



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM ENSINO DE CIÊNCIAS E MATEMÁTICA

WALLISSON LUÍS HENRIQUE CLEM

**AVALIAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE) EM UNIDADE DE
ENSINO FUNDAMENTAL DO MUNICÍPIO DE XAPURI – ACRE**

RIO BRANCO
2019

WALLISSON LUÍS HENRIQUE CLEM

**AVALIAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE) EM UNIDADE DE
ENSINO FUNDAMENTAL DO MUNICÍPIO DE XAPURI – ACRE**

Dissertação apresentada à Universidade Federal do Acre, como parte das exigências do Curso de Pós-Graduação em Ensino de Ciências e Matemática, área de concentração Ensino de Ciências e Matemática, para a obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof.^a Dra. Francisca Estela Lima de Freitas

Coorientador: Prof. Dr. Milton Santos Freitas

**RIO BRANCO
2019**

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da UFAC

C625a Clem, Wallisson Luís Henrique, 1984 -

Avaliação do programa saúde na escola (PSE) em unidade de ensino fundamental no município de Xapuri - Acre / Wallisson Luís Henrique Clem; orientadora: Dr^a. Francisca Estela Lima de Freitas e Co-orientador: Dr. Milton Santos Freitas. – 2019.

141 f.: il. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Acre, Mestrado Profissional em Ensino de Ciências e Matemática. Rio Branco, 2019.

Inclui referências bibliográficas, anexos e apêndices.

1. Formação integral. 2. Educação em saúde. 3. Educação básica. I. Freitas, Francisca Estela Lima de (orientadora). II. Freitas, Milton Santos (Co-orientador). III. Título.

CDD: 510.7

Bibliotecária: Nádia Batista Vieira CRB-11º/882

WALLISSON LUÍS HENRIQUE CLEM

**AValiação DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE) EM UNIDADE DE
ENSINO FUNDAMENTAL DO MUNICÍPIO DE XAPURI – ACRE**

Dissertação apresentada à Universidade Federal do Acre, como parte das exigências do Curso de Pós-Graduação em Ensino de Ciências e Matemática, área de concentração Ensino de Ciências e Matemática, para a obtenção do título de Mestre.

Aprovado (a) em: ____ / ____ / ____

Banca Examinadora

Prof.^a Dra. Francisca Estela L. Freitas
Universidade Federal do Acre
Orientadora

Prof. Dr. Paulo Eduardo F. Teixeira
Instituto Federal do Acre
Membro Externo

Prof. Dr. Milton dos Santos Freitas
Universidade Federal do Acre
Coorientador

Prof. Dr. André Ricardo Ghidini
Universidade Federal do Acre
Suplente

Prof. Dr. Antônio Igo Barreto Pereira
Universidade Federal do Acre
Membro Interno

Dedico este trabalho aos meus familiares,
pelo amor, carinho e
apoio incondicionais.

AGRADECIMENTOS

Início agradecendo a Deus pelo dom da vida e por me permitir realizar tantos sonhos nesta existência. É com Ele que me apego nos momentos difíceis, e é a Ele que agradeço nos momentos de alegria.

À Tatiane, esposa, amiga, companheira de todas as horas, pela compreensão, paciência, amizade e apoio incondicional, que permitiram a concretização do presente trabalho. Não poderia esquecer de agradecer as infindáveis revisões e intermináveis discussões ao longo desta jornada.

Aos meus pais, Terezinha e Luiz, exemplos de dedicação, honestidade, integridade e amor em minha vida. Agradeço imensamente o incentivo diário para a busca do conhecimento. Obrigado por tudo!

À minha irmã Wéssila, amor incondicional, sempre pronta a me apoiar em tudo nesta vida.

À dona Sônia e ao senhor José Carlos, sogros e apoiadores, pela compreensão e orações em tantos momentos difíceis desta caminhada. Ao Ed Carlos e ao Edney, cunhados e incentivadores, pela preocupação

Aos professores do Mestrado Profissional em Ensino de Ciências e Matemática, pelas reflexões e norteamentos teóricos para com o campo do ensino de ciências, que nos deram as ferramentas necessárias para o crescimento profissional.

Aos orientadores Prof.^a Dra. Francisca Estela Lima Freitas e Prof. Dr. Milton dos Santos Freitas, por acreditarem em minha capacidade, aceitando-me como orientando e possibilitando-me adentrar em novos mundos do ensino de ciências. Com vocês, tive a oportunidade de crescer não só como profissional, mas principalmente como ser humano. Admiro muito a capacidade profissional e o brilho pessoal de ambos.

Aos membros da banca examinadora, Prof. Dr. Antônio Igo Barreto Pereira e Prof. Dr. Paulo Eduardo F. Teixeira, que tão gentilmente aceitaram participar e colaborar com este trabalho.

À Marlene Cândido, Rosa, como carinhosamente é chamada, por todo o apoio e disponibilidade em contribuir para que este trabalho acontecesse.

À Universidade Federal do Acre (Ufac) e ao Programa de Mestrado Profissional em Ensino de Ciências e Matemática (MPECIM), por oportunizarem um aperfeiçoamento gratuito e de excelência.

Ao Instituto Federal do Acre (Ifac), por ter permitido e dado condições para a realização do estudo.

À Escola Estadual de Ensino Fundamental Anthero Soares Bezerra, pela acolhida e por abrir-me as portas para o acompanhamento do Programa Saúde na Escola.

À Secretaria Municipal de Saúde de Xapuri, pela oportunidade de aproximação e possibilidade de acompanhar a realidade do Programa Saúde na Escola pelo olhar de seus profissionais.

Aos colegas servidores do Ifac – Campus Xapuri, pelo entendimento e apoio nas minhas ausências.

A todos os profissionais que participaram do estudo, por sua disposição, seu tempo dispendido, compartilhando vivências e experiências e contribuindo para a pesquisa e para meu aprendizado.

“É fundamental diminuir a distância entre o que se diz e o que se faz, de tal maneira que num dado momento a tua fala seja a tua prática.”

Paulo Freire

RESUMO

A escola é um espaço significativo na formação dos sujeitos em processo de construção do conhecimento, ideal também ao desenvolvimento de ações que envolvam diversos temas, como os relacionados às questões de saúde. No Brasil, a temática saúde nas escolas teve o seu início por volta de 1850. Desde então, vem sendo desenvolvida por meio de abordagens e metodologias provenientes do campo da saúde pública, marcadas, em muitos casos, pela mera prescrição ou aconselhamento. Em 2007 foi instituído no âmbito federal o Programa Saúde na Escola (PSE), um programa interministerial entre os setores educação e saúde, cuja finalidade é contribuir para a formação integral dos sujeitos em idade escolar. O estudo teve por objetivo avaliar o PSE, tendo por base a vivência/realidade de uma escola urbana da rede pública de educação básica do município de Xapuri, Acre, Brasil, contemplado pelo programa desde 2010. O método de pesquisa utilizado foi uma abordagem qualitativa e descritiva e o local da pesquisa, a Escola Estadual de Ensino Fundamental Anthero Soares Bezerra, aderida ao PSE. Os sujeitos da pesquisa foram os profissionais da escola e da equipe de saúde adstrita à ela, além do Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTI-M) 2017-2018 e do GTI-M de 2010-2016, totalizando 20 profissionais por ponto de saturação. A coleta dos dados foi realizada mediante análise documental, questionários e entrevistas individuais semiestruturadas. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas a partir de escuta cuidadosa. Os dados foram examinados de acordo com a análise de conteúdo proposta por Bardin (2016). Ao observar o PSE no município, evidenciou-se que a intersectorialidade, um dos pilares do programa, não vem ocorrendo de forma efetiva. A formação dos profissionais para atuar no PSE não tem cumprido seu papel. Com isso, o PSE no município de Xapuri não tem conseguido atingir toda a sua potencialidade. Por outro lado, os profissionais envolvidos observam muitos frutos positivos do programa. Assim, pode-se concluir que o PSE é uma política capaz de proporcionar melhorias na qualidade de vida dos estudantes, contribuindo para a formação de sujeitos críticos, autônomos e informados, com habilidades para assumirem o protagonismo de sua saúde e de sua vida, mas, para isso se tornar realidade em Xapuri, são necessárias formações mais efetivas e um trabalho verdadeiramente intersetorial.

Palavras-chave: Formação Integral. Educação em Saúde. Educação Básica.

ABSTRACT

A school is a meaningful place for the development of the subjects involved in knowledge construction processes. It is also an important place where activities involving different themes, like the ones related to health issues, can be conducted. In Brazil, the theme “health in school” started being discussed around the year 1850. Since then, methodologies and approaches from the field of public health, marked by only counseling or a simple prescription, were used to address this theme. In 2007, the School Health Program (Programa Saúde na Escola - PSE) was established in the whole country, being developed by both the health and education departments. The objective was to contribute to the complete education of people still attending school. This paper aimed at evaluating the PSE, based on the experience/ reality of an urban public school of basic education in Xapuri, Acre, Brazil. The program was established in the city in 2010. The research was conducted using qualitative and descriptive methods. The place where it was carried out is an elementary school called Anthero Soares Bezerra, run by the state of Acre. The subjects of the research were the employees of the school, the health staff members assisting the institution and the Local Group of Intersectoral Work 2017-2018, GTI-M (Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal), and the GTI-M 2010-2016 reaching the saturation point with a total of 20 professionals. Data acquisition was realized through the method of documental analysis, using questionnaires and conducting semi-structured, personal interviews. Such interviews were recorded, and meticulously reported. The data collected was analyzed according to Bardin’s (2016) method of content analysis. While examining the PSE in Xapuri, we were able to notice that the different sectors were not working together as they were supposed to according to the program’s objectives. Training professionals to work in the PSE was not being effective. Thus, the PSE in Xapuri has not been able to achieve all its potential. However, the professionals involved in the program are able to notice good results. Therefore, it can be concluded that the PSE is truly capable of helping improve the students’ quality of life, contributing to the development of their critical thinking skills, so they can be autonomous human beings who are able to take control of their health and life. However, in order for that to happen in Xapuri, some changes are necessary along with effective cooperation between the different sectors.

Keywords: Complete Education. Health Education. Basic Education.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Levantamento dos diferentes modelos teóricos de saúde na escola	25
Quadro 2 – Competências e responsabilidades dos grupos de trabalho intersetoriais nas esferas federal, estadual e municipal	39
Quadro 3 – Algumas das principais mudanças do programa saúde na escola.	42
Quadro 4 – Relação de escolas e matrículas do ensino básico no município e Xapuri (AC) no ano de 2017.....	56
Quadro 5 – Relação de participantes	60

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Limites e localização do Acre em relação à América do Sul.....	54
Figura 2 – Limites e localização de Xapuri em relação ao Acre.....	55
Figura 3 – Esquema utilizado para a análise dos dados	62
Figura 4 – Categorias e subcategorias dos elementos da Pesquisa.....	63
Figura 5 – Antropometria	69
Figura 6 – Teste de Snellen	69
Figura 7 – Avaliação da parceria entre educação e saúde, segundo o entendimento dos profissionais envolvidos no PSE, 2018	71
Figura 8 – Distribuição dos profissionais envolvidos no PSE da Escola Anthero Soares Bezerra, segundo as classes de idade, 2018.....	73
Figura 9 – Distribuição dos profissionais envolvidos no PSE da Escola Anthero Soares Bezerra, segundo o tempo de serviço (em anos) 2018.	73
Figura 10 – Distribuição dos profissionais envolvidos no PSE da Escola Anthero Soares Bezerra, segundo a escolaridade, 2018.....	74
Figura 11 – Distribuição dos profissionais envolvidos no PSE da Escola Anthero Soares Bezerra, segundo o conhecimento do Decreto nº 6.286.....	75
Figura 12 – Distribuição dos profissionais envolvidos no PSE da Escola Anthero Soares Bezerra, segundo o conhecimento sobre o programa.	76
Figura 13 – Distribuição dos profissionais envolvidos no PSE da Escola Anthero Soares Bezerra, segundo a participação em treinamentos.....	77
Figura 14 – Distribuição dos profissionais envolvidos no PSE da Escola Anthero Soares Bezerra, segundo o conhecimento sobre atividades de planejamento conjunto do PSE.....	79
Figura 15 – Distribuição dos profissionais envolvidos no PSE da Escola Anthero Soares Bezerra, segundo o conhecimento sobre atividades de discussão intersetorial no PSE.	80
Figura 16 – Distribuição dos profissionais envolvidos no PSE da Escola Anthero Soares Bezerra, segundo a ocorrência de dificuldades/obstáculos referentes ao PSE	83
Figura 17 – Distribuição dos profissionais envolvidos no PSE da Escola Anthero Soares Bezerra, segundo temas que consideram importantes para seu processo de formação para atuar no PSE.	85

LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
BNCC	Base Nacional Comum Curricular
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos
CIB	Comissão Intergestores Bipartites
Ciese	Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ESF	Equipes de Saúde da Família
EPS	Escolas Promotoras de Saúde
GTI	Grupo de Trabalho Intersetorial
GTI-E	Grupo de Trabalho Intersetorial Estadual
GTI-F	Grupo de Trabalho Intersetorial Federal
GTI-M	Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal
Ideb	Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
IDH-M	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IDSUS	Índice de Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde
IST	Infeções Sexualmente Transmissíveis
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação
MEC	Ministério da Educação
Mesp	Ministério da Educação e Saúde Pública
MS	Ministério da Saúde
Opas	Organização Pan-Americana da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAB	Piso Variável da Atenção Básica
PCN	Parâmetros Curriculares Nacionais
PPP	Projeto Político-Pedagógico
PNSE	Programa Nacional de Saúde do Escolar
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa Saúde da Família
Simec	Sistema de Integrado de Monitoramento Execução e Controle
Sisab	Sistema de Informação da Atenção Básica

SPE	Saúde e Prevenção nas Escolas
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
Unesco	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
Unicef	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNFPA	Fundo de População das Nações Unidas
Ufac	Universidade Federal do Acre

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	EDUCAÇÃO E SAÚDE: O DESAFIO NAS ESCOLAS BRASILEIRAS	20
2.1	EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO AMBIENTE ESCOLAR	20
2.2	UM BREVE HISTÓRICO DA RELAÇÃO ENTRE A EDUCAÇÃO E A SAÚDE NO BRASIL	23
2.3	PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA	33
2.3.1	Programa Saúde na Escola e seus desdobramentos	33
2.3.2	Processo de Gestão do PSE	38
2.3.3	Reestruturação do PSE	40
2.4	INTERSETORIALIDADE: ESCOLA E SAÚDE	47
3	OBJETIVOS	51
3.1	OBJETIVO GERAL	51
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	51
4	MÉTODOS	52
4.1	TIPO DO ESTUDO	52
4.2	DELIMITAÇÃO DA ÁREA DE ESTUDO	54
4.3	SUJEITOS DA PESQUISA	57
4.4	MÉTODO	57
4.5	PROCESSAMENTO DOS DADOS	60
4.6	ASPECTOS ÉTICOS	62
5	RESULTADOS E DISCUSSÕES	63
5.1	PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA EM XAPURI, ACRE	63
5.1.1	Visão geral: da implantação aos dias atuais	64
5.1.2	A parceria	71
5.2	O OLHAR DOS ENVOLVIDOS: PROFISSIONAIS DA EDUCAÇÃO E SAÚDE	72
5.2.1	Os profissionais	72
5.2.2	Familiaridade com o programa	75
5.3	A EXECUÇÃO	78
5.3.1	Da intersectorialidade aos planejamentos	78
5.3.2	As facilidades	81
5.3.3	As dificuldades e obstáculos	82
5.3.4	As propostas	84
6	CONCLUSÃO	87

7	PRODUTO EDUCACIONAL.....	89
	REFERÊNCIAS	91
	APÊNDICE A – Documentos solicitados àSecretária Municipal de Saúde de Xapuri e à Escola Anthero Soares Bezerra	101
	APÊNDICE B – Questionário para coleta de dados	102
	APÊNDICE C – Roteiro para entrevistas	105
	APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	107
	APÊNDICE E – Termo de consentimento pós-esclarecido	109
	APÊNDICE F – Oficina Pedagógica	110
	ANEXO A – Ficha de atividade coletiva	140

1 INTRODUÇÃO

A relação entre educação e saúde remonta de longa data, passando por diversas fases durante a história, desde as intervenções da saúde no ambiente escolar até as práticas de promoção da saúde dos dias atuais.

A saúde é assunto obrigatório nas escolas brasileiras desde 1971, conforme definido no artigo 7º da Lei 5.692/71 (BRASIL, 1971). Mas foi somente no decorrer dos anos 90 que a saúde foi incluída como tema transversal na estrutura curricular das escolas, por meio dos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN). Desse modo, deve ser assumida e trabalhada com responsabilidade no projeto de toda a escola, onde alunos, professores e o ambiente escolar tornam-se, sistematicamente, elementos-chave para essa realização. (BRASIL, 1998a).

A partir da análise da história, detectamos que o encontro dessas duas grandes áreas, educação e saúde, deu origem à Educação em Saúde, denominação amplamente utilizada e há décadas difundida. Essa união da educação com a saúde apresenta grande diversidade de compreensão, conceitos e objetivos, por vezes oferecendo finalidades, conteúdos e metodologias distintos, o que acaba gerando dificuldades e problemas ao se trabalhar a Educação em Saúde, que nem sempre é suficientemente compreendida pelos sujeitos que a desenvolvem. (VENTURI; MOHR, 2011).

No presente trabalho defende-se uma perspectiva de Educação em Saúde diretamente relacionada ao ambiente escolar e aos professores, diferente daquela habitualmente ligada às campanhas emergenciais ou aos profissionais da área da saúde, onde o que se busca é conseguir alterar um comportamento, diminuir a frequência de atitudes consideradas de risco e incentivar aquelas tidas como mais saudáveis. Neste trabalho, portanto, entende-se que a Educação em Saúde implica o desenvolvimento de atividades pedagógicas relacionadas ao processo de ensino e aprendizagem de um tema relacionado com a saúde. (MOHR, 2002).

A Educação em Saúde deve buscar capacitar os sujeitos para que tenham condições de agir conscientemente diante da realidade cotidiana, com aproveitamento de experiências anteriores formais e informais. Deve procurar sempre a integração, a continuidade, a democratização do conhecimento, possibilitando aos sujeitos envolvidos uma visão crítica, maior participação responsável e autônoma frente à saúde no dia a dia, buscando sempre a formação integral desse sujeito. (LIMA *et al.*, 2000).

Entende-se que desenvolver uma formação integral é fornecer o pleno desenvolvimento das potencialidades humanas, é buscar formar sujeitos críticos e autônomos

para o exercício pleno da cidadania, é procurar transformar a sociedade de maneira a eliminar as divisões sociais estabelecidas. (LIBÂNEO; OLIVEIRA; TOSCHI, 2012).

E foi com o intuito de buscar a formação integral dos sujeitos que o Programa Saúde na Escola (PSE) foi instituído pelo governo federal em 2007, no âmbito dos ministérios da Educação e da Saúde, com a finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de educação, promoção e atenção à saúde. (BRASIL, 2007a).

O PSE concebe a escola como sendo um local propício para o desenvolvimento do pensamento crítico e político, dado que contribui para a construção de valores pessoais, conceitos, maneiras de conhecer e agir no mundo. Ele pode contribuir para a formação crítica dos sujeitos, mas esse assunto precisa ser trabalhado de forma contínua durante toda a formação do sujeito. Percebe-se que a escola é vista como um espaço privilegiado para práticas de promoção de saúde, de prevenção de agravos à saúde, de doenças e de Educação em Saúde, e que a articulação entre escola e unidade de saúde é, portanto, uma importante demanda do PSE. (BRASIL, 2015a).

