



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COMUNITÁRIA**

MARTA CAIRES DE SOUSA

**SAÚDE NA ESCOLA:
analisando os caminhos da intersectorialidade**

**Salvador
2014**

MARTA CAIRES DE SOUSA

**SAÚDE NA ESCOLA:
analisando os caminhos da intersetorialidade**

Dissertação de Mestrado Acadêmico apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Comunitária.

Área de Concentração: Planificação e Gestão em Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Monique Azevedo Esperidião

**Salvador
2014**

Ficha Catalográfica
Elaboração Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

S719s Sousa, Marta Caires de.

Saúde na Escola: analisando os caminhos da intersectorialidade / Marta Caires de Sousa. -- Salvador: M.C. Sousa, 2014.

99f.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Monique Azevedo Esperidião.

Dissertação (mestrado) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

1. Intersectorialidade. 2. Saúde na Escola. 3. Implementação de Programa. I. Título.

CDU 614:37



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

MARTA CAIRES DE SOUSA

Saúde na Escola: analisando os caminhos da intersectorialidade.

A Comissão Examinadora abaixo assinada aprova a Dissertação, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 15 de abril de 2014

Banca Examinadora:

Monique Azevedo Esperidião

Prof^a. Monique Azevedo Esperidião - Orientadora - ISC/UFBA

Carmen Fontes Teixeira

Prof^a. Carmen Fontes de Souza Teixeira - IHAC/UFBA

Vitória Solange Coelho Ferreira

Prof^a. Vitória Solange Coelho Ferreira - UESC

Salvador
2014

**A todas as pessoas que
lutam por uma saúde e
educação de qualidade.**

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelo dom da vida.

A Arthur, meu filho querido, que nasceu no início desse mestrado, contribuindo para as diversas noites não dormidas, mas também, me proporcionado diversas emoções. A sua inocência e o lindo sorriso cotidiano renova minha força e minha esperança por um mundo melhor.

A Diego, meu companheiro, pelo apoio e compreensão nos momentos de ausência.

A minha irmã Sônia, pela grande ajuda dispensada no decorrer dessa dissertação.

A Monique Esperidião, minha orientadora, pela compreensão, paciência e competência que conduziste esse processo de orientação.

Aos amigos pela força e motivação.

Aos professores do ISC, em especial, ao professor Jairnilson Paim, não só pelas brilhantes aulas que nos proporcionou ao longo do mestrado, mas também pelo incentivo desde o momento da seleção para o mestrado. E a Professora Carmen Teixeira, pelas contribuições e reflexões proporcionadas.

A Vitória Solange e a Carmen Teixeira, pelo interesse e disponibilidade para participação na banca de defesa.

Aos funcionários do ISC, em especial, Bia, Gustavo, Nunci e Taís, pela ajuda sempre presente.

Aos colegas do mestrado, pelo apoio e ajuda em todos os momentos, colabora nessa caminhada.

Aos trabalhadores e gestores das Secretarias de Educação e de Saúde do município onde realizei a pesquisa de campo. Obrigada pela disponibilidade e colaboração.

"Se nossa opção é progressista, se estamos a favor da vida e não da morte, da equidade e não da injustiça, do direito e não do arbítrio, da convivência com o diferente e não de sua negação, não temos outro caminho senão viver plenamente a nossa opção"...

Paulo Freire

SOUSA, Marta Caires de. **Saúde na Escola: analisando os caminhos da intersectorialidade**. 2014. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.

RESUMO

A intersectorialidade tem sido apontada como estratégia importante e necessária para a efetividade das políticas públicas. Essa discussão é cada vez mais presente em diversas áreas do conhecimento. Na Saúde está fortemente vinculada à discussão sobre os Determinantes Sociais da Saúde e à Promoção da Saúde, na Educação é vinculada à ideia de parceria. No intuito de articular as ações de saúde às ações da Educação Básica, o Programa Saúde na Escola é concebido como um programa intersectorial com vistas à melhoria da saúde e da educação dos estudantes das escolas públicas. Nessa perspectiva, o presente trabalho tem como objetivo analisar a ação intersectorial entre saúde e educação utilizadas no processo de implementação do Programa Saúde na Escola. Trata-se de um estudo de caso exploratório e descritivo, realizado em um município da Bahia. Foi analisado o processo político-gerencial desenvolvido na implementação do programa por meio do grupo de trabalho intersectorial (GTI) municipal, no que se refere ao processo decisório e à mobilização de recursos, assim como análise do processo de trabalho dos profissionais envolvidos na condução do PSE. A partir dos elementos conceituais que envolvem a intersectorialidade e da construção de um modelo lógico do programa, foi elaborada uma matriz de análise, contendo como unidades de análise o GTI, duas equipes de saúde da família e três escolas. Para a coleta e produção dos dados utilizaram-se entrevistas semiestruturadas, análise documental e observação. Os resultados mostraram que conceitualmente a intersectorialidade ainda é pouco entendida, como também é pouco praticada, havendo mais justaposição de ações. Na implementação do programa nota-se uma liderança do setor saúde tanto no que diz respeito ao processo decisório quanto na alocação e mobilização de recursos. As atividades de saúde nas escolas são preventivas e realizadas quase exclusivamente pela equipe de saúde, a equipe escolar tem uma atuação coadjuvante. Os principais achados evidenciam que o PSE fortaleceu a relação entre os dois setores, no entanto, a articulação intersectorial no processo político-gerencial e no processo de trabalho mostrou-se frágil e limitada.

Palavras-chave: Intersectorialidade. Saúde na Escola. Implementação de Programa.

SOUSA, Marta Caires de. **Health in School: analyzing the ways of intersectionality**. 2014. Dissertation (Master in Public Health) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.

ABSTRACT

The intersectionality has been identified as an important and necessary strategy for the effectiveness of public policy. This discussion is increasingly present in different areas of knowledge. In Health is strongly linked to the discussion on the Social Determinants of Health and Health Promotion. In Education, it is linked to the idea of partnership. In order to articulate health actions to the actions of Basic Education, the School Health Program (SHP) is designed as a cross-sectoral program aimed to improve health and education of public school students. In this perspective, the present work aims to analyze intersectoral action between health and education used in the implementation of the School Health Program. This is an exploratory case study and descriptive, performed in the State of Bahia. The political-managerial process developed in implementing the program through intersectoral working group (IWG) Municipal, was analyzed in relation to decision making and resource mobilization, as well as analysis of the working process of the professionals involved in conducting thereof. It was developed a matrix of analysis from the conceptual elements involving intersectoral and construction of a program logic model, containing as units of analysis the IWG, two family health teams and three schools. For collecting and compiling the data it was used semi-structured interviews, document analysis and observation. The results showed that, conceptually, intersectionality is still poorly understood. It is also rarely practiced, with more juxtaposition of actions. In the implementation of the program it is noted the leadership of the health sector both in regard to decision making, allocation and mobilization of resources. Health activities in schools are preventive and almost exclusively held by the health staff; school staff has a supporting role. The main findings shows that the program has strengthened the relationship between the two sectors, however, inter-sector collaboration in the political - managerial process and in the work process proved fragile and limited.

Keywords: Intersectoral. Health at School. Implementation the Program.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Representação esquemática da conformação do GTI.....	39
Figura 2	Unidades de saúde da família e escolas a elas vinculadas analisadas no presente estudo.....	45
Figura 3	Modelo lógico do Programa Saúde na Escola.....	90

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	O Poder Técnico, Administrativo e Político.....	29
Quadro 2	Características das práticas de saúde na escola ao longo da história.....	34
Quadro 3	Lista de documentos solicitados para análise e disponibilizados pela gestão.....	42
Quadro 4	Relação dos entrevistados, setor e tempo de atuação.....	43
Quadro 5	Siglas atribuídas aos entrevistados, equipes e escolas.....	44
Quadro 6	Categoria analítica, dimensões, subdimensões e descritores.....	45

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CNDSS	Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde
EPS	Escolas Promotoras de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
GTI	Grupo de Trabalho Intersetorial
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDEB	Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDSUS	Índice de Desenvolvimento do SUS
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PCN	Parâmetros Curriculares Nacionais
PEE	Plano Estadual de Educação
PIB	Produto Interno Bruto
PME	Plano Municipal de Educação
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNE	Plano Nacional de Educação
PPA	Plano Plurianual
PPP	Projeto Político Pedagógico
PSE	Programa Saúde na Escola
RAG	Relatório Anual de Gestão
SIMEC	Sistema Integrado de Monitoramento Execução e Controle
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS	24
2.2	GERAL.....	24
2.3	ESPECÍFICOS.....	24
3	METODOLOGIA	25
3.1	ELEMENTOS CONCEITUAIS.....	25
3.1.1	Intersetorialidade: mobilização de setores, de sujeitos e de saberes	25
3.1.2	Processos político-gerenciais intersetoriais: processos decisórios e mobilização de recursos	28
3.1.3	Processo de trabalho em saúde e ação intersetorial	32
3.2	DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	35
3.2.1	Contexto do local da investigação	35
3.3	UNIDADES/EQUIPES DE SAÚDE E ESCOLAS.....	38
3.3.1	Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI)	39
3.3.2	Unidades/equipes de saúde e escolas	39
3.4	TÉCNICAS DE PRODUÇÃO DOS DADOS.....	42
3.5	ANÁLISE DOS DADOS.....	45
3.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	46
4	RESULTADOS	48
4.1	SUJEITOS DA PESQUISA.....	48
4.2	CONCEPÇÃO DE INTERSETORIALIDADE.....	48
4.3	DIMENSÃO: POLÍTICO GERENCIAL.....	50
4.3.1	Processos decisórios e mobilização de recursos	49
4.4	DIMENSÃO: PROCESSO DE TRABALHO.....	56
4.4.1	Sujeitos, Objetos, Atividades e Relações Técnicas e Sociais	56
5	DISCUSSÃO	65
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	80
	REFERÊNCIAS	82
	APÊNDICES	89

1 INTRODUÇÃO

A busca por melhoria na qualidade de vida dos distintos grupos de uma população demanda uma visão integrada dos problemas sociais e a articulação do conjunto das políticas públicas dirigidas à intervenção sobre tais problemas. Romper com o caráter desarticulado, segmentado, vertical e focalizado destas políticas constitui um grande desafio, o que pressupõe a construção de uma nova forma de gerir e executar as políticas públicas. Neste sentido, a ação intersetorial surge como uma estratégia para superar tal desafio. A complexidade dos problemas sociais requer a racionalização dos recursos existentes, interação dos diferentes atores sociais e organizacionais e articulação dos distintos setores, incorporando a ideia de integração, de território, de equidade e de direitos sociais (JUNQUEIRA, 2004).

No entanto, operar uma política intersetorial, em um ambiente tradicionalmente setorial, implica mudanças e mediações necessárias à sua viabilização. O modelo setorial de gestão e implementação de políticas não prevê a dinâmica das relações, nem a complexidade dos problemas encontrados na sociedade. Desse modo, a integração entre os setores na condução de uma política pública muitas vezes não é uma tarefa fácil e consensual, pelo contrário, pode ser por vezes, paradoxal, apontando caminhos sinuosos rumo à ação intersetorial (ANDRADE, 2006; SANTOS, 2011).

Por não se tratar de uma questão de fácil execução, pois requer mudança de cultura, de concepções e de estratégias, Comerlato et al. (2007) afirmam que a ação intersetorial se efetiva nas ações coletivas, porém, a construção da intersetorialidade se dá como um processo, já que envolve a articulação de distintos setores sociais, possibilitando a descoberta de caminhos para a ação. A intersetorialidade se processa em meio às políticas públicas, como áreas de defesa de direitos e está necessariamente relacionada à prática, ou seja, ao enfrentamento de problemas reais.

Considerando a importância do saber e fazer setorial, para Mendes (1996), a ideia de intersetorialidade não nega a setorialidade e não anula a singularidade do fazer setorial. Para este autor, atuar por problemas não implica negar a existência de espaços especializados. Estes, contudo, devem readequar-se para se recolocarem como espaços temáticos de produção, estocagem e difusão de saberes. Assim, mais que a reunião de vários setores, a intersetorialidade requer a ruptura de

barreiras, dentre elas as da comunicação. De fato, Mendes considera que a comunicação é uma ação necessária à construção intersetorial.

A intersetorialidade não é a convocação da ação multisetorial, porque esta é constituída pela mera justaposição de dois ou mais setores sem integração conceitual e metodológica entre eles, na multisetorialidade estão presentes diferentes setores, mas os fazeres temático se mantém íntegros e sem comunicação. O que caracteriza a intersetorialidade é a possibilidade de uma síntese dada pela predisposição à intersubjetividade e ao diálogo, e, conseqüentemente a sua pedagogia é a comunicação (MENDES, 1996, p. 252).

A intersetorialidade é uma estratégia política complexa, cujo resultado na gestão de uma cidade é a superação da fragmentação das políticas nas várias áreas onde são executadas. Remete ao conceito/ideia de rede, cuja prática requer articulação, vinculações, relações horizontais entre parceiros e interdependência de serviços para garantir a integralidade das ações (PAIM, 2009a). Ainda segundo o autor, a intersetorialidade possibilita o estabelecimento de espaços compartilhados de decisões entre instituições e setores do governo, estabelecendo parcerias tanto na formulação e implementação como no acompanhamento e avaliação das políticas públicas, tendo em vista a melhoria dos níveis de saúde e qualidade de vida da população.

No âmbito da Saúde, o debate sobre intersetorialidade associa-se aos discursos em torno da Promoção de Saúde, no marco dos Determinantes Sociais da Saúde. No que diz respeito à Promoção da Saúde, cabe destacar o debate desencadeado com a 1ª Conferencia Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Montreal, Canadá, em 1986, cujo relatório define Promoção da Saúde como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (WHO, 1986). E a histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde, que em 1986 já propunha um conceito ampliado de saúde como expressão das formas da vida social, a ser promovida mediante políticas públicas de educação, moradia, alimentação, emprego e renda, em busca de justiça social e equidade.

Mais recente, a 8ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em Helsinque, em 2013, traz em sua declaração “Saúde em Todas as Políticas”. Ressalta que as políticas elaboradas em todos os setores podem ter um efeito profundo sobre a saúde da população, bem como na equidade. Enfatiza que a discussão sobre saúde não é apenas uma responsabilidade do setor saúde, é uma questão política mais ampla (WHO, 2013).

Ao realizar uma revisão da literatura internacional¹ sobre intersectorialidade, nota-se que o tema tem sido abordado sob a ótica dos Determinantes Sociais, por entender que estes exercem grande influência no estado de saúde das populações e na perspectiva da Promoção da Saúde (O'NEILL et al., 1997; GILIES, 1998; JACKSON et al., 2007; EVCI KIRAZ et al., 2012). Para estes autores, a questão saúde necessita de abordagens intersectoriais para a implementação de mudanças sociais abrangentes e sustentáveis. Desse modo, o estabelecimento de parcerias ou alianças na construção de políticas públicas contribui no combate aos problemas de saúde e na melhoria das condições de vida. Portanto, a ação sobre os Determinantes Sociais extrapola o setor saúde e requer uma atuação de forma integrada de diferentes setores e áreas do conhecimento a fim de promover melhoria não só nos indicadores de saúde, como também nos indicadores sociais.

De acordo com Buss (2000), a saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, de habitação e saneamento, boas condições de trabalho, oportunidades de educação ao longo de toda a vida, ambiente físico limpo, apoio social para famílias e indivíduos, estilo de vida responsável e um espectro adequado de cuidados de saúde. Por esta razão, a proposta da intersectorialidade é concebida como ferramenta operacional que extrapola os limites setoriais, tornando-se uma iniciativa na construção de políticas públicas saudáveis.

A intersectorialidade em saúde, portanto, 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). Significa adotar uma perspectiva global para a análise da questão da saúde, e não somente do setor saúde, incorporando o maior número possível de conhecimentos sobre outras áreas das políticas públicas (BUSS, 2000).

Na busca para encontrar melhores resultados das intervenções intersectoriais, há um consenso na literatura acerca do envolvimento popular no processo de planejamento e na tomada das decisões. A definição de estruturas que facilitam o planejamento e os processos decisórios, tais como conselhos e comissões locais,

¹ Pesquisa realizada nas bases Lilacs, Medline e PubMed com os descritores: Intersectoral actions, Intersectoriality e Intersectoral policies.

são fatores fundamentais de sucesso das alianças ou parcerias para a Promoção da Saúde (GILLIES, 1997; EVCI KIRAZ et al., 2012; SPIEGEL et al., 2012). Segundo os autores, as políticas nacionais podem facilitar essa colaboração, mas apenas a ação local pode fazer a sinergia acontecer.

No que diz respeito às experiências de ações intersetoriais, Lima e Vilasbôas (2011) ressaltam que há pouco conhecimento acumulado sobre experiências relacionadas às práticas intersetoriais, como também insuficiência de estudos empíricos sobre ações intersetoriais vinculadas a problemas de saúde. O movimento das cidades saudáveis² acumulou algumas experiências de intervenções intersetoriais, sendo estes alvos de alguns estudos acadêmicos.

Dentre os poucos estudos sobre intersectorialidade encontrados na literatura nacional, destaca-se o de Magalhães e Bodstein (2009) que discute os fatores que podem potencializar práticas intersetoriais, considerando que aspectos ligados às redes de mobilização social, perfil dos atores envolvidos, tipos de incentivos e níveis de integração institucional são elementos cruciais em programas e iniciativas articuladoras de propostas intersetoriais.

Já Ferreira (2005) utiliza como categorias analíticas o poder, as políticas de saúde e as instituições para o estudo das ações intersetoriais realizadas em um Programa de Redução da Mortalidade na Infância. Não o bastante, a autora recorre a outras categorias como governo, estratégia, situação, política e atores sociais para melhor compreensão do processo intersectorial. Identifica como obstáculos à prática intersectorial, as características do poder local, com práticas patrimonialistas e clientelistas, disputas e conflitos entre as diversas forças atuantes, como também pequeno grau de envolvimento e participação dos diversos setores. Achados similares foram encontrados por Nobre (2003), onde observa que a intersectorialidade mostrou-se de fato um espaço de exercício de poderes e de interesses por vezes conflitantes.

² A proposição das cidades saudáveis ocorreu a partir das discussões realizadas durante a 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em Ottawa, Canadá, no ano de 1986. A Organização Mundial de Saúde define cidade saudável como sendo aquela que articula um grande conjunto de seus atores sociais, ou seja, governo, partidos políticos, instituições públicas e privadas, sindicatos, associações, ONGs, famílias e indivíduos, objetivando a orientação de suas ações direcionadas à produção coletiva da saúde, que visa à construção de uma rede de solidariedade com o objetivo comum de melhorar a qualidade de vida da população da cidade (WHO, 1986).

Os estudos de Fernandes (2005) e Santos (2011) sobre a intersetorialidade na gestão de programas em âmbito municipal apontam que os gestores têm uma noção “vaga” do conceito, observando que, na prática, a ação intersectorial se dá pela justaposição de ações dos distintos setores, demandando, portanto, um melhor planejamento e gestão.

Além de estudos acadêmicos, pode-se destacar o conteúdo do relatório elaborado pela Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) em 2008, segundo o qual a ação intersectorial implica não apenas uma agregação formal de órgãos responsáveis, mas a definição de objetivos claros da ação e atribuições de atividades e responsabilidades. No relatório, recomenda-se que seja dada prioridade às ações intersectoriais relacionadas à promoção da saúde na infância e adolescência e ao fortalecimento das redes de municípios saudáveis já existentes no país, e propõe o fortalecimento de duas estratégias da promoção da saúde, experimentadas com sucesso em diferentes contextos: as escolas promotoras da saúde e os ambientes de trabalho saudáveis.

Na perspectiva da ação intersectorial, no ano de 2007, através do Decreto Presidencial nº 6.286 foi lançado nacionalmente o Programa Saúde na Escola (PSE) (BRASIL, 2007), cuja proposta é ampliar as ações de saúde aos alunos da rede pública de ensino, articulando as redes públicas de saúde e de educação básica.

Segundo o decreto, o programa tem por finalidade contribuir para a formação integral dos estudantes da Rede pública da Educação Básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde. Constitui-se como uma estratégia para a integração e a articulação permanente entre as políticas e ações da Educação Básica e da saúde.

A gestão e a execução do PSE são atribuições dos setores da educação e da saúde e além desses, prevê também a participação de outros setores e atores conforme a organização de cada território. A integralidade, a territorialidade e a intersetorialidade são os princípios que fundamentam o programa.

Ao realizar uma breve pesquisa sobre a historicidade da saúde na escola no Brasil e analisando as ações que envolveram estes dois setores, verifica-se que, ao longo da história, os caminhos e descaminhos percorridos na relação entre saúde e educação nem sempre tiveram a intersetorialidade enquanto estratégia de ação.

Segundo Lima (1985), as primeiras interferências do Estado brasileiro em relação à questão da saúde nas escolas ocorreram a partir de 1850 por meio da

tentativa das elites em controlar as diversas epidemias no Rio de Janeiro. E a escola era apenas mais um lugar onde se reunia gente e que precisava ser fiscalizado, igualando-se a outros locais onde isso acontecia. O pensamento dominante no início do século XX influenciou também a educação, já que considerava a falta desta responsável pelas adversidades da sociedade, negando as consequências das desigualdades sociais que acarretavam condições de vida precárias (SUCUPIRA, 2003).

Nossa hipótese é de que a saúde escolar, em suas origens, fez parte de um movimento mais amplo de ideias e práticas, para cá transplantados por intelectuais dos inícios da República, representando uma ideologia de modernização, racionalização e moralização (LIMA, 1985 p. 77).

A educação ou a instrução de condutas era vista como solução dos males que atingiam a sociedade, entretanto, desconsideravam a desigualdade social e toda estrutura da sociedade que dificultava oportunidades para as classes menos favorecidas. Esta postura reduzia questões sociais ou as camuflava como simplistas não favorecendo a alteração da ordem social, o que também pode ser identificado nos dias atuais (VILLARDI, 2011). De acordo com Sucupira (2003) e Villardi (2011), os princípios higienistas foram incorporados nas práticas de saúde direcionadas aos escolares, visando alcançar um ambiente saudável por meio da valorização de indivíduos considerados sadios, excluindo os vistos como doentes, fracos e os que não aprendiam, sendo a exclusão a marca da escola e da assistência à saúde do escolar.

A história da saúde no ambiente escolar seguiu fases ou doutrinas distintas como a polícia médica ou higienista, o biologicismo e o sanitarismo (LIMA, 1985; LEVORLINO, 2000). No final da década de oitenta, surge a Escola Promotora de Saúde (LEVORLINO, 2000; VALADÃO, 2004).

Na visão higienista, era a pobreza, a miséria das crianças, das camadas populares baixas que não lhes permitiam ter boas condições de higiene e não lhes possibilitavam uma boa saúde (SUCUPIRA, 2003). Não muito diferente, na visão biologicista, os alunos não eram capazes de aprender ou de ter um bom rendimento escolar devido a fatores orgânicos ou biológicos, na tentativa de justificar o insucesso escolar enquanto uma patologia orgânica (LEVORLINO, 2000).

No século XX, a escola passou a ser uma instituição especialmente focalizada para práticas de educação em saúde, além de espaço destinado à realização de diversos programas de assistência à saúde dos escolares (PRETTI, 1983;

CONCEIÇÃO, 1994; VALADÃO, 2004). Ao mesmo tempo, corresponde a um período em que houve grande expansão dos sistemas de ensino para as camadas populares.

