolvimento integral dos escolares, fortalecendo ações, com a participação da escola em programas e projetos, articulando saúde e educação em uma perspectiva de enfrentamento das vulnerabilidades que possam comprometer o desenvolvimento das crianças, adolescentes e jovens. O PSE

deverá acolher ações já em desenvolvimento entre saúde e a educação no ambiente escolar que tenham impacto positivo no viver dos alunos (BRASIL, 2011a).

A escola, cumprindo sua função essencial, deve desenvolver processos efetivos de ensino-aprendizagem e, para além disso, desempenhar importante papel na formação e atuação das pessoas, em todas as arenas da vida social. Juntamente com outros espaços sociais, cumpre um papel decisivo na formação dos estudantes, na percepção e construção da cidadania e no acesso às políticas públicas, tornando-se ambiente em que podem ser desenvolvidas ações de promoção da saúde para as crianças, adolescentes e jovens (DERMARZO; AQUILANTE, 2008).

Ao constituir-se em espaço para o desenvolvimento de um programa de educação e saúde para crianças e adolescentes, a instituição escolar pode configurar-se em possibilidade de educar, por meio da construção de conhecimentos resultantes do confronto dos diferentes saberes, na medida em que contribui para a construção de valores pessoais, crenças, conceitos e maneiras de conhecer o mundo, o que pode interferir na produção social da saúde (BRASIL, 2009a; 2011a).

O PSE parte da necessidade e do interesse em articular e integrar os setores da saúde e da educação, para ampliar o alcance e o impacto das ações de saúde aos estudantes e seus familiares, por meio de ações intersetoriais, envolvendo assistência, promoção e prevenção de agravos (GOMES, 2012). Para o autor, os profissionais da educação são agentes importantes no apoio das equipes de saúde, a fim de utilizar recursos pedagógicos que visem uma abordagem da educação em saúde.

Para tanto, é necessário que as ações do PSE estejam inseridas no projeto político-pedagógico da escola, considerando a competência político- executiva dos Estados e municípios, observando as características socioculturais das diferentes regiões do país e a autonomia dos educadores e das equipes pedagógicas. O apoio dos gestores de ambos os setores no âmbito das três esferas governamentais ganha relevância, por se tratar de um processo de adesão que visa à melhoria da qualidade da educação e saúde dos escolares, por compromissos pactuados e estabelecidos em ambos os setores (BRASIL, 2011a).

O programa está constituído em três componentes, sendo que o componente I aborda a avaliação das condições de saúde, o II, a promoção da saúde e prevenção de agravos e o componente III fala sobre a formação dos profissionais nele envolvidos, para alcançar seus objetivos, em conformidade com os princípios e

diretrizes do SUS: integralidade, descentralização, territorialidade com articulação entre as redes públicas de educação e saúde, controle social e o monitoramento e avaliação permanente. Seus objetivos serão alcançados se as propostas tiverem, de fato, implementado a intersetorialidade na gestão, planejamento e compromisso entre os dois setores em que se encontram as unidades escolares e as equipes de saúde (BRASIL, 2011a).

As ações do ponto de vista epidemiológico e que são prioritárias para os educandos fazem parte do **componente I**: avaliação clínica e psicossocial, que objetiva identificar necessidades de saúde e garantir a atenção integral na Rede de Atenção à Saúde. Avaliação antropométrica, avaliação do calendário vacinal, detecção precoce de hipertensão arterial sistêmica (HAS), detecção precoce de agravos de saúde negligenciados (prevalentes na região: hanseníase, tuberculose, malária, dentre outras), avaliação oftalmológica, avaliação auditiva, avaliação nutricional, avaliação da saúde bucal e avaliação psicossocial (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2012a).

Várias das ações propostas nesse componente objetivam obter informações acerca do crescimento e do desenvolvimento das crianças, adolescentes e jovens, levando em consideração os aspectos relativos à saúde mental (BRASIL, 2011a).

O componente II prevê ações de promoção e prevenção, que articulem práticas de formação educativas e de saúde, promoção da alimentação saudável, promoção de práticas corporais e atividades físicas nas escolas, educação para a saúde sexual e reprodutiva, prevenção de DST e AIDS; prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas, promoção da cultura de paz e prevenção das violências, promoção da saúde ambiental e desenvolvimento sustentável (BRASIL, 2012a).

Pelo que se observa no componente II, o conceito de promoção da saúde é estruturante das ações propostas. Definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a promoção da saúde é um processo que objetiva ampliar as possibilidades das pessoas de controlar os determinantes sociais da saúde, melhorando a qualidade de vida, garantindo a todos os educandos a oportunidade de fazerem escolhas favoráveis à saúde, tornando-se protagonistas da produção da própria saúde (BRASIL, 2011a).

O componente III compreende a realização das ações de educação permanente para qualificação e atuação dos profissionais da educação e da saúde, além da formação dos jovens (BRASIL, 2012a). A formação dos gestores e das

equipes de educação e de saúde, que atuam no PSE, é compromisso e responsabilidade das três esferas de governo, devendo ocorrer de forma contínua e permanente para a construção das políticas públicas, atualizando e renovando significados importantes de forma permanente entre a educação e a saúde, com olhares à integralidade (BRASIL, 2011a).

Para o desenvolvimento dessa formação, as seguintes estratégias devem ser implementadas: I) formação do grupo de trabalho intersetorial (GTI) – formação permanente, realizada por meio de oficinas, ensino a distância e apoio institucional da esfera federal aos estados e municípios e dos estados aos municípios; II) formação dos jovens protagonistas para o PSE; III) formação de profissionais da educação e saúde nos temas relativos ao PSE; IV) curso de prevenção do uso de drogas para educadores de Escolas Públicas; V) Rede Universidade Aberta do Brasil (BRASIL, 2011a).

A gestão do PSE deve ser centrada em ações compartilhadas e corresponsáveis. A articulação intersetorial das redes públicas de saúde, de educação e das demais redes sociais se dará por meio dos GTI, os quais deverão ser constituídos nos âmbitos federal, estadual e municipal, sendo responsáveis pela gestão do incentivo financeiro e material, pelo apoio institucional às equipes de saúde e de educação, na implementação das ações, pelo planejamento, monitoramento e avaliação do programa (BRASIL, 2012a). O GTI deverá ser composto por representantes da saúde, da educação e de outros órgãos e instituições potenciais para o desenvolvimento das ações do programa (BRASIL, 2011a).

A proposta do PSE apresenta-se como uma política integrada de valorização da intersetorialidade e interdisciplinaridade, com base nas diretrizes do SUS: descentralização, hierarquização, territorialização e no princípio da integralidade, estimulando a articulação dos diversos setores da sociedade, visando contribuir para o enfrentamento dos problemas da comunidade escolar (GOMES, 2012).

Na sua formulação inicial, o PSE apontava as equipes de Saúde da Família como condição para adesão dos municípios ao programa, uma vez que, para o planejamento das ações do PSE, consideravam o contexto escolar, o diagnóstico local em saúde do escolar e a capacidade operativa em saúde do escolar, mas, a partir da Portaria Interministerial nº 1.413, de 10 de julho de 2013, redefiniram-se as

regras e critérios para adesão ao programa, em que todas as equipes de saúde da Atenção Básica poderão pactuar e desenvolver o PSE (BRASIL, 2013a).

2.3 A Promoção da Saúde

A partir do final do século XX, novas interpretações sobre os conceitos teóricos de saúde e educação colocaram-se no cenário mundial e nacional, provocando busca de mudanças na condução de ações na saúde em geral e, de forma mais específica, sobre a saúde escolar, oferecendo outras configurações (BRASIL, 2010a). Nesse contexto, o ambiente escolar passou a ser, na década de 1990, cenário de fundamental importância para a Promoção da Saúde (VALADÃO, 2004), conceito que emergiu como construção teórica a sustentar ações no campo da saúde articulada à educação.

As bases conceituais, acerca da Promoção da Saúde, como pressuposto balizador da organização das políticas de saúde, emergiram das Cartas e Declarações das Conferências Internacionais; são seis de caráter internacional/global, figurando três conferências internacionais sobre o tema, realizadas entre 1986 e 1991, em Ottawa (1986), Adelaide (1988) e Sundsval (1991). As conferências seguintes realizaram-se em Jakarta, em 1997, no México, no ano de 2000, em Bangkok, na Tailândia em 2005, em Nairobi, no Quênia, em 2007, e em Helsinque, na Finlândia, em 2013; além disso, outras duas, de caráter sub-regional, foram realizadas em Bogotá (1992) e Porto of Spain (1993), desempenhando papel importante na motivação e interesse sobre a temática (BRASIL, 2002).

A Carta de Ottawa definiu promoção da saúde como sendo “[...] **o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo**” (BRASIL, 2002, p. 19, grifo nosso); pretendeu ampliar o conceito de promoção da saúde, reforçando **a responsabilidade e os direitos dos indivíduos e da comunidade pela sua própria saúde**; estabeleceu que as condições e os recursos fundamentais para a saúde seriam: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade, afirmando que a melhoria nas condições de saúde requer uma base sólida nesses pré-requisitos básicos (BRASIL, 2002, grifos nossos).

Destacando, na promoção da saúde, seus papéis de defesa da causa da saúde, de **“capacitação individual e social”** para a saúde e de mediação entre os diversos setores envolvidos, a Carta de Ottawa preconizou ainda cinco campos de ação para a promoção da saúde: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; reforço da ação comunitária; **desenvolvimento de habilidades pessoais**; reorientação do sistema de saúde (BRASIL, 2002, grifos nossos).

Pelo que se observa no texto da Carta de Ottawa, a ideia de promoção da saúde, embora aponte outras ações, que não só as focalizadas nas atitudes das pessoas para ter saúde, não deixa de vincular-se à concepção de saúde que defende, via de regra, que é preciso investir na instrumentalização individual das pessoas como condição primordial para se promover a saúde.

Jaime Breilh¹, em entrevista concedida por ocasião da Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde, realizada no estado do Rio de Janeiro, em 2011, relacionou o tema à discussão da promoção da saúde, indicando que, não raro, sustenta-se a noção de “estilos de vida”, a qual atribui ao indivíduo a responsabilidade por ser ou não saudável. Parece ser possível afirmar que essa é a mesma concepção que se configura na Carta de Ottawa, como destacado em seu fragmento, apresentado acima, embora em seu próprio texto haja ressalvas à individualização da responsabilidade pela saúde. Ao definir promoção da saúde, o texto reforça a ideia de estilos de vida como determinantes da saúde (FONSECA, 2015).

Nessa mesma direção, Cooper e Sayd (2006), apresentando análise sobre os parâmetros curriculares nacionais, autopsiam tal documento específico para a educação brasileira, expondo as orientações presentes na Carta de Ottawa como as desejáveis ao se estabelecer a promoção da saúde nas escolas. Para os autores, a Carta de Ottawa fora produzida em um contexto diferenciado do brasileiro, assim, da mesma forma que denunciou Breilh, sustenta-se a individualização das responsabilidades pela saúde e doença. Nesse caso, caberia à educação criar as

¹ Médico equatoriano, PhD em Epidemiologia e mestre em Medicina Social, professor e diretor da área de saúde da Universidade Andina Simón Bolívar, Equador. É autor de vários livros e suas pesquisas relacionam-se à investigação dos determinantes sociais em saúde, aceleração global, acumulação econômica e seus impactos na saúde. Jaime Breilh é um dos fundadores do movimento latino-americano de saúde coletiva, divulgador e incentivador da investigação em medicina social nos programas de pós-graduação, nas principais universidades da América Latina (Curriculum Vitae. Tradução nossa). Disponível em: <[http://www.uasb.edu.ec/UserFiles/372/File/pdfs/DOCENTES/JAIME%20BREILH/CVvitae%20Jaime%20Breilh%200enero%202013%20\(1\).pdf](http://www.uasb.edu.ec/UserFiles/372/File/pdfs/DOCENTES/JAIME%20BREILH/CVvitae%20Jaime%20Breilh%200enero%202013%20(1).pdf)>. Acesso em: 24 mai. 2015.

responsabilidades pela saúde nos alunos durante a escolarização. Problematizam que o Brasil não foi membro dessa conferência, mas acatou suas indicações, ao passo que fora integrante da conferência de Bogotá, com a mesma temática, sem incorporar suas discussões e indicações.

A Carta de Bogotá parte da constatação de que as populações latino-americanas estavam assoladas pelas políticas de ajustes macroeconômicas, que agravam as desigualdades, determinantes das precárias condições de vida e saúde, não ofertando serviços assistenciais. Tal cenário colocava como desafios à Promoção da Saúde, nos países signatários da Carta, a transformação das relações sociais excludentes pela conciliação de interesses “econômicos e os propósitos sociais de bem-estar para todos, bem como trabalhar pela solidariedade e equidade social, condições indispensáveis para a saúde e o desenvolvimento” (BRASIL, 2002, p. 45).

Portanto, distancia-se, em alguma medida, da concepção de Promoção da Saúde como investimento em estratégias que estimulem exclusivamente as pessoas a assumirem atitudes saudáveis, as quais garantiriam populações saudáveis. Se o conceito de OS, expresso e sustentado na noção de “estilos de vida”, pode ser adequado para países que resolveram, minimamente, as condições materiais, as quais permitem produzir saúde, não parece ser possível para países nos quais nunca a população teve amplo acesso às condições de vida (trabalho, transporte, seguridade social, assistência à saúde). Assim, a individualização das responsabilidades por ser ou não saudável no Brasil desconsidera os determinantes do processo saúde doença.

Em Buss (2000) encontra-se ampla discussão sobre a trajetória da promoção da saúde em âmbito internacional e no Brasil. Nela o autor, ao apresentar os conceitos/entendimentos da promoção da saúde, não deixa de registrar a limitação da concepção expressa na Carta de Ottawa, em comparação a outros entendimentos sobre o tema. Acrescente-se a isso a condição de países que não alcançaram o acesso a serviços de saúde e nos quais os determinantes do processo saúde doença não foram enfrentados por políticas públicas de saúde, as quais conferissem condições de ser saudável. Entretanto, é distante um consenso, desde as elaborações teóricas, quiçá, nos encaminhamentos práticos que colocam as ações ditas de “promoção da saúde” em prática.

Estudo investigou a penetração em publicações da promoção da saúde, a partir dos pressupostos da Carta de Ottawa, concluindo que tais máximas têm adentrado o campo teórico e prático da produção intelectual; além disso, muitas dessas publicações reforçaram que o *empowerment* pode ajudar a superar os determinantes de saúde que se relacionam com viver e adoecer. Em outros casos, identificaram as ações de promoção, subsidiando-as para grupos específicos como doentes crônicos, crianças e idosos; não deixou de se fazer presente a concepção de promoção da saúde focalizada na noção de estilos de vida (HEIDEMANN, et al., 2012).

A concepção individualizante da promoção da saúde é forte e presente, inclusive, distanciando-se dos consensos mínimos alcançados, como se conclui em estudo recente, o qual aborda a promoção da saúde em escolas. Nessa visão, considera-se que as informações veiculadas nas escolas, quanto aos fatores de risco para doenças e o desenvolvimento de atitudes individuais, poderiam promover a saúde ao conscientizar os sujeitos quanto aos fatores econômicos e ambientais da saúde e doença, atuando na “organização de atividades pedagógicas dirigidas a mudanças ambientais, econômicas e sociais que promovam condições favoráveis à saúde” (GRACIANO, et al., 2015, p. 37).

É importante conhecer dispositivos que possam contribuir para a promoção da saúde, atendendo de forma efetiva as necessidades de saúde desses indivíduos, e, nesse contexto, a escola pode se tornar uma forte aliada para fortalecer a atenção em tal quesito (SANTIAGO et al., 2012).

Nos países de primeiro mundo, há a tendência de compreender a PS na direção das mudanças comportamentais assumidas individualmente pelos sujeitos, como, por exemplo, o abandono do tabagismo ou o controle do peso e da alimentação. Ao adentrar em países pobres ou em desenvolvimento, essa perspectiva revelou-se insuficiente para enfrentar as desigualdades de base, as quais assolam tais países, deslocando, obrigatoriamente, o foco de análise para as questões estruturais (CARVALHO; BUSS, 2011).

A PS está na agenda do grupo de trabalho da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), a qual definiu que o seu enfrentamento deveria ser efetuado em três dimensões: no plano da assistência à saúde, na direção da mudança da lógica assistencial e dos modelos de gestão; no plano da gestão das políticas públicas, no qual se destaca o desenvolvimento de ações

intersectoriais; e, no plano da política de desenvolvimento, que precisa pautar-se em políticas distributivas das riquezas socialmente produzidas, “para a solidariedade social e para a subordinação virtuosa da economia ao bem-estar e à vida com qualidade” (CARVALHO; BUSS, 2011, p. 157).

No Brasil, a promoção da saúde está legitimada na Constituição de 1988, que afirma que saúde, além da assistência, está relacionada às condições de renda, educação, trabalho, moradia, alimentação e lazer. A promoção da saúde, no contexto brasileiro, é uma das bases do SUS, que se define como um processo aberto à participação da comunidade e sob controle social, encontrando-se instituído em normas que definem as responsabilidades dos municípios e seus compromissos com a coletividade por meio de uma gestão participativa e transparente (DEMARZO; AQUILANTE, 2008).

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

No cenário brasileiro, a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, confirmou tal marco na saúde com base em uma reforma sanitária e apontou, para além do setor saúde, diversos fatores que são condicionantes e determinantes da qualidade de vida da população como: alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e acesso aos bens e serviços essenciais (SILVA, 2010).

Para Buss (2009), essa forma de conceber saúde pressupõe a responsabilização múltipla para identificação das causas determinantes das precárias condições de saúde, bem como a necessidade de atuar com um conjunto variável de estratégias, a saber, ações do Estado, ações da comunidade e aquelas dos indivíduos na busca por soluções para melhorar e/ou reverter as condições desfavoráveis de vida.

O discurso no campo da promoção da saúde, a partir da concepção ampliada do processo saúde-doença e seus determinantes, propõe a articulação dos saberes técnicos e populares, além da mobilização de recursos institucionais, comunitários, públicos e privados para seu enfrentamento e resolução (BUSS, 2000).

A Promoção da Saúde precisa ser vista não como uma estratégia de produção da saúde, mas como modelo articulado com as demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde, as quais desencadeiam ações que possibilitam respostas às necessidades sociais em saúde da população (BRASIL, 2010a).

Uma Promoção da Saúde efetiva envolve ações coordenadas entre os diferentes segmentos da sociedade, visando proporcionar e assegurar ao indivíduo a oportunidade de conhecer e controlar os fatores que influenciam a sua saúde, a fim de melhorar suas condições de vida (CZERESNIA; FREITAS, 2009). Deve ser compreendida como uma agenda integrada e multidisciplinar, cujo objetivo deve ser o de estimular mudanças na assistência à saúde, na gestão local de políticas públicas e na proteção e desenvolvimento social para todos (CARVALHO, 2008).

A Promoção da Saúde mantém uma estreita relação com a vigilância em saúde, articulando e reforçando a construção de um movimento integrador, objetivando que as políticas públicas sejam cada vez mais favoráveis à saúde e à vida, além de estimular e fortalecer os cidadãos em sua elaboração e implementação (BRASIL, 2010a).

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS), por meio da Portaria nº 687/GM de 30 de março de 2006, dispôs sobre a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e instituiu, no cenário nacional, o compromisso do Estado na ampliação e qualificação das ações de PS nos serviços e na gestão do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006).

Na sua terceira edição, datada de 2010, o referido documento incorporou como ações inerentes a PS o arcabouço legislativo do PSE, apresentado em seus anexos: a Portaria Interministerial nº 675, de 04 de junho de 2008, que instituiu a Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola (anexo D da Portaria citada) e o Decreto nº 6.268, de 05 de dezembro de 2007, que instituiu o PSE (anexo E da mesma Portaria) (BRASIL, 2010a).

Tanto no texto da Política Nacional de Promoção da Saúde, quanto no documento que orienta a organização do PSE para os entes federados (Passo a Passo do PSE) (BRASIL, 2011a), o conceito de Promoção da Saúde aproxima-se de uma concepção avançada. A PNPS corrobora a elaboração do conceito de processo saúde doença emergente com a Reforma Sanitária Brasileira, ao afirmar que a

saúde resulta dos “modos de organização da produção, do trabalho e da sociedade em determinado contexto histórico” (BRASIL, 2010a, p. 9).

E prossegue ao registrar que

No SUS, a estratégia de promoção da saúde é retomada como uma possibilidade de focar os aspectos que determinam o processo saúde-adoecimento em nosso País – como, por exemplo: violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água ameaçada e deteriorada; e potencializam formas mais amplas de intervir em saúde (BRASIL, 2010a, p. 10).

Esse documento problematiza que se tornou tradição a análise do processo saúde doença em uma perspectiva individualizante e fragmentária, nas quais os sujeitos e as comunidades são os únicos responsáveis pelo processo de ser ou não saudáveis. Por outro lado, é preciso considerar que uma concepção ampliada do processo saúde doença deve ressaltar que decidir por um ou outro modo de viver não é exclusivamente exercício da vontade e/ou liberdade individual e comunitária (BRASIL, 2010a).

Cabe às intervenções em saúde ampliar seu leque de análise e de ações, considerando os condicionantes e determinantes do processo saúde doença. Cumpre estabelecer ações que

[...] operem sobre os efeitos do adoecer e aqueles que visem ao espaço para além dos muros das unidades de saúde e do sistema de saúde, incidindo sobre as condições de vida e favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e das coletividades no território onde vivem e trabalham (BRASIL, 2010a, p. 11).

No documento orientador do PSE propõe-se que a PS seja

[...] uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes em nosso país, visando à criação de mecanismos que reduzam situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle social na gestão das políticas públicas da saúde (BRASIL, 2011a, p. 17).

Em 2014, o Ministério da Saúde revogou a Portaria nº 687/GM/MS, que trazia vinculação com o PSE e redefiniu a Política Nacional de Promoção da Saúde, com

base na Portaria nº 2.446 de 11 de novembro de 2014 (BRASIL, 2014). Nesse documento, manteve-se a tomada da saúde em uma concepção ampliada, assim como o referencial da promoção da saúde, os quais seriam o embasamento para a um

[...] conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, caracterizando-se pela articulação e cooperação intra e intersetorial, pela formação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), buscando articular suas ações com as demais redes de proteção social, com ampla participação e controle social (BRASIL, 2014, p. 1).

Os elementos expostos nesse recorte da PNPS, redefinida em 2014 (intra e intersetorialidade, redes de atenção à saúde, participação e controle social), são os suportes da política. Assim, em seus princípios, diretrizes, objetivos, eixos operacionais e temas prioritários eles são recorrentes e indicam que a redefinição da PNPS visou adequar seu conteúdo, especialmente, ao movimento de criação e implementação das redes de atenção à saúde.

Os princípios da PS têm se tornado um guia para que as práticas de saúde sejam desenvolvidas em outras agências e setores, para além dos serviços sanitários, tais como: a escola, o local de trabalho, o comércio, a indústria e a mídia (DERMARZO; AQUILANTE, 2008).

O PSE procura fomentar, de forma estratégica, uma gestão coletiva das ações de saúde e educação, a partir de profissionais da saúde, educação, dos educandos e da comunidade, no território onde convivem. Essa articulação entre o trabalho conjunto da escola e equipe de saúde poderá trazer novos sentidos para a produção da saúde, elaborando a construção de redes de produção de solidariedade entre profissionais e a comunidade.

Na escola, as ações de promoção da saúde propostas para a implantação do PSE são as seguintes:

[...] ações de segurança alimentar e promoção da alimentação saudável; promoção das práticas corporais e atividade física nas escolas; Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE): educação para a saúde sexual, saúde reprodutiva e prevenção das DST/Aids; saúde e prevenção nas escolas (SPE): prevenção ao uso de álcool e tabaco e outras drogas; promoção da cultura de paz e prevenção das violências; e Promoção da saúde ambiental e desenvolvimento sustentável (BRASIL, 2011a, p.18).

2.4 Escolas Promotoras de Saúde

Em meados da década de 1990, emergiu um movimento na América Latina que colocou a escola como ambiente importante para a promoção da saúde. Diversas foram as iniciativas internacionais para incentivar e instrumentalizar os sistemas de educação na elaboração de políticas e programas de saúde na escola, a partir da PS, que focava personagens coletivos (cidade, escola e comunidade) (VALADÃO, 2004).

O movimento denominado Escolas Promotoras de Saúde retoma a Carta de Ottawa, que afirmava que a educação seria um requisito prévio para se ter saúde, reconhecendo a relação existente entre educação e saúde, julgando que se pode empregar esse conhecimento para ajudar a estabelecer Escolas Promotoras da Saúde (EPS) (DERMARZO; AQUILANTE, 2008). A proposta das EPS compõe, no Brasil, as ações levadas a efeito pelas políticas federais para a implementação da PS no país.

As Escolas Promotoras de Saúde são uma iniciativa da Organização Pan-Americana de Saúde, as quais foram propostas em reunião realizada na Universidade Nacional Heredia, na Costa Rica, em 1993. Nessa reunião, estiveram os representantes dos setores de educação e saúde de 12 países que, naquele momento, já identificavam a necessidade de implementar tal iniciativa (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1996a).

No documento *Escuelas Promotoras de Salud: Modelo y Guía para la acción*², divulgado pela OPAS, em 1996, explicitou-se a concepção da proposta.

El concepto de escuela promotora de salud tiene como objetivo fomentar estilos de vida saludables con la población total en la comunidad escolar, desarrollando ambientes saludables y contribuyendo a la promoción de salud. La escuela promotora de salud ofrece oportunidades y requiere compromisos para lograr un ambiente físico y un entorno social positivo y seguro³ (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1996a, p. 11).

² Escolas Promotoras de Saúde: modelo e guia para a ação (Tradução nossa).

³ O conceito de escola promotora da saúde tem como objetivo promover estilos de vida saudáveis com toda a população da comunidade escolar, desenvolvendo ambientes saudáveis e contribuindo para a promoção da saúde. A escola promotora de saúde oferece oportunidades e requer compromissos para alcançar um ambiente físico e um ambiente social positivo e seguro (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 1996a, p. 11. Tradução nossa).

A partir do conceito de EPS, divulgado pela OPAS, é possível perceber que o foco das ações inicialmente era promover estilos de vida saudáveis, por meio do desenvolvimento de prática de educação em saúde, visando a alteração do entorno social, atribuindo à escola o papel de redentora das condições de vida das populações que, educadas, seriam capazes de produzir sua saúde.

Dado que la salud y la educación están entrelazadas en forma inseparable, es lógico que el sistema educativo, una institución que llega a una parte muy grande de la población en todos los países, sea el vehículo para al salud y la educación. La buena salud es esencial para un aprendizaje eficaz y la educación es un medio poderoso que permite a los niños alcanzar y mantener la salud y el bienestar. [...] Las escuelas tienen más potencial que cualquier otra institución pública en la sociedad para ayudar a los jóvenes y adultos a vivir vidas más saludables⁴ (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1996a, p. 13).

Fica evidente, no documento guia das EPS, uma proposta de articulação entre educação e saúde, fundada em um raciocínio circular e simplista, em que, tendo uma boa educação, os indivíduos alcançariam e manteriam a saúde e, por outro lado, ter saúde seria condição essencial para aprender. Collares e Moysés (1989), em trabalho no qual buscaram explicitar como a educação e a saúde têm justificado, historicamente, uma o fracasso da outra - transformando as questões sociais em individuais - alertam que esse raciocínio circular entre educação e saúde é ideológico e funcionalista, pois, por um lado, isenta o modelo de desenvolvimento econômico do país, que é o responsável pelos reais problemas enfrentados pelas áreas sociais e, por outro, culpabiliza o indivíduo pela falta de educação, por ser pouco saudável ou pela falta de saúde, por ser desinformado, pouco educado.

Segundo a OPAS (1996b), para transformar a escola em promotora de saúde seria necessário o desenvolvimento de três componentes principais: 1) Educação para a saúde com enfoque integral; 2) Criação de entorno saudável e 3) Provisão de serviços de saúde.

A educação para a saúde, tendo um enfoque integral, fortaleceria a autoestima e a capacidade dos alunos para formarem hábitos e estilos de vida

⁴ Dado que a saúde e a educação estão inseparavelmente entrelaçadas, é lógico que o sistema educativo, uma instituição que atinge uma grande parte da população em todos os países, seja o veículo para a saúde e educação. Boa saúde é essencial para uma aprendizagem eficaz e a educação é uma ferramenta poderosa que permite às crianças alcançar e manter a saúde e bem estar. [...] As escolas têm mais potencial do que qualquer instituição pública na sociedade para ajudar os jovens e os adultos a viverem vidas mais saudáveis (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 1996a, p. 13. Tradução nossa).

saudáveis, de maneira a se inserir produtivamente na sociedade, portanto, a EPS deveria “[...] desarrollar conocimientos, habilidades y destrezas, no sólo impartir información. El enfoque integral de la educación en salud se basa en valores positivos para fortalecer en los escolares sus habilidades para la vida”⁵ (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1996b, p. 2).

Quanto ao segundo componente, a escola deveria buscar meios para criar e manter ambientes saudáveis para toda a comunidade escolar, proporcionando atividades de promoção da saúde com as associações de pais e mestres, bem como as demais associações da comunidade (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1996b).

O terceiro componente deveria prever a concepção e execução de serviços de saúde e alimentação, os quais buscassem detectar e prevenir integralmente problemas de saúde, por meio de ações preventivas de práticas e fatores de risco, pela formação de condutas de autocontrole e pelo reforço de atividades educativas em saúde (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD 1996b).

Ao sistematizar os componentes, o documento da Opas reitera sua concepção acerca do papel da educação numa determinada sociedade. É possível afirmar que se atribui à educação tarefas que não lhe são inerentes, tais como criar e manter ambientes saudáveis ou detectar e prevenir “integralmente” problemas de saúde, por meio de ações preventivas e controle dos fatores de risco.

O movimento que apoiava a divulgação da iniciativa EPS construiu estratégias para sua ampliação. A criação da Rede Latino Americana de EPS (REPS) foi relevante para os países da América Latina, desenvolvendo a iniciativa para outros países membros. O objetivo central da rede foi “[...] facilitar la adopción de estrategias conceptuales y operativas para mejorar la salud de toda la comunidad educativa, estudiantes, maestros, padres y madres de familia y trabajadores del sector educativo”⁶ (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1996b, p. 4).

A criação da REPS tem seus antecedentes imediatos na experiência desenvolvida na Europa, em que países, com apoio da Organização Mundial de Saúde e do Conselho da Comunidade Europeia, organizaram-se na Rede Europeia

⁵ [...] desenvolver conhecimentos, habilidades e destrezas, não apenas transmitir informações. A abordagem integral da educação em saúde é baseada em valores positivos nas escolas para fortalecer suas habilidades para a vida (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 1996b, p. 2, tradução nossa).

⁶ “[...] facilitar a adoção de estratégias conceituais e operativas para melhorar a saúde de toda a comunidade educativa, estudantes, professores, pais e mães de família e trabalhadores do setor educativo” (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 1996b, p. 4).

de Escolas Promotoras de Saúde contando, no início, com a participação de 27 países, desde Portugal à Rússia, e da Islândia até Malta; visavam advogar que a escola seria um campo estratégico para o desenvolvimento de ambientes saudáveis e de habilidades em promoção da saúde. Dessa forma, a OMS, a partir de 1996, produziu uma série de diretrizes para que os países aderentes à proposta de EPS criassem estratégias que possibilitassem que suas escolas pudessem requerer o *status* de EPS (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1996b).

A experiência brasileira indica o implemento de ações que incentivem projetos e programas voltados para práticas saudáveis entre professores e alunos. As EPS envolveriam articulação entre ações do MS e do MEC, universidades e municípios (BUSS; CARVALHO, 2009).

As EPS deveriam ter uma visão integral das crianças e adolescentes, fomentando, no seu ambiente familiar, comunitário e social um ambiente de relações construtivas e harmônicas, despertando nos participantes aptidões e atitudes para a saúde, com base em estratégias educativas, da análise crítica e reflexiva acerca dos valores, condutas, condições sociais e estilos de vida; ainda, deveriam contribuir para o desenvolvimento humano e melhoria da saúde, mas também para a construção da cidadania e democracia, as quais reforçariam a solidariedade, a comunidade e os direitos humanos (BRASIL, 2007b).

A EPS pressupõe a iniciativa de uma revitalização da PS na escola, apostando nas ações intersetoriais de políticas sociais, educação e saúde, formando parcerias para a otimização de recursos, instrumentalização técnica dos profissionais e representantes da população, visando a requalificação e o controle social das condições de saúde da comunidade escolar (BRASIL, 2010a).

Para as escolas tornarem-se EPS precisam focar suas ações no desenvolvimento de programas que promovam a saúde global, com abordagem além da aquisição de competências individuais em PS, de maneira a alcançar o ambiente físico e social da escola, desenvolvendo vínculo e parceria com as comunidades locais (DERMARZO; AQUILANTE, 2008).

A escola vem apresentando, ao longo do tempo, significações no que diz respeito à sua função social, missão e organização, apresentando-se, atualmente, como um espaço social no qual são desenvolvidos processos de ensino/aprendizagem que articulam ações de natureza diversas, envolvendo seu território e seu entorno (BRASIL, 2007b).

A Iniciativa de Escolas Promotoras de Saúde, na Região das Américas, teve por tarefa fortalecer a capacidade do setor Saúde e de Educação para promover a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida de meninos, meninas, adolescentes, pais, professores e outros membros da comunidade. Por meio de suas atividades, a iniciativa incentivou o compromisso dos membros da comunidade com ações dirigidas para melhorar a saúde, a qualidade de vida e o desenvolvimento local (BRASIL, 2007b).

Para Silva (200?), as EPS devem apresentar uma proposta inclusiva, estimulando e garantindo a participação ativa de todos os atores envolvidos, de modo a implementar atitudes e ambientes saudáveis, desenvolvendo habilidades que possam auxiliar a tomada de decisões por meio da responsabilidade individual, familiar e comunitária.

A escola tem se tornado um importante local para o encontro entre os setores saúde e educação, possibilitando iniciativas de ações de diagnóstico clínico e social, estratégias de encaminhamento aos serviços especializados da atenção básica; além do mais, também propicia atividades de educação em saúde e promoção da saúde, identificando o espaço escolar como fundamental na prevenção de doenças e promoção da saúde (CASEMIRO; FONSECA; SECCO, 2014).

Segundo Iervolino (2000), a escola é excelente cenário, no qual é possível gerar autonomia, participação crítica e criatividade para a promoção da saúde, partindo de uma visão integral, multidisciplinar do ser humano, de forma a considerar seu contexto familiar, comunitário e social.

A concepção, divulgada no Brasil pela iniciativa da EPS, afirmava que o setor educação seria um importante aliado na concretização da realização das ações de promoção da saúde, fortalecendo as capacidades dos indivíduos na tomada de decisões favoráveis à saúde e à comunidade, criando ambientes saudáveis para a consolidação de uma política intersetorial para a qualidade de vida, baseada no respeito ao indivíduo (BRASIL, 2002). Com esse olhar, o Ministério da Saúde entendeu que o período escolar tornava-se fundamental para o trabalho na saúde desses escolares, na perspectiva de sua promoção com base no desenvolvimento de ações para a prevenção de doenças e do fortalecimento dos fatores de proteção.

A partir dessas recomendações, os governos têm organizado iniciativas com ações que abordem os valores da promoção da saúde, as quais possuem ênfase na qualidade de vida, solidariedade, equidade, democracia, cidadania,

desenvolvimento, participação e parceria (BUSS, 2000). A EPS responsabiliza-se pelas intervenções no âmbito da educação em saúde; ambiente escolar; entorno e organização; comunidade escolar, parcerias e serviços de saúde (MOREIRA; SILVEIRA; ANDREOLI, 2006).

Cabe destacar que a iniciativa da OPAS, denominada Escolas Promotoras de Saúde, possui uma interface com o PSE, desenvolvido no Brasil, por considerar a escola um espaço importante para a realização de atividades de Promoção da Saúde. Contudo, são movimentos independentes, pois a Saúde Escolar, no Brasil, oficializada como política de Estado em 2007, possui antecedentes históricos singulares/peculiares quanto à organização e desenvolvimento de ações voltadas à assistência à saúde de escolares no país.

O Programa Saúde na Escola, instituído como política oficial de assistência ao escolar, ampara-se em conceitos chaves, que devem orientar o desenvolvimento das ações, objetivando a concretização de metas, explicitadas nos documentos norteadores da referida política. Dentre os conceitos, destacam-se a integralidade, a intersetorialidade e a interdisciplinaridade, os quais, juntamente com a concepção de promoção da saúde, sustentarão as análises para a realização desse estudo.

2.5 A Integralidade como referência para o Programa Saúde na Escola

Para abordar o tema integralidade, ganha relevância o Movimento da Reforma Sanitária, nos anos de 1970 e 1980, que lançou as bases teóricas para a construção do SUS, primeiramente na Constituição Federal e que, posteriormente, consolidou-se pelas Leis Federais nº 8.080, regulamentada pelo Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS; tal lei apresenta o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Da mesma forma, a Lei nº 8142 de 1990 define o SUS como um conjunto de ações e serviços prestados por órgãos e instituições públicas, federais, estaduais e municipais da administração direta e indireta, unificando todas as instituições e serviços em um único sistema. A integralidade tem como horizonte a superação da dicotomia entre a assistência preventiva e curativa, constituindo-se em um princípio estruturante para a assistência à saúde (FONTOURA; MAYER, 2006).