Nota-se que o programa traz uma relação evidente entre educação e saúde, que vai interferir diretamente no modo como a Educação em Saúde vai ser trabalhada nas escolas.

Desde 2007, o PSE vem sofrendo remodelações para adequar-se à realidade dos profissionais e das escolas que colocam em prática o que trazem os documentos oficiais. Os documentos preveem acompanhamento antropométrico, vacinal, ocular, auditivo e ações preventivas direcionadas à sexualidade e ao uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas prioritariamente; busca trabalhar a Educação em Saúde dentro das escolas, tendo como público-alvo as crianças e os adolescentes que compõem a rede pública escolar de ensino.

Em seus documentos norteadores, o programa deixa claro que qualquer intervenção da saúde ante a educação, seja ela educativa, preventiva ou clínica, deve também ser pedagógica em sua intenção e execução e em sintonia com a programação pedagógica da escola, e deve ser computada como momento de aprendizagem, não competindo ou se sobrepondo aos momentos de atuação do professor. (BRASIL, 2011a).

Sabe-se que, no Brasil, as políticas públicas como o PSE são pensadas inicialmente com o objetivo de sanar, amenizar e contribuir para uma solução dos principais problemas vivenciados pela sociedade civil. Por outro lado, em troca, elas trazem a exigência dos números e metas que geram recursos em troca destes números. (NEGREIROS, 2016). Diante disso, um programa como o Saúde na Escola pode não conseguir atingir seus objetivos iniciais, conseqüentemente não resolvendo os problemas vivenciados pela sociedade.

Nesse sentido, a priori, a motivação para pesquisar essa temática surgiu quando tive a experiência de trabalhar no setor da saúde. Sou farmacêutico e atuei aproximadamente oito anos em algumas áreas da saúde pública. Durante esse tempo, tive os primeiros contatos com programas intersetoriais entre saúde e educação, que eram desenvolvidos dentro das escolas, com uma proposta de contribuir para a formação dos alunos como cidadãos críticos e reflexivos. Sempre me questioneei a respeito do trabalho da saúde no que se refere à Educação em Saúde nas escolas.

Posteriormente fiz uma complementação pedagógica e uma pós-graduação *lato sensu* na área da educação, e desde 2015 trabalho na educação pública. Por isso tenho visto de forma mais clara a realidade da educação e percebo as dificuldades da escola para trabalhar a Educação em Saúde. Hoje, com a visão dos dois universos, percebo a dificuldade de interação entre os setores saúde e educação. Por outro lado, cada dia fica mais clara a importância de trabalhar a Educação em Saúde nas escolas e a necessidade da intersetorialidade, para que, juntas, saúde e educação, contribuam para a formação dos alunos. Assim, essa relação entre a saúde e a educação é o eixo de onde partem algumas das inquietações.

Posto isso, nesta pesquisa, buscou-se avaliar o Programa Saúde na Escola (PSE) a partir das vivências/realidade de uma escola da rede pública de educação básica do município de Xapuri (AC).

Diante dessa conjuntura, surgem alguns questionamentos: como o PSE tem sido desenvolvido no município de Xapuri? A intersetorialidade tem de fato ocorrido? Como têm ocorrido os planejamentos entre os setores saúde e educação? Têm ocorrido formações para os profissionais que atuam no PSE?

A pesquisa realizada consiste em um estudo descritivo com abordagem qualitativa, utilizando como delineamento o estudo de caso e a análise de conteúdo para o processamento dos dados. Para isso, foram utilizados autores como Minayo *et al.* (2008), Gil (2009), Yin (2001) e Bardin (2016). Já para o embasamento das discussões, autores como Libâneo, Oliveira e Toschi (2012), Libâneo (2006) e Mohr (2002).

O presente estudo inicia-se a partir desta seção introdutória, seguida de outras cinco seções.

Na sequência, tem-se a segunda seção, que busca apresentar os caminhos trilhados pela educação e pela saúde. Sendo assim, abordou-se a Educação em Saúde no contexto escolar e a relação histórica dos setores educação e saúde no Brasil, chegando à institucionalização do Programa Saúde na Escola (PSE), com suas diretrizes, objetivos, estruturação, gestão, reestruturação e a intersetorialidade entre escola e saúde.

A terceira seção é destinada aos objetivos que nortearam a presente pesquisa.

Já na quarta seção apresentam-se os aspectos metodológicos, com uma caracterização da área de estudo e todo o aparato metodológico desta investigação.

Os resultados e discussões estão na quinta seção abordados à luz da fundamentação teórica apresentada nas seções anteriores e das inquietações iniciais desta pesquisa.

Por fim, a conclusão, seguida da apresentação do produto educacional elaborado a partir dos resultados da pesquisa: uma oficina que busca trazer orientações e informações que visam auxiliar os profissionais que trabalham na execução do PSE.

2 EDUCAÇÃO E SAÚDE: O DESAFIO NAS ESCOLAS BRASILEIRAS

A Educação em Saúde tem sido um desafio no que se refere à possibilidade de garantir uma aprendizagem efetiva e transformadora. As experiências mostram que transmitir informações a respeito do funcionamento do corpo e das características das doenças, bem como de um elenco de hábitos de higiene, não tem sido suficiente. É preciso uma Educação em Saúde que leve em conta todos os aspectos envolvidos na formação de hábitos e atitudes que ocorrentes diariamente nas escolas e nos lares. (BRASIL, 1998b).

2.1 EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO AMBIENTE ESCOLAR

A partir de 1980, o Ministério da Saúde tem mudado seu discurso no que diz respeito à Educação em Saúde. Apesar de uma nítida mudança, ainda encontramos em documentos oficiais do próprio ministério, situações em que a Educação em Saúde é definida na intenção de reforçar padrões de saúde concebidos pelo governo para a população, o que acaba refletindo em intervenções educativas, numa perspectiva tradicional. (GAZZINELLI *et al.*, 2005).

De acordo com Schall e Struchiner (1999, p. 4), a Educação em Saúde é

um campo multifacetado, para o qual convergem diversas concepções, das áreas tanto da educação, quanto da saúde, as quais espelham diferentes compreensões do mundo, demarcadas por distintas posições político-filosóficas sobre o homem e a sociedade.

Sendo assim, a Educação em Saúde integra os termos educação e saúde, juntando duas grandes áreas que muitas vezes apresentam objetivos, conteúdos e metodologias distintas, o que contribui para que a Educação em Saúde não signifique apenas a mera soma dos dois termos. (VALADEZ; VILLASEÑOR; ALFARO, 2004; VENTURI, 2013).

Além de possuir outras denominações, entre elas educação para a saúde, educação e saúde e educação sanitária, a Educação em Saúde possui várias definições. O termo Educação em Saúde, de maneira genérica, tem sido utilizado para descrever qualquer esforço para fornecer informações e conhecimentos relativos à manutenção e promoção da saúde. (VALADEZ; VILLASEÑOR; ALFARO, 2004). Segundo Marcondes (1972), a Educação em Saúde na escola significa a formação de valores e atitudes que levam o escolar ao comportamento inteligente, a práticas tendentes à saúde. Para a autora, a Educação em Saúde não se limita a repassar conhecimentos, e tem como preocupação motivar a criança para o aprendizado, a análise e a avaliação das fontes de conhecimento.

Para Lima *et al.* (2000), a Educação em Saúde pode ser entendida como um processo que visa preparar os indivíduos para agir de modo consciente ante a realidade do dia a dia,

levando em consideração suas experiências prévias, buscando sempre a integração, a continuação, a democratização do conhecimento e o avanço no aspecto social. Mohr (2002, p. 38) define a Educação em Saúde no ambiente escolar como sendo o conjunto de “atividades realizadas como parte do currículo escolar, que tenham uma intenção pedagógica definida, relacionada ao ensino e aprendizagem de algum assunto ou tema relacionado com a saúde individual ou coletiva”.

Considerando que a Educação em Saúde está relacionada à aprendizagem, com práticas conducentes à saúde, torna-se necessário que ela seja voltada ao atendimento da população de acordo com sua realidade. A Educação em Saúde deve provocar conflito nos indivíduos, criando oportunidade para a pessoa pensar e repensar a sua cultura, e ela própria transformar a sua realidade; no entanto, é preciso dispor dos meios necessários para que essas transformações possam ocorrer (OLIVEIRA; GONÇALVES, 2004). Dessa forma, a Educação em Saúde tem como papel fundamental contribuir para a formação de elementos que possibilitem a luta social pelo bem-estar e a saúde individual e coletiva (VALADEZ; VILLASEÑOR; ALFARO, 2004). Ao se falar em Educação em Saúde, é importante diferenciar o conceito de Educação em Saúde de outros termos bem próximos e que também são muito utilizados, como saúde do escolar ou saúde escolar. Segundo Mohr (2002), o termo Educação em Saúde está relacionado ao processo educacional, enquanto os outros termos referem-se a práticas médicas dirigidas para uma população em idade escolar.

Para Diniz, Oliveira e Schall (2010) a Educação em Saúde é um processo contínuo e os temas relevantes para a comunidade escolar devem ser incluídos no currículo, abordados ano a ano, com níveis crescentes de informação e integração a outros conteúdos. De acordo com os mesmos autores, a prática defendida e orientada pelo MEC nos PCN é que a escola deve ser considerada como parceira da família e da sociedade na promoção da saúde das crianças e adolescentes. Precioso (2004) considerou que é por meio de programas de Educação em Saúde que se deve preparar o aluno para que, ao deixar a escola, seja capaz de cuidar da sua própria saúde e da dos seus semelhantes. A inserção da Educação em Saúde no ambiente escolar busca trazer atitudes, conhecimentos e hábitos de saúde que contribuam para o seu crescimento, desenvolvimento e bem-estar dos alunos. Gavidia (2009) enfatiza que é consenso o reconhecimento da importância da Educação em Saúde na escola para a formação integral dos estudantes. Entre os inúmeros motivos de sua importância, o autor destaca que a escola é o espaço adequado para a formação para a cidadania, contribuindo para a formação crítica dos cidadãos a respeito de suas condições de vida e situações que podem causar doenças; favorece a comunicação da comunidade escolar entre si e com agentes sociais e é

uma atividade essencial no ambiente escolar, uma vez que condições precárias de saúde podem prejudicar a aprendizagem. De acordo com Bressan (2008), a Educação em Saúde no espaço escolar deve ser capaz de ajudar os sujeitos a poder e saber lidar com as adversidades da vida de maneira responsável, formando cidadãos críticos e informados, capazes de realizar melhores escolhas em seu dia a dia.

Essas reflexões de Gavidia (2009) e Bressan (2008) aqui relatadas, dialogam bem com o que Libâneo, Oliveira e Toschi (2012) nos trazem como formação integral, que, de acordo com os autores, deve buscar favorecer o pleno desenvolvimento das potencialidades humanas, conscientizando os indivíduos, tendo em vista a formação de sujeitos críticos, autônomos e emancipados, com uma educação capaz de transformar a sociedade, de modo a eliminar as divisões sociais estabelecidas e que forme para o pleno exercício da cidadania.

Ainda sobre a Educação em Saúde, os PCN – Temas Transversais consideram que ela deve mobilizar as pessoas para a realização das mudanças necessárias a uma vida saudável e, nesse sentido, valores, hábitos e atitudes têm fundamental importância. (BRASIL, 1998a). Em 2017, foi construída a nova Base Nacional Comum Curricular (BNCC), que coloca a importância fundamental do aluno ter condições de assumir o protagonismo na escolha e posicionamento quanto a sua saúde e a do outro, na perspectiva integral da saúde. (BRASIL, 2017a).

Para Iervolino e Pelicioni (2005), a Educação em Saúde na escola traz, como resultado para a comunidade envolvida, novos conhecimentos, habilidades e destrezas para o cuidado com a saúde; fomenta a análise crítica e reflexiva sobre os valores, condutas, condições sociais e estilos de vida; busca desenvolver e fortalecer aquilo que favorece a saúde e o desenvolvimento humano; facilita a participação da comunidade envolvida no processo de tomada de decisões, no empoderamento de condutas positivas na busca de qualidade de vida e contribui para promover relações socialmente igualitárias para a construção da cidadania e da democracia, reforçando o espírito comunitário e a solidariedade.

O PCN Saúde afirma que a Educação em Saúde não cumpre o papel de substituir as mudanças estruturais da sociedade, necessárias para a garantia da qualidade de vida e saúde, mas pode contribuir decisivamente para sua efetivação. (BRASIL, 1998b). Nesse sentido, torna-se interessante observar um pouco mais de perto a relação entre a escola e a saúde visando ao fortalecimento da promoção da saúde e à formação de cidadãos críticos e informados, capazes de realizar melhores escolhas em seu dia a dia.

2.2 UM BREVE HISTÓRICO DA RELAÇÃO ENTRE A EDUCAÇÃO E A SAÚDE NO BRASIL

A relação entre educação e saúde e suas práticas datam do final do século XVIII e início do século XIX. Iniciaram-se principalmente na Alemanha, com a institucionalização da “polícia médica”, que foi o mecanismo por meio do qual o Estado assumiu a função de zelar pela saúde da população, cabendo aos médicos não somente a responsabilidade de tratar os doentes, mas também de controlar todos os aspectos da vida dos indivíduos. No Brasil, essa discussão ganhou força no século XX, a partir do deslocamento da ação da “polícia médica” para a educação sanitária, que se baseava na imposição de normas comportamentais, a fim de disciplinar os alunos por meio de hábitos de higiene. (FIGUEIREDO; MACHADO; ABREU, 2010).

No começo dessa relação, no Brasil, as primeiras intervenções do Estado na Educação em Saúde eram pautadas em modelos com características reguladoras, normatizadoras, de controle, que partiam da premissa que a população seria carente de conhecimentos no que se referia à saúde, logo, os conhecimentos deveriam ser transmitidos por especialistas. No entanto, devido à forma autoritária como era trabalhada nas escolas, a Educação em Saúde, já desde seu início, vem apresentando mudanças que não ocorrem de modo linear, mas que se encontram articuladas ao campo da educação, da saúde, da economia, das ciências políticas e da cultura. (RENOVATO; BAGNATO, 2012).

No Brasil, os primeiros estudos sobre saúde escolar datam de 1850, mas a questão da higiene escolar ganhou impulso somente a partir do início século XX - embora um decreto do barão do Lavradio, de 1889, tratasse de regulamentar a inspetoria das escolas públicas e privadas da corte. Nesse período, o Brasil passou por um contexto histórico-social marcado pela intensa imigração, necessária à expansão da cafeicultura. Ao mesmo tempo, o país passou por crítica situação de saúde pública, uma vez que a varíola, doença que atualmente, em 2018, está erradicada em todo o mundo, era um grande problema para a saúde pública, e epidemias de cólera e peste bubônica comprometiam as atividades de comércio exterior do país. (FIGUEIREDO; MACHADO; ABREU, 2010; SILVA, C., 2008; SILVA, L., 2016).

O primeiro modelo de saúde escolar presente nas escolas brasileiras foi o higienista e era fundamentado, sobretudo, no modelo alemão de “polícia médica”, que propunha a intervenção da saúde na escola através de ações de higiene escolar, baseadas em princípios higienistas e no pressuposto eugênico. Esse modelo de intervenção sanitária representa a origem dos programas de saúde escolar e caracteriza-se pela tendência de ajustar, reajustar,

moldar os escolares, profissionais e professores a comportamentos saudáveis.¹ (SILVA, C., 2010).

A partir de 1950, com o crescimento da população e a ampliação da estrutura administrativa do governo, juntamente com o decréscimo de recursos materiais e humanos do Estado, os programas de saúde escolar passam por uma reestruturação, adotando um discurso higienista mais técnico, dando prioridade a métodos de Educação em Saúde. Surgem, nesse período, algumas propostas que representam um movimento no sentido da biologização de questões relacionadas à aprendizagem escolar. Passou-se, então, a dar maior enfoque à assistência médica-odontológica, aos problemas de nutrição, desnutrição, antropometria, bem como aos problemas neurológicos, auditivos e visuais, de distúrbios de aprendizagem e de comportamento. (MIRANDA *et al.*, 2000). Tem-se aí o modelo biomédico especializado, dando origem à preocupação com o que viria a ser denominado fracasso escolar.

Aos poucos foi se justificando a complexidade de aparatos criados pelo setor saúde para tentar responder a questões relacionadas ao mau desempenho escolar ou às dificuldades de aprendizagem dos alunos, como se fossem programas elaborados como restauradores da “boa aprendizagem”. São caminhos que, aos poucos, contribuíram para a aproximação de especialistas da saúde ao setor educação, particularmente à escola. A ideia em curso era a de que esses especialistas conseguiriam responder, na ótica biomédica, pelas supostas causas do insucesso escolar. Daí tem surgido o modelo de uso da escola para equipamentos e serviços de saúde, e o setor saúde entra com todo o seu aparato no ambiente escolar, incluindo a implantação de gabinete médico e odontológico em todas as escolas, ocupando mais de três salas de aula.

Em 1996, a Organização Pan-americana de Saúde (Opas), visando fortalecer a capacidade dos países membros na América Latina e Caribe na área da saúde escolar, cria a iniciativa denominada Escolas Promotoras de Saúde (EPS), tendo como objetivo reverter o caráter biomédico e assistencialista dos programas de saúde escolar, com estratégias participativas voltadas para o envolvimento de alunos, pais e comunidade. As EPS pressupunham capacitação de professores, acesso aos serviços de saúde, promoção de hábitos saudáveis e alimentação nutritiva com organização de refeitórios escolares. Buscava também incentivar o uso de metodologias educativas, formais e não formais, dirigidas à criação de novas habilidades e destrezas que fizessem da vida escolar uma oportunidade para o

¹ Comportamentos Saudáveis: entendidos como aqueles capazes de evitar o adoecimento e a conduta fora de padrões morais definidos pelo Estado. Essa concepção responsabilizava a população pela miséria e situação insalubre da época. (SILVA, C., 2010).

desenvolvimento humano, a paz e a equidade. Assim, o modelo de promoção da saúde dá seus primeiros passos, até chegar ao que temos hoje nas escolas brasileiras. (SILVA, C., 2008, 2010).

No Quadro 1, estão listados alguns dos principais modelos de saúde inseridos no contexto escolar e descritos a partir desta análise, em que se procura identificar a teoria que cada um traz em si, a natureza e a dimensão de articulação entre os setores da saúde e da educação que o modelo desenvolve, bem como suas principais características e o período em que ocorre cada um dos modelos.