As ações de saúde na escola foram ao longo dos tempos sendo realizadas sob a ótica da doença, sem discussão e ação de maior amplitude que impactasse nas condições de saúde dos estudantes. No espaço escolar, o saber teórico e prático sobre saúde e doença foi sendo construído de acordo com o cenário ideológico da época e as questões sobre saúde abordadas com base no referencial teórico de cada momento (VALADÃO, 2004; GONÇALVES, 2008). Desse modo, a educação em saúde tem sido pouco efetiva para provocar mudanças de atitudes que levam a opções mais saudáveis de vida, uma vez que, na quase totalidade das ações, a saúde não foi vista como uma construção social, produzida por diferentes atores em diferentes cenários e contextos (BRASIL, 2008; FIGUEIREDO, 2010).

A estratégia de Escolas Promotoras de Saúde (EPS) surgiu, então, como proposta de mudança conceitual e metodológica que incorpora o conceito da Promoção de Saúde envolvendo a escola. Trata-se de uma iniciativa da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) que induz atividades intersetoriais entre a instituição educativa, o setor saúde e a comunidade, com identificação das necessidades locais e linhas de enfrentamento (LEVORLINO, 2000; BRASIL, OPAS, 2007).

O objetivo da EPS é transformar os espaços escolares em ambientes saudáveis, incentivando práticas inovadoras de educação em saúde, fortalecendo a capacidade dos setores para promover a saúde, o bem estar e a qualidade de vida dos membros da comunidade escolar e do território no qual a escola encontra-se inserida. Suas diretrizes baseiam-se nos princípios da ação interdisciplinar, intersetorial, interinstitucional e participação comunitária, priorizando práticas de Promoção da Saúde.

A construção de ambientes escolares saudáveis, com ênfase na Promoção da Saúde, articulação entre os setores saúde e educação e o desenvolvimento da educação com vistas para o exercício da cidadania são ações previstas em documentos oficiais do Ministério da Educação (MEC), tais como a Lei de Diretrizes

e Bases da Educação³ (LDB), os Parâmetros Curriculares Nacionais⁴ (PCN) e o novo Plano Nacional de Educação⁵ (PNE) decênio 2011-2020.

Para tanto, constitui-se em um desafio atual para o campo da educação e da saúde promover a articulação de diferentes setores e a interação e mobilização de distintos saberes para superar seus desafios e expandir suas fronteiras de ação.

O PSE indica a articulação intersetorial entre as ações da Educação Básica às ações da Atenção Básica de saúde, por meio dos profissionais das unidades escolares e das unidades básicas de saúde (equipe da atenção básica)⁶, em especial, equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF).

No SUS, considerando seus princípios e diretrizes, e a necessidade de reorganizar o sistema, aposta-se na ESF enquanto um modelo essencial e potente para a reorganização da Atenção Primária, sendo esta a coordenadora e ordenadora do sistema de saúde. Prevê um investimento em ações individuais e coletivas e reconstrução das práticas de saúde a partir da interdisciplinaridade, integralidade, equidade e da ação intersetorial em um dado território (BRASIL, 2011a). Por sua vez, de acordo com LDB, é função da educação promover o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem com vistas à aquisição de atitudes e valores em que se fundamenta a sociedade e a compreensão do ambiente natural, social e político a qual ele está inserido (BRASIL, 1996).

Uma das diretrizes explicitadas pelo PSE é justamente a de promover a articulação de saberes através da participação dos educandos, pais, professores e sociedade em geral na construção e controle social das políticas públicas da saúde e da educação.

As ações do PSE, em todas as dimensões, devem estar inseridas no Projeto Político Pedagógico (PPP) da escola, levando-se em consideração o respeito à

³ Lei de Diretrizes e Bases da Educação (lei 9.394/96) define que um dos princípios e fins da educação é o pleno desenvolvimento do educando, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho inspirado nos princípios de liberdade e nos ideais da solidariedade humana.

⁴ Parâmetros Curriculares Nacionais para os Ensinos Fundamental e Médio definem que a saúde no ambiente escolar deve ser trabalhada de forma transversal, adota o conceito de Promoção da Saúde definido pela OMS.

⁵ Plano Nacional de Educação (PNE) decênio 2011 - 2020 possui entre seus objetivos e metas, a articulação entre saúde e educação, destacando-se as propostas de ampliar programas e aprofundar ações de atendimento ao estudante, em todas as etapas da educação básica, bem como promover a articulação dos programas da área da educação, de âmbito local e nacional, com os de outras áreas como saúde.

⁶ As equipes de atenção básica que são parametrizadas - aquelas que detêm um conjunto de parâmetros equivalentes a ESF, como núcleos mínimos de profissionais que compõem as equipes e a carga horária de trabalho (BRASIL, 2011) - podem participar do PSE.

competência político-executiva dos Estados e Municípios, à diversidade sociocultural das diferentes regiões do país e à autonomia dos professores e das equipes pedagógicas (BRASIL, 2011b).

Do ponto de vista normativo, ou seja, considerando documentos como o decreto presidencial (6.286/07), as portarias que regulamentam o PSE (1.861/08; 3.146/09; 3.696/10; 1.911/11; 1.413/13) (BRASIL, 2010, 2011c, 2013a) e os instrutivos dos anos 2011 e 2013, (BRASIL, 2011b, BRASIL, 2013b) que orientam o desenvolvimento do programa, são três os seus componentes estruturantes, com ações consideradas essenciais e optativas, devendo estas últimas adequar-se à realidade de cada território.

- a) Componente I – Avaliação das condições de saúde - as atividades indicadas neste componente são: avaliação antropométrica, atualização do calendário vacinal; detecção precoce de hipertensão arterial sistêmica; detecção precoce de agravos de saúde negligenciados; avaliação oftalmológica; avaliação auditiva; avaliação nutricional; avaliação da saúde bucal e avaliação psicossocial.
- b) Componente II – Promoção da Saúde e Prevenção de agravos – o programa assinala que as estratégias de Promoção da Saúde devem ser abordadas a partir dos temas destacados como prioritários para implementação da promoção e da prevenção de doenças e agravos no território. Diante disso, aponta as seguintes atividades: ações de segurança alimentar e promoção da alimentação saudável; promoção das práticas corporais e atividade física nas escolas; saúde e prevenção nas escolas: educação para a saúde sexual, saúde reprodutiva e prevenção das DST/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.
- c) Componente III – Formação - o processo de formação dos gestores e das equipes de educação e de saúde que atuam no PSE é um compromisso das três esferas de governo e deve ser trabalhado de maneira contínua e permanente.

Dentre as ações de formação propostas estão:

- a) formação do Grupo de Trabalho Intersectorial (GTI) - Formação permanente, que se dá por meio de oficinas, de ensino à distância e apoio institucional da esfera federal aos estados e municípios e dos estados aos municípios.
- b) formação dos profissionais da educação e da saúde nos temas relativos ao PSE - consiste na realização de atividades de educação permanente de diversas naturezas, com os professores (as), merendeiros (as), agentes comunitários de saúde, auxiliares de enfermagem, enfermeiros (as), médicos (as), dentistas e outros profissionais das escolas e das equipes de saúde, em relação aos vários temas de avaliação das condições de saúde, de prevenção e Promoção da Saúde.

Em nível federal a gestão do PSE é realizada conjuntamente pelos Ministérios da Saúde e da Educação, através do Grupo de Trabalho Intersectorial Federal (GTI-F). Em nível estadual e municipal a gestão é realizada obrigatoriamente pelas secretarias da saúde e da educação, e preferencialmente com outros setores e atores, sendo uma gestão intersectorial que deverá conformar um Grupo de Trabalho Intersectorial Estadual (GTI-E) e Municipal (GTI-M), respectivamente.

Entre as atribuições do Grupo de Trabalho Intersectorial municipal, destacam:

- a) garantir os princípios e diretrizes do PSE no planejamento, monitoramento, avaliação e gestão do recurso financeiro.
- b) articular para a inclusão dos temas relacionados às ações do Programa Saúde na Escola nos projetos político pedagógicos das escolas;
- c) definir as escolas federais, estaduais, municipais e creches a serem atendidas no âmbito do PSE, considerando as áreas de vulnerabilidade social e os territórios de abrangência das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF);
- d) possibilitar a integração e planejamento conjunto entre as equipes das escolas e as equipes de Atenção Básica (AB);
- e) subsidiar a assinatura do Termo de Compromisso pelos secretários municipais de educação e saúde, por meio do preenchimento das metas e do plano de ação nos sistemas de monitoramento;
- f) garantir o preenchimento dos sistemas de monitoramento do programa pelas escolas e pelas equipes de saúde;

g) garantir que os materiais do PSE, enviados pelo Ministério da Educação, sejam entregues e utilizados de forma adequada pelas equipes de Atenção Básica e Equipes das Escolas.

O Termo de Compromisso que refere a alínea “e” é um termo firmado entre os gestores da saúde e da educação, no qual consta metas de ações a serem desenvolvidas e quantitativo de educando a ser contemplado de acordo com as condições de operacionalização de cada município.

O PSE inova ao propor a ação intersetorial como estratégia de alcance dos seus objetivos, no entanto, não deixa explícitas as atribuições e responsabilidades de cada setor. Avança ao propor ações de Promoção da Saúde na escola, contudo retrocede ao associar as ações de promoção à prevenção.

A intersetorialidade enquanto estratégia importante para a efetividade das políticas públicas tem sido também descrita como elemento fundamental para a mudança no modelo de atenção e reorganização da atenção à saúde. Considerando que a ação intersetorial é um dispositivo de gestão e execução do Programa Saúde na Escola, a presente pesquisa traz a seguinte pergunta de investigação: **Como a intersetorialidade tem sido implementada no Programa Saúde na Escola?** A pesquisa se processa a partir de um estudo de caso, em um município considerado como exitoso na condução do PSE. O estudo é caracterizado a partir de dois níveis, um voltado para o processo político-gerencial e outro voltado para os processos de trabalho envolvidos no cotidiano do Programa.

O trabalho justifica-se na medida em que há poucas experiências concretas e estudos empíricos publicados que tratam da articulação intersetorial, em especial entre os setores da saúde e da educação, bem como ausência de estudos avaliativos e analíticos do programa em questão. E ainda, do ponto de vista sócio-sanitário poderá contribuir com a discussão sobre mudança de modelo de gestão para melhoria das práticas tendo em vista melhores níveis de saúde e cidadania.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Analisar a ação intersetorial entre saúde e educação utilizadas no processo de implementação do Programa Saúde na Escola.

2.2 ESPECÍFICOS

- 1) Identificar as concepções de intersetorialidade dos diversos atores envolvidos;
- 2) Caracterizar e analisar os processos político-gerenciais relacionados com a ação intersetorial saúde-educação;
- 3) Caracterizar e analisar os processos de trabalho desenvolvidos pelos profissionais da saúde e da educação na execução do Programa Saúde na Escola.

3 METODOLOGIA

3.1 ELEMENTOS CONCEITUAIS

Ao realizar a discussão sobre intersectorialidade, faz-se necessário revisar alguns conceitos formulados por autores que discutem a inserção de práticas intersectoriais na gestão e na execução das políticas públicas enquanto elementos fundamentais para o êxito destas.

Não é pretensão desse estudo fazer uma discussão ampla acerca das relações entre sujeitos, setores e instituições. Neste sentido, a intersectorialidade é discutida a partir dos enfoques conceituais mobilizados por um conjunto de autores que contribuem para a elucidação de suas principais definições e categorias, especialmente sobre a intersectorialidade (JUNQUEIRA, 1998, 2000), o processo político-gerencial (TESTA, 1995; TEIXEIRA, 2006) e os processos de trabalho em saúde (MENDES-GONÇALVES, 1994; PAIM, 2003, 2006).

Ainda como aporte conceitual, foi desenvolvido modelo lógico do Programa Saúde na Escola (apêndice A) tendo em vista a identificação de seus objetivos, métodos, ações e resultados pretendidos, diante da proposta da intersectorialidade.

3.1.1 Intersectorialidade: mobilização de setores, de sujeitos e de saberes

A intersectorialidade tem sido defendida como iniciativa de oposição à fragmentação das políticas sociais. As discussões em torno dos seus significados e atribuições são vastas e ao mesmo tempo genéricas. Para Feuerwerker e Costa (2000), a intersectorialidade representa a articulação entre sujeitos de setores sociais diversos e, portanto, de saberes, poderes e vontades diversos, para enfrentar problemas complexos, sendo uma maneira de trabalhar, governar e construir políticas públicas que possibilita a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais.

A intersectorialidade também é referida como perspectiva para complementaridade de setores e integração de práticas profissionais. Como complementaridade é atribuída à ideia de articulação dos setores, uma vez que os problemas sociais são complexos e dinâmicos, as prioridades dos setores devem ser definidas com base nas necessidades da população, que requer ações articuladas dos diversos segmentos sociais, visando efeito sinérgico das diversas políticas sobre os problemas (JUNQUEIRA, INOJOSA, KOMATSU, 1997).

Junqueira (1998) acrescenta que a intersectorialidade é entendida não apenas como um conceito que engloba somente as dimensões das políticas sociais, mas também a sua interface com outras dimensões de uma cidade, como sua infraestrutura, o ambiente, sua organização e a maneira como ocorrem as relações entre os diversos segmentos sociais. Exige, portanto, uma nova conformação organizacional dos distintos setores.

O fazer intersectorial não nega a setorialidade; neste contexto, a concepção de síntese é ressaltada como caminho na construção de objetivos comuns e ações convergentes. Assim, os setores devem construir entre si processos de diálogos e de consensos (MENDES, 1996).

“A ação intersectorial implica tomar problemas concretos, de gentes concretas, em territórios concretos” (MENDES, 1996, p.94). Requer a intervenção nos problemas a partir de um território. Com efeito, diante da complexidade dos problemas sociais, as práticas intersectoriais possibilitam abordagens integradas, considerando a totalidade das necessidades e as soluções que visam a uma vida com qualidade (JUNQUEIRA, 2004).

O trabalho intersectorial implica necessidade de conexão com diferentes saberes, conhecimentos e práticas. Desse modo, requer pontos de contatos e de entendimentos. Nas práticas intersectoriais também é atribuída à ideia de trabalho em rede (JUNQUEIRA, 2000, 2004). Nela deve haver articulação, vínculos, ações complementares, relações horizontais e interdependência de serviços.

Nas redes, os objetivos são definidos coletivamente, existindo a articulação de pessoas que se comprometem a superar de maneira integrada os problemas sociais (JUNQUEIRA, 2000). Desta forma, a concepção da intersectorialidade atrelada à ideia de rede pressupõe que os diferentes setores e atores correspondam a unidades de ligação, estabelecendo pontos de contatos comuns, e desenvolvam ações que se complementam e convergem para busca de resultados integrados e satisfatórios.

Ao estabelecer parcerias entre diferentes setores e sujeitos, a intersectorialidade deve estabelecer não só o compartilhamento de conhecimentos, mas compromissos e responsabilidades, o que permite agregar ações rumo à integralidade. Assim, o desafio colocado para ela estar na gestão das políticas públicas, bem como no plano das práticas profissionais (JUNQUEIRA, 2004; MENDES, 2006).

Na área da educação, a intersectorialidade é pouco debatida, no entanto está associada à noção de parceria. 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, 2012a), visto que a consolidação de uma educação de qualidade como direito de todos os cidadãos é um objetivo não somente do governo, mas de toda a sociedade.

A saúde corresponde a um dos campos do conhecimento que mais tem discutido e defendido a intersectorialidade na constituição das políticas públicas. O conceito proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) define que “ações intersectoriais em saúde correspondem a uma relação reconhecida entre uma ou várias partes do setor saúde com uma ou várias partes de outro setor que se tenha formado para atuar em um tema visando a alcançar resultados de saúde (ou resultados intermediários de saúde) de uma maneira mais efetiva, eficiente ou sustentável do que poderia alcançar o setor saúde agindo por si só” (OMS, 1997, apud TEIXEIRA e PAIM, 2000 p. 64).

Apesar de a OMS adotar a intersectorialidade em saúde como uma ação de setores diversos voltada para resultados em saúde, o que constitui como um paradoxo devido ao conceito amplo da saúde, outros autores do setor ressaltam a estreita relação entre a intersectorialidade e a Promoção da Saúde, considerando os Determinantes Sociais que incidem sobre o processo saúde-doença-cuidado.

A concepção ampla da saúde possui clara evidência de que esta não pode ser promovida por um único setor, ao contrário, é diretamente dependente de uma série de necessidades sociais, por isso demanda uma ação intersectorial (BUSS, 2000; ANDRADE, 2006). A intersectorialidade tem sido também atrelada como uma forma de prover melhoria na qualidade de vida, uma vez que a qualidade/condições de vida afeta a saúde e esta influencia fortemente a qualidade de vida (BUSS, 2000).

Muito embora as definições acerca da intersectorialidade tenham uma abordagem genérica, por vezes voltadas para a necessidade de cada setor, há uma convergência no entendimento que ela não corresponde a um fim em si, ao contrário, é um meio, dá-se em processo, um processo para viabilização de uma política, de uma ação. Portanto, corresponde a uma possibilidade de construir uma visão da complexidade dos problemas, tendo como requisito o aporte de diferentes acúmulos setoriais (JUNQUEIRA, 1998, 2000).

Compreende-se que a intersetorialidade não deve estar dissociada da teoria e prática, entre quem formula e planeja e quem executa, necessitando haver convergência entre os processos de gestão, de execução e de avaliação adotados. Assim, a utilização do princípio da intersetorialidade deve ser uma condição necessária para o desenvolvimento das políticas públicas.

Para tanto, a intersetorialidade é compreendida como a articulação entre diferentes setores e atores, compartilhamento de poderes e de saberes com o objetivo de atuar de forma integrada sobre os problemas e demandas em busca da melhoria na qualidade de vida (BUSS, 2000; JUNQUEIRA, 2000).

3.1.2 Processos político-gerenciais intersetoriais: processos decisórios e mobilização de recursos

Miller et al. (2012) afirmam que as decisões são necessárias a qualquer organização, a um grupo de pessoas ou a um indivíduo. As decisões são tomadas a fim de acontecerem os processos “produtivos”. Os autores enfatizam que a tomada de decisão pode ser vista como o foco da atividade política, como um pré-requisito funcional para a eficácia de uma organização ou um grupo e como pilar da atividade política e do conflito entre grupos, em que jogos de poder são disputados numa arena.

Pelo viés da intersetorialidade, objetivos, saberes, experiências e poderes devem ser articulados e compartilhados no planejamento, realização e avaliação de ações, com o objetivo de alcançar resultados mais satisfatórios nas políticas públicas (JUNQUEIRA, 2004; ANDRADE, 2006). Logo, a participação de vários segmentos setoriais, sendo esses representados por pessoas, implica a participação de diferentes sujeitos, e por consequência, com diferentes poderes. Desta forma, o processo decisório na arena intersetorial depende do compartilhamento de poder, de responsabilidades e de compromissos.

Segundo Riviera e Artman (2010), a intersetorialidade enquanto uma estratégia de ação deve ser trabalhada com um enfoque multidisciplinar, não uma mera justaposição de atividades referentes a vários setores, devendo haver a predisposição para o diálogo, relações horizontais, em outros termos, compartilhamento de poder.

A estrutura de poder⁷ em determinado agrupamento é uma característica importante. Bobbio (1999) afirma que o poder não reside numa coisa, mas se apresenta como uma relação entre pessoas, como um poder social. Ademais, sendo o poder uma dimensão existente nas relações sociais, ele pode ser entendido como capacidade. Neste caso, capacidade de decidir e de mobilizar.

Os diferentes atores relacionam-se em cenários em que as contradições e os conflitos estabelecidos nas relações são constituintes das relações de poder⁸ (TESTA, 1995), e tais contradições e conflitos deve ser evidenciados e analisados. Para este autor, o exame dos espaços de atuação dos atores sociais deve localizar os problemas e analisar as estratégias concretas para o seu enfrentamento (institucionais, programáticas e sociais). Portanto, o poder pode ser caracterizado como capacidade de manipulação de recursos, de informação, de interesses nas mãos de algumas pessoas, grupo social ou instituição, e o recurso de poder como sendo um aspecto instrumental do manejo do poder, recursos para o exercício desta capacidade a partir de diversas formas de conhecimento.

Testa (1995) tipifica o poder no espaço setorial da saúde em técnico, administrativo e político, em razão das equivalências entre recursos disponíveis e empregados, âmbitos onde se desenvolvem a (inter) ação e os resultados alcançados.

Quadro 1 - Os poderes técnicos, administrativos e político e suas capacidades, de acordo com Testa (1995).

Poder Técnico	Capacidade de gerar, aceder, aprovar e manipular conhecimentos e informações de características distintas, tal capacidade pode operar em vários âmbitos.
Poder Administrativo	Capacidade de apropriação e alocação de recursos.
Poder Político	Capacidade de mobilizar grupos sociais em demanda ou reclamação de suas necessidades e interesses.

Pode inferir que tais poderes refletem também no campo da educação, onde a divisão técnica do trabalho segue os mesmos pressupostos da saúde.

⁷ Embora seja uma categoria central nos debates que envolvem a intersectorialidade, para fins desse trabalho, o poder aqui é tomado como uma categoria transversal, um aporte complementar.

⁸ Testa (1995) refere-se ao poder setorial da saúde, no entanto, aqui se arrisca generalizar para outros setores.

Na perspectiva do poder (técnico, administrativo e político) proposto por Testa (1995), para tomar decisões e mobilizar recursos é necessário a conjugação dessas modalidades de poder entre os distintos setores e atores.

É importante considerar que no espaço intersetorial o processo de tomada de decisão exige a capacidade de construção de consensos, uma vez que a decisão é compartilhada a partir de distintos olhares, distintos conhecimentos e experiências. No cenário que envolve a tomada de decisão, que deve ser negociada, segundo Artman (1993) é necessária a análise, explicação e leitura da realidade a partir do ponto de vista dos vários atores interessados e envolvidos na situação concreta, deve-se compreendê-los a partir de aspectos políticos, econômicos, ideológicos e culturais.

Na intersetorialidade a operacionalização da articulação entre setores e saberes pode ser entendida como o processo de planejamento conjunto, uma vez que, ao planejar em conjunto, pressupõe negociação de interesses e de conflitos com vistas a um objetivo comum. Neste sentido, Teixeira (2006a) afirma que a conjugação de ações intersetoriais exige o desenvolvimento de um processo de planejamento e programação que se constitua em um espaço de poder compartilhado e de articulação de interesses, saberes e práticas das diversas organizações envolvidas.

A autora considera o enfoque estratégico-situacional⁹ importante para subsidiar o desenvolvimento de processos de formulação, planejamento e execução de ações, uma vez que este enfoque pode vir a privilegiar a intersetorialidade das políticas, a integralidade das práticas e a participação social na gestão dos planos, programas e projetos de ação, incorporando métodos, técnicas e instrumentos que subsidiem a tomada de decisões.

Um dos desafios colocados ao planejamento, à organização e ao gerenciamento da ação intersetorial, diz respeito à conjugação de esforços de distintos setores visando à racionalização dos recursos existentes e a transformação das atividades desenvolvidas para que tenham maior efetividade e impactos sobre os problemas e necessidades sociais (TEIXEIRA, 2006b; TEIXEIRA e PAIM, 2000).