Baseado nos preceitos constitucionais, a construção do SUS norteia-se pelos princípios doutrinários e diretrizes organizativas, em todo o território nacional, sob a

responsabilidade das três esferas governamentais, formando um conjunto de unidades, de serviços e ações que interagem entre si com o mesmo objetivo de promoção, proteção e recuperação da saúde. São princípios doutrinários: a universalidade, igualdade e integralidade e diretrizes organizativa, a regionalização e hierarquização, resolubilidade, descentralização e participação dos cidadãos (BRASIL, 1990).

Segundo a Constituição Federal de 1988, a integralidade constitui um princípio e, ao mesmo tempo, uma diretriz para a organização do SUS (PAIM, 2004). Na PNPS, a integralidade é expressa em seus princípios, entendendo que as ações para o seu alcance acontecem quando as “intervenções são pautadas no reconhecimento da complexidade, potencialidade e singularidade de indivíduos, grupos e coletivos, construindo processos de trabalho articulados e integrais” (BRASIL, 2014, p. 2).

A integralidade, entendida como o atendimento integral, foca suas atividades nas ações de prevenção e promoção à saúde, sem prejuízos dos serviços assistenciais. É o reconhecimento na prática dos serviços de que cada indivíduo é um todo indivisível e integrante de uma comunidade e que as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde não podem ser compartimentalizadas; as unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade, devem formar um sistema capaz de prestar assistência integral (BRASIL, 1990).

Ainda, nessa perspectiva “[...] o homem é um ser integral, biopsicossocial, e deverá ser atendido com esta visão integral por um sistema de saúde integral, voltado a promover, proteger e recuperar sua saúde” (BRASIL, 1990. p. 5). A integralidade se define pela integração de atos preventivos, curativos, individuais e coletivos (FONTOURA; MAYER, 2006).

A integralidade pode ser tomada como a articulação entre a promoção, prevenção, recuperação da saúde, que são postas para a realização do cuidado em saúde, por meio de ações que se estruturam em um mesmo espaço, com a constituição de saberes e de ações que se integram (MATTOS, 2004).

Para Freitas *et al.*, (2010), a integralidade deve dotar o sistema com condições relacionadas as várias fases da atenção à saúde, sendo o processo do cuidado, como o relacionamento do profissional com os usuários, fator primordial, dispondo, ainda, de um serviço de atendimento organizado, diversificado e humano, com vistas a atender o indivíduo e a coletividade.

A integralidade surge em um campo de forças e lutas constituído pelos movimentos dos usuários, trabalhadores e gestores, propondo políticas, financiamento, programação e planejamento pelas três esferas governamentais. A integralidade busca orientar as práticas de saúde, organizando o trabalho e a política, tornando-se indispensável para inovar a postura de atenção à saúde (MONTENEGRO; PENNA; BRITO, 2010).

Para Machado *et al.*, (2007), a produção do cuidado e o restabelecimento da saúde está fundamentada na assistência de forma integrada. Baseando-se no princípio da integralidade, os serviços devem proporcionar ações de promoção à saúde, com prevenção aos fatores de risco, assistência aos danos e reabilitação, de acordo com a dinâmica do processo saúde-doença, articulando-se e integrando-se nos espaços organizacionais do sistema saúde.

A integralidade implica em repensar a organização do processo de trabalho, gestão, planejamento com a construção de saberes e práticas de saúde. A mudança no modelo de atenção à saúde propõe não apenas a priorização da atenção primária, mas o usuário como um cidadão integral; isso leva ao abandono da fragmentação do cuidado, pois, nesse processo, as pessoas são transformadas em órgãos, sistemas ou dissociam-se as dimensões sociais, culturais, biológicas ou psicológicas do ser humano (FRACOLLI *et al.*, 2011).

A integralidade na atenção primária faz o reconhecimento adequado das necessidades de saúde do paciente, disponibilizando os recursos para abordá-las, tornando-se um mecanismo importante de serviços, ajustados conforme as necessidades de saúde do indivíduo e da coletividade (STARFIELD, 2002).

Um aspecto oportunizado pela integralidade é o vínculo, o que pode ser pensado em três dimensões: 1) afetividade: tanto na atuação do profissional como do paciente, construindo um vínculo estável. 2) continuidade: fortalece o vínculo de conhecimento e confiança entre profissional e paciente. 3) relação terapêutica: o ato de cuidar, envolvendo um momento de zelo e atitude de responsabilidade pelo outro (CAMARGO JUNIOR *et al.*, 2008).

A articulação entre os serviços de saúde deve acontecer por meio da integralidade, considerando como serviço de saúde: um centro de saúde, uma equipe da ESF, um ambulatório de especialidades ou um hospital, pensando no espaço e ação de cada profissional de saúde (FRACOLLI *et al.*, 2011). A integralidade da assistência à saúde inicia-se e completa-se na Rede de Atenção à

Saúde⁷, mediante referenciamento do usuário na rede regional e interestadual, conforme pactuado nas Comissões Intergestores (BRASIL, 2011b).

Entendendo a integralidade como exposto, considera-se que, quando ela é tomada como princípio estruturante das ações no PSE, é preciso que as ações desenvolvidas abarquem todas as necessidades de saúde dos escolares. Equivale a dizer que a atenção ao escolar deve se articular ao sistema de saúde, de forma a ofertar assistência integral, desde as ações de promoção da saúde e prevenção de agravos até as assistenciais, inclusive, em relação ao atendimento especializado.

2.6 Intersetorialidade e Interdisciplinaridade: estratégia de ação do Programa Saúde na Escola

A intersetorialidade é condição para o desenvolvimento de programas como o PSE, que tem na PS um de seus horizontes. A PS passa pelo desenvolvimento de ações intersetoriais e interdisciplinares, dado que as condições de saúde estão estreitamente vinculadas às condições de vida, moradia, trabalho, lazer e de acesso a serviços de saúde resolutivos.

O enfrentamento das questões sociais, dentre as quais Saúde, Educação e Assistência Social, ganham notoriedade e exigem ações pactuadas e desenvolvidas conjuntamente. Tal condição é carregada de desafios e de caminhos a serem construídos numa cultura de proposição e desenvolvimento de políticas sociais estanques e distanciadas ou que, por vezes, se sobrepõem, nos diferentes níveis da gestão das políticas públicas.

A intersetorialidade pressupõe a “articulação de saberes, potencialidades e experiências de sujeitos, grupos e setores na construção de intervenções compartilhadas, estabelecendo vínculos, corresponsabilidade e cogestão para objetivos comuns” (BRASIL, 2014, p. 2).

Para Monnerat e Souza (2009, p. 208),

O ponto forte da proposta de intersetorialidade é a possibilidade de se construir uma visão de complexidade dos problemas tendo como requisito o aporte de diferentes acúmulos setoriais. Trata-se, pois, de construir objeto e objetivos comuns, o que difere das propostas que se traduzem na mera sobreposição ou justaposição de ações setoriais.

⁷ Conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde.

Construir a intersetorialidade parece passar pelo planejamento conjunto das ações a serem desenvolvidas. A ação de planejar deve traduzir a

articulação entre saberes e práticas setoriais, considerando-se que no âmbito do planejamento conjunto a intersetorialidade deve se concretizar como síntese de conhecimentos diversos (interdisciplinaridade) para atuar sobre problemas concretos (MONNERAT; SOUZA, 2009, p. 204).

Outro elemento importante na construção da intersetorialidade é a construção de espaços e mecanismos que possibilitem o diálogo, uma vez que diferentes olhares se encontrarão no enfrentamento de uma mesma situação (MONNERAT; SOUZA, 2009) e cada um deverá negociar seus limites, mas, principalmente, as possibilidades de ação conjunta na resolução dos problemas vivenciados e na construção de políticas sociais, as quais atendam em maior amplitude a população que esteja em foco.

Ao mesmo tempo, trabalhar de forma intersetorial não elimina a importância da intrasetorialidade, uma vez que a complexidade dos problemas de saúde e educação exigem articulação contínua dentro da própria área de saber. A intrasetorialidade deve ser o “exercício permanente da desfragmentação das ações e serviços ofertados por um setor, visando à construção e articulação de redes cooperativas resolutivas” (BRASIL, 2014, p. 2).

A intersetorialidade, articulada à interdisciplinaridade, está entre as diretrizes de implementação do PSE, constituindo-se em estratégia fundamental do programa, que está focado no fortalecimento da relação entre as redes públicas de saúde e de educação, articulando suas ações por meio da comunicação e da participação comunitária direta nas políticas dos seus respectivos setores. O programa, articulado aos princípios e diretrizes do SUS, adota como 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 (BRASIL, 2007a).

Para garantir que seus objetivos sejam alcançados, é fundamental que aconteça a prática da intersetorialidade nos campos da gestão, do planejamento, dos compromissos dos dois setores e da abordagem nos territórios onde se encontram as unidades escolares e as equipes responsáveis pelo território definido.

Da mesma forma, faz-se necessário garantir a inter-relação entre as políticas de saúde e de educação às crianças, aos adolescentes e aos jovens (BRASIL, 2011a).

Considerando que a saúde é um setor complexo, necessitando de abordagens mais amplas para o enfrentamento dos problemas que afetam a saúde da população, a intersetorialidade torna-se um caminho de estruturação para ações coletivas, que deem conta da realidade e de suas diversas nuances (GOMES, 2012).

O conhecimento interdisciplinar do profissional de saúde estabelece condições para entender o indivíduo de forma integral, já que é necessário haver uma visão que ultrapasse as especificidades profissionais e caminhe na direção da compreensão social, decorrente da sua prática (LOCH-NECKEL *et al.*, 2009).

A intersetorialidade incorpora os determinantes sociais de saúde na construção de intervenções, visando atuar nos diversos fatores que influenciam a redução das iniquidades sociais, além de se articular aos vários setores da sociedade. É uma estratégia que viabiliza a comunicação e interação com o compartilhamento de saberes e de poderes entre os diferentes setores, buscando metas e objetivos comuns para o enfrentamento das questões sociais (GOMES, 2012).

O PSE representa o fortalecimento da integração entre os setores educação e saúde, proporcionando a intersetorialidade, apregoada pelo SUS (SANTIAGO *et al.*, 2012), no que se refere à proposição de ações de saúde direcionadas a escolares.

A intersetorialidade e a interdisciplinaridade constituem-se em diretrizes de implementação do PSE, sendo a ação intersetorial a estratégia do programa, como uma ação que se volta para o fortalecimento da relação entre as redes de saúde e educação e a participação comunitária direta nas políticas dos seus setores. É uma proposta de nova perspectiva de política de saúde no âmbito escolar, a qual ultrapassa as dimensões biomédicas do processo saúde-doença (GOMES, 2012).

O PSE, com a finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica, por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde pontua, no art. 3º do Decreto que o instituiu, em suas diretrizes para a implementação do Programa, a integralidade, a interdisciplinaridade e intersetorialidade.

As ações propostas pelo PSE, que são desenvolvidas após assinatura do termo de adesão entre as Secretarias de Saúde e Educação pelos municípios,

deverão ser vistas como possibilidade de ampliação da intersetorialidade e do princípio da integralidade da atenção à saúde e à formação de crianças, adolescentes e jovens (BRASIL, 2011a).

Para atingir os objetivos do PSE, é necessária a prática da intersetorialidade no âmbito da gestão, do planejamento, dos compromissos entre os dois setores e da abordagem na área adstrita, na qual se encontram as unidades escolares e as equipes de saúde, garantindo às crianças, aos adolescentes e aos jovens o acesso integral a uma melhor qualidade de vida (BRASIL, 2011a).

A possibilidade da promoção da saúde está intrinsecamente relacionada ao desenvolvimento de ações intersetoriais, uma vez que promover saúde passa pela garantia do acesso às condições de existência, as quais extrapolam o espaço das práticas assistenciais em saúde.

3. METODOLOGIA

3.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo exploratório, pelo qual se pode aumentar a experiência em relação a um determinado tema (TRIVIÑOS, 2013); tal tema foi desenvolvido por meio de uma pesquisa de campo, que se torna uma opção quando o pesquisador objetiva levantar informações “e/ou conhecimentos acerca de um problema para o qual busca respostas ou para a pesquisa de hipóteses que pretende comprovar, ou, ainda, descobrir novos fenômenos ou as relações entre eles” (PRODANOV; FREITAS, 2013, p. 59).

3.2 Campo de Pesquisa

O estudo foi desenvolvido em cinco municípios da região Oeste do Paraná, que integram a 10ª Regional de Saúde e o Núcleo Regional de Educação de Cascavel; tais municípios fizeram adesão ao Programa Saúde na Escola e iniciaram a implantação do programa até o ano de 2012, designados nesse estudo como M1, M2, M3, M4, M5.

O Estado do Paraná é dividido em 22 Regionais de Saúde, as quais constituem as instâncias intermediárias da Secretaria de Saúde do Estado, com as Secretarias Municipais de Saúde. A 10ª Regional de Saúde do Paraná, com sede em Cascavel/PR, é composta por 25 municípios: Anahy, Boa Vista da Aparecida, Braganey, Cafelândia, Cascavel, Campo Bonito, Capitão Leônidas Marques, Catanduvas, Céu Azul, Corbélia, Diamante do Sul, Espigão Alto do Iguaçu, Formosa do Oeste, Guaraniaçú, Ibema, Iguatu, Iracema do Oeste, Jesuítas, Lindoeste, Nova Aurora, Quedas do Iguaçu, Santa Lúcia, Santa Tereza do Oeste, Três Barras do Paraná e Vera Cruz do Oeste.

A organização dos serviços educacionais públicos é igualmente regionalizada, mas com diferente abrangência geográfica, a qual delimita para a região da 10ª Regional de Saúde três distintos Núcleos Regionais de Educação (NRE); para essa pesquisa, foi considerado o NRE de Cascavel/PR. Nos municípios que compõem o referido NRE, funcionam escolas municipais e escolas estaduais, sendo ambas tomadas como campo de estudo. O NRE sediado no município de Cascavel/PR é constituído por 18 municípios, compreendendo os municípios de: Anahy, Boa Vista

da Aparecida, Braganey, Cafelândia, Campo Bonito, Capitão Leonidas Marques, Cascavel, Catanduvas, Céu Azul, Corbélia, Guaraniaçu, Ibema, Iguatu, Lindoeste, Santa Lúcia, Três Barras do Paraná e Vera Cruz do Oeste, dos quais foram selecionados cinco municípios que aderiram ao Programa Saúde na Escola até o ano de 2012, sendo eles: Anahy, Boa Vista da Aparecida, Guaraniaçu, Três Barras do Paraná e Santa Lúcia, conforme os critérios definidos na Portaria Interministerial 3.696, de 25 de novembro de 2010. Essa Portaria estabeleceu como critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola a inclusão dos municípios com Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB), no ano de 2009, menor ou igual a 4,5 e que tivessem 70% ou mais de cobertura populacional por Equipes Saúde da Família, com base na competência financeira de junho de 2010, e municípios que possuísem escolas participantes do Programa Mais Educação⁸ (BRASIL, 2010b).

Em M1, a população é de 2.874 habitantes, área territorial 102,647 km², um estabelecimento de Saúde do SUS, índice de Desenvolvimento Humano Municipal – 2010 (IDHM 2010) 0,695; possuem 359 educandos matriculados no ensino fundamental, 137 no ensino médio, 66 na pré-escola (IBGE, 2016).

Em M2, a população é de 7.911 pessoas, área territorial de 256,297 km², cinco estabelecimentos de Saúde do SUS, índice de Desenvolvimento Humano Municipal – 2010 (IDHM 2010) 0,670; possuem 1.243 educandos matriculados no ensino fundamental, 383 no ensino médio, 186 na pré-escola (IBGE, 2016).

Em M3, a população é de 14.582 pessoas, área da unidade territorial de 1.225,606 km², 16 estabelecimentos de Saúde do SUS, índice de Desenvolvimento Humano Municipal – 2010 (IDHM 2010) 0,677; possuem 1.854 educandos matriculados no ensino fundamental, 644 no ensino médio, 234 na pré-escola (IBGE, 2016).

Em M4, a população é de 3.925 pessoas, área da unidade territorial de 116,858 km², conta com três estabelecimentos de Saúde do SUS; tem índice de Desenvolvimento Humano Municipal – 2010 (IDHM 2010) 0,687; possui 491 educandos matriculados no ensino fundamental, 152 no ensino médio, 127 na pré-escola (IBGE, 2016).

⁸ O Programa Mais Educação foi instituído pela Portaria Normativa Interministerial nº 17, de 24 de abril de 2007, com o objetivo de contribuir para a formação integral de crianças, adolescentes e jovens, por meio da articulação de ações, de projetos e de programas do Governo Federal e suas contribuições às propostas, visões e práticas curriculares das redes públicas de ensino e das escolas, alterando o ambiente escolar e ampliando a oferta de saberes, métodos, processos e conteúdos educativos.

Em M5, a população é de 11.824 pessoas, área da unidade territorial de 504,171 km², conta com sete estabelecimentos de Saúde do SUS; tem um índice de Desenvolvimento Humano Municipal – 2010 (IDHM 2010) 0,681; possui 1.568 educandos, matriculados no ensino fundamental, 643 no ensino médio, 293 na pré-escola (IBGE, 2016).

3.3 Participantes do Estudo

A pesquisa foi realizada em um contexto intersetorial, envolvendo gestores municipais das secretarias de saúde e educação que atuavam diretamente no PSE.

Vale salientar que o processo de coleta dos dados teve como critérios de inclusão que o município tivesse aderido ao PSE até o ano de 2012; que os sujeitos que estivessem envolvidos na gestão do PSE assinassem o termo de consentimento livre e esclarecido e estivessem disponíveis para participar da entrevista durante o período da coleta dos dados, em datas e locais previamente agendados. E, como critério de exclusão, figuram os municípios que aderiram ao programa após o ano de 2012.

Assim, os profissionais que participaram das entrevistas obedeceram aos critérios pré-estabelecidos. Dessa maneira, participaram do estudo 15 gestores, dos quais, oito (53,3%) são da gestão da saúde e sete (46,7%) da gestão da educação. Considerando-se que foram cinco os municípios incluídos na pesquisa, esperava-se que houvesse um total de 10 gestores (um da saúde e um da educação), entretanto, os gestores incluíram, nos encontros para as entrevistas, profissionais de suas equipes de trabalho que atuavam diretamente no PSE, por isso, o número foi de 15 sujeitos. De fato, em dois municípios, identificados como M1 e M5, estiveram presentes exclusivamente os secretários de Saúde e Educação; nos demais, as entrevistas aconteceram em conjunto (Secretários de Saúde e Educação) e suas equipes imediatas, compostas por enfermeiros, nutricionistas, psicólogos que, de agora em diante, são considerados gestores do PSE nos municípios estudados.

Os contatos iniciais para o agendamento das entrevistas foram feitos via telefone, sendo as datas, locais e horários estabelecidos pelos participantes, de acordo com suas disponibilidades. Dessa forma, foram realizadas nas secretarias de saúde e educação. A chegar ao local pré-estabelecido, em boa parte das entrevistas, estavam reunidos gestores de ambas as secretarias, sendo as entrevistas realizadas de forma coletiva.

3.4 Métodos e Técnicas

Os métodos e técnicas utilizados estão ancorados em diferentes fontes de dados, os quais foram levantados pela pesquisa de campo. Foram utilizados dados documentais, dados produzidos em entrevistas com os sujeitos e dados registrados em diário de campo.

3.4.1 Pesquisa Documental

A análise de documentos escritos é uma estratégia importante de levantamento de dados, pois a fonte documental pode minimizar a influência do pesquisador sobre a realidade (CELLARD, 2012).

A definição das metas de cobertura das ações do Programa Saúde na Escola é pactuada a partir da adesão ao Termo de Compromisso, no qual os gestores se comprometem com um conjunto de metas anuais de cobertura dos escolares beneficiados pelas ações do PSE. As metas pactuadas de implantação/implementação das ações foram monitoradas por meio do Sistema Integrado de Monitoramento Execução e Controle (Simec). É por meio desse Sistema que os gestores municipais cadastram as informações acerca do Programa e identificam as ações e metas pactuadas. A partir dessas informações obtidas *online* pelo Portal operacional e de gestão do Ministério da Educação, pode-se verificar e quantificar as ações pactuadas e os planos de ações articulados nesses municípios. As informações quantificáveis obtidas foram sistematizadas em séries de valores numéricos e distribuídas em frequência.

3.4.2 Entrevista

A entrevista é um método fundamental de coleta de dados em pesquisa na área da saúde; é uma forma de produzir conhecimento sobre determinado assunto, de uma dada realidade (MINAYO, 2013). Assim, informações foram coletadas a partir de roteiros semiestruturados, de forma que os entrevistados pudessem expressar seu conhecimento e experiência acerca do tema. As entrevistas foram gravadas e transcritas integralmente e, posteriormente, sistematizadas e organizadas em temáticas. Construíram-se, para esse estudo, dois instrumentos

diferenciados para coleta de dados com os gestores municipais dos serviços de saúde e da educação (Apêndices I e II).

O roteiro para realização das entrevistas foi constituído de duas partes; a primeira abordava a identificação dos sujeitos e a segunda contemplava a implantação e desenvolvimento do PSE, sendo composta por questões abertas e fechadas. Essa segunda parte foi construída seguindo-se os itens previstos no caderno Passo a Passo do PSE, no que tange às atribuições de gestão municipal para a implantação do PSE (BRASIL, 2011a).

A coleta de dados ocorreu nos meses de julho, agosto e setembro de 2015, sendo realizadas 15 entrevistas: oito com profissionais ligados à gestão do PSE, nas Secretarias Municipais de Saúde; sete com profissionais ligados à gestão nas Secretarias Municipais de Educação.

Todos os sujeitos abordados aceitaram participar da pesquisa, atendendo os pesquisadores em dia, hora e locais previamente agendados. As entrevistas com os gestores duraram 223min e 33seg, com uma média por gestor entrevistado de 14min e 88seg.

3.4.3 Diário de Campo

Para Ceres, Knauth e Hassen (2000), o diário de campo é um registro cronológico das atividades desenvolvidas pelo pesquisador, o que envolve a anotação de observações das pessoas envolvidas, informantes e pessoas importantes da comunidade.

O diário de campo é, muitas vezes, utilizado em estudos que se pautam na observação participante, lançando mão de um caderno de notas, no qual o observador anota cotidianamente suas impressões, resultados de conversas informais, os comportamentos observados, por vezes, contraditórios com as falas e as manifestações dos sujeitos envolvidos (MINAYO, 2013); tais anotações podem ser utilizadas em outras abordagens metodológicas, como recurso para ampliar o raio das observações e esclarecimento dos dados coletados. As informações coletadas no diário de campo foram complementares aos dados levantados na pesquisa documental e nas entrevistas com os sujeitos do estudo. Os dados foram registrados em formulário, que pode ser observado no apêndice III.

3.5 Análise dos dados

As questões fechadas foram sistematizadas e apresentadas de forma descritiva. Os dados dos termos de pactuação e do Simec estão descritos em tabelas e quadros.

Para análise das questões abertas, utilizou-se a análise temática que, segundo Minayo (2013, p. 316), “[...] consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado”.

A análise temática é realizada a partir de três etapas, sendo a primeira a pré-análise, em que o pesquisador toma contato direto e exaustivo com o material de campo, aproximando-se do conteúdo coletado. Nessa etapa, constitui-se o corpus da pesquisa, ou seja, o tratamento do material coletado deverá possibilitar elementos que oferecerão validade qualitativa ao estudo, ao proceder algumas normas como: exaustividade, em que os dados deverão contemplar todos os aspectos levantados no roteiro inicial; representatividade, que exponha as características essenciais do todo investigado; homogeneidade, que auxiliará na escolha dos temas; pertinência, que garanta que os dados coletados sejam adequados para responder aos objetivos do estudo, formulação e reformulação de hipóteses e objetivos - momento no qual retoma a etapa exploratória, em que, por meio da leitura exaustiva do material, revisa-se a questão inicial da pesquisa e, caso seja necessário, reformula-se o pressuposto inicial do estudo ou identificam-se novas questões não percebidas anteriormente. Determina-se a unidade de registro, a unidade de contexto, os recortes e a forma de categorização (MINAYO, 2013).

A exploração do material compõe a segunda etapa de tratamento dos dados e constitui-se em uma fase importante na análise temática, pois o pesquisador busca identificar categorias “[...] que são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado” (MINAYO, 2013, p. 317). Essa etapa deve ser cuidadosa, pois o momento de categorização deverá possibilitar uma abordagem rica e densa do objeto estudado. A categorização parte da unidade de registro que é construída por palavras, frases, temas ou acontecimentos relevantes, os quais serão considerados pela quantidade de recorrência na sistematização dos dados, permitindo, assim, a associação dos dados e a escolha de categorias (MINAYO, 2013).

A última fase da análise temática é o tratamento dos resultados obtidos e interpretação, etapa em que se busca destacar informações relevantes e complexas obtidas, na pesquisa, para propor inferências e interpretações a partir dos fundamentos teóricos construídos inicialmente pelo pesquisador (MINAYO, 2013).

Após o processo de sistematização dos dados quantitativos e qualitativos, procedeu-se a triangulação das fontes de dados que, segundo Minayo, Assis e Souza (2005, p. 190), ocorrem por “aproximação sucessivas por meio de propostas de categorização”. Conforme Flick (2009), a triangulação pode ajudar a fundamentar o conhecimento que se produziu por meio dos métodos qualitativos, de forma a ampliar e complementar as possibilidades de produção do conhecimento.

Os dados quantitativos e qualitativos foram submetidos a uma síntese que expressava a essência dos conteúdos presentes nos dados documentais, nas entrevistas e no diário de campo. Essa síntese foi novamente submetida a sucessivas leituras e análises, as quais possibilitaram a emergência das temáticas que expressavam a visão dos gestores acerca da implantação do PSE.

Os dados quantitativos e qualitativos foram analisados à luz da literatura pertinente, tendo como categorias analíticas (MINAYO, 2013) a intersectorialidade, a integralidade e a promoção da saúde.

3.6 Aspectos Éticos

A pesquisa foi desenvolvida conforme Resolução do Conselho Nacional de Saúde, nº 466/2012, que dispõe as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Essa Resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os cinco referenciais básicos da bioética: autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade, entre outros, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado (BRASIL, 2012b). Em todas as etapas, foi garantido o anonimato aos participantes. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa e aprovado conforme Parecer CEP nº 1.134.653 em 25/06/2015 (Anexo I).

Considerando as disposições éticas todos os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos, a metodologia, os benefícios e os riscos de participação no estudo, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice IV), o que também lhes garantiu o sigilo, o anonimato e o direito de se retirar da pesquisa a qualquer momento, sem prejuízos.

Com o objetivo de garantir o sigilo da identidade dos sujeitos, os nomes e municípios foram substituídos por códigos correspondentes aos níveis de gestão que representavam no momento da pesquisa, seguidos de um número sequencial de acordo com a ordem de entrevista. Para os municípios, utilizou-se a designação M1, M2... M5. Para designar os gestores das Secretarias de Saúde, utilizou-se o código Gestor da Saúde (GS), seguido de um número sequencial, GS1 a GS8; para os gestores da Secretaria de Educação, utilizou-se o código Gestor da Educação (GE), GE1 a GE7.

4 RESULTADOS

4.1 Caracterização dos sujeitos

Dentre os 15 gestores sujeitos do estudo, no que tange à formação observada na (Tabela 1), a categoria profissional que se destaca entre os gestores da saúde é a do enfermeiro, com três (37,5%) sujeitos. E, dentre os gestores da educação, está a do pedagogo, com três (42,5%) sujeitos.

Tabela 1: Distribuição dos sujeitos quanto à formação profissional. Cascavel/PR, 2015.

Secretaria	Formação profissional	FA	FR
Gestores da Saúde	Enfermagem	3	37,5%
	Psicologia	1	12,5%
	Nutrição	2	25%
	Administração	1	12,5%
	Ensino Médio	1	12,5%
	Subtotal	8	100%
Gestores da Educação	Pedagogia	3	42,85%
	Nutrição	2	28,57%
	Matemática	1	14,29%
	Letras/Inglês	1	14,29%
	Subtotal	7	100%
Total		15	100

Fonte: Dados coletados em entrevista.

A tabela 2, a seguir, mostra o cargo ou função dos gestores do PSE. Observa-se que atuam diretamente na gestão do programa os secretários de saúde e educação, além de profissionais com funções técnicas, tais como enfermeiros e nutricionistas.

Tabela 2: Distribuição dos sujeitos quanto ao cargo/função que ocupam. Cascavel/PR, 2015.

Secretaria	Cargo/função	FA	FR
Gestores da Saúde	Secretário Municipal de Saúde	5	62,50%
	Nutricionistas	2	25%
	Enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família	1	12,5%
	Subtotal	8	100%
Gestores da educação	Secretário Municipal de Educação	4	57,14%
	Nutricionistas	2	28,57%
	Técnico da Secretaria de Educação	1	14,29%
	Subtotal	7	100%
Total		15	100%

Fonte: Dados coletados em entrevista.

O tempo de atuação dos sujeitos entre os gestores da saúde variou entre um e nove anos, com duas ocorrências para quatro anos e as demais com uma ocorrência cada. Para os gestores da educação, o tempo de atuação variou de dois a dez anos, com duas ocorrências para o tempo de atuação, de dois anos, e as demais com uma ocorrência cada.

Essa variação no tempo de permanência na função está relacionada às movimentações políticas, que acontecem por ocasião das eleições. Os ocupantes com menos tempo na função são cargos assumidos após as eleições municipais de 2012, em municípios em que houve mudança nos grupos políticos, os quais dirigiam a cidade e, conseqüentemente, resultou em troca dos cargos de gestão nas secretarias municipais de saúde e educação.

4.2 O Programa Saúde na Escola na realidade estudada

De acordo com a Portaria Interministerial nº 1413/2013, a gestão do PSE nos municípios deve acontecer por meio do GTI municipal (BRASIL, 2013a). Na busca documental, nesse estudo, o documento que orientava a gestão do PSE (Passo a Passo PSE) indicava que os GTI municipais deveriam ser compostos,

[...] obrigatoriamente por representantes das Secretarias de Saúde e de Educação e, facultativamente, por outros parceiros locais representantes de políticas e movimentos sociais (cultura, lazer, esporte, transporte, planejamento urbano, sociedade civil, setor não governamental e setor privado, entre outros) (BRASIL, 2011a, p. 9).

Na orientação acerca da composição do PSE, o caderno Passo a Passo amplia o número dos sujeitos que podem e devem compor o GTI Municipal, ao sugerir que nele atuem os

[...] gestores das Secretarias de Saúde e de Educação, representantes das equipes de Saúde da Família e representantes dos educadores que atuarão no PSE, representantes das escolas, jovens e das pessoas da comunidade local. Esse grupo pode incorporar na sua formação outras instâncias e áreas, por exemplo, representantes do Comitê Local do BPC (Benefício de Prestação Continuada) na escola, podendo, inclusive, realizar encontros ampliados dependendo do tema a ser trabalhado (BRASIL, 2011a, p. 11-2).

Diante das entrevistas com os representantes das secretarias de saúde e educação foi atestada a existência do GTI pela quase totalidade dos sujeitos, exceto

por um dos secretários de saúde; sete, 87,5%, responderam que sim e um 12,5%, que não; e, por um dos secretários de educação, seis 85,7% responderam sim e um, 14,28% respondeu não.

A composição do GTI apresentou como participantes oito (53,33%) gestores da secretaria de saúde, sete (46,67%) gestores da secretaria de educação, oito (53,33%) representantes da secretaria de saúde, oito (53,33%) representantes da secretaria de educação; além disso, outros profissionais foram citados nas entrevistas, compondo os GTI como: três (20%) assistentes social, duas (13,33%) psicólogas, duas (13,33%) pedagogas, três (20%) dentistas, duas (13,33%) fonaudiólogas, duas (13,33%) psicopedagogas, 01 (6,66%) nutricionista, quatro (26,66%) secretárias de assistência social, uma (6,66%) enfermeira, duas (13,33%) secretárias de esportes, e um (6,66%) educador físico.

Na avaliação dos gestores, o monitoramento do PSE tem acontecido, uma vez que 100% dos entrevistados nas Secretarias de Saúde e de Educação responderam afirmativamente.

O envio de material pelo Ministério da Educação não tem acontecido, pois dentre os sujeitos da educação dois (28,57%) afirmaram que receberam materiais do Ministério da Educação e cinco (71,43%) responderam que não.

Na avaliação dos sujeitos, o PSE encontra-se implantado nos cinco municípios pesquisados.

Conforme a Portaria Interministerial nº 1413/2013, após a pactuação das ações a serem desenvolvidas, será liberado o percentual de 20% dos recursos previstos, conforme o número de educandos e de ações pactuadas.

A definição dos recursos é estabelecida na Portaria nos seguintes termos:

Art. 16. O valor anual máximo do incentivo financeiro a ser repassado no âmbito do PSE tem como base o número de educandos contemplados no Termo de Compromisso Municipal ou do Distrito Federal, condicionado à capacidade de cobertura da Atenção Básica.

§ 1º O cálculo do valor máximo anual de recursos financeiros ao qual o Município ou o Distrito Federal fará jus será obtido considerando-se as seguintes faixas:

I - número total de até 599 (quinhentos e noventa e nove) educandos: valor de R\$ 3.000,00 (três mil reais); e

II - a cada acréscimo entre 1 (um) a 199 (cento e noventa e nove) educandos a partir de 599 (quinhentos e noventa e nove) educandos, soma-se R\$ 1.000,00 (hum mil reais) ao valor máximo anual a ser recebido (BRASIL, 2013a).

A sistematização de dados, disponíveis em Portarias do Ministério da Saúde, que habilitam os municípios para aderirem ao PSE, permite verificar os quantitativos de valores, que são repassados aos municípios. Dentre as Portarias disponíveis no site do Ministério, que têm relação com o acesso aos recursos do PSE, encontra-se a Portaria nº 1.861, de 4 de setembro de 2008, que listou alguns municípios paranaenses, mas nenhum dos analisados nesse estudo; a Portaria nº 3.146, de 17 de dezembro de 2009 (BRASIL, 2008; BRASIL, 2009b), a qual estabelecia recursos financeiros para Municípios com equipes de Saúde da Família, que aderiram ao Programa Saúde na Escola. A Portaria nº 1.537, de 15 de junho de 2010, que credenciava Municípios para o recebimento de recursos financeiros pela adesão ao Programa Saúde na Escola – PSE; a Portaria nº 3.146/GM, de 17 de dezembro de 2009 (BRASIL, 2010b), não evidencia nenhum município paranaense, até porque ela credenciou os municípios listados na Portaria de 2009.

A tabela 3 apresenta as informações sobre os recursos financeiros, definidos para os municípios pesquisados, conforme publicado nas Portarias MS nº 3.014/2011, MS nº 524/2012 e MS nº 2.608/2013.

Tabela 3: Informações sobre recursos definidos para os municípios pesquisados, conforme as Portarias MS nº 3.014/2011, MS nº 524/2012 e MS nº 2.608/2013.

Municípios	Município habilitado e valor do repasse em 2011	Município habilitado e valor do repasse em 2012	Município habilitado e repasse de 20% do teto em 2013
M1	R\$ 6.700,00	-	R\$ 800,00
M2	-	-	R\$ 2.000,00
M3	R\$ 26.800,00	-	R\$ 3.400,00
M4	R\$ 13.400,00	-	R\$ 1.000,00
M5	R\$ 20.100,00	-	R\$ 1.400,00

Fonte: Brasil (2011b; 2012c; 2013b).

Foi a partir de 2011 que os municípios estudados apareceram nas Portarias que estabelecem os recursos ao PSE. Nesse ano, o Ministério da Saúde emitiu a Portaria nº 3.014, de 20 de dezembro de 2011, a qual habilitava municípios e o Distrito Federal para o recebimento do repasse de recursos financeiros, relativos ao Programa Saúde na Escola; a Portaria nº 524/2012, que habilitava municípios ao recebimento do repasse de recursos financeiros, relativos ao Programa Saúde na Escola. Nela, dois municípios do Paraná apareceram entre os habilitados, mas nenhum deles faz parte da amostra desse estudo; a Portaria nº 2.608/2013, que definiu municípios com adesão ao Programa Saúde na Escola de 2013 e os habilitou

ao recebimento de 20% (vinte por cento) do teto de recursos financeiros, pactuados no termo de compromisso.

A tabela 4, abaixo, expõe os recursos definidos para o ano de 2015, em relação aos municípios pesquisados, conforme as ações e número total de educandos, pactuados no ano de 2014, de acordo com a Portaria nº 1.067/2015.

Tabela 4: Pactuações realizadas pelos municípios pesquisados, conforme a Portaria nº 1.067, de 23 de julho de 2015.

Municípios	Total de Educandos pactuados no PSE 2014 a 2015	Valor total máximo a ser repassado	20% correspondente à adesão
M1	612	R\$ 4.000,00	R\$ 800,00
M2	1.578	R\$ 8.000,00	R\$ 1.600,00
M3	2.975	R\$ 15.000,00	R\$ 3.000,00
M4	785	R\$ 4.000,00	R\$ 800,00
M5	1.144	R\$ 6.000,00	R\$ 1.200,00

Fonte: Brasil (2015a).

Os quadros a seguir mostram os três componentes do PSE e o número de educandos e ações pactuadas nos componentes I, II e III, nos municípios pesquisados, do ano de 2013 até 2015, a partir de dados acessados nos termos de compromisso assinados pelos municípios para adesão ao PSE.