Quadro 1 – Levantamento dos diferentes modelos teóricos de saúde na escola

Modelos de saúde inseridos na escola	Teoria	Articulação entre os setores	Principais características	Período
Higienista	Práticas para mudar comportamentos. Evitar disseminação de doenças; a saúde vista como ausência de doença; o indivíduo é responsável por sua saúde.	Autoritária e normativa; Setor saúde define o que deve ser feito e a escola acata passivamente; o conhecimento está pronto.	Autoritária e disciplinar; ação centralizada de cima para baixo; não permite participação.	Até os anos de 1920
Biomédico Especializado	Prática assistencialista e curativa, medicalizadora das questões da aprendizagem; o conhecimento é do especialista. Saúde: ausência de doença.	Organizada na ótica da atenção médica; prioridade de acesso aos serviços especializados de saúde; não permite construção de novo conhecimento. Não há troca de conhecimento.	Prioriza a medicina especializada; não valoriza atenção primária em saúde; medicaliza o fracasso escolar.	Anos de 1950
Uso do espaço da escola para equipamentos e serviços de saúde	Serviços de ambulatório para atendimento na escola; profissionais de saúde e de educação no mesmo espaço físico: a escola; conceito de saúde ainda como ausência de doença; caráter preventivista.	Presença física em espaço comum; não compartilhamento de metas, objetivos e decisões; ações desconectadas na maioria das vezes; não gera novo conhecimento.	Ações de saúde descontextualizadas da rede de serviços de saúde; prioridade para práticas assistenciais; caminham na contramão do Sistema Único de Saúde (SUS); não propõe a participação ativa.	Anos 1970 e 1980

Promoção da Saúde	Protagonismo do sujeito; ação descentralizada; articula conhecimento e diferentes saberes; favorece o diálogo e a interação das questões sociais com a saúde.	Enfoque nas experiências; compartilha objetivos, metas e recursos; os dois setores reconhecidos como parceiros ativos do processo; poder decisório é compartilhado entre os dois setores e a comunidade escolar; articulação entre diferentes esferas de governo e outros parceiros envolvidos.	Realiza-se no contexto das relações humanas; constrói saber e conhecimento; tem bases comunitárias; projetos pedagógicos; ênfase na contextualização e territorialização do espaço da escola.	A partir dos anos de 1990
--------------------------	---	---	---	---------------------------

Fonte: Adaptado de Silva, C. (2010).

Pode-se observar que o desenvolvimento histórico da saúde escolar passou por distintos enfoques e conceitos que sustentaram teoricamente as práticas de saúde na escola. É possível perceber que os diferentes modelos de saúde na escola foram sendo desenhados e implantados a partir dos pressupostos conceituais de saúde e de educação. (GOMES, 2012). Como pode-se observar, não é possível discutir Educação em Saúde nas escolas sem mencionar a interação entre os setores educação e saúde, bem como sem fazer referências às questões econômicas, políticas e sociais.

Prova disso são os acontecimentos políticos, econômicos e sociais da década de 1930, que imprimiram novo perfil à sociedade brasileira. Em 1929, com a quebra da bolsa de valores de Nova Iorque, o Brasil mergulhou na crise do café. Em contrapartida, encaminhou o país a um desenvolvimento industrial. A revolução de 1930, que representou a consolidação do capitalismo industrial no Brasil, foi determinante para o aparecimento de novas exigências educacionais, que culminou com a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (Mesp). A partir da criação do Mesp, houve uma expansão do número de escolas primárias e secundárias, e as escolas técnicas passaram de 133 em 1933 para 1.368 em 1945, um desenvolvimento do ensino jamais registrado no país. (LIBÂNEO; OLIVEIRA; TOSCHI, 2012).

Seguindo essa expansão, em 1953, o Mesp desmembrou-se e deu origem ao Ministério da Saúde (MS) e ao Ministério da Educação e Cultura (MEC). Conforme disposto no art. 2º da Lei nº 1.920, de 25 de julho de 1953, as ações desenvolvidas pelo Departamento Nacional de Saúde passariam a ser responsabilidade do Ministério da Saúde. (BRASIL, 1953). Desde então, os ministérios da Educação e da Saúde têm autonomia institucional para elaboração e implementação de suas políticas. Esses setores, saúde e educação, apesar de representarem importantes políticas sociais do país, têm uma origem histórica institucional comum, além de vários espaços intersetoriais institucionalizados nos três níveis de gestão. (BRESSAN, 2008).

De acordo com Valadão (2004), a Organização Mundial de Saúde (OMS) vem trabalhando com práticas de saúde na escola desde a década de 1960. A partir de então, a saúde escolar procura progredir com o conceito de promoção da saúde, inicialmente entendida como uma prática que se situava na intercessão da polícia médica, do higienismo e da puericultura. (FIGUEIREDO; MACHADO; ABREU, 2010).

Segundo a Carta de Ottawa, de 1986, a promoção da saúde é um

processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio. (BRASIL, 2018a, p. 1).

No Brasil, porém, a temática saúde foi instituída na educação somente em 1971, através da promulgação da Lei nº 5.692/71, conhecida como a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB). Ela determinou que temas da saúde deveriam ser desenvolvidos de maneira compulsória nos currículos escolares de todos os estabelecimentos de ensino do Brasil, por meio dos “programas de saúde”. Em seu artigo 7º, ficou definido que “será obrigatória a inclusão de educação moral e cívica, educação física, educação artística e programas de saúde nos currículos plenos dos estabelecimentos de primeiro e segundo graus.” (BRASIL, 1971).

Os programas de saúde deveriam ser trabalhados por meio de atividades que contribuíssem para a aquisição de conhecimentos e valores capazes de incentivar comportamentos que levassem os alunos a tomar atitudes corretas no campo da saúde. (ZANCUL; GOMES, 2011). A ideia na qual se baseou essa formulação é a compreensão de que a escola é um lugar privilegiado para aquisição ou mudança de hábitos relacionados à saúde, sendo esse o objetivo final e o objeto da ação pedagógica voltada para a saúde no ambiente escolar. (MONTEIRO; BIZZO, 2015).

Em 1977, o Conselho Federal de Educação reafirmou, por intermédio do Parecer nº 540/77, a posição de que os programas de saúde de que trata a LDB de 1971 não deveriam ser vistos como uma matéria ou disciplina, mas como uma preocupação geral do processo formativo, intrínseca à própria finalidade da escola, devendo ser trabalhados por meio de uma correlação dos diversos componentes curriculares, especialmente Ciências, Estudos Sociais e Educação Física. (BRASIL, 1977).

O ensino de ciências, no paradigma da promoção da saúde, tem por objetivo possibilitar aos indivíduos serem agentes de transformação da sociedade, capacitando a população para uma reflexão permanente sobre a qualidade de vida e as causas dos problemas e seus enfrentamentos. Para isso, a escola tem um papel importante, pois nela, de acordo com essa perspectiva, a Educação em Saúde não pode visar somente à aquisição de hábitos de

higiene e/ou transmitir informações científicas de uma matéria específica, mas, sim, o desenvolvimento de conhecimentos contextualizados, hábitos e habilidades que permitam a adoção de um modo de vida saudável, trazendo aos alunos um enfoque integral sobre o tema, dentro de uma concepção ampla da saúde e de uma educação para a cidadania. (IERVOLINO, 2000).

Na década de 1980, além de reconhecerem a importância da saúde de seus alunos como um dos aspectos fundamentais para a qualidade de vida, desenvolvimento e aprendizagem, os professores também entenderam que os programas de educação para a saúde ainda se voltam muito para a doença, e que, assim, deveriam ser revisados com o intuito de se ter uma maior participação e mais foco na promoção da saúde. Com isso, o setor saúde passa a sofrer duras críticas dos profissionais da educação. Entre elas, a de que a saúde usava a escola apenas para seus fins, e não como uma aliada e parceira, com o ideal de participar e integrar as ações da saúde na comunidade educativa. Ao mesmo tempo, os resultados de vários estudos indicaram que a Educação em Saúde, baseada no modelo médico e focalizada no controle e na prevenção de doenças, foi pouco efetiva para estabelecer mudanças de atitudes e opções mais saudáveis de vida que minimizassem as situações de risco à saúde de crianças e adolescentes. (CERQUEIRA, 2007). Para esse autor, tais informações somaram forças ao informe Lalonde². O documento apoiou a formulação das bases da promoção da saúde e da estratégia de criação de espaços saudáveis e protetores.

Em 1984 foi criado, ainda que de forma desarticulada, o Programa Nacional de Saúde do Escolar (PNSE), que, por meio do Fundo de Desenvolvimento da Educação, concede aos municípios apoio financeiro, em caráter suplementar, para realização de consultas oftalmológicas, aquisição e distribuição de óculos para os alunos com problemas visuais matriculados no primeiro ano do ensino fundamental das escolas públicas. (JACINTO, 2007).

Foi também nos anos de 1980 que a OMS começou a propagar, com uma maior amplitude conceitual à saúde, considerando a importância de determinantes e condicionantes econômicos, sociais, ambientais e culturais, passando a ser vista como um direito humano fundamental. (PELICIONI, M.; PELICIONI, A., 2007).

Com isso, no período de 1980 a 1992, o Ministério da Saúde elaborou alguns documentos³ sobre Educação em Saúde, que até a década de 1980 possuíam o papel de

²Informe Lalonde: Documento oficial do governo do Canadá, que definiu o conceito de Campo da Saúde como constituído por quatro componentes: biologia humana, meio ambiente, estilo de vida e organização da atenção à saúde. (CERQUEIRA, 2007).

³Alguns dos documentos entre 1980 e 1992: Ação Educativa: diretrizes (1981); Ação Educativa nos Serviços Básicos de Saúde (1981); Ação Participativa: metodologia (1982); Ação participativa: avaliação de experiências (1982); Educação em Saúde – diretrizes (1989); Educação para a participação em saúde – diretrizes gerais (1992). (RENOVATO; BAGNATO, 2012).

estratégias disciplinares voltadas para a promoção de mudanças de comportamento dos indivíduos, numa perspectiva tradicional, passando a incorporar uma abordagem mais participativa, baseando-se na relevância crítica de se desenvolver uma consciência crítica capaz de promover melhorias das condições de saúde a partir da participação comunitária.(RENOVATO; BAGNATO, 2012).

Um importante passo no campo da saúde, de proporções mundiais, foi dado no ano de 1986, em Ottawa, Canadá, com a realização da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, quando durante a conferência foi formulada a Carta de Ottawa, considerada a precursora da promoção da saúde vigente nos dias atuais. Segundo esse documento, a Educação em Saúde, com vistas à promoção da saúde, tem por objetivo capacitar os educandos para atuarem como protagonistas, agentes transformadores que defendam a preservação e a sustentabilidade do meio ambiente, bem como para que eles lutem por melhores condições de vida e saúde, para ter maior acesso às informações em saúde, à cultura e ao lazer e pela garantia de que o Estado cumpra seus deveres para com os cidadãos. (BRASIL, 2018a).

Já nos anos de 1990, diante das propostas do setor de educação e das crescentes queixas dos professores — de que o setor saúde estaria usando a escola e abusando do tempo disponível com ações isoladas que poderiam ser mais proveitosas com um programa mais participativo e protagonista de atenção integral à saúde —, das críticas de pouca efetividade da Educação em Saúde nas escolas e do surgimento da promoção da saúde, foi introduzida pelo Ministério da Saúde a estratégia de criação de espaços e ambientes saudáveis nas escolas, com a intenção de integrar as ações de saúde na comunidade educativa.(BRASIL, 2007b).

Em 1993, com a criação do Programa Saúde da Família (PSF), o Sistema Único de Saúde (SUS) foi se consolidando. O programa trouxe possibilidades de organização da Atenção Básica em Saúde, favorecendo as ações de promoção da saúde, aliando as práticas populares ao conhecimento técnico-científico da área de saúde. Assim, a educação para a saúde no PSF pode ser compreendida como um processo de ensino e aprendizagem, ou seja, não é algo estático, mas em permanente construção. Ainda hoje, o PSF possui um importante papel na construção de novas reflexões, de novos conhecimentos que vão se desenvolvendo conforme o programa vai se expandindo e amadurecendo. (MANO, 2004).

Já no ano de 1996, conforme citado, a Organização Pan-americana de Saúde (Opas) criou as Escolas Promotoras de Saúde (EPS), tendo como objetivo revisar os modelos de saúde escolar. A iniciativa também questionava a relação, até então autoritária, da saúde com a educação, nos modelos de saúde escolar. Assinalou, ainda, que era preciso que o setor

educação saísse do papel passivo e submisso às ordens prescritivas da saúde. (SILVA, C., 2008).

A implantação da concepção de EPS demandava um trabalho articulado entre a educação, a saúde e a sociedade, com as ações protagonistas da comunidade educativa, na identificação das necessidades e dos problemas de saúde. Tratou de uma estratégia de promoção da saúde no espaço escolar, tendo três componentes inter-relacionados: Educação em Saúde, incluindo o desenvolvimento de habilidades para a vida; criação e manutenção de ambientes físicos e psicossociais saudáveis; e oferta de serviços de saúde, alimentação saudável e vida ativa. (CERQUEIRA, 2007).

Ainda na década de 1990, foi elaborada e promulgada a nova Lei de Diretrizes e Bases para a Educação Nacional (Lei 9.394/1996), conhecida como “Lei Darcy Ribeiro”.(BRASIL, 1996). Até então, o ensino de saúde nas escolas ainda era predominantemente centrado nos seus aspectos biológicos, com estratégias focadas na transmissão de informações sobre doenças, seus ciclos, sintomas e profilaxias, sendo trabalhados mormente nos conteúdos de Ciências Naturais e Biológicas. (ZANCUL; GOMES, 2011).

Com o intuito de mudar esse quadro, em 1997, o Ministério da Educação (MEC) implantou os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN). Na ocasião, houve a inclusão da saúde como tema transversal⁴ e interdisciplinar⁵, com a indicação de que o aluno fosse capaz de conhecer o próprio corpo e dele cuidar, valorizando e adotando hábitos saudáveis como um dos aspectos básicos da qualidade de vida, e agindo com responsabilidade em relação à sua saúde e à saúde coletiva, tornando, portanto, a saúde como um discurso do cotidiano escolar, a ser feito pelos educadores, sob múltiplos olhares. Considerou que a escola pode fornecer elementos para a busca de uma vida saudável, inserindo procedimentos, atitudes e valores como conhecimentos tão relevantes quanto os conceitos tradicionalmente referidos no âmbito escolar. (BRASIL, 1998a).

No mesmo período, houve a implementação dos PCN-saúde, que afirmam que o ensino de saúde tem sido um desafio para a educação. Ainda segundo os PCN-saúde, as experiências anteriores mostram que a transmissão de informações sobre o funcionamento do

⁴ Transversal: diz respeito à possibilidade de estabelecer, na prática educativa, uma relação entre aprender conhecimentos teoricamente sistematizados (aprender sobre a realidade) e as questões da vida real e de sua transformação (aprender na realidade e da realidade). (BRASIL, 1998a).

⁵Interdisciplinar: que questiona a segmentação entre os diferentes campos de conhecimento produzida por uma abordagem que não leva em conta a inter-relação e a influência entre eles — questiona a visão compartimentada (disciplinar)da realidade sobre a qual a escola, tal como é conhecida, historicamente se constituiu. (BRASIL, 1998a).

corpo, a descrição das doenças bem como a informação sobre os hábitos de higiene aos alunos, não são suficientes para a promoção de um estilo de vida saudável.

É preciso educar para a saúde, levando em conta os aspectos sociais, culturais e ambientais envolvidos. Por tudo o que foi exposto, a saúde na escola deve ser contemplada de forma transversal e deve fazer parte do cotidiano escolar. (BRASIL, 1998b). A proposta de tratar o tema saúde sob uma perspectiva socioeconômica e cultural mostra uma ruptura com os modelos antigos, usados para abordar a Educação em Saúde no ambiente escolar, observando-se uma postura crítica perante a visão simplista assumida pela Educação em Saúde em outros momentos da história. (GOUVÊA, 2003).

Segundo os PCN, a saúde como conteúdo e tema transversal é importante para garantir uma aprendizagem efetiva e transformadora de atitudes e hábitos de vida pelos alunos. A educação para a saúde deveria, assim, atuar na conscientização dos estudantes quanto ao direito à saúde e na instrumentalização voltada à intervenção individual e coletiva sobre os condicionantes do processo saúde/doença. Para isso, é necessária a adoção de abordagens metodológicas que permitam ao aluno identificar problemas, levantar hipóteses, reunir dados, refletir sobre situações, descobrir e desenvolver soluções comprometidas com a promoção e a proteção da saúde pessoal e coletiva, e aplicar os conhecimentos adquiridos. (BRASIL, 1998b).

Os PCN-saúde afirmam, ainda, que a transversalidade não exclui a possibilidade de organização de projetos de trabalho em torno de questões da saúde. O desenvolvimento do tema também pode se dar pela organização de campanhas, seminários, trabalhos artísticos, mobilização de diversas classes, divulgação de informações ou utilizando materiais educativos produzidos pelos serviços de saúde. Assim, a Educação em Saúde precisa ser assumida como uma responsabilidade e um projeto de toda a escola e de cada um dos educadores, para que não corra o risco de se transformar em um projeto vazio. (BRASIL, 1998a).

Em 2003, uma ação interministerial entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, em parceria com a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco), o Fundo das Nações Unidas para Infância (Unicef) e o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), lançaram o projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE), com objetivo de reduzir a vulnerabilidade dos jovens e promover a saúde sexual e reprodutiva de forma ampla. O lançamento oficial ocorreu em agosto de 2003, no município de Curitiba. Além desse, outros cinco municípios participaram do projeto-piloto: no Acre, Rio Branco e Xapuri e em São Paulo, São José do Rio Preto, São Paulo e Itaquaquecetuba. (BRASIL, 2006).

A proposta do SPE consistia no desenvolvimento de atividades de formação integrada dos profissionais da saúde e da educação, visando estimular a participação juvenil e a formação de jovens multiplicadores para as ações de educação para a sexualidade em todo o Brasil. Atualmente, o SPE está inserido entre as ações do Programa Saúde na Escola (PSE). A integração entre saúde e educação é indispensável para a sintonia dos planos de trabalho e das ações a serem desenvolvidas nas escolas e nas unidades básicas de saúde de referência. (BRASIL, 2010a).

Em 2006, a Política Nacional de Promoção de Saúde (PNPS) foi aprovada pela Portaria nº 687, do Ministério da Saúde. A PNPS apresenta diferentes esferas de ações que indicam sua intenção de atuar de forma intersetorial, para garantir os princípios do SUS e aprimorar os serviços prestados ao coletivo com qualidade, enfatizando a Atenção Básica. Nesse contexto, a PNPS forneceu diretrizes e orientações de ações transversais, integradas e intersetoriais para todos os níveis de atenção, que objetivam promover a qualidade de vida, reduzir vulnerabilidades e riscos à saúde da população. Foram definidas como diretrizes: “integralidade, equidade, responsabilidade sanitária, mobilização e participação social, intersetorialidade, informação, educação e comunicação e sustentabilidade.” (BRASIL, 2010b).

A mais recente entre as ações governamentais voltadas para a saúde escolar é o Programa Saúde na Escola, instituído em 2007, um programa interministerial do MS e do MEC, com a finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde. (BRASIL, 2007a).

Nota-se que a concepção de saúde e o olhar sobre o processo de ensino e aprendizagem sofreram modificações ao longo do tempo, o que possibilitou novas maneiras de considerar Educação em Saúde. Dessa forma, os programas de saúde escolar foram sendo organizados, estruturados e desenvolvidos com diferentes representações e conceitos sobre saúde e educação. Isso vem contribuindo para as práticas de saúde na escola que adotam diferentes justificativas, possibilitando a construção de diversos modelos, sendo ampliada e moldada a partir de processos ligados à universalidade de direitos e de equidade, tendo como foco a ampliação do acesso à atenção básica em saúde e à educação fundamental. (GOMES, 2012). Em toda essa trajetória, pode-se perceber que a relação entre educação e saúde existe já de longa data, visando realizar ações que garantam o bem-estar da população escolar.