⁹ O Planejamento Estratégico Situacional, proposto por Carlos Matus, é um clássico do planejamento, prever momentos distintos nas etapas do planejamento, pois quem planeja deve estar dentro da realidade e ali coexiste com outros atores que planejam, atores sociais em situação de compartilhamento de poder.

Os diversos momentos sugeridos no enfoque situacional, desdobrados de acordo com as necessidades e demandas dos atores envolvidos, supõe o mapeamento dos atores e de suas posições diante dos problemas existentes e das soluções apresentadas. Dessa forma, é possível estabelecer um processo dinâmico e flexível de negociação e pactuação em torno de compromissos, responsabilidades e expectativas (TEIXEIRA, 2006a). Assim, a ação intersetorial envolve a definição de objetivos, articulação de órgãos e/ou setores, delineamento das ações, e mobilização de recursos de forma conjunta para a operacionalização das proposições, com determinação clara das atribuições e responsabilidades de cada sujeito/setor.

No desenho e implementação das estratégias de ação, Teixeira (2006a) acrescenta que as operações e as tecnologias a serem utilizadas na execução das ações podem contemplar, de acordo com a natureza dos problemas selecionados, um amplo conjunto constituído por ações de promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, assistência e recuperação, definidas em função da disponibilidade de oferta e possibilidade de integração entre os serviços de saúde e as ações desenvolvidas por outros setores nos diversos territórios, tendo em vista a melhoria das condições de vida e a elevação da capacidade individual e coletiva com relação à manutenção da saúde e defesa da vida.

De fato, a identificação dos problemas para atuação intersetorial é evidenciada na afirmação de Testa (1995), onde ressalta que, diante das necessidades sociais, os problemas de saúde, enquanto problemas sociais, só podem ser resolvidos a partir do social, pois a totalidade social não é divisível, não pode ser separada em partes. Não é possível modificar o social com propostas setoriais.

Conclui-se que a identificação dos problemas e das necessidades sociais, o poder compartilhado e o planejamento conjunto são as referências iniciais no exercício da tomada de decisão e mobilizações de recursos (financeiros, materiais e humanos) na busca de soluções articuladas e integradas com vista ao desenvolvimento de ações com maior efetividade.

A forma de gestão proposta pelo PSE, a partir do trabalho intersetorial, põe na arena o desafio de realizar decisões compartilhadas e mobilizar recursos conjuntamente a fim de viabilizar seus objetivos. Ao mesmo tempo, busca focar nas necessidades de saúde apresentadas pelo público alvo do programa. Todavia, o

PSE deve orientar não só a oferta de serviços assistenciais no ambiente escolar, mas mudanças de práticas no processo gerencial e na execução das ações, sendo importante dar maior ênfase nas ações de Promoção da Saúde e no empoderamento dos sujeitos.

3.1.3 Processo de trabalho em saúde e ação intersetorial

A compreensão da intersetorialidade como um dispositivo para articular setores e integrar práticas pressupõe a reorganização dos processos de trabalho, onde devem existir trocas de saberes e de experiências. Uma vez que os modos tecnológicos de intervenção em saúde (PAIM, 2009b) nos dias atuais ainda operam de forma setorial e fragmentada, necessitam, portanto, da articulação entre as medidas de promoção, prevenção e de assistência de forma a superar as iniquidades e agir sobre os determinantes sociais que incidem sobre a saúde.

Ao focalizar o processo de trabalho, tem-se o intuito de considerar as dimensões objetivas que podem ser atribuídas às práticas intersetoriais no caminho de intervir de forma sinérgica em problemas e demandas. Neste sentido, as contribuições de Schraiber et al. (1999) e Peduzzi (2001) ajudam na compreensão da dinâmica do processo de trabalho em equipe e as possíveis articulações técnicas. As autoras definem a articulação como resultante da intervenção ativa de cada agente dos distintos trabalhos envolvidos em dada produção do cuidado, no sentido de lidar com as conexões existentes.

Enquanto a articulação das ações trata de conectar diferentes processos de trabalho, visto que cada trabalho especializado constitui um processo peculiar com objetos e instrumentos, a interação entre os atores é considerada como a ação comunicativa que consiste, por parte de todos os envolvidos, na busca do entendimento e do reconhecimento recíproco de autoridades, saberes e autonomias técnicas.

As contribuições de Mendes-Gonçalves (1994) e Paim (2003, 2006) trazem a discussão em torno do trabalho em saúde e seus elementos constituintes. Mendes-Gonçalves (1994) concebe que a prática de saúde deve ser entendida enquanto um trabalho e como componente de uma prática social. Ou seja, é uma prática realizada por sujeitos para diferentes sujeitos, permeada por relações sociais. Enquanto um trabalho configura-se com elementos constituintes caracterizados pelo objeto a que se dirige uma determinada atividade com a

intenção de apreendê-lo, modificá-lo, em função de uma determinada finalidade. Além do objeto, o autor destaca também os instrumentos de trabalho, a atividade e as relações técnicas e sociais como elementos constituintes do processo de trabalho em saúde.

Paim (2006) admite que se pode analisar a prática em saúde desenvolvendo-se uma reflexão sobre a natureza e a especificidade de cada um dos seus componentes. Assim, o objeto das práticas de saúde é considerado a partir da concepção que se tem do processo saúde-doença-cuidado e sua determinação biológica ou social (PAIM, 2003). Ao considerar a saúde de forma ampliada, amplia-se também o objeto de apreensão.

Os instrumentos de trabalho são considerados os meios materiais e não materiais que são utilizados para apreensão, manipulação ou modificação do objeto. Para Mendes-Gonçalves (1994), os instrumentos são tecnologia de trabalho que precisam dar conta do caráter do objeto, tanto na sua apreensão quanto na sua transformação. Com o mesmo entendimento, Paim (2006) ressalta que mesmo que as necessidades sociais de saúde sejam reduzidas a problemas de saúde em populações, o saber epidemiológico e não a clínica representaria o meio de trabalho mais adequado para apreensão do objeto e sua explicação, mesmo que parcialmente.

A atividade, enquanto elemento constituinte do processo de trabalho é considerada como o trabalho propriamente dito. A atividade tão quanto o objeto é concebida a partir da concepção sobre saúde, onde se prevalecem e valorizam ações assistenciais, preventivas, reabilitadoras ou promocionais. Desta forma, o trabalho propriamente dito volta-se para o coletivo e para as necessidades de saúde (MENDES-GONÇALVES, 1994) ou para determinadas doenças e agravos.

Paim (2003) reforça a compreensão de que as práticas de saúde se apresentam como técnicas ou sociais. As relações técnicas se estabelecem entre agentes dessas práticas e o seu objeto, ou entre as diversas categorias dos agentes. E as relações sociais são ao mesmo tempo econômicas, políticas e ideológicas, estas últimas caracterizadas pelo domínio de certos saberes sobre outros ou até mesmo pela manipulação de valores culturais. As relações técnicas e sociais permeiam os elementos constituintes do processo de trabalho. Mendes-Gonçalves (1994) acentua, ainda, para a importância da compreensão das práticas de saúde, enquanto processo socialmente construído e determinado.

Nessa perspectiva, é esperado que os diferentes agentes/sujeitos que se articulam em uma ação intersetorial, as relações sociais construídas envolvam a horizontalidade, o(s) objeto(s) de intervenção deve dá conta das necessidades sociais e as atividades desenvolvidas entre as diferentes profissões e funções tenham impacto positivo rumo à qualidade de vida.

No que refere às ações de saúde na escola, as diferentes concepções e modos de pensar e intervir do campo da saúde e a organização do seu processo de trabalho influenciaram bastante as práticas de saúde nos mais diversos ambientes escolares, por vezes, seguindo os mesmos princípios e doutrinas de cada momento histórico. Desse modo, o objeto privilegiado dessas ações foi na quase totalidade o aspecto biológico do processo saúde-doença (LIMA, 1985; LEVORLINO, 2000; VALADÃO, 2004; SANTOS, 2005).

O quadro abaixo sistematiza as principais características das práticas de saúde no âmbito escolar desenvolvidas no Brasil ao longo dos anos.

Quadro 2 - Características das práticas de saúde na escola, desenvolvidas no Brasil ao longo da história.

Higiene Escolar	Biologicismo	Medicina escolar / preventivismo	Promoção da Saúde / Escolas Promotoras da Saúde
(1850) – Propunha medidas de asseio e higiene aos escolares, ênfase na instrução de condutas, dotava-se de técnicas e medidas intervencionistas.	(1950) – Ênfase nos aspectos biológicos (desnutrição, distúrbios, neurológicos, auditivos e visuais) como as causas pelo fracasso escolar. Ações voltadas para o diagnóstico e cura das doenças.	(1970) – Realização de exames físicos em massa, campanhas “educativas”. Atividades direcionadas para a prevenção de determinadas doenças.	(1990) - Desenvolvimento de ambientes escolares saudáveis, incentivo à participação comunitária, ações coletivas e intersetoriais voltadas para os Determinantes Sociais da Saúde.

Lima (1985); Levorlino (2000). Adaptado pela autora.

Apesar de em determinada época a Promoção da Saúde ter sido colocada como concepção fundamental na construção de escolas promotoras de saúde, talvez por um não envolvimento orgânico do setor educação (SANTOS, 2005; VILLARDI, 2011), as ações caminharam com um viés setorial.

As diferentes concepções de educação e de práticas pedagógicas com propostas, métodos e formas de ensinar peculiares a cada modelo de educação adotado não vislumbraram uma contraposição às ações de saúde na escola, as

quais foram, na maioria das vezes, construídas com uma visão biologicista e uma educação bancária¹⁰.

Todavia, como proposta, o campo da educação busca uma educação integral, considerando a totalidade do indivíduo em suas complexidades e necessidades (BRASIL, 2012a). O campo da saúde traz a integralidade como um princípio doutrinário (BRASIL, 2011b). Assim, o encontro entre esses dois campos pode transpor e superar modelos hegemônicos de educação e de práticas de saúde.

3.2 DELINEAMENTO DO ESTUDO

O presente trabalho consiste em uma pesquisa do tipo estudo de caso, de caráter exploratório e descritivo, realizado em um município situado na região Metropolitana de Salvador-Ba, o qual foi um dos primeiros municípios baianos a aderir e implantar o Programa Saúde na Escola.

3.2.1 Contexto do local da investigação

O Município escolhido para este estudo de caso foi o município “X” localizado na região metropolitana de Salvador-Ba.

A escolha do município justificou-se por:

- a) habilitar-se no Programa Saúde na Escola desde o seu início, ano de 2008;
- b) possuir 100% de cobertura da Estratégia Saúde da Família;
- c) possuir 100% das escolas públicas participantes do Programa Saúde na Escola;
- d) apresentar apreciação positiva do programa no município, colhida junto aos gestores na fase exploratória da pesquisa.

O Município “X” está a 56 km de distância da capital Salvador. Segundo dados do IBGE, no ano de 2012, a população estimada para o município foi de 41.527 habitantes. Distribui-se em uma área territorial de 633,198 Km² e possui densidade demográfica de 63,46 hab/km². A população residente na zona urbana corresponde a 74,2% e residente na zona rural corresponde a 25,8%. A população de 00 a 05 anos corresponde a 9,9%, de 06 a 14 anos corresponde a 16,4% e de 15

¹⁰ Na crítica a uma educação opressora, onde o saber não se constrói, Paulo Freire (2005, p. 67) afirma que na visão bancária da educação, o “saber” é uma doação dos que se julgam sábios, aos que julgam nada saber. Doação que se funda numa das manifestações instrumentais da ideologia da opressão – a absolutização da ignorância, que constitui o que se chama de alienação da ignorância, segundo a qual esta se encontra sempre no outro.

a 24 anos corresponde a 19,2%. Cerca de 10% da população com quinze anos ou mais não sabe ler nem escrever, correspondente a 3.424 pessoas (IBGE, 2010).

O Município possui produto interno bruto (PIB) per capita de 8.753,35 reais, o seu Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0,671 e o índice de Gini é 0,42 (IBGE, 2012).

O Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) divulgado pelo Ministério da Educação no ano de 2011, numa escala de 0 a 10 para as séries iniciais do Ensino Fundamental, no município “X” foi de 4.8 e nas séries finais 4.5, sendo este o maior IDEB entre os municípios da Região Metropolitana, superando a meta estabelecida pelo MEC (INEP, 2011). Para o Índice de Desenvolvimento do SUS (IDSUS) divulgado pelo Ministério da Saúde em 2012, numa avaliação que vai de 0 a 10, onde os menores escores representam piores condições, o município alcançou o índice de 5,26 (BRASIL, 2012b).

Nos aspectos relacionados aos serviços de saúde, o município possui 100% de cobertura da Estratégia Saúde da Família, com um total de treze unidades de saúde da família, com treze equipes de saúde da família cadastradas e implantadas no ano de 2013. Possui, ainda, duas unidades básicas tradicionais, uma unidade de pronto atendimento, um centro de especialidades odontológicas, um centro de atenção psicossocial e um hospital municipal (SCNES, 2013)¹¹.

Em relação às unidades educacionais públicas, o município possui duas creches municipais, vinte e sete escolas municipais e três escolas estaduais.

Em 2008, segundo os critérios¹² estabelecidos pelos Ministérios da Saúde e da Educação para adesão ao PSE, o município encontrava-se dentro dos critérios propostos, estando habilitado a participar do programa. Nesse mesmo ano, o município enviou projeto municipal de adesão ao PSE, o qual foi submetido e aprovado pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

A partir de 2011, a portaria Interministerial (1.911/11) atrelou a participação dos municípios no programa ao cumprimento de metas mínimas de ações a serem alcançadas e quantitativos mínimos de estudantes a serem atendidos. O município “X” alcançou as metas e quantitativos pactuados.

¹¹ SCNES. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?>. Acesso em: 05 dez. 2013.

¹² Em 2008, os critérios adotados para adesão ao PSE eram ter cobertura de 100% da estratégia de saúde da família e baixo IDEB (menor que 2,69) ou ter escolas em seu território participantes do programa Mais Educação. Em 2013 não há critérios de adesão ao programa, todo município passa a ser apto para aderir.

Na fase exploratória da pesquisa¹³ foi realizada visita ao município com a finalidade de conhecer o programa e os principais atores que o desenvolvem, obtendo-se as seguintes informações: a coordenação do programa é feita por técnicos das secretarias da saúde e da educação, sendo que em cada uma delas existe um coordenador geral; o grupo de trabalho intersetorial é composto por três representantes de cada uma das duas secretarias; os membros atuais do GTI integram a equipe desde 2011. Ainda, informações de que o PSE é bastante exitoso no município e após a implantação do programa, é notável a maior aproximação entre saúde e educação, com melhoria de alguns indicadores de saúde dos escolares.

Segundo os informantes, muitas das atividades realizadas com os escolares são estendidas aos pais, responsáveis e à comunidade em geral. Algumas equipes de saúde, assim como equipes das escolas, se destacam no desempenho das suas funções e no desenvolvimento do programa, estas equipes foram indicadas pelos gestores locais para participar da presente pesquisa.

No momento da visita ao município, o GTI estava em período de programação das ações para o ano de 2013, e aguardando a nova portaria interministerial do PSE para verificar as novas ações e metas propostas pelo programa. A referida portaria somente foi publicada no mês julho de 2013.

Cabe ressaltar a predisposição das pessoas que foram contactadas para informar sobre o programa, não hesitando em dar explicações sobre ele, responder às solicitações e questionamentos da pesquisadora, bem como mostraram-se entusiasmados para que a pesquisa fosse realizada no município.

A indicação das equipes de saúde da família e das escolas para participar da pesquisa foi feita por pessoas da educação e da saúde membros do GTI. O critério para seleção e escolha das equipes foi ter experiência exitosa, na visão dos gestores, na condução do PSE.

Para a escolha das escolas levou-se em conta aquelas com atividades bem articuladas com a unidade de saúde da área adscrita, exceto na indicação de uma escola da rede estadual de ensino, uma vez que inserir a mesma na pesquisa foi uma decisão da pesquisadora.

¹³ Como atividade de pré-campo, foi realizada visita ao município para verificar a viabilidade desta pesquisa.

Escolheu-se uma unidade de saúde localizada na sede e outra no litoral do município “X” por se tratar de realidades epidemiológicas, econômicas e sociais bem distintas, conforme afirmou a equipe gestora, além de informar que elas possuíam experiências de sucesso na execução do PSE.

As escolas indicadas pertencem à rede municipal de ensino. De forma complementar, houve a escolha de uma escola da rede estadual vinculada a uma das equipes de saúde estudadas, a fim de analisar também a relação estabelecida entre a equipe de saúde da família e a referida escola, considerando o fato de estar sob a gestão estadual, uma vez que isso poderia indicar maiores desafios para a operacionalização do programa.

3.3 CARACTERÍSTICAS GERAIS DO CASO EM ESTUDO: GTI, UNIDADES/EQUIPES DE SAÚDE E ESCOLAS

O município aderiu ao Programa Saúde na Escola no ano de 2008. Neste período, de acordo com os gestores, as duas secretarias se encontravam em processo de reestruturação, com novos secretários e com propostas de integração de diversas ações, tais como capacitação de profissionais e aproximação entre as secretarias a fim de viabilizar a condução de projetos em comum, entre outras. Todas as escolas municipais foram reformadas, assim como as unidades básicas de saúde, o que lhes conferiu uma adequação da sua estrutura física.

No ano de adesão ao PSE, elegeu-se um representante de cada secretaria (saúde e educação) para acompanhar o programa, os quais permaneceram até o ano de 2011. Segundo os gestores, para elaboração do projeto municipal do PSE (no período de adesão) foi realizada uma pesquisa a fim de identificar o perfil epidemiológico de cada localidade do município (sede, litoral e zona rural) e com o objetivo de identificar as principais necessidades de saúde dos escolares e das suas respectivas comunidades. Tal pesquisa contou apenas com a participação dos profissionais das unidades de saúde da família, contudo os resultados foram apresentados ao secretário da educação, tendo, assim, subsídio para construção do projeto municipal do PSE.

3.3.1 Grupo de Trabalho Intersectorial (GTI)

Os atuais membros do GTI estão desde 2011, sua conformação é paritária com três membros de cada secretaria, incluindo aí representantes dos profissionais das escolas e das USF. Na saúde a coordenação do PSE é realizada pelo subcoordenador da Atenção Básica. Participam ainda do GTI pela saúde a coordenadora da Atenção Básica e uma enfermeira representando as equipes de saúde da família. Na educação a coordenação é realizada pela coordenadora pedagógica do município e há dois professores representantes das escolas que também participam do grupo. Todos os participantes possuem nível superior. Os vínculos trabalhistas são cargos comissionados (coordenadores do PSE e da Atenção Básica), contrato temporário de trabalho (enfermeira) e estatutários (professores).

A conformação do GTI segue o desenho esquemático a seguir:

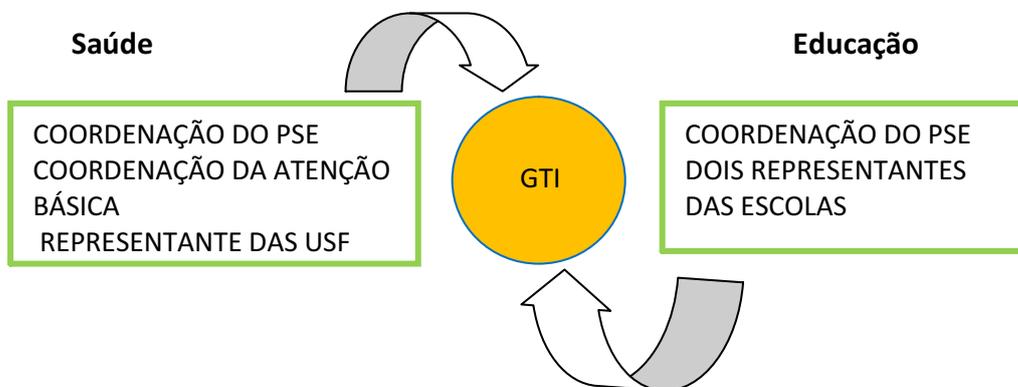


Figura 1 – Representação esquemática da conformação do GTI no município “X”.

3.3.2 Unidades/equipes de saúde e escolas

Para caracterização do processo de trabalho, são descritas algumas características das unidades de saúde, suas respectivas equipes e das escolas como forma de compreensão do contexto onde ocorreu a investigação.

A unidade de saúde da família A (USF A) está localizada em uma região do município chamada de Amado Bahia. Trata-se de uma região de transição entre a zona rural e urbana, contudo, no município sua identidade de localização está como pertencente à sede, ou seja, zona urbana. A USF A tem estrutura física adequada, contando com uma recepção com cadeiras, televisor, balcão de recepção, um consultório médico, um consultório de enfermagem, um consultório odontológico,

uma sala de vacina, uma sala de procedimentos, uma sala de reunião, uma copa/cozinha e uma área de serviço.

A equipe de saúde A (Equipe A) é composta por uma enfermeira, uma médica, uma cirurgiã-dentista, dez agentes comunitários de saúde e duas técnicas de enfermagem, além de dispor de duas recepcionistas, uma auxiliar de serviços gerais e um segurança. A equipe é responsável por uma população de aproximadamente 5.400 pessoas que estão cadastradas na USF A. A equipe é responsável por quatro escolas em sua área adscrita, todas elas municipais, o que corresponde a aproximadamente mil e quinhentos estudantes.

A escola A corresponde a uma unidade educacional que oferta da educação infantil até o 5º ano do Ensino Fundamental I, possui cerca de 281 alunos distribuídos nos turnos matutino e vespertino. A equipe escolar é formada por diretor, vice-diretor, coordenadora pedagógica, auxiliar de direção, secretário, dez professores e dois auxiliares de ensino. Compõem, ainda, o quadro sete auxiliares de serviços gerais. Na escola existe o programa Mais Educação¹⁴, que conta com quatro monitores para o seu desenvolvimento. A escola possui adequada estrutura física, com salas amplas, arejadas, biblioteca, laboratório de informática, refeitório, pátio para recreação e uma quadra poliesportiva. A escola possui IDEB de 5.4.

A unidade de saúde da família B (USF B) está localizada na zona litorânea do município, região denominada de Açú da Torre. A USF tem estrutura física adequada, contando com uma recepção com cadeiras, televisor, balcão de recepção, um consultório médico, um consultório de enfermagem, um consultório odontológico, uma sala de vacina, uma sala de procedimentos, uma sala de reunião, uma copa/cozinha e uma área de serviço.

A equipe de saúde B é composta por uma enfermeira, uma médica, uma cirurgiã-dentista, três agentes comunitários de saúde e duas técnicas de enfermagem. Ainda dispõe de duas recepcionistas, uma auxiliar de serviços gerais e um segurança. A equipe é responsável pelo acompanhamento de aproximadamente

¹⁴ O Programa Mais Educação é uma estratégia do MEC para induzir a ampliação da jornada escolar e a organização curricular na perspectiva da Educação Integral. As escolas que fazem a adesão ao programa podem optar por desenvolver atividades no campo da: educação ambiental; esporte e lazer; direitos humanos em educação; cultura e artes; cultura digital; promoção da saúde; comunicação e uso de mídias; investigação no campo das ciências da natureza e educação econômica.

4.800 pessoas que estão cadastradas na USF B. Possui em seu território adscrito três escolas, sendo duas municipais e uma estadual, perfazendo um total aproximado de dois mil alunos.