Quadro 1: Dados do componente II no município 1 de 2013 a 2015. Brasil, 2016.

M1							
Ação pactuada	Nível escolar	2013		2014		2015	
		Quantidade Pactuada	Quantidade Realizada	Quantidade Pactuada	Quantidade Realizada	Quantidade Pactuada	Quantidade Realizada
Promoção da Cultura de Paz e Direitos Humanos	Ensino Médio	122	122	-	-	128	128
	Ensino Fundamental	411	411	-	-	382	382
	Pré-escola	22	22	-	-	-	-
	Subtotal	555	555	-	-	510	510
Promoção da Segurança Alimentar e Promoção da Alimentação Saudável	Ensino Médio	122	122	-	-	128	128
	Ensino Fundamental	191	191	220	220	382	382
	Creche	63	63	-	-	-	-
	Pré-escola	26	26	-	-	43	43
	Subtotal	402	402	220	220	553	553
Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE): Direito Sexual e Reprodutivo e Prevenção das DST/AIDS	Ensino Médio	122	122	-	-	-	-
	Ensino Fundamental	411	411	-	-	382	382
	Pré-escola	-	-	22	22	-	-
	Subtotal	533	533	22	22	382	382
Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE): Prevenção ao uso de Álcool, Tabaco, Crack e outras Drogas	Ensino Médio	122	122	-	-	128	128
	Ensino Fundamental	220	220	191	191	382	382
	Pré-escola			22	22	-	-
	Subtotal	342	342	213	213	510	510
Promoção da Saúde Ambiental e Desenvolvimento Sustentável	Ensino Médio	122	122	-	-	-	-
	Ensino Fundamental	411	411	-	-	-	-
	Pré-escola	22	22	-	-	-	-
	Subtotal	433	433	-	-	-	-

Fonte: Brasil, 2016.

Quadro 2: Dados do componente II no município 2 de 2013 a 2015. Brasil, 2016.

M2					
Ação pactuada	Nível escolar	2014		2015	
		Quantidade Pactuada	Quantidade Realizada	Quantidade Pactuada	Quantidade Realizada
Promoção da Cultura de Paz e Direitos Humanos	Ensino Fundamental	1258	3662	911	2919
	Pré-escola	123	315	-	-
	Subtotal	1381	3977	911	2919
Promoção das Práticas Corporais, Atividades Física e Lazer nas Escolas	Ensino Médio	334	1	0	1443
	Ensino Fundamental	1274	4008	1210	2815
	Creche			0	259
	Pré-escola	123	579	-	248
	Subtotal	1731	4587	1210	4765
Promoção da Saúde Ambiental e Desenvolvimento Sustentável	Ensino Fundamental	752	752	-	-
	Creche	62	62	-	-
	Pré-escola	15	15	-	-
	Subtotal	829	829	-	-
Promoção da Segurança Alimentar e Promoção da Alimentação Saudável	Ensino Médio	334	334	0	481
	Ensino Fundamental	1315	1315	1292	2443
	Creche	62	62	114	114
	Pré-escola	15	15	65	65
	Subtotal	1726	1726	1471	3103
Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE): Direito Sexual e Reprodutivo e Prevenção das DST/AIDS	Ensino Médio	334	334	-	-
	Ensino Fundamental	552	552	40	40
	Subtotal	886	886	40	40

Fonte: Brasil, 2016.

Quadro 3: Dados do componente II no município 3 de 2013 a 2015. Brasil, 2016.

M3							
Ação pactuada	Nível escolar	2013		2014		2015	
		Quantidade Pactuada	Quantidade Realizada	Quantidade Pactuada	Quantidade Realizada	Quantidade Pactuada	Quantidade Realizada
Promoção da Segurança Alimentar e Promoção da Alimentação Saudável	Ensino Médio	41	41	699	699	469	469
	Ensino Fundamental	2182	2182	-	-	1827	1827
	Creche	192	192	-	-	165	165
	Pré-escola	97	97	-	-	62	62
	Educação de Jovens e Adultas	15	15	-	-	-	-
	Subtotal	2527	2527	699	699	2523	2523
Promoção da Cultura de Paz e Direitos Humanos	Ensino Médio	740	740	-	-	469	469
	Ensino Fundamental	2182	2247	-	-	1827	1953
	Creche	148	148	-	-	75	75
	Pré-escola	117	117	-	-	21	21
	Educação de Jovens e Adultas	15	15	-	-	-	-
	Subtotal	3202	3267	-	-	2392	2518
Promoção das Práticas Corporais, Atividade Física e Lazer nas Escolas	Ensino Médio	740	740	-	-	-	-
	Ensino Fundamental	2182	2182	-	-	1827	2351
	Creche	192	192	-	-	0	127
	Pré-escola	75	75	-	-	62	62
	Educação de Jovens e Adultas	15	15	-	-	-	-
	Subtotal	3204	3204	-	-	1889	2540
Promoção da Saúde Ambiental e Desenvolvimento Sustentável	Ensino Médio	740	740	-	-	469	469
	Ensino Fundamental	2117	2166	65	65	1780	1906
	Creche	137	137	11	11	-	-
	Pré-escola	97	97	-	-	62	62
	Educação de Jovens e Adultas	15	15	-	-	22	22
	Subtotal	3106	3155	76	76	2333	2459

Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE): Direito Sexual e Reprodutivo e Prevenção das DST/AIDS	Ensino médio	-	-	699	699	-	-
	Ensino fundamental	140	140	1933	1894	1645	1645
	Pré-escola	-	-	19	18	-	-
	Educação de jovens e adultos	-	-	15	11	22	22
	Subtotal	140	140	2666	2622	1667	1667
Saúde e prevenção nas escolas (SPE): prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas	Ensino médio	-	-	699	687	469	469
	Ensino fundamental	-	-	2013	1861	1755	1865
	Creche	-	-	11	11	0	68
	Pré-escola	-	-	29	28	-	-
	Educação de jovens e adultos	-	-	15	126	22	22
Subtotal	-	-	2767	2713	2246	2424	
Saúde e prevenção nas escolas (SPE): formação de jovens multiplicadores para atuarem entre pares nas temáticas do direito sexual e reprodutivo e prevenção de DST/AIDS	Ensino médio	-	-	699	699	-	-
	Ensino fundamental	-	-	2073	2023	0	22
	Creche	-	-	-	-	-	-
	Pré-escola	-	-	19	17	-	-
	Educação de jovens e adultos	-	-	15	13	-	-
Subtotal	-	-	2806	2752	-	22	

Fonte: Brasil, 2016.

Quadro 4: Dados do componente II no município 4 de 2013 a 2015. Brasil, 2016.

2015 – M4			
Ação pactuada	Nível escolar	Quantidade Pactuada	Quantidade Realizada
Promoção da Cultura de Paz e Direitos Humanos	Ensino Médio	172	157
	Ensino Fundamental	537	508
	Pré-escola	76	122
	Subtotal	785	787
Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE): Direito Sexual e Reprodutivo e Prevenção das DST/AIDS	Ensino Médio	172	157
	Ensino Fundamental	537	508
	Pré-escola	0	122
	Subtotal	709	787
Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE): Prevenção ao uso de Álcool, Tabaco, Crack e outras Drogas	Ensino Médio	172	157
	Ensino Fundamental	537	508
	Pré-escola	0	122
	Subtotal	709	787
Promoção da Segurança Alimentar e Promoção da Alimentação Saudável	Ensino Médio	172	157
	Ensino Fundamental	537	508
	Pré-escola	76	122
	Subtotal	785	787
Promoção da Saúde Ambiental e Desenvolvimento Sustentável	Ensino Fundamental	537	508
	Pré-escola	0	122
	Subtotal	537	630

Fonte: Brasil, 2016.

Quadro 5: Dados do componente II no município 5 de 2013 a 2015. Brasil, 2016.

M5							
Ação pactuada	Nível escolar	2013		2014		2015	
		Quantidade Pactuada	Quantidade Realizada	Quantidade Pactuada	Quantidade Realizada	Quantidade Pactuada	Quantidade Realizada
Promoção da Segurança Alimentar e Promoção da Alimentação Saudável	Ensino Fundamental	870	870	145	145	-	-
	Creche	-	-	110	110	-	-
	Subtotal	870	870	255	255	-	-
Promoção da Cultura de Paz e Direitos Humanos	Ensino Fundamental	1015	1015	-	-	874	935
	Creche	110	110	-	-	115	115
	Subtotal	1125	1125	-	-	989	1050
Promoção das Práticas Corporais, Atividade Física e Lazer nas Escolas	Ensino Fundamental	1015	1015	-	-	-	-
	Creche	110	110	-	-	-	-
	Subtotal	1125	1125	-	-	-	-
Promoção da Saúde Ambiental e Desenvolvimento Sustentável	Ensino Fundamental	1015	1015	-	-	874	935
	Creche	110	110	-	-	115	115
	Subtotal	1125	1125	-	-	989	1050
Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE): Formação de Jovens multiplicadores para atuarem entre pares nas temáticas do direito sexual e reprodutivo e prevenção das DST/AIDS	Ensino Fundamental	1015	1015	-	-	-	-
	Creche	110	110	-	-	-	-
	Subtotal	1125	1125	-	-	-	-
Saúde e prevenção nas escolas (SPE): prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas	Ensino fundamental	-	-	1015	1015	874	874
	Creche	-	-	110	110	0	115
	Subtotal	-	-	1125	1125	874	989
Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE): direito sexual e reprodutivo e prevenção das DST/AIDS	Ensino Fundamental			1015	1015	874	874
	Creche			110	110	0	115

	Subtotal			1125	1125	874	989
--	-----------------	--	--	-------------	-------------	------------	------------

Quadro 6: Ações dos componentes I e II pactuadas pelos Municípios 1, 2, 3, 4 e 5 conforme Termo de Compromisso do Programa Saúde na Escola. Cascavel/PR, 2015.

COMPONENTE I	M1	M2	M3	M4	M5
AÇÕES	Educandos pactuados				
Avaliação Antropométrica	612	1.578	3.246	785	1.144
Avaliação da Saúde Bucal	612	1.578	3.246	785	1.144
Saúde Ocular	612	1.578	3.246	785	1.144
Verificação da situação vacinal	612	1.578	3.246	785	1.144
Saúde Auditiva	612	1.578	117	87	0
Identificação de educandos com possíveis sinais de alterações de linguagem oral	612	1.464	117	87	0
Identificação de possíveis sinais de agravos de saúde negligenciados e doenças em eliminação	612	1.310	2.182	0	0
COMPONENTE II	M1	M2	M3	M4	M5
AÇÕES	Educandos pactuados				
Promoção da segurança alimentar e promoção da alimentação saudável.	612	1.578	3.246	785	1.144
Promoção da Cultura de paz e direitos humanos	612	1.578	3.246	785	1.144
Promoção da saúde mental no território escolar: criação de grupos intersetoriais de discussão de ações de saúde mental no contexto escolar, em articulação com o GTI municipal	3 Escolas	11 escolas	21 escolas	4 escolas	5 escolas
Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE): direito sexual e reprodutivo e prevenção de DST/AIDS	510	1.310	2.937	709	912
Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE): prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas	510	1.310	2.937	709	912
Promoção das práticas corporais, atividade física e lazer nas escolas	0	1.464	3.039	0	0
Promoção da saúde ambiental e desenvolvimento sustentável	0	0	2.922	537	0
Prevenção das violências e acidentes	2 escolas	7 escolas	15 escolas	3 escolas	0 escolas
Promoção da Saúde Mental no território escolar: Criação de grupos famílias solidárias para encontro e troca de experiência, com mediação da	0 escolas	4 escolas	0 escolas	0 escolas	0 escolas

creche/escola e/ou saúde					
Promoção da Saúde Mental no território escolar: Criação de grupos entre pares para fomento e estímulo ao protagonismo de adolescentes e jovens para administrar conflitos no ambiente escolar	2 escolas	9 escolas	0 escolas	0 escolas	0 escolas
Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE): Formação de jovens multiplicadores para atuarem entre pares nas temáticas do direito sexual e reprodutivo e prevenção de DST/AIDS	0	1.310	740	0	0
Estratégia NutriSUS – Fortificação da alimentação infantil com micronutrientes (vitaminas e minerais) em pó	0	114	0	0	115

Fonte: Dados coletados na pesquisa.

Quadro 7: Frequência das ações realizadas no componente II nos municípios 1, 2, 3, 4, 5. Brasil, 2016.

MUNICÍPIOS	M1			M2			M3			M4			M5		
	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015
Promoção da Segurança Alimentar e Promoção da Alimentação Saudável	X	X	X		X	X	X	X	X			X	X	X	
Promoção da Cultura de Paz e Direitos Humanos	X		X		X	X	X		X			X	X		X
Promoção das Práticas Corporais, Atividade Física e Lazer nas Escolas					X	X	X		X				X		
Promoção da Saúde Ambiental e Desenvolvimento Sustentável	X				X		X	X	X			X	X		X
Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE): Direito Sexual e Reprodutivo e Prevenção das DST/AIDS	X	X	X		X	X	X	X	X			X		X	X
Saúde e prevenção nas escolas (SPE): prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas	X	X	X					X	X			X		X	X
Saúde e prevenção nas escolas (SPE): formação de jovens multiplicadores para atuarem entre pares nas temáticas do direito sexual e reprodutivo e prevenção de DST/AIDS								X	X				X		

A análise dos dados pactuados para o componente I mostra que os cinco municípios, em 2015, contrataram número expressivo de ações em todas as atividades indicadas como necessárias para o cumprimento do PSE, no referido componente. Excetua-se para M4 e M5, números inferiores ou ausência de pactuação nos itens: saúde auditiva, identificação de educandos com possíveis sinais de alterações na linguagem oral, identificação de possíveis sinais de agravos de saúde negligenciados e doenças em eliminação.

No que se refere ao componente II, nos anos de 2013 a 2015, a partir dos dados acessados no Simec, observa-se que as pactuações foram mais frequentes para o item promoção da segurança alimentar e promoção da alimentação saudável, saúde e prevenção nas escolas (SPE): direito sexual e reprodutivo e prevenção de DST/AIDS, as quais foram pactuadas 11 vezes nos três anos, pelos cinco municípios. Apareceu com pouca frequência a promoção das práticas corporais, atividade física e lazer nas escolas, que foi pactuada cinco vezes nos três anos pelos cinco municípios. M1 e M4 não pactuaram essa ação em nenhum ano.

A ação promoção da cultura da paz e direitos humanos foi pactuada nove vezes, nos três anos, pelos cinco municípios, e as ações promoção da saúde ambiental e desenvolvimento sustentável e saúde e prevenção nas escolas (SPE): prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas, foram pactuadas oito vezes, nos três anos. Destaca-se que M2 não pactuou a última ação em nenhum dos anos.

A análise mostra que M4 não pactuou nenhuma ação no componente II, em 2013 e 2014, evidenciando que o PSE não foi desenvolvido durante esses anos no referido município.

No M1, chama a atenção que a ação saúde e prevenção nas escolas (SPE): direito sexual e reprodutivo e prevenção de DST/AIDS, tenha sido pactuada exclusivamente para a pré-escola.

Os quadros 8, 9 e 10 mostram as ações do componente III, pactuadas e realizadas pelos cinco municípios nos anos de 2013, 2014 e 2015, conforme dados disponíveis no Simec. O quadro 11 expressa as ações do componente III, conforme os termos de compromisso do ano de 2015.

Quadro 8: Ações dos componentes III realizadas pelos Municípios 1, 2, 3, 4 e 5, no ano de 2013, conforme dados do Sistema Integrado de Monitoramento Execução e Controle (Simec). Brasil, 2016.

COMPONENTE III	M1 - 2013				M2 - 2013				M3 - 2013				M4 - 2013				M5 - 2013			
	Saúde		Educação		Saúde		Educação		Saúde		Educação		Saúde		Educação		Saúde		Educação	
	QP	QR	QP	QR	QP	QR	QP	QR	QP	QR	QP	QR	QP	QR	QP	QR	QP	QR	QP	QR
Capacitar os profissionais em Vigilância Alimentar e Nutricional.	1	0	1	0	4	8	1	1	60	60	237	237	3	0	2	0	1	0	1	0
Capacitar os profissionais para trabalhar com temáticas de promoção da alimentação saudável.	1	0	1	0	1	4	1	1	60	60	237	237	3	0	2	0	1	0	1	0
Capacitar os profissionais para trabalhar com direitos sexuais e direitos reprodutivos e prevenção das DST/AIDS.	1	0	1	0	3	3	6	6	8	8	25	25	3	0	2	0	1	0	1	0
Capacitar os profissionais para trabalhar com as temáticas: Prevenção ao uso de Álcool e Tabaco, Crack e outras Drogas.	1	0	1	0	5	7	7	10	60	60	237	237	3	0	2	0	1	0	1	0
Capacitar os profissionais da saúde e educação sobre a importância e uso da fortificação da alimentação infantil com micronutrientes (Estratégia NutriSUS) nas creches.	NP	NR	NP	NR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Capacitar os profissionais da saúde e educação em prevenção e atenção as violências.	NP	NR	NP	NR	6	10	8	120	15	15	50	50	3	0	2	0	0	0	0	0
Capacitar os profissionais sobre o desenvolvimento infantil.	NP	NR	NP	NR	6	8	4	4	10	10	61	61	3	0	2	0	0	0	0	0
Capacitar os profissionais para desenvolverem ações de promoção da Saúde nas Escolas.	NP	NR	NP	NR	6	20	4	132	40	40	10	10	3	0	2	0	0	0	0	0
Capacitar os profissionais para gestão Intersectorial do PSE.	0	0	0	0	6	15	4	14	5	5	8	8	2	0	2	0	0	1	0	1

Fonte: Dados coletados no Simec.

Legenda: QP: Quantidade Pactuada; QR: Quantidade Realizada; NP: Não Pactuado; NR: Não Realizado

Quadro 9: Ações dos componentes III realizadas pelos Municípios 1, 2, 3, 4 e 5, no ano de 2014, conforme dados do Sistema Integrado de Monitoramento Execução e Controle (Simec). Brasil, 2016.

COMPONENTE III	M1 - 2014				M2 - 2014				M3 - 2014				M4 - 2014				M5 - 2014			
	Saúde		Educação		Saúde		Educação		Saúde		Educação		Saúde		Educação		Saúde		Educação	
	QP	QR	QP	QR																
Capacitar os profissionais em Vigilância Alimentar e Nutricional.	NP	NR	NP	NR																
Capacitar os profissionais para trabalhar com temáticas de promoção da alimentação saudável.	NP	NR	NP	NR																
Capacitar os profissionais para trabalhar com direitos sexuais e direitos reprodutivos e prevenção das DST/AIDS.	NP	NR	NP	NR																
Capacitar os profissionais para trabalhar com as temáticas: Prevenção ao uso de Álcool e Tabaco, Crack e outras Drogas.	NP	NR	NP	NR																
Capacitar os profissionais da saúde e educação sobre a importância e uso da fortificação da alimentação infantil com micronutrientes (Estratégia NutriSUS) nas creches.	NP	NR	NP	NR																
Capacitar os profissionais da saúde e educação em prevenção e atenção as violências.	NP	NR	NP	NR																
Capacitar os profissionais sobre o desenvolvimento infantil.	NP	NR	NP	NR																
Capacitar os profissionais para desenvolverem ações de promoção da Saúde nas Escolas.	NP	NR	NP	NR																
Capacitar os profissionais para gestão Intersectorial do PSE.	NP	NR	NP	NR																

Fonte: Dados coletados no Simec.

Legenda: QP: Quantidade Pactuada; QR: Quantidade Realizada; NP: Não Pactuado; NR: Não Realizado

Quadro 10: Ações dos componentes III realizadas pelos Municípios 1, 2, 3, 4 e 5, no ano de 2015, conforme dados do Sistema Integrado de Monitoramento Execução e Controle (Simec). Brasil, 2016.

COMPONENTE III AÇÕES	M1 - 2015				M2 - 2015				M3 - 2015				M4 - 2015				M5 - 2015			
	Saúde		Educação		Saúde		Educação		Saúde		Educação		Saúde		Educação		Saúde		Educação	
	QP	QR	QP	QR	QP	QR	QP	QR	QP	QR	QP	QR	QP	QR	QP	QR	QP	QR	QP	QR
Capacitar os profissionais em Vigilância Alimentar e Nutricional.	1	1	1	1	10	0	10	0	60	60	220	220	2	2	2	1	1	5	1	5
Capacitar os profissionais para trabalhar com temáticas de promoção da alimentação saudável.	1	1	1	1	10	0	10	0	60	60	220	220	2	2	2	1	1	5	1	5
Capacitar os profissionais para trabalhar com direitos sexuais e direitos reprodutivos e prevenção das DST/AIDS.	1	1	1	1	6	0	4	0	8	8	25	25	3	3	2	0	1	5	1	5
Capacitar os profissionais para trabalhar com as temáticas: Prevenção ao uso de Álcool e Tabaco, Crack e outras Drogas.	1	1	1	1	6	0	4	0	60	60	220	220	3	3	2	2	1	5	1	5
Capacitar os profissionais da saúde e educação sobre a importância e uso da fortificação da alimentação infantil com micronutrientes (Estratégia NutriSUS) nas creches.	1	1	1	1	10	0	10	0	10	10	44	44	0	0	0	0	0	0	0	0
Capacitar os profissionais da saúde e educação em prevenção e atenção as violências.	NP	NR	NP	NR	6	0	4	0	15	15	50	50	2	1	2	2	0	0	0	0
Capacitar os profissionais sobre o desenvolvimento infantil.	NP	NR	NP	NR	6	0	4	0	10	10	61	61	2	2	2	2	0	0	0	0
Capacitar os profissionais para desenvolverem ações de promoção da Saúde nas Escolas.	NP	NR	NP	NR	10	0	10	0	16	16	8	8	2	2	2	20	0	0	0	0
Capacitar os profissionais para gestão intersetorial do PSE.	NP	NR	NP	NR	10	0	10	0	5	5	8	8	2	2	2	2	0	0	0	0

Fonte: Dados coletados no Simec.

Legenda: QP: Quantidade Pactuada; QR: Quantidade Realizada; NP: Não Pactuado; NR: Não Realizado

Quadro 11: Ações do componente III pactuadas pelos Municípios 1, 2, 3, 4 e 5, conforme Termo de Compromisso do Programa Saúde na Escola. Cascavel/PR, 2015.

COMPONENTE III AÇÕES	M1		M2		M3		M4		M5	
	S	E	S	E	S	E	S	E	S	E
Formação de profissionais em Vigilância Alimentar e Nutricional	1	1	10	10	60	237	2	2	1	1
Formação de profissionais para trabalhar com temáticas de promoção da alimentação saudável	1	1	10	10	60	237	2	2	1	1
Formação de profissionais para trabalhar com direitos sexuais e direitos reprodutivos e prevenção das DST/AIDS	1	1	6	4	8	25	3	2	1	1
Formação de profissionais para trabalhar com as temáticas: Prevenção ao uso de Álcool e Tabaco, Crack e outras Drogas	1	1	6	4	60	237	3	2	1	1
Formação de profissionais da saúde e educação sobre a importância e uso da fortificação da alimentação infantil com micronutrientes (Estratégia NutriSUS) nas creches	0	0	10	10	0	0	0	0	0	0
Formação de profissionais para a prevenção das violências	0	0	6	4	15	50	2	2	0	0
Formação de profissionais sobre o desenvolvimento infantil	0	0	6	4	10	61	2	2	0	0
Formação de profissionais para desenvolverem ações de promoção da Saúde nas Escolas	0	0	10	10	40	10	2	2	0	0
Formação de profissionais para gestão intersetorial do PSE	0	0	10	10	5	8	2	2	0	0

Fonte: Dados coletados na pesquisa.

S= Saúde

E= Educação

As ações integrantes do componente III foram as que tiveram menor pactuação, além de terem sido desenvolvidas em todos os anos acessados no Simec. Observa-se que M1, M4 e M5, no ano de 2013, pactuaram, mas não realizaram ações nesse componente. No ano de 2014, nenhum município pactuou ações e, em 2015, M2 as pactuou, no entanto, não desenvolveu; M4 desenvolveu parcialmente as ações pactuadas. Nesse componente, destaca-se M3, que pactuou e realizou expressivo número de ações nos anos de 2013 e 2015.

Sugere-se que o componente III é o que apresenta as maiores fragilidades na realidade estudada de implantação do PSE.

4.3 Percepção dos gestores sobre o Programa Saúde na Escola

A implantação do PSE passa pelo cumprimento das normativas do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, apresentadas em documento oficial: Passo a Passo PSE: tecendo caminhos da intersetorialidade (BRASIL, 2011a), o qual orientou a construção das questões aos gestores para identificar como as atribuições que lhes eram inerentes foram implementadas.

Sistematizaram-se as temáticas: motivações para a adesão ao PSE; planejamento, avaliação e monitoramento do PSE; as ações desenvolvidas no PSE; a intersetorialidade observada no PSE; recursos financeiros para o desenvolvimento do PSE.

Identificou-se, na temática, **motivações para adesão ao PSE**, de maneira que a **demandas para adesão ao PSE** foi proveniente do Ministério da Saúde e da 10ª Regional de Saúde, expondo a atuação dos entes hierárquicos do SUS.

[...] Começou com o pedido da adesão através do Ministério [...] (GE2).

[...] a 10ª Regional que chamou para essa discussão [...] (GS2).

[...] a regional apresentou o programa [...] passam para os municípios todos os programas que vem do governo e da 10ª [...] (GS7).

Como justificativa para desenvolver o programa, os gestores destacam, com maior ênfase, vislumbrar que o PSE ajudasse a **diagnosticar problemas de saúde e influenciar no processo ensino-aprendizagem**.

[...] na escola, a importância dele [PSE] é estar buscando os problemas, tanto visual, auditivo ou outros problemas, junto ao colegial, e assim a gente tem resgatado e resolvido bastante problema tanto visual como auditivo e resolvido, então assim essa é a importância do programa na escola [...] (GS1).

[...] Enquanto professora que eu estava na escola sempre a discussão nossa era essa, os alunos tinham problema visual, a gente percebia que tinha de fono, e tinha psicológico, dente, que era muita dor de dente, hoje é difícil você encontrar um aluno que fala: ai professora estou com dor de dente [...]; então uma das questões que a gente sempre questionou é porque, por que parece que não são dois setores que cuidam da saúde, mental e tudo, foi aonde eu acredito que foi por aí mesmo também para ajudar nessa questão assim se atender tanto o social, o psicológico a saúde. [...] A gente tinha um aluno ali que nem imaginava que tinha perda total de um lado, assim você deduzia que tivesse porque começa virar muito a cabeça, você já deduz que algum problema de audição ele tem, ai quando foi feito, quando foi encaminhado, ele tem perda total de um lado, então agora trabalhasse, cuidasse do outro para que não tenha problema [...]. Escola e a saúde aqui se diagnostica, a gente vê essas coisas, a gente prevê, imagina, eu acredito que ali tem um problema e às vezes dá certo mesmo (GE1).

[...] aí a gente não precisava esperar o aluno chegar num grau que talvez não tinha mais reversão, e o problema dele aqui com a gente poderia detectar logo no começo até chegar na Unidade de Saúde talvez o problema dele já podia estar mais agravado, então isso esse programa já ajuda detectar lá no começo do problema, a cura, ou se não tiver cura, mas o tratamento é mais eficiente e já ameniza mais o problema (GS5).

[...] também melhoraria o processo de ensino aprendizagem [...] a maioria das crianças em que foi feita essa triagem foi no Oftalmo e melhorou muito na questão da alfabetização principalmente que as crianças de alfabetização a maioria foi detectado que o problema dele era simplesmente visual, então a gente vai elencando o que seriam as prioridades e dentro das atividades que o programa exige nós discutimos [...] Principalmente, porque na prevenção da atenção primária, nesse sentido também para que, conseqüentemente isso também melhoraria o processo de ensino aprendizagem (GE2).

Os gestores que veem o PSE como oportunidade de identificar os problemas de saúde dos escolares levantam algumas situações que tiveram que enfrentar ou gerenciar para que os problemas percebidos não ficassem sem resolução. Um deles relatou a dificuldade de encaminhar os casos que extrapolavam a resolutividade do serviço local e outro salientou que, utilizando e otimizando os serviços disponíveis do SUS, foi possível dar vazão à demanda por atendimento especializado, identificada nas ações desenvolvidas no PSE.

[...] ele deu uma parada pelo seguinte, ele tava encontrando barreiras em alguns profissionais porque a gente fazia parte lá no colégio aí detectava o problema no aluno e não conseguia encaminhar o aluno [...], então agora a gente já conseguiu através do CISOP uma demanda maior de vaga [...], encaminhar os pacientes, mas o programa ele deu uma parada aí né, de um ano mais ou menos e agora a gente está voltando às atividades de novo porque até então como a gente não tinha profissional, é oftalmo às vezes não tinha como encaminhar, fono também não tinha, então agora a gente fez um concurso o ano passado e contratou toda a equipe que faltava também que dependia do município e agora a equipe está completa, então eu acredito que de agora em diante a gente vai deslanchar o programa (GS5).

O encaminhamento dessas crianças não exigiu que a gente contratasse outro serviço, nós com o planejamento foi colocado dentro da MV [plataforma online que integra as informações de todos os serviços e unidades da rede pública de saúde] que é aquele sistema que faz as consultas e eles foram fazendo normalmente em pouco tempo, num curto espaço, então não foi assim investido nada, a gente foi inserindo dentro da rede SUS todo esse pessoal identificado nas escolas e foram para Cascavel fazer consultas (GS2).

É previsto que, para o desenvolvimento local do programa, haja o GTI municipal, do qual deve emanar o **planejamento, a avaliação e o monitoramento do PSE**. Nesse aspecto, os gestores indicaram que o planejamento das ações acontece no GTI.

Através do grupo intersetorial (GTI) são planejadas as reuniões e são elencadas as ações e são desenvolvidas estratégias para serem desenvolvidas (GE5).

[...] A demanda sai do GTI [...] faz o GTI e vê o que a gente vai trabalhar [...] (GS7).

Em outros momentos, tal planejamento tem lugar nas **reuniões nas escolas e entre as secretarias**.

[...] a gente senta conversa, qual ação nós vamos fazer, qual é a data que nós vamos estar desenvolvendo essa ação na escola [...]. É verbalmente, a gente liga, por que assim como é um município pequeno a gente tem muito contato um secretário com o outro, então a gente acaba não formalizando, mas verbalizando. Não temos projeto, planejamento, nós seguimos só o projeto da saúde na escola (GS1).

Verbalmente. Eles se reúnem aqui, se organizam, aí me ligam ó [nome da entrevistada] semana que vem nós vamos estar fazendo (GE1).

Em reuniões fazemos orientando prioridades, sim que tem as exigidas pelo programa, mas a gente vê prioridades, as maiores necessidades (GE2).

[...] fazemos uma reunião [...] pegamos os temas, entre as três secretarias, envolvidas, para gente determinar quais temas a ser trabalhados [...] (GE4).

Geralmente é assim, é entrado em contato com o secretário vê [com ele], marca o dia e vai até o colégio e faz uma atividade com os alunos, é faz uma ação educativa ou uma palestra ou marca um determinado dia e é feito um exame, tipo uma triagem, assim é feito uma avaliação nos alunos dos colégios (GS5).

[...] entre as coordenações, no caso as representações da saúde e da educação [...] (GE6).

[...] A secretaria de saúde [...] secretaria de educação [...] a cada dois meses, fazemos o planejamento [...] (GS6).

[...] foi através de reunião mesmo com os representantes de cada secretaria para gente determinar quais temas a ser trabalhados [...] (GE4).

A temática **avaliação e monitoramento do PSE** indicou que, em alguns momentos, há a ausência de avaliação.

A avaliação de como está sendo é os resultados. A gente não senta para avaliar. [...] Só os dados que aparece, mostrando que está sendo efetivo o trabalho. A gente não tem uma estrutura, pernas para estar fazendo tudo isso, todos os programas, o certo é avaliar (GS1).

Como te falei 2012 nós acabamos que não desenvolvemos, passou então (GE4).

Não escrito assim não, nenhum documento oficial não. Acompanha as ações no dia-a-dia, a gente acompanha os resultados. É até uma ideia a elaboração de um instrumento (GS7).

Há mas ele é alimentando no sistema? Não tem uma avaliação lá? Tem? (GE1).

Os municípios seguem ainda o que estava previsto nos **sistemas federais de monitoramento**.

Nós temos aquele monitoramento do PSE que é feito através do e-SUS, então existe esse monitoramento externo (GS2).

Essas atividades elas são avaliadas porque tudo que nós fizemos no colégio dentro desse programa tem um sistema que a gente tem que digitar então é nesse sistema a gente tem uma meta para cumprir,

porque quando a gente pactua o plano, a gente pactua a meta, então ali tem a meta para gente cumprir, o que a gente vai fazer o que a gente deixa de fazer, aí automaticamente lança no sistema já sai quantos por cento da meta a gente cumpriu [...] (GS5).

Através do programa do Simec, do e-SUS, e do programa do município mesmo que a gente tem. Registra as reuniões (GS4).

É esse acompanhamento e a gente coloca o resultado disso no sistema de monitoramento que seria o Simec, onde a gente lança números, resultados finais. A educação lança no Simec e a saúde lança no e-SUS, a educação lança o componente II e III (GE5).

Alguns desenvolveram suas próprias estratégias de avaliação com base em **instrumentos próprios do município.**

A gente mesmo senta e faz (GE1).

No caso de ações pedagógicas são relatórios, são feitos acompanhamentos no caso de ações direta com a criança: pesagem, medir, exames de medição, exames de acuidade visual, auditiva, assim por diante, são relatórios, acompanhamentos. Todas as crianças passam; é feito bem como a questão das carteirinhas de vacinas, são feitos acompanhamentos de todas. E, assim existem lista do que fizemos e o que precisamos fazer e assim por diante, acompanhamento sistemático dessas atividades (GE5).

Avaliação sistematizada que é ao final do projeto, a gente tem uma ficha que avalia o grau de satisfação para registro [...] e dos eventos, que a gente faz uma ficha de avaliação e a gente tem numérico, tantas palestras realizadas, tantos alunos avaliados no *snellen*, tantos alunos encaminhados para o oftalmo, tantas mães atendidas em palestras, tantas horas de formação para os professores, a gente tem a avaliação numérica de abrangência (GE6).

Que toda palestra que nós fazemos a gente faz a ficha para eles assinarem (GE7).

E também através das fichas que a gente relata no papel (GS4).

O próprio GTI elaborou os instrumentos porque no início da implantação do saúde na escola ninguém sabia dar muito norte, você ia buscar na regional, você ia ler o tal do caderno e estava meio confuso. E aí vamos parar ou vamos avançar, porque isso é necessário. Então nós começamos a montar nossos instrumentos, montamos as fichas de atendimentos, montamos os ofícios de devolutiva, claro, com o passar dos anos, isso foi se aprimorando, talvez o que nós usamos em 2011, hoje ele já se aprimorou (GS6).

E, ainda, consideram as apreciações que são feitas informamente, constituindo-se em uma **avaliação informal.**

[...] e tem a avaliação do ponto de vista do impacto social, que não pode ser quantificada ainda, por que ela é qualitativa, é isso que a [nome da pessoa] relatou: você tem a preocupação da mãe, você tem a melhoria da criança, você tem o relato, mas ele é qualitativo, a gente consegue observar mudanças através dos relatos (GE6).

A avaliação a gente só comenta no GTI, é passado o que foi feito, e não um instrumento mesmo, a nutricionista coloca a parte dela (GS7).

É difícil a gente mensurar o resultado que a gente teve em cima de tudo isso, mas a gente tem muitos relatos, e isso é bem gratificante, principalmente nos grupos que a gente trabalha. Ouvir a mãe dizer que a filha dela não conseguia subir a rampa de casa de tão gordinha que ela era, tinha que pegar na mão e puxando a filha né, e hoje a filha brinca, corre, sobe tranquilamente, a mãe emagreceu mudou totalmente os hábitos em casa, então é mais com base nos relatos de pais, dos próprios professores. Avaliação dos dados mais no empírico mesmo no dia-a-dia (GS8).

Na fala dos gestores, na temática **ações desenvolvidas no PSE**, identificou-se que eles implementam **atividades educativas com os escolares**.

[...] nós contratamos profissionais, por exemplo: nutricionista para trabalhar a nutrição, para trabalhar sobre drogas veio um voluntário de Cascavel, é um ex usuário de drogas que hoje ministra palestra, então nós trouxemos, desenvolvemos atividades físicas, profissionais de educação física, 2012 eu sei que foram capacitados profissionais aqui da secretaria e elas desenvolviam na época com o nono ano, cada quinze dias e/ou uma vez por mês que trabalhava sobre sexualidade, então com todos os alunos do nono ano foi feito esse trabalho com os profissionais da secretaria que haviam sido capacitados [...]. Enfim, tudo assim buscando profissionais. Médico para trabalhar sexualidade e gravidez na adolescência, nós trouxemos enfermeiras trabalhavam higiene, por que nós assim da educação pensamos em buscar profissionais de fora, por que os da educação já são comuns, tem aquele ditado que diz: “Santo de casa não faz milagre” (GE4).

Nós também, o ano passado e as enfermeiras do PSF fizemos palestra em todas as escolas sobre DST, gravidez na adolescência, foram reuniões coletivas nas escolas (GS3).

A gente quer ver se consegue montar os grupinhos nas escolas para trabalhar com essas crianças, só que a gente tem várias dificuldades, porque retira a criança da sala de aula, ou se for para fazer em outro horário, depende do transporte, não tem transporte, então a gente tenta, não chegou no consenso de como vai ser melhor para fazer isso, porque mandar todas essas crianças para secretaria de saúde é inviável, não tem como, eu estou sozinha aqui, não dou conta (GS8).