Diante desse contexto, observa-se que a escola se diferencia das demais instituições por ser aquela que oferece a possibilidade de educar por meio da construção de conhecimentos resultantes do confronto dos diferentes saberes: os contidos nos conhecimentos científicos veiculados pelas diferentes disciplinas; os trazidos pelos alunos e

seus familiares; os divulgados pelos meios de comunicação, muitas vezes fragmentados e desconexos, mas que devem ser levados em conta por exercerem forte influência sociocultural; e aqueles trazidos pelos professores. Essa dinâmica cultural da escola é extremamente construtiva, fazendo dela um espaço de referências muito importante para crianças e adolescentes que, cada vez mais, desenvolvem em seu âmbito experiências significativas de socialização e vivência comunitária. É dentro desse enfoque que se compreende e se justifica um programa de Educação em Saúde, inserido e integrado no cotidiano e na cultura escolar ultrapassando os limites da escola. (BRASIL, 2009a).

2.3 PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA

O Programa Saúde na Escola (PSE) surgiu em 2007, com a proposta de “ser um novo desenho da política de Educação em Saúde, que trata da saúde e educação integrais, como parte da formação ampla da cidadania e uso fruto pleno dos direitos humanos”. A perspectiva é buscar ampliar o alcance e o impacto das ações de saúde aos estudantes da educação básica e seus familiares, por meio da intersetorialidade, envolvendo ações de prevenção, promoção e atenção à saúde. (BRASIL, 2009a).

2.3.1 Programa Saúde na Escola e seus desdobramentos

O PSE traz uma perspectiva de atenção integral à saúde da criança, adolescentes e jovens do ensino básico, incluindo ensino infantil, fundamental e médio; educação profissional e tecnológica e educação de jovens e adultos (EJA).

O programa apresenta um novo desenho para a política de Educação em Saúde, uma vez que trata a saúde e educação integrais como parte de uma formação ampla para a cidadania e o usufruto pleno dos direitos humanos. Vem com o intuito de permitir a progressiva ampliação das ações executadas pelos sistemas de saúde e educação, com vistas à atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e jovens e à Educação em Saúde; promovendo a articulação de saberes, a participação de alunos, pais, comunidade escolar e sociedade em geral na construção e controle social da política. (BRASIL, 2008a).

São sete os objetivos fundamentais do PSE, percorrendo as esferas da promoção da saúde, da articulação intersetorial vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS) e da formação para a cidadania, como demonstrado a seguir:

- I - promover a saúde e a cultura da paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde, bem como fortalecer a relação entre as redes públicas de saúde e de educação;

- II - articular as ações do Sistema Único de Saúde - SUS às ações das redes de educação básica pública, de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis;
- III - contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos;
- IV - contribuir para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos;
- V - fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar;
- VI - promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes; e
- VII - fortalecer a participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde, nos três níveis de governo. (BRASIL, 2007a, p. 01).

As diretrizes de implementação do PSE mostram a busca por uma integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de educação e de saúde, com a participação da comunidade escolar, envolvendo as Equipes de Saúde da Família e da educação básica, sendo elas:

- I. Descentralização e respeito à autonomia federativa;
- II. Integração e articulação das redes públicas de ensino e de saúde, por meio da junção das ações do Sistema Único de Saúde (SUS) às ações das redes de educação pública, de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos educandos e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, dos equipamentos e dos recursos disponíveis;
- III. Territorialidade, respeitando as realidades e as diversidades existentes no espaço sob responsabilidade compartilhada;
- IV. Interdisciplinaridade e intersetorialidade, permitindo a progressiva ampliação da troca de saberes entre diferentes profissões e a articulação intersetorial das ações executadas pelos sistemas de Saúde e de Educação, com vistas à atenção integral à saúde de crianças e adolescentes;
- V. Integralidade, tratando a saúde e educação integrais como parte de uma formação ampla para a cidadania e o usufruto pleno dos direitos humanos, fortalecendo o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da Saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar;
- VI. Cuidado ao longo do tempo, atuando, efetivamente, no acompanhamento compartilhado durante o desenvolvimento dos educandos, prevendo a reorientação dos serviços de Saúde para além de suas responsabilidades técnicas no atendimento clínico, o que envolve promover a saúde e a cultura da paz; favorecer a prevenção de agravos; avaliar sinais e sintomas de alterações; prestar atenção básica e integral aos educandos e à comunidade;
- VII. Controle social: promover a articulação de saberes, a participação dos educandos, pais, comunidade escolar e sociedade em geral na construção e controle social das políticas públicas da Saúde e Educação;
- VIII. Monitoramento e avaliação permanentes: promover a comunicação, encaminhamento e resolutividade entre escolas e Unidades de Saúde, assegurando as ações de atenção e cuidado sobre a condição de saúde dos estudantes e informando as que forem realizadas nos sistemas de monitoramento. Avaliar o impacto das ações junto aos educandos participantes do PSE. (BRASIL, 2015a, p. 09).

No início, os critérios para adesão ao PSE eram mais restritivos e limitavam a quantidade de municípios participantes, mas com o decorrer dos anos eles foram ficando mais flexíveis e ampliando essas possibilidades.

Em 4 de setembro de 2008, foi lançada a Portaria nº 1.861, que definia os seguintes critérios para adesão: I - Municípios com Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (Ideb), no ano de 2005, menor ou igual a 2,69 nos anos iniciais do ensino fundamental e que tenham 100% de cobertura populacional por Equipes Saúde da Família; II - Até 20 Municípios em cada estado considerando: (a) os menores Idebs nos anos iniciais do ensino fundamental, abaixo da média nacional no ano de 2005, e (b) que tenham 100% de cobertura populacional por Equipes Saúde da Família; e, III - Municípios que possuam, em seu território, escolas participantes do programa Mais Educação, considerando somente as escolas especificadas nesse programa. (BRASIL, 2008b).

O Programa Mais Educação, definido pela Portaria Interministerial nº 17/2007, teve por finalidade buscar contribuir para a melhoria da aprendizagem por meio da ampliação do tempo de permanência de crianças, adolescentes e jovens matriculados em escolas públicas, mediante oferta de educação básica em tempo integral, ampliando a jornada escolar para, no mínimo, sete horas diárias, com atividades optativas de: acompanhamento pedagógico; meio ambiente; esporte e lazer; práticas de prevenção aos agravos à saúde; experimentação e investigação; direitos humanos em educação; cultura e artes; cultura digital; promoção da saúde; comunicação e uso de mídias; investigação no campo das ciências da natureza; e educação econômica. (BRASIL, 2010c).

A Portaria nº 1.861, de 2008, também estabelecia o prazo para envio de Manifestação de Interesse de Adesão ao PSE por parte dos municípios, e exigia a nomeação de um Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTI-M), formado por representantes das secretarias de saúde e educação do município e, nos territórios onde se situarem escolas estaduais, representantes da Secretaria Estadual de Educação. (BRASIL, 2008b).

Ainda segundo a portaria, é de responsabilidade do GTI-M elaborar o Projeto de Implantação do PSE, que deve ser apresentado e aprovado pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB), responsável pelo envio do Termo de Adesão ao MS. No projeto elaborado pelo GTI-M devem constar: o diagnóstico situacional do município; o mapeamento da Rede SUS de ABS/SF e da Rede de Educação; as atribuições das ESF e das escolas; identificação de cada instituição de ensino atendida pelo programa; e a programação das atividades que deverão ser incluídas no Projeto Político-Pedagógico (PPP) de cada uma das escolas. (BRASIL, 2008b).

Em 17 de dezembro de 2009, a portaria nº 3.146 foi instituída, trazendo pouca alteração em relação à Portaria nº 1.861, do ano anterior. Ficou mantido o critério do Ideb, modificando apenas o ano de referência, que passou a ser 2007, e o Ideb menor ou igual a 3,1

nos anos iniciais do ensino fundamental. Flexibilizou o inciso II, abrindo a possibilidade aos estados em que o total de municípios com Ideb abaixo de 3,1 fosse inferior a 20, seriam incluídos municípios de menor Ideb, até completar o máximo de 20 municípios por estado. Por fim, diminui para 70% ou mais a exigência de cobertura populacional por equipes de Saúde da Família. (BRASIL, 2009b).

Em 2010, a Portaria nº 3.696, de 25 de novembro, também trouxe poucas alterações em relação às portarias anteriores. Manteve o critério do Ideb, modificando apenas o ano e valor de referência, que passaram a ser respectivamente 2009 e Ideb menor ou igual a 4,5. Ficou também mantida a flexibilidade do inciso II. (BRASIL, 2010d).

No ano seguinte, em 8 de agosto de 2011 foi publicada a Portaria nº 1.910. Ela inovou ao estabelecer o Termo de Compromisso municipal como instrumento para o recebimento de recursos financeiros do PSE. Essa portaria definiu, ainda, as metas do programa a partir de seus componentes. A definição das metas de cobertura das ações do programa é de responsabilidade do GTI-M, e elas são pactuadas a partir da adesão ao Termo de Compromisso. Com isso, os gestores passaram a comprometer-se com um conjunto de metas anuais de cobertura dos educandos beneficiados pelas ações do PSE. (BRASIL, 2011b).

A partir de 2013, com a Portaria Interministerial nº 1.413, de 10 de julho, ocorreu a universalização do PSE. Todos os municípios do país passam a estar aptos a participar do programa e a assinar o Termo de Compromisso municipal ou do Distrito Federal do PSE, e todas as equipes de saúde da Atenção Básica poderão ser vinculadas. Também foram ampliados as ações de promoção e atenção à saúde e de prevenção para a educação infantil creches e pré-escolas. (BRASIL, 2013).

Para que o PSE seja implementado, é necessária a adesão dos estados, do Distrito Federal e dos municípios aos objetivos e diretrizes do programa. A adesão dá-se a partir do preenchimento do Termo de Compromisso do PSE, pelos municípios e Distrito Federal, disponível em meio eletrônico no site do Ministério da Saúde (MS), e pela assinatura do Termo de Adesão pelos estados e Distrito Federal. No Termo de Adesão estadual, os gestores comprometem-se a apoiar a realização das ações do PSE nas escolas estaduais e a contribuir ou fomentar a atuação do Grupo de Trabalho Intersetorial Estadual do PSE (GTI-E). (BRASIL, 2017b).

As equipes de atenção básica e as escolas de educação básica da rede pública a serem atendidas pelo programa deverão ser indicadas no Termo de Compromisso, e é também nesse documento que se demonstrará a anuência dos gestores da saúde e educação. (BRASIL, 2017b).

É sugerido pelo Ministério da Saúde que haja uma participação local e comunitária, e que deva ser estimulada através da realização de seminários de sensibilização e instrumentalização técnica dos diversos atores envolvidos, dirigidos para a conscientização da comunidade sobre a vulnerabilidade dos estudantes. (BRASIL, 2009a). A dimensão da participação ativa dos sujeitos envolvidos nas práticas cotidianas vislumbra uma escola que forma cidadãos críticos e informados, com habilidades para agir em defesa da vida e de sua qualidade, e que devem ser compreendidos pelas Equipes de Saúde da Família (ESF) em suas estratégias de cuidado. (BRASIL, 2011a).

O MS descreve que a elaboração de um projeto que vise à sistematização das ações a serem realizadas é o ponto de partida para a operacionalização das ações de promoção da saúde do escolar. Preconiza a importância de que sejam identificados potenciais multiplicadores entre o grupo de professores, alunos, pais e lideranças comunitárias para atuar como membros de referência no desenvolvimento e manutenção das ações na escola. Pontua, também, a importância da construção de parcerias e alianças entre os programas públicos ou privados, bem como a articulação com atores do terceiro setor que utilizem tecnologias propícias para a promoção da saúde escolar (BRASIL, 2009a).

No que se refere ao planejamento das ações, o Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, e a Portaria Interministerial nº 1.055, de 25 de abril de 2017, destacam que é preciso considerar o contexto escolar e social do aluno, o diagnóstico de saúde, a capacidade operativa em saúde do escolar, assim como estar alinhadas ao currículo e à política de educação integral. (BRASIL, 2007a,2017b).

As ações do PSE, em todas as dimensões, devem estar inseridas no Projeto Político-Pedagógico (PPP) da escola, sempre respeitando a competência política executiva dos estados e municípios, a diversidade sociocultural das diferentes regiões do país e a autonomia dos educadores e das equipes pedagógicas. (BRASIL, 2011a)

Integrada ao PSE, a mobilização “Semana Saúde na Escola” é uma iniciativa implantada em 2012. A partir de então, todos os anos, profissionais da saúde e da educação se articulam para realizar ações relacionadas a temas em destaque no país. Desde 2015, a participação dos municípios na “Semana Saúde na Escola” é voluntária, não sendo necessário fazer adesão. (BRASIL, 2018b).

A “Semana Saúde na Escola” tem por objetivo principal iniciar a mobilização sobre os temas prioritários de saúde a serem trabalhados ao longo do ano letivo nas escolas. Seus objetivos específicos visam:

- a. Fortalecer ações de política de governo prioritárias, no âmbito da saúde e da educação;
- b. Socializar as ações e compromissos do PSE nos territórios;
- c. Fortalecer o Sistema de Monitoramento e Avaliação do PSE enquanto sistema de informação, gestão monitoramento e avaliação do Programa e da saúde dos educandos;
- d. Incentivar a integração e a articulação das redes de educação e atenção básica; e. Fortalecer a comunicação entre escolas e equipes de Atenção Básica;
- f. Socializar as ações desenvolvidas pelas escolas;
- g. Fomentar o envolvimento da comunidade escolar e de parcerias locais;
- h. Mobilizar as redes de atenção à saúde para as ações do PSE. (BRASIL, 2013).

De acordo com a Portaria nº 798, de 17/06/2015, a adesão é de livre iniciativa e não prevê repasse financeiro. Conforme dispõe em seu art. 4º, para os municípios aderidos ao PSE, as ações realizadas durante a “Semana Saúde na Escola” serão contabilizadas para o alcance das metas pactuadas no Termo de Compromisso do Programa, definido em ato conjunto dos ministros da Saúde e da Educação. A contabilização das ações realizadas durante a “Semana Saúde na Escola” fica condicionada ao seu registro nos sistemas de monitoramento do PSE. (BRASIL, 2015b).

Todas as ações do PSE dependem da articulação de saberes entre os setores UBS e escolas, atrelada à atuação da equipe de saúde da família. Dessa forma, a condição para a implantação do PSE está vinculada à adesão dos municípios que tiverem implantado o PSF.

O art. 4º do Decreto Presidencial nº 6.286, de 05 de dezembro de 2007, descreve que:

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

Essas visitas devem ser previamente planejadas, de forma participativa e coletiva, com os profissionais da equipe de saúde e da educação, promovendo a articulação com o setor saúde e escola a partir dos princípios preconizados pela Política de Atenção Básica e pelo PPP das escolas.

A escola é um espaço de articulação para a construção de um planejamento coletivo entre ESF e comunidade escolar (diretor, professores, funcionários da escola), atuando como elementos da construção de uma parceria que viabilize a implantação, execução e consolidação das atividades do programa, dialogando com o PPP da escola. (BRASIL, 2009a).

2.3.2 Processo de Gestão do PSE

No ano de 2011, com o intuito de auxiliar a implantação e definir melhor as responsabilidades no que tange ao processo de gestão do programa — que inclui monitoramento, avaliação e fluxo de transferência de recursos financeiros —, o Ministério da

Saúde, através do Departamento de Atenção Básica, publicou um documento que propõe o “passo a passo” para a execução do PSE, pautado na Política de Atenção Básica nº 2.488/2011.

Para a gestão do PSE, propõe-se a formação, centrada na gestão compartilhada de Grupos de Trabalho Intersetoriais (GTIs), compostos obrigatoriamente por representantes das secretarias de Saúde e Educação, numa construção em que tanto o planejamento quanto a execução das ações são realizados coletivamente, de forma a atender às necessidades e demandas locais, pressupondo a interação com troca de saberes, poderes e afetos entre profissionais da saúde e da educação, educandos, comunidade e demais redes sociais. A participação de representantes de políticas e movimentos sociais (cultura, lazer, esporte, planejamento urbano, sociedade civil, setor não governamental e privado) é descrita como facultativa. (BRASIL, 2011a).

Os GTIs são três, a saber: Grupo de Trabalho Intersetorial Federal (GTI-F), Grupo de Trabalho Intersetorial Estadual (GTI-E) e Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTI-M), tendo competências e atribuições específicas em suas respectivas instâncias, conforme demonstrado no Quadro 2.

Quadro 2 – Competências e responsabilidades dos grupos de trabalho intersetoriais nas esferas federal, estadual e municipal

GTI FEDERAL
<p>I – Garantir a agenda da Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola (Ciese) com representantes do Conass, Conasems, Consed, Undime, áreas da educação e da saúde, e participação social responsável pelo acompanhamento da execução do PSE;</p> <p>II – Promover, respeitadas as competências próprias de cada ministério, a articulação entre as Secretarias Estaduais e Municipais de Educação e o SUS;</p> <p>III – Subsidiar o planejamento integrado das ações do PSE nos municípios entre o SUS e o sistema de ensino público, no nível da educação básica;</p> <p>IV – Subsidiar a formulação das propostas de educação permanente dos profissionais de saúde e da educação básica para implementação das ações do PSE;</p> <p>V – Apoiar os gestores estaduais e municipais na articulação, planejamento e implementação das ações do PSE;</p> <p>VI – Estabelecer, em parceria com as entidades e associações representativas dos secretários estaduais e municipais de Saúde e de Educação, os instrumentos e os indicadores de avaliação do PSE; e</p> <p>VII – Definir as prioridades e metas de atendimento do PSE.</p>
GTI ESTADUAL
<p>I – Definir as estratégias específicas de cooperação entre Estados e municípios para o planejamento e a implementação das ações no âmbito municipal;</p> <p>II – Articular a rede de saúde para gestão do cuidado dos educandos identificados pelas ações do PSE com necessidades de saúde;</p> <p>III – Subsidiar o planejamento integrado das ações do PSE nos municípios entre o SUS e a rede de educação pública básica;</p> <p>IV – Subsidiar a formulação das propostas de educação permanente dos profissionais de saúde e da educação básica para implementação das ações do PSE;</p> <p>V – Apoiar os gestores municipais na articulação, planejamento e implementação das ações do PSE;</p>

<p>VI – Pactuar, nas Comissões Intergestores Bipartites (CIB) do Sistema Único de Saúde, encaminhamentos e deliberações no âmbito do PSE, conforme fluxo de adesão;</p> <p>VII – Contribuir com os ministérios no monitoramento e avaliação do programa; e</p> <p>VIII – Identificar experiências exitosas e promover o intercâmbio das tecnologias produzidas entre os municípios e o PSE.</p>
GTI MUNICIPAL
<p>I – Garantir os princípios e diretrizes do PSE no planejamento, monitoramento, avaliação e gestão do recurso de maneira integrada entre as equipes das escolas e das Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família;</p> <p>II – Articular para a inclusão dos temas relacionados às ações do Programa Saúde na Escola nos Projetos Político-Pedagógicos das escolas;</p> <p>III – Definir as escolas federais, estaduais e municipais a serem atendidas no âmbito do PSE, considerando as áreas de vulnerabilidade social, os territórios de abrangência das Unidades Básicas de Saúde e o número de equipes de Saúde da Família implantadas;</p> <p>IV – Subsidiar a formulação das propostas de educação permanente dos profissionais de saúde e da educação básica para implementação das ações do PSE;</p> <p>V – Subsidiar a assinatura do Termo de Compromisso pelos secretários municipais de educação e saúde, por meio do preenchimento das metas do plano de ação no Sistema de Integrado de Monitoramento Execução e Controle (Simec);</p> <p>VI – Apoiar e qualificar a execução das ações e metas previstas no Termo de Compromisso municipal;</p> <p>VII – Garantir o preenchimento do Sistema de Integrado de Monitoramento Execução e Controle (Simec) pelas escolas e pelas Equipes de Saúde da Família;</p> <p>VIII – Definir as estratégias específicas de cooperação entre estados e municípios para a implementação e gestão do cuidado em saúde dos educandos no âmbito municipal; e</p> <p>IX – Garantir a entrega dos materiais do PSE, enviados pelo Ministério da Educação para as equipes de saúde e para as escolas.</p>

Fonte: Brasil (2011a).