Escolas B - a unidade de ensino B oferta curso da Educação Infantil ao 9º ano do Ensino Fundamental e a modalidade de Educação de Jovens e Adultos. A escola funciona nos turnos matutino, vespertino e noturno e possui aproximadamente 860 alunos. O IDEB da escola para os anos iniciais do Ensino Fundamental em 2011 foi de 4.9 e para os anos finais 4.2.

A equipe escolar é formada por diretor, vice-diretor, assistente de direção, duas coordenadoras pedagógicas, secretário e trinta professores e ainda seis auxiliares de serviços gerais e uma merendeira. Na escola existe o programa Mais Educação, o qual conta com doze monitores para desenvolver atividades do programa (entre as atividades desenvolvidas está o programa de saúde). O programa Mais Educação tem a intenção de ampliar a jornada diária escolar dos alunos, no turno oposto aos das aulas, a escola opta por promover diversas atividades de caráter complementar às aulas, e/ou atividades artísticas e culturais, esportivas e ligadas à saúde, de acordo com a sua realidade e necessidade.

A escola possui uma sala adaptada com recursos didáticos para atender alunos com necessidades especiais. São ofertados atendimentos com psicólogos, fonoaudiólogos e psicopedagogos. Possui estrutura física adequada com salas amplas, ventiladas e arejadas, refeitório, padaria, biblioteca, sala de vídeo, laboratório de informática, pátio para recreação e quadra poliesportiva.

A escola BX está localizada no litoral do município "X" e pertence à gestão estadual. Oferta as modalidades de Ensino Médio regular, Educação de Jovens e Adultos e o Programa Nacional de Integração da Educação Profissional com a Educação Básica na Modalidade de Educação de Jovens e Adultos denominado de Proeja. Possui 948 alunos e funciona nos turnos matutino, vespertino e noturno.

A equipe escolar da escola BX é formada por uma diretora, dois vice-diretores, uma coordenadora pedagógica, uma secretária e vinte e oito professores. Possui ainda três auxiliares de serviços gerais, duas merendeiras e seis seguranças. A estrutura física é adequada, embora aspecto de velha. As salas são de tamanhos regulares, existe pátio de recreação, um amplo anfiteatro, biblioteca e laboratório de informática.

3.4 TÉCNICAS DE PRODUÇÃO DOS DADOS

Visando à apreensão de diversas possibilidades de produção dos dados, as informações foram coletadas por meio da utilização de um conjunto de fontes e técnicas, quais sejam a análise documental, as entrevistas semiestruturadas e a observação não participante, sendo feita, ao final, a triangulação do conjunto dos dados obtidos. Para Yin (2001) várias fontes de evidências permitem o desenvolvimento de linhas convergentes de investigação, estabelecendo validade e confiabilidade do estudo de caso.

A determinação do período de estudo vinculou-se à disponibilidade de acesso aos documentos, bem como à localização de informantes-chave, sendo adotado o período de 2011 a 2013 para realização da pesquisa. A pesquisa envolveu dois âmbitos: político-gerencial e processo de trabalho. Envolveu apenas os setores da saúde e da educação, sendo estes os responsáveis pela condução do programa. Segue detalhamento das técnicas de coleta de dados:

Análise documental - visou analisar a existência formal da intersetorialidade, do Grupo de Trabalho Intersetorial e do PSE. A relação completa dos documentos analisados encontra-se no apêndice B e a relação dos documentos solicitados e disponibilizados para análise encontra-se no quadro 3.

Quadro 3 – Relação de documentos solicitados e disponibilizados pela gestão.

Documento Solicitado	Documento disponibilizado
Plano Plurianual (2010 a 2013)	Sim
Plano Municipal de Saúde (2010 a 2013)	Sim
Plano Municipal de Educação* (em vigor)	Não (não existe)
Relatórios Anuais de Gestão da SMS (2009 a 2012)	Sim (apenas 2011 e 2012)
Relatórios Anuais de Gestão da SME (2009 a 2012)	Sim (apenas 2011 e 2012)
Programação anual da SMS (2009 a 2013)	Sim (apenas 2013, para os demais anos não foi disponibilizado)
Programação anual da SME (2009 a 2013)	Não (não foi disponibilizado)
Projeto Municipal do PSE	Não (não foi disponibilizado)
Projetos Políticos Pedagógicos (PPP) das escolas escolhidas para análise.	Sim (os PPP das duas escolas municipais estão em fase de elaboração, sendo disponibilizada a versão preliminar. A escola estadual não possui o PPP)

*Os Planos Municipais de Educação tem vigência de 10 anos.

Entrevistas semiestruturadas - visaram identificar o ponto de vista dos envolvidos na gestão e execução do PSE sobre o modo como acontece a construção intersetorial saúde-educação. Foram entrevistados os principais gestores

e trabalhadores envolvidos com o programa (apêndice C), com questões e roteiro previamente definidos (apêndices D, E e F).

O ex-secretário de educação, hoje atual prefeito do município “X”, foi procurado, porém, não concedeu a entrevista. Houve um total de vinte e três entrevistados, cuja identificação encontra-se no quadro 4.

Quadro 4 - Relação dos entrevistados, setor e tempo de atuação.

	Idade	Formação	Cargo/Função	Setor	Tempo de atuação na função
Processo político-gerencial	41	Economista	Secretária da Educação	Educação	09 meses, interina em 2012.
	33	Economista	Secretária da Saúde	Saúde	02 anos
	34	Pedagoga	Coordenadora Pedagógica/PSE	Educação	02 anos no GTI
	31	Petróleo e Gás	Subcoordenador AB/ Coordenador do PSE	Saúde	03 anos no GTI
	23	Assistente Social	Coordenadora da AB	Saúde	09 meses no GTI
	35	Psicóloga	Ex-secretária da saúde	Saúde	02 anos na coordenação da Atenção Básica e 02 anos como Secretaria de Saúde
Processo de trabalho	30	Cirurgiã-Dentista	Cirurgiã-dentista (USF B)	Saúde	04 anos na USF
	30	Médica	Médica (USF B)	Saúde	05 anos na USF
	47	Enfermeira	Enfermeira (USF B)	Saúde	08 anos na USF
	39	Pedagoga (incompleto)	ACS (USF B)	Saúde	03 anos
	27	Cirurgiã-Dentista	Cirurgiã-dentista (USF A)	Saúde	02 anos
	38	Enfermeira	Enfermeira (USF A)	Saúde	03 anos
	29	Médico	Médico (USF A)	Saúde	04 anos
	34	Tec. Enfermagem	Tec. Enfermagem (USFA)	Saúde	10 anos
	31	Contador	Vice-diretor (EB)	Educação	02 anos
	49	Pedagoga	Coordenadora pedagógica (EB)	Educação	01 ano
	32	Pedagoga	Professora (EB)	Educação	02 anos
	32	Letras	Diretora (EBX)	Educação	03 meses
	44	Educador Físico	Professor (EBX)	Educação	10 anos
	40	Bióloga	Professora (EBX)	Educação	12 anos
	28	Pedagoga	Diretora (EA)	Educação	01 ano
	47	Pedagoga	Coordenadora pedagógica (EA)	Educação	03 anos
48	Magistério	Professora (EA)	Educação	04 anos	

A fim de manter a privacidade dos entrevistados, os trechos das falas foram identificados com siglas, as quais correspondem ao cargo/função de cada entrevistado, conforme o quadro a seguir.

Quadro 5 - Siglas atribuídas aos entrevistados e a equipe/escola

SIGLA	SETOR	Identificação
G1	Saúde	Gestor – secretário
G2	Educação	Gestor – secretário
G3	Saúde	Gestor - ex-secretário
G4	Saúde	Gestor- membro do GTI
G5	Educação	Gestor - membro do GTI
G6	Saúde	Gestor - membro do GTI
E	Saúde	Enfermeira
M	Saúde	Médico
CD	Saúde	Cirurgião(a)-Dentista
TE	Saúde	Técnico(a) de Enfermagem
ACS	Saúde	Agente Comunitário de Saúde
P	Educação	Professor(a)
CP	Educação	Coordenador(a) pedagógico(a)
D	Educação	Diretor(a)

A realização da observação não participante teve como objetivo verificar in loco como são construídas as ações do PSE por meio das equipes de saúde família e das equipes das unidades escolares. Utilizou-se um diário de campo para registro dos achados e das impressões da pesquisadora.

Uma observação sistemática das atividades relacionadas ao PSE não foi possível, uma vez que no período da realização da pesquisa de campo (agosto a dezembro de 2013) não houve nenhuma reunião do GTI e houve apenas duas atividades nas escolas. A observação das duas atividades foi realizada de forma previamente agendada entre a pesquisadora, coordenação do PSE no município, equipe de saúde e quando foi possível com a direção da escola.

Para a identificação das unidades de saúde adotaram-se letras (A e B); para as escolas, adotou-se a letra **E** mais a letra corresponde à unidade de saúde a ela vinculada (EA, EB) e para a escola estadual acrescentou ainda a letra **X** (EBX). A

figura abaixo representa a conformação das unidades que fizeram parte do presente estudo.

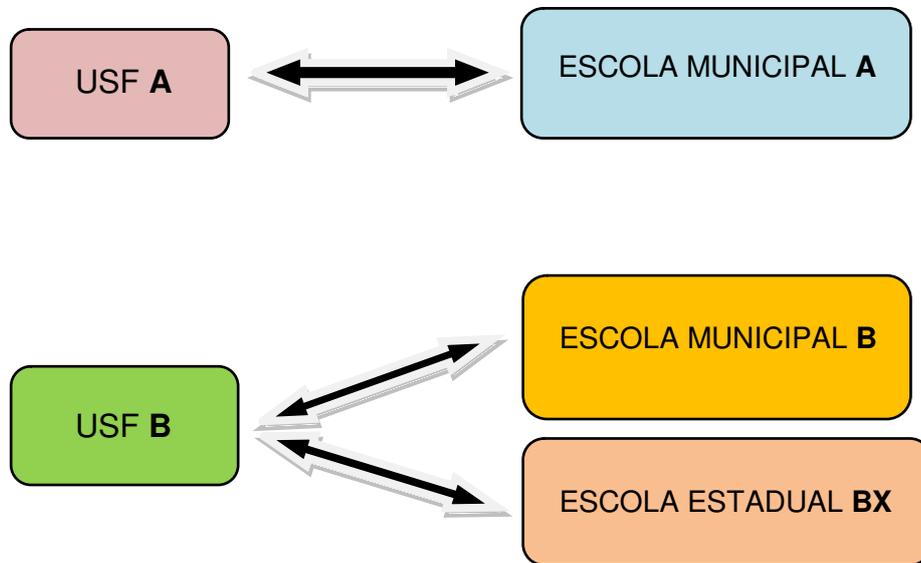


Figura 2 – Unidades de saúde da família e escolas a elas vinculadas, analisadas no presente estudo.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados foi realizada com base nos elementos conceituais do estudo e no modelo lógico do programa. No intuito de facilitar a análise, foi construída uma matriz de análise a partir das referências conceituais e fontes de evidências, tanto para o processo político-gerencial como para o processo de trabalho (apêndice G). Para a categoria analítica identificaram-se dimensões, subdimensões e seus principais descritores, conforme explicita o quadro a seguir:

Quadro 6 - Categoria analítica, dimensões, subdimensões e descritores para análise das ações intersetoriais desenvolvidas através do Programa Saúde na Escola.

Categoria analítica	Dimensão	Subdimensões	Descritores
Intersetorialidade	Político-gerencial	Processos decisórios	Realização de planejamento em conjunto. Decisões tomadas. Composição do GTI, atribuições e responsabilidades. Monitoramento e avaliação em conjunto.
		Mobilização de recursos	Apropriação e alocação de recursos financeiros e materiais do programa de forma conjunta. Mobilização e envolvimento de outros setores, das equipes, dos escolares e da comunidade.

	Processos de trabalhos	Sujeitos	Articulação entre os profissionais das equipes de saúde com os profissionais da equipe escolar no planejamento, programação e execução das atividades. Evidência de parceria e cooperação; Participação ativa dos alunos nas atividades.
		Objeto	O objeto de ação/intervenção sobre os escolares está direcionado para as doenças, para os riscos e/ou para os Determinantes Sociais.
		Atividades e Instrumentos	A natureza das atividades está focada em ações promocionais, preventivas, assistenciais e reabilitadoras. Articulação dos diferentes saberes, técnico-científicos e metodológicos. Instrumentos de trabalho utilizados.
		Relações técnicas e sociais	Relações técnicas e sociais estabelecidas; Relações de poder evidenciados.

A análise dos documentos (PPA, PEE, PMS, RAG, PPP, Programação anual e relatórios de atividades) levou em consideração a existência de citações sobre a intersetorialidade, ou similar a essa, como, por exemplo, parcerias e ações conjuntas, à menção ao GTI enquanto espaço de gestão do PSE, bem como referência ao programa.

A análise das entrevistas levou em conta a concepção dos sujeitos acerca da intersetorialidade, a forma de condução dos processos decisórios e a mobilização de recursos (humanos, materiais e financeiros) e os aspectos relacionados ao processo de trabalho desenvolvido entre os profissionais na condução do PSE.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, tendo parecer favorável no dia 22 de julho de 2013, sob o nº 391.683. Foi observado que os resultados deveriam ser apresentados aos grupos pesquisados. Ao realizar as entrevistas, cada entrevistado assinou duas vias do “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (apêndice H), após assinadas, uma via ficou com o entrevistado e outra de igual teor ficou com a pesquisadora, sendo assegurado o sigilo e confidencialidade das informações, bem como, as determinações da Resolução 208/12.

Para a realização das entrevistas, utilizou-se um roteiro para servir de orientação, porém, elas não se limitaram às questões previamente definidas, os entrevistados tiveram total autonomia para discorrer sobre questões não formuladas

no roteiro. Todas as entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas na íntegra em um editor de texto e seguiu para sua análise.

O acesso da pesquisadora aos setores do município (secretarias municipais de saúde e de educação, escolas e unidades de saúde), aos documentos e aos informantes-chave se deu por meio de autorização prévia dos secretários da saúde e da educação, através da assinatura do Termo de Anuência (apêndice I), o qual conferiu autorização para realização dessa pesquisa.

4 RESULTADOS

Os resultados são descritos a partir da concepção de intersetorialidade dos atores envolvidos com o PSE e dos achados referentes ao processo político-gerecncial e ao processo de trabalho.

4.1 SUJEITOS DA PESQUISA

Os sujeitos da pesquisa foram gestores das secretarias da saúde e da educação, gestores membros do Grupo de Trabalho lintersetorial (GTI), trabalhadores de duas unidades de saúde da família (A e B) e trabalhadores de três escolas públicas (A, B e BX). Os trabalhadores das escolas públicas incluem direção, coordenação pedagógica e professores.

O tempo médio dos gestores nas suas respectivas funções é de 2,1 anos; dos profissionais membros da equipe **A** é de 4,7 anos; dos profissionais membros da equipe **B** é de 5 anos; dos profissionais da escola **A** é de 2, 6 anos; dos profissionais da escola **B** é de 1,6 anos e dos profissionais da escola **BX** é de 7,4 anos.

Dos entrevistados, 87% (n=20) possuem nível superior; 4,3% (n=1) possui superior incompleto; 4,3% (n=1) possui formação técnica e 4,3% (n= 1) possui apenas o ensino médio. Dos que possuem ensino superior e atuam no setor saúde o equivalente a 25% (n=3) não são formados na área da saúde. Para o setor educação, essa informação corresponde a 11% (n=1) que é formado em outra área.

4.2 CONCEPÇÃO DE INTERSETORIALIDADE

Cabe lembrar que o presente trabalho considera as contribuições de Junqueira (1998, 2004), que concebe a intersetorialidade como a articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações e de Mendes (1996), onde se ressalta que a intersetorialidade não nega a setorialidade e não anula a singularidade do fazer setorial, ao contrário, reconhece os domínios temáticos destes, comunicando-os para a construção de uma síntese. Para a presente análise foi atribuída à intersetorialidade o trabalho articulado entre as esferas da educação e da saúde para a implementação do PSE no município "X", levando-se em conta o planejamento em conjunto, os saberes setoriais compartilhados, os problemas identificados e as soluções apontadas e executadas.

Ao interrogar sobre a compreensão dos sujeitos acerca da intersectorialidade, verifica-se que eles não dão uma definição estruturada, compartilham da ideia que envolve trabalho em conjunto. É notável que o termo intersectorialidade é mais bem compreendido entre os membros do setor saúde. No setor educação, o termo é visto com certa estranheza, mas atribuem à noção de parceria. Entre as principais concepções, destacam-se:

Para mim é trabalhar em conjunto com outras secretarias (...) a educação com a saúde trabalham relacionadas. (...) tem muita reunião para ver o que será feito, vamos promover tal ação (...) uma das queixas que presenciei em um encontro sobre o PSE a nível nacional era a dificuldade de comunicação da saúde com a educação, existia dificuldades de realizar ações, e algumas coisas não funcionavam por isso, mas aqui, temos uma boa interação e facilita com essa parceria (G 5).

(...) No PSE a gente trabalha com duas secretarias que é a educação e a saúde, a intersectorialidade é que a gente trabalha em conjunto, pois geralmente os trabalhos ocorrem separadamente, não tem intervenção entre um e outro (...) no caso do PSE a gente trabalha junto, em conjunto educação com a saúde. A gente se reúne, ouve a opinião um do outro (...) a gente se ajuda e dessa forma temos um maior resultado (G 6).

Apesar de a maioria possuir formação superior, os achados não evidenciaram diferenças significativas na concepção da intersectorialidade entre os diferentes atores e suas respectivas formações. Apontam para necessidade do trabalho em parceria diante da complexidade dos problemas sociais existentes; dessa forma, trabalhar em conjunto tem maiores chances de obter melhores resultados.

No contexto que vivemos hoje, principalmente na educação, não temos como trabalhar sem parceria, separadamente, porque precisamos totalmente um do outro, não temos como trabalhar sem os dados da saúde e a saúde não pode trabalhar sem os dados da educação, sem os dados da segurança pública. (...) Nesses tempos de turbulência, de violência, sem esse apoio, sem essa orientação, sem essa aproximação, não acontece a prevenção, essa atuação conjunta é importante (D - EBX).

(...) Trabalho em conjunto. Juntos é mais fácil de resolver os problemas (...) as duas secretarias juntas resolvem bem mais coisas, e de um jeito melhor, tendo melhores resultados (G 2).

Em um dos relatos há compreensão de que na parceria é importante envolver a família e a comunidade, essa aproximação, embora, difícil é necessária. Esse entendimento foi mais prevalente entre os profissionais das escolas.

É uma forma de dinamizar o trabalho, é parceria, uma forma positiva de agregar e consolidar nossos trabalhos. (...) A grande dificuldade que enfrentamos no dia a dia é a parceria da família com a escola, a que existe, muitas vezes não está como deveria, a escola é aberta para que a comunidade possa entrar, possa procurar. Os desafios são melhorar e envolver a família (P - EA).

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. O modelo lógico do programa expressa essa ação como um dos seus resultados intermediários. Apesar de considerar necessária a formação, um dos gestores aponta as dificuldades encontradas para a capacitação:

Não houve processos de capacitação. A gente tentou, mas não aconteceu. Tem a formação continuada dos professores, pensamos em criar um bloco para discutir a temática saúde para os professores, para ele entender o que é o SUS, o que é a proposta do PSE, mas não conseguimos muito avanço (...) o processo de educação continuada era muito corrido, a grade de assuntos muito grande e não conseguimos encaixar (...) talvez porque não fosse do entendimento dos pedagogos que aquilo era importante para a educação, pra gente era importante. (...) Aquela equipe de saúde que tinha um bom entrosamento com a escola capacitava a equipe da escola, mas isso não foi de forma homogênea, foram situações pontuais, de relações específicas, não foi algo institucional para capacitar o professor para trabalhar com o tema saúde ou capacitar a equipe de saúde de como trabalhar com a educação, porque tem que ter uma didática, entender o processo de trabalho com o estudante (...) foi muito o meu saber da saúde no seu espaço da escola, o seu saber da escola me dando espaço para falar da saúde (G 3).

A análise documental revelou que nenhum dos documentos traz explícito o conceito de intersetorialidade, a referência ao termo está presente apenas no Plano Municipal de Saúde (PMS), onde se refere sobre a necessidade de aprimorar a intersetorialidade e elaborar programação de ações intersetoriais. A programação anual de 2013 da SMS, prevê a elaboração de uma programação anual de ações intersetoriais no eixo atenção básica, contudo, não explicita como. O Plano Estadual de Educação (PEE) refere-se, no tópico correspondente à educação infantil, à importância de ações de saúde com o intuito de apoiar e fortalecer, em regime de colaboração, o atendimento integral às crianças, contemplando os aspectos físicos, psicológicos, intelectuais e sociais, envolvendo ações de saúde, assistência social e educação e às parcerias articuladas para garantir um processo educacional inclusivo.

4.3 DIMENSÃO: POLÍTICO-GERENCIAL

4.3.1 Processos decisórios e mobilização de recursos

Neste tópico é identificado como ocorre o processo de decisão e a mobilização de recursos do programa.

Nos documentos analisados não foram encontradas indicações sobre processos de planejamento, forma de alocação de recursos, nem mesmo sobre o monitoramento e avaliação. O setor saúde registra as ações realizadas no sistema de informação e-SUS (a partir do ano de 2014), a educação registra no sistema integrado de monitoramento, execução e controle do MEC (SIMEC). Não foram encontrados indícios de que há utilização das informações contidas nos consolidados de ambos os sistemas para o monitoramento e avaliação do programa.

Apenas o relatório anual de gestão da SMS do ano de 2012, traz a referência de que foram realizadas ações do PSE. Somente as unidades de saúde fazem registro das ações do programa que foram executadas. Cabe ressaltar que nenhum dos documentos analisados cita a existência do GTI ou qualquer ação desenvolvida por representantes das duas secretarias envolvendo o PSE, fato esse que levou a considerar as subdimensões processos de decisão e mobilização de recursos, apenas pelo discurso dos entrevistados e pelas impressões da pesquisadora.

Segundo os gestores, as decisões são sempre tomadas de forma conjunta, mediante comum acordo entre as duas secretarias. Ao identificar a composição do GTI há referência a que o mesmo é composto de forma paritária, por três representantes de cada secretaria, contemplando trabalhadores membros da gestão, das escolas e das unidades de saúde da família. Contudo, não existe nenhum documento formal que expressa a existência do GTI, não há ata de reuniões, nem relatórios de ações planejadas e desenvolvidas, ou qualquer outro documento comprobatório das suas ações. Embora, exista o discurso que o GTI é composto por seis membros, os representantes das escolas e das USF não têm participação ativa no grupo. Na prática, observa-se que o GTI resume-se a um representante da educação e um da saúde.

Os trechos a seguir evidenciam a informalidade do grupo e a pouca participação dos demais membros.

(...) Não houve um grupo de trabalho formalizado, como a cidade é pequena, a equipe de trabalho é muito enxutinha (...) tinha as pessoas responsáveis na secretaria de saúde que era a coordenação de atenção básica que assumiu também o PSE e na educação tinha também uma pessoa que era a responsável pelo programa (...) não houve um GTI composto com publicação, se fazia as discussões de educação em saúde que cabia a cada uma e depois fazia a costura (G 3).