Ganha relevância, dentre as ações desenvolvidas, as **atividades coletivas e individuais de avaliação do crescimento e desenvolvimento.**

Há atividade prática. Eles ficam no refeitório, o grupo da saúde que vai daqui, vai sala por sala, aluno por aluno, segue a fila sequência, daí faz visual, auditivo, tudo que tem que fazer, aí vai relatando. A gente não participa, não fica lá, mas procede assim terminou a sala, aí começa outra (GE1).

Segue o PSE mesmo, as atividades previstas lá. E assim a participação dessas ações o enfermeiro, o médico às vezes vai lá, o odontólogo, também os agentes comunitários sempre estão envolvidos para ajudar nessa parceria, principalmente nos testes auditivos, visuais (GS1).

Através das atividades coletivas e individuais, como a pesagem, altura e peso, alimentação saudável e palestra (GS4).

Em 2013, contratamos fonoaudiólogo para avaliar todos os alunos da pré escola, daí a educação infantil fazer avaliação, exame de visão, acuidade, tinha a avaliação da escola [...]. Na época fonoaudiólogo, o município não tinha, agora tem, porque houve o concurso e foi contratado, então assim o que a gente não tinha nós fomos buscar, o médico já era do município, a enfermeira, a nutricionista eram do município, mas os profissionais que a gente não tinha e havia necessidade de trabalhar tal tema a gente foi em busca de contratar. A fono foi contratada para atender uma demanda do PSE, porque na época da adesão um dos temas, das necessidades para trabalhar seria essa avaliação dos alunos da educação infantil, e como nós não tínhamos fono, o município estava sem, então a gente contratou por um período determinado para estar fazendo esse trabalho com esses alunos (GE4).

É baseada nas metas que o PSE propõe. Em relação a nossa parte que seria a avaliação nutricional, a gente começou fazendo levantamento de dados, nós fizemos a pesagem de todos os alunos das escolas e CMEIS aí a gente fez todas as estatísticas em cima disso desses dados, aí a gente constatou o quê? que 30% das nossas crianças estão obesas, acima do peso, na verdade foi assustador, não esperava isso (GS8).

Identifica-se, na temática das ações desenvolvidas, as referentes à **formação continuada.**

[...] foram capacitados profissionais aqui da secretaria e elas desenvolviam na época com o nono ano cada quinze dias e/ou uma vez por mês que trabalhava sobre sexualidade, então todos os alunos do nono ano foram feitos esse trabalho com os profissionais da secretaria que foram capacitados [...] (GE4).

[...] agora, nós estamos precisando retomar a formação na questão da sexualidade, então assim será promovida educação continuada que envolva os dois, tanto saúde como a educação, em especial a

educação que está diretamente com as crianças, então são feitos formações, propostas que fazem abordagem direta das crianças e é feita avaliação de todo esse trabalho para ser retomado novamente, porque são assuntos que não se esgotam, tem uma continuidade, então isso aconteceu na educação em várias ações como: na sexualidade, na nutrição, na questão da atividade física, entre outras, então geralmente tem uma formação dos professores, depois uma cobrança e acompanhamento de como se dar em sala de aula, uma reavaliação e uma continuidade (GE5).

É capacitação através de oficina, ah! Então vamos sentar, precisa de profissional que venha de fora, quem vai pagar? Paga a secretaria de saúde, ou a secretaria de educação? Então ele é todo pré conversado e discutido, depois da ação feita sai o controle e avaliação e sai as devolutivas para dizer para os setores envolvidos o que impactou no caso (GS6).

[...] o que surtiu bastante resultado foi quando nós fizemos capacitação com os professores e com toda a equipe da escola, então a gente passa o resultado da escola e planeja que ações eles podem estar fazendo na escola e eles dão continuidade, lógico algumas palestras nós desenvolvemos com os pais, quando a escola solicita a gente vai porque a gente não consegue atender tudo. Mas o que a gente sentiu que mudou muito de 2011 para cá mudou muita coisa, tem muito a melhorar. Então a gente tem 2013, com essa capacitação com os professores que a gente teve nos CMEIS, nós falamos sobre os resultados do PSE, falamos sobre alimentação, o porquê da alimentação saudável dentro do ambiente escolar e veio a [nome da pessoa] falar a importância da atividade física nos primeiros anos, nos CMEIS, estimular eles brincarem (GS7).

[...] nós começamos fazer, começar primeiro pelos CMEIS que é a base, a gente fez uma capacitação para todos os funcionários da escola incluindo desde a merendeira até o diretor, nós fizemos um trabalho com todos os pais, com os funcionários, os pais, nós incluímos, fizemos também um trabalho junto com os profissionais do Bolsa Família (GS8).

Ficou evidente, em muitas falas, que o PSE veio contribuir com as iniciativas e com a necessidade do trabalho em redes. Quando os sujeitos se referem a essa questão, estão considerando o trabalho intersetorial, que tem lugar nas ações desenvolvidas no PSE. Nisso, surge a sistematização da temática, **a intersetorialidade observada no PSE.**

No que tange intersetorialidade, observa-se que há uma maior visibilidade na articulação da saúde e da educação, em relação ao desenvolvimento do programa.

É gratificante. Eu vejo a saúde de [nome do município] eu sempre falo para os outros é um espetáculo aqui, então assim nós não temos problema, se eu precisar da saúde, a saúde precisar da educação a gente está assim. Aqui todo mundo é atendido, ainda mais criança,

às vezes têm alguns casos que têm que passar pro conselho tutelar (GE1).

A gente tem bastante participação da educação, embora tenha aqueles pontos que você tem pontual dentro da escola mesmo, mas entre departamentos, nós temos um relacionamento muito bom, embora a gente não tenha um planejamento, sentar e resolver, atender os problemas. A gente interage bem, principalmente com o conselho tutelar. O conselho e a Educação são parceiros da saúde e está funcionando muito bem (GS1).

Sozinho a gente não ia conseguir fazer nada, tem que sempre estar unindo as secretarias para conseguir os bons resultados que nem a gente obteve (GS3).

É ótima. A gente tem uma boa relação até porque a gente precisa. A gente não pode ter aquele caminho assim vou jogar nas costas deles isso é tua responsabilidade (GS2).

[...] o relacionamento que tem entre as secretarias sim, eu considero bom, quanto ao programa tipo eu não posso falar nada, porque assim a gente não está trabalhando com o programa agora nesse momento, desde que estou na gestão, mas o relacionamento assim é tipo, sempre que a gente precisou uma secretaria da outra sempre foi da melhor maneira possível, então vejo assim como uma parceria boa (GS5).

É bacana. E aqui a gente não tem dificuldade com relação a isso pelo município ser pequeno, por você estar em contato quase que diariamente, tanto é que a gente faz socorro de aluno para saúde, então assim é bem tranquilo porque é tudo muito próximo. E como eu falei, a participação foi bem importante mesmo, a gente trabalhou juntos profissionais da educação e da saúde. Não tem nenhum problema é bem tranquilo. (GE4).

A equipe cresceu com o passar do tempo, esse programa era novo, se abraçou com vontade [...] a relação entre as duas secretarias em relação ao PSE ela cresceu bastante, aproveitando esse gancho ela fortaleceu bastante em outras situações além do PSE, as duas equipes se afinaram, se fortaleceram, aprenderam a ter um relacionamento a um buscar o apoio do outro em vários momentos (GE5).

[...] essa união entre as secretarias, que foi muito legal, melhor essa parceria até entre nós nutricionistas porque eu trabalho aqui na saúde e a outra na educação, então ficava eu aqui, e ela lá, então essa união foi bem legal, porque a gente trabalha em conjunto mesmo (GS8).

Por outro lado, identificou-se a **ampliação da intersectorialidade prevista no Programa Saúde na Escola**, quando os gestores ressaltavam que outros setores vieram congregar ao desenvolvimento do programa.

[...] na verdade não é só a questão do PSE, porque sempre tem lá um paciente que às vezes vai procurar a Assistência Social vai procurar a Saúde, a Secretaria de Educação, trabalha bastante em parceria. Então assim é bom, uma boa parceria (GS5).

A gente levou em consideração o trabalho em rede, porque não foi só a Educação e Saúde que fizeram a parceria, mas a Assistência Social nos ajudou bastante nas questões, que a gente faz esse trabalho já em rede mesmo, é o mesmo público que a saúde, a educação atendem, então nós nos reunimos para que em cima de um determinado problema a gente pudesse ver a melhor forma de ajudar (GE2).

[...] a coisa se ampliou que a gente pensou que vai trabalhar com os alunos, os alunos são nossos, mas tem a clientela da saúde é o pai do aluno. Foi aí que entrou essa questão o GTI planejou, mas não adianta você fazer só com o aluno tem que fazer palestra com o pai, tem aluno que não tá com o pai, está com o vô, onde a gente encontra o vô, no grupo dos idosos, mas tem o vô, o pai, mas tem a tia que não está no grupo do idoso, nem na reunião da escola, ela está aonde? No CRAS então já deu para fechar o cerco, não adianta só trabalhar com a criança [...]. A grande sacada do PSE foi essa, envolver além dos alunos, pais e professores. Algumas ações são voltadas para educação e algumas voltadas para a saúde. Então essa parte da saúde calendário vacinal, agravo à saúde, hanseníase e tuberculose, essa avaliação psicossocial. Fizemos um encontro conseguindo integrar: conselho tutelar, polícia militar, ministério público, articulando todos esses setores é claro que não estão todos pianinho, tem aqueles com maior comprometimento [...] (GE6).

A gente tem sempre esse trabalho em rede e tem três secretarias e, nesse sentido, a gente só intensificou. Cada profissional cumpriu com sua função, sua parte (GE2).

[...] Na verdade assim a gente acabou se infiltrando aonde a gente podia um pouquinho, desde os lanches, os lanches dentro da secretaria, os lanches que o CRAS fornecia para esses grupos que eles trabalham, então a gente começou, tinha muita fritura, muito refrigerante na escola, as cantinas, a próprias festinhas nas escolas e CMEIS, então a gente começou desencadear uma mudança em tudo isso. As cantinas tinham o [nome da escola], que é uma escola que você entra maior, que tinha cantina ainda, aí foi fechada a cantina, foi feito um documento justamente dizendo o que os pais podiam mandar de lanche para as crianças (GS8).

Avalio com grande êxito. No início foi bastante difícil, mas o diálogo foi indo e houve um avanço muito grande, o saúde na escola ele trouxe todas as secretarias para conversarem. Hoje nós temos o Urbano, o Meio Ambiente que são agentes ferrenhos na luta contra a dengue, além da escola. Então o saúde na escola ele veio para possibilitar para abrir as portas da intersetorialidade entre as secretarias, isso para nós foi o maior êxito (GS6).

Excelente. No nosso município a gente tem participado. Inclusive a gente faz a parceria na questão dos veículos, na questão dos eventos, na questão dos lanches, a gente nunca teve assim, não isso

não é obrigação da gente. Com a Secretaria de Saúde, de Ação Social é boa. Com o Esporte a gente não tem problema de relação a gente tem falta de profissional é diferente é uma dificuldade, na secretaria de Esporte há falta de profissional [...] (GE6).

A avaliação é boa. A gente tem uma interação, não há resistência, então assim é bem tranquilo. Sempre a gente faz juntas as ações, conversa, chama o GTI, conversa e as ações são desenvolvidas, as duas secretarias [...]. A interação é boa. Só o esporte que tem menos, mas assim, a assistência social, educação e a saúde é que tem puxado o programa o esporte participa do GTI só que não consegue liberação de um profissional de educação física, devido à atividade deles lá, mas eles participam das reuniões do GTI (GS7).

Ao mesmo tempo, particularidades na articulação podem ser percebidas em fragilidades identificadas na própria **intrasetorialidade no Programa Saúde na Escola**; ou a intrasetorialidade auxiliando na resolução de problemas ou na expansão das ações e dos serviços pela saúde e pela educação.

[...] A escola estadual quando eles observam que uma criança está reclamando, um jovem lá está reclamando de dor de cabeça, porque não sei o que e tal, está coçando o olho lá, eles ligam aqui na secretaria, ó está na lista de espera fulano? Tem previsão de consulta para ele? Hoje virou vamos dizer assim uma prática, algumas coisas, claro que ainda tem escola que sempre tem aquele diretor, nós temos a maior dificuldade junto aos diretores das escolas estaduais do espaço rural, esses nós temos mais dificuldades até o nosso contato com eles [...] (GE6).

Mas é assim um trabalho, aquele que não aderiu viu o que o outro fez, esse ano não vai, tipo aquele que deu doce, viu que o outro colega lá fez uma coisa diferente e que não o doce, então eles já, fizeram diferente (GS7).

[...] A gente teve uma série de avanços, um foi construir a lei e o cargo de educador físico para as escolas e CMEIS esse foi um avanço resultado [...]. Quase nenhum município tem educador físico para as séries iniciais para os CMEIS e para as escolas, a gente conseguiu criar essa demanda, a partir das discussões, a gente levou para o executivo, o executivo transformou isso em projeto de lei, foi levado para câmara, a câmara aprovou e hoje a gente tem o cargo de educador físico para as séries iniciais, e vai ser feito concurso, e a gente conseguiu fazer a justificativa e colocar para o próximo concurso. Então para 2016, a gente vai ter o profissional de educação física para trabalhar o PSE. Com base nessa realidade a gente conseguiu ampliação de carga horária da nutricionista de 20 horas para 40 horas, na saúde para poder atender o PSE, conseguimos ampliação na carga horária de médico, conseguimos odontólogos, resultado da demanda do programa, porque o programa fez a gente ver a demanda que estava encoberta (GE6).

Quanto aos **recursos financeiros para o desenvolvimento do PSE**, os gestores salientaram que são incipientes ou insuficientes para o desenvolvimento das demandas de saúde na escola.

Não. Tudo que a gente conseguiu para fazer acuidade visual foi com recursos do município (GE2).

Tudo que a gente desenvolve é com recursos do município (GS2).

Magrinho, pequenininho, deixando muito a desejar. O primeiro momento que foi em 2011 que nós fizemos a adesão entrou um recurso bacana foi quando a gente fez a explosão do programa, a gente divulgou foi no primeiro momento, mas após isso só com recurso da saúde na escola nós não tocaríamos o programa porque isso gerou muitas demandas e essa demanda não adianta só gerar tem que resolver, é óculos que precisa, nós pagamos com recurso próprio, consulta oftalmológico que pelo SUS a criança teria que ficar um determinado tempo na fila, mas que programa saúde na escola é esse que você visualiza e põem numa fila do SUS. Então nós estamos fazendo muita coisa com recurso próprio, porém não vemos isso como gasto em saúde eu digo que é investimento e investir no aluno é mais investimento. O Ministério da Saúde está deixando a desejar, nós precisamos daquele recurso que consta em portaria, nós precisamos que ele seja pago conforme programado, porque eu não posso programar uma ação daí olhar lá na conta não tem dinheiro, aí cancela porque não veio dinheiro não dá, se eu programei as ações acontecem (GS6).

O recebimento ou não dos recursos financeiros está condicionado à alimentação do sistema de registro do PSE. Identificou-se que os municípios têm utilizado os **sistemas de registro próprios do município e os dos Ministérios da Saúde e Educação** criados para monitorar o programa.

Só mesmo no relatório do programa a gente faz, e as fichas de cada criança atendida, a gente faz o registro na ficha da criança (GS1).

[...] O relatório que quando o enfermeiro vai, geralmente vai o enfermeiro na escola e aí tem o relatório tem tudo que é preenchido, qual atividade é feita lá (GS5).

São instrumentos elaborados pelo município, listas de frequências, relatórios das ações desenvolvidas (GE5).

Através dos instrumentos elaborados pelo próprio GTI (GS6).

A gente tem aqui os dados (GS7).

É feito nas fichas no Simec, e-SUS e no nosso próprio sistema do município (GS3).

2012 e 2013 o pessoal da saúde fazia os registros. Tinha alguma coisa que a educação que elas vieram aqui fazer juntas, mas assim tudo a educação participava com lista de presença, lista de todas as atividades. Então na verdade assim tinha uma pessoa na saúde que alimentava o sistema, mas a educação que fornecia tudo porque era tudo na escola, mas tudo a gente fazia com lista de presença, elas vinham buscavam e elas faziam, alimentavam lá (GE4).

A gente tem instrumentos construídos pelo próprio grupo. As fichas de controle dos eventos, as fichas de avaliação, as secretarias têm o portfólio que eles fazem, são instrumentos próprios do município. Tem o registro numérico no final de cada pactuação nos sistemas no caso o Simec e no caso da saúde no Siab e e-SUS. Mas, os instrumentos de registros do cotidiano são construídos pelo próprio município (GE6).

Nós fizemos gráficos, é que acabou ficando tudo na educação, mas tem uma pasta com fotos, tudo [...]. Estava com problemas em relação ao sistema não sei se agora. É não sei se não foi perdido os dados do primeiro ano (GS8).

Os dados levantados nas falas dos gestores, sistematizadas a partir das questões abertas, em conformidade com as ações previstas no PSE, permitiu verificar que o programa se encontra em desenvolvimento nos cinco municípios, em estágios diferenciados de implantação.

A implantação do PSE foi desencadeada pela gestão regional do Sistema Único de Saúde, representada pela 10ª de Saúde, que agrega os municípios estudados, e pela gestão federal, por meio do Ministério da Saúde. Como se trata de uma política Intersetorial, observa-se o protagonismo da área da saúde no desencadeamento da demanda, o que pode indicar as dificuldades de articulação entre diferentes setores, nesse caso, a saúde e a educação, desde o nível federal.

Observam-se as motivações para que o programa contribuísse com o diagnóstico e com os encaminhamentos relativos à saúde dos escolares, de forma que auxiliasse em seu processo ensino-aprendizagem. Parecem ganhar relevância as ações assistenciais, como as de maior visibilidade no PSE. Chama à atenção as falas relativas à avaliação da acuidade visual, expondo que os escolares constituem-se em uma população que está desassistida pelos serviços de saúde, uma vez que suas dificuldades visuais só foram detectadas na escola.

Detectado o problema clínico da criança, depara-se o gestor com o encaminhamento ou a resolutividade dessa demanda. Nesse sentido, criaram estratégias para aproveitar os recursos existentes ou buscar novos espaços para resolver as questões clínicas identificadas. Observa-se que a integralidade da

assistência ainda não está garantida, sendo preciso esforço das gestões para assegurar que não fiquem desassistidas as crianças que tiveram problemas clínicos, identificados nas avaliações do PSE.

A existência do GTI foi observada na quase totalidade dos municípios; naquele em que não há, tal fato se deve a ser um município pequeno, onde os dois secretários sentam e resolvem as questões pessoalmente. No mais, a existência do GTI tem sido promissora no planejamento, avaliação e monitoramento do PSE. Mesmo não acontecendo no GTI, as ações são pactuadas entre as secretarias e as escolas para desencadear a operacionalização.

Quanto à avaliação das ações implementadas, observa-se, desde a sua ausência até a adoção dos critérios expressos nos documentos previstos em nível federal, requisito para acesso aos recursos financeiros e, ainda, a criação de instrumentos próprios que contribuam com o seu seguimento. Preocupa a não existência de momentos coletivos de avaliação das ações, bem como de planejamento das ações a serem desenvolvidas, pois isso poderia contribuir com o redirecionamento do que está sendo feito, como também, proporcionaria a proposição de novas estratégias, coletivamente definidas. Ao mesmo tempo, a não existência de momentos coletivos de avaliação pode indicar que a intersetorialidade não está sendo integralmente vivenciada no desenvolvimento do programa.

Quando a avaliação é tomada afirmativamente, os gestores se remetem ao preenchimento dos dados exigidos pelo e-SUS e pelo Simec. Nesses sistemas, eles conseguem identificar quanto conseguiram atingir dentre as metas pactuadas. Na perspectiva de parte dos gestores, tal avaliação quantitativa, diretamente relacionada ao repasse dos recursos financeiros, seria suficiente para direcionar as ações do programa.

Por outro lado, identificaram-se municípios que ultrapassaram os registros oficiais e criaram seus próprios instrumentos de acompanhamento do programa, desde fichas de avaliação individual até planilhas com os dados coletados. O relato de um dos gestores ilustra o processo de criação de instrumentos, uma vez que na proposição do programa não se ofereciam ferramentas para que os municípios pudessem seguir e implementar, em um mesmo formato, os registros locais do programa.

Chamou à atenção as falas de alguns gestores, indicando elementos verificados na avaliação informal. Em que pese os dados subjetivos, que são

importantes em qualquer processo de avaliação, os quais, por vezes, emergem de avaliações informais, essa não deveria ser a única forma de avaliação de um determinado programa, pois carece de sistematização e pode indicar apreciações equivocadas, dado pautar-se em percepções subjetivas.

No que tange as atividades desenvolvidas, identificou-se a realização de atividades educativas, as de avaliação do crescimento e desenvolvimento dos escolares e as ações de formação para os envolvidos no programa. Dentre elas, destacou-se a avaliação do crescimento e desenvolvimento como a mais lembrada. Nas falas dos gestores, é forte o aspecto biológico da saúde do escolar, talvez por ser a mais objetiva dentre as ações do programa. Mesmo assim, figuraram com expressividade as ações educativas nas escolas, abordando os temas mais comuns como sexualidade, gravidez e infecções sexualmente transmissíveis.

Destaca-se, nas ações desenvolvidas, as relativas à formação dos envolvidos no programa. Essa dimensão da formação é das mais relevantes, uma vez que o programa pressupõe ação intersetorial, o que é novo para os sujeitos diretamente envolvidos na sua execução. Entretanto, parece que ela não foi tão evidenciada na fala dos gestores, embora os que revelaram terem investido recursos e esforços em sua implementação, tivessem apresentado clareza quanto ao que se esperava da formação. Ou seja, que ela incluísse a comunidade escolar, ao se criar grupos de alunos, e capacitá-los para trabalhar com os colegas; ao proporcionar aos professores momentos de discussão e de desenvolvimento de habilidades educativas nas questões de saúde; ao envolver os pais nos processos de formação.

Observou-se, com expressividade, na fala dos gestores, a importância atribuída ao trabalho em redes, que pode ser associado ao conceito de intersectorialidade. Essa dimensão é central no desenvolvimento do programa, sendo sua principal estratégia, uma vez que exige que os dois principais e obrigatórios setores mobilizem suas fronteiras e partilhem ações e projetos voltados para a saúde dos escolares. Destaca-se que os gestores reforçavam a boa relação entre os setores envolvidos, buscando expor que suas ações eram sincronizadas, seja entre eles ou entre as outras secretarias envolvidas. Tal relação foi referenciada, por um dos entrevistados, como reforçada por conta do próprio programa, visto que o diálogo entre as secretarias concretiza-se de maneira efetiva.

Especificamente nesse quesito, observou-se, em maior expressão, a articulação entre a saúde e a educação, mas percebem os gestores que restringir a

intersectorialidade a essas duas secretarias é insuficiente para enfrentar os problemas que têm lugar no ambiente escolar. Sendo assim, percebe-se o alargamento da intersectorialidade, quando os gestores relatam que buscaram em outras secretarias as parcerias para encaminhar as questões identificadas, o que ampliou a intersectorialidade mínima prevista no PSE.

Emergiram as particularidades vivenciadas na intrasetorialidade, em especial da educação. Um dos gestores revela a problemática que, por vezes, se enfrenta nas escolas estaduais, portanto, pertencentes a outro ente federado. Essa questão põe em tela uma possível desarticulação dentro do próprio setor da educação, quando diferentes entes federados se responsabilizam por ações que estão em um mesmo campo, como é o caso da educação. A articulação entre escolas estaduais e municipais é questão a ser enfrentada no desenvolvimento do PSE.

De outro lado, o PSE parece ter desencadeado dentro do próprio setor de educação demandas que antes não eram vislumbradas, como relata o gestor que afirma ter criado o cargo de educador físico para atender nos Cmei.

A influência de ações exitosas intrasetoriais foi destacada como um ponto positivo, ao estimular que outras escolas pudessem aderir às práticas que estavam tendo bom resultado. Essa constatação de um dos gestores é importante, no sentido de indicar que novas formas de atuar são possíveis, articulando a saúde e a educação, como no exemplo da supressão de alimentos ricos em açúcar; isso pode desencadear atitudes e hábitos que potencializem a promoção da saúde dos escolares.

A temática dos recursos oriundos do programa foi lembrada pelos gestores como problemática. Eles salientam que, na primeira versão do programa, quando os recursos eram repassados integralmente, no momento de pactuação das ações, o programa alcançou bons resultados; no entanto, a partir do repasse de 20% - que acontece no momento da pactuação, sendo que o restante só é depositado mediante a realização das ações pactuadas - gerou-se um déficit no que se demanda para o programa. Ressalte-se que os recursos provenientes do programa são exclusivos para o desenvolvimento das ações dos três componentes. Elas não contemplam os custos assistenciais desencadeados a partir daí.

Quando se considera que o programa implementou, como visto, especialmente ações do componente I, ou seja, aquelas voltadas para avaliação do crescimento e desenvolvimento dos escolares, era de se esperar que se

identificassem problemas, especialmente, os ligados à visão, audição e aos desvios de peso, tanto a obesidade quanto a desnutrição. Esses problemas demandam do gestor que se implementem ações que culminem com sua resolutividade e, talvez, o serviço de saúde não estivesse preparado para isso. Na verdade, longe de significar um aporte novo de recursos, o PSE trouxe demandas que, antes de sua implementação, não era identificadas. O fato é que os escolares, para além dos problemas de aprendizagem, que não estão no campo do biológico, possuem problemas de saúde, os quais poderiam estar desassistidos, podendo contribuir com o processo ensino aprendizagem.

O acesso aos recursos pode ser comprometido pelo não preenchimento correto dos sistemas federais de monitoração, que devem, obrigatoriamente, ser alimentados. No caso do PSE, a saúde deve alimentar o sistema E-sus e a educação o Simec. Quando isso não acontece, os recursos não são enviados, talvez, explicando a queixa de um gestor M2 de que não tem recebido os recursos. De qualquer forma, eles informaram que o registro é realizado nos sistemas federais e em seus registros próprios.

Destaca-se, dentre as estratégias de registro produzidas nos municípios, a construção de portfólios com todas as ações desenvolvidas, exemplificando que os municípios têm criado tecnologias que os auxiliem a monitorar o PSE, além de fornecer informações para além dos dados quantitativos que precisam registrar nos sistemas federais. Aqueles sistemas, pelo que se observa, são insuficientes para subsidiar o desenvolvimento e a avaliação das ações implementadas.

Identifica-se que os sistemas federais estão enfrentando problemas, pois os dados que hoje são acessíveis correspondem ao ano de 2013 a 2015, não disponibilizando todo o material já produzido pelo PSE nos municípios que aderiram há mais tempo, como é o caso da amostra dessa pesquisa, a qual se constitui de municípios que aderiram em 2012. Tal constatação fragiliza as análises que poderiam ser empreendidas, enfraquecendo as conclusões que podem ser feitas.

O quadro 12, a seguir, mostra a sistematização dos registros dos diários de campo, confeccionados durante as entrevistas com os gestores.

Quadro 12: Sistematização dos diários de campo nos municípios pesquisados expondo data da entrevista, sujeitos entrevistados, local de atuação e informações do diário de campo.

Data da entrevista	Sujeitos entrevistados	Local visitado	Informações do diário de campo
16/07/2015	Secretário de saúde	Secretaria de saúde	Na entrevista coletiva, o Secretário de Saúde tinha iniciativa de responder primeiro, mas denotava-se boa relação entre as duas secretarias, revelada no aparente compromisso dos sujeitos com as ações que desenvolvem em seus setores específicos. É um município pequeno e, por isso, na educação o programa é acompanhado diretamente pela Secretária de Educação. Na saúde, há uma enfermeira que o desenvolve e receberia os pesquisadores em data oportuna.
16/07/2015	Secretária de educação	Secretaria de saúde	
26/08/2015	Secretária de saúde	Secretaria de educação	Tratou-se de uma entrevista coletiva com a participação da gestão do PSE na saúde, educação e técnicos da área da saúde diretamente ligados ao programa, mostrando uma gestão estendida do PSE.
26/08/2015	Gestora do PSE na educação	Secretaria de educação	Destaca-se que os sujeitos presentes se percebem responsáveis pelo programa; se organizaram para estar coletivamente na entrevista, denotando a articulação existente entre a gestão da saúde e da educação.
26/08/2015	Enfermeira gestora do PSE	Secretaria de educação	Depreende-se, pela fala da gestora da educação, o seu domínio em relação ao programa, quando responde de forma assertiva as questões, tanto relativas às ações específicas da educação, quanto às da área da saúde. Percebe-se coesão entre as falas dos entrevistados, destacando-se a atuação das nutricionistas, seja no desenvolvimento de ações com os escolares, seja reorganizando o cardápio das escolas municipais. Nesse particular, registra-se o processo de aquisição da merenda escolar, que é feito em parte pela compra de produtos oriundos da agricultura familiar, de maneira a adquirir alimentos frescos semanalmente.
26/08/2015	Nutricionista da saúde	Secretaria de educação	Realizou-se entrevista conjunta entre a secretaria de saúde e a nutricionista que organiza o PSE na saúde. Nessa entrevista, a Secretária de Saúde se colocava por primeiro nas respostas, mas a nutricionista tinha domínio sobre as questões formuladas e se colocava com segurança. Possuem o GTI ampliado atuante que define e acompanha a implantação das ações. Na entrevista, constatou-se o protagonismo da nutricionista, apresentando dados sistematizados sobre a avaliação antropométrica dos escolares, que apontaram em torno de 30% de crianças obesas, situação que foi enfrentada pela atuação na mudança de hábitos alimentares e pela aquisição de alimentos, diretamente pelo município, da agricultura familiar. Destaca-se na fala das entrevistadas o projeto “fala sério”, desenvolvido pelas enfermeiras e meninas adolescentes multiplicadoras como estratégia exitosa, que foi sistematizada no PSE para abordar gravidez na adolescência.
26/08/2015	Nutricionista da educação	Secretaria de educação	
23/07/2015	Secretária de saúde	Secretaria de saúde	Realizou-se entrevista conjunta entre a secretaria de saúde e a nutricionista que organiza o PSE na saúde. Nessa entrevista, a Secretária de Saúde se colocava por primeiro nas respostas, mas a nutricionista tinha domínio sobre as questões formuladas e se colocava com segurança. Possuem o GTI ampliado atuante que define e acompanha a implantação das ações. Na entrevista, constatou-se o protagonismo da nutricionista, apresentando dados sistematizados sobre a avaliação antropométrica dos escolares, que apontaram em torno de 30% de crianças obesas, situação que foi enfrentada pela atuação na mudança de hábitos alimentares e pela aquisição de alimentos, diretamente pelo município, da agricultura familiar. Destaca-se na fala das entrevistadas o projeto “fala sério”, desenvolvido pelas enfermeiras e meninas adolescentes multiplicadoras como estratégia exitosa, que foi sistematizada no PSE para abordar gravidez na adolescência.
23/07/2015	Nutricionista da Saúde	Secretaria de saúde	

			<p>Esse projeto foi apresentado em outros municípios e pretendem criar um grupo de meninos para atuar com seus colegas escolares.</p> <p>Observa-se nas falas que as secretarias envolvidas no PSE estão articuladas. Destaca-se que esperam que a universidade desenvolva ações junto com os municípios para esse programa e em outros momentos.</p>
29/07/2015	Professor responsável pelo PSE	Secretaria de educação	<p>Tratou-se de entrevista conjunta com gestores da educação (um professor e uma nutricionista). A nutricionista é responsável pela alimentação oferecida na rede municipal de educação.</p> <p>Identifica-se boa interação entre os sujeitos, comprometimento e disposição de mostrar o programa, pois traziam consigo documentos e relatórios confeccionados por eles sobre o programa.</p>
29/07/2015	Nutricionista da educação	Secretaria de educação	<p>A sistematização dos dados levantados permitiu que se diagnosticassem problemas no crescimento das crianças, em especial, nos índices de obesidade para o qual se desencadearam ações para interferir nos hábitos alimentares, as quais afetaram não somente os escolares, mas seus familiares. A nutricionista possui portfólio com todas as ações desenvolvidas (fotos, eventos, etc.).</p> <p>Nesse município, fizeram um evento para partilhar suas experiências no PSE e se envolveram em evento regional sobre o programa.</p> <p>O envolvimento se revela na criação de logomarca específica para o PSE, fichas de encaminhamento dos escolares para tratamento oftalmológico, planilha com as unidades de saúde e enfermeiros responsáveis pelo programa, listas das escolas, fichas para coleta dos dados antropométricos e demais informações.</p> <p>O planejamento anual do PSE é enviado no início do ano para as escolas, descrevendo as ações que foram pactuadas e que serão desenvolvidas durante o ano.</p> <p>Desenvolveram uma atividade que se denominou “fala sério”, que se caracteriza pelo preparo de meninas adolescentes para serem multiplicadores de ações educativas sobre gravidez na adolescência e doenças sexualmente transmissíveis. São meninas que são orientadas por enfermeiras para abordar em sala os escolares e tratarem aqueles temas. Essa atividade é a mais destacada pelo seu impacto local e por ter sido tomada como exemplo por outros municípios, bem como pela Regional de Saúde. Pretende-se criar grupo de meninos para tratar de temas da saúde com os meninos no mesmo modelo.</p> <p>Durante a entrevista, serviu-se lanche saudável, atestando a incorporação dessa prática após o PSE.</p> <p>Observou-se que as secretarias estão articuladas no desenvolvimento do PSE. Nas falas, externalizou-se a intenção de estabelecer parcerias entre o município e a universidade para desenvolver o PSE.</p>
06/08/2015	Secretária de educação	Secretaria de educação	<p>Entrevista individual com a Secretária de Educação mostra que a troca de gestão municipal afetou o desenvolvimento do programa. Ela não tem muitas informações por estar a pouco no cargo, após a troca dos gestores municipais.</p>

			Nesse município, surgiu uma “novidade”. A partir do PSE, alguns profissionais de saúde, que não são do quadro, foram contratados para fazer ações do PSE, especialmente as do componente II – ações educativas. Outros foram contratados como demanda sentida a partir da implantação do PSE, como a contratação da fonoaudióloga.
28/07/2015	Secretário de saúde	Secretaria de saúde	Entrevista com o Secretário de saúde que está no cargo há pouco tempo, pela troca da gestão municipal. O programa no município está pouco ativo desde 2013, com perspectivas de ser reativado. A enfermeira que o desenvolvia exonerou-se, o que prejudicou a continuidade, assim como a troca da gestão da saúde no município. A nova enfermeira será a responsável na saúde pelo seu desenvolvimento. As ações são discutidas num grupo que não tem o nome de GTI; como o município é pequeno, as decisões são tomadas de forma rápida e em conjunto. No município, há escolas estaduais e municipais que funcionam no mesmo prédio.
25/08/2015	Secretária de saúde	Secretaria de saúde	Essa entrevista aconteceu em um dia em que se reunia o GTI do PSE. Foi uma entrevista pouco produtiva com os gestores, dada as inúmeras interrupções pelo acionamento das mesmas via celular, mas produtiva no sentido de apresentação aos membros do GTI, facilitando as demais visitas do PSE. Percebeu-se que as duas secretárias estão articuladas e desenvolvendo conjuntamente o PSE. Elas avaliavam, desde antes do PSE, a necessidade das ações intersetoriais, o que hoje se observa pela atuação de diversas secretarias no PSE. A Secretária de saúde destacou a importância do interesse da universidade na avaliação do programa.
25/08/2015	Secretária de educação	Secretaria de saúde	

Da análise dos registros acima, pode-se afirmar que os gestores buscaram mostrar que suas ações são integradas, uma vez que a maioria das entrevistas aconteceu no formato de entrevista coletiva. Essa constatação permite inferir que há a busca da intersectorialidade prevista no PSE.

Ficou evidente o protagonismo das nutricionistas envolvidas no PSE, sejam as que atuam nas secretarias de saúde, sejam as que atuam nas secretarias de educação. Da atuação dessas profissionais e do impacto do PSE, ao mostrar dados sobre a saúde dos escolares, observa-se o fortalecimento da aquisição da merenda escolar para as escolas municipais da agricultura familiar e, quando não, pela compra de alimentos que impactassem na saúde das crianças.

No que tange à educação em saúde, há que se destacar a criação de grupos de meninas e meninos para atuarem como multiplicadores das ações de educação em saúde, em especial, na prevenção da gravidez na adolescência e infecções sexualmente transmissíveis.

Observou-se que a troca de gestão e de grupos políticos locais impactou sobremaneira as ações desenvolvidas, chegando à paralisação completa do programa em um dos municípios, a ser retomada, posteriormente, mas com perdas significativas na visão dos gestores da saúde e da educação.

Identifica-se, na fala dos gestores, que o PSE desencadeou a contratação de profissionais para atuar em suas ações e, em outros momentos, observa-se que serviços privados foram acionados para desenvolver ações, em especial, as educativas.

Os municípios esperam que a universidade se faça presente no desenvolvimento de ações junto a eles, a fim de auxiliar no desenvolvimento do programa. Assim, a inserção dos pesquisadores nos serviços desencadeou demandas institucionais e individuais aos pesquisadores. Observa-se que, ao entrar nos espaços municipais, cria-se uma ligação pessoal e institucional que precisa ser encaminhada. Nesse ano, os pesquisadores receberam convite para ir, no dia em que seriam apresentados os dados do PSE, a um dos municípios, denotando a ligação estabelecida.