A operacionalização das ações e a definição de metas do PSE deverão ser realizadas pelo Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTI-M) perante a assinatura do instrumento de contratualização (Termo de Compromisso) (BRASIL,2011a). A transferência de recursos financeiros e materiais do PSE para os municípios credenciados ao programa também está condicionada à assinatura do Termo de Compromisso pelos secretários municipais de saúde e educação. No entanto, a transferência de recurso mantém-se financiada por meio do Piso Variável da Atenção Básica (PAB). Por outro lado, o Ministério da Educação permanece responsável pela distribuição de material didático-pedagógico e clínico para todas as escolas contratualizadas. (BRASIL, 2011a).

2.3.3 Reestruturação do PSE

Em 2017, com o objetivo de simplificar e fortalecer o PSE, o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde, no uso de suas atribuições legais, publicam a portaria nº 1.055, em que redefiniram as regras e os critérios para adesão ao PSE por estados, Distrito Federal e

municípios e regulamentaram o respectivo incentivo financeiro para custeios das ações. (BRASIL, 2017b).

A portaria definiu um conjunto de ações mínimas que deverão ser realizadas pelos municípios, almejando a ampliação da rede intersetorial em busca da integralidade das ações de saúde para a população escolar, alicerçada na sinergia entre as políticas de saúde e educação. (BRASIL, 2017b).

As mudanças vieram a partir das análises da portaria anterior e do baixo desempenho dos municípios no alcance de metas, ainda em 2015, e a Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição do Departamento de Atenção Básica empreendeu discussões com as referências estaduais e de capitais para subsidiar a elaboração de uma nova portaria que buscasse superar os principais problemas que representavam entraves para o avanço do PSE no país. (BRASIL, 2017c).

As discussões trouxeram à tona pontos críticos do programa:

- A divisão entre ações essenciais (obrigatórias para recebimento do incentivo financeiro) e optativas (não obrigatórias para o recebimento do incentivo financeiro) centralizavam o esforço nas primeiras e negligenciavam as demais;
- O teto de 1.000 alunos por equipe de saúde da atenção básica reforçava a perspectiva de procedimentos ao invés de conjuntos de ações, além de negligenciar serviços precípuos da atenção básica para os demais educandos;
- A possibilidade de pactuar por nível de ensino segregava educandos na escola pactuada;
- O formato não era flexível para inclusão de ações mais próximas das demandas locais;
- Negligência do componente III - formação - pela maioria dos municípios; e
- Ausência de iniciativas nacionais para a formação continuada dos profissionais. (BRASIL, 2017c).

A partir das dificuldades e soluções apontadas pelos estados e municípios, o GTI federal considerou as seguintes diretrizes para propor a reestruturação do PSE:

- Desburocratização dos repasses;
- Qualificação dos registros e monitoramento (gestão da informação);
- Ampliação do número de escolas e educandos;
- Valorização do planejamento e gestão local. (BRASIL, 2017c).

A nova portaria do PSE provocou uma reestruturação em alguns pontos (Quadro 3), buscando simplificar e fortalecer o programa.

Quadro 3 – Algumas das principais mudanças do programa saúde na escola

Documentos Anteriores	Portaria nº 1.055/2017
Ações divididas em componentes, sem possibilidade de o município incluir outras ações.	Conjunto de 12 ações que podem ser priorizadas conforme demanda da escola, indicadores de saúde e demais indicadores sociais (violência, gravidez na adolescência, evasão escolar, etc.). No ato da adesão o município pode incluir ações.
Ciclo de adesão com duração de um ano.	Ciclo de adesão com duração de dois anos.
Dois sistemas para registro das ações: Sistema de Informação da Atenção Básica (Sisab) do Ministério da Saúde e Sistema Integrado de Monitoramento Execução e Controle (Simec) do Ministério da Educação.	Registro unificado no Sisab.
Incentivo federal de R\$ 3.000,00 para envolver até 599 estudantes.	Incentivo federal de R\$ 5.676,00 para envolver até 600 estudantes, acrescido de R\$ 1.000,00 a cada intervalo entre 1 e 800.
Repasse em duas parcelas: 20% na adesão e 80% ao final.	Repasse único do recurso a cada ano do ciclo.
Ações por nível de ensino, sem envolver todos os alunos da escola pactuada.	Ações priorizadas desenvolvidas em toda a escola.

Fonte: Brasil (2018b).

Nos documentos anteriores, para o planejamento das ações do PSE, eram sugeridos três componentes básicos e estruturantes para a viabilização do projeto: componente I: avaliação clínica e psicossocial; componente II: prevenção e promoção à saúde; e componente III: formação.

O componente I se referia à primeira linha temática definida nas primeiras orientações da implantação do PSE, que descreve a avaliação clínica e psicossocial do escolar como o ponto de partida da abordagem e referenciamento dos achados clínicos à Unidade Básica de Saúde (UBS) a ser realizado na escola como caráter de triagem, oportunizando a criação de estratégia de continuidade que estimule as famílias a levarem seus filhos à UBS para a consulta anual. (BRASIL, 2011c).

Dentro da avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança — avaliação nutricional, avaliação da saúde bucal, avaliação auditiva e oftalmológica —, as últimas atualizações incluem a atualização do calendário vacinal, detecção precoce da hipertensão arterial e detecção precoce de doenças negligenciadas (hanseníase, tuberculose, malária, etc.). (BRASIL, 2011c).

Já o componente II previa a construção de estratégias de promoção e prevenção à saúde a partir da gestão coletiva de ações por parte dos profissionais de saúde, comunidade escolar e território. As ações educativas deveriam contemplar os temas pré-definidos como prioritários, sendo eles: 1) ações de segurança alimentar e alimentação saudável; 2) promoção de atividades corporais e atividades físicas nas escolas; 3) saúde e prevenção nas escolas: saúde sexual, saúde reprodutiva, prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) e aids; 4) saúde e prevenção nas escolas: prevenção ao uso de álcool e tabaco e outras drogas; 5) promoção da cultura de paz e prevenção de violências; e 6) promoção de saúde ambiental e desenvolvimento sustentável. (BRASIL, 2011c).

E, por fim, o componente III se referia à formação dos gestores e das equipes de educação e da saúde que atuam no PSE, capazes de possibilitar a construção de materiais didático-pedagógicos que atendam às necessidades das ações por meio da adoção de estratégias formadoras para os atores envolvidos no programa. Essa formação deveria ser permanente e coordenada pelo grupo de trabalho intersetorial (GTI) com apoio institucional da esfera federal aos estados e municípios e dos estados aos municípios. Outro viés era a formação de jovens multiplicadores em saúde (jovens protagonistas para o PSE) por meio da metodologia de educação de pares na busca pelo fortalecimento do debate e da participação juvenil e formação de profissionais da educação e saúde nos temas relativos ao PSE, entre outros. (BRASIL, 2011c).

Os componentes I, II e III são agora um conjunto de ações de prevenção de doenças e promoção da saúde que deverão ser desenvolvidas mediante planejamento intersetorial e gestão compartilhada entre a saúde e a educação. (BRASIL, 2017b).

A nova portaria propõe o fim dos três componentes e traz ao programa 12 (doze) ações essenciais, com uma flexibilidade de acomodação às várias realidades locais, que não podem ser encaixotadas. Por isso, há a possibilidade de o município acrescentar outras ações que julgar necessárias durante a pactuação, ou para monitoramento próprio ou monitoramento compartilhado com o Ministério da Saúde. (BRASIL, 2018b).

As 12 ações a serem realizadas são pactuadas em conjunto, no momento da adesão:

- I. Ações de combate ao mosquito *Aedes aegypti*;
- II. Promoção das práticas corporais, da atividade física e do lazer nas escolas;
- III. Prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas;
- IV. Promoção da cultura de paz, cidadania e direitos humanos;
- V. Prevenção das violências e dos acidentes;
- VI. Identificação de educandos com possíveis sinais de agravos de doenças em eliminação;
- VII. Promoção e avaliação de saúde bucal e aplicação tópica de flúor;
- VIII. Verificação e atualização da situação vacinal;
- IX. Promoção da alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil;

- X. Promoção da saúde auditiva e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração.
- XI. Direito sexual e reprodutivo e prevenção de DST/Aids; e
- XII. Promoção da saúde ocular e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração. (BRASIL, 2017b).

Não é possível alterar ou excluir nenhuma das 12 ações. Porém, se a partir do diagnóstico local a gestão do município definir que outras ações devem ser realizadas, elas poderão ser informadas no Portal e-Gestor em campo aberto no processo de adesão. (BRASIL, 2018b).

Também com a nova Portaria, o PSE passa a ter adesão bienal, ou seja, terá um ciclo de dois anos de vigência. Isso significa que o município pactua doze ações e outras que queira incluir para serem realizadas em cada ano do ciclo. Após 12 meses do início da vigência, ocorre a abertura para ajustes das informações e do Termo de Compromisso. No período de ajustes, poderão ser realizadas ações de exclusão e substituição de escolas já pactuadas. (BRASIL, 2018b).

Importa destacar que antes da adesão é fundamental que os setores da educação e da saúde locais definam quais escolas serão incluídas, levando em consideração alguns critérios, como pactuar pelo menos uma creche. Caso não tenha, deverá pactuar pelo menos uma pré-escola. Escolas com pré-escola integrada aos níveis de ensino serão contabilizadas para fins dessa regra.

São escolas prioritárias:

- Todas as creches públicas e conveniadas do município;
- Todas as escolas do campo;
- As escolas com alunos em medida socioeducativa, em 2016;
- Escolas que tenham, pelo menos, 50% dos alunos matriculados pertencentes a famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família. (BRASIL, 2017d).

Após essa definição, o município deverá realizar, junto ao sistema do programa (Portal e-Gestor), a adesão das escolas que participarão do PSE naquele ano. (BRASIL, 2017d). A adesão ao PSE significará o compromisso de planejar intersetorialmente a realização de 12 (doze) ações com os educandos que já fazem parte do PSE, considerando indicadores de saúde e de educação, especialmente os que refletem o acesso e permanência na escola, a violência, a gravidez na adolescência, o uso de álcool e outras drogas. O planejamento do conjunto de ações pactuadas na adesão deverá considerar também o contexto social onde este aluno e essas escolas estão inseridas. (BRASIL, 2017c).

Já para o segundo ano, quando o sistema é aberto para ajustes, os municípios que tiverem interesse poderão excluir ou incluir escolas e ações a serem desenvolvidas no próximo ano, levando em conta que a quantidade de escolas pactuadas no primeiro ano não poderá ser reduzida. Nenhuma escola poderá ser retirada sem substituição. A única exceção é quando não houver mais escolas no município para substituir as que foram fechadas. Assim, o município deverá retirar do banco do e-Gestor as escolas que foram fechadas. Não é permitido trocar escolas prioritárias já pactuadas por escolas não prioritárias (os critérios de escolas prioritárias permanecem os mesmos da adesão). (BRASIL, 2018b).

O monitoramento e a avaliação do PSE serão realizados por comissão interministerial constituída em ato conjunto dos ministros da Saúde e da Educação. Ao final de cada ano do ciclo, a gestão federal informa o balanço do monitoramento realizado a partir das informações registradas, enviadas e validadas no Sisab. (BRASIL, 2017a, 2018b). Para garantir a continuidade ou a cobertura de todas as escolas pactuadas, o município que se encaixar em qualquer umas das quatro situações a seguir, não poderá, no período de ajustes, incluir ou substituir escolas. (BRASIL, 2017c).

- O município que não registrar nenhuma ação do PSE permanecerá aderido ao ciclo, mas não fará jus ao incentivo financeiro no ano seguinte;
- O município que registrar apenas um tipo de ação, mesmo com grande cobertura, permanecerá aderido ao ciclo, mas não fará jus ao incentivo no ano seguinte;
- O município que não registrar as ‘Ações de combate ao mosquito *Aedes aegypti*’, mesmo que contempladas as demais, permanecerá aderido ao ciclo, mas não fará jus ao incentivo no ano seguinte; e
- O município que registrar uma ou mais ações apenas em uma escola, tendo pactuado número superior de escolas, permanecerá aderido ao ciclo, mas não fará jus ao incentivo no ano seguinte. (BRASIL, 2017c, 2018b).

Quanto ao cálculo do repasse do incentivo financeiro para o segundo ano do ciclo, ele é igual ao primeiro, conforme consta no capítulo IV, Art. 12, da Portaria nº 1.055, de 25/04/2017:

Fica instituído o incentivo financeiro de custeio às ações no âmbito do PSE, que será repassado fundo a fundo, anualmente, em parcela única, por intermédio e as expensas do Ministério da Saúde, através do Piso Variável da Atenção Básica (PAB Variável), em virtude da adesão do Distrito Federal e Municípios ao PSE, no valor de R\$ 5.676,00 (cinco mil seiscentos e setenta e seis reais), para o Distrito Federal e Municípios com 1 (um) a 600 (seiscentos) educandos inscritos.

§ 1º O Distrito Federal e Municípios terão o valor do incentivo financeiro de custeio de que trata o “caput” acrescido de R\$ 1.000,00 (mil reais) a cada intervalo entre 1 (um) e 800 (oitocentos) educandos inscritos que superarem o número de 600 (seiscentos). (BRASIL, 2017b).

Com a pactuação bienal, o município tem chance de receber o incentivo do PSE duas vezes: após a adesão e início do primeiro ano do ciclo, e após o período de ajustes da pactuação para o segundo ano do ciclo. (BRASIL, 2018b).

A Portaria nº 1.055, de 25 de abril de 2017, do PSE, aumentou o valor inicial e buscou aperfeiçoar e desburocratizar o repasse de recursos financeiros aos municípios. Além disso, ampliou o ciclo de adesão para possibilitar maturação do processo e revisão do planejamento, inclusive permitindo ajustes no número de escolas (inclusão) ou substituição de uma escola por outra ao final do primeiro ano do ciclo. (BRASIL, 2018b).

Outro destaque é a superação da iniquidade produzida pelo próprio PSE ao indicar que alunos da mesma escola pactuada poderiam não ter acesso às ações, já que a definição era por nível de ensino. Para o PSE, a escola é vista de forma integral e completa com a sua comunidade. Por isso, o município que aderir ao programa precisa reconhecer que toda a rede de atenção básica também deve ser envolvida, pois a atenção à saúde do estudante não pode ser encerrada na escola. O território é o grande espaço de produção da saúde. Ele se alonga para além do espaço escolar. (BRASIL, 2018b).

A articulação entre escola e Rede Básica de Saúde é a base do Programa Saúde na Escola. O PSE é uma estratégia de integração da saúde e educação para o desenvolvimento da cidadania e da qualificação das políticas públicas brasileiras. (BRASIL, 2017d).

Para que essa articulação aconteça de forma efetiva, as atividades em saúde a serem desenvolvidas pelas escolas contempladas pelo PSE devem estar inseridas no Projeto Político-Pedagógico (PPP) escolar e funcionar de modo a atender às expectativas dos professores e dos educandos. As temáticas propostas pelo PSE devem ser debatidas em sala de aula pelos professores, assessorados/orientados por agentes da saúde ou diretamente por profissionais de saúde previamente designados. Essa preparação dos educandos no cotidiano da escola pode implicar a participação desde o agendamento e organização e/ou durante a realização das atividades. (BRASIL, 2011a).

As práticas em educação e saúde a serem desenvolvidas pelas escolas contempladas pelo PSE devem não só fazer parte do PPP escolar, mas também considerar os diversos contextos com o objetivo de realizar construções compartilhadas de saberes sustentadas pelas histórias individuais e coletivas, com papéis sociais distintos — professores, educandos, merendeiras, porteiros, pais, mães, avós, entre outros sujeitos —, produzindo aprendizagens significativas e confirmando uma ética inclusiva. Desse modo, dimensionando a participação ativa de diversos interlocutores/sujeitos em práticas cotidianas, é possível vislumbrar uma escola que forma cidadãos críticos e informados com habilidade para agir em defesa da vida e

de sua qualidade, que devem ser compreendidos pelas Equipes de Saúde da Família em suas estratégias de cuidado. (BRASIL, 2011a).

2.4 INTERSETORIALIDADE: ESCOLA E SAÚDE

A intersectorialidade é a articulação de saberes e experiências com vistas ao planejamento, para a realização e a avaliação de ações, com o objetivo de alcançar resultados sinérgicos em situações complexas. (INOJOSA, 2001).

De acordo com a Política Nacional de Promoção da Saúde, o processo de construção de ações intersectoriais implica a troca e a construção coletiva de saberes, linguagens e práticas entre os diversos setores envolvidos na tentativa de produzir soluções voltadas para a melhoria da qualidade de vida. Tal processo propicia a cada setor a ampliação de sua capacidade de analisar e de transformar seu modo de operar a partir do convívio com a perspectiva dos outros setores, abrindo caminho para que os esforços de todos sejam mais efetivos e eficazes. (BRASIL, 2010b).

No período em que os ministérios da Educação e da Saúde eram um só, ações intersectoriais passaram a ser desenvolvidas gradativamente, embora em passos tímidos. A educação era limitada e direcionada aos interesses das classes hegemônicas e a modelos campanhistas em saúde que se caracterizavam por estratégias que visavam combater as crescentes epidemias da época. (NEGREIROS, 2016).

Já na década de 80, a intersectorialidade ganha novamente foco, sendo discutida com mais intensidade a partir da implementação do SUS, que tem como um de seus princípios a intersectorialidade. (BERNARDI, *et al.*, 2010). O SUS foi instituído pela Constituição Federal de 1988, com o objetivo de assegurar que toda a população brasileira tenha acesso ao atendimento público de saúde de qualidade. (BRASIL, 2010b). No SUS, a promoção da saúde é retomada como possibilidade de focar os aspectos que determinam o processo saúde-doença em nosso país, entre eles a violência, o desemprego, a falta de saneamento básico, a habitação inadequada e/ou ausente, a dificuldade de acesso à educação, a fome, a urbanização desordenada, no sentido de potencializar formas mais amplas de intervir em saúde. (BRASIL, 2010b).

Nesse contexto, para Pessini (2011), a promoção da saúde, ao pressupor uma visão integradora e interdisciplinar, enseja a criação e o fortalecimento de elos entre diversos programas e setores, de modo que vários segmentos da sociedade compartilhem a responsabilidade em direção à proteção e ao cuidar da vida humana, garantindo saúde e

melhores condições de vida para todos. Nesse sentido, saúde e qualidade de vida são compreendidas como condições da existência do ser humano, vinculadas aos modos de viver, ser e estar na sociedade. Sob essa ótica, é primordial o papel dos gestores de políticas públicas, assim como dos profissionais da saúde e da educação, como estimuladores e efetivos partícipes do processo de “construção” de uma cultura democrática em que a saúde é um direito garantido e exequível a todas as camadas da população. (PESSINI, 2011).