Existe a pessoa da educação que coordena o PSE na secretaria da educação, e eu estou sempre lá conversando com ela (...) a gente se comunica mais pessoalmente, também por telefone e e-mail. Como as

secretarias ficam muitas próximas, pessoalmente tem sido mais frequente (...) os outros membros não atuam tanto quanto eu e ela (G 6).

Os dois membros do GTI diretamente responsáveis pela coordenação do PSE em suas respectivas secretarias decidem sobre as ações mais imediatas do PSE, tais como elaboração de calendário de atividades, definição de temáticas a serem abordadas e alimentação dos sistemas de informações. Decisões mais complexas e políticas como gerenciamento e alocação dos recursos financeiros, indicação para compor o GTI, indicação das USF e escolas participantes do programa ficam a cargo dos secretários municipais. Muitas vezes o GTI segue as decisões prescritas pelo MS e MEC com temas e prazos determinados, como por exemplo, quantitativo mínimo de educandos avaliados clinicamente no prazo máximo de um ano.

Ao questionar quais os critérios considerados para escolher as atividades, há a menção de que nos processos de decisão leva-se em conta a realidade e demandas de cada unidade de saúde e escola. Conforme os trechos abaixo:

As atividades do PSE são trabalhadas no grupo, decidimos o que vamos trabalhar de acordo com as necessidades (...) decidimos o que comprar, juntamente com os professores e decidimos juntos, como no caso dos kits de primeiros socorros, o que é necessário. (...) Os professores que fazem parte do GTI, são professores de ciências que trabalham com os temas do PSE (G 5).

(...) Temos o GTI que se reúne sempre, estamos sempre conversando (...) a escola manda uma comunicação interna (CI) solicitando uma palestra, as coisas que surgiram, tem situações na saúde que a gente ver, como por exemplo, em um certo PSF está ocorrendo muita gravidez na adolescência, a gente leva pro GTI, discute e define e resolve as ações (...) a gente observa o que está mais acontecendo, quais são os agravos, problemas mais recorrentes (...) e apesar de ter temas já estabelecidos para se trabalhar, também trabalhamos com as necessidades de cada escola e PSF e a partir daí na reunião do GTI a gente decide (G 6).

Nas entrevistas há relatos de que as reuniões são realizadas mensalmente, mas durante a realização da pesquisa de campo (agosto a dezembro de 2013) não aconteceu nenhuma reunião do grupo. Fato que contribuiu para a não verificação in loco da conformação dos processos decisórios.

Nas falas dos entrevistados há a indicação de que as decisões são tomadas a partir de uma discussão, da confluência de ideias e em comum acordo entre os representantes a partir de demandas vindas das escolas e das unidades de saúde. No entanto, ao confrontar com as entrevistas dos trabalhadores das unidades escolares e de saúde, verificam-se divergências da informação. Estes relatam que não participam das decisões relativas ao programa.

A única coisa que existe é que a secretaria de saúde acompanha o que a gente faz, porque já era algo espontâneo, hoje já somos acompanhados o que estamos fazendo e o que não está, tem que falar sobre esses temas que eles decidem, antes era uma coisa meio que livre, agora já tem os temas definidos para trabalharmos, mas eu trabalho da minha forma. Nunca participei de nenhuma reunião com o grupo (E- B).

Os entrevistados afirmam que os recursos financeiros e materiais são alocados a partir de uma decisão conjunta, onde se constrói um consenso acerca das demandas das escolas e das USF. O recurso do PSE chega ao município fundo a fundo pelo bloco da atenção básica e faz parte do PAB variável.

A portaria 204/2007, que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, define que os gastos dos recursos em forma de bloco de financiamentos (atenção básica, atenção de média e alta complexidade, vigilância em saúde, assistência farmacêutica e gestão do SUS) deverão ser com ações e serviços de saúde, deixando muito “vago” o que são tais ações e serviços.

Os gastos com os recursos do PSE, segundo os gestores, foram com materiais clínicos, por exemplo, a aquisição de um kit de primeiros socorros para todas as escolas e todas as USF. O município não recebeu os materiais clínicos e didáticos que são ofertados pelo MEC. Ao confrontar com os discursos dos entrevistados das escolas e das equipes de saúde, há relatos sobre a constante falta de materiais para execução das ações do PSE. Durante a realização das atividades, as quais necessitam de algum material, na maioria das vezes este é disponibilizado pelos próprios profissionais da saúde, os quais relataram que não são consultados sobre a necessidade de materiais para a execução do programa.

Ao consultar o fundo nacional de saúde, verificou-se que de 2009 a 2013, o município recebeu um total de R\$ 106.249,60 reais relativos ao PSE, o que perfaz um total de 21.249,92 ao ano. Esse valor deveria ter contemplado treze equipes de saúde da família e 31 escolas. Os gestores afirmaram que a alocação do recurso financeiro ocorreu de modo equânime, tendo em vista as necessidades de cada território, no entanto, com o olhar da saúde sobre o que era necessário.

(...) Os recursos financeiros como entrou na conta da saúde, foi mais o olhar da saúde sobre o que era necessário para uma escola, tem escola que era mais distante do posto, então é melhor comprar uma balança, para a criança não ter que ir ao posto se pesar (...) foi um olhar bem da saúde mesmo acerca do que era necessário. Pra não dizer que não houve um olhar da educação, mas foi fomentado pelo PSE foi o kit de emergência, que não é a proposta do PSE. (...) compramos um kit e fizemos um treinamento com a equipe da escola, como realizar um curativo para as pequenas urgências nas escolas, eu lembro que algumas escolas pediram

isso, aquilo, eu lembro que a gente fez a lista do que precisa ser comprado, dos recursos que a escola tem, o PDDE, que poderia está utilizando (G 3).

Na dimensão mobilização de pessoas, foi considerada a predisposição da gestão em envolver as pessoas na construção do PSE, dando a este um perfil mais particular conforme a dinâmica do município. Mobilizar pessoas não é tarefa fácil, é necessário organização e motivação, para que a partir daí os sujeitos se sintam mobilizados para atuar de forma mais espontânea ou mais induzida. Neste sentido, percebe-se uma maior mobilização do setor saúde.

Com base nos relatos, observa-se que muito antes do programa já existia uma relação próxima entre as duas secretarias, tanto entre os secretários municipais, como entre os técnicos da gestão, estendendo-se aos trabalhadores das escolas e das unidades de saúde, fato que contribuiu positivamente no processo de implementação do programa.

No momento da adesão ao PSE, tanto as escolas como as unidades básicas de saúde estavam passando por um processo de reforma da estrutura física, com a afirmação da estratégia saúde da família como política de reorganização da atenção básica do município, assim como na educação com metas de elevação do IDEB e capacitação dos educadores. As afirmações convergem para o fato de já haver aproximação, e o PSE proporcionou uma sistematização daquilo que já se fazia.

Já havia um trabalho de envolvimento entre as equipes de saúde com as escolas, nenhuma das equipes, que na época eram dez, deixava de fazer atividade de saúde na escola, só não era sistematizado, com temas específicos, como um programa e tudo mais, já havia visita na escola, vacinação, escovação, já era uma prática (G 3).

A interação entre a escola e a unidade de saúde não mudou. Fazíamos e continuamos fazendo. Agora tem um acompanhamento do que a gente faz (E - A).

No início do programa, o município fez a opção de incluir apenas as escolas municipais, sendo que existem no território das unidades de saúde escolas estaduais, porém os gestores entendiam que a inclusão das estaduais não era uma prioridade. Relataram também que possuem dificuldades de inserção do programa nessas escolas, uma vez que o “compromisso” e a “cultura” da escola sob gestão estadual difere em muito das que estão sob gestão do município.

A gente sempre enfrenta dificuldades nas escolas do Estado, por vários motivos (...) a educação municipal a gente tem uma estrutura completamente diferente da estrutura das escolas do Estado, a estrutura é uma, a lógica de gestão é completamente outra, a gente tem grandes problemas hoje (...) lá eles têm problemas muito primários, de falta de material, a postura cultural dos professores é um pouco diferente da nossa

(...) aqui existe uma questão de avaliação e monitoramento dos resultados, tem uma postura no município que não tem nas escolas do Estado (G 1).

Trabalhar nas escolas municipais é mais fácil, as estaduais não abrem muito espaço, temos muitas dificuldades na escola estadual, a última greve que houve em 2012 acabou atrapalhando bastante (G 5).

Ter escolas ao lado das unidades de saúde é referido como um fator que facilita o diálogo, pois dispensa uma estrutura de locomoção. Essa proximidade entre as duas instituições traz uma relação de vínculo que já tinha sido estabelecida antes mesmo de haver PSE e a existência do PSE enquanto um programa institucional só veio fortalecê-la. Ao analisar a construção de ações conjuntas entre escola e UBS percebe-se que a ação é capitaneada pela área da saúde. Na fala dos representantes setoriais, os professores, no geral, não se envolvem nas discussões e atividades do PSE. Ao correlacionar com os discursos dos professores e diretores das escolas, estes afirmam que as ações dos PSE também são executadas pelo corpo docente.

Os professores participam muito do PSE (...) os professores são chamados na maioria das vezes para discutir conosco ou com o pessoal do PSF, quando tem alguma proposta discutimos com os professores, se eles têm o mesmo pensamento, a mesma ideia. E a partir daí lançamos no sistema para que possamos realizar a atividade (VD – EB).

Percebe-se que não há mobilização para envolver a participação de outros setores governamentais, nem da comunidade. Os entrevistados apresentaram uma visão divergente diante da necessidade da participação da sociedade civil. Convergem pela necessidade de participação da secretaria de Assistência Social. A participação comunitária em instâncias decisórias fortalece as ações e democratiza as decisões, no entanto, apesar de estas concepções permearem a opinião de alguns membros, não foi identificada ação para incluir a participação comunitária.

Acho importante a participação da comunidade, mas é muito difícil, aqui eles não participam (...) seria bom eles participarem porque eles trariam a visão deles, mais próxima da realidade (G 5).

Acho que a participação de professores e da unidade de saúde já contempla (a participação comunitária), pois eles sabem dos maiores agravos e das necessidades (...) na sede não tem nenhuma associação comunitária, acho que tem em praia do forte, aí fica difícil de participar (...) eu não vejo necessidade de ter essa participação, sinceramente, não (G 6).

4.4 DIMENSÃO: PROCESSO DE TRABALHO

4.4.1 Sujeitos, objeto, atividades e relações técnicas e sociais

Em relação ao processo de trabalho, com o viés do trabalho intersetorial, buscou-se identificar quem participa da programação e execução das atividades do PSE, como ocorre a articulação entre as equipes de saúde da família e as equipes das escolas e a identificação da natureza das práticas de saúde que são desenvolvidas.

Os resultados das duas equipes e das três escolas são apresentados em conjunto, uma vez que os achados não mostraram diferenças significativas entre elas. Na existência de achados diferentes merecedores de destaque, será identificada a equipe/escola.

Ao analisar as entrevistas dos profissionais das unidades de saúde da família e das escolas, os documentos e os fatos observados, percebe-se que as atividades do PSE são quase na sua totalidade realizadas pelas equipes de saúde, estas possuem papel protagonista no planejamento, execução e avaliação das ações. Apenas no relatório de gestão da SMS consta que foram realizadas ações do PSE, não foi encontrada menção ao programa nos relatórios da SME.

As atividades de saúde desenvolvidas nas escolas contaram com a participação de todos os sujeitos das equipes de saúde, dos ACS aos médicos, não necessariamente ao mesmo tempo e nas mesmas atividades. Os entrevistados relataram que as ações são realizadas por todos, a depender da demanda por ir à escola. Existem momentos que envolvem apenas os ACS, ou técnico; existem outros em que toda a equipe participa. Isso foi confirmado em observação, na qual uma atividade contou com a presença da enfermeira, da médica, da dentista e de duas técnicas de enfermagem e em outra observação, houve a participação do médico, da enfermeira e do ACS.

As atividades executadas, em sua maioria, tiveram como público alvo (sujeitos) os estudantes. A equipe da escola, considerada como sujeitos da educação, eventualmente participam de alguma ação, e, quando participam, são auxiliares no desenvolvimento das atividades propostas pelas equipes de saúde. Percebe-se que a saúde vai à escola ao invés de a escola promover a saúde. O PSE não consta das propostas dos projetos políticos pedagógicos (PPP) das escolas. Duas escolas possuem PPP, mas estão na fase de elaboração, e uma não possui o PPP.

Na equipe A, verifica-se que toda a equipe de saúde desenvolve ações do PSE, há grande demanda por consulta clínica para o médico. Devido a este motivo, ele é o que menos participa das atividades. A escola fica ao lado da unidade de saúde, fato que para os entrevistados facilita bastante o trabalho e a interação entre os membros dos dois setores, pois “quando se precisa de algo, é só dar um pulo”.

Fazemos periodicamente visitas e atividades nas escolas, os ACS, enfermeira e a dentista. Eu faço menos devido à grande demanda do posto por atendimento médico (M - A).

A cada ano fazemos uma programação de datas para não intervir no ano letivo deles (dos alunos), a gente sempre faz visita à escola, pois é muito perto, fazemos orientação sobre educação em saúde bucal e escovação, todas as escolas tem sua data, vamos lá, entregamos sua escova, aplica o flúor e agora já estou fazendo algo maior ainda, estou indo de sala em sala fazendo avaliação da saúde bucal das crianças (CD - A).

Observa-se boa interação entre os membros desta equipe no desenvolvimento da atividade do PSE. Durante a observação de uma determinada atividade, verificou-se que a ação partiu da equipe de saúde e que todo o planejamento, mesmo informal, e execução da atividade foram desta equipe. No dia da atividade (triagem oftalmológica) alguns funcionários da escola auxiliaram na organização dos alunos, embora a gestora da escola relate o contrário do observado, quando questionada sobre quem da escola participa das ações do PSE, afirmando que todos participam. Essa afirmação não foi confirmada.

Em relação à equipe B verificaram-se ações bem pontuais entre a equipe de saúde e as duas escolas analisadas. Na escola estadual, por entendimento da gestão que não era sua obrigação desenvolver ações do PSE, esta não era inclusa no rol das atividades. Cabe ressaltar que a responsabilidade em prover ações de atenção básica à saúde dos seus municípios é do próprio município. Assim, a não obrigação de ofertar ações do PSE aos estudantes das escolas estaduais foi um entendimento muito particular dos gestores locais.

Apesar de estar a cerca de 30 metros da unidade de saúde, somente em 2013 a escola estadual BX foi incluída nas atividades do PSE. A partir de um novo entendimento da gestão que deveria incluir as escolas estaduais no programa e com uma nova direção da escola em questão, iniciou-se uma aproximação entre as duas unidades. Contudo, carecem de maior diálogo, interação e envolvimento para construir realmente uma parceria e uma prática intersetorial. Ao questionar como se dá a relação entre a USF e a escola BX uma entrevistada relata:

Não tem nenhuma interação entre a escola e a unidade de saúde (...) particularmente, como professora de Biologia, eu não vejo relação nenhuma, pelo menos eu nunca vi, apenas existiu uma ação pontual em uma turma, na minha turma e eu nem sabia, isso não surge efeito (...) nem avisaram, e quando cheguei para dá aula, cadê os alunos? (P - EBX).

Uma profissional da USF B indica que a ação prioritária é na escola municipal, porém, no momento, estão tentando uma aproximação com a escola estadual.

Não estamos trabalhando muito com a escola estadual porque o foco é o município, a secretaria de saúde tinha decidido só trabalhar na escola municipal, nós trabalhamos pouco com a estadual porque eles queriam que focassem na municipal, mas agora voltou a trabalhar com a estadual (...) há uns três anos atrás tínhamos um trabalho legal lá com os adolescentes e que acabamos abandonando (E - B).

Na escola municipal, apesar do esforço nos relatos pela existência de uma parceria, ao longo do desenvolvimento desta pesquisa (agosto a dezembro de 2013), nenhuma ação foi efetuada na escola. Nos relatórios da unidade de saúde B que foram disponibilizados consta a existência de somente três atividades em 2012 e uma em 2013. Se existiram mais, faltaram documentos comprobatórios, visto que não é um hábito das unidades de saúde e das escolas relatar suas atividades. Todavia, verifica-se também que a iniciativa e indução da ação são sempre da equipe de saúde.

Nós planejamos, vamos às escolas, fala com o diretor da escola, independente da estadual e da municipal, e realizamos as atividades. Na estadual vamos menos, é verdade (...) esse ano chegou para nós um calendário dizendo quais atividades deveríamos fazer nas escolas, no final, são bem parecidas às atividades do calendário com as nossas, e nós não seguimos a risca esse calendário porque já tínhamos começado a fazer as atividades (CD - B).

O PSE já vem com o projeto pronto, e mesmo assim, quando a gente precisa direcionar para algum tipo de atividade, nós pedimos e eles fazem, mais o PSE já vem com o projeto pronto (CP - EB).

As falas abaixo correspondem ao modo como e por quem as ações do PSE são executadas, sempre o outro vem fazer, neste caso a equipe da saúde. Em momento algum se ouviu nas entrevistas dos profissionais da educação citações como, “nós construímos juntos”. A responsabilidade pelas ações do programa sempre recai para os profissionais da saúde. Ao que parece, os professores não se sentem também corresponsáveis pelo seu desenvolvimento.

A equipe (de saúde) faz palestras sobre alimentação saudável com os alunos, sobre piolhos, atualizou o cartão de vacina, sempre estão aqui fazendo alguma coisa, dando apoio (...) mas, em minha opinião, esse apoio poderia ser mais constante, talvez seja a questão da amplitude da comunidade, por ter poucos médicos, a disponibilidade dos médicos (...) quando eles veem são bem aceitos pelos meninos (P - EB).

(...) Com esse trabalho do PSE ganha uma força maior, nós encaminhamos todos os problemas encontrados aqui, de uma forma rápida e eficiente, o programa viabilizou o nosso trabalho, nós já fazíamos um trabalho aqui de orientação, agora o posto vem sempre fazer trabalho aqui, o medico, a dentista a enfermeira, todos eles fazem trabalho na escola e a gente organiza tudo quando tem alguma atividade deles, pois essa parceria só veio consolidar o nosso trabalho e nos dar um suporte maior, quando ocorre algum problema na escola nós sabemos como fazer, pois tem o cartão da família, sabe quem é a família e rapidamente encaminha e lá é atendido, e se precisar de uma avaliação mais profunda a gente avisa a família (CP - EA).

Ao analisar sobre o objeto que é alvo de intervenção do programa, os resultados apontam que ambas as equipes de saúde desenvolvem as mesmas ações nas respectivas escolas do seu território adscrito.

A maioria das ações são propostas através de um calendário temático elaborado pelo GTI, em grande parte, focado na doença. Apesar de os distintos territórios das unidades de saúde e de as escolas representarem realidades epidemiológicas bastante diferentes, conforme mencionado pelos entrevistados, na prática, não se constataram ações direcionadas ao combate aos problemas e iniquidades de cada território de forma diferenciada.

As mesmas temáticas e mesmas atividades são propostas para todos os territórios das USF e escolas. Os profissionais não demonstraram um conhecimento coeso a respeito do perfil epidemiológico da comunidade para que assim, pudessem realizar atividades mais próximas das necessidades. Referem que o programa já vem com temas prontos e eles precisam desenvolvê-los.

O foco do PSE é na prevenção de doenças, fazemos palestra, muitas ações de educação em saúde. (...) O PSE já vem com o projeto pronto, e mesmo assim, quando a gente precisa direcionar para algum tipo de atividade dentro da nossa realidade nós fazemos (E - B).

As atividades do PSE que estão sendo desenvolvidas na escola têm uma inclinação para práticas preventivas, muito embora haja relatos de que diversos estudantes foram avaliados clinicamente e tiveram seus calendários vacinais atualizados.

Aqui na escola tem muitas doenças sexualmente transmissíveis, gravidez, aborto são constantes, e às vezes o colégio é o único local que os alunos têm liberdade para discutir esses assuntos (...) por um motivo ou por outro nem conversam com os pais, então fazer atividades aqui como palestras e exames já ajuda muito (D - EBX).

Na escola B, foi possível perceber que ela busca uma postura proativa em relação às ações de saúde, não dependendo apenas das ações oriundas da unidade

de saúde. Mesmo não relacionando diretamente ao PSE, a escola desenvolve diversas atividades envolvendo a comunidade, seja no formato de feiras, seja com atividades culturais. A escola mantém uma relação próxima com a comunidade do seu território, conforme consta no seu PPP e nos relatos dos entrevistados. Além disso, dentro das atividades desenvolvidas pelo Programa Mais Educação, a temática Promoção da Saúde foi escolhida para ser trabalhado.

Apesar de o PSE indicar uma diversidade de ação, foi verificado que a palestra é a estratégia mais utilizada nas atividades que são executadas. Nos relatórios das atividades do PSE elaborado pelas equipes de saúde, há menção a palestras com temáticas sobre obesidade infantil, saúde ocular, pediculose e alimentação saudável. As ações ligadas à saúde bucal lideram como as mais realizadas.

A gente faz palestras, faz escovação com as crianças, escovando mesmo, pegando na mão, com o espelinho mostrando, fazendo aplicação de flúor e a gente via as dificuldades das crianças, para fazer uma coisa ou outra. Esse trabalho de formiguinha hoje é a melhora de amanhã, onde você ver bastante resultado, aqui tem muito resultado, desde que começamos as crianças já tem uma boa escovação, quando perguntamos o que é carie, o que doença periodontal, como se faz a escovação, eu já fico calada, sem dizer nada, eles vão lá na frente, e me mostram (CD - A).

Na observação de uma atividade do PSE em uma das escolas, foi verificada uma ação preventiva de avaliação clínica, na qual procurou-se identificar possíveis alterações visuais em escolares. De trinta e cinco escolares avaliados, doze apresentaram algum tipo de alteração, sendo três bastante graves. Os profissionais informaram que os estudantes com alteração na visão, seriam encaminhados à atenção secundária para um oftalmologista, além de relatarem a existência de poucas vagas para este profissional. Apesar do foco na clínica, o PSE apresenta importante papel ao detectar precocemente problemas de saúde.

Dentre os diversos problemas de saúde apresentados pelo conjunto dos escolares, os profissionais destacam:

Tem muita criança com obesidade, com problema visual, às vezes com hérnia umbilical, a mãe sai daqui para encaminhar para o cirurgião, aí nós olhamos no colégio mesmo e já identificamos e damos uma pressa nisso, problemas respiratórios, surto de piolho (M – B).

Normalmente são fases que apresentam mais uma ou outra doença, quando chega o inverno começam as aparecer às doenças respiratórias, tem época que tem surto de varicela e aparecem em varias crianças, depois para e apareceu outro tipo. Mas aparece de tudo, é uma miscelânea (M - A).

Em outra observação feita durante a realização de uma atividade na escola, identificou-se que se tratava de uma palestra sobre higiene pessoal, de forma como os profissionais de saúde abordaram as formas que os alunos deveriam proceder para evitar determinados tipos de doenças. Apesar do esforço da medicação para passar as informações, não vislumbrou em uma ação potente para mudar hábitos e realidades. A equipe da escola não se fez presente na atividade.

Há um entendimento por parte dos entrevistados de que, se os alunos se prevenirem, evitarão diversos tipos de doenças, além de nítida responsabilização dos sujeitos pela sua saúde/doença. Ao que se constatou foram ações e informações homogêneas para realidades heterogêneas. Não houve interação entre os distintos conhecimentos.