5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1 Análise por Triangulação de Fontes

A sistematização dos dados levantados no Simec e nas Portarias do Ministério da Saúde, nas falas dos gestores e as anotações dos diários de campo confeccionados foram analisados a partir da triangulação das fontes. Desse processo, surgem as unidades de análise, em atendimento aos objetivos do estudo, o planejamento, avaliação e monitoramento do PSE; as ações levadas a efeito no desenvolvimento do PSE e a intersetorialidade vivenciada pelos gestores no desenvolvimento do PSE.

5.1.1 O planejamento, avaliação e monitoramento do PSE

O planejamento, a avaliação e o monitoramento do PSE, conforme orientação do caderno Passo a Passo (BRASIL, 2011a), deve acontecer nos GTI. Na realidade estudada, o GTI está presente na quase totalidade dos municípios e, pelo que se verificou nas falas dos gestores, a definição das ações a serem desenvolvidas passa, na maioria das vezes, pela discussão coletiva do grupo. A composição do GTI revela que outras secretarias, além das de saúde e educação, estão atuando no PSE, senão em todos os municípios, mas em alguns, nos quais se percebe a ampliação dos atores e setores na composição mínima do GTI para articular as ações do PSE.

Os gestores avaliam que realizam o monitoramento do programa, o que acontece em maior medida pelo preenchimento dos sistemas federais de avaliação, nos quais os dados quantitativos são as formas de registro. O seu correto preenchimento é condição para que os municípios recebam os recursos do programa, condição que, talvez, explique o não repasse de recursos, no ano de 2012, aos municípios componentes desse estudo, como observado na Portaria MS nº 524/2012 (BRASIL, 2012c), na qual nenhum dos municípios recebeu recursos, os quais tinham recebido em 2011.

Em relação aos recursos, os dados extraídos das Portarias Ministeriais mostram que, no ano de 2011, quando havia o repasse integral, no momento da pactuação das ações, eles eram consideráveis, observando-se, posteriormente, nos

dados acessados para os anos de 2013 e 2015, uma significativa diminuição nos valores a serem repassados. Além disso, há o repasse de 20%, no momento da pactuação, sendo que o restante é liberado após a conclusão das ações pactuadas para aquele ano, as quais deverão ser comprovadas pela alimentação dos sistemas federais de avaliação.

Essas afirmações podem ser verificadas quando se compara o repasse ao M1 que, em 2011, foi de R\$ 6.700,00 e, em 2015, o valor máximo, caso cumprisse a pactuação, seria de R\$ 4.000,00. Ou no município que alcançou o maior valor, M3, que, em 2011, recebeu R\$ 26.800,00 e, em 2015, acessaria o valor máximo de R\$ 15.000,00, ao final do cumprimento das ações pactuadas.

O repasse dos recursos foi lembrado pelos gestores quando um deles indicou que, no primeiro repasse, os recursos foram suficientes para a realização das ações pactuadas, mas que, após a mudança, na forma de envio, houve prejuízo considerável ao desenvolvimento do programa. Os gestores revelam que o recurso é insuficiente para o desenvolvimento das ações previstas.

Os recursos financeiros referentes à adesão ao PSE destinam-se à implantação de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, desenvolvidas de forma articulada entre a rede de educação básica e em conformidade aos princípios e diretrizes do SUS; a transferência do recurso financeiro ocorre pelo Ministério da Saúde, sendo fundo a fundo, na modalidade PAB Variável, do bloco de financiamento da Atenção Básica. Tal investimento será repassado para os municípios cadastrados no PSE, condicionados à assinatura pelos secretários municipais de Saúde e Educação, além do instrumento de contratualização, do Termo de Compromisso Municipal – no qual estão as metas pactuadas de implantação/implementação das ações e de transferência dos recursos - vinculada ao alcance das metas que serão monitoradas por meio dos Sistemas de Monitoramento do PSE: e-SUS AB, para os dados do Componente I; e O Sistema Integrado de Planejamento, Orçamento e Finanças do Ministério da Educação (Simec), para os dados dos componentes II e III (BRASIL, 2015b).

O município recebe 20% do valor total do incentivo financeiro no momento da contratualização e, a partir de 50% de alcance de metas pactuadas, passa a receber o valor proporcional ao alcance obtido, podendo o repasse ocorrer em até três vezes, após ação verificada em sistema de informação, aos 6 meses e aos 12 meses (BRASIL, 2015b).

Estudo desenvolvido por Machado *et al.*, (2015) apontou um baixo percentual de inserção de dados no Simec/PSE, o que dificulta o monitoramento e avaliação dessas ações pactuadas. O acompanhamento permanente, feito pelo gestor, permite a delimitação de seus territórios, bem como um diagnóstico situacional com base nos determinantes sociais, no cenário epidemiológico, incluindo o repasse adequado dos recursos financeiros.

Nota Técnica do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde indicava a produção e registro dos dados como um dos entraves do PSE para seu monitoramento e controle. Indicavam que os sistemas de informação disponíveis não “possibilitavam a identificação de atendimentos nas escolas [...]”. Outra questão apontada é o questionamento dos órgãos de controle a respeito da fragilidade dos instrumentos atuais” (CONASS, 2011, p. 2).

Constatou-se que o PSE desencadeou demandas assistenciais, antes não identificadas, o que gerou aporte de gastos para os quais os recursos enviados não devem ser utilizados. Na verdade, observa-se que havia uma demanda de escolares por assistência à saúde, que não era identificada, e que se explicitaram a partir da implantação do programa, o que se verificou também na fala dos gestores.

Considerando-se que os municípios pactuaram ações, desde os Cmeis, até o ensino de nível médio, era de se esperar que problemas de saúde das mais diversas ordens emergissem. Essa situação desencadeou, em alguns municípios, a contratação de profissionais, tais como fonoaudiólogos ou educadores físicos. Estes últimos foram contratados para atuar na educação infantil, na qual tal profissional ainda não é obrigatório; a necessidade surgiu em função dos diagnósticos de obesidade que, segundo os entrevistados, foi uma surpresa chegando, em um dos municípios, M3, a 30%, conforme registrado em dados do diário de campo.

De acordo com Dias *et al.*, (2014), a ação intersetorial inerente ao programa e expressa em seus documentos indica que a atuação entre saúde e educação, no enfrentamento de problemas que lhes são comuns, potencializaria a atuação nas questões biopsicológicas dos escolares, o que poderia contribuir com o desenvolvimento educacional, algumas vezes, afetado pelas condições de saúde.

Em especial, a obesidade e o sobrepeso tem se colocado como problema comum no ambiente escolar, contrapondo-se à desnutrição. Identificá-la pode ajudar a estabelecer medidas de promoção da saúde e de prevenção, que possam

contribuir com o crescimento e desenvolvimento esperado dos escolares (SOUZA *et al.*, 2013).

Por outro lado, essa constatação pode refletir o fracasso da Atenção Básica em saúde que deveria, mesmo fora do ambiente escolar, ter mapeado a população adscrita, uma vez que, se eficiente, poderia resolver a maioria dos problemas de saúde em todas as etapas do ciclo vital.

Tal nível de assistência deveria estar organizado no sentido de acolher, escutar e responder de forma positiva, oferecendo resolutividade à maioria dos problemas de saúde. Ao mesmo tempo, a Atenção Básica deveria se sentir responsável pela resolução desses problemas, mesmo que isso demandasse a referência a outros pontos de atenção do sistema de saúde (BRASIL, 2011c).

Sendo assim, afirma-se que a escola reflete as condições epidemiológicas do entorno em que se localiza. Uma escola situada em uma realidade em que os serviços de saúde funcionem eficientemente terá menor frequência em seus problemas de saúde e, quando eles existirem, serão atendidos sem que isso seja um problema a mais para os serviços, uma vez que esperados para os perfis da comunidade.

Nesse contexto, conhecer a população usuária do sistema de atenção à saúde é o elemento básico que possibilita o rompimento da gestão baseada na oferta, o que caracteriza sistemas fragmentados, permitindo instituir uma gestão com base nas necessidades de saúde da população, ao nível de cuidados primários, devendo ser resolutiva, capacitada, cognitiva e tecnologicamente, para atender a mais de 85% dos problemas de sua população (MENDES, 2012).

Os gestores, diante da carência ou pouca abrangência dos sistemas federais de avaliação, criaram suas próprias estratégias como fichas, planilhas e portfólios que pudessem servir de fonte de planejamento e avaliação das ações a serem desenvolvidas. Os municípios que fizeram isso demonstram maior familiaridade com o programa e se mostram exitosos em suas ações de planejamento, tais como na implementação de ações de controle da obesidade, por exemplo. Essa afirmação é atestada na entrevista em que os gestores traziam consigo os portfólios, fotos e outras formas de registro, já que contribuía com a gestão do programa.

5.1.2 As ações realizadas no desenvolvimento do PSE

As ações educativas com grupos e individuais; ações de avaliação do crescimento e desenvolvimento e as de formação para os envolvidos no programa foram identificadas entre as que acontecem no PSE, na fala dos gestores. Da mesma forma, verificou-se, nas informações coletadas dos termos de pactuação do ano de 2015 e nos dados disponíveis no Simec, que essas ações são desenvolvidas na realidade dos cinco municípios estudados.

Ganhou destaque na avaliação dos gestores e na frequência de ações pactuadas as que integram o componente I, ou seja, aquelas voltadas à avaliação do crescimento e desenvolvimento dos escolares. O referido componente prevê: avaliação antropométrica; atualização do calendário vacinal; detecção precoce de hipertensão arterial sistêmica; detecção precoce de agravos de saúde negligenciados prevalentes na região (hanseníase, tuberculose, malária, dentre outras); avaliação oftalmológica; avaliação auditiva; avaliação nutricional; avaliação da saúde bucal; avaliação psicossocial (BRASIL, 2011a). Todas foram pactuadas, excetuando-se a avaliação psicossocial, que não apareceu em nenhum momento em 2015, de acordo com os termos de pactuação dos cinco municípios.

Em consonância com o estudo desenvolvido por Machado *et al.*, (2015), no que se refere às ações do componente I nas escolas, todas as regiões apresentaram resultados expressivos, variando de 80,5% a 69,4%, sendo a região Norte a que mais executa atividades nesse cenário, seguidas do Nordeste, Centro-Oeste, Sul e Sudeste, respectivamente.

Essa questão figurou como motivação entre os gestores para a implantação do PSE, quando verbalizavam que atuar na saúde dos escolares seria uma forma de estabelecer diagnósticos precoces e, por consequência, interferir positivamente no processo ensino-aprendizagem. Constatou-se que é forte, na fala dos gestores, a atuação do PSE nas questões biológicas, as quais solucionariam os problemas de saúde das crianças, de maneira que impactariam na aprendizagem. Como expresso acima, o PSE propiciou o levantamento de necessidades de saúde que existiam e que, de alguma forma, não eram identificadas pelos serviços de saúde, fazendo com que crianças que não exergavam ou não ouviam com nitidez, por exemplo, estivessem com sua aprendizagem comprometida e sem um diagnóstico que superasse essa condição.

Como resultado do levantamento das condições que afetam o crescimento e o desenvolvimento das crianças, houve a constatação de problemas de saúde, muitos deles, que extrapolavam as possibilidades de assistência na rede local de saúde, implicando ações de encaminhamento para sistemas secundários e terciários de assistência. Na fala dos gestores, percebe-se que buscaram garantir a integralidade da assistência, quando encaminhavam seus escolares para serviços especializados; quando o PSE desencadeou a contratação de profissionais ou na elevação da carga horária de outros para atender e dar continuidade no acompanhamento e na solução dos problemas de saúde identificados. Em que pese as dificuldades de encaminhamento, as ações assistenciais desencadeadas no PSE não deixam de conferir-lhe visibilidade na comunidade escolar.

Nesse contexto, o estudo de Freitas *et al.*, (2010) identificou entre os participantes que a articulação entre as diversas ações de assistência e gestão constitui um grande desafio para a integralidade e que 5,4% dos estudados entendem a integralidade como sinônimo de resolutividade.

A integralidade evidencia-se no cuidado de pessoas, grupos e coletividades, pela qual o usuário torna-se o sujeito histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade em que está inserido. Verifica-se a importância de articular as ações de educação em saúde, como um elemento de saber coletivo, que envolve a autonomia e emancipação do indivíduo para cuidar de si, da família e do seu entorno (MACHADO, *et al.*, 2007).

A integralidade implica em repensar a organização do processo de trabalho, gestão, planejamento com a construção de saberes e práticas de saúde. A mudança no modelo de atenção à saúde propõe não apenas a priorização da atenção primária, mas o usuário como um cidadão integral; isso leva ao abandono da fragmentação do cuidado que transforma as pessoas em órgãos, sistemas ou dissocia as dimensões sociais, culturais, biológicas ou psicológicas do ser humano (FRACOLLI *et al.*, 2011).

Da mesma forma, foi impactante, pela fala dos gestores, a identificação das taxas de sobrepeso e obesidade dentre os escolares. Essa condição resultou no reforço de políticas municipais, tais como a compra direta da alimentação a ser servida nas escolas, além de desencadear ações cotidianas, como a proibição de festas com excesso de alimentos de alto valor glicêmico e baixo valor nutritivo.

Nesse particular, chamou a atenção o protagonismo das nutricionistas, ora na posição de gestoras, ora na de técnicas em saúde, implantando e implementando ações no campo da alimentação dos escolares, que impactaram nas crianças e em suas famílias, como atestam as informações registradas nos diários de campo. Durante as visitas às escolas, na continuidade da pesquisa, elas foram sistematicamente lembradas, em todos os municípios que as têm em seus quadros, como figuras relevantes na implementação do PSE.

Conforme Souza (2012), o campo da alimentação e nutrição é interdisciplinar, uma vez que envolve a cultura e, ainda, considera todas as relações que permeiam o sentido e as práticas alimentares, além do saber técnico científico. Nesse contexto, o nutricionista tem um papel transformador, mediante a promoção dos hábitos alimentares e escolhas saudáveis, durante sua permanência na escola; tal comportamento pode ser incorporado à vivência das crianças e de seus familiares.

A escola é um ambiente de reflexão e formação de futuros cidadãos, além de ser o local onde as crianças e adolescentes passam a maior parte do tempo, por isso, pode ser considerada como um dos espaços em que se pode atuar na promoção da saúde e nutrição, além da prevenção de agravos, contribuindo para a formação integral do indivíduo (SOUZA, 2012).

Um dos componentes do PSE é a promoção de hábitos alimentares saudáveis, tendo em vista o processo de transição nutricional, marcado pelo aumento da obesidade, atualmente, considerada um problema de saúde pública. Essa convergência mundial pode estar diretamente relacionada às atuais mudanças no padrão de nutrição e consumo, que acompanham as tendências econômicas, sociais e demográficas (PINHEIRO; FREITAS; CORSO, 2004).

Assim, a Vigilância Alimentar e Nutricional, como uma das ações do PSE, permite a descrição contínua de tendências das condições de alimentação e nutrição da população e seus fatores determinantes, servindo de subsídio para o planejamento da atenção nutricional e de ações relacionadas à promoção da saúde e da alimentação adequada, bem como saudável; também, pode oferecer qualidade e regulação dos alimentos, nas esferas de gestão do SUS (BRASIL, 2015b).

No que tange às ações do componente II, aquelas voltadas para os aspectos da educação em saúde e da promoção da saúde dos escolares, que prevê: promoção da saúde e prevenção de agravos, por meio de ações de segurança alimentar e promoção da alimentação saudável; promoção das práticas corporais e

atividade física nas escolas; Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE): educação para a saúde sexual, saúde reprodutiva e prevenção das DST/Aids; Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE): prevenção ao uso de álcool e tabaco e outras drogas; promoção da cultura de paz e prevenção das violências; e promoção da saúde ambiental e desenvolvimento sustentável (BRASIL, 2011a); tais ações foram igualmente contempladas nas pactuações dos municípios.

Dentre elas, ganhou destaque as que são relativas ao item promoção da segurança alimentar e promoção da alimentação saudável, além das que envolvem a saúde e prevenção nas escolas (SPE): direito sexual e reprodutivo e prevenção de DST/Aids, pactuadas em um maior número de vezes em todos os municípios. Em contraposição, as de promoção de práticas corporais, atividades físicas e lazer nas escolas figuraram-se como as menos pactuadas entre eles.

Considerando que foram identificados nos diagnósticos do componente I, pela fala das nutricionistas entrevistadas e pelos dados dos diários de campo, expressivos índices de sobrepeso e obesidade entre os escolares, chama a atenção que esse item tenha estado entre os menos pactuados. A referida condição pode ser explicada pela inexistência do educador físico entre os profissionais da educação nas séries iniciais, o que foi atestado nas entrevistas e no diário de campo, em que se registrou que o PSE desencadeou a contratação desse profissional para compor o quadro dos profissionais da educação, em um dos municípios, em virtude dos diagnósticos levantados.

Nesse componente, estão previstas as ações que se direcionam a promoção da saúde. Pelo que se constata, a promoção da saúde, em uma perspectiva do conceito ampliado de saúde, carece de maior destaque entre as ações que são pactuadas. Pactuaram-se, em maior medida, as ações preventivas e de diagnóstico precoce de possíveis agravos, em detrimento das de promoção da saúde representadas dentre as previstas no componente II, nas ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, por meio de ações de segurança alimentar e promoção da alimentação saudável; promoção das práticas corporais e atividade física nas escolas; promoção da cultura de paz e prevenção das violências; e promoção da saúde ambiental e desenvolvimento sustentável. Dentre essas, a que mais foi pactuada foi a de promoção da saúde e prevenção de agravos, com base em ações de segurança alimentar e promoção da alimentação saudável. As demais figuraram em menor frequência.

A abordagem da promoção da saúde na escola parece ser o desafio na construção do PSE, uma vez que esse referencial de promoção da saúde nem sempre é tomado em uma mesma perspectiva. A história da entrada da saúde no ambiente escolar foi marcada pelas ações higienistas, as quais teimam em ser hegemônicas. Construir uma cultura de promoção da saúde na escola é tarefa, portanto, a ser implementada. Conforme Casemiro, Fonseca e Secco (2014), tais práticas persistem não só no Brasil, mas no cenário latino-americano, como iniciativas cujo foco é a doença e suas formas de transmissão, as atividades de triagem e levantamentos de perfis epidemiológicos e, quando voltadas para estratégias educativas, são relacionadas ao repasse de conhecimentos sobre higiene e prevenção de doenças.

É certo que promover saúde, a partir do ambiente escolar, constituindo-se em política pública, exige o envolvimento coordenado de ações intersetoriais, alicerçadas em destinação de recursos que permitam implementar a concepção ampliada de saúde e uma educação integral coerentes com o discurso que tem sido divulgado. Sua implementação exige atuação interdisciplinar, sustentada em diagnósticos das realidades localizadas, que identifiquem os problemas reais e as “soluções em cada escola de forma a contribuir para a autonomia e o apoderamento dos sujeitos diante dos direitos fundamentais relacionados ao tema da saúde escolar: direito à saúde, à educação, à alimentação e à vida digna” (CASEMIRO; FONSECA; SECCO, 2014, p. 839).

A discussão da promoção da saúde está diretamente relacionada à prática da intersetorialidade, tema do próximo item da triangulação das fontes, pois promover saúde passaria necessariamente por políticas municipais, porém, ao mesmo tempo, estaduais, nacionais, e globais, as quais são determinadas pela produção e consumo característicos do momento presente. Entretanto, destacam-se as ações municipais, criando políticas e normas de organização da merenda escolar pela eliminação ou diminuição dos alimentos calóricos e introdução de frutas, verduras e alimentos saudáveis, por meio da aquisição de alimentos da agricultura familiar.

As ações desse componente podem ter sido prejudicadas pelo não envio, por parte do Ministério da Educação, dos materiais educativos que seriam produzidos para serem subsidiários às ações do PSE, de acordo com o previsto nas ações pertinentes ao ente federal, na condução do programa. Como constatado, os municípios não receberam tais materiais e tiveram que desenvolver estratégias de

tratamento pedagógico das questões identificadas. Nesse particular, destaca-se a contratação de pessoas para desenvolver as ações educativas, em especial, profissionais que não eram parte do serviço, o que pode fragilizar a proposta do programa que seria o envolvimento efetivo da Atenção Primária em Saúde com as condições de saúde do escolar e o acompanhamento longitudinal das condições identificadas.

Uma vez na condição de municípios pequenos, nem sempre havia disponibilidade de recursos humanos para atuar nas questões atinentes ao programa, então, a necessidade de articulá-la ao componente III, que prevê a formação dos envolvidos.

No estudo de Sousa (2014), identificou-se que há falta constante de materiais para a execução das ações do PSE, e que os materiais clínicos e didáticos que são ofertados pelo MEC não foram recebidos, sendo que, na maioria das vezes, os profissionais não são consultados sobre a necessidade de materiais para o desenvolvimento das ações do programa.

Conforme o estudo de Tusset (2012), uma das dificuldades do processo de implementação do Programa Saúde na Escola é a escassez de pessoal especializado no setor saúde para atuar no desenvolvimento das ações.

Outra ação identificada na execução do programa foi relativa à formação dos envolvidos no PSE, que previa a capacitação dos gestores e das equipes de educação e de saúde, atuantes no programa, como compromisso das três esferas de governo, trabalhando de forma contínua e permanente, configurando o componente III. Suas ações deveriam prever a formação do GTI; formação de jovens protagonistas para o PSE/SPE; formação de profissionais da educação e saúde nos temas relevantes ao PSE; curso de prevenção do uso de drogas para educadores de escolas públicas; rede universidade aberta do Brasil (BRASIL, 2011a).

Esse componente foi o mais fragilizado, especialmente, nos dados acessados no Simec dos anos de 2013 a 2015. Neles, observa-se que, no ano de 2014, nenhuma ação foi pactuada nesse componente, em nenhum dos cinco municípios. Ao mesmo tempo, nos anos de 2013 e 2015, ações que foram pactuadas não foram realizadas, tornando problemática a avaliação em relação a isso. Da mesma forma, na fala dos gestores, as ações de formação são menos lembradas, embora nos momentos em que são referenciadas, apareçam no plano do que seria desejável

nesse item, ou seja, que as ações de formação incluíssem todos os envolvidos no programa, desde os gestores até a comunidade escolar, mesmo os pais e alunos.

Estudo desenvolvido por Machado *et al.*, (2015) identificou que, no item relativo às ações de capacitação dos profissionais de educação para trabalhar com educação para a saúde e debate com os professores da escola, a região Nordeste obteve destaque desenvolvendo essas ações em 23,2% e 33,2%, sendo que a região Sudeste obteve os menores percentuais nesses itens, com 13,3% e 21%, evidenciando que ações dessa natureza são pouco realizadas.

Sousa (2014) identificou que os profissionais das unidades de saúde e das escolas, assim como os membros do GTI, não passaram por processos de capacitação para a prática intersetorial, nem mesmo para atuar no Programa Saúde na Escola.

As capacitações são importantes para promover a aproximação dos profissionais envolvidos no PSE, fomentar a discussão de estratégias para o programa, proporcionando um nivelamento técnico conceitual, de maneira que os profissionais envolvidos possam ter condições de qualificar a comunicação e o entendimento das bases conceituais do PSE (FERREIRA, *et al.*, 2014).

O processo de formação dos gestores e das equipes de Educação e Saúde, que atuam no PSE, é um compromisso das três esferas de governo e deve ser trabalhado de maneira contínua e permanente, com base no estabelecimento de articulações interinstitucionais e instersetoriais que desenvolvam necessidades de formação para a transformação das práticas em saúde, sendo essa construção, de políticas públicas integradas, condição indispensável para atualização e renovação, de forma permanente, da Educação e da Saúde, com vistas à integralidade (BRASIL, 2015b).

Cotejando esse dado com o identificado no diário de campo, quando os gestores salientam a importância da universidade estar próxima dos municípios, no desenvolvimento desse e de outros programas, pode-se entender que uma das possibilidades seria auxiliar na formação das pessoas diretamente envolvidas no programa. Tal questão se coloca aos pesquisadores como desdobramento prático da pesquisa, na continuidade dos estudos e na devolutiva dos resultados aos municípios que foram objeto de estudo.

5.1.3 A Intersetorialidade Vivenciada pelos Gestores no Desenvolvimento do PSE

A intersectorialidade figurou como vivência no PSE, quando os gestores atuavam orientados pelo GTI, o qual é constituído por profissionais de diferentes setores e de diferentes formações. Sua principal manifestação nesse estudo foi a ocorrência das entrevistas coletivas em que, apesar de não terem sido marcadas nesse formato, como se observa nos diários de campo, a maioria aconteceu no formato coletivo, assim como uma das entrevistas que foi marcada no dia do encontro do GTI, quando os envolvidos puderam inteirar-se da pesquisa e ser sensibilizados para a continuidade da coleta de dados com outros sujeitos, que não exclusivamente os gestores.

Ficou clara, na fala dos gestores, a ideia do trabalho em redes, identificada ao conceito de intersectorialidade que, como já afirmado, é central ao programa, constituindo-se em sua principal estratégia. Ela pode permitir que os setores envolvidos movimentem suas divisas e se aproximem na pactuação de ações, as quais envolvam um mesmo indivíduo, mas que são desenvolvidas em setores diferentes.

Os gestores reconhecem que o programa contribuiu para o fortalecimento ou criação de condições para o exercício da intersectorialidade, por meio do diálogo necessário entre as diferentes secretarias. Essa dimensão é mais evidente entre as secretarias de saúde e educação, mas perceberam os gestores que a intersectorialidade precisava extrapolar esses dois ambientes, a fim de abarcar os problemas que têm lugar no ambiente escolar, multideterminados. Por consequência, exigem ações de todos os serviços públicos, desde a ação social até os serviços coletivos de segurança, por exemplo.

Expressam que há dificuldades no próprio setor da educação, quando outros níveis educacionais não estão tão aproximados das questões discutidas na educação municipal, tensionando a intrasetorialidade. De fato, o sistema de educação, diferentemente da saúde, organiza-se em níveis, os quais são atribuições de diferentes entes federados. Essa condição, por certo, traz tensões na execução de ações que são encabeçadas pela gestão municipal, como é o caso do PSE.

Desde os anos de 1930, mas com mais efetividade na década de 1980, na área da educação, há uma discussão da necessidade de se constituir um Sistema Nacional de Educação (SAVIANI, 2010), em alguma medida, aproximando-se do

que se tem como um sistema de saúde, hoje materializado na conformação do SUS. Na educação, isso não se efetivou e persiste a fragmentação gerencial e operacional dos níveis de educação, em que a educação formal está distribuída entre o nível federal, que se responsabiliza, em alguma medida, pela educação superior, o nível estadual, com a responsabilização pela educação básica, a partir do quinto ano, e o nível municipal, com a educação infantil até o final das séries iniciais.

Como a discussão aborda um programa intersetorial, é notório que as parcerias que o setor educação e saúde fazem são essenciais para que o PSE possa efetivar seus objetivos.

Wimmer e Figueiredo (2006) acreditam que a complexa situação social de exclusão, em que vive a maior parte da população, não pode ser resolvida apenas com ações setoriais, mas sim, a partir de micro e macroestratégias intersetoriais, construídas em articulação entre o Estado e sociedade civil.

Conforme Tavares e Rocha (2006), a equipe escolar pode contribuir para um diagnóstico da qualidade de vida dos escolares e suas famílias, oferecendo informações e buscando estratégias de enfrentamento dos problemas já existentes.

Assim, Gonçalves *et al.*,(2008) afirmam que o professor e a equipe pedagógica seriam incorporados às ações de Promoção da Saúde, já que possuem familiaridade com os alunos, estando envolvidos em sua realidade sócio-cultural, o que facilitaria o trabalho.

Outro estudo, realizado por Gomes (2012), identificou que os profissionais da educação não conseguiam associar as ações, desenvolvidas anteriormente na escola em parceria com outros atores locais, como ações já previstas para serem desenvolvidas pelo PSE. Estudo realizado por Sousa (2014) percebeu ausência dos professores na articulação e execução das ações, comprometendo, dessa forma, a ação intersetorial.

Observam-se indícios de um possível protagonismo da área da saúde na condução do processo, expresso no desencadeamento das demandas para implantação do PSE que, segundo os gestores, partiram do Ministério da Saúde e da gestão regional da saúde, em primeiro lugar, para, posteriormente, incorporar a gestão da educação. Essa condição pode fazer com que as ações de saúde e seus profissionais tenham uma atuação mais visível no programa, o que pode enfraquecer sua implementação, uma vez que não acontecerá de forma efetiva sem o envolvimento intenso da comunidade escolar. As ações assistenciais, embora

imprimam visibilidade ao programa, são parte dele. A sua efetividade dependerá da contínua existência de espaços na escola para discussão das questões de saúde e, em especial, das de educação em saúde, que podem ser incorporadas aos conteúdos escolares, mas isso depende diretamente do envolvimento de professores e diretores e muito pouco dos profissionais de saúde.

A intersetorialidade em saúde pode ser compreendida como parte de um conjunto de estratégias, que consistem em ações mobilizadoras e articuladoras de práticas e projetos entre o setor saúde e os demais setores (FERREIRA, 2005), com intervenções voltadas para as necessidades sociais e de saúde (PAIM, 2003).

O termo intersetorialidade é bem compreendido entre os membros do setor saúde. No setor educação, o termo é visto com certa estranheza, no entanto, atribuem à noção de parceria, apontando para necessidade do trabalho em parceria diante da complexidade dos problemas sociais existentes, trabalhando em conjunto, pois, as chances de melhores resultados são maiores (SOUSA, 2014). A busca pela melhoria da qualidade do ensino é fomentada por meio da colaboração e da parceria entre os entes federados e entre os diferentes setores e os segmentos da sociedade (BRASIL, 2012d).

O protagonismo da saúde é indicado por Ferreira *et al.*, (2012), que analisaram os documentos normativos do PSE para mostrar que há uma tendência de que eles sejam centralizados no Ministério da Saúde, desde o financiamento aos processos de adesão pelos municípios, o que pode dificultar a efetividade de seu principal elemento, que é a intersetorialidade.

Outro aspecto, que pode tensionar a intersetorialidade, é a inexistência de momentos coletivos de avaliação, como identificado na prática de alguns municípios, que não possuem uma avaliação sistematizada do programa, ficando restritos aos dados quantitativos que alimentam os sistemas federais de avaliação. Os momentos coletivos de avaliação poderiam auxiliar no fortalecimento das ações intersetoriais e na pactuação subjetiva dos sujeitos, ajustando suas formas de vivenciar e problematizar o PSE.

Destacou-se a rotatividade de profissionais e dos atores da gestão. Em um dos municípios, essa condição afetou sobremaneira as ações desenvolvidas no programa, as quais foram paralisadas durante dois anos e seriam retomadas, como o foram, quando se observa que, em 2015, o município compõe os dados de pactuação do programa e a portaria de contratação dos recursos. Entretanto, as

mudanças nas gestões municipais, próprias das trocas dos grupos políticos, que acontecem a cada quatro anos, é um fator que interfere no desenvolvimento do PSE. Tais fatos colaboram com o estudo desenvolvido por Ferreira (2012), visto que, ao abordar sobre as dificuldades do trabalho intersetorial no PSE, evidenciou a rotatividade dos representantes como aspecto a dificultar o seu desenvolvimento.

6 CONCLUSÃO

Esta pesquisa buscou contribuir para identificação de como gestores de municípios paranaenses estão desenvolvendo as ações do PSE, tendo em vista que o programa se alicerça na intersetorialidade, na integralidade e na promoção da saúde dos escolares.

A questão que norteou a pesquisa buscou identificar qual seria a visão dos gestores do PSE em relação à implantação do Programa em municípios que primeiro o pactuaram na região de saúde da 10^a Regional de Saúde/PR e no Núcleo Regional de Educação de Cascavel/PR, tendo por pressuposto que os gestores tenham sido preparados para desenvolver o Programa e que as ações desenvolvidas estão alcançando a intersetorialidade, a integralidade e a promoção da saúde dos escolares; nesse sentido, o processo de pesquisa permitiu uma aproximação com a realidade estudada e a identificação de evidências de como o PSE tem sido implantado nos municípios estudados.

Identificou-se que, nos municípios estudados, a implantação do PSE seguiu as diretrizes estabelecidas pelo Decreto Presidencial, sendo que a motivação para adesão ao programa era atender à demanda de saúde dos escolares. O Programa seguiu sua implantação, organizando-se através do GTIm, responsável por coordenar a articulação entre as Secretarias e acompanhar o processo de implementação no município. Nesse contexto, observou-se que a articulação intersetorial no processo de implementação do PSE, entre a saúde e educação, é uma prática vivenciada, revelando ainda que outras secretarias também fazem parte dessas ações intersetoriais, a qual se constitui uma das diretrizes do programa.

A organização do GTIm, a partir das reuniões e encontros para o acompanhamento das atividades, configura-se como uma estratégia de articulação intersetorial, pois era um espaço onde se reuniam representantes dos diversos setores, dos quais se destacaram a Secretaria de Ação Social, Meio Ambiente,

Esporte e Urbano, possibilitando a discussão e a elaboração das ações a serem desenvolvidas em conjunto.

Em relação à avaliação e monitoramento das ações do programa, percebeu-se que existe uma fragilidade nesse item, já que os gestores relataram que os municípios elaboraram instrumentos próprios como fichas, planilhas e portfólios para acompanhar e avaliar o desenvolvimento das ações, dada a inexistência de instrumentos disponibilizados pelo Ministério da Saúde e Educação. Percebe-se que a cultura institucional da avaliação ainda carece de fortalecimento, pois, em alguns momentos, as avaliações se dão de maneira informal.

Os gestores se reportam ao acompanhamento realizado pelos sistemas federais da saúde e da educação, respectivamente o e-SUS e o Simec, sendo tais sistemas alimentados pelos municípios. Porém, ao comparar as informações disponíveis nos sistemas com as pactuações realizadas por meio do Termo de Compromisso, identificaram-se divergências nas informações apresentadas no sistema, o que poderia interferir na transferência dos recursos financeiros para os municípios pactuados. Os gestores perceberam que os recursos são poucos e insuficientes para o desenvolvimento das ações previstas no Programa, podendo ser comprometidos pelo não preenchimento correto dos sistemas federais de monitoração.

No que se refere às ações desenvolvidas pelo PSE, identificou-se que houve a implementação de atividades educativas, desenvolvidas nas modalidades coletivas e individuais, para avaliação do crescimento e desenvolvimento dos escolares, o que oportunizou a contratação de recursos humanos específicos para a realização dessas ações, bem como a realização de concurso público para contratação de profissionais especializados, visando o atendimento às demandas que surgiram por causa do PSE, dentre os quais, destacaram-se o fonoaudiólogo e educador físico ou, ainda, o aumento de carga horária de profissionais para atuar no programa.

Nas ações de avaliação das condições de saúde, item do Componente I do PSE, fica evidente que todos os municípios estudados pactuaram números expressivos de ações indicadas, como se observou nos termos de pactuação do ano de 2015, sendo necessárias para o desenvolvimento do PSE, nesse componente, mesmo assim, desde a implantação do PSE, o Ministério da Saúde, responsável pela sistematização dos dados desse componente, com base no e-SUS, não

apresentou nenhum relatório desse cenário, dificultando o acompanhamento e monitoramento desse item.

Quanto ao Componente II, que contempla as questões de promoção da saúde à prevenção dos agravos, no contexto estudado, identificou-se que as pactuações mais frequentes foram para o item promoção da segurança alimentar e promoção da alimentação saudável e saúde, bem como da prevenção nas escolas: direito sexual e reprodutivo e prevenção de DST/AIDS; porém, identifica-se uma fragilidade na pactuação do item promoção das práticas corporais, atividade física e lazer nas escolas. Ficou evidente a participação efetiva das nutricionistas, as quais, por meio do desenvolvimento das ações desse componente, reforçaram a necessidade da compra de alimentos da agricultura familiar, contribuindo para a mudança de hábitos alimentares desses escolares e familiares.

Na temática que se refere ao processo de formação dos gestores e das equipes que atuam no desenvolvimento das ações do programa, no início da implantação, houve formação para todos os profissionais, tanto da saúde, como da educação, mas essa continuidade não fica evidente na fala dos gestores e, conforme dados do Simec, as ações integrantes desse componente foram as menos pactuadas pelos municípios estudados, apresentando as maiores fragilidades para a implantação do PSE. Destaca-se, na fala dos gestores, a importância da Universidade estar próxima dos municípios, auxiliando na formação dos profissionais envolvidos no programa.

Vale destacar que houve dificuldade de implementação do PSE em certo município, pela rotatividade dos gestores, em virtude de mudanças no contexto político.

Evidencia-se que a intersetorialidade é uma prática vivenciada entre a saúde e a educação, no desenvolvimento do programa, sendo que essa articulação entre os atores envolvidos possui elementos importantes para a implementação do PSE, sob a perspectiva intersetorial, destacando-se a ampliação da intersetorialidade no Programa Saúde na Escola, quando os gestores ressaltavam que outros setores vieram articular-se, durante o desenvolvimento do programa.

Conclui-se, com o estudo desenvolvido, que o PSE está implantado nos municípios estudados, porém, com estágios diferenciados, mas desenvolvendo as ações com vistas a buscar a integralidade da assistência, de forma que a intersetorialidade tornou-se uma estratégia importante para implementação da

promoção da saúde, com base em articulações intersetoriais, propiciando melhorias nas questões relacionadas à saúde dos escolares.