Em 2007, com a intenção de fortalecer a integração saúde e educação, surge o PSE. A intersetorialidade, base do programa, assinala como desafio a transformação das práticas profissionais fragmentadas em modos de cuidar pautados por: universalidade, participação, integralidade, articulação e corresponsabilidade, em distintos territórios, para a produção de um novo cuidado em saúde na escola. A interação entre os profissionais da saúde e da educação visa possibilitar entendimentos, pontos de vista e habilidades complementares, a fim de gerar alternativas criativas a saúde e educação integrais para os estudantes. (BRASIL, 2011a).

Sendo assim, para que o PSE alcance seus objetivos, é primordial a prática cotidiana da intersetorialidade nos campos da gestão, do planejamento, dos compromissos dos dois setores e da abordagem nos territórios onde se encontram as unidades escolares e as Equipes de Saúde da Família (ESF). Desse modo, a sinergia entre as políticas de saúde e de educação pode garantir às crianças, aos adolescentes e aos jovens acesso a uma qualidade de vida melhor. (BRASIL, 2011a).

Vieira (2013) considera que, de acordo com o que orienta o PSE, um ponto de reflexão a se considerar é a articulação dos setores saúde e educação por meio da inserção das questões de saúde no Projeto Político-Pedagógico (PPP) da escola, pois, assim, elas estarão no bojo das decisões pedagógicas da instituição escola. Tais questões poderão ser definidas e assumidas como prioritárias e de interesse coletivo, com a comunidade escolar como um todo. O documento orientador do ciclo 2017/2018 do PSE afirma que: as ações do programa, em todas as dimensões, devem estar inseridas no projeto PPP da escola, levando-se em consideração o respeito à competência político-executiva dos estados e municípios, à diversidade sociocultural das diferentes regiões do país e à autonomia dos educadores e das equipes pedagógicas. (BRASIL, 2018b).

De acordo com Libâneo, Oliveira e Toschi (2012), o PPP é elemento essencial para o funcionamento da educação, entendido como o documento que reflete as intenções, os objetivos, as aspirações e os ideais da comunidade escolar. (LIBÂNEO; OLIVEIRA; TOSCHI, 2012).

Assim, para Veiga (2003), é preciso desenvolver um PPP comprometido com as múltiplas necessidades sociais e culturais da população, que busque desenvolver o aluno, prepará-lo para o exercício da cidadania e do trabalho, buscando, construir sujeitos que dominem o conhecimento, dotados de atitudes necessárias para fazer parte de um sistema político e para desenvolver-se pessoal e socialmente. Nesse sentido, a escola precisa trabalhar a saúde como parte integrante da vida das pessoas, considerando as experiências e o saber da comunidade escolar, de modo a favorecer uma ação mais reflexiva e crítica nesse espaço, onde a saúde pode ser pensada como tema de ensino/aprendizagem para a produção do conhecimento. (GOMES, 2012).

Sacristán e Gómez (2000) discorrem que uma das funções da escola é atenuar, em parte, os efeitos da desigualdade e preparar o indivíduo para, no cenário social, lutar e se defender nas melhores condições possíveis. Os autores complementam que a escola tem o compromisso de prover os indivíduos não só, nem principalmente, de conhecimentos, ideias, habilidades e capacidades formais, mas também de disposições, atitudes, interesses e pautas de comportamento. Libâneo (2006), a seu turno, aponta que um dos grandes desafios da escola é fazer do ambiente escolar um meio que favoreça o aprendizado, onde a escola deixe de ser apenas ponto de encontro e passe a ser, além disso, encontro com o saber e com descobertas, de forma prazerosa e funcional.

É preciso que a escola promova, para todos, o domínio dos conhecimentos e o desenvolvimento de capacidades cognitivas e afetivas indispensáveis às necessidades individuais e sociais dos alunos, assim como a inserção da cidadania, tendo em vista a construção de uma sociedade mais justa e igualitária, que lute contra as desigualdades sociais e a exclusão social. (LIBÂNEO; OLIVEIRA; TOSCHI, 2012). A escola configura-se numa situação privilegiada para que essa promoção ocorra, uma vez que possui toda uma dimensão pedagógica que, aliada às práticas sociais, a torna única. (SAVIANI, 2015).

Libâneo, Oliveira e Toschi (2012) reforçam dizendo que a escola de hoje precisa articular-se e integrar-se por meio de políticas públicas que contribuam para a formação de cidadãos mais preparados, qualificados para um novo tempo, críticos e engajados na luta pela justiça social.

A escola, através da educação, não é a principal determinante das transformações sociais e, sendo assim, não pode atuar de forma inteiramente autônoma. A educação só pode impulsionar as transformações articulando-se para que possa produzir conhecimentos, ideias, conceitos, valores, atitudes, hábitos, símbolos sob o aspecto de elementos necessários à formação da humanidade em cada indivíduo. (SAVIANI, 2015).

Sendo assim, o PSE se justifica, já que parte dessa necessidade de articular e integrar os setores da saúde e da educação para ampliar o alcance e o impacto das ações de saúde aos estudantes e seus familiares, visto que também se utiliza de meios de ações intersetoriais, envolvendo assistência, promoção da saúde e prevenção de agravos, buscando contribuir para uma escola que forme cidadãos críticos, informados, preparados para agir ante os desafios e em defesa da vida e de sua qualidade. (BRASIL, 2011a).

3 OBJETIVOS

Para Marconi e Lakatos (2011, p. 10), “toda pesquisa deve ter um objetivo determinado para saber o que se vai procurar e o que se pretende alcançar.”

Na busca por esclarecer a que se propõe o trabalho e estabelecer um norte a todo o seu desenvolvimento, apresentam-se os objetivos desta pesquisa a seguir.

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o Programa Saúde na Escola (PSE), tendo por base a vivência/realidade de uma escola da rede pública de educação básica do município de Xapuri (AC).

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever a trajetória do Programa Saúde na Escola (PSE) no município de Xapuri (AC), no período de 2010 a 2018, tendo por base a vivência de uma escola da rede pública.
- Identificar a percepção dos profissionais envolvidos quanto ao PSE.
- Detectar os aspectos facilitadores, os obstáculos e os desafios associados à execução do PSE.
- Propor estratégia pedagógica no sentido de contribuir para a consolidação do Programa de Saúde na Escola do município de Xapuri.

4 MÉTODOS

A presente investigação utilizou-se do método científico, elemento fundamental do processo do conhecimento realizado pela ciência para diferenciá-la do senso comum. Trata-se de um conjunto de procedimentos lógicos e de técnicas operacionais que permitem o acesso às relações casuais constantes entre os fenômenos. (SEVERINO, 2007).

4.1 TIPO DO ESTUDO

Para o desenvolvimento desta pesquisa, foi realizado um estudo do tipo descritivo com uma abordagem qualitativa, utilizando como delineamento um estudo de caso realizado na Escola Estadual de Ensino Fundamental Anthero Soares Bezerra⁶, aderida ao PSE para o biênio 2017/2018, juntamente com a respectiva ESF adstrita à escola, além do Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTI-M).

Partindo do pressuposto estabelecido por esta pesquisa, adotamos o enfoque qualitativo para o estudo. Minayo *et al.*, (2008) comentam que essa perspectiva leva em conta a compreensão, a inteligibilidade dos fenômenos sociais, o significado e a intencionalidade que lhe atribuem os atores.

A pesquisa qualitativa busca um aprofundamento da compreensão de um determinado grupo social, de uma organização, de uma instituição ou, ainda, de uma representação. Preocupa-se com aspectos da realidade, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais. Portanto, a pesquisa qualitativa busca compreender a lógica interna de grupos, instituições e atores quanto a: (a) valores culturais e representações sobre sua história e temas específicos; (b) relações entre indivíduos, instituições e movimentos sociais; e (c) processos históricos, sociais e de implementação de políticas públicas e sociais. (MINAYO *et al.*, 2008).

A abordagem qualitativa privilegia sujeitos sociais que detêm os atributos que o investigador pretende conhecer. Além disso, considera um número suficiente de indivíduos para permitir uma certa reincidência das informações, não desprezando informações ímpares que podem ser relevantes. (MINAYO *et al.*, 2008). Esse tipo de abordagem requer o aprofundamento e a abrangência da compreensão, seja de um grupo social, de uma organização, de uma instituição ou de uma representação, assim como nos estudos de caso,

⁶Escola Estadual de Ensino Fundamental Anthero Soares Bezerra: atendendo a um pedido da gestão, optou-se por revelar o nome da escola.

que possibilitam uma investigação mais abrangente e em profundidade de um fenômeno específico que está completamente relacionado ao seu contexto. (MINAYO *et al.*, 2008; GIL, 2009).

Conforme já citado, como delineamento para esta pesquisa, foi adotado o estudo de caso, por ser uma abordagem que permite entender a execução da política no contexto local, permitindo problematizar os limites e potencialidades identificados no processo de construção da intersectorialidade a partir da compreensão do PSE. É considerada uma estratégia de pesquisa relevante para estudar as condições contextuais e os processos de implementação local das ações do programa. Essa metodologia de pesquisa é muito utilizada quando se quer responder a questões do tipo “como” e “por que”, quando o pesquisador não tem controle sobre os acontecimentos e quando se pretende estudar um fenômeno inserido em um contexto de vida real. (YIN, 2001).

O estudo de caso favorece a compreensão do fenômeno sob a perspectiva dos membros dos grupos. Trata-se, portanto, de um delineamento que atenta para a subjetividade dos participantes, em que pese o fato de se poder considerar essa característica como um fator capaz de limitar a objetividade da pesquisa. (GIL, 2009). Assim, o estudo de caso permite ao pesquisador investigar o caso pelo “lado de dentro”.

Por outro lado, em virtude da redução do universo a ser focalizado, torna-se mais fácil a consecução dos objetivos, com a redução dos custos e do tempo necessário para o desenvolvimento da pesquisa.

Quanto aos estudos descritivos, apresentam como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre as variáveis. (GERHARDT; SILVEIRA, 2009). O caráter descritivo visa esclarecer as características dos objetos de estudo por meio de técnicas padronizadas de coleta de dados utilizando o questionamento direto das pessoas envolvidas com a questão pesquisada. (GIL, 2009). É, portanto, amplamente significativo na execução e análise de informações da presente pesquisa.

A pesquisa qualitativa envolve uma abordagem interpretativa, tendo por objeto as percepções, concepções, valores e significados. (MINAYO *et al.*, 2008). Ao elaborar uma pesquisa de caráter intersectorial, envolvendo o campo da saúde e a educação, podemos obter resultados condizentes com a complexidade do fenômeno estudado.

4.2 DELIMITAÇÃO DA ÁREA DE ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida no ano de 2018, tendo por base o biênio 2017/2018 e o PSE no município de Xapuri (AC) como campo de pesquisa, com o intuito de compreender o desenvolvimento do programa, a relação entre os profissionais da saúde e da educação no contexto, bem como descrever as dificuldades e facilidades na execução do programa.

O município de Xapuri encontra-se localizado no estado do Acre, Brasil, na mesorregião do vale do Rio Acre, microrregião de Brasileia. Possui uma área de cerca de 5.347 km², o que representa 3,26% do território do estado. A população estimada para o ano de 2017 é de 18.174 habitantes, com densidade populacional de 3,01 hab./km². O município possui uma taxa de 64,20% de urbanização. (ACRE, 2018).

Figura 1 – Limites e localização do Acre em relação à América do Sul

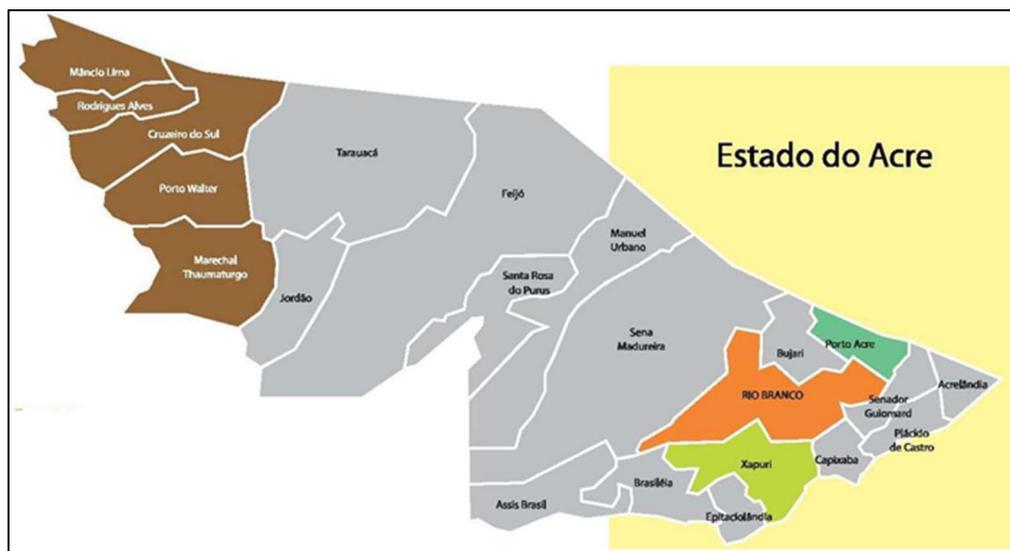


Fonte: Acre (2018).

Xapuri delimita-se ao norte com o município de Rio Branco, ao Sul com Epitaciolândia, a leste com o município de Capixaba, a oeste com Sena Madureira e a sudoeste com Brasileia. A distância da capital, Rio Branco, é de cerca de 184 km. (ACRE, 2018).

O clima é do tipo equatorial, com elevados índices de pluviosidade e temperatura média. Sua altitude é de aproximadamente 150 metros, com coordenadas de 10° 38' S e 68° 33' W. (ACRE, 2018).

Figura 2 – Limites e localização de Xapuri em relação ao Acre



Fonte: Acre (2018).

Sua economia é predominantemente baseada no setor primário, em que ainda se destaca o extrativismo vegetal, representado pela castanha-do-brasil e a borracha, além da pecuária de corte. O município possui produto interno bruto (PIB) *per capita* de R\$11.385,00. Seu Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) é 0,599. (ACRE, 2018).

O Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (Ideb) de 2017, numa escala de 0 a 10, para as séries iniciais do Ensino Fundamental, foi de 5,5 e nas séries finais, de 4,4. Já o Ideb da 3ª série do Ensino Médio foi de 3,8. (INEP, 2017).

A rede de ensino básico no município é composta por 61 escolas, sendo 13 na zona urbana e 48 na zona rural, com um total de 5.631 matrículas no ano de 2017, conforme o Quadro 4. Entre elas, apenas uma é administrada pelo governo federal: as demais são de responsabilidade municipal ou estadual. (INEP, 2018). O município não possui nenhuma unidade da rede privada de ensino. Para o biênio de 2017/2018, Xapuri aderiu ao PSE com um total de 43 escolas (42 escolas e 1 creche) e vinculou 6 Equipes de Saúde da Família (ESF), totalizando uma cobertura de 4.684 alunos (4.583 nas escolas e 101 na creche) da rede pública de ensino aptos a desenvolverem atividades inerentes ao Programa Saúde na Escola durante o referido biênio. (BRASIL, 2018c).

Em nível estadual, no ano de 2017, foram 21 municípios aderidos ao PSE para o biênio 2017/2018. O único município que não aderiu foi a capital do estado, Rio Branco, por não ter finalizado a pactuação junto ao PSE. A adesão desses 21 municípios representa, em números, um total de 422 escolas contempladas, 95.124 alunos, 129 ESF envolvidas, 64 creches e 3.921 alunos de creches em todo o estado. (BRASIL, 2018c).

Quadro 4 – Relação de escolas e matrículas do ensino básico no município e Xapuri (AC) no ano de 2017

	Nível/Etapa	Nº de escolas		Nº de matrículas	
		Urbana	Rural	Urbana	Rural
Ensino Infantil	Creche	01	00	201	00
	Pré-escola	04	08	326	91
Ensino Fundamental	Anos iniciais	04	43	974	791
	Anos finais	02	16	813	442
Ensino Médio	Propedêutico/Regular	01	09	286	214
	Profissionalizante integrado	01	00	195	00

Fonte: Adaptado da Sinopse Estatística da Educação Básica 2017. (INEP, 2018).

Do universo de 42 escolas e 1 creche que estão inseridas no programa para o biênio 2017/2018, foi selecionada para participar da pesquisa somente uma escola. Esse recorte foi feito com a intenção de garantir uma maior profundidade dos dados coletados, visto que o delineamento metodológico adotado foi o estudo de caso. Com esse recorte, foi possível uma maior aproximação aos atores-chave, ampliando o conhecimento do PSE em nível local, proporcionando, assim, uma visão mais clara e aprofundada acerca do programa.

A seleção da escola participante deu-se a partir de sorteio entre as 43 pactuadas pelo município para receber as ações do programa. O sorteio foi realizado em um espaço de reunião da Secretaria Municipal de Saúde, sendo contemplada a Escola Estadual de Ensino Fundamental Anthero Soares Bezerra. Em seguida, a direção escolar e a unidade de saúde de referência foram consultadas acerca da disponibilidade para participar da pesquisa, manifestando-se favoravelmente.

Situada na área central de Xapuri, na Avenida Coronel Brandão, a escola selecionada oferta o Ensino Fundamental II, do 6º ao 9º ano, para aproximadamente 460 alunos. Com uma construção horizontal em terreno plano e amplo, conta com dez salas de aula, uma secretaria escolar, uma sala de recursos, um laboratório de informática, um auditório com capacidade para 80 pessoas, uma cozinha com depósito de merenda, um pátio coberto, uma biblioteca, um almoxarifado, um banheiro para portadores de necessidades especiais, um banheiro masculino e um feminino e uma sala para os professores com banheiro para os servidores.

A equipe administrativa, pedagógica e docente da escola é composta por 43 profissionais, sendo, 25 docentes do quadro permanente, 3 docentes temporários, 1 diretor

(gestor), 1 coordenador de ensino, 1 coordenador administrativo, 1 coordenador pedagógico, 1 secretário, 6 funcionários de apoio e 4 funcionários terceirizados.

Já a Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência fica próxima, a pouco mais de 500 metros de distância da escola. Essa unidade possui duas ESF e está localizada na região central do município. A equipe responsável pela escola é composta por dez Agentes Comunitários de Saúde (ACS), um enfermeiro, um médico do Programa Mais Médicos, um técnico de enfermagem e um auxiliar administrativo.

O Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTI-M), que também fez parte da pesquisa, é composto por um representante do setor educação e um do setor saúde, assim como o GTI-M do período de 2010 a 2016, que apresentava composição semelhante.

4.3 SUJEITOS DA PESQUISA

O grupo que formou os sujeitos da pesquisa foi composto por 20 profissionais, sendo 14 da educação, 3 da saúde e 3 dos GTIs-M.

Por se tratar de um estudo de caso, em que trabalhou-se com uma escola e, conseqüentemente, com uma Equipe de Saúde da Família (ESF), visando manter o sigilo dos envolvidos, optou-se por não divulgar o cargo ou a profissão dos sujeitos que aceitaram participar da pesquisa. Para selecioná-los, foram considerados alguns critérios de inclusão, tanto para os profissionais da educação quanto para os profissionais das ESF, em todas as categorias, a saber:

- Estar em pleno exercício de suas funções durante o período da coleta de dados;
- Atuar na escola selecionada, independentemente do tempo de serviço, devido à possibilidade de maior aproximação com o programa; e
- Participação voluntária na pesquisa.