No que se refere à troca de saberes entre os profissionais, pode-se perceber que os saberes predominantes são dos profissionais das equipes de saúde. Estes exercem uma ação proativa no programa, os profissionais da educação são sujeitos passivos e muitas vezes reprodutores dos saberes repassados pelos profissionais da saúde.

Os resultados referentes aos instrumentos, ou seja, os meios utilizados pelos profissionais para executar as atividades, tais como indicadores de saúde, e da educação, planejamento, recursos didáticos, bem como outros instrumentos que facilitam a ação/atividade, evidenciam que não se utiliza de indicadores para planejar as ações, os planejamentos são informais e os recursos didáticos são limitados. Ao questionar como e com quais recursos/instrumentos as atividades são realizadas, têm-se as seguintes falas:

Levo datashow, vídeo, as escolas também oferecem recursos mais modernos. Levo folder, panfleto, cartazes, macromodelos (...) nós da equipe visitamos a escola, fazemos orientação sobre educação em saúde bucal e escovação, e agora já estou fazendo algo maior ainda, estou indo de sala em sala fazendo avaliação da saúde bucal das crianças (CD - A).

Eu conversei com a diretora sobre o que mais estava precisando para conversar. Ela pediu para fazer um planejamento, trabalhar com sexualidade e a partir da solicitação dela fez a atividade (...) levamos alguns brindes para motivar a participação dos alunos, compramos com dinheiro do nosso bolso, se assim não for, nada sai (E - B).

Ao analisar o relato de uma professora, percebe-se que a ação do PSE se dá por iniciativa dos profissionais da saúde, estes elaboram todo o processo de execução da atividade, às vezes a escola demanda e a saúde executa, não havendo maior interação entre os dois setores. A não participação ativa dos profissionais da

educação reforça o predomínio dos saberes pertencentes ao campo da saúde, que muitas vezes refletem uma visão biomédica e fragmentada da saúde. Sendo assim, os saberes dos profissionais da saúde, repassados aos estudantes no formato de palestras caem na fragilidade da memorização temporal, já que não há evidência de que o professor dê prosseguimento à ação de forma contínua.

No entanto, um relato, demonstra um teor de criticidade em relação às ações desenvolvidas na escola, caracterizando a necessidade de ações mais constantes do que pontuais, focadas na realidade vivenciada.

Eu acho que as ações do PSE deveriam ser feitas em conjunto, algo interdisciplinar, interagindo, não sendo exclusividade da saúde, aqui pelo que eu percebi foi uma ação pontual em uma turma (...) os assuntos deviam ser drogas, violência, sexualidade, atendimento de qualidade (...) a questão de drogas é uma questão muito complexa a se tratar, não é uma coisa que se resolve apenas com palestras, precisa de um trabalho extra, uma atenção especial, só a informação do assunto não é suficiente (P - EBX).

Ao identificar as relações existentes, busca analisar o trabalho desenvolvido entre os profissionais da saúde e da educação, e entre esses e os estudantes, constituindo-se em relações técnicas, sociais e intersetoriais.

Quando questionada como se dá a relação entre a escola e a unidade de saúde, uma entrevistada relatou que não há relação alguma entre ambas, está iniciando um processo de diálogo e de comunicação entre as unidades. Ao que se percebeu durante essa investigação foi que a iniciativa de aproximação partiu da equipe de saúde, todavia a gestora da unidade escolar poderia ter protagonizado essa aproximação.

Estamos buscando uma implantação de verdade do PSE, porque aqui na escola nunca aconteceu nenhuma atividade mais específica de saúde, essa equipe que está chegando agora do posto de saúde da família é quem está fazendo essa aproximação com a gente, porque até então não existia interação, apenas coisas muito pontuais (D - EBX).

Eles marcam antes, junto com a direção da escola, agenda o dia que irão vir, dependendo do que vai ser tratado, avisa aos pais antes, porque a depender do que for feito tem que ter a autorização dos pais (CP - B).

As receitas e prescrições acerca de comportamentos preventivos e maneiras de evitar determinados tipos de doenças denota um tipo de educação prescritiva, onde não há troca nem construção do conhecimento. Os profissionais compartilham da opinião de que os pais/responsáveis pelos alunos não possuem o devido cuidado com a saúde dos seus filhos. No entanto, não relatam os possíveis contextos e condições que favorecem esta “falta de cuidado”.

As crianças têm muitas cáries, porque os pais não tem a cultura da escovação e daí eu acho que a escola deve investir nisso, porque quando começar a escovar os dentes uma vez por dia, já faz toda a diferença (CD – B).

As atividades nas escolas são importantes, porque se os profissionais ficarem só dentro do consultório, vendo os pacientes que chegam a ele, vai perder muito daqueles que não vem, pois tem muitas crianças que não vem ao posto porque as vezes os pais não tem o devido cuidado, moram na zona rural e a maioria dos adultos não tem uma escolaridade adequada e acham que não tem importância (de levar à UBS) (M - A).

Sobre os fatores que dificultam o desenvolvimento do PSE, os entrevistados destacam muitas pessoas cadastradas na unidade de saúde, o que atrapalha as saídas da equipe para realizar atividades na escola e o fato de muitos estudantes residirem em outros territórios, o que gera dificuldades no acompanhamento destes.

(...) Muita gente cadastrada no posto, a população nossa aqui está em média de 5000 pacientes (...) já tem dificuldade de marcar, porque a população é grande, então, quando vamos à escola deixamos de atender alguém (...). Falta de recursos para realizar as atividades, tem que motivar à participação, quando tem um lanche, as pessoas ficam mais a vontade, por não está com pressa de ir embora, porque esta com fome (M - B).

A escola estadual não abrange alunos só da nossa área, são alunos do 1º, 2º e 3º ano de todo o município aqui no litoral, nós damos palestras, mas não fazemos avaliação, porque eles não são da nossa área. Fazemos a avaliação e fazemos o que com esses dados? Fica complicado para passarmos para cada PSF esses dados (CD - B).

A dificuldade também é atribuída à falta de recursos financeiros e de materiais e à escassez de tempo entre os profissionais para realizar o planejamento e as atividades de forma conjunta, conforme alguns trechos dos relatos:

Dificuldade existe quando não se tem um tempo maior para planejar, então, nossa demanda é muito grande, muito corrido, para se reunir com o pessoal do PSE, acho que falta um pouco de tempo para planejarmos mais e também a forma como executar (VD - EB).

Dificuldade que temos e deve ter em todos os municípios é a falta de materiais. Folder, cartilha, material didático para estarmos orientando. Normamente nós mesmos que pesquisamos e criamos os materiais utilizados, e por conta própria vamos e realizamos a ação, não tem muito auxílio em relação à parte de materiais para utilizarmos no dia da ação (M-A).

Sobre os fatores facilitadores, destacam alguns itens como proximidade espacial entre as unidades (USF e escola), boa relação entre os profissionais e a presença da educação em tempo integral na escola.

Agora as crianças estão ficando na escola os dois turnos, o que eu vejo é que isso facilita mais nossa ação, podemos programar melhor o que fazer (CD - B).

(...) Mais participação, mais envolvimento da equipe da saúde e da escola, o programa é muito importante porque pode prevenir e detectar diversas doenças nos estudantes, pois eles não possuem o hábito de vir sempre na unidade de saúde e por ser bem perto facilita nossa ida à escola (E - A).

(...) Está consolidando essa parceria, quando temos algum problema aqui na escola acionamos o posto, o médico e alguém vem. Nós temos a preocupação com os filhos e com a comunidade. E com o programa melhorou bastante nossa relação com o pessoal da saúde. Ter esse olhar, esse cuidar, não só o olhar do professor, mas de todos, e essa parceria facilita bastante (CP - EA).

5 DISCUSSÃO

O presente estudo buscou analisar a noção de intersetorialidade dos atores envolvidos com o desenvolvimento do PSE, o processo político-gerencial e o processo de trabalho dos profissionais relacionado às práticas de saúde que são realizadas nas escolas. Apesar das limitações da generalização de um estudo de caso, a pesquisa buscou apontar elementos para discussão sobre ações intersetoriais, suas limitações e possibilidades.

Muito se tem discutido acerca do modo de gestão e execução das políticas públicas, buscam-se novas propostas no anseio de conquistar melhores resultados para os problemas existentes. Na saúde, a discussão sobre a estratégia da intersetorialidade enquanto uma forma de reorganização dos serviços do setor articulando-se com outros setores não é um debate novo (JUNQUEIRA, 2000; TEIXEIRA, 2006a, 2006b), esta discussão surge mais forte nas propostas que envolvem a Promoção da Saúde e melhoria da qualidade de vida (BUSS, 2000).

Neste trabalho, a intersetorialidade foi concebida como uma estratégia de intervenção sobre os problemas sociais, independente de a que setor eles estejam direcionados, visto que:

Nenhum setor da sociedade consegue resolver sozinho todos os problemas e é por isso que propostas que tomam o eixo da transdisciplinaridade, intersetorialidade e interdisciplinaridade têm surgido como alternativas para a resolução dos problemas das populações (PAULA et al., 2004, p. 33).

Percebe-se que os envolvidos no processo de gestão e execução do PSE possuem pouco conhecimento conceitual sobre a intersetorialidade e os elementos envolvidos no trabalho intersetorial. No entanto, remetem à ideia de que se trata de um trabalho em conjunto, um trabalho de parceria que gera um ganho em relação à capacidade da solução dos problemas existentes. Tais resultados condizem com os achados de Santos (2011), que, ao analisar a intersetorialidade na condução do Programa Bolsa Família, identificou que os gestores locais apresentaram uma noção muito vaga do conceito de intersetorialidade, carecendo, assim, de processos de capacitação para o trabalho intersetorial. E também com os achados de Carvalho (2009), que, ao investigar a concepção da intersetorialidade dos membros de uma equipe de saúde da família, encontrou significados variados para ela e, muitas vezes, a confusão com interação intrassetorial.

O entendimento de que se trata de um trabalho em conjunto foi um achado uniforme entre gestores e trabalhadores, sendo este um fator importante,

demonstrando a percepção que o trabalho em conjunto, em parceria, é fundamental para obter melhores resultados. Tal entendimento pode ser considerado um indicador positivo para a construção de um trabalho colaborativo, a caminho de um trabalho intersetorial.

Apenas nos documentos relacionados ao setor saúde aparece o termo intersetorialidade, porém essa referência ocorre em poucos momentos. Nos documentos do setor educação, o termo parceria é frequentemente utilizado. Permite concluir que há uma compreensão de ambos os setores, pela necessidade de prover ações interssetoriais.

A compreensão mais profunda sobre a intersetorialidade, assim como sua institucionalização, pode melhorar a condução de políticas, programas e projetos concebidos como interssetoriais, traduzindo na prática a conexão e articulação entre setores e saberes distintos. No caso estudado, faz-se necessária uma capacitação que oriente todos os atores envolvidos na condução do PSE, com vistas a uma melhor compreensão acerca da intersetorialidade e as diversas possibilidades e vantagens do trabalho interssetorial, visto que a maneira como ocorre o processo político-gerencial do PSE não evidencia a interação de saberes, de práticas, nem de maiores informações entre os setores que estão envolvidos. A pouca referência a práticas interssetoriais nos documentos formais do município e a pouca compreensão conceitual sobre a intersetorialidade e seus aspectos operacionais pode significar obstáculos para uma real articulação entre os setores.

Vale ressaltar que a base normativa legal do PSE indica a necessidade de formação dos membros do GTI para o trabalho interssetorial, como foi exposto em seu modelo lógico, onde prevê processos de educação permanente instituídos. A capacitação é uma responsabilidade dos três níveis de governo, envolve a formação do GTI, bem como trabalhadores das escolas e das unidades de saúde para atuação no programa.

A capacitação do GTI e dos profissionais das unidades (USF e escolas) no caso estudado nunca ocorreu. Em nível estadual, o Grupo de Trabalho Intersetorial Estadual (GTI-E) foi constituído apenas no ano de 2013, fato que deixou os GTI municipais do Estado da Bahia sem uma cooperação mais próxima e sem induzir processos formativos nos municípios.

Em relação aos processos decisórios que envolvem a gestão do programa, a qual deveria ser de forma compartilhada, percebe-se que o discurso não condiz com

a prática. É muito comum o discurso de que as decisões são tomadas em conjunto, levando-se em consideração as necessidades dos escolares e as demandas oriundas das escolas e das unidades de saúde. Contudo, não foi identificado, no processo político-gerencial (intersectorial), um planejamento e estratégias conjuntas, uma parceria de fato. Os achados demonstraram um trabalho burocrático, restrito a ações mais imediatas e pontuais que ficam sobre a responsabilidade de apenas duas pessoas representantes de ambos os setores. Com isso, o GTI torna-se um espaço esvaziado com pouco potencial para desenvolver uma efetiva ação intersectorial.

Teixeira (2010) identifica como tomadores de decisão os atores sociais que participam do processo decisório em uma determinada arena, como é o caso da saúde. Pode se incluir como tomadores de decisão gestores das diferentes esferas de gestão, representantes de diversas organizações de profissionais e trabalhadores e representantes de usuários. Segundo a autora, a ação intersectorial, desenvolvida em conjunto por vários setores da atividade governamental, em função da seleção de problemas complexos exige a intervenção coordenada de várias áreas. Para tanto, requer decisões compartilhadas evidenciadas a partir de um processo de planejamento conjunto, envolvendo setores e conhecimentos distintos em busca de soluções. No presente estudo, a intervenção coordenada dos setores e o planejamento não foram evidenciados.

A intersectorialidade é um processo, uma conformação, para o alcance de um objetivo comum, neste caso, de acordo com o modelo lógico do PSE, a melhoria da saúde e da educação dos escolares. Apesar da busca pelos mesmos objetivos, o envolvimento dos setores ocorre de modo desigual. Verificou-se maior proeminência e visibilidade na condução do programa por uma das secretarias, neste caso, a saúde, havendo diferenças no grau de comprometimento, nas responsabilidades e nas decisões entre as instituições envolvidas. Consequentemente, nas decisões tomadas prevalecem aquelas relacionadas ao setor saúde.

No desenvolvimento de ações intersectoriais, faz-se necessário o conhecimento do papel de cada um, e o quanto a participação de cada setor tem potencial para contribuir sobre a ação do outro. Ferreira (2005), ao analisar a intersectorialidade no programa de redução da mortalidade na infância, aponta para diferentes envolvimento por parte das secretarias envolvidas no processo de implantação de ações intersectoriais, embora a autora tenha encontrado baixa

participação entre as secretarias envolvidas com o programa, verificou-se que em algum momento a saúde teve participação mais ativa. Resultado similar foi encontrado por Carvalho (2009) ao analisar as ações intersetoriais realizadas por distintos setores, entre eles igreja e comunidade. Identificou que o setor saúde teve protagonismo no desenvolvimento das ações.

Tais achados convergem para o papel protagonista do setor saúde, com a compreensão de que a questão saúde não trata apenas em ausência de doenças, portanto são necessárias ações que ultrapassem esse setor. De modo geral, pode-se inferir que os ideais da Reforma Sanitária Brasileira (PAIM, 2008), difusora da ideia da saúde enquanto um direito, tenha papel importante no já citado protagonismo desse setor. De outra maneira, o maior envolvimento de um setor dá ao programa um caráter mais setorial.

Em relação aos recursos mobilizados e alocados de forma intersetorial, mostrou-se um estágio incipiente. Para Fischer (2003), recursos são meios financeiros e não financeiros captados e disponibilizados para que sejam atingidos os objetivos da aliança/parceria. Para fins desse trabalho, foram considerados os recursos financeiros do PSE, aqueles transferidos fundo a fundo, os recursos materiais ofertados pelo Ministério da Educação e as pessoas envolvidas na construção do programa no âmbito do município estudado.

O GTI tem a responsabilidade de garantir os princípios e as diretrizes do PSE no planejamento, monitoramento, avaliação e gestão dos recursos de maneira integrada entre as equipes das escolas e das unidades básicas de saúde (BRASIL, 2011b). No município "X", o GTI não foi instituído através de um ato formal do gestor municipal, as pessoas que fazem parte dele foram indicadas para as funções e nos documentos oficiais do município não há menção da existência do GTI.

O grupo não utiliza o planejamento formalizado como estratégia de condução das suas ações, as reuniões são informais e não há relatórios ou atas das suas atividades e deliberações. Neste caso, a informalidade do grupo talvez venha contribuir para a ausência de um planejamento estruturado. Vilasbôas e Paim (2008) consideram que o planejamento se constitui como um meio para desenhar, organizar e acompanhar a execução de proposições destinadas a operacionalizar decisões institucionais. Ao analisar as práticas de planejamento e implementação de políticas no âmbito de um determinado município, identificaram práticas mais flexíveis e informais, por não disporem de uma estrutura metodológica bem definida,

as quais os autores denominaram como práticas não estruturadas de planejamento. Os autores afirmam que o planejamento, como prática de gestão, poderia contribuir para organizar intervenções de saúde mais próximas das necessidades locais.

Nesta perspectiva, a ausência no GTI de um planejamento estruturado e em conjunto pode configurar como um fator limitante à implementação do PSE e da intersetorialidade.

As evidências apontaram que o GTI não realiza a gestão do recurso financeiro, essa função fica a cargo da secretária de saúde. Não foi intenção desse estudo identificar exaustivamente a alocação do recurso financeiro do PSE, por isso a identificação da alocação restringiu-se somente à indagação de como ele foi aplicado, fato que limita a presente pesquisa para maior discussão sobre esta questão. Contudo, realizando uma análise sobre o quantitativo de equipes existentes no município, o quantitativo de escolas públicas, de creches (atualmente as creches também participam do PSE) e de estudantes da rede pública, compreende-se que os recursos financeiros disponibilizados não são suficientes para atender os objetivos e demandas do PSE.

A partir de 2012 os Ministérios (MS e MEC) estabeleceram metas e quantitativo mínimo de escolares a serem avaliados, sendo que o recebimento do recurso financeiro está vinculado ao cumprimento de minimamente 70% das metas previstas. Tais recursos ainda são insuficientes, conforme fora afirmado pela maioria dos entrevistados, necessita, portanto, ser repensado formas alternativas de financiamento do programa.

Os membros do GTI não compartilham dos mesmos conhecimentos sobre as formas como ocorrem a alocação dos recursos financeiros e materiais. Pelo fato de o município não ter recebido os recursos materiais e didáticos correspondentes ao programa, a gestão realizou a compra de alguns desses materiais, contudo essa não é uma compreensão homogênea entre os membros, menos ainda entre os profissionais das unidades de saúde, os quais afirmaram que para realizar as atividades do PSE, mesmo que a maioria destas sejam palestras, há um custo, e esse custo recai sobre os profissionais das unidades de saúde.

A partir da análise exposta, a categoria Poder enquanto capacidade técnica, administrativa e política ganha relevância. Testa (1995) ao tipificar o Poder setorial na saúde, afirma que o Poder técnico corresponde à capacidade de gerar, aceder, aprovar e manipular conhecimentos e informações de características distintas, e o

Poder administrativo como a capacidade de apropriação e alocação de recursos. No presente estudo, os achados evidenciam que o Poder técnico e administrativo é mais prevalente entre os gestores do setor saúde. A capacidade de identificar, alocar, manipular os recursos foi mais evidente na saúde, fato que vai de encontro ao que é esperado da intersectorialidade, a qual considera que processos comunicativos, conhecimentos, saberes e poderes devem ser compartilhados.

O setor educação tem uma participação coadjuvante na condução do programa. Há pouco envolvimento e pouca proposição de ações. A desmobilização do setor é bastante evidente na não participação dos representantes das escolas no espaço do GTI, tendo de fato apenas uma pessoa no grupo, além da nítida falta de apropriação das informações acerca dos materiais clínicos e didáticos que o município deveria ter recebido. Não o bastante, há pouca mobilização dos profissionais da educação (professores, diretores e coordenadores) na realização das ações propostas pelo programa.

O Poder político, como a capacidade de mobilizar grupos sociais em demanda ou reclamação de suas necessidades e interesses (TESTA, 2004), foi também mais evidente na saúde, neste caso, exercido mais fortemente pela secretária da saúde. A mobilização, as discussões em torno do programa e as avaliações são ações realizadas por este setor, todavia, essa maior responsabilização do setor saúde pela condução das ações do PSE pode ser um indicativo de um olhar já enviesado e fragmentado sobre práticas de saúde na escola. Lima (2009) afirma que o estabelecimento de forma igualitária de funções e atribuições entre instituições participantes de ações intersectoriais permite a responsabilização de todos os setores com os resultados esperados, criando um fator mobilizador para a construção de um trabalho coletivo.

Ao identificar a escola como um local potente para o desenvolvimento de ações de saúde, espera-se mobilização e comprometimento igualitário pelo menos dos setores diretamente envolvidos na condução do PSE. Para um maior avanço das práticas intersectoriais, Lima e Vilasbôas (2011) ressaltam a importância em promover encontros com os representantes dos vários setores de forma constante, divulgar os resultados do trabalho realizado e fazer avaliações periódicas. Tais ações poderiam contribuir para manter os setores mais motivados e comprometidos com a articulação intersectorial.

Ainda na perspectiva de mobilização de pessoas, foi constatado que na condução do programa apenas educação e saúde participam. Não foi identificada formação de redes de corresponsabilização nem o envolvimento comunitário. De acordo com Magalhães e Bodstein (2009), a participação da população e a formação de redes adquirem enorme importância não só para a efetividade e o êxito de uma intervenção intersetorial, mas também para gerar mudanças mais abrangentes e sustentáveis em seus contextos sociais, ambientais e políticos. Os estudos de (EVCI KIRAZ et al., 2012; SPIEGEL et al., 2012) indicam que a colaboração intersetorial no nível municipal e local tem maiores chances de ter melhores impactos na saúde, na medida em que os diretamente afetados se envolvem nas ações.

Westphal e Mendes (2000) ressaltam a importância do processo de tomada de decisão dos governos locais e apontam que o *empowerment*, ou seja, o empoderamento comunitário e a participação da população nas decisões são condições essenciais para as ações interssetoriais. Nos achados desse estudo, não há participação comunitária na gestão, na execução, nem na avaliação do programa.

Realizando uma análise sobre a conformação dos GTI (estaduais e municipais) e suas ações na implementação do PSE, Vieira (2013) destaca como entraves ao processo de trabalho intersetorial proposto pelo programa o número insuficiente de profissionais que compõem os grupos municipais, a ausência de carga horária exclusiva desses grupos para a realização das ações do PSE, a falta de autonomia na aplicação dos recursos financeiros e a desarticulação do planejamento municipal nos seus planos de saúde e educação que não contemplam o orçamento intersetorial.

Tais achados convergem para os encontrados no presente estudo, onde o GTI não é formalizado oficialmente, possui apenas dois membros que participam efetivamente, ausência de práticas sistemáticas de planejamento, de monitoramento e de avaliação, assim como pouca articulação nos processos decisórios e mobilização de recursos e a não existência do programa no plano municipal de saúde, tampouco, nos documentos que orientam a educação.

A portaria que normatiza as diretrizes do PSE (BRASIL, 2009) expressa que as ações do programa, em todas as dimensões, devem estar inseridas no projeto político pedagógico (PPP) da escola, levando-se em consideração o respeito à competência político-executiva de Estados e Municípios, a diversidade sociocultural

das diferentes regiões do país e a autonomia dos educadores e das equipes pedagógicas.