Retomando o pressuposto do estudo, verificou-se que os gestores afirmam estar preparados para o desenvolvimento do PSE, o que está em contradição com os dados disponíveis no Simec, em que as ações para formação foram as menos evidenciadas; consideram que as ações desenvolvidas estão oportunizando a construção de espaços integrados, intersetorializados e participativos, promovendo ações efetivas por meio da integralidade. Entretanto, as ações do componente I foram as mais visibilizadas, o que pode indicar que persiste o foco no aspecto biológico da saúde dos escolares.

7 REFERÊNCIAS

BRASIL. Casa Civil. **Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil**, de 16 de julho de 1934. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao34.htm>. Acesso em: 06 jun. 2015.

BRASIL. Lei nº 5.692, de 11 de agosto de 1971. **Fixa Diretrizes e Bases para o ensino de 1º e 2º graus, e dá outras providências**. Brasília 1971. Disponível em: <<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1971/5692.htm>>. Acesso em: 6 jun. 2015.

BRASIL. Conselho Federal de Educação. Parecer nº 2.264, de 06 de agosto de 1974. **Proposta Curricular para Programas de Saúde**. Brasília, 1974. Documenta, 165, p. 63-81.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABCD do SUS doutrinas e princípios**. Brasília, DF, 1990. Disponível em: <<http://www.foa.unesp.br/include/arquivos/foa/pos/files/abc-do-sus-doutrinas-e-principios.pdf>>. Acesso em: 22 jun. 2014.

BRASIL. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros Curriculares Nacionais**: introdução aos parâmetros curriculares nacionais, Brasília, Ministério da Educação, 1997a.

BRASIL. Ministério da Educação. **Parâmetros Curriculares Nacionais**: Meio Ambiente Saúde. Brasília, Ministério da educação, 1997b.

BRASIL. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros Curriculares Nacionais** – terceiro e quarto ciclos: Apresentação dos temas transversais. Brasília, Ministério da Educação, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 749, de 13 de maio de 2005**. Constitui a Câmara Intersetorial para a elaboração de diretrizes com a finalidade de subsidiar a Política Nacional de Educação em Saúde na Escola. Brasília, 2005a. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/Pi_749_2005.pdf>. Acesso em: 4 abr. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação. Histórico do Programa Nacional de Saúde do Escolar**. Brasília, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 1.820**, de 01 de agosto de 2006. Altera os arts 1º, 2º e 3º da Portaria Interministerial nº 749, de 13 de maio de 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/pri1820_01_08_2006.html>. Acesso em: 2 abr. 2015.

BRASIL. **Decreto Presidencial nº. 6.286, de 5 de dezembro de 2007**: Institui o Programa Saúde na Escola – PSE, e dá outras providências. Brasília, 2007a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm>. Acesso em: 9 jun. 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Escolas promotoras de saúde: **experiências do Brasil**. Brasília-DF: 2007b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/escolas_promotoras_saude_experiencias_brasil_p1.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2014.

BRASIL. **Portaria Normativa Interministerial nº 17, de 24 de abril de 2007**. Institui o Programa Mais Educação, que visa fomentar a educação integral de crianças, adolescentes e jovens, por meio do apoio a atividades sócio-educativas no contraturno escolar. Brasília, 2007c. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/mais_educacao.pdf. Acesso em: 28 jul. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.861, de 4 de setembro de 2008**. Estabelece recursos financeiros para Municípios com equipes de Saúde da Família, priorizados a partir do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica – IDEB, que aderiram ao Programa Saúde na Escola. Brasília, 2008a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1861_04_09_2008.html>. Acesso em: 25 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde na Escola**. Brasília, 2009a. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad24.pdf>. Acesso em: 9 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.146, de 17 de dezembro de 2009**. Estabelece recursos financeiros para Municípios com equipes de Saúde da Família, que aderirem ao Programa Saúde na Escola - PSE. Brasília, 2009b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt3146_17_12_2009_rep_com_p.html>. Acesso em: 25 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Série B. Textos Básicos de Saúde, 2006. Série Pactos pela Saúde. v. 7. Brasília-DF, 2010a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.537, de 15 de junho de 2010**. Credencia Municípios para o recebimento de recursos financeiros pela adesão ao Programa Saúde na Escola - PSE, conforme a Portaria Nº 3.146/GM, de 17 de dezembro de 2009. Brasília, 2010b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt1537_15_06_2010.html>. Acesso em: 25 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Portaria Interministerial nº 3.696, de 25 de novembro de 2010**. Estabelece critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE) para o ano de 2010 e divulga a lista de Municípios aptos

para Manifestação de Interesse. Diário Oficial da União, f. 64, nº 226, Seção I, 26 de novembro de 2010. Brasília, 2010d. Disponível em:
http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=7546-portaria-3-696-25novembro10-pse&Itemid=30192. Acesso em: 30 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde; Ministério da educação. **Passo a Passo Programa Saúde na Escola (PSE) Tecendo caminhos da intersectorialidade**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/passos_a_passo_programa_saude_escola.pdf>. Acesso em: 25 mai. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.014, de 20 de dezembro de 2011**. Habilita Municípios e o Distrito Federal para o recebimento do repasse de recursos financeiros relativos ao Programa Saúde na Escola (PSE). Brasília, 2011b. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3014_19_12_2011.html>. Acesso em: 25 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2011c. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 24 jun. 2016.

BRASIL. CONASS. **Nota Técnica 18/2011**. Programa Saúde na Escola. Brasília, 2011. Disponível em:
<http://www.conass.org.br/siteantigo/notas%20tecnicas/NT%2018-_PSE.pdf>. Acesso em: 2 jul. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PNAB (Política Nacional de Atenção Básica)**. Brasília – DF: 2012a. Disponível em:
<<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 25 mai. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012**. Brasília, 2012b. Aprova as normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em:
<<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 9 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 524, de 26 de março de 2012**. Habilita Municípios ao recebimento do repasse de recursos financeiros relativos ao Programa Saúde na Escola (PSE). Brasília, 2012c. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0524_26_03_2012.html>. Acesso em: 25 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 1.413, de 10 de julho de 2013**. Redefine as regras para adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE) por Estados, Distrito Federal e Municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações. Brasília, 2013a. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/pri1413_10_07_2013.html>. Acesso em: 2 nov. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.608, de 31 de outubro de 2013**. Define Municípios com adesão ao Programa Saúde na Escola de 2013 e os habilita ao recebimento de 20% (vinte por cento) do teto de recursos financeiros pactuados em Termo de Compromisso e dá outras providências. Brasília, 2013b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2608_31_10_2013.html>. Acesso em: 25 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014**. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/1049-2446>>. Acesso em: 24 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.067, de 23 de julho de 2015**. Define Municípios com adesão ao Programa Saúde na Escola em 2014 e os habilita ao recebimento de 20% (vinte por cento) do teto de recursos financeiros pactuados em Termo de Compromisso e dá outras providências. Brasília, 2015a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1067_23_07_2015.html. Acesso em: 29 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno do gestor do PSE/Ministério da Saúde, Ministério da Educação**. Brasília: 2015b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_gestor_pse.pdf. Acesso em: 25 jun. 2016.

BRASIL. **Sistema Integrado de Monitoramento Execução e Controle – SIMEC**. Brasília: 2016. Disponível em: <http://simec.mec.gov.br/>. Acesso em: 10 mai. 2016.

BREILH, J. **'Precisamos ter um novo viver, com taxas de crescimento menos agressivas, mas com mais qualidade'**. Entrevista concedida a Cátia Guimarães e Raquel Junia - Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz). Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Entrevista&Num=34>>. Acesso em: 17 abr. 2015.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7087.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2015.

BUSS, P. M. Uma introdução ao Conceito de Promoção da Saúde. In: Czeresnia, D. Freitas, C. M. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 10-42.

BUSS, P. M.; CARVALHO, A. I. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 6, p. 2305-2316, dez., 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n6/39.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2015.

CARVALHO, A. I. Princípios e práticas da promoção da saúde no Brasil. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 4-5, jan. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/00.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2015.

CARVALHO, A. I.; BUSS, P. M. Determinantes sociais na saúde, na doença e na intervenção. In: GIOVANELLA, L. (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2 reimp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 141-166.

CASEMIRO, J. P.; FONSECA, A. B. C.; SECCO, F. V. M. Promover saúde na escola: reflexões a partir de uma revisão sobre saúde escolar na América Latina. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 829-840, mar. 2014. Disponível em: < <http://www.redalyc.org/pdf/630/63030163016.pdf>>. Acesso em: 1 jun. 2014.

CASTAÑEDA, L. A. Eugenia e casamento. **História, Ciências e Saúde, Manguinhos**, v. 10, n. 3, p. 901-930, set/dez., 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702003000300006>. Acesso em: 6 jun. 2015.

CELLARD, A. A. análise documental. In: POUPART, J. *et al.* (Org). **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. 3. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012. p. 295-316.

CERES, G. V.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo editorial, 2000.

COLLARES, C. A L.; MOISÉS, M. A. A. Educação, Saúde e formação da cidadania na escola. **Educação & Sociedade**, São Paulo, n. 32, p. 73-87, abr. 1989.

COOPER, C. L. F.; SAYD, J. D. **Concepções de Saúde nos Parâmetros Curriculares Nacionais**. In: BAGRICHEVSKY, M; PALMA, A; ESTEVÃO, A. A Saúde em Debate na Educação Física. Blumenau: Nova Letra, 2006. p. 181-200. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_debate_educacao_fisica_v1.pdf> . Acesso em: 15 abr. 2015.

COSTA, N. R. Estado, educação e saúde: a higiene da vida cotidiana. **Cadernos do CEDES: Educação e Saúde**. 3. reimp. São Paulo, Cortez/CEDES, n. 4, p. 5-27, 1987.

CZERESNIA, D. FREITAS, C. M. (Orgs). **Promoção da saúde: conceitos, concepções e tendências**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009.

DEMARZO, M. M. P.; AQUILANTE, A. G. Saúde Escolar e Escolas Promotoras de Saúde. In: **Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade**. Porto Alegre, RS: Artmed: Pan-Americana, 2008. v. 3, p. 49-76.

DIAS, M. S. A. Programa Saúde na Escola: tecendo uma análise nos documentos oficiais. **SANARE**, Sobral, v. 13, n. 1, p. 29-34, jan./jun., 2014. Disponível em: <<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/428/283>>. Acesso em: 01 jul. 2016.

FERREIRA, V. S. C. Intersetorialidade em Saúde: um estudo de caso. In: Hartz, Z. M. A.; Vieira-da-Silva, L. M. (orgs) **Avaliação em Saúde: Dos Modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde**. EDUFBA, 2005.

FERREIRA, I. R. C. **Avaliação da Intersetorialidade no Programa saúde na Escola**. Tese (Doutorado). 235f. Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

Curitiba: 2012. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-24782014000100004.

Acesso em: 18 jun. 2016.

FERREIRA, I. R. C. *et al.* Percepções de gestores locais sobre a intersetorialidade no Programa saúde na escola. **Revista Brasileira de Educação**. v. 19 n. 56

jan/mar. Rio de Janeiro: 2014. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-24782014000100004.

Acesso em: 10 mai. 2016.

FERRIANI, M. G. C. A inserção do Enfermeiro na Saúde Escolar. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1991.

FERRIANI, M. G. C.; GOMES, R. **Saúde escolar: contradições e desafios**. Goiânia: AB Editora, 1997.

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

2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n2/12.2%20tulio.pdf>>. Acesso em: 25 mai. 2014.

FONTOURA, R. T.; MAYER, C. N. Uma breve reflexão sobre a integralidade. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 59, n. 4, p. 532-537, jul. 2006. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n4/a11v59n4.pdf>>. Acesso em: 1 jun. 2014.

FONSECA, A. F. Entrevista: Jaime Breilh. **Trab. Educ. Saúde**. Rio de Janeiro, v. 13 n. 2, p. 533-540, maio/ago. 2015. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462015000200533>. Acesso em: 10 mai. 2016.

FRACOLLI, L. A. *et al.* Conceito e prática da integralidade na Atenção Básica: a percepção das enfermeiras. **Rev. esc. enferm. USP**. São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1135-1141, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a15.pdf>>.

Acesso em: 30 mai. 2014.

FREITAS, C. A. S. L. *et al.* O princípio da integralidade na perspectiva dos

coordenadores de um sistema de saúde no interior do Ceara. **Caderno de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 494-499, 2010. Disponível em:

<<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=593711&indexSearch=ID>>.

Acesso em: 9 jun. 2014.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. Tradução Joice Elias Costa. 3. ed.

Porto Alegre: Artmed, 2009.

GOMES, C. L. **O desafio da intersetorialidade**: a experiência do Programa Saúde na Escola (PSE) em Manguinhos, no Município do Rio de Janeiro. Dissertação

(mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em:

<<http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CD>>

MQFjAB&url=http%3A%2F%2Fbvssp.icict.fiocruz.br%2Fliidbi%2Fdocsonline%2Fget.php%3Fid%3D2907&ei=eG-CU7HDHdPRsATsyoGQAQ&usg=AFQjCNFDzBOoICQOTuSQQiCz4SZh0LW88A&bvm=bv.67720277,d.b2U>. Acesso em: 25 mai. 2014.

GONÇALVES, F. D. *et al.* **A promoção da saúde na educação infantil.** Interface – Comunicação, Saúde, Educação, v.12, n.24, p.181-92, jan./mar. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832008000100014&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 20 jun. 2016.

GRACIANO, *et al.* Promoção da Saúde na Escola: história e perspectivas. **J. Health Biol Sci.** v. 3, n. 1, p. 34-38, 2015. Disponível em: <<http://201.20.109.36:2627/index.php/medicina/article/view/110/100>>. Acesso em: 7 jul. 2015.

HEIDEMANN, I. T. S. B. *et al.* Promoção da saúde e qualidade de vida: concepções da Carta de Ottawa em produção científica. **Cienc Cuid Saude**, Maringá/PR, v. 11, n. 3, p. 613-619, jul./set, 2012. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/13554/pdf>>. Acesso em: 27 abr. 2015.

IERVOLINO, S. A. **Escola promotora de saúde:** um projeto de qualidade de vida. 2000. Dissertação (Mestrado) Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo: 2000. Disponível em: <http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCIQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.teses.usp.br%2Fteses%2Fdisponiveis%2F6%2F6135%2Ftde-01072006-211720%2Fpublico%2FEScolaPromotoradaSaudeumProjetodeQualidadedeVida.pdf&ei=hvVYVcDIH4SYNsiVgIAN&usg=AFQjCNEZqdgM7GpbjHsUtHa6vcwB_-_C-g&sig2=sC_0oqglAveEhs3OriouFA>. Acesso em: 17 mai. 2015.

JACOE, N. B. *et al.* O olhar dos profissionais de uma Unidade Básica de Saúde sobre a implantação do Programa Saúde na Escola. **Rev. Med.** V.24 S.1 p. 43-48. Minas Gerais: 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/PC/APE/Downloads/v24s1a07.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2016.

LARROCA, L. M.; MARQUES, V. R. B. Higienizar, cuidar e civilizar: o discurso médico para a escola paranaense (1920-1937). **Interface – Comunic. Saúde Educa.**, v. 14, n. 34, p. 647-60, jul./set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832010000300014&script=sci_arttext>. Acesso em 20 jun. 2015.

LIMA, G. Z. **Saúde escolar e a educação.** São Paulo, Cortez, 1985.

LIMA, R. T.; SILVA, E. P. Avaliação na Práxis da Saúde: Histórico, Enfoques Teóricos e Fortalecimento da Institucionalização. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde.** v. 15 n. 1 p. 103-114, 2011. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/viewFile/9903/5822>>. Acesso em: 22 jun. 2014.

LOCH-NECKEL, G. *et al.* Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. **Ciência &**

- Saúde**. n. 14 (Supl.1), p. 1463-1472, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a19v14s1.pdf>>. Acesso em: 25 mai. 2014.
- MACHADO, M. F. A. S. *et al.* Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência e Saúde Coletiva**. Brasília, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a09v12n2.pdf>>. Acesso em: 1 jun. 2014.
- MACHADO, M. F. A. S. Programa Saúde na Escola: Estratégia promotora de saúde na atenção básica no Brasil. **Rev. Bras. Crescimento Desenvolvimento Humano**. v. 25, n. 3. São Paulo: 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0104-12822015000300009&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 18 jun. 2016.
- MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 20, p. 1411-1416, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/37.pdf>>. Acesso em: 1 jun. 2014.
- MELO, J. A. C. Educação sanitária crítica. **Cadernos do CEDES: Educação e Saúde**. 3. reimp. São Paulo, Cortez/CEDES, n. 4, p. 28-43, 1987.
- MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia de Saúde da Família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf. Acesso em: 26 set. 2016.
- MINAYO, M. C. S. **O Desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Abrasco, 2013.
- MINAYO, M. C. de S; ASSIS, S. G. de; SOUZA, E. R. (org) **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2005.
- 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. 2009. Disponível em: <http://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/1023/683>. Acesso em: 30 out. 2015.
- MONTENEGRO, L. C.; PENNA, C. M. M.; BRITO, M. J. M. A integralidade sob a ótica dos profissionais dos Serviços de Saúde de Belo Horizonte. **Rev. esc. enferm. USP**. São Paulo, v. 44, n. 3, p. 649-656, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/14.pdf>>. Acesso em: 30 mai. 2014.
- MOREIRA, F. G. SILVEIRA, D. X. ANDREOLI, S. Redução de danos do uso indevido de drogas no contexto da escola promotora de saúde. **Ciênc. saúde coletiva [online]**., v.11, n.3, p. 807-816. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30995.pdf>. Acesso em: 17 mai. 2015.
- OLIVEIRA, M. C. M.; GODOY, M. N.; VOGT, A. M. C. Saberes e práticas educativas de saúde infantil nas iniciativas públicas e privadas no século XX. In: **VIII Jornada do HISTEDBR: Sociedade, Estado e Educação: um balanço do Século XX e perspectivas para o Século XXI**. São Carlos, SP: Editora da Universidade Federal de

São Carlos, 2008. v. 1. p. 1-19. Disponível em: <http://www.histedbr.fe.unicamp.br/acer_histedbr/jornada/jornada8/trabalhos.html>. Acesso: 6 jun.2015.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). **Escuelas Promotoras de la Salud**. Modelo y guía para la acción. Washignton, 1996a. Disponível em: <http://cidbimena.desastres.hn/docum/ops/libros/EPS_SILOS36.pdf> Acesso em: 12 jun. 2015.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). Ministerio de Salud de Costa Rica. **Memoria de la primera reunión y Asamblea Constitutiva – Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de Salud, San José, Costa Rica**, 1996b. Disponível em: < http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsdeescuelas/fulltext/ireunion/EPStMemoria_Parte1.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2015.

PAIM, J.S. Modelos de atenção e vigilância da saúde In. ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**, 6.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, p. 567-586, 2003.

PAIM, J. S. Atenção à Saúde no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Contribuições para a agenda de prioridades de pesquisas/Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 15-44 Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Saude.pdf>>. Acesso em: 9 jun. 2014.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Educação. **Currículo básico para a escola pública do estado do Paraná**. Curitiba, 1992.

PINHEIRO, A. R. O; FREITAS, S. F. T; CORSO, A. C. T. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. **Rev Nut.**, Campinas, v.17, n.4, p. 523-33, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732004000400012&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 20 jun. 2016.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. Metodologia do trabalho científico [recurso eletrônico]: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013. Disponível em: <[https://www.google.com.br/search?q=Metodologia+do+trabalho+cient%C3%ADfico+\[recurso+eletr%C3%B4nico\]:+m%C3%A9todos+e+t%C3%A9cnicas+da+pesquisa+e+do+trabalho+acad%C3%AAmico&ie=utf-8&oe=utf-8&gws_rd=cr&ei=XQG0VYGBKsaUNqn6tbgC](https://www.google.com.br/search?q=Metodologia+do+trabalho+cient%C3%ADfico+[recurso+eletr%C3%B4nico]:+m%C3%A9todos+e+t%C3%A9cnicas+da+pesquisa+e+do+trabalho+acad%C3%AAmico&ie=utf-8&oe=utf-8&gws_rd=cr&ei=XQG0VYGBKsaUNqn6tbgC)>. Acesso em: 25 jul. 2015.

SANTIAGO, L. M. *et al.* Implantação do Programa Saúde na Escola em Fortaleza-CE: atuação de equipe da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 65, n. 6, p. 1026-9, nov./dez, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n6/a20v65n6.pdf>>. Acesso em: 9 jun. 2014.

SAVIANI, D. Sistema Nacional de Educação articulado ao Plano Nacional de Educação. **Revista Brasileira de Educação**. v. 15, n. 44, maio/ago, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbedu/v15n44/v15n44a13.pdf>>. Acesso em: 2 jul. 2016.

SILVA, C. S. **Escola Promotora de Saúde**: uma visão crítica da Saúde Escolar. In: Cadernos de Escolas Promotoras de Saúde. 200? I. p. 14-20. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/img/cadernosbpfinal.pdf>. Acesso em: 16 mai. 2015.

SILVA, C. S. **Promoção da saúde na escola**: modelos teóricos e desafios da intersectorialidade no município do Rio de Janeiro. Tese de doutorado apresentado a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. 2010; 199p. Rio de Janeiro: 2010. Disponível em: <http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCI QFjAA&url=http%3A%2F%2Fbvssp.icict.fiocruz.br%2Flldb%2Fdocsonline%2Fget.php%3Fid%3D3295&ei=qBRZVZCGFo77sATi6YGQBA&usg=AFQjCNFOEiQA-u6y8fHkjAVeWyLDBd9-Lw&sig2=LePF-W9jOivkSvTq2M8l1Q>. Acesso em: 17 mai. 2015.

SILVA, L. L. C. O discurso e as promessas da saúde escolar em Campo Grande/MS. **Intermeio**: revista do Mestrado em Educação, Campo Grande, MS, v. 8, n. 15, p. 50-63, 2002. Disponível em: <http://www.propp.ufms.br/poseduc/revistas/intermeio/revistas/15/15artigo04.pdf>. Acesso em: 25 mai. 2014.

SOUSA, M. C. Saúde na Escola: analisando os caminhos da Intersetorialidade. Dissertação (mestrado) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. Salvador: 2014. 99f. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/16334/1/DISSERTA%C3%87%C3%83O%20MARTA%20CAIRES.%202014.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2016.

SOUZA, M. H. N. *et al.* Avaliação do estado nutricional e da saúde de crianças e adolescentes na prática assistencial do enfermeiro. **Cogitare Enferm.** v. 18, n. 1, p. 29-35, jan./mar, 2013. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/28926/20010>. Acesso em: 01 jul. 2016.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. UNESCO, Ministério da saúde, Brasília – DF: 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf. Acesso em: 24 jun. 2014.

TAVARES, M. F. L.; ROCHA, R. M. **Promoção da Saúde e a Prática de Atividade Física em Escolas de Manginhos – Rio de Janeiro**. BRASIL. Ministério da Saúde. Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, 2006. 272p. (Série Promoção da Saúde, n. 6).

TUSSET, D. **Competências em promoção da saúde no Programa Saúde na Escola no Distrito Federal**. Dissertação (mestrado) - Universidade de Brasília, Faculdade de Educação Física, 161f. Brasília: 2012. Disponível em: http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/11930/1/2012_DalilaTusset.pdf. Acesso em: 08 jun. 2016.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 2013.

VALADÃO, M. M. **Saúde na escola**: um campo em busca de espaço na agenda intersetorial. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2004. 154 f. Tese (Doutorado em Serviços de Saúde). São Paulo, 2004. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-12022007-152151/pt-br.php>>. Acesso em: 15 dez. 2014.

WIEBBELING, A.; CONTERNO, S. F. R. O ensino da saúde na escola brasileira: análise da legislação educacional. **Anais do 3º Seminário Nacional Estado e Políticas Sociais no Brasil**. [CD-ROM]/ Coordenação de Maria Lúcia Frizon Rizzotto, Alfredo Aparecido Batista, Francis Mary Guimarães Nogueira. - Cascavel, PR: EDUNIOESTE, 2007.

WIMMER, G. F, FIGUEIREDO, G.O. **Ação coletiva para qualidade de vida: autonomia, transdisciplinaridade e intersectorialidade**. *Ciência e Saúde Coletiva* 11(1):145-154, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000100022. Acesso em: 23 jun. 2016.

XAVIER, M. E. S. P.; RIBEIRO, M. L. S.; NORONHA, O. M. **História da Educação**: a escola no Brasil, São Paulo: FTD, 1994.

**APÊNDICE I – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS COM OS GESTORES
DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS PESQUISADOS**

1) Identificação

Formação profissional: _____

Cargo/Função: _____

Tempo de atuação na função: _____

Data da entrevista: _____

Município pesquisado: _____

Nome do entrevistado: _____

2) Implantação e desenvolvimento do Programa Saúde na Escola (PSE)

2.1 O que levou o município a fazer a adesão ao PSE?

2.2 O município tem o Grupo de Trabalho Intersectorial?

Sim ()

Não ()

2.3 Se sim, quem o compõe?

() Gestor da Secretaria de Saúde

() Gestor da Secretaria de Educação

() Representantes da Secretaria de Saúde

() Representantes da Secretaria de Educação

() Outros: _____

2.4 Como são planejadas as ações que serão realizadas pelas equipes de saúde e da escola envolvidas no PSE?

2.5 Como são desenvolvidas as ações que serão realizadas pelas equipes de saúde e da escola envolvidas no PSE?

2.6 Como são avaliadas as ações que serão realizadas pelas equipes de saúde e da escola envolvidas no PSE?

2.7 É feito o monitoramento do PSE?

() não () sim

2.8 Se sim como é feito o monitoramento?

2.9 Como é feito o registro das ações desenvolvidas?

2.10 Como você avalia a relação entre as Secretarias de Saúde e Educação no desenvolvimento das ações do PSE?

2.11 Como tem sido a transferência de recursos do Ministério da Saúde ao município para o desenvolvimento do PSE?

2.12 Você considera que o PSE no município encontra-se:

() Implantado;

() Parcialmente implantado;

() Não implantado.

APÊNDICE II– INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS COM OS GESTORES DOS SERVIÇOS DE EDUCAÇÃO DOS MUNICÍPIOS PESQUISADOS

1) Identificação

Formação profissional: _____

Cargo/Função: _____

Tempo de atuação na função: _____

Data da entrevista _____

Município pesquisado: _____

Nome do entrevistado: _____

2) Implantação e desenvolvimento do Programa Saúde na Escola (PSE)

2.1 O que levou o município a fazer a adesão ao PSE?

2.2 O município tem o Grupo de Trabalho Intersetorial?

Sim ()

Não ()

2.3 Se sim, quem o compõe?

() Gestor da Secretaria de Saúde

() Gestor da Secretaria de Educação

() Representantes da Secretaria de Saúde

() Representantes da Secretaria de Educação

() Outros: _____

2.4 Como são planejadas as ações que serão realizadas pelas equipes de saúde e da escola envolvidas no PSE?

2.5 Como são desenvolvidas as ações que serão realizadas pelas equipes de saúde e da escola envolvidas no PSE?

2.6 Como são avaliadas as ações que serão realizadas pelas equipes de saúde e da escola envolvidas no PSE?

2.7 É feito o monitoramento do PSE?

() não () sim

2.8 Se sim como é feito o monitoramento?

2.9 Como é feito o registro das ações desenvolvidas?

2.10 Como você avalia a relação entre as Secretarias de Saúde e Educação no desenvolvimento das ações do PSE?

2.11 O Ministério da Educação tem enviado materiais didáticos pedagógicos para realização das atividades nas escolas?

() Sim

() Não.

2.12 Você considera que o PSE no município encontra-se:

() Implantado;

() Parcialmente implantado;

() Não implantado

APÊNDICE IV

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Título do Projeto: Avaliação da Implantação do Programa Saúde na Escola em Municípios Paranaenses

Pesquisadores responsáveis: Professora Dra. Rosa Maria Rodrigues. rmrodri09@gmail.com. Telefone: 45-3320-3132;
Professora Dra. Solange de Fátima Reis Conterno. solangeconterno@gmail.com Telefone: 45-3320-3132
Mestrando: Gilson Fernandes da Silva. gilson_enfermeiro@hotmail.com. Telefone: 45-99819190

Convidamos **você** a participar de nossa pesquisa que tem objetivo geral avaliar a implantação do Programa Saúde na Escola, em municípios da 10ª. Regional de Saúde no Paraná. E seus objetivos específicos são: identificar as ações desenvolvidas para avaliação clínica e psicossocial dos escolares; avaliar as ações realizadas para a promoção e prevenção à saúde dos escolares; identificar as atividades levadas a efeito para formação dos gestores e equipes de educação e de saúde envolvidas no PSE.

Para isso será realizado uma entrevista semiestruturada com questões abertas e fechadas para a qual solicitamos sua autorização para gravação em áudio, de forma a permitir a transcrição e posterior análise. Os dados coletados serão utilizados única e exclusivamente para fins acadêmicos e as divulgações dos resultados do estudo manterão o sigilo dos sujeitos e das instituições envolvidas. Todo o material será utilizado apenas nesta pesquisa e ficará sob o poder dos pesquisadores por um período de 5 anos após o qual serão inutilizados e descartados.

Durante a execução do projeto e a qualquer momento, você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com os pesquisadores. Você não terá nenhum tipo de despesa por participar dessa pesquisa e não receberá pagamento por sua participação. Os riscos a que você está exposto nesta pesquisa, se referem ao seu possível constrangimento para responder às questões da entrevista semiestruturada. Os benefícios relacionados com a sua participação dizem respeito à contribuição para a realização de um trabalho que visa avaliar a implantação do Programa Saúde na Escola nos municípios da 10ª Regional de Saúde que pode contribuir com o desenvolvimento do programa em seu município.

Para questionamentos, dúvidas, relatos de algum acontecimento ou maiores informações, os pesquisadores poderão ser contatados a qualquer momento, através dos telefones e e-mails que se encontram ao final deste documento. Caso ocorra alguma intercorrência ou emergência durante a entrevista, os pesquisadores se comprometem a acionar os serviços de emergência disponíveis. Os dados coletados, após analisados serão devolvidos aos municípios dando o necessário retorno da avaliação realizada.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o e-mail do pesquisador e do Comitê de Ética e Pesquisa, podendo, sempre que quiser, solicitar mais informações sobre a pesquisa.

Após receber os esclarecimentos acima, declaro estar ciente do exposto e **desejo participar da** pesquisa.

Nome do sujeito participante: _____

Assinatura do sujeito participante: _____

Eu, **Rosa Maria Rodrigues**, Solange de Fátima Reis Conterno ou Gilson Fernandes da Silva, declaro que forneci todas as informações do projeto ao participante e/ou responsável.

Nome do pesquisador: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Em caso de dúvidas, entre em contato com:

Professora Dra. Rosa Maria Rodrigues: rmrodri09@gmail.com. Telefone: 45-3320-3132;

Professora Dra. Solange de Fátima Reis Conterno: solangeconterno@gmail.com. Telefone: 45-3320-3132

Mestrando: Gilson Fernandes da Silva: gilson_enfermeiro@hotmail.com. Telefone: 45-99819190

Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) UNIOESTE – Cascavel

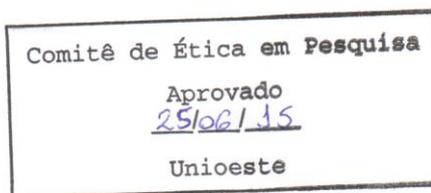
Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Unioeste - Campus de Cascavel.

Rua Universitária, 2069, Bairro: Jardim Universitário, CEP 85819-110.

2 piso da Biblioteca Central – Campus Cascavel

Telefone: 45-3220-3272 - E-mail: cep.prppg@unioeste.br

Cascavel, _____ de _____ de 20____.



APÊNDICE V

ARTIGO SUBMETIDO À REVISTA

Ensaio

**Avaliação e Políticas Públicas
em Educação**

Publication of Fundação CESGRANRIO

***Print version* ISSN 0104-4036**

***On-line version* ISSN 1809-4465**



Rosa Maria Rodrigues <rmrodri09@gmail.com>

ARTIGO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA PARA AVALIAÇÃO

Rosa Maria Rodrigues <rmrodri09@gmail.com>

1 de agosto de 2016 17:54

Para: ensaio@cesgranrio.org.br

Cco: "gilson_enfermeiro@hotmail.com" <gilson_enfermeiro@hotmail.com>, Claudia silveira viera <clausviera@gmail.com>, Lourdes Missio <lourdesmissio@gmail.com>, Solange Conterno <solangeconterno@gmail.com>

Prezado(s) Editor(es),

Envia-se anexo manuscrito intitulado "**A Gestão e o Programa Saúde na Escola em Municípios Paranaenses**" de autoria de Gilson Fernandes da Silva, Rosa Maria Rodrigues, Solange de Fátima Reis Conterno, Claudia Silveira Viera e Lourdes Missio, para avaliação para possível publicação na revista Ensaio Avaliação e políticas Públicas em Educação.

Se possível, solicitamos acusar recebimento.

Att

Rosa Maria Rodrigues

Cascavel/PR

3 anexos**DECLARAÇÃO AUTORES REVISTA ENSAIO.jpg**
135K **ARTIGO_PROGRAMA_SAÚDE_NA_ESCOLA.doc**
234K **FICHA_INICIAL_DO_ARTIGO_COM_DADOS_DOS_AUTORES.docx**
19K

A Gestão e o Programa Saúde na Escola em Municípios Paranaenses

Gilson Fernandes da Silva^a
 Rosa Maria Rodrigues^b
 Solange de Fátima Reis Conterno^c
 Claudia Silveira Viera^d
 Lourdes Missio^e

Resumo

Objetiva-se reconhecer as ações de planejamento, avaliação e monitoramento do Programa Saúde na Escola (PSE), a partir da compreensão de gestores; caracterizar as ações desenvolvidas pelo PSE nos municípios estudados e identificar a relação entre os setores envolvidos na implantação do PSE. Estudo exploratório de abordagem qualiquantitativa, em que os dados quantitativos foram sistematizados em frequências e os produzidos nas entrevistas e diários de campo foram submetidos à análise de conteúdo na modalidade de análise temática. A triangulação de fontes como método de análise possibilitou identificar as ações para o planejamento, avaliação e monitoramento do PSE; as ações levadas a efeito no desenvolvimento do PSE; a intersectorialidade vivenciada pelos gestores no desenvolvimento do PSE. O PSE está implantado, mas carece de fortalecimento no componente III, que compreende a formação dos sujeitos envolvidos.

Palavras-chave: Saúde. Saúde escolar. Educação. Promoção da saúde.

The Management and the Health in the School Program in municipalities in Paraná State

Abstract

It aims to recognize the activities of planning, monitoring and assessing the Health in the School Program (PSE) from the understanding of managers; characterize the actions developed by the PSE in the cities studied and identify the relationship among the sectors involved in the implementation of PSE. It is an exploratory study of qualitative-quantitative approaches, in which quantitative data were systematized in frequencies and produced in interviews and field diaries were submitted to content analysis in the form of thematic analysis. The triangulation of sources such as method of analysis enabled us to identify actions for planning, evaluation and monitoring of PSE; the actions undertaken in the development of PSE; intersectoriality experienced by managers in the development of PSE. The PSE is deployed, but lacks strength in component III, comprising the formation of the subjects involved.

Key Words: Health. Health in the School. Education. Health Promotion.

La Gestión y el Programa de Salud Escolar en las localidades del Paraná

Resumen

El objetivo es reconocer las acciones de planificación, evaluación y monitoreo del Programa de Salud Escolar (PSE) de la comprensión de los administradores; caracterizar las acciones desarrolladas por el PSE en las municipalidades estudiadas e identificar la relación entre los sectores involucrados en la implementación del PSE. Estudio exploratorio de enfoque cuali/cuantitativo, en los cuales fueron organizados en las frecuencias de datos cuantitativos y los producidos en las entrevistas y diarios de campo fueron sometidos a análisis de contenido en el

^a Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Cascavel/PR.

^b Mestrado de Biociências e Saúde da Universidade Estadual do Oeste do Paraná-Unioeste/Cascavel/PR.

^c Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual do Oeste do Paraná-Unioeste/Cascavel/PR.

^d Mestrado de Biociências e Saúde da Universidade Estadual do Oeste do Paraná-Unioeste/Cascavel/PR.

^e Mestrado Profissional de Ensino em Saúde da Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul.

modo de análisis temático. y el Programa de Salud Escolar en las localidades del Paraná contenido en forma de análisis temático. La triangulación de fuentes como un método de análisis permitió identificar las acciones para la planificación, evaluación y monitoreo del PSE; las acciones realizadas en el desarrollo de PSE; el enfoque intersectorial experimentado por los administradores en el desarrollo del PSE. El PSE se implementa, pero necesita fortalecer el componente III, que incluye la formación de los sujetos implicados.

Palabras clave: Salud. Salud escolar. Educación. Promoción de la salud.

1 Introdução

A relação saúde-educação, quando tratada no ambiente da escolarização formal, toma contornos específicos, delimitando um ambiente em que os profissionais de saúde e educação devem se encontrar e, para o qual, políticas específicas devem ser propostas e implementadas. Assim, saúde escolar é o encontro entre os saberes e as práticas de profissionais de saúde e educação, para o desenvolvimento de ações partilhadas. Esse encontro deve se alicerçar em uma concepção ampliada do processo saúde-doença e educação, produzindo práticas que contribuam para a emancipação dos escolares, a fim de que os tornem sujeitos e não objetos tomados como depositários de ações de saúde no ambiente privilegiado que é a escola.