Com relação ao GTI-M, optamos por incluir todos os membros que voluntariamente se dispuseram a participar da pesquisa.

4.4 MÉTODO

Nas pesquisas qualitativas, a escolha das técnicas e procedimentos de coleta de dados é fundamental, pois precisam estar adequados à questão pesquisada, devendo ser estabelecidos rigorosos procedimentos de coleta apropriados para cada técnica.

Nesse sentido, considerando a complexidade do objeto desta pesquisa, pareceu adequado o uso das técnicas de análise documental, entrevista e questionário.

No primeiro momento, por meio de um levantamento junto à Secretaria Municipal de Educação e à Secretaria Municipal de Saúde, apurou-se o número de escolas do ensino básico em atividade e que tivessem o PSE em sua estrutura curricular e quais foram pactuadas para receber as ações do programa no biênio de 2017/2018. Buscou-se identificar, também, quais as Equipes de Saúde da Família estavam adstritas para atender às referidas unidades escolares, os membros e as referências do GTI-M e os respectivos endereços de cada escola e ESF. De posse desses dados, foi realizada a seleção da escola participante da pesquisa, através de sorteio, como já mencionado anteriormente, realizado na sede da própria Secretaria de Saúde do município. Uma vez tendo conhecimento da escola sorteada, para que a pesquisa fosse realizada, procurou-se obter uma autorização da diretora de Atenções Básicas de Saúde, responsável por todas as UBS do município de Xapuri, e da direção da Escola Estadual de Ensino Fundamental Anthero Soares Bezerra. Para tal, salientou-se a relevância de um estudo com finalidade diagnóstica, cujos resultados certamente poderiam trazer inúmeros benefícios para a estruturação e operacionalização do PSE nas escolas do município.

Vencida essa etapa, a escola sorteada foi visitada, assim como a ESF e o GTI-M. Foi feito um trabalho de esclarecimento junto à direção, professores, membros das ESF e do GTI-M, com a finalidade de sensibilizar e angariar apoio dos profissionais envolvidos na execução do programa, como forma de otimizar a obtenção dos dados, visto que as informações trazidas por esses profissionais seriam da maior importância, mormente no tocante às dificuldades encontradas para sua concretização.

Assim, cumpridas todas as etapas e com o objetivo de analisar o Programa Saúde na Escola em Xapuri, buscou-se conhecer sua trajetória e como ele está funcionando atualmente. Para tanto, foram estudados documentos do programa no âmbito federal, bem como documentos oficiais fornecidos pelo município e pela Escola Anthero Soares Bezerra, relativos ao período de 2010 a 2018 (Apêndice A), disponibilizados pelos participantes da pesquisa.

Buscando reunir o máximo de informações, também participaram da pesquisa os dois profissionais que integraram o GTI-M durante o período de 2010 a 2016, delegados pela gestão municipal da época para atuar no Programa Saúde na Escola.

Conhecendo um pouco mais o programa e buscando identificar as percepções dos profissionais envolvidos sobre ele, foi elaborado um questionário (Apêndice B) e um roteiro de entrevista (Apêndice C) para ser aplicado aos sujeitos participantes da pesquisa. Para isso, tanto o questionário como o roteiro de entrevista foram previamente testados, sendo aplicados a duas professoras da rede de educação básica de outra unidade escolar. O pré-teste é a

aplicação do questionário e do roteiro de entrevista a um grupo pequeno, antes de sua aplicação ao conjunto de sujeitos a que se destina, o que permite ao pesquisador avaliar e, se for o caso, revisá-lo e ajustá-lo. (SEVERINO, 2007).

Na sequência, foi aplicado um questionário composto por perguntas fechadas e abertas a todos os profissionais da saúde membros da ESF responsável pela escola, aos profissionais da Escola Anthero Soares Bezerra e aos membros do GTI-M atual e do período de 2010 a 2016 que se disponibilizaram a participar da pesquisa. Os questionários destinavam-se ao levantamento de informações escritas, com o propósito de conhecer a opinião dos sujeitos da pesquisa sobre os assuntos em estudo. (SEVERINO, 2007).

Buscando um pouco mais de profundidade nas informações e procurando conhecer os aspectos facilitadores, os obstáculos e os desafios na execução do programa no município, posteriormente foram realizadas entrevistas com três profissionais da ESF responsável pela escola, sete profissionais da escola, um membro do GTI-M atual e a dois membros do GTI-M do período de 2010 a 2016.

Por tratar-se de uma pesquisa qualitativa, o número de sujeitos que viriam a compor o quadro das entrevistas não poderia ser pré-definido. Isso foi feito relacionando a qualidade das informações obtidas em cada narrativa, assim como o nível de profundidade e o grau de recorrência e divergência dessas informações. Para tanto, foi utilizado como critério de formação da amostragem o “ponto de saturação”, que indicou quando seria possível identificar padrões simbólicos, práticas, sistemas classificatórios, categorias de análise da realidade e visões de mundo do universo em questão, dando-se, então, por finalizadas as entrevistas, sendo, porém, permitido (e recomendável) voltar para esclarecimentos (DUARTE, 2002). Todas as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas, para melhor elucidação e compreensão das informações trazidas pelos entrevistados.

De acordo com Severino (2007), a entrevista é uma técnica de coleta de informações muito utilizada nas pesquisas de Ciências Humanas, em que o pesquisador visa apreender o que os sujeitos pensam, sabem, representam, fazem e argumentam. Trata-se, portanto, de uma interação entre pesquisador e pesquisado.

Realizadas pelo mestrando, todas as entrevistas foram preliminarmente iniciadas com explicações gerais sobre a pesquisa e seus objetivos, sendo feita a apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice D) e do Termo de Consentimento Pós-Esclarecido (Apêndice E), além de solicitada a permissão para registrar com gravador as conversas, não havendo nenhuma recusa.

Quadro 5 – Relação de participantes

Setor	Questionário	Entrevista
Escola	14	07
ESF	03	03
GTI-M atual	01	01
GTI-M 2010 a 2016	02	02
Total	20	13

Fonte: O autor (2018).

A aplicação dos questionários e as entrevistas ocorreram em local, data e horário definidos pelos sujeitos, respeitada a disponibilidade de cada um. Por decisão dos próprios sujeitos, todas foram realizadas em seus locais de trabalho.

O roteiro de entrevista funcionou como norteador e foi organizado em quatro blocos de perguntas sobre a execução do programa, o planejamento das ações entre os setores educação e saúde, a intersetorialidade e a formação para atuar junto ao PSE.

4.5 PROCESSAMENTO DOS DADOS

Para o processamento dos dados, buscamos auxílio na análise de conteúdo proposta por Bardin (2016), iniciando-se com a pré-análise dos dados levantados, seguida da exploração do material para, então finalizar com o tratamento dos dados (inferência e interpretação).

Para Gil (2009), a análise de conteúdo consiste em um procedimento analítico aplicável a qualquer comunicação escrita, podendo ser utilizada na análise de material publicado em jornais, revistas, discursos, materiais disponíveis em sites institucionais e, também, para a análise do conteúdo de questionários, entrevistas e depoimentos, desde que devidamente transcritos. Não se trata de um instrumento, mas de um leque de apetrechos, sendo um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. (BARDIN, 2016).

Os dados desta investigação, coletados durante os meses de novembro e dezembro de 2018, tiveram como fontes documentos do programa no âmbito federal, documentos oficiais disponibilizados pela Secretaria de Saúde Municipal e pela Escola Anthero Soares Bezerra, além das respostas dos participantes da pesquisa — os profissionais da escola, da ESF e do GTI-M —, obtidas por meio dos questionários e das entrevistas, que continham, respectivamente, as mesmas perguntas e roteiro.

Os questionários e entrevistas foram transcritos de forma fidedigna, em documento Word. Posteriormente, foi feita uma leitura “flutuante”, que, segundo Bardin (2016), é a primeira atividade realizada com os dados levantados, a fim de estabelecer um primeiro contato com os documentos a serem analisados em uma pesquisa. Em seguida, uma leitura dos documentos possibilitou uma melhor compreensão de seu conteúdo. Dando continuidade ao tratamento dos dados, foi realizado o agrupamento de todo o material levantado, em documento Word, utilizado para a construção de um *corpus*⁷, possibilitando uma exploração mais detalhada dos dados, com o intuito de proporcionar uma profunda e rica análise.

As diferentes fases da análise de conteúdo foram organizadas em torno de três etapas, cronologicamente, a primeira, denominada pré-análise, que é o momento de organização do material, corresponde a um período de leitura geral do conteúdo a ser analisado. Ela possui três fases: a) a leitura flutuante, fase em que se constituiu o contato com os documentos; b) a escolha dos documentos, quando são selecionados os que serão analisados; e c) a formulação das hipóteses e objetivos, quando são traçados os objetivos pretendidos. (BARDIN, 2016).

A segunda etapa, denominada exploração do material, não é mais do que a aplicação sistemática das decisões tomadas, em que os dados coletados são submetidos à análise detalhada, como codificação⁸, classificação e categorização⁹, orientada pelos referenciais teóricos. (BARDIN, 2016).

Na última etapa, que corresponde ao tratamento dos resultados, foi realizada a interpretação referencial, isto é, a extração de informações suplementares dos textos a partir de uma leitura crítica de o todo material levantado. (BARDIN, 2016).

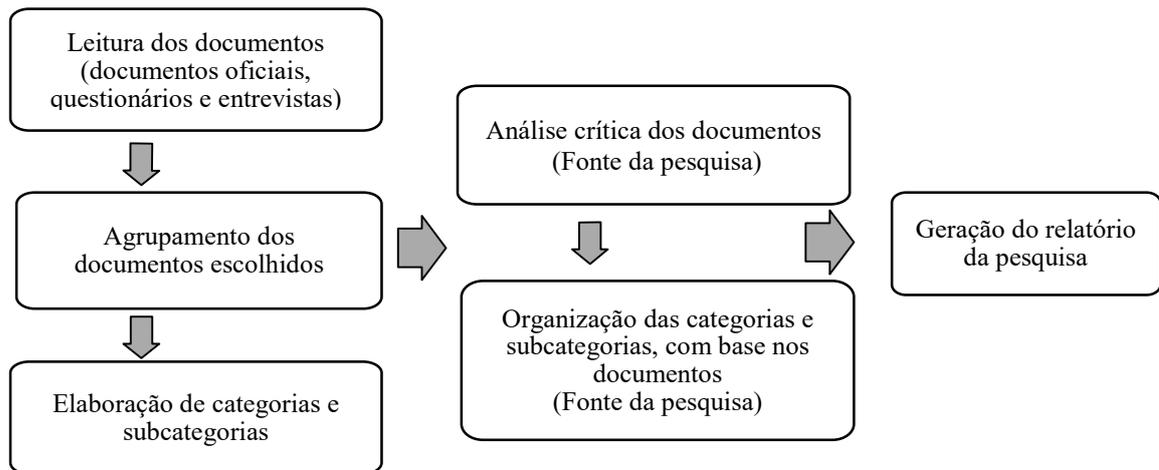
Por fim, foi utilizado o diário de campo para complementar as informações alcançadas através dos documentos, questionários e entrevistas. Esses dados serviram de complemento para as discussões dos resultados. Bardin (2016) propõe que expressões gestuais, postura e sentimentos manifestados durante as entrevistas devem ser registrados e analisados posteriormente pelo pesquisador.

⁷*Corpus* é o conjunto dos documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos (BARDIN, 2016).

⁸ Codificação: corresponde a uma transformação dos dados brutos do texto, por recorte, agregação e enumeração que permite atingir uma representação do conteúdo e esclarecer ao analista das características do texto. (BARDIN, 2016).

⁹ Categorização: é uma operação de classificação de elementos constitutivo de um conjunto por diferenciação e, em seguida, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com critérios previamente definidos. (BARDIN, 2016).

Figura 3– Esquema utilizado para a análise dos dados



Fonte: O autor (2018).

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Após a qualificação do projeto, em julho de 2018, teve início o processo de seleção da escola participante da pesquisa e, em seguida com a apresentação inicial do projeto à direção de Atenções Básicas de Saúde e à direção da Escola Anthero Soares Bezerra. Após a aprovação e autorização dos gestores, no dia 22 de agosto de 2018, o projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal do Acre (Ufac), junto com a carta de anuência concedida pela Secretaria Municipal de Saúde e pela direção da escola selecionada para participar da pesquisa.

A investigação buscou atender aos requisitos preestabelecidos na Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, referente ao desenvolvimento de pesquisa científica envolvendo seres humanos, resguardando os princípios éticos da justiça, beneficência e da não maleficência.

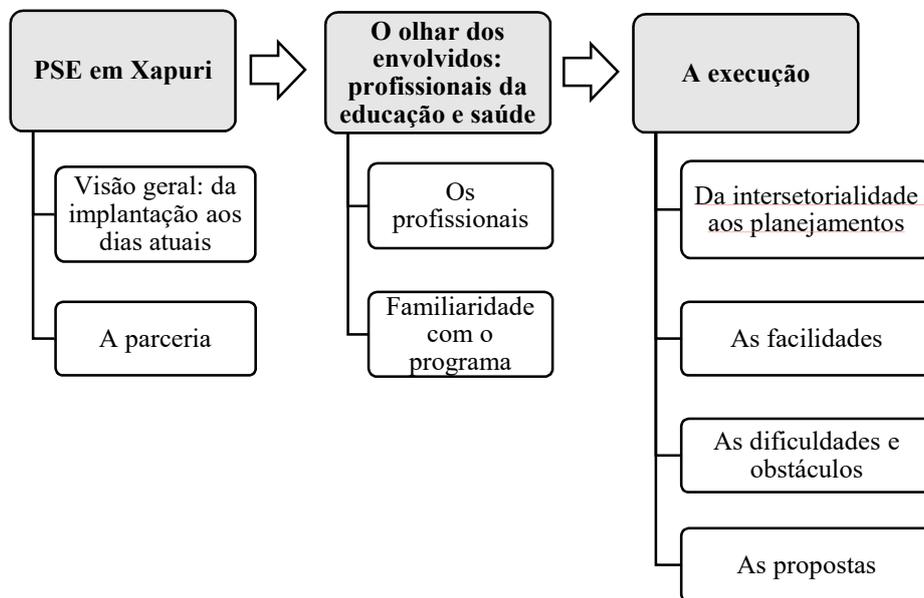
As informações obtidas foram mantidas em sigilo, bem como a identidade de todos os participantes, sendo respeitada a privacidade dos sujeitos no momento da entrevista. As informações foram armazenadas em armário particular, na residência do pesquisador — onde deve permanecer por, no mínimo, cinco anos — e sob sua responsabilidade. Os resultados obtidos podem ser usados apenas para alcançar os objetivos deste trabalho, incluindo publicações em revistas científicas.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Procurou-se estabelecer um diálogo significativo, fundamentado nas diversas experiências e conhecimentos produzidos pelos profissionais de educação e de saúde que atuam diretamente no PSE, possibilitando, assim, uma maior compreensão dos conteúdos abordados. Buscando garantir o anonimato dos participantes, eles foram nomeados por letras alfabéticas e números, aleatoriamente.

Tomando por base as orientações de Bardin (2016), e buscando conseguir maior sistematização às apresentações, os resultados e discussões foram divididos em categorias e subcategorias, como mostra a Figura 4.

Figura 4 – Categorias e subcategorias dos elementos da Pesquisa.



Fonte: O autor (2018).

5.1 PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA EM XAPURI, ACRE

Esta categoria vem com o objetivo de descrever a trajetória do PSE no município de Xapuri no período de 2010 a 2018.

A partir da análise dos documentos do programa (Apêndice A) e das respostas dos participantes da pesquisa, surgem as seguintes subcategorias, que são apresentadas de maneira detalhada no decorrer desta seção.

5.1.1 Visão geral: da implantação aos dias atuais

Apesar de ter sido instituído em 2007, o primeiro ano em que, de fato, o PSE aconteceu no Acre foi em 2009, e desde então o estado passou a contar com municípios aptos a aderir ao programa. No primeiro ano, apenas cinco desses municípios atendiam aos critérios estabelecidos pela Portaria nº 2.931, de dezembro de 2009, para adesão ao programa, entre eles Assis Brasil, Epitaciolândia, Manuel Urbano, Plácido de Castro e Rio Branco. (BRASIL, 2008b).

No decorrer dos anos, os critérios para adesão ao PSE sofreram algumas alterações. No início, eram poucos os municípios que, no cenário nacional, atendiam aos critérios restritivos do programa. No entanto, com o passar do tempo, eles foram sendo flexibilizados, ampliando o número de municípios aptos a aderir, até chegar à proposta de universalização, que ocorreu com a Portaria nº 1.413, de 2013, como visto na seção 2.1.

Assim, o município de Xapuri só veio atender aos critérios para adesão ao PSE no ano de 2010, de acordo com a Portaria Interministerial nº 3.696, de 25 de novembro de 2010, que estabeleceu os critérios para o ano de 2011 e divulgou a lista de municípios aptos para manifestação de interesse. Os critérios para adesão ao programa foram os seguintes:

I - Municípios com Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB), no ano de 2009, menor ou igual a 4,5 e que tenham 70% ou mais de cobertura populacional por Equipes Saúde da Família, com base na competência financeira de junho de 2010; e

II - Municípios que possuem escolas participantes do Programa Mais Educação.
(BRASIL, 2010d, p. 1).

De acordo com o Inep (2017), o Ideb do município, na ocasião, foi de 3,8 para os anos iniciais do Ensino Fundamental e de 4,2 para os anos finais. Conforme o Índice de Desenvolvimento do SUS (IDSUS), que busca avaliar o desempenho do SUS quanto ao cumprimento de seus princípios e diretrizes, divulgado pelo Ministério da Saúde em 2010, o município possuía 81,17% de cobertura populacional por ESF (BRASIL, 2012), estando, assim, dentro dos critérios exigidos pela portaria.

Essa portaria também definia o prazo para envio de manifestação de interesse de adesão ao PSE e que, depois disso, o município, por meio do GTI-M, teria que elaborar o Projeto Municipal de Saúde na Escola, no qual deveriam constar: diagnóstico situacional do município; mapeamento das redes do SUS na Estratégia da Saúde da Família e da rede de escolas; identificação de cada instituição integrante do programa; definição do responsável do setor saúde e educação pelo acompanhamento do projeto dentro de cada território; definição das atribuições conjuntas das ESF e das escolas; programação das atividades do PSE a serem

ser incluídas no PPP de cada escola; propostas de atividades do GTI-M, além da periodicidade das reuniões do grupo; e um plano de ação local, contendo o cronograma das ações, com prazos e responsáveis pela execução nas escolas. (BRASIL, 2010d).

Nesse período, o GTI-M de Xapuri foi definido em reunião entre os secretários da Saúde e da Educação. A atribuição foi delegada a duas servidoras, uma de cada pasta, sendo cedida à Saúde uma servidora da Educação para atuar no programa. A Secretaria de Saúde dispunha de um setor específico, composto pelo GTI-M, para tratar dos assuntos relacionados ao PSE.

A Secretaria de Saúde se reuniu com a Secretaria de Educação e comigo, e foi feito a exposição da necessidade. A Secretaria de Educação definiu uma pedagoga pra fazer parte do GT a nível municipal, [...] eles decidiram que o grupo de trabalho do Saúde na Escola ia trabalhar dentro da Secretaria de Saúde porque a Secretaria de Saúde que recebe o recurso pra executar as ações, então foi as duas profissionais, que era eu e a pedagoga, [...] fomos pra dentro de uma sala dentro da Secretaria de Saúde. (ENTREVISTADO, P 32).