O PPP de uma escola corresponde ao planejamento daquilo que se pretende realizar ao longo de um período. Conforme ressalta Veiga (2009), o PPP corresponde a um rumo, uma direção; é uma ação intencional com um sentido explícito, um compromisso construído coletivamente.

Nenhuma das escolas analisadas possui um PPP finalizado e aprovado pela comunidade escolar. Duas escolas (municipais) apresentaram uma versão preliminar do seu PPP que ainda está em fase de elaboração e, segundo os dirigentes escolares, a elaboração do projeto conta com a participação de professores e funcionários da escola. Na versão dos PPPs que foram analisados não há menção ao PSE, nem sobre ações de saúde na escola, fato que corrobora a compreensão de que o setor educação não tem dado ao PSE a atenção necessária. A escola estadual não possui o seu PPP.

Segundo os pressupostos do PSE, as práticas de educação em saúde devem considerar os diversos contextos, com o objetivo de realizar construções compartilhadas de saberes sustentados pelas histórias individuais e coletivas, com papéis sociais distintos dos professores, educandos, merendeiras, porteiros, pais, mães, avós, entre outros sujeitos, produzindo aprendizagens significativas e ratificando uma ética inclusiva (BRASIL, 2011b).

Por sua vez, a Estratégia de Saúde da Família, visa à reorganização da atenção básica de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. Ela é vista como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção primária à saúde por favorecer uma reorientação do processo de trabalho e aprofundar seus princípios, diretrizes e fundamentos, de forma a ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2012b). Uma atribuição das equipes de atenção básica é desenvolver ações intersetoriais, integrando projetos e redes de apoio social, voltados para o desenvolvimento de uma atenção integral.

O presente estudo sobre o processo de trabalho na articulação das ações de saúde que são desenvolvidas no ambiente escolar demonstra que, apesar de toda a política indutora para mudar práticas de saúde, as ações do PSE não estão isentas de práticas hegemônicas, desarticuladas, setoriais e centradas na doença.

Como sujeitos envolvidos nas ações do PSE foram considerados os profissionais da saúde, da educação e os alunos. Ayres (2001, p. 68) afirma que “sujeitos são diálogos”, é algo mais rico que o agente ou o objeto de uma ação técnica.

Nesta perspectiva, ao tomar professores e estudantes como sujeitos envolvidos nas práticas de saúde, pretende-se resgatar o caráter intersetorial preconizado pelo programa, além do entendimento de que comportamentos, crenças e valores são aspectos importantes a serem considerados no processo saúde-doença-cuidado, ou seja, a corresponsabilização dos sujeitos pela sua saúde, implica considerar também seus saberes, valores e crenças.

Chama atenção a pouca participação da equipe da escola, seja do corpo diretivo, seja dos professores, pois não houve nenhuma evidência de suas atuações de forma propositiva. Apenas, em poucos momentos, sugerem alguma ação “da” equipe de saúde, quando esperaria ser “com” a equipe de saúde, distanciando-se, assim, da sua corresponsabilização para com a condução do programa.

Achados semelhantes foram encontrados por Lima (1985, p. 14), que durante a execução de um projeto de saúde do escolar, notou na escola uma “grande e insondável indiferença para com o projeto”. Por Santos (2005), que, ao analisar as ações intersetoriais entre uma escola e uma unidade básica de saúde, identificou incipiente participação dos professores no desenvolvimento das atividades educativas, afirmando que as intervenções foram realizadas pelos profissionais da saúde para o pessoal da escola (professores, funcionários, pais e crianças) o que remete a uma relação unidirecional e não compartilhada.

A participação efetiva da equipe da escola poderia colocar em evidência temas que levam a uma consciência mais crítica e participativa dos alunos, não desmerecendo a atuação da equipe de saúde, contudo espera-se do profissional da educação a expertise de uma educação emancipadora. Discussões tão próximas e ao mesmo tempo férteis na área educacional como cidadania, participação e empoderamento não são evidenciadas entre as atividades executadas.

Ao considerar o objeto como um dos elementos do processo de trabalho, Mendes-Gonçalves (1994) afirma que a apreensão desse objeto consiste na identificação de suas características, que permitem a visualização do produto final, o objeto, corresponde, então, a um “olhar já enviesado que nele discrimina a potencialidade do produto”. Nesse caso, o objeto tomado como ação pelos

profissionais foi a doença. As atividades focaram-se na identificação de doenças e as palestras tinham por finalidade a informação para prevenir doenças.

Tais achados podem ser verificados com base nos relatórios de atividades, onde o foco se deu sobre determinado agravo e também nas entrevistas dos profissionais que indicam a doença ou a prevenção desta enquanto objeto de intervenção. Ao que se percebe, não utilizam do conhecimento epidemiológico para identificar riscos e propor ações. Paim (2006) ressalta que ao reduzir as necessidades de saúde aos problemas de saúde, a epidemiologia seria a opção mais coerente para atuação sobre o objeto.

Costa (2009), ao estudar o modo de atenção da Vigilância da Saúde e o trabalho da equipe de saúde da família, identificou que o objeto privilegiado das práticas da equipe de saúde foi a doença do corpo, embora reconhecidos pelos profissionais, os determinantes não eram tomados como objeto. É previsível que, ao tomar como objeto a doença, diminui-se a potência de uma atuação intersetorial.

Apesar de esse estudo envolver dois territórios diferenciados, nas atividades propostas não foram vislumbradas ações voltadas para os problemas localizados. Muitas das atividades executadas são aquelas propostas nas portarias do PSE, o que muitas vezes não privilegia as reais necessidades locais.

As atividades encontradas no presente estudo configuram-se como atividades preventivas, pontuais, sem conexões com os distintos saberes e sem associação com os determinantes mais amplos da saúde. Desta forma, ações intersetoriais não são incorporadas nas atividades desenvolvidas, sejam individuais ou coletivas, fato que pode dificultar mudanças mais amplas. Situações semelhantes foram encontradas pelos estudos de Santos (2005) e Villardi (2011), que identificaram práticas de saúde na escola centradas em soluções biologicistas, trabalho fragmentado e atividades educativas ligadas à cura e à prevenção individual de doenças.

A Promoção da Saúde busca identificar e enfrentar determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, agindo nas vulnerabilidades, e busca modificar condições de vida para que sejam dignas e adequadas, aponta para transformação dos processos individuais e coletivos para tomada de decisão favorável à saúde (BUSS, 2000, 2009; CZERESNIA, 2009). A responsabilidade pela Promoção da Saúde extrapola o campo da saúde, envolve atores sociais de diversas áreas, por entender que a saúde é fruto de determinações sociais, políticas,

econômicas e culturais. O PSE poderia ser considerado como um programa importante para realizar ações de Promoção da Saúde, uma vez que é concebido como uma política pública saudável. Os responsáveis pela sua execução são a equipe de saúde e a equipe das escolas, no entanto ações de Promoção da Saúde foram pouco manifestas no presente estudo.

Apesar de o município possuir, na área educacional, um projeto de saúde voltado para os escolares com necessidades especiais, não foi identificada a articulação entre esse projeto e as ações do PSE. Outro fator evidente na desintegração das ações propostas pelo PSE é a não interação com as atividades do programa Mais Educação, visto que duas das escolas analisadas são participantes desse programa, e umas das ações que uma das escolas escolheu para executar foi justamente a ação chamada de Promoção da Saúde.

O GTI é um proponente das atividades que são executadas nas escolas. A desarticulação entre programas, projetos e entre as ações executadas talvez seja um reflexo do processo político-gerencial do PSE, onde a educação não se configura como um ator ativo na condução deste. O diálogo, a troca de experiências e o planejamento na articulação dos setores seriam estratégias importantes para conectar os diferentes programas e ações e agir de forma sinérgica sobre os problemas identificados.

Ao analisar os saberes envolvidos na dinâmica do PSE, é notável a predominância do conhecimento relativo ao setor saúde. Este concentra os saberes que são repassados aos escolares, bem como a forma escolhida para transmitir esse conhecimento. Nas práticas educativas a palestra é a forma mais adotada, assim, evidencia que o programa torna-se pouco potente para mudanças de atitudes, sejam elas individuais ou coletivas.

Os dados encontrados são convergentes com os achados de Santos (2005), onde as práticas educativas dos profissionais de saúde foram identificadas como mecanicistas, pontuais e verticais, cujas estratégias didáticas resumiam-se a palestras e orientações. Leva-nos a refletir que embora os anos passem as práticas pouco mudam ou muitas vezes não mudam.

Ao defender a educação como prática de liberdade, Freire (1999) ressalta que no processo educativo discursam-se aulas, ao invés de debater ou discutir temas; trabalha-se sobre o educando, não se trabalha com ele, impondo-lhe uma ordem a que ele não adere, mas se acomoda. Não se lhe propicia meios para pensar

autêntico, porque recebendo as formulas que se lhe dá simplesmente as guarda. Não as incorpora porque a incorporação é o resultado da busca de algo que exige, de quem o tenta, esforço de recriação e de procura. Exige-se, assim, reinvenção. A educação deve proporcionar experiências do debate e da análise dos problemas proporcionando condições de verdadeira participação.

A integralidade das práticas (promoção, proteção e recuperação) ainda que seja relatada pelos profissionais (da saúde) de sua importância, de fato, é algo ainda em construção. A ESF, enquanto proposta de mudança do modelo de atenção, continua com práticas desintegradas e focadas na doença. Dessa forma, o princípio da integralidade presente no SUS e no PSE não é contemplado. A proposta do PSE enquanto programa intersetorial continua com ações setorizadas, sem mobilizar e envolver a participação popular.

Ao não contemplar a dimensão do envolvimento comunitário na condução do programa, restringe-se o à participação de apenas dois setores, saúde e educação, o que vai de encontro à concepção da intersectorialidade, que prevê a participação popular nos processos de implementação de políticas. Moysés et al. (2004) avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde a partir de uma experiência da cidade de Curitiba, revela que nos territórios onde a participação social e a coordenação intersectorial propiciada eram consistentes, as possibilidades de êxito das políticas aumentavam. Contudo, permanecia o desafio de prover motivação a todos os atores envolvidos, fornecendo clareza conceitual, recursos de conhecimento, transparência de informações e partilhamento de poder.

No caso do PSE, não envolver a participação comunitária reduz o programa aos interesses de apenas dois setores, não evidencia, de fato, a opinião dos personagens alvos do programa, os que convivem no contexto real da sua escola e da sua comunidade. O trabalho conjunto entre escola, equipe de saúde, alunos e comunidade pode trazer novos sentidos para a produção da saúde, construindo redes de produção de saberes e de parceria entre os envolvidos.

As relações técnicas e sociais que são expressas na divisão dos trabalhos e das atividades revelam a existência de maior e menor grau de articulação entre as equipes e escolas analisadas. Os achados levam a perceber maior envolvimento e articulação entre os profissionais da equipe A e entre esta equipe e a escola A. A coerência nas entrevistas associadas às observações durante o trabalho de campo levou a essa percepção.

Nessa equipe a grande demanda de consulta pelo profissional médico faz com que este atue menos no planejamento e execução do PSE, contudo os outros membros se organizam para cumprir a demanda frente às três escolas do seu território, de modo que, diante das possibilidades reais, prestam uma assistência com maiores processos de diálogos. A relação entre a equipe A e a escola A mostrou-se ser mais estruturada com mais periodicidade na realização das atividades, bem como na parceria entre oferta e demanda.

Em ambas as equipes foi possível perceber que a odontologia atua um pouco à parte, com atividades desenvolvidas apenas pela cirurgiã-dentista e pela auxiliar de saúde bucal. Resultado divergente foi encontrado por Silva (2004), que, analisando a articulação técnica e a interação entre os profissionais de uma equipe de saúde da família, identificou articulação entre o trabalho da dentista, com os demais profissionais da equipe, havendo um esforço por parte de ambos em articular os distintos saberes no interior das próprias intervenções técnicas as quais executavam.

De maneira geral, foi identificada boa relação entre os profissionais das equipes de saúde, relações de poder e de hierarquia não foram observadas. Percebe-se que realizar as atividades do PSE é uma responsabilidade de todos os membros das equipes de saúde. Não há indícios de relações autoritárias e de subordinação. Resultado semelhante foi evidenciado nos achados de Costa (2009), com a identificação de relações simétricas entre os membros das equipes de saúde e decisões mais horizontais sem indícios de subordinações. Portanto, sendo um exemplo sugestivo que a articulação intrasetorial está existindo, o que pode ser considerado como um avanço.

Não foi evidenciada articulação entre os profissionais da educação no que se refere ao PSE. Atores da gestão escolar (diretor, vice-diretor e coordenador pedagógico) mostraram conhecer mais o programa do que os professores. O principal contato entre a equipe de saúde são justamente esses atores, talvez isso explique o entendimento maior, embora insuficiente, acerca do programa, o que permite entender que esse conhecimento não é compartilhado internamente, faltando, portanto, processos comunicativos internos.

Neste sentido, pela falta de planejamento e de processos comunicativos mais amplos, a articulação das ações por meio da comunicação e do exercício de mediação entre os sujeitos (PEDUZZI, 2001) fica por vezes fragilizada.

As dificuldades de agendas e de horários comuns são relatadas como fatores que tornam quase inviáveis reuniões entre os profissionais dos setores, sendo então, fatores dificultadores na execução do programa.

Cabe aqui fazer uma correlação entre o processo político-gerencial e o processo de trabalho dos profissionais. Os achados do processo de trabalho não diferem dos achados do processo político-gerencial, tais como predominância do setor saúde no planejamento, mesmo que incipiente e informal, na mobilização dos recursos e na execução das ações. A baixa participação do setor da educação, seja com propostas mais gerais, seja mais específica em nível de cada escola foi evidenciada em ambos os processos. Com isso, o potencial de um trabalho intersetorial lograr êxito vai perdendo força na medida em que compromissos e comprometimentos são desiguais.

A não participação de outros setores do município (secretarias, ONG, comunidade, etc.) não identifica nem abarca outros problemas que envolvem os escolares e que porventura estejam camuflados em outros setores da organização municipal.

Dessa forma, pode-se concluir pela existência de uma incipiente articulação de setores, pouco compartilhamento de saberes e de poderes, conseqüentemente, pouca atuação intersetorial, o que contribui pela permanência das práticas de saúde na escola sob o viés biológico, desconectado do ambiente social e de toda desigualdade que influencia as condições educacionais e de saúde dos escolares.

Ao adotar a estratégia saúde da família como forma de reorientação do modo de atenção à saúde, espera-se a ruptura com práticas hegemônicas e tradicionais, de saúde, assim como de educação em saúde e a adesão de diferentes tecnologias de trabalho, aqui expressa nas ações intersetoriais. No entanto, no caso estudado, apesar de uma aproximação das equipes com os equipamentos sociais do território e a predisposição ao diálogo, mudanças no fazer ainda se fazem necessárias.

As práticas de saúde continuam com forte concepção higienista, biomédica e preventiva. Ao realizar as atividades nas escolas, o conhecimento não é construído, problematizado e reflexivo. Os professores, com pouca participação na condução do PSE, na maioria das vezes são reprodutores dos ensinamentos e das instruções da saúde. Os profissionais não foram capacitados para trabalhar com o programa, conforme está previsto na normatização do mesmo e no seu modelo lógico, talvez por isso, o foco de suas ações são com ênfase na clínica e em ações assistenciais.

Contudo, as necessidades de saúde da população são tantas, que as ações realizadas, mesmo não causando grandes transformações, contribuem para melhoria da saúde e conseqüentemente da educação do público alvo.

O PSE não evolui na atenção à saúde do escolar, se comparado com programas anteriores. Depois de mais de duzentos anos após o início das práticas de saúde na escola no Brasil, o PSE, ao que demonstra, não conseguiu induzir ações dialógicas e transformadoras; apesar de inovar na proposta da intersetorialidade, as ações indicadas pelo programa recaem na setorialidade, vislumbrando apenas ações do setor saúde, questões importantes do setor educação são alheias no programa.

Outro ponto que o programa não inovou é em relação à atenção apenas aos estudantes incluídos no sistema escolar formal. Desconsidera as escolas informais ou não formais e até mesmo aqueles sujeitos que por algum motivo são excluídos do sistema educacional. Enquanto uma política social e intersetorial precisa receber maior atenção, prioridade e adequação.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo visou caracterizar e analisar como ocorre a intersectorialidade na implementação do PSE em um determinado município, no âmbito político-gerencial e no âmbito das práticas, aqui denominadas de processo de trabalho envolvendo os profissionais das USF e das escolas, identificando evidências sobre os processos de construção de ações intersectoriais.

Verifica-se um desconhecimento conceitual sobre a intersectorialidade, com baixa apropriação do conceito, sendo, porém, reconhecida a ideia de trabalho em conjunto e parceria, tendo em vista alcançar melhores resultados. Tais concepções podem ser inclusas no conceito genérico da intersectorialidade.

No âmbito político-gerencial, verificou-se que o GTI carece de um planejamento estruturado das suas ações. As agendas seguem muitas vezes a informalidade, resultando em imediatismo em suas atividades, não fica claro como são identificadas as prioridades e organizadas as ações. Embora haja o discurso da parceria entre as secretarias para o trabalho em conjunto, verificou-se que a secretaria da saúde é a maior responsável pelas ações do programa, seja em seu planejamento, como na execução. A secretaria de educação apenas ratifica tais ações, tendo uma participação periférica. Quanto à composição e funcionamento do GTI, percebe-se um predomínio das decisões entre os coordenadores de setor. Seria interessante o incremento da participação nos processos decisórios de membros representantes das escolas e das unidades de saúde, bem como participação da sociedade civil organizada.

No âmbito do processo de trabalho, o desenvolvimento das ações fica a cargo da equipe de saúde, esta é quem propõe, executa e monitora as atividades de saúde na escola. Dentre as ações executadas, a palestra foi a estratégia mais adotada, demonstrando pouca criatividade para o trabalho de educação em saúde, já que as escolas envolvidas na pesquisa, possuem um público heterogêneo em relação à idade, ao conhecimento e às experiências. Percebe-se grande ausência dos professores na articulação e execução das ações, comprometendo dessa forma, a ação intersectorial. Uma maior interação e parceria entre as duas equipes (saúde/educação) poderia contribuir para que processos de educação em saúde aconteçam de forma mais lúdica e eficaz.

Como produtos finais, exposto no modelo lógico do programa, a articulação das ações ainda não existe, e a interação entre as redes de saúde e educação é

incipiente, visto que, os gestores e trabalhadores já compartilham se não das mesmas ações, ao menos de algum diálogo e de processos de aproximação.

Sobre a integralidade do cuidado, necessita-se, de outros estudos para identificar como as redes de saúde e de educação se articulam para proporcionar uma saúde e educação de forma integral, bem como necessita de outros estudos para avaliar a melhoria da saúde e da educação dos escolares. Embora o município e as escolas estudadas possuam um IDEB considerado bom para a média nacional, não existem evidências concretas de que o PSE tenha contribuído para isso. Todavia, acredita-se que as ações de saúde, mesmo fragmentadas, contribuem para melhoria da educação, uma vez que algumas necessidades de assistência à saúde podem ser identificadas e até mesmo resolvidas, contribuindo para um melhor desempenho escolar.

A existência de poucas ações de saúde na escola no período do estudo contribuiu para as limitações dos achados. Devido à dinamicidade dos acontecimentos, participar de mais atividades poderia agregar mais elementos para a análise.

Com relação ao tema intersectorialidade, novos estudos precisam ser realizados, não apenas investigando o processo gerencial, mas principalmente as práticas onde as ações se operacionalizam, identificando, desta forma, a sua efetividade. Sobre saúde na escola, fazem-se necessárias novas abordagens, incluindo, nestas, os alunos, pais e comunidade, a fim de apontar diretrizes para novas formas de produzir saúde no ambiente escolar.

Como sugestão de melhoria do programa no município recomenda-se: a institucionalização do GTI; maior envolvimento do setor educação no processo político-gerencial e necessidade de incluir demais setores e comunidade. Sugere-se ainda um maior envolvimento e protagonismo dos profissionais das escolas em relação à construção das ações do PSE em suas unidades de ensino, além de processos de capacitação para a prática intersectorial na condução do PSE para todos os atores envolvidos.

REFERÊNCIAS

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. v.6, n.1, p.63-72, 2001.

ANDRADE, L. O. M. **A saúde e o dilema da intersetorialidade**. Editora Hucitec, São Paulo, 2006.

ARTMAN, E. **O Planejamento Estratégico Situacional: A Trilogia Matusiana e uma Proposta para o Nível Local de Saúde (uma abordagem comunicativa)**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1993.

BOBBIO, N. **Dicionário de política**. 12ª Ed. Brasília, Editora UNB, 1999.

BRASIL. Decreto Presidencial nº 6.286, 5 de dezembro de 2007. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm>. Acesso em: 10 dez. 2012.

BRASIL. Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.413, de 10 de julho de 2013. 2013a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/pri1413_10_07_2013.htm>. Acesso em: 20 jul. 2013.

BRASIL. Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.911, de 08 de agosto de 2011. 2011c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/pri1911_08_08_2011.htm>. Acesso em: 10 ago. 2011.

BRASIL. Portaria Interministerial MS/MEC nº 3.696, de 25 de novembro de 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/pri3696_25_11_2010.htm>. Acesso em: 20 nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Educação, Ministério da Saúde. Manual Instrutivo Programa Saúde na Escola, Brasília, 2013b. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_instrutivo_pse.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Educação. Plano Nacional da Educação – PNE 2011-2020 (Projeto de Lei), Brasília, 2012a, disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&id=16478&Itemid=1107>. Acesso em: 10 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Educação. **Saúde e Educação: Salto para o futuro**, Brasília, 2008, p. 22.

BRASIL. Ministério da Educação. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação**. Lei Nº 9.394 de 20 de dezembro de 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.861, de 4 de setembro de 2008.
Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1861_04_09_2008_rep.html>
Acesso em: 15 out. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Índice de Desempenho do SUS – IDSUS, 2012b.
Disponível em: <www.saude.gov.br/idsus>. Acesso em: 15 abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos da Atenção Básica, **Programa Saúde na Escola**. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional da Atenção Básica**, 2011a
Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnab.php>>. Acesso em 20 out. 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde, **Instrutivo PSE**, Tecendo os Caminhos da Intersetorialidade. Brasília, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde & OPAS. **Escolas Promotoras de Saúde: Experiências no Brasil**. Brasília, DF, 2007.

BUSS, P. M. Uma Introdução ao Conceito de Promoção da Saúde. In. CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. F. (orgs) **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2ª Ed. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, p. 19-42, 2009.

BUSS, P. M. Promoção da Saúde e Qualidade de Vida. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Vol. 5, nº1, p. 163-177, 2000.

CARVALHO, M. F. et al. Intersetorialidade: diálogo da política nacional da promoção da saúde com a visão dos trabalhadores da atenção básica em Goiânia. **Tempus - Actas de Saúde Coletiva**. Vol. 3, n. 3, p. 44-55, jul./set. 2009.

COMERLATTO, D. ET AL. Gestão de políticas públicas e intersetorialidade: diálogo e construções essenciais para os conselhos municipais. **Revista. Katál**, v.10, n.2, p. 265- 271, 2007.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil. Relatório final, 2008.
Disponível em: <<http://www.cndss.fiocruz.br/pdf/home/relatorio.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2012.