Em seu ponto de partida, e como extremos em uma linha temporal, identifica-se a escola como espaço reprodutor do ideal higienista a disseminar regras de civilidade e normas de higiene nos séculos XIX e XX. “No outro extremo temporal, os debates mais recentes dariam conta de pautar a escola como local de promoção da saúde” (CASEMIRO; FONSECA; SECCO, 2014, p. 830). No Brasil, a partir de 2007, por meio do Decreto Presidencial nº 6.286 de 5 de dezembro de 2007, instituiu-se o Programa Saúde na Escola (PSE) (BRASIL, 2007), sustentado na intersetorialidade e nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), com destaque para a integralidade, prevendo que as ações contemplem a atenção, promoção, prevenção e assistência à saúde dos escolares. A promoção da saúde foi o conceito articulador das iniciativas de estruturação de políticas para o ambiente escolar, merecendo atenção especial.

Apesar de ser um Programa instituído na última década, realizar intervenções e ações de saúde na escola é ação antiga. Estudos ressaltam a importância de ações integradas com característica interdisciplinar e intersectorial, envolvendo desde a relação entre os adolescentes e os profissionais de saúde no PSE, a compreensão dos profissionais de saúde acerca da sua atuação ou as percepções de gestores locais sobre a intersetorialidade no PSE. Apontam que a relação entre os profissionais e os usuários do PSE é restrita, ainda, mas é uma oportunidade para estabelecer vínculo e manter coresponsabilização e postura de confiança entre os adolescentes e profissionais (SANTIAGO *et al.*, 2012). Apesar dos profissionais da saúde considerarem importante o programa, desconhecem o PSE e apresentam pouca capacidade de argumentar sobre a sua avaliação

(JACOUÉ *et al.*, 2014). Os gestores locais compreendem que possuem conhecimentos para o desenvolvimento do trabalho intersetorial, passando pelo processo de aprendizagem para mudanças e superação de modelos antigos de gestão, visando abraçar novas propostas que o fortaleçam (FERREIRA *et al.*, 2014).

O PSE estrutura-se em três componentes; o componente I abarca as ações de avaliação clínica e psicossocial dos escolares; no componente II estão as de promoção e prevenção à saúde e, no componente III, as de formação dos profissionais envolvidos em sua execução (BRASIL, 2011a). Por se tratar de um programa recente, pouca evidência há na literatura, apontando questões sobre a sua implementação, a partir da gestão municipal, especialmente na Décima Regional de Saúde, que abrange municípios da Região Oeste do Paraná. Em cumprimento ao Decreto Presidencial nº 6.286, que instituiu o PSE, essa Regional de Saúde tem buscado a implantação do Programa desde 2009, por meio da intersetorialidade entre as secretarias de saúde e educação. Desse modo, emerge como questionamento, neste estudo, qual a visão dos gestores do PSE, em relação ao processo de implantação do referido programa, em municípios que primeiro aderiram à proposta na Décima Regional de Saúde/PR e do Núcleo Regional de Educação (NRE) de Cascavel/PR?

Para tanto, os objetivos do estudo foram reconhecer as ações de planejamento, avaliação e monitoramento do Programa Saúde na Escola (PSE), a partir da compreensão de gestores; caracterizar as ações desenvolvidas pelo PSE nos municípios estudados e identificar a relação entre os setores envolvidos na implantação do PSE. Pressupõe-se que os gestores tenham sido preparados para desenvolver o programa e que as ações desenvolvidas estão alcançando a intersetorialidade, a integralidade e a promoção da saúde dos escolares.

2 Metodologia

Realizou-se estudo exploratório, utilizando-se da pesquisa de campo, a qual tem como cenário municípios da região Oeste do Paraná, que integram a Décima Regional de Saúde e o Núcleo Regional de Educação de Cascavel/PR. A Décima Regional, com sede em Cascavel/PR, é composta por 25 municípios e o Núcleo Regional de Educação é constituído por 18 municípios, dos quais, cinco aderiram ao PSE até o ano de 2012.

Procedeu-se análise de documentos, cujas fontes foram os Termos de Compromisso, pelos quais os gestores se comprometem com um conjunto de metas anuais de cobertura dos escolares beneficiados pelas ações do PSE; dados do Sistema Integrado de Monitoramento Execução e Controle (Simec), no qual as informações acerca do Programa são registradas e torna-se possível

verificar as ações e metas pactuadas e desenvolvidas, além das Portarias Ministeriais, destinando os recursos ao PSE.

Entrevistaram-se os gestores do PSE nas Secretarias de Saúde, Secretarias de Educação dos municípios, a partir de dois roteiros semiestruturados que reproduziam as orientações para o desenvolvimento do PSE, expressas no caderno passo a passo (BRASIL, 2011a), constituído de duas partes: identificação dos sujeitos e questões sobre a implantação e desenvolvimento do PSE (questões abertas e fechadas).

A coleta de dados ocorreu nos meses de julho, agosto e setembro de 2015, totalizando 15 entrevistas (oito gestores das Secretarias Municipais de Saúde, sete gestores das Secretarias Municipais de Educação). Os sujeitos foram selecionados por amostragem não probabilística intencional. Todos aceitaram participar da pesquisa, atendendo os pesquisadores em dia, hora e locais previamente agendados. As entrevistas foram gravadas e transcritas integralmente e, posteriormente, sistematizadas e organizadas em unidades temáticas. Além das entrevistas, os dados foram registrados em diário de campo.

Para análise das questões abertas, utilizou-se a análise temática em suas três etapas: a pré-análise, em que o pesquisador toma contato direto e exaustivo com o material de campo, aproximando-se do conteúdo coletado; a exploração do material pela qual o pesquisador busca identificar categorias “[...] que são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado”; e o tratamento dos resultados obtidos e interpretação, etapa em que se busca destacar informações relevantes e complexas obtidas, na pesquisa, para proceder inferências e interpretações, a partir dos fundamentos teóricos construídos inicialmente (MINAYO, 2013, p. 317).

Após o processo de sistematização dos dados quantitativos e qualitativos procedeu-se a triangulação das fontes que, segundo Minayo, Assis e Souza (2005, p. 190) ocorre por “aproximações sucessivas por meio de propostas de categorização”. Conforme Flick (2009), a triangulação pode ajudar a fundamentar o conhecimento que se produziu por meio dos métodos qualitativos, de forma a ampliar e complementar as possibilidades de produção do conhecimento. Os dados quantitativos e qualitativos sistematizados foram analisados a luz da literatura pertinente, tendo como categorias analíticas a intersectorialidade, a integralidade e a promoção da saúde.

A pesquisa foi desenvolvida segundo as diretrizes da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012 (BRASIL, 2012a), cujo projeto foi aprovado pelo Parecer CEP nº 1.134.653, em 25/06/2015.

3 Resultados

Dentre os 15 gestores da saúde entrevistados destacou-se a categoria profissional do enfermeiro, com três dos sujeitos, seguida da nutrição, com duas, e uma vez para psicologia e administração. Um dos gestores tinha concluído o ensino médio. Na educação, a formação de pedagogo aparece em três dos casos, seguida da nutrição com duas, matemática e formação em letras com uma ocorrência cada. Cinco dos gestores da saúde assumiam funções de secretários municipais de saúde, dois de nutricionistas e uma como enfermeiro da estratégia de saúde da família. Quatro dos gestores da educação atuavam como secretários municipais de educação, dois como nutricionistas e um como técnico da Secretaria Municipal de Educação. O tempo de atuação dos gestores da saúde variou entre um e nove anos, com média de 4,25 anos e, para os da educação, o tempo de atuação variou de dois a dez anos, com média de 4,68 anos.

Todos os gestores afirmaram haver o monitoramento do PSE. O envio de material pelo Ministério da Educação não tem se realizado, pois, dentre os sujeitos da educação, dois afirmaram que receberam materiais e cinco responderam que não. Para os entrevistados, o PSE encontra-se implantado nos cinco municípios pesquisados.

Nas secretarias de saúde e educação, foi atestada a existência do Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTIm) pela quase totalidade dos sujeitos, exceto por um dos secretários de saúde e um da educação, que responderam que não. A composição do GTIm apresentou como participantes oito gestores da secretaria de saúde, sete gestores da secretaria de educação, oito representantes da secretaria de saúde, oito representantes da secretaria de educação e outros profissionais que foram citados nas entrevistas, compondo os GTIm como três assistentes sociais, duas psicólogas, duas pedagogas, três secretárias de assistência social, uma enfermeira, duas secretárias de esportes e um educador físico.

3.1 Os recursos federais para o Programa Saúde na Escola

A tabela 1 apresenta as informações sobre os recursos financeiros definidos para os municípios pesquisados, conforme publicado nas Portarias MS nº 3.014/2011, MS nº 524/2012 MS nº 2.608/2013 e MS nº 1.067/2015, mostrando que foi a partir de 2011 que os municípios estudados passaram a receber recursos do PSE.

Tabela 1: Informações sobre recursos definidos para os municípios pesquisados, conforme a Portarias MS nº 3.014/2011, MS nº 524/2012, MS nº 2.608/2013 e nº 1.067/2015.

Municípios	Município habilitado e valor do repasse em 2011	Município habilitado e valor do repasse em 2012	Município habilitado e repasse de 20% do teto em 2013	Total de Educandos pactuados no PSE 2014 a 2015	Valor total máximo a ser repassado 2014 a 2015	20% correspondente à adesão em 2014 a 2015
M1	R\$ 6.700,00	-	R\$ 800,00	612	R\$ 4.000,00	R\$ 800,00
M2	-	-	R\$ 2.000,00	1.578	R\$ 8.000,00	R\$ 1.600,00
M3	R\$ 26.800,00	-	R\$ 3.400,00	2.975	R\$ 15.000,00	R\$ 3.000,00
M4	R\$ 13.400,00	-	R\$ 1.000,00	785	R\$ 4.000,00	R\$ 800,00
M5	R\$ 20.100,00	-	R\$ 1.400,00	1.144	R\$ 6.000,00	R\$ 1.200,00

Fonte: Brasil (2011b; 2012a; 2013a, 2015a).

O PSE prevê, conforme a Portaria Ministerial MS-1413/2013 (BRASIL, 2013b), que após a pactuação das ações a serem desenvolvidas seja liberado o percentual de 20% dos recursos previstos, conforme o número de educandos e de ações pactuadas. Modifica-se, assim, a forma do repasse dos recursos que antes eram integralmente repassados quando da pactuação, como se observa nas quatro últimas colunas da tabela 1.

3.2 O Programa Saúde na Escola nos termos de pactuação municipais e nos dados do Sistema Integrado de Monitoramento Execução e Controle

A análise dos dados pactuados, conforme os termos de compromisso assinados pelos municípios, para o componente I, mostram que os cinco municípios, em 2015, contrataram número expressivo de ações em todas as atividades indicadas como necessárias para o cumprimento do PSE, neste componente. Excetuando-se para os M4 e M5, números inferiores ou ausência de pactuação nos itens: saúde auditiva, identificação de educandos com possíveis sinais de alterações na linguagem oral e identificação de possíveis sinais de agravos de saúde negligenciados e doenças em eliminação, como se observa no quadro 1.

As ações pactuadas no componente II estão expostas no quadro 2, contemplando os anos de 2013 a 2015, a partir dos dados acessados no Simec. Observa-se que as pactuações foram mais frequentes para os itens promoção da segurança alimentar e promoção da alimentação saudável e saúde e prevenção nas escolas (SPE): direito sexual e reprodutivo e prevenção de DST/Aids, os quais foram pactuados 11 vezes, nos três anos, pelos cinco municípios. Houve pouca frequência da promoção das práticas corporais, atividade física e lazer nas escolas, que foi pactuada cinco vezes nos três anos pelos cinco municípios. Os M1 e M4 não as pactuaram em nenhum ano.

A ação promoção da cultura da paz e direitos humanos foi pactuada nove vezes, nos três anos, pelos cinco municípios e as ações promoção da saúde ambiental e desenvolvimento sustentável e saúde e prevenção nas escolas (SPE): prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas, foram pactuadas oito vezes, nos três anos. Destaca-se que o M2 não pactuou a última

ação em nenhum dos anos. Identifica-se que o M4 não pactuou nenhuma ação no componente II em 2013 e 2014, mostrando que não desenvolveu o PSE nesses anos.

As ações integrantes do componente III, exemplificadas no quadro 3, que apresenta exclusivamente as pactuadas e realizadas em 2015, a partir dos dados disponíveis no Simec, foram as menos pactuadas e desenvolvidas nos anos de 2013, 2014 e 2015. Identificou-se que os M1, M4 e M5, no ano de 2013, pactuaram, mas não as realizaram. No ano de 2014, nenhum município pactuou ações e, em 2015, o M2 as pactuou, mas não desenvolveu e o M4 desenvolveu parcialmente as ações pactuadas. Nesse componente, destaca-se o M3, que pactuou e realizou expressivo número de ações nos anos de 2013 e 2015. Sugere-se que o componente III é o que apresenta as maiores fragilidades na realidade estudada de implantação do PSE.

Quadro 1: Ações dos componentes I pactuadas pelos Municípios 1, 2, 3, 4 e 5 conforme Termo de Compromisso do Programa Saúde na Escola. Cascavel/PR, 2015.

COMPONENTE I	M1	M2	M3	M4	M5
AÇÕES	Educandos pactuados				
Avaliação Antropométrica	612	1.578	3.246	785	1.144
Avaliação da Saúde Bucal	612	1.578	3.246	785	1.144
Saúde Ocular	612	1.578	3.246	785	1.144
Verificação da situação vacinal	612	1.578	3.246	785	1.144
Saúde Auditiva	612	1.578	117	87	0
Identificação de educandos com possíveis sinais de alterações de linguagem oral	612	1.464	117	87	0
Identificação de possíveis sinais de agravos de saúde negligenciados e doenças em eliminação	612	1.310	2.182	0	0

Fonte: Dados coletados na pesquisa.

Quadro 2: Frequência das ações realizadas no componente II nos municípios 1, 2, 3, 4, 5. (Brasil, 2016).

MUNICÍPIOS	M1			M2			M3			M4			M5		
AÇÕES REALIZADAS	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015
Promoção da Segurança Alimentar e Promoção da Alimentação Saudável	X	X	X		X	X	X	X	X			X	X	X	
Promoção da Cultura de Paz e Direitos Humanos	X		X		X	X	X		X			X	X		X
Promoção das Práticas Corporais, Atividade Física e Lazer nas Escolas					X	X	X		X				X		
Promoção da Saúde Ambiental e Desenvolvimento Sustentável	X				X		X	X	X			X	X		X
Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE): Direito Sexual e Reprodutivo e Prevenção das DST/AIDS	X	X	X		X	X	X	X	X			X		X	X
Saúde e prevenção nas escolas (SPE): prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas	X	X	X					X	X			X		X	X
Saúde e prevenção nas escolas (SPE): formação de jovens multiplicadores para atuarem entre pares nas temáticas do direito sexual e reprodutivo e prevenção de DST/AIDS								X	X				X		

Fonte: Brasil. Simec (2016).

Quadro 3: Ações dos componentes III realizadas pelos Municípios 1, 2, 3, 4 e 5, no ano de 2015, conforme dados do Sistema Integrado de Monitoramento Execução e Controle (Simec). Brasil (2016).

COMPONENTE III AÇÕES	M1 - 2015				M2 - 2015				M3 - 2015				M4 - 2015				M5 - 2015			
	Saúde		Educação		Saúde		Educação		Saúde		Educação		Saúde		Educação		Saúde		Educação	
	QP	QR	QP	QR	QP	QR	QP	QR	QP	QR	QP	QR	QP	QR	QP	QR	QP	QR	QP	QR
Capacitar os profissionais em Vigilância Alimentar e Nutricional.	1	1	1	1	10	-	10	-	60	60	220	220	2	2	2	1	1	5	1	5
Capacitar os profissionais para trabalhar com temáticas de promoção da alimentação saudável.	1	1	1	1	10	-	10	-	60	60	220	220	2	2	2	1	1	5	1	5
Capacitar os profissionais para trabalhar com direitos sexuais e direitos reprodutivos e prevenção das DST/AIDS.	1	1	1	1	6	-	4	-	8	8	25	25	3	3	2	0	1	5	1	5
Capacitar os profissionais para trabalhar com as temáticas: Prevenção ao uso de Álcool e Tabaco, Crack e outras Drogas.	1	1	1	1	6	-	4	-	60	60	220	220	3	3	2	2	1	5	1	5
Capacitar os profissionais da saúde e educação sobre a importância e uso da fortificação da alimentação infantil com micronutrientes (Estratégia NutriSUS) nas creches.	1	1	1	1	10	-	10	-	10	10	44	44	-	-	-	-	-	-	-	-
Capacitar os profissionais da saúde e educação em prevenção e atenção as violências.	NP	NR	NP	NR	6	-	4	-	15	15	50	50	2	1	2	2	-	-	-	-
Capacitar os profissionais sobre o desenvolvimento infantil.	NP	NR	NP	NR	6	-	4	-	10	10	61	61	2	2	2	2	-	-	-	-
Capacitar os profissionais para desenvolverem ações de promoção da Saúde nas Escolas.	NP	NR	NP	NR	10	-	10	-	16	16	8	8	2	2	2	20	-	-	-	-
Capacitar os profissionais para gestão intersetorial do PSE.	NP	NR	NP	NR	10	-	10	-	5	5	8	8	2	2	2	2	-	-	-	-

Fonte: Brasil. Simec (2016).

Legenda: QP: Quantidade Pactuada; QR: Quantidade Realizada; NP: Não Pactuado; NR: Não Realizado

3.3 O Programa Saúde na Escola na percepção dos gestores

A percepção dos gestores foi sistematizada nas temáticas: **motivações para a adesão ao PSE; planejamento, avaliação e monitoramento do PSE; as ações desenvolvidas no PSE; a intersetorialidade observada no PSE; recursos financeiros para o desenvolvimento do PSE**, como se observa no quadro 4.

A implantação do PSE foi desencadeada pela gestão regional do SUS, representada pela Regional de Saúde, que agrega os municípios estudados, e pela gestão federal, por meio do Ministério da Saúde. Observa-se o protagonismo da área da saúde no desencadeamento da demanda, o que pode indicar dificuldades de articulação entre diferentes setores, nesse caso, a saúde e a educação, desde o nível federal.

Dentre as motivações que conduziram a adesão ao PSE, destacam-se o diagnóstico e os encaminhamentos relativos à saúde dos escolares, de forma que auxiliasse em seu processo ensino-aprendizagem, como pode ser apreendido nos fragmentos das falas apontados no quadro 4. Detectado o problema clínico da criança, depara-se o gestor com o encaminhamento para resolutividade. Nesse sentido, criaram estratégias para aproveitar os recursos existentes ou buscar novos espaços para resolver as questões clínicas, identificadas para manter a integralidade.

A existência do GTIm foi observada na quase totalidade dos municípios. Naquele em que não há, tal fato se deve a ser um município pequeno, onde os dois secretários sentam e resolvem as questões pessoalmente. No mais, a existência do GTIm tem sido promissora no planejamento, avaliação e monitoramento do PSE.

Identificou-se, desde a usência da avaliação do PSE, até a adoção dos critérios expressos nos documentos previstos no nível federal, requisito para acesso aos recursos financeiros e, ainda, a criação de instrumentos próprios que contribuam com o seu seguimento. Quando à avaliação, é tomada afirmativamente, pois os gestores se remetem ao preenchimento dos dados exigidos pelo e-SUS e pelo Simec. Essa avaliação quantitativa, diretamente relacionada ao repasse dos recursos financeiros, seria suficiente para direcionar as ações do programa. Identificaram-se municípios que ultrapassaram os registros oficiais e criaram instrumentos de acompanhamento do programa, desde fichas de avaliação individual até planilhas com os dados coletados. Chamou à atenção as falas de alguns gestores, indicando elementos verificados na avaliação informal. Dados subjetivos são importantes na avaliação e podem emergir de avaliações informais, mas não deveria ser a única forma de

avaliação de um determinado programa, pois carecem de reflexão, podendo indicar apreciações equivocadas.

Quadro 4: O Programa Saúde na Escola na fala dos gestores: temáticas sistematizadas das questões abertas formuladas nas entrevistas. Cascavel/PR, 2016.

Temática	Sub temáticas	Falas representativas
Motivações para adesão ao PSE	Demandas para adesão	[...] a Décima Regional que chamou para essa discussão [...] (GS2). [...] a regional apresentou o programa [...] passam para os municípios todos os programas que vem do governo e da Décima [...] (GS7).
	Diagnosticar problemas de saúde e atuar no processo ensino-aprendizagem	[...] na escola, a importância dele [PSE] é estar buscando os problemas, tanto visual, auditivo ou outros problemas [...] (GS1). [...] também melhoraria o processo de ensino aprendizagem [...] a maioria das crianças em que foi feita essa triagem foi no Oftalmo e melhorou muito na questão da alfabetização (GE2).
	Resolutividade dos problemas identificados	[...]encontrando barreiras em alguns profissionais porque a gente fazia parte lá no colégio aí detectava o problema no aluno e não conseguia encaminhar o aluno [...] (GS5). não foi assim investido nada, a gente foi inserindo dentro da rede SUS todo esse pessoal identificado nas escolas (GS2).
Planejamento, avaliação e monitoramento do PSE	O planejamento acontece no GTI	Através do grupo intersetorial (GTI) são planejadas as reuniões e são elencadas as ações e são desenvolvidas estratégias para serem desenvolvidas (GE5). [...] A demanda sai do GTI [...] faz o GTI e vê o que a gente vai trabalhar [...] (GS7).
	Reuniões nas escolas e entre secretarias	[...] a gente senta conversa, qual ação nós vamos fazer, qual é a data que nós vamos estar desenvolvendo essa ação na escola [...] (GS1). [...] A secretaria de saúde [...] secretaria de educação [...] a cada dois meses, fazemos o planejamento [...] (GS6). [...] foi através de reunião mesmo com os representantes de cada secretaria para gente determinar quais temas a ser trabalhados [...] (GE4).
	A ausência de avaliação	Não escrito assim não, nenhum documento oficial não. Acompanha as ações no dia-a-dia, a gente acompanha os resultados. É até uma ideia a elaboração de um instrumento (GS7).
	Avaliação pelos sistemas federais	Nós temos aquele monitoramento do PSE que é feito através do e-SUS [Sistema <i>online</i> de registro de dados do Sistema Único de Saúde], então existe esse monitoramento externo (GS2). Através do programa do Simec, do e-SUS, e do programa do município mesmo que a gente tem. Registra as reuniões (GS4).
	A avaliação por meio de instrumentos próprios	O próprio GTI elaborou os instrumentos porque no início ninguém sabia dar muito norte [...]. Então nós começamos a montar nossos instrumentos (GS6).
	Avaliação informal	A avaliação a gente só comenta no GTI, é passado o que foi feito, e não um instrumento mesmo. A nutricionista coloca a parte dela (GS7). É difícil a gente mensurar o resultado que a gente teve em cima de tudo isso, mas a gente tem muitos relatos, e isso é bem gratificante, principalmente nos grupos que a gente trabalha (GS8).
	Atividades educativas com os	[...] fizemos palestra em todas as escolas sobre DST, gravidez na adolescência, foram reuniões coletivas nas escolas (GS3).

Ações desenvolvidas pelo PSE	escolares	
	Atividades coletivas e individuais de avaliação do crescimento e desenvolvimento	Em 2013 contratamos fonoaudiólogo para avaliar todos os alunos da pré escola, daí a educação infantil fazer avaliação, exame de visão, acuidade, tinha a avaliação da escola [...] (GE4). Em relação a nossa parte que seria a avaliação nutricional, a gente começou fazendo levantamento de dados, nós fizemos a pesagem de todos os alunos das escolas e CMEIS [Centros Municipais de Educação Infantil] aí a gente fez todas as estatísticas em cima disso desses dados, aí a ente constatou o quê? que 30% das nossas crianças estão obesas, acima do peso, na verdade foi assustador, não esperava isso (GS8).
	Atividades de formação dos sujeitos envolvidos no PSE	[...] o que surtiu bastante resultado foi quando nós fizemos capacitação com os professores e com toda a equipe da escola (GS7). [...] nós começamos fazer, começar primeiro pelos CMEIS que é a base, a gente fez uma capacitação para todos os funcionários da escola incluindo desde a merendeira até o diretor, nós fizemos um trabalho com todos os pais, com os funcionários, [...] fizemos também um trabalho junto com os profissionais do Bolsa Família (GS8).
A intersetorialidade observada no PSE	A educação e saúde como protagonistas da intersetorialidade	[...] a relação entre as duas secretarias em relação ao PSE cresceu bastante, aproveitando esse gancho ela fortaleceu bastante em outras situações além do PSE, as duas equipes se afinaram, se fortaleceram, aprenderam a ter um relacionamento a um buscar o apoio do outro em vários momentos (GE5). [...] essa união entre as secretarias, que foi muito legal, [Seria] melhor essa parceria até entre nós nutricionistas porque eu trabalho aqui na saúde e a outra na educação, então ficava eu aqui, e ela lá, então essa união foi bem legal, porque a gente trabalha em conjunto mesmo (GS8).
	A ampliação da intersetorialidade no PSE	[...] na verdade não é só a questão do PSE, porque sempre tem lá um paciente que as vezes vai procurar a Assistência Social vai procurar a Saúde, a Secretaria de Educação, trabalha bastante em parceria. Então assim é bom, uma boa parceria (GS5). A gente levou em consideração o trabalho em rede, porque não foi só a Educação e Saúde que fizeram a parceria, mas a Assistência Social nos ajudou bastante nas questões, que a gente faz esse trabalho já em rede mesmo, é o mesmo público que a saúde, a educação atendem. Então nós nos reunimos para que em cima de um determinado problema a gente pudesse ver a melhor forma de ajudar (GE2).
	A intrasetorialidade no PSE	[...] ainda tem escola que sempre tem aquele Diretor, nós temos a maior dificuldade junto aos Diretores das escolas estaduais do espaço rural, esses nós temos mais dificuldades até o nosso contato com eles [...]. A gente teve uma série de avanços, um foi construir a lei e o cargo de educador físico para as escolas e CMEIS esse foi um avanço [...] (GS6).
Os recursos financeiros para o desenvolvimento do PSE	Recursos insuficientes	Não. Tudo que a gente conseguiu para fazer acuidade visual foi com recursos do município (GE2). O Ministério da Saúde está deixando a desejar nós precisamos daquele recurso que consta em portaria. Nós precisamos que ele seja pago conforme programado, porque eu não posso programar uma ação daí olhar lá na conta não tem dinheiro, aí cancela porque não veio dinheiro não dá, se eu programei as ações acontecem (GS6).

No que tange às atividades desenvolvidas, identificou-se a realização de atividades educativas, as de avaliação do crescimento e desenvolvimento como a mais lembrada e as de formação sendo menos frequentes. É marcante o aspecto biológico da saúde do escolar, talvez, por ser a mais objetiva dentre as ações do programa. Mesmo assim, figurou com expressividade as ações educativas que abordam os temas mais comuns, como sexualidade, gravidez e doenças sexualmente transmissíveis.

As ações de formação deveriam ganhar destaque, uma vez que o programa pressupõe ação intersetorial, o que é novo para os sujeitos. Ela não foi tão evidenciada, embora os que revelaram terem investido recursos e esforços em sua implementação, considerassem a inclusão da comunidade escolar ao se criar grupos de alunos e capacitá-los para trabalhar com os colegas; ao proporcionar aos professores momentos de discussão e de desenvolvimento de habilidades educativas, nas questões de saúde; ao envolver os pais nos processos de formação.

Atribuem importância ao trabalho em redes, que remete ao conceito de intersetorialidade. Articularam-se, em maior expressão, a saúde e a educação, mas percebem os gestores que restringir a intersetorialidade a esses espaços é insuficiente para enfrentar os problemas que têm lugar no ambiente escolar, buscando alargar a intersetorialidade, quando relatam que buscaram em outras secretarias as parcerias para encaminhar as questões identificadas, o que ampliou a intersetorialidade mínima prevista no PSE.

Emergiram as particularidades vivenciadas na intrasetorialidade, em especial da educação. Um dos gestores revela a problemática, por vezes enfrentada nas escolas estaduais. Essa questão põe em tela uma possível desarticulação dentro do próprio setor da educação, quando diferentes entes federados se responsabilizam por ações que estão num mesmo campo, como é o caso da educação. O PSE parece ter desencadeado dentro do próprio setor de educação demandas que antes não eram vislumbradas, como relata o gestor que afirma ter criado o cargo de educador físico para atender os Cmeis. Essa dimensão é central no desenvolvimento do programa, sendo sua principal estratégia, uma vez que exige que os dois principais e obrigatórios setores mobilizem suas fronteiras e partilhem ações e projetos voltados para a saúde dos escolares.

A influência de ações exitosas intrasetoriais foi destacada como um ponto positivo ao estimular que outras escolas aderissem às práticas com bom resultado. Essa constatação de um dos gestores indica que novas formas de atuar, articulando a saúde e a educação, como no exemplo da supressão de alimentos ricos em açúcar, podem desencadear atitudes e hábitos que potencializem a promoção da saúde da comunidade escolar.

Os recursos para o programa foram lembrados como problemáticos. Salientam que, na primeira versão do programa, quando os recursos foram repassados integralmente, no momento em que as ações eram pactuadas, houve bons resultados, mas que, a partir do repasse de apenas 20%,

quando da pactuação, sendo que o restante só viria após a realização das ações pactuadas, geraram-se dificuldades para realização programa. Há que se salientar que os recursos provenientes do programa são exclusivos para o desenvolvimento das ações dos três componentes, não contemplando os custos assistenciais desencadeados.

Quando se considera que o programa implementou, como visto, especialmente ações do componente I, aquelas voltadas para avaliação do crescimento e desenvolvimento dos escolares, era de se esperar que se identificassem problemas, especialmente os ligados à visão, audição e aos desvios de peso, tanto a obesidade, quanto a desnutrição. Esses problemas demandam do gestor que se programem ações que culminem com sua resolutividade e, talvez, o serviço de saúde não estivesse preparado para isso. Na verdade, longe de significar um aporte novo de recursos, o PSE trouxe demandas que, antes de sua realização, não eram identificadas. O fato é que os escolares, para além dos problemas de aprendizagem, que não estão no campo do biológico, possuem problemas de saúde, que poderiam estar desassistidos e que podem contribuir com a melhoria do processo ensino aprendizagem.

O acesso aos recursos pode ser comprometido pelo não preenchimento correto dos sistemas federais de monitoração. No caso do PSE, a saúde deve alimentar o sistema E-SUS e a educação o Simec. Quando isso não acontece, os recursos não são enviados, talvez, explicando a queixa de um gestor de que não tem recebido os recursos. De qualquer forma, eles informaram que o registro é realizado naqueles sistemas federais e em seus registros próprios, como os portfólios, exemplificando que os municípios têm criado tecnologias que os auxiliem a monitorar o PSE e fornecer informações, para além dos dados quantitativos, que precisam ser registradas nos sistemas federais e que parecem ser insuficientes para subsidiar o desenvolvimento e a avaliação das ações implementadas.

Identifica-se que as instâncias federais de educação e saúde podem estar enfrentando problemas, pois os dados que hoje são acessíveis correspondem aos anos de 2013 a 2015, não disponibilizando todo o material já produzido pelo PSE nos municípios que aderiram há mais tempo, como é o caso da amostra dessa pesquisa, que é constituída de municípios que aderiram até 2012. Essa constatação fragiliza as análises, que poderiam ser empreendidas, enfraquecendo as conclusões que podem ser feitas.

3.4 As percepções registradas no diário de campo

A síntese do diário de campo permite afirmar que os gestores buscaram mostrar que suas ações são integradas, uma vez que a maioria das entrevistas aconteceu no formato de entrevista coletiva. Tal constatação permite inferir que há a busca da intersetorialidade exigida para o PSE.

Evidenciou-se o protagonismo das nutricionistas envolvidas no PSE, sejam as que atuam nas secretarias de saúde ou nas secretarias de educação. Da atuação dessas profissionais e do impacto do PSE, ao mostrar dados sobre a saúde dos escolares, observa-se o fortalecimento da aquisição da merenda escolar para as escolas municipais, pela agricultura familiar, reforçando o previsto na legislação federal e, quando não, pela escolha e aquisição de alimentos que contribuíssem com a saúde das crianças.

Destacou-se a criação de grupos de meninas e meninos para atuarem como multiplicadores das ações de educação em saúde, em especial, na prevenção da gravidez na adolescência e doenças sexualmente transmissíveis.

Observou-se, pelos relatos, que a troca de gestão e de grupos políticos locais impactou sobremaneira as ações desenvolvidas, chegando à paralisação completa do programa em um dos municípios, a ser retomada, posteriormente, mas com perdas significativas, na visão dos gestores da saúde e da educação.

Identifica-se na fala dos gestores que o PSE desencadeou a contratação de profissionais para atuar em suas ações e, em outros momentos, observa-se que serviços privados foram acionados para desenvolver ações, em especial, as educativas.

Os municípios esperam que a universidade se faça presente para auxiliar no desenvolvimento do programa, demandando aos pesquisadores inserção, tanto profissional, quanto pessoal nas ações do programa.

4 Discussão dos resultados: análise por triangulação de fontes

A sistematização dos dados levantados no Simec, nas Portarias do Ministério da Saúde, nas falas dos gestores e nas anotações dos diários de campo, cotejados pela triangulação das fontes, fez emergir as temáticas: **o planejamento, avaliação e monitoramento do PSE; as ações levadas a efeito no desenvolvimento do PSE e a intersetorialidade vivenciada pelos gestores no desenvolvimento do PSE.**

O planejamento, avaliação e monitoramento do PSE

O planejamento, a avaliação e o monitoramento do PSE, conforme orientação do caderno passo a passo (BRASIL, 2011a), deve acontecer nos GTI. Na realidade estudada, o GTIm está presente na quase totalidade dos municípios e, pelo que se verificou nas falas dos gestores, a definição das ações a serem desenvolvidas passa, na maioria das vezes, pela discussão coletiva do grupo. A composição do GTIm revela que outras secretarias, além das de saúde e educação, estão

atuando no PSE, senão em todos os municípios, mas em alguns, já que se percebe a ampliação dos atores na composição mínima do GTIm para articular as ações.

No que se referem aos recursos, os dados extraídos das Portarias Ministeriais mostram quem no ano de 2011, quando havia o repasse integral, no momento da pactuação das ações, eles eram consideráveis, observando-se, posteriormente, nos dados acessados para os anos de 2013 e 2015, que há uma significativa diminuição nos valores a serem repassados. Além disso, há o repasse de 20% no momento da pactuação e o restante após a conclusão das ações pactuadas, as quais seriam comprovadas pela alimentação dos sistemas federais de avaliação. Os gestores referendaram essa redução do repasse dos recursos, em que, num primeiro momento, foram suficientes para a realização das ações pactuadas, mas que, após a mudança na forma de envio, houve prejuízo ao seu desenvolvimento. Revelam que o recurso é insuficiente para o desenvolvimento das ações previstas.

O monitoramento é feito pelos sistemas federais e, por vezes, em instrumentos próprios, mas o destaque é reforçado para os registros que garantiriam o repasse dos recursos. Mesmo assim, em alguns momentos, revelam dificuldade de cumprir esses requisitos.

O monitoramento e avaliação das ações pactuadas é dificultado pelo baixo percentual de inserção de dados no Simec/PSE. O acompanhamento permanente feito pelo gestor permite a delimitação de seus territórios, diagnóstico situacional com base nos determinantes sociais, no cenário epidemiológico, incluindo o repasse adequado dos recursos financeiros (MACHADO *et al.*, 2015).

Nota Técnica do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde indicava a produção e registro dos dados como um dos entraves do PSE para seu monitoramento e controle. Os sistemas de informação disponíveis não “possibilitavam a identificação de atendimentos nas escolas [...]. Outra questão apontada é o questionamento dos órgãos de controle a respeito da fragilidade dos instrumentos atuais” (CONASS, 2011, p. 2).

Constatou-se que o PSE desencadeou demandas assistenciais, antes não identificadas, o que gerou aporte de gastos para os quais os recursos enviados não devem ser utilizados. Na verdade, observa-se que havia uma demanda de escolares por assistência à saúde que não era identificada e que se explicitaram, a partir da implantação do programa, o que se verificou também na fala dos gestores.

Considerando-se que os municípios pactuaram ações, desde os Cmeis até a educação de nível médio, era de se esperar que problemas de saúde das mais diversas ordens emergissem. Essa situação desencadeou, em alguns municípios, a contratação de profissionais, tais como fonoaudiólogos ou educadores físicos. Estes últimos, para atuar na educação infantil, na qual esse profissional ainda não é obrigatório, em função dos diagnósticos de obesidade que, segundo os

entrevistados, foi uma surpresa chegando, em um dos municípios, a 30%, conforme registrado em dados do diário de campo e nas entrevistas.

De acordo com Dias *et al.* (2014), a ação intersetorial inerente ao programa e expressa em seus documentos indica que a atuação entre saúde e educação, no enfrentamento de problemas que lhes são comuns, potencializaria a atuação nas questões biopsicológicas dos escolares, o que poderia contribuir com o desenvolvimento educacional, algumas vezes, afetado pelas condições de saúde.

Em especial, a obesidade e o sobrepeso tem se colocado como problema comum no ambiente escolar, contrapondo-se à desnutrição. Identificá-la pode ajudar a estabelecer medidas de promoção da saúde e de prevenção que possam contribuir com o crescimento e desenvolvimento esperado dos escolares (SOUZA *et al.*, 2013). Por outro lado, essa constatação pode refletir o fracasso da Atenção Básica em Saúde, que deveria, mesmo fora do ambiente escolar, ter mapeado e sob cuidado a população adscrita, uma vez que, se eficiente, poderia resolver a maioria dos problemas de saúde em todas as etapas do ciclo vital.