Tendo o GTI-M definido e seguindo as orientações da Portaria nº3.696 de 2010, foram escolhidas as escolas que iriam participar do PSE no ano de 2011. Não se conseguiu acesso ao Projeto Municipal de Saúde na Escola desse período, mas, segundo registros das entrevistas, a definição das escolas não foi exatamente como orientava a portaria. De acordo com o relato de um dos entrevistados, em “2011 foi definido só as escolas de zona urbana, normalmente as adesões elas eram abertas, nós que definíamos quais das escolas que iam.” (ENTREVISTADO, P 32).

Até então, o PSE não definia as escolas prioritárias que receberiam as atividades do programa, ficando essas escolhas a critério do GTI-M, segundo revelou o entrevistado. No entanto, a Portaria nº 3.696 definia que, para o Projeto Municipal de Saúde na Escola, deveria ser feito um diagnóstico situacional que compreendesse questões referentes aos determinantes sociais e ao cenário epidemiológico da população a ser atendida, buscando, com isso, atender as escolas mais necessitadas. A escolha das escolas de zona urbana deu-se por conta do fácil acesso.

Nos anos seguintes, o processo de seleção das escolas no município aconteceu da mesma forma, como se observa abaixo, no relato de outro entrevistado. Assim, esse critério persiste até 2017, quando houve uma reestruturação no PSE em nível nacional (Portaria nº 1.055), e trouxe a inclusão de algumas regras para a escolha das escolas, tendo o município que selecionar primeiro as escolas definidas como prioritárias, e só depois incluir, caso queira, as consideradas não prioritárias.

Dois mil e doze, [...] se eu não me engano, [...] não consegui a adesão completa das escolas [...]. Em 2013, nós colocamos só a zona urbana, aí, 2014, nós incluímos as

escolas de zona rural próximas, entendeu? [...] as próximas porque nós já tinha tido uma experiência. (ENTREVISTADO P 32).

De acordo com o Sistema Integrado do Ministério da Educação (Simec), em 2013 foram pactuadas nove ações de capacitação para profissionais que trabalham com o PSE, sendo dez vagas para cada setor em cada uma das capacitações, totalizando 180 vagas, 90 para a educação e 90 para a saúde. Os temas das capacitações foram: vigilância alimentar e nutricional, promoção da alimentação saudável, direitos sexuais reprodutivos e prevenção de DST/Aids, prevenção ao uso de álcool e tabaco, *crack* e outras drogas, a importância do uso da fortificação com micronutrientes na creche, prevenção e atenção às violências, desenvolvimento infantil, promoção da saúde nas escolas e gestão intersetorial do PSE.

De acordo com o Simec, no ano de 2013 foram capacitados 84 profissionais, 44 da saúde e 40 da educação, número bem abaixo das 180 vagas propostas. Além disso, vale ressaltar que apenas quatro das nove ações previstas foram realizadas.

Já em 2014, de acordo com o Termo de Adesão, o município pactuou 40 escolas, propondo atender 4.002 educandos com a realização de 28 ações, entre elas 9 de formação para 180 profissionais da saúde e da educação. Outro compromisso assumido foi a promoção e articulação do PSE com os PPP das escolas envolvidas no programa.

Em 2014, as escolas rurais foram incluídas no PSE por exigência da própria Secretaria de Educação, ao perceber a necessidade dos educandos, como relata um dos entrevistados: “Me lembro que, em 2014, nós incluímos algumas escolas de zona rural meio distantes por exigência da própria [...] secretaria.” (ENTREVISTADO P 32).

No ano seguinte, uma ação do componente III do PSE do município ganhou destaque em nível nacional com o Projeto Jovens Multiplicadores, que buscou capacitar 16 jovens quanto às Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), aids e gravidez na adolescência. Houve grande participação e entusiasmo dos adolescentes, e o projeto contou com o envolvimento das secretarias de Educação, Saúde e Assistência Social. Na ocasião, a coordenadora do projeto relatou que “a fragilidade do projeto é a falta de equipe participando de suas ações, dependendo exclusivamente do tempo e disponibilidade da coordenadora.” (Opas/OMS, 2015).

Ainda em 2015, foram pactuadas 8 ações de capacitação, com 160 vagas, e apenas uma delas não foi realizada. Foram 201 profissionais capacitados, 127 da saúde e 74 da educação. Apesar do expressivo número de participantes, chamou atenção o fato de que em duas das sete capacitações ofertadas não houve participação de profissionais da educação.

De acordo com um dos entrevistados, isso ocorre devido ao fato de o professor não ter consciência e conhecimento de sua importância no Programa. “É necessária essa união, [...] eu garanto pra você que tudo muda, tudo melhora, vai ficar bem diferente a partir do momento que o professor tiver inserido, [...] mostrar pra ele a importância dele nas ações.” (ENTREVISTADO T 11).

Libâneo, Oliveira e Toschi (2012) reforçam que o docente precisa de preparo profissional específico para ensinar, que deve dominar conhecimentos e habilidades práticas para participar dos processos de tomada de decisões em várias situações. Portanto, assim, deve ser com o PSE e a Educação em Saúde.

Antes da Portaria nº 1.055, de 2017, o PSE era dividido em três componentes de ação, em que o primeiro deveria realizar as avaliações clínica e psicossocial. Percebe-se que essas avaliações ocorreram pela fala do entrevistado.

No Anthero e na Rita Maia [...] montou atendimento médico, lá dentro do Plácido, [...] montou atendimento dentro do Anthero em 2016, [...] ia pra lá, dentro do Anthero, atender, foi por isso que aconteceu. Em 2016, foi feito o teste de tracoma aqui, trezentos e poucos alunos [...] que foram avaliados tiveram tratamento. (ENTREVISTADO P 32).

No entanto, em nenhuma das entrevistas houve relato de trabalhos desenvolvidos com ou pelos professores que fossem anteriores a essas ações de avaliação clínica, como preveem os documentos norteadores do PSE.

As temáticas a serem trabalhadas pelo PSE devem ser debatidas em sala de aula pelos professores, assessorados/orientados pelo pessoal da saúde ou diretamente por profissionais de saúde previamente agendados e com o apoio dos professores. Essa preparação dos educandos no cotidiano da escola pode implicar a participação desde o agendamento e organização das atividades e/ou durante a realização delas. (BRASIL, 2015a, p. 18).

De acordo com um dos entrevistados, essas instruções não são seguidas, e a gestão e equipe pedagógica limitam-se a comunicar aos alunos e até mesmo aos professores sobre a realização, data e horário das atividades: “Somos informados pela nossa gestão, pela nossa coordenação que tal dia vai ter palestra, vocês vão pro auditório, vocês vão assistir[...] quanto tempo for e assim a gente trabalha.” (ENTREVISTADO T 11).

Evidencia-se, assim, que não há os debates anteriores às ações, em sala de aula, conforme orientação emanada nos documentos norteadores do PSE, observada no trecho a seguir:

É necessário e importante que os educandos sejam preparados sobre as atividades em Saúde que serão desenvolvidas/realizadas, e não somente avisados. Ou seja: uma atividade clínica – como o teste de Snellen – deve ser trabalhada anteriormente em um contexto interdisciplinar, de forma situada e legítima em sala de aula (seja em uma aula de Ciências, Literatura, Artes, História etc.), de maneira que a atividade em Saúde a ser desenvolvida/realizada tenha sentido e esteja relacionada com o

momento pedagógico ou com o conteúdo que os alunos estão trabalhando e interessados. (BRASIL, 2015a, p. 20).

Corroborando com tudo isso, Cerqueira (2007) alerta que a escola tem sido lugar de aplicação de medidas de controle e prevenção de doenças, pois o setor saúde costuma ver a escola como um lugar em que os alunos são um grupo passivo para a realização de ações de saúde.

No entanto, o trabalho com saúde na escola requer ações orquestradas, planejadas e que objetivem a formação dos alunos. Desse modo, de acordo com Libâneo, Oliveira e Toschi (2012), estaria contribuindo para favorecer o pleno desenvolvimento das potencialidades do aluno.

Em 2017, a Portaria nº 1.055 introduziu algumas alterações no PSE, entre elas a do prazo de adesão, que passou a ser bienal. Nesse ano, então, Xapuri adere novamente ao programa, comprometendo-se a realizar as 12 ações prioritárias do PSE, a promover a articulação do PSE com os PPPs das escolas envolvidas no programa, buscando atingir, dessa forma, um universo de 4.583 alunos.

Analisado o PPP de 2017 da Escola Anthero Soares Bezerra, percebe-se que ele não foi planejado de forma intersetorial, com a participação da atenção básica. O documento sequer cita o PSE ou suas ações. Nota-se que o município não tem conseguido promover a articulação do programa com os PPPs. Quanto aos PPPs dos anos anteriores, não se obteve acesso.

De acordo com os documentos norteadores do PSE, uma das atribuições do GTI-M é articular a inclusão dos temas relacionados às ações do Programa Saúde na Escola nos Projetos Político-Pedagógicos das escolas. (BRASIL, 2015a). Nota-se, assim, a existência de algumas lacunas nas atividades desenvolvidas pelo GTI-M.

No biênio 2017-2018, em 27 de setembro de 2017, ocorreu uma ação de capacitação articulada pela equipe do PSE estadual, o Grupo de Trabalho Intersetorial Estadual (GTI-E), com a temática “Triagem Oftalmológica”. Na ocasião, foi solicitada a participação de dois profissionais de cada unidade de saúde e de cada escola que aderiu ao programa.

Tanto na pesquisa como nos documentos analisados durante o trabalho, essa foi a única ação de capacitação de que se teve conhecimento durante o biênio 2017-2018. No entanto, não se obteve acesso ao número de participantes da ação.

Quanto às ações na Escola Anthero Soares Bezerra nos anos de 2017-2018, teve-se a oportunidade de acompanhar apenas uma, ocorrida nos dias 31 de outubro e 1º de novembro de 2018.

Figura5– Antropometria



Fonte: O autor (2018).

Figura 6 – Teste de Snellen



Fonte: O autor (2018).

A ação foi desenvolvida pela equipe de saúde aderida à escola e pela equipe odontológica. Vale ressaltar que os profissionais de saúde bucal participaram da ação a convite da equipe de saúde aderida à Escola Anthero Soares Bezerra.

Na ocasião, foram realizadas atividades de antropometria¹⁰, teste de Snellen¹¹ e palestras sobre saúde bucal.

Embora apenas essas atividades tenham sido acompanhadas, segundo os profissionais que participaram da pesquisa, outras ações ocorreram. Quando questionados acerca das

¹⁰ Antropometria: é definida como o estudo das medidas de tamanho e proporções do corpo humano. Medidas como peso, altura, circunferência de cintura e quadril são utilizadas para o diagnóstico do estado nutricional (desnutrição, excesso de peso e obesidade) e avaliação dos riscos para algumas doenças (diabetes mellitus, cardiopatias e hipertensão arterial sistêmica) em crianças, adultos, gestantes e idosos. (ARAÚJO, 2015).

¹¹ Teste de Snellen: é o método universalmente aceito para medir a acuidade visual, através de uma tabela criada em 1862 pelo oftalmologista holandês Herman Snellen. (ZAPPAROLI *et al.*,2009).

atividades do programa ocorridas no biênio 2017-2018, os entrevistados informaram que foram realizadas as seguintes:

Palestras: gravidez na adolescência, doenças sexualmente transmissíveis, drogas. (ENTREVISTADO, T 11).

Muitas consultas marcadas para os alunos, saúde bucal, pesagem, palestras. (ENTREVISTADO, F 29).

Atendimento ambulatorial; vacinas, pesagem; palestras; formação para jovens multiplicadores do programa – Projeto Se Liga Aí. (ENTREVISTADO, E 15).

Apesar de os entrevistados confirmarem que houve outras ações do programa na escola, parece correto considerar que há um certo desconhecimento ou incompreensão do PSE. Prova disso, como ficou evidenciado nos relatos expostos no parágrafo anterior, é que as políticas públicas são confundidas por alguns. Um exemplo é o Projeto Se Liga Aí, uma ação do governo do estado, criado pela Secretaria de Saúde em 2015 e coordenado em parceria com o gabinete da vice-governadora, gestão 2015-2018. O projeto tem como objetivo a formação de jovens multiplicadores no âmbito escolar, e trata sobre assuntos como promoção à saúde sexual e reprodutiva, IST/Aids, gêneros/violência, álcool e outras drogas, de jovem para jovem. (DIAS, 2018).

Até o término dos trabalhos de campo desta pesquisa, as atividades do PSE no município, relativas ao biênio 2017/2018, não haviam sido encerradas, estando os gestores do programa ainda alimentando o sistema com as informações contidas na Ficha de Atividade Coletiva (Anexo A), onde todas as informações de ações do PSE devem ser inseridas.

Concomitantemente a esse processo de alimentação do sistema, ocorria a adesão ao novo ciclo do PSE, biênio 2019-2020, iniciando em 19 de novembro de 2018. Para o novo ciclo, foram pactuadas 21 escolas (20 escolas e 1 creche) e 7 Equipes de Saúde da Família (ESF), totalizando 4.142 educandos (3.941 nas escolas e 201 na creche) a serem atendidos pelo PSE (BRASIL, 2018d). Como novidade para o referido biênio, o Manual de Adesão ao PSE informava que todas as ESF estariam aptas a realizar as ações do PSE nas escolas pactuadas, não sendo mais necessária, assim, a vinculação das equipes às escolas. (BRASIL, 2019a).

Assim, desde 2011 até os dias atuais (biênio 2019-2020), o município vem aparecendo nas portarias interministeriais como apto a aderir ao PSE e, portanto, dele participando regularmente há nove anos.

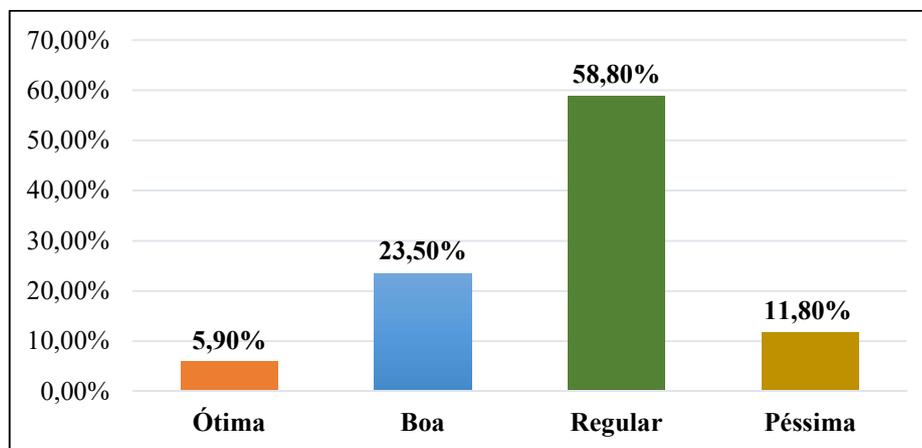
Nesta subcategoria, buscou-se traçar um histórico do PSE no município de Xapuri desde sua implantação até o biênio 2017-2018. No entanto, mesmo com toda disponibilidade

das secretarias de Educação e de Saúde, da escola e dos profissionais envolvidos na pesquisa, devido à ausência de documentos que norteassem a presente discussão, encontrou-se certa dificuldade para elaborar o histórico.

5.1.2 A parceria

A parceria entre os setores educação e saúde é essencial para o bom andamento do PSE. É necessário um bom diálogo entre ambos para que o programa tenha êxito. Assim, foi solicitado aos profissionais para que avaliassem a parceria entre a educação e a saúde.

Figura 7 – Avaliação da parceria entre educação e saúde, segundo o entendimento dos profissionais envolvidos no PSE, 2018



Fonte: O autor (2018).

Esses resultados preocupam, visto que mais de 70% dos participantes da pesquisa avaliam a parceria como regular ou péssima, enquanto menos de 30% a consideram boa ou ótima. As avaliações negativas podem gerar sérias consequências para o desenvolvimento do PSE no município de Xapuri, uma vez que a parceria entre os diversos setores envolvidos na operacionalização do programa representa estratégia fundamental para que os resultados sejam alcançados. Corroborando, o entrevistado T 11 diz que “realmente falta uma parceria”, e os demais complementam:

Eu acho que poderia funcionar, [...] se estreitasse mais esses laços talvez até melhorasse muito as coisas, porque às vezes há um desencontro, se não tem essa sintonia, há um desencontro. (ENTREVISTADO E 15).

A parceria é boa, mas ela precisa melhorar bastante, mas ela é boa, ela tem ajudado muito. (ENTREVISTADO F 29).

Eu vejo que ainda precisa melhorar muito[...] assim ainda é pouco, eu acho pouco [...] eu acredito que programa tem que ter uma expansão bem maior, [...] ele não é divulgado, ele precisa ser divulgado mais, para que as pessoas possam ir buscar, porque se não é mostrado pra gente o real objetivo, [...] não vai buscar [...] porque é aquela coisa meio tímida ainda, então, precisa melhorar muito coisa ainda, esse programa. (ENTREVISTADO V 41).

O Programa Saúde na Escola (PSE) tem por finalidade contribuir para o fortalecimento de ações na perspectiva do desenvolvimento integral e proporcionar à comunidade escolar a participação em programas e projetos que articulem saúde e educação, objetivando o enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças, adolescentes, jovens e adultos estudantes brasileiros. (BRASIL, 2015a).

Pode-se notar o quanto se faz necessário e é importante que os envolvidos tenham uma maior proximidade e compreensão do PSE. É difícil aproximar-se e estabelecer uma parceria do que não se conhece. Assim, o programa precisa fazer-se mais presente e buscar estabelecer as parcerias.

5.2 O OLHAR DOS ENVOLVIDOS: PROFISSIONAIS DA EDUCAÇÃO E SAÚDE

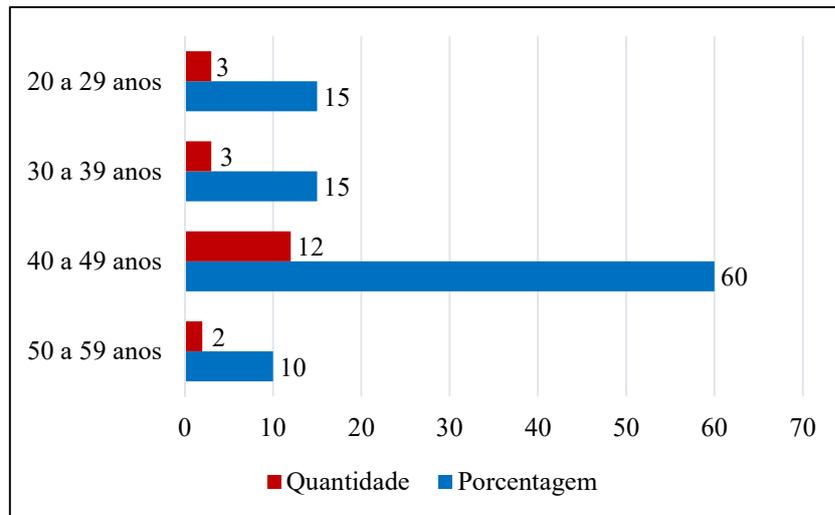
Objetiva-se, aqui, identificar a percepção dos profissionais envolvidos quanto ao PSE. Para isso, utilizou-se como base os resultados dos questionários e entrevistas. Esta categoria será discutida nas subcategorias que se seguem.

5.2.1 Os profissionais