CONCEIÇÃO, J. A. N. **Saúde Escolar: a criança, a vida, a escola**. Sarvier: Monografias Médicas, São Paulo, 1994.

COSTA, J. G. **O modo tecnológico da Vigilância da Saúde e o trabalho das equipes de saúde da família**. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

CZERESNIA, D. O Conceito de Saúde e a Diferença entre Prevenção e Promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (orgs) **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2ª Ed. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, p. 43-58, 2009.

EVCI KIRAZ, E. D. et al. Local decision makers' awareness of the social determinants of health in Turkey: across-sectional study. **BMC Public Health** 2012. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com>>. Acesso em: 05 nov. 2012.

FERNANDES, D. M. “**Análise da articulação intersetorial na implementação de um programa social em nível local – experiência do município de Petrópolis/RJ**”. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005.

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.

FEUERWERKER, L.; COSTA H. Intersetorialidade na Rede Unida. Divulgação em **Saúde para Debate**. V.22. p. 25-35, 2000.

FIGUEIREDO, T.A.M.; MACHADO, V.L.T.; ABREU, M.M.S. A Saúde na Escola: Um breve resgate histórico. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 15(2): p.397-402, 2010.

FISCHER, R. M. et al. Alianças Estratégicas Intersetoriais Para Atuação Social. São Paulo, **CEATS/FIA/FEA – USP**, 2003.

FREIRE, P. **Educação como prática de liberdade**, 13ª edição, Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1999.

FREITAS, C. M. A Vigilância da Saúde para a Promoção da Saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (orgs) **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. RJ, Ed. Fiocruz, p. 145 -164, 2009.

GILLIES P. Effectiveness of alliances and partnerships for health promotion. **Health Promotion International** 1998, 13: p. 99-120, 1998.

GONÇALVES, F.D. et al. Health promotion in primary school. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. v.12, n. 24, p.181-192, jan./mar. 2008.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>>. Acesso em: 14 mar. 2013.

INEP. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Índice de Desenvolvimento da Educação Básica - IDEB: Resultados e Metas, 2011. Disponível em: <<http://ideb.inep.gov.br>>. Acesso em: 14 mar. 2013.

JACKSON F.S. et al. Integrated health promotion strategies: a contribution to tackling current and future health challenges. **Health Promotion International**, Vol. 21, nº. S1, p. 75-83, 2007.

JUNQUEIRA, L. A. P. Intersetorialidade, Transetorialidade e Redes Sociais na Saúde. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 35-45, nov./dez. 2000.

JUNQUEIRA, L. A. P. A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. **Saúde e Sociedade** v.13, n.1, p.25-36, jan./abr. 2004.

JUNQUEIRA, L. A. P. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersectorialidade. **Saúde e Sociedade**, 6(2), p. 31- 46, 1997.

JUNQUEIRA, L. A. P.; INOJOSA, R. M.; KOMATSU, S. Descentralização e intersectorialidade na gestão pública municipal no Brasil: a experiência de Fortaleza. **XI Concurso de ensaios da CLAD**. Caracas, 1997.

JUNQUEIRA, L.A. Descentralização e intersectorialidade: a construção de um modelo de gestão municipal. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, p. 11.22, nov./dez. 1998.

LEVORLINO, S. A. **Escola Promotora da Saúde - Um projeto de qualidade de vida**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

LIMA, E. C. **Implantação das ações intersectoriais de mobilização social para o controle da dengue na Bahia**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2009.

LIMA, E. C.; VILASBÔAS, A. L. Q. Implantação das ações intersectoriais de mobilização social para o controle da dengue na Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 27(8): p. 1507-1519, ago. 2011.

LIMA, G. Z. **Saúde Escolar e Educação**. Cortez Editora. 1985.

MAGALHÃES, R.; BODSTEIN, R. Avaliação de iniciativas e programas intersectoriais em saúde: desafios e aprendizados. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 14(3): p. 861- 868, 2009.

MENDES E.V. **Uma agenda para a saúde**. 2.ed. São Paulo: HUCITEC, 1996.

MENDES-GONÇALVES, R.B. **Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde: Características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde em São Paulo**. SP, HUCITEC/ABRASCO, 1994.

MILLER, S. J.; HICKSON, D. J.; WILSON, D. C. A tomada de decisões nas organizações. In: CLEGG, S. R.; HARDY, C.; NORD, W. R. (orgs) **Handbook de estudos organizacionais**. 1ª edição, volume 3, atlas editora, São Paulo, p. 282-333, 2012.

MONERRAT, G. L. ; SOUZA, R. G. Política social e intersectorialidade: consensos teóricos e desafios práticos. **SER Social**, Brasília, v. 12, n. 26, p. 200-220, jan./jun. 2009.

MOYSÉS, S. J. ; MOYSÉS, S. T.; KREMPEL, M. C. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 9 (3): p. 627- 641, 2004.

NOBRE, L.C.C. Trabalho de crianças e adolescentes: os desafios da intersectorialidade e o papel do Sistema Único de Saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 8 (4): p. 963-971, 2003.

O'NEILL, M. et al. Coalition theory as a framework for understanding and implementing intersectoral health-related interventions. **Health Promotion International**, 12 (1), p. 79-87, 1997.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2009a.

PAIM, J. S. Vigilância da Saúde: tendências de modelos assistenciais para a promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (orgs.) **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. RJ, Ed. Fiocruz, p. 165-181, 2009b.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**, Ed. EDUFBA, Salvador, 2008.

PAIM, J.S. **Desafios para a Saúde Coletiva no século XXI**. Salvador, EDUFBA, 2006.

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.; ALMEIDA, N.F. **A crise da Saúde Pública e a utopia da Saúde Coletiva**. Salvador, EDUFBA, 2000.

PAULA, K. A.; PALHA, P. F.; PROTTI, S. T. Intersectoral approach: a practical experience or a challenge to be met? The Collective Subject Discourse of nurses in the Family Health Centers of the Western District - Ribeirao Preto, Brazil. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. V.8, n.15, p.31- 48, mar./ago. 2004.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**; 35(1), p.103-109, 2001.

PRETTI, M.C.M. **A Saúde na Escola: Ação ou Informação? Um Estudo dos Programas de Saúde**. Dissertação (Mestrado em Educação) Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1983.

RIVIERA, F. J. U.; ARTMAN, E. Planejamento e gestão em saúde: histórico e tendências com base numa visão comunicativa. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 15(5): p. 265-284, 2010.

SANTOS, D. S. **Ações Intersectoriais de Educação e Saúde: Entre Teoria e Prática**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Faculdades de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005.

SANTOS, N. N. **A intersectorialidade como modelo de gestão das políticas de combate à pobreza no Brasil. O caso do Programa Bolsa Família no Município de Guarulhos.** Dissertação (Mestrado em Administração) Escola de Administração, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2011.

SCHRAIBER, L. B. et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 4(2): p. 221-242, 1999.

SILVA, I. Z. Q. J. **Equipe de Saúde da Família: Problematizando a articulação técnica e a interação entre os profissionais.** Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2004.

SPIEGEL, J. et al. Intersectoral action for health at a municipal level in Cuba. **International Journal Public Health**, p.15 - 23, 2012.

SUCUPIRA, A. C. **Fracasso escolar e condições de vida em crianças de sete a dez anos de idade, Sobral - Ceará.** Tese (Doutorado em Ciências) Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo 2003.

TEIXEIRA, C. F. (org). **Planejamento em Saúde: conceitos, métodos e experiências.** EDUFBA, Salvador, 2010.

TEIXEIRA, C. F. Formulação e implementação de políticas públicas saudáveis: desafios para o planejamento e gestão das ações de promoção da saúde nas cidades. In. TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. **Modelos de atenção à saúde: Promoção, Vigilância e Saúde da Família.** EDUFBA, Salvador, p. 85-108, 2006a.

TEIXEIRA, C. F. Promoção da saúde e SUS: um diálogo pertinente. In. TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. **Modelos de atenção à saúde: Promoção, Vigilância e Saúde da Família.** EDUFBA, Salvador, p. 110-128, 2006b.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S. Planejamento e programação de ações intersectoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida. **Revista de Administração Pública**, nº 6, v. 34, p. 63-80, nov./dez. 2000.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILAS BÔAS, A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **IESUS**, VII(2), Abr./Jun. p.17 -18, 1998.

TESTA, M. **Pensamento estratégico e a lógica da programação.** São Paulo – Rio de Janeiro, HUCITEC-ABRASCO, 1995.

TESTA, M. **Pensar en salud.** 3ª edição, Bueno Aires: Lugar Editorial, 2004.

VALADÃO, M M. **Saúde na Escola: Um campo em busca de espaço na agenda intersectorial.** Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

VEIGA, I. A. P. (org) **Projeto Político Pedagógico da Escola: Uma construção possível.** 24ª edição. Papirus editora, Campinas-SP, 2009.

VIEIRA, M. E. M. **Programa Saúde na Escola: A Intersetorialidade em Movimento.** Dissertação (Mestrado em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde) Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

VILASBÔAS, A. L.Q.; PAIM, J. S. Práticas de planejamento e implementação de políticas no âmbito municipal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(6): p. 1239-1250, jun. 2008.

VILLARDI, M. L. **A Equipe da Saúde da Família e a atenção à saúde da criança em idade escolar: um desafio social.** Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual de São Paulo, Botucatu, 2011.

YIN, Robert K. **Estudo de Caso: Planejamento e Métodos.** 2ª ed. Porto Alegre, Bookman, 2001.

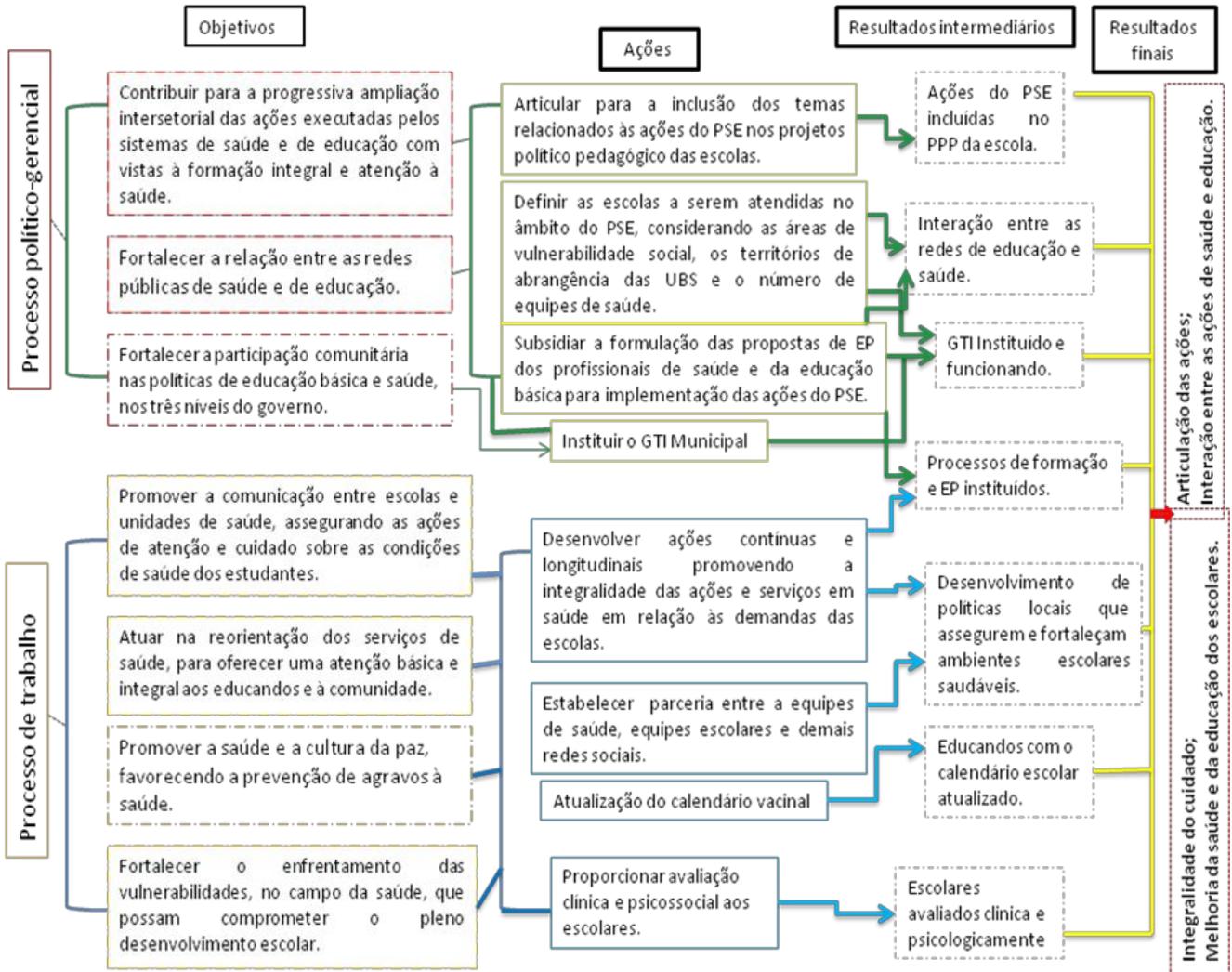
WESTPHAL, M.F.; MENDES, R. Cidade Saudável: uma experiência de interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Revista de Administração Pública – RAP** - Rio de Janeiro, FGV, 34 (6): p. 47- 61, nov./dez. 2000.

WHO. The 8th Global Conference on Health Promotion, 2013. Disponível em: <<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/en/>>. Acesso em: 10 fev. 2014.

WHO. Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion. Ottawa, Canada, 1986. Disponível em: <<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>>. Acesso em: 25 jan.2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A – MODELO LÓGICO DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA



Adaptado dos instrutivos do PSE (2011 e 2013)

Figura 3 – Modelo lógico do PSE

APÊNDICE B - RELAÇÃO DOS DOCUMENTOS ANALISADOS

Documentos analisados
Plano Estadual de Educação
Plano Plurianual Municipal (2009 a 2013)
Plano Municipal de Saúde
Relatórios Anuais de Gestão da SMS (2011 e 2012)
Relatórios Anuais de Gestão da SME (2011 e 2012)
Programação anual da SMS (2013)
Matrizes Curriculares do Município
Projetos Políticos Pedagógicos (PPP) das escolas municipais (versão preliminar)
Relatórios das equipes de saúde da família.
Consolidado do PSE do Município "X" (dados do SIMEC)

APÊNDICE C - RELAÇÃO DOS INFORMANTES-CHAVE ENTREVISTADOS

Representação	Setor	Formação	Cargo/Função	Período de atuação no serviço
Secretaria Municipal de Saúde	Saúde	Economista	Secretária municipal de saúde	2011 até o momento.
		Psicóloga	Ex-secretária municipal de saúde	2009 a 2011
Secretaria Municipal de Educação	Educação	Economista	Secretária municipal de educação	2012 até o momento.
GTI	Saúde	Petróleo e gás	Coordenador da Atenção Básica Coordenador do PSE	2011 até o momento.
		Assistente Social	Coordenadora da Atenção Básica	2013 até o momento.
	Educação	Pedagoga	Coordenador pedagógico Coordenador do PSE	2009 até o momento.
Profissionais da Unidade de Saúde da Família A	Saúde	Cirurgiã-Dentista	Cirurgiã-Dentista da ESF	2011 até o momento.
		Enfermeira	Enfermeira da ESF	2010 até o momento.
		Médico	Médico da ESF	2009 até o momento.
		Técnica de Enfermagem	Agente Comunitário de Saúde	2003 até o momento.
Profissionais da Unidade de Saúde da Família B	Saúde	Cirurgiã-Dentista	Cirurgiã-Dentista da ESF	2009 a 2013
		Enfermeira	Enfermeira da ESF	2005 até o momento.
		Médico	Médico da ESF	2008 até o momento.
		Pedagoga (incompleto)	Agente Comunitário de Saúde	2010 até o momento.
Profissionais da		Letras	Diretora	2013 até o momento.

escola A	Educação	Pedagoga	Coordenadora pedagógica	2010 até o momento.
		Magistério	Professora	2019 até o momento.
Profissionais da escola B	Educação	Contador	Vice-Diretor	2011 até o momento.
		Pedagoga	Coordenadora pedagógica	2012 até o momento.
		Pedagoga	Professora	2011 até o momento.
Profissionais da escola BX	Educação	Letras	Diretora	2013 até o momento.
		Educador físico	Professor	2003 até o momento.
		Bióloga	Professora	2001 até o momento.

**APÊNDICE D - ROTEIRO PARA AS ENTREVISTAS DOS SECRETÁRIOS
MUNICIPAIS DE EDUCAÇÃO E DE SAÚDE**

Nome:	Formação profissional:	
Idade:	Cargo:	Tempo:
<p>1- Como foi o processo de adesão do município ao Programa Saúde na Escola?</p> <p>2- Como foi definida a participação das escolas e das unidades de saúde?</p> <p>3- Como foram escolhidos os membros do GTI?</p> <p>4- Quem participou das discussões e da elaboração do projeto municipal?</p> <p>5- Como é definida a alocação dos recursos do programa? Quem define?</p> <p>6- Quais os critérios utilizados para definir a alocação dos recursos?</p> <p>7- Como a gestão municipal monitora o desenvolvimento do programa?</p> <p>8- O que mudou na relação entre as duas secretarias a partir da implantação do programa?</p> <p>9- Quais os principais desafios que se apresentam em relação ao programa?</p> <p>10- Qual é a sua compreensão acerca da intersetorialidade?</p>		

APÊNDICE E - ROTEIRO PARA ENTREVISTAS DOS MEMBROS DO GTI

Nome:	Representação:
Formação profissional:	Cargo:
Idade:	Tempo no GTI:
<p>1- Qual o seu entendimento/compreensão sobre intersetorialidade?</p> <p>2- Quem participa do GTI? Quem indica os membros?</p> <p>3- Como ocorre a construção de agendas/ações no GTI?</p> <p>4- Existe um planejamento, objetivos e metas construídos pelo grupo para o PSE no município?</p> <p>5- Existem canais de comunicação entre os representantes do GTI? Quais?</p> <p>6- Os canais de comunicação disponíveis facilitam a interação dos representantes do grupo? Como?</p> <p>7- Como são definidas as atividades do programa? O que é priorizado?</p> <p>8- Como se dá a alocação dos recursos existentes?</p> <p>9- Quais as formas adotadas para o monitoramento e avaliação do programa?</p> <p>10-Quais os principais desafios que se apresentam em relação ao programa?</p>	

APÊNDICE F - ROTEIRO PARA ENTREVISTA DOS MEMBROS DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA E DAS ESCOLAS

Nome:	Função:
Formação profissional:	Tempo de atuação na USF/ Escola:
Idade:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Como se deu a aproximação entre a unidade de saúde e a escola? 2. As ações foram planejadas? Como se deu o planejamento? 3. Quem participou? O que foi programado? 4. O que está sendo realizado? Quem executa? 5. Quem participa? Com quais recursos? 6. Quais foram os resultados obtidos? 7. Como se dá o acompanhamento dos resultados? 8. Você consegue verificar alguma mudança em relação aos problemas de saúde apresentados pelos estudantes? 9. Qual a sua opinião sobre o programa? E sobre as ações intersetoriais? 10. Fale um pouco das limitações, possibilidades e desafios. 	

APÊNDICE G - MATRIZ DE ANÁLISE - CATEGORIA ANALÍTICA, DIMENSÕES, SUBDIMENSÕES, CRITÉRIOS E FONTES DE EVIDÊNCIAS PARA ANÁLISE DAS AÇÕES INTERSETORIAIS DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA

Matriz de Análise				
Categoria analítica	Dimensão	Subdimensão	Descritores	Fontes de evidências
Intersetorialidade	Político-gerencial	Processos decisórios	Concepções de intersectorialidade; Planejamento/agenda compartilhada; Composição do GTI, atribuições e responsabilidades.	Análise documental Entrevista com informantes-chave
		Mobilização de recursos	Apropriação e alocação de recursos materiais e financeiros; Mobilização de grupos sociais, de pessoas e de demandas.	Análise documental Entrevistas com informantes-chave
	Processo de trabalho	Sujeitos	Equipes de saúde; Equipe das escolas; Alunos,	Análise documental Entrevista com informantes-chave Observação
		Objeto	Doenças; Riscos; Determinantes.	Análise documental Entrevista com informantes-chave Observação
		Atividades	Ações promocionais, preventivas, assistenciais e reabilitadoras; Saberes; Instrumentos.	Análise documental Entrevista com informantes-chave Observação sistemática
		Relações	Trabalho em equipe; Relações de poder evidenciadas	Entrevista com informantes-chave Observação



APÊNDICE H - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Título da pesquisa: **Saúde na Escola: analisando os caminhos da intersectorialidade**

Instituição responsável pela pesquisa: **Instituto de Saúde Coletiva - UFBA**

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa desenvolvida pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, de autoria de **Marta Caires de Sousa**, sob a orientação da Prof^a. Dr^a. **Monique Azevedo Esperidião**. O objetivo desse estudo é conhecer as ações intersectoriais desenvolvidas entre os setores da saúde e da educação na execução do Programa Saúde na Escola, tanto no nível da gestão como no nível das práticas de saúde realizadas pelas equipes de saúde da família e pelas equipes das escolas.

A sua participação consiste na concessão de uma entrevista à pesquisadora, com a finalidade de saber a sua opinião sobre o processo de desenvolvimento das ações do programa no município. Vale ressaltar que as informações obtidas são confidenciais e serão utilizadas exclusivamente para fins dessa pesquisa. O seu nome não aparecerá em nenhuma parte do relatório ou investigação ou qualquer outro documento que possa ser produzido a partir dessa pesquisa como artigos ou relatórios. Os dados publicados serão apresentados de forma que seu nome jamais será identificado.

O Sr (a) não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. Não haverá riscos de qualquer natureza relacionada à sua participação. O benefício relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico para as áreas da saúde e da educação. Sua participação nessa pesquisa é inteiramente voluntária, a qualquer momento você poderá desistir de continuar a entrevista.

Essa pesquisa que foi aprovada pelo Comitê de Ética do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, inclui perguntas avaliadas como adequadas e que não apresentam qualquer tipo de risco ou constrangimento para você.

Os resultados dessa pesquisa serão apresentados aos grupos pesquisados.

Eu -----, entrevistado (a) pela pesquisadora **Marta Caires de Sousa**, declaro estar ciente dos objetivos e condições de participação na pesquisa **Saúde na Escola: analisando os caminhos da intersectorialidade** e aceito dela participar.

Assinatura da pesquisadora

Assinatura do entrevistado

Contatos: Tel: (71) **8836-7030**

mcaires7@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva – UFBA

Rua Basílio da Gama, s/n, Campus Universitário do Canela.

Tel. 3283-7438

Local:

Data:

APÊNDICE I - TERMO DE ANUÊNCIA

Termo de anuência dos gestores municipais de saúde e de educação

Na condição de Secretario (a) Municipal de _____ do Município “X”, venho por meio deste documento apoiar a realização da pesquisa **Saúde na Escola: analisando os caminhos da intersectorialidade**, desenvolvido pela mestranda em Saúde Coletiva Marta Caires de Sousa, sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Monique Azevedo Esperidião, professora e pesquisadora do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Declaro que fui esclarecido (a) sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa e sobre a garantia de esclarecimentos permanentes sobre a mesma.

“X”, de de 2013.

Assinatura