Esse nível de assistência deveria estar organizado no sentido de acolher, escutar e responder de forma positiva, oferecendo resolutividade à maioria dos problemas de saúde. Ao mesmo tempo, a Atenção Básica deveria se sentir responsável pela resolução desses problemas, mesmo que isso demandasse a referência a outros pontos de atenção do sistema de saúde (BRASIL, 2011c).

Sendo assim, afirma-se que a escola reflete as condições epidemiológicas do entorno em que ela se localiza. Uma escola, situada numa realidade em que os serviços de saúde atuem eficientemente, terá menor frequência em seus problemas de saúde e, quando eles existirem, serão atendidos sem que isso seja um problema a mais para os serviços, uma vez que esperados para os perfis da comunidade.

Quanto aos registros, foi possível perceber que os gestores, diante da carência ou pouco abrangência dos sistemas federais de avaliação, criaram suas próprias estratégias como fichas, planilhas e portfólios que pudessem servir de fonte de planejamento e avaliação das ações a serem desenvolvidas. Os municípios que fizeram isso demonstram maior familiaridade com o programa e se mostram exitosos em suas ações de planejamento, tais como a implementação de ações de controle da obesidade, por exemplo. Essa afirmação é atestada na entrevista em que os gestores traziam consigo os portfólios, fotos e outras formas de registro, que contribuía com a gestão do programa.

As ações levadas a efeito no desenvolvimento do PSE

As ações educativas com grupos e individuais; ações de avaliação do crescimento e desenvolvimento e as de formação para os envolvidos no programa foram identificadas entre as que acontecem no PSE, pelas falas dos gestores, pelos dados documentais e pelos registros do diário de campo. Ganhou destaque, na avaliação dos gestores e na frequência de ações pactuadas, as que integram o componente I, ou seja, aquelas voltadas à avaliação do crescimento e desenvolvimento dos escolares. Esse componente prevê: avaliação antropométrica; atualização do calendário vacinal; detecção precoce de hipertensão arterial sistêmica; detecção precoce de agravos de saúde negligenciados prevalentes na região (hanseníase, tuberculose, malária, dentre outros); avaliação oftalmológica; avaliação auditiva; avaliação nutricional; avaliação da saúde bucal; avaliação psicossocial (BRASIL, 2011a). Todas foram pactuadas, excetuando-se a avaliação psicossocial que não apareceu em nenhum momento para o ano de 2015, de acordo com os termos de pactuação dos cinco municípios.

Em consonância com o estudo desenvolvido por Machado *et al.*, (2015), no que se refere às ações do componente I, todas as regiões apresentaram resultados expressivos, variando de 69,4% a 80,5%, sendo a região Norte a que mais executa atividades nesse cenário, seguidas no Nordeste, Centro-Oeste, Sul e Sudeste, respectivamente.

Tal questão figurou como motivação entre os gestores para a implantação do PSE, quando verbalizavam que atuar na saúde dos escolares seria uma forma de estabelecer diagnósticos precoces e, por conseguinte, interferir positivamente no processo ensino-aprendizagem. Constatou-se que é forte, na fala dos gestores, a atuação do programa nas questões biológicas, que solucionariam os problemas de saúde das crianças, as quais, de alguma forma, impactam na aprendizagem. Como expresso acima, o PSE propiciou o levantamento de necessidades de saúde que existiam e que, de alguma forma, não eram identificadas pelos serviços de saúde, fazendo com que crianças que não exergavam ou não ouviam com nitidez, por exemplo, estivessem com sua aprendizagem comprometida e sem um diagnóstico que superasse essa condição.

Como resultado do levantamento das condições que afetam o crescimento e o desenvolvimento das crianças, houve a constatação de problemas de saúde, sendo que muitos deles extrapolavam as possibilidades de assistência na rede local de saúde, implicando ações de encaminhamento para sistemas secundários e terciários de assistência. Buscaram garantir a integralidade da assistência, encaminhando os escolares para serviços especializados; contratação de profissionais ou na elevação da carga horária de outros para atender e dar continuidade ao acompanhamento e à solução dos problemas de saúde. Em que pesem as dificuldades de encaminhamento, as ações assistenciais desencadeadas no PSE não deixam de conferir-lhe visibilidade na comunidade escolar.

A integralidade evidencia-se no cuidado de pessoas, grupos e coletividades, na qual o usuário torna-se o sujeito histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade em que ele está inserido. Verifica-se a importância de articular as ações de educação em saúde como um elemento de saber coletivo, que envolve a autonomia e emancipação do indivíduo para cuidar de si, da família e do seu entorno (MACHADO, *et al.*, 2007).

Da mesma forma, foi impactante, pela fala dos gestores, a identificação das taxas de sobrepeso e obesidade dentre os escolares. Essa condição reforçou a importância de se assumir as determinações federais, em especial as do Programa de Alimentação Escolar, previsto na Lei n. 11.947/2009, que indica que R\$ 1,14 bilhão, para 2015, deveria ser investido na compra direta de produtos da agricultura familiar. Associado ao cumprimento da legislação federal, ações cotidianas foram implementadas, como a proibição de festas com excesso de alimentos de alto valor glicêmico e baixo valor nutritivo.

Nesse particular, chamou a atenção o protagonismo das nutricionistas, ora na posição de gestoras, ora na de técnicas em saúde, implantando e desenvolvendo ações no campo da alimentação dos escolares que impactaram nas crianças e em suas famílias, como atestam as informações registradas nos diários de campo. Durante as visitas às escolas, na continuidade da pesquisa, elas foram sistematicamente lembradas em todos os municípios que as têm em seus quadros, como figuras relevantes na implementação do PSE.

Conforme Souza *et al.* (2013), o campo da alimentação e nutrição é interdisciplinar, uma vez que envolve a cultura e ainda consideram todas as relações que permeiam o sentido e as práticas alimentares, além do saber técnico científico. Nesse contexto, o nutricionista tem um papel transformador mediante a promoção dos hábitos alimentares e escolhas mais saudáveis, durante sua permanência na escola, as quais podem ser incorporadas em suas vivências e na de seus familiares.

A escola é um ambiente de reflexão e formação de futuros cidadãos, além de ser o local onde as crianças e adolescentes passam a maior parte do tempo, por isso, pode ser considerada como um dos espaços em que se pode atuar na promoção da saúde, nutrição e prevenção de agravos, contribuindo para a formação integral do indivíduo (SOUZA, 2014).

No que tange às ações do componente II, aquelas voltadas para os aspectos da educação em saúde e da promoção da saúde dos escolares, prevendo: promoção da saúde e prevenção de agravos por meio de ações de segurança alimentar e promoção da alimentação saudável; promoção das práticas corporais e atividade física nas escolas; Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE): educação para a saúde sexual, saúde reprodutiva e prevenção das DST/Aids; Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE): prevenção ao uso de álcool e tabaco e outras drogas; promoção da cultura de paz e prevenção das violências; e promoção da saúde ambiental e desenvolvimento sustentável (BRASIL, 2011a), elas foram igualmente contempladas nas pactuações dos municípios.

Dentre elas ganhou destaque as relativas ao item promoção da segurança alimentar e promoção da alimentação saudável, assim como as de saúde e prevenção nas escolas (SPE): direito sexual e reprodutivo e prevenção de DST/Aids, pactuadas em um maior número de vezes, em todos os municípios. Em contraposição, as de promoção de práticas corporais, atividade física e lazer nas escolas figurou como a menos pactuada entre eles.

Considerando que foram identificados nos diagnósticos do componente I, pela fala das nutricionistas entrevistadas e pelos dados dos diários de campo, expressivos índices de sobrepeso e obesidade entre os escolares, chama a atenção que esse item tenha estado entre os menos pactuados. Tal condição pode ser explicada pela inexistência do educador físico entre os profissionais da educação, nas séries iniciais, o que foi atestado nas entrevistas e no diário de campo; no entanto, o programa solicitou a contratação desse profissional para compor o quadro dos profissionais da educação, em um dos municípios, em virtude dos diagnósticos levantados.

Nesse componente, estão previstas as ações que se direcionam à promoção da saúde. Pelo que se constata, a promoção da saúde, em uma perspectiva do conceito ampliado de saúde, carece de maior destaque entre as ações que são pactuadas. Pactuaram-se em maior medida as ações preventivas e de diagnóstico precoce de possíveis agravos, em detrimento as de promoção da saúde, representadas, dentre as previstas no componente II, pelas ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, com base em ações de segurança alimentar e promoção da alimentação saudável; promoção das práticas corporais e atividade física nas escolas; promoção da cultura de paz e prevenção das violências; e promoção da saúde ambiental e desenvolvimento sustentável. Dentre essas, a que mais foi pactuada foi a de promoção da saúde e prevenção de agravos, sendo efetivada por meio de ações de segurança alimentar e promoção da alimentação saudável. As demais figuraram em menor frequência.

A abordagem da promoção da saúde na escola parece ser um desafio na construção do PSE, uma vez que esse referencial de promoção da saúde nem sempre é tomado em uma mesma perspectiva. A história da entrada da saúde no ambiente escolar foi marcada pelas ações higienistas, as quais teimam em ser hegemônicas. Construir uma cultura de promoção da saúde na escola é tarefa, portanto, a ser implementada. Conforme Casemiro, Fonseca e Secco (2014) persistem não só no Brasil, mas no cenário latino-americano, iniciativas cujo foco é a doença e suas formas de transmissão, as atividades de triagem e levantamentos de perfis epidemiológicos e, quando voltadas para estratégias educativas, são relacionadas ao repasse de conhecimentos sobre higiene e prevenção de doenças.

É certo que promover saúde, a partir do ambiente escolar, constitui-se em política pública, além de exigir o envolvimento coordenado de ações intersetoriais alicerçadas em destinação de recursos, as quais permitam implementar a concepção ampliada de saúde e uma educação integral

coerentes com o discurso que tem sido divulgado. Seu desenvolvimento exige atuação interdisciplinar, sustentada em diagnósticos das realidades localizadas, a fim de identificar os problemas reais e as “soluções em cada escola de forma a contribuir para a autonomia e o apoderamento dos sujeitos diante dos direitos fundamentais relacionados ao tema da saúde escolar: direito à saúde, à educação, à alimentação e à vida digna” (CASEMIRO; FONSECA; SECCO, 2014, p. 839).

A discussão da promoção da saúde está diretamente relacionada à prática da intersetorialidade, tema do próximo item da triangulação das fontes, pois, promover saúde passaria necessariamente por políticas municipais, mas, ao mesmo tempo, estaduais, nacionais, e globais, as quais são determinadas pela produção e consumo característicos do momento presente. Entretanto, destacam-se as ações municipais, que criam políticas e normas de organização da merenda escolar pela eliminação ou diminuição dos alimentos calóricos e introdução de frutas, verduras e alimentos saudáveis, com base na aquisição de alimentos da agricultura familiar.

As ações desse componente podem ter sido prejudicadas pelo não envio, por parte do Ministério da Educação, dos materiais educativos que seriam produzidos para serem subsidiários às ações do PSE, de acordo com o previsto nas ações pertinentes ao ente federal, na condução do programa. Como constatado, os municípios não receberam tais materiais e tiveram que desenvolver estratégias de tratamento pedagógico das questões identificadas. Nesse particular, destaca-se a contratação de pessoas para desenvolver as ações educativas, em especial, profissionais que não eram parte do serviço, o que pode ter fragilizado a proposta do programa, cujo envolvimento efetivo deveria estar voltado à Atenção Primária em Saúde, com as condições de saúde do escolar e o acompanhamento longitudinal das condições identificadas.

Há falta constante de materiais para a execução das ações do PSE; os materiais clínicos e didáticos, que deveriam ser fornecidos pelo MEC, não foram recebidos; os profissionais não são consultados sobre a necessidade de materiais para o desenvolvimento das ações do programa (SOUSA, 2014). Uma das dificuldades do processo de implementação do Programa Saúde na Escola é a escassez de pessoal especializado no setor saúde para atuar no desenvolvimento das ações (TUSSET, 2012).

Uma vez na condição de municípios pequenos, nem sempre havia disponibilidade de recursos humanos para atuar nas questões atinentes ao programa, então, a necessidade de articulá-la ao componente III, que prevê a formação dos envolvidos.

Outra ação, identificada na execução do programa, foi relativa à formação dos envolvidos no PSE, pois o programa previa a formação dos gestores e das equipes de educação e de saúde, os quais atuam no programa como compromisso das três esferas de governo, trabalhando de forma contínua e permanente, configurando o componente III. Suas ações deveriam prever a formação do

grupo de trabalho intersetorial (GTI); formação de jovens protagonistas para o PSE/SPE; formação de profissionais da educação e saúde nos temas relevantes ao PSE; curso de prevenção do uso de drogas para educadores de escolas públicas; rede universidade aberta do Brasil (BRASIL, 2011a).

Esse componente foi o mais fragilizado, especialmente, nos dados acessados no Simec, em relação aos anos de 2013 a 2015. Neles se observa que, no ano de 2014, nenhuma ação foi pactuada nesse componente, em nenhum dos cinco municípios. Ao mesmo tempo, nos anos de 2013 e 2015, ações que foram pactuadas não foram realizadas, tornando problemática a avaliação desse componente. Da mesma forma, na fala dos gestores, as ações de formação são menos lembradas, embora nos momentos em que são referenciadas sejam tomadas no plano do que seria desejável nesse item, ou seja, que as ações de formação incluíssem todos os envolvidos no programa, desde os gestores até a comunidade escolar, mesmo pais e alunos.

Sousa (2014) identificou que os profissionais das unidades de saúde e das escolas, assim como os membros do GTIm, não passaram por processos de capacitação para a prática intersetorial, nem mesmo para atuar no Programa Saúde na Escola.

As capacitações são importantes para promover a aproximação dos profissionais envolvidos no PSE, fomentar a discussão de estratégias para o programa, proporcionando um nivelamento técnico conceitual, de maneira que os profissionais envolvidos possam ter condições de qualificar a comunicação e o entendimento das bases conceituais do PSE (FERREIRA *et al.*, 2014).

O processo de formação dos gestores e das equipes de Educação e Saúde, que atuam no PSE, é um compromisso das três esferas de governo e deve ser trabalhado de maneira contínua e permanente, com base no estabelecimento de articulações interinstitucionais e instersetoriais que desenvolvam necessidades de formação para a transformação das práticas em saúde, sendo que essa construção de políticas públicas integradas é condição indispensável para atualização e renovação, de forma permanente, da Educação e da Saúde, com vistas à integralidade (BRASIL, 2015b).

Cotejando esse dado com o identificado no diário de campo, quando os gestores salientam a importância da universidade estar próxima dos municípios, no desenvolvimento desse e de outros programas, pode-se entender que uma das possibilidades seria auxiliar na formação das pessoas diretamente envolvidas com o programa. Tal questão coloca-se aos pesquisadores como desdobramento prático da pesquisa na continuidade dos estudos e na devolutiva dos resultados aos municípios que foram campo de estudo.

A Intersetorialidade Vivenciada pelos Gestores no Desenvolvimento do PSE

A intersetorialidade figurou como vivência no PSE, quando os gestores atuavam orientados pelo GTIm, o qual é constituído por profissionais de diferentes setores e de diferentes formações.

Sua principal manifestação nesse estudo foi a ocorrência das entrevistas coletivas em que, apesar de não terem sido marcadas nesse formato, como se observa nos diários de campo, a maioria aconteceu no formato coletivo, assim como uma das entrevistas foi marcada no dia do encontro do GTIm.

Era clara, na fala dos gestores, a ideia do trabalho em redes, identificada ao conceito de intersetorialidade que, como já afirmado, é central ao programa, constituindo-se em sua principal estratégia. Ela pode permitir que os setores envolvidos movimentem suas divisas e se aproximem na pactuação de ações, que envolvem um mesmo indivíduo, mas que são desenvolvidas em setores diferentes.

Os gestores reconhecem que o programa contribuiu para o fortalecimento, com a criação de condições para o exercício da intersetorialidade, por meio do diálogo necessário entre as diferentes secretarias. Essa dimensão é mais evidente entre as secretarias de saúde e educação, mas, perceberam os gestores, que a intersetorialidade precisava extrapolar esses dois ambientes, a fim de abarcar os problemas que têm lugar no ambiente escolar, os quais são multideterminados. Por consequência, exigem ações de todos os serviços públicos, desde a ação social até os serviços coletivos de segurança, por exemplo.

Expressam que há dificuldades no próprio setor da educação, quando outros níveis educacionais não estão tão aproximados das questões discutidas na educação municipal, tensionando a intrasetorialidade. De fato, o sistema de educação, diferentemente da saúde, organiza-se em níveis, os quais são atribuições de diferentes entes federados. Essa condição, por certo, traz tensões na execução de ações que são encabeçadas pela gestão municipal, como é o caso do PSE.

Desde os anos de 1930, mas com mais efetividade na década de 1980, na área da educação, há uma discussão da necessidade de se constituir um Sistema Nacional de Educação (SAVIANI, 2010), em alguma medida, aproximado do que se tem com o sistema de saúde, hoje materializado na conformação do SUS. Na educação, isso não se efetivou e persiste a fragmentação gerencial e operacional dos níveis de educação, em que a educação formal está distribuída entre o nível federal, que se responsabiliza, em alguma medida, pela educação superior; o nível estadual, com a responsabilização pela educação básica, a partir do quinto ano, e o nível municipal, com a educação infantil até o final das séries iniciais.

Tratando-se de um programa intersetorial, é notório que as parcerias que o setor educação e saúde fazem são essenciais para que o PSE possa efetivar seus objetivos.

Wimmer e Figueiredo (2006) acreditam que a complexa situação social de exclusão, em que vive a maior parte da população, não pode ser resolvida apenas com ações setoriais, mas, a partir de micro e macroestratégias intersetoriais, construídas em articulação por Estado e Sociedade Civil.

Assim, Gonçalves *et al.*, (2008) afirmam que o professor e a equipe pedagógica seriam incorporados às ações de Promoção da Saúde, já que possuem familiaridade com os alunos, estando

envolvidos em sua realidade sociocultural, o que facilitaria o trabalho. Estudo realizado por Sousa (2014) refere à ausência dos professores na articulação e execução das ações, comprometendo, dessa forma, a ação intersetorial.

Observam-se indícios de um possível protagonismo da área da saúde na condução do processo, expresso no desencadeamento das demandas para implantação do PSE que, segundo os gestores, partiram do Ministério da Saúde e da Gestão Regional da Saúde, em primeiro lugar, para, posteriormente, incorporar a gestão da educação. Essa condição pode fazer com que as ações de saúde e seus profissionais tenham uma ação mais visível no programa, o que pode enfraquecer sua implementação, uma vez que não acontecerá de forma efetiva, sem o envolvimento intenso da comunidade escolar. As ações assistenciais, embora imprimam visibilidade ao programa, são parte dele. A sua efetividade dependerá da contínua existência de espaços na escola para discussão das questões de saúde e, em especial, das de educação em saúde, que podem ser incorporadas aos conteúdos escolares, mas isso depende diretamente do envolvimento de professores e diretores e, muito pouco, dos profissionais de saúde.

O termo intersetorialidade é melhor compreendido entre os membros do setor saúde. No setor educação, o termo é visto com certa estranheza, mas atribuem à noção de parceria, apontando para necessidade do trabalho em parceria; diante da complexidade dos problemas sociais existentes, trabalhando em conjunto, as chances de melhores resultados são maiores (SOUSA, 2014).

O protagonismo da saúde é indicado por Ferreira *et al.*, (2012), que analisaram os documentos normativos do PSE, para mostrar que há uma tendência de que eles sejam centralizados no Ministério da Saúde, desde o financiamento, até os processos de adesão pelos municípios, o que pode dificultar a efetividade de seu principal elemento, que é a intersetorialidade.

Outro aspecto que pode tensionar a intersetorialidade é a inexistência de momentos coletivos de avaliação, como identificado na prática de alguns municípios, os quais não possuem uma avaliação sistematizada do programa, ficando restritos aos dados quantitativos que alimentam os sistemas federais de avaliação. Os momentos coletivos de avaliação poderiam auxiliar no fortalecimento das ações intersetoriais e na pactuação subjetiva dos sujeitos, ajustando suas formas de vivenciar e problematizar o PSE.

Destacou-se a rotatividade de profissionais e dos atores da gestão. Em um dos municípios, essa condição afetou sobremaneira as ações desenvolvidas no programa - as quais foram paralisadas por dois anos, e seriam retomadas, como o foram - quando se observa que, em 2015, o município compõe os dados de pactuação do programa e a portaria de contratação dos recursos. Entretanto, as mudanças nas gestões municipais, próprias das trocas dos grupos políticos, que a cada quatro anos são modificados, são fatores que interferem no desenvolvimento do PSE. Tais situações colaboram com o estudo desenvolvido por Ferreira *et al.*, (2012), ao abordar sobre as dificuldades do trabalho

intersetorial no PSE, evidenciando a rotatividade dos representantes como aspecto a dificultar o seu desenvolvimento.

Conclusão

Nos municípios estudados, a implantação do PSE seguiu as diretrizes estabelecidas pelo Decreto Presidencial, sendo que a motivação para adesão ao programa era atender a demanda de saúde dos escolares. O Programa seguiu sua implantação, organizando-se com base no Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal, responsável por coordenar a articulação entre as Secretarias e acompanhar o processo de implementação no município. Nesse contexto, observou-se que a articulação intersetorial no processo de implementação do PSE, entre a saúde e educação, é uma prática vivenciada, revelando ainda que outras secretarias também fazem parte dessas ações intersetoriais, a qual se constitui uma das diretrizes do programa.

A organização do GTIm, a partir das reuniões e encontros para o acompanhamento das atividades, configura-se como uma estratégia de articulação intersetorial, pois era um espaço no qual reuniam-se representantes dos diversos setores, os quais destacam-se a Secretaria de Ação Social, Meio Ambiente, Esporte e Urbano possibilitando a discussão e a elaboração das ações a serem desenvolvidas conjuntamente.

Em relação à avaliação e monitoramento das ações do programa, percebeu-se que existe uma fragilidade nesse item. Os municípios elaboraram instrumentos próprios como fichas, planilhas e portfólios para acompanhar e avaliar o desenvolvimento das ações, dada a inexistência de instrumentos disponibilizados pelo Ministério da Saúde e Educação. Pontuam que existe uma ausência de uma cultura avaliativa das ações desenvolvidas e que essas acontecem de maneira informal. Relatam, ainda, que esse acompanhamento é realizado com base nos Sistemas disponibilizados eletronicamente pelo Ministério da Saúde e da Educação, respectivamente, o e-SUS e o Simec, sendo esse sistema alimentado pelos gestores do PSE. Dessa forma, ao ser comparado com as pactuações realizadas por meio do Termo de Compromisso, apresentou divergências das informações contidas no sistema, o que possivelmente pode interferir na transferência dos recursos financeiros para os municípios pactuados, tidos como insuficientes para o desenvolvimento das ações previstas no programa. Isso também pode comprometer o recebimento de dinheiro, por conta do não preenchimento correto dos sistemas federais de monitoração.

No que se refere às ações desenvolvidas, identificou-se que houve a implementação de atividades educativas coletivas e individuais, além das relativas à avaliação do crescimento e desenvolvimento dos escolares, o que oportunizou a contratação de recursos humanos específicos para tanto, bem como a realização de concurso público para contratação de profissionais

especializados para atendimento das demandas que surgiram por conta do PSE, tais como Fonoaudiólogo e Educador Físico e, ainda, o aumento de carga horária de profissionais para atuar no programa.

Nas ações de avaliação das condições de saúde, item do Componente I do PSE, fica evidente que todos os municípios estudados pactuaram números expressivos de ações, indicadas como sendo necessárias para o desenvolvimento do PSE, nesse componente; mesmo assim, desde a implantação do PSE, o Ministério da Saúde, responsável pela sistematização dos dados desse componente, com base no e-SUS, não apresentou nenhum relatório desse cenário, dificultando o acompanhamento e monitoramento de tal item.

Para o componente II, as pactuações mais frequentes foram para o item de promoção da segurança alimentar e promoção da alimentação saudável e saúde e prevenção nas escolas: direito sexual e reprodutivo e prevenção de DST/Aids, porém, identifica-se uma fragilidade na pactuação do item promoção das práticas corporais, atividade física e lazer nas escolas. Ficou evidente a participação efetiva das nutricionistas, as quais, com base nos dados obtidos por meio do desenvolvimento das ações desse componente, obtiveram êxito na forma de aquisição da merenda escolar, que passou a ser baseada em produtos oferecidos pela agricultura familiar, contribuindo para mudança dos hábitos alimentares dos escolares e familiares.

Na temática que se refere ao processo de formação dos gestores e das equipes que atuam no desenvolvimento das ações do programa, constatou-se, no início da implantação, que houve formação para todos os profissionais, tanto da Saúde, como da Educação, mas essa continuidade não fica evidente na fala dos gestores e, conforme dados do Simec, as ações integrantes desse componente foram as menos pactuadas pelos municípios estudados, apresentando as maiores fragilidades para a implantação do PSE. Destaca-se na fala dos gestores a importância da Universidade estar próxima dos municípios, auxiliando na formação dos envolvidos no programa.

Vale destacar que houve dificuldade de implementação do PSE em certo município, pela rotatividade dos gestores, em virtude de mudanças no contexto político.

Fica visível que a intersetorialidade é uma prática vivenciada entre a saúde e a educação, no desenvolvimento do programa, sendo essa articulação elemento importante para a implementação do PSE, sob a perspectiva intersetorial, destacando-se a ampliação da intersetorialidade no Programa Saúde na Escola, quando os gestores ressaltavam que outros setores vieram articular-se ao desenvolvimento do programa.

Conclui-se que o PSE está implantado nos municípios estudados, porém, com estágios diferenciados, mas desenvolvendo as ações com vistas a garantir a integralidade da assistência, de forma que a intersetorialidade tornou-se uma estratégia importante pelo desenvolvimento de ações pertinentes à saúde e educação.

Referências

BRASIL. Ministério da Educação. *Sistema Integrado de Monitoramento Execução e Controle (Simec)*. Brasília: 2016. Disponível em: <http://simec.mec.gov.br/>. Acesso em: 10 mai. 2016.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.067, de 23 de julho de 2015*. Define Municípios com adesão ao Programa Saúde na Escola em 2014 e os habilita ao recebimento de 20% (vinte por cento) do teto de recursos financeiros pactuados em Termo de Compromisso e dá outras providências. Brasília, 2015a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1067_23_07_2015.html. Acesso em: 29 out. 2015.

_____. Ministério da Saúde. *Caderno do gestor do PSE*. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Brasília: 2015b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_gestor_pse.pdf. Acesso em: 25 jun. 2016.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.608, de 31 de outubro de 2013*. Define Municípios com adesão ao Programa Saúde na Escola de 2013 e os habilita ao recebimento de 20% (vinte por cento) do teto de recursos financeiros pactuados em Termo de Compromisso e dá outras providências. Brasília, 2013a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2608_31_10_2013.html. Acesso em: 25 out. 2015.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria Interministerial nº 1.413, de 10 de julho de 2013*. Redefine as regras para adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE) por Estados, Distrito Federal e Municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações. Brasília, 2013b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/pri1413_10_07_2013.html. Acesso em: 2 nov. 2014.

_____. Ministério da Saúde. *Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012*. Brasília, 2012a. Aprova as normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 9 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 524, de 26 de março de 2012*. Habilita Municípios ao recebimento do repasse de recursos financeiros relativos ao Programa Saúde na Escola (PSE). Brasília, 2012b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0524_26_03_2012.html. Acesso em: 25 out. 2015.

_____. Ministério da Saúde; Ministério da educação. *Passo a Passo Programa Saúde na Escola (PSE) Tecendo caminhos da intersectorialidade*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/passos_a_passo_programa_saude_escola.pdf. Acesso em: 25 mai. 2014.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 3.014, de 20 de dezembro de 2011*. Habilita Municípios e o Distrito Federal para o recebimento do repasse de recursos financeiros relativos ao Programa Saúde na Escola (PSE). Brasília, 2011b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3014_19_12_2011.html. Acesso em: 25 out. 2015.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011*. Dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2011c. Disponível em:

<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 24 jun. 2016.

_____. *Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007*. Institui o Programa Saúde na Escola – PSE, e dá outras providências. Brasília, 2007. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm>. Acesso em: 9 jun. 2014.

CASEMIRO, J. P.; FONSECA, A. B. C.; SECCO, F. V. M. Promover saúde na escola: reflexões a partir de uma revisão sobre saúde escolar na América Latina. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 829-840, mar. 2014. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/630/63030163016.pdf>>. Acesso em: 1 jun. 2014.

CONASS. *Nota Técnica 18/2011*. Programa Saúde na Escola. Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.conass.org.br/siteantigo/notas%20tecnicas/NT%2018-_PSE.pdf>. Acesso em: 2 jul. 2016.

DIAS, M. S. A. *et al.* Programa Saúde na Escola: tecendo uma análise nos documentos oficiais. *S A N A R E*, Sobral, v. 13, n. 1, p. 29-34, jan./jun., 2014. Disponível em: <<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/428/283>>. Acesso em: 1 jul. 2016.

FERREIRA, I. R. C. *et al.* Diplomas Normativos do Programa Saúde na Escola: análise de conteúdo associada à ferramenta ATLAS TI. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 12, p. 3385-3398, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n12/23.pdf>>. Acesso em: 2 jul. 2016.

FERREIRA, I. R. C. *et al.* Percepções de gestores locais sobre a intersetorialidade no Programa saúde na escola. *Revista Brasileira de Educação*. Rio de Janeiro, v. 19 n. 56 jan./mar, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-24782014000100004. Acesso em: 10 mai. 2016.

FLICK, U. *Introdução à pesquisa qualitativa*. Tradução Joice Elias Costa. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GONÇALVES, F. D. *et al.* A promoção da saúde na educação infantil. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu/SP, v.12, n. 24, p.181-92, jan./mar. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832008000100014&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 20 jun. 2016.

JACOUE, N. B. *et al.* O olhar dos profissionais de uma Unidade Básica de Saúde sobre a implantação do Programa Saúde na Escola. Belo Horizonte, *Rev. Med.* v. 24 S.1 p. 43-48, 2014. Disponível em: <<file:///C:/Users/PC-APE/Downloads/v24s1a07.pdf>>. Acesso em: 10 mai. 2016.

MACHADO, M. F. A. S. *et al.* Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, Brasília, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a09v12n2.pdf>>. Acesso em: 1 jun. 2014.

MACHADO, M. F. A. S. *et al.* Programa Saúde na Escola: Estratégia promotora de saúde na atenção básica no Brasil. *Rev. Bras. Crescimento Desenvolvimento Humano*. São Paulo, v. 25, n. 3. São Paulo, 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0104-12822015000300009&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 18 jun. 2016.

MINAYO, M. C. de S; ASSIS, S. G. de; SOUZA, E. R. (org) *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2005.

MINAYO, M. C. S. *O Desafio do conhecimento*. Pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Abrasco, 2013.

SANTIAGO, L. M. *et al.* Implantação do Programa Saúde na Escola em Fortaleza-CE: atuação de equipe da Estratégia Saúde da Família. *Rev. Bras. Enferm.* Brasília, v. 65, n. 6, p. 1026-9, nov./dez, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n6/a20v65n6.pdf>>. Acesso em: 9 jun. 2014.

SAVIANI, D. Sistema Nacional de Educação articulado ao Plano Nacional de Educação. *Revista Brasileira de Educação*. Rio de Janeiro, v. 15, n. 44, maio/ago, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbedu/v15n44/v15n44a13.pdf>>. Acesso em: 2 jul. 2016.

SOUSA, M. C. *Saúde na Escola: analisando os caminhos da Intersetorialidade*. Dissertação (mestrado) 99f. Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2014. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/16334/1/DISSERTA%C3%87%C3%83O%20MARTA%20CAIRES.%202014.pdf>>. Acesso em: 22 jun. 2016.

SOUZA, M. H. N. *et al.* Avaliação do estado nutricional e da saúde de crianças e adolescentes na prática assistencial do enfermeiro. *Cogitare Enferm.* Curitiba/PR, v. 18, n. 1, p. 29-35, jan./mar, 2013. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/28926/20010>>. Acesso em: 01 jul. 2016.

TUSSET, D. *Competências em promoção da saúde no Programa Saúde na Escola no Distrito Federal*. Dissertação (mestrado) - Universidade de Brasília, Faculdade de Educação Física, 161f. Brasília, 2012. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/11930/1/2012_DalilaTusset.pdf>. Acesso em: 08 jun. 2016.

WIMMER, G. F, FIGUEIREDO, G.O. Ação coletiva para qualidade de vida: autonomia, transdisciplinaridade e intersetorialidade. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 145-154, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000100022>. Acesso em: 23 jun. 2016.

ANEXO I

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ/ 

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA EM MUNICÍPIOS PARANAENSES

Pesquisador: ROSA MARIA RODRIGUES

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 43815615.8.0000.0107

Instituição Proponente: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde CCBS - UNIOESTE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.134.653

Data da Relatoria: 25/06/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa que tem como objetivo avaliar a implantação do Programa Saúde na Escola, em municípios da 10ª Regional de Saúde no Paraná. Foram estabelecidos como critérios de inclusão: Municípios que tenham feito adesão até o ano de 2012 e que aceitem participar do estudo assinando o termo de autorização e ciência do Campo de Estudo. Foram estabelecidos como critérios de exclusão: Serão excluídos todos os municípios da 10ª Regional de Saúde que implantaram o Programa Saúde na Escola após o ano de 2012. População do estudo: A população será composta por profissionais das Secretarias de Saúde e Educação que estejam ligados ao desenvolvimento das ações propostas pelo Programa Saúde na Escola. Nas Secretarias Municipais de Educação e na Secretaria de Saúde serão sujeitos os responsáveis pela coordenação do programa e nas Unidades Básicas de Saúde, Unidades com

Endereço: UNIVERSITARIA
Bairro: UNIVERSITARIO **CEP:** 85.819-110
UF: PR **Município:** CASCAVEL
Telefone: (45)3220-3272 **E-mail:** cep.prppg@unioeste.br



Continuação do Parecer: 1.134.653

estratégia de Saúde da Família e nas escolas, os responsáveis pela execução das ações pactuadas. A estimativa é que se entreviste nas escolas e nas UBS/ESF, pelo menos dois sujeitos totalizando um número aproximado de 80 sujeitos. Materiais e Métodos do estudo: Serão coletados dados quantitativos disponíveis no site do Ministério da Educação no sistema Simec e dados quantitativos e qualitativos por meio das entrevistas com os participantes do estudo (os Instrumentos de Coleta de Dados foram anexados e estão de acordo com os objetivos da pesquisa).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Avaliar a implantação do Programa Saúde na Escola, em municípios da 10ª. Regional de Saúde no Paraná.

Objetivo Secundário: Identificar as ações desenvolvidas para avaliação clínica e psicossocial dos escolares; Avaliar as ações realizadas para a promoção e prevenção à saúde dos escolares; Identificar as atividades levadas a efeito para formação dos gestores e equipes de educação e de saúde envolvidas no PSE.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os benefícios e os riscos foram relatados no Projeto e no TCLE.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

De relevância para a área de atuação dos pesquisadores.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Endereço: UNIVERSITARIA
Bairro: UNIVERSITARIO CEP: 85.819-110
UF: PR Município: CASCAVEL
Telefone: (45)3220-3272 E-mail: cep.prppg@unioeste.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
OESTE DO PARANÁ/ 

Continuação do Parecer: 1.134.653

Situação do Parecer:

Aprovado

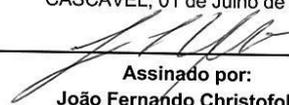
Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

As solicitações feitas foram atendidas pela pesquisadora.

CASCADEL, 01 de Julho de 2015


Assinado por:
João Fernando Christofoletti
(Coordenador)

Prof. Dr. João Fernando Christofoletti
Coordenador do Comitê de Ética em
Pesquisa com Seres Humanos
Portaria nº 5387/2012 - GRE

Endereço: UNIVERSITARIA
Bairro: UNIVERSITARIO CEP: 85.819-110
UF: PR Município: CASCADEL
Telefone: (45)3220-3272 E-mail: cep.prppg@unioeste.br

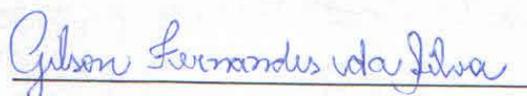
ANEXO II

À

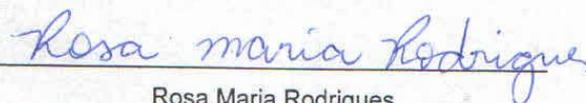
Revista Ensaio - Avaliação e Políticas Públicas em Educação

DECLARAÇÃO

Os autores, Gilson Fernandes da Silva, Rosa Maria Rodrigues, Solange de Fátima Reis Conterno, Cláudia Silveira Viera, Lourdes Missio do artigo intitulado: **A Gestão e o Programa Saúde na Escola em Municípios Paranaenses** autorizam a sua publicação na Revista Ensaio - Avaliação e Políticas Públicas em Educação, conforme assinaturas abaixo.



Gilson Fernandes da Silva



Rosa Maria Rodrigues



Solange de Fátima Reis Conterno



Cláudia Silveira Viera



Lourdes Missio

Cascavel/PR, 01 de agosto de 2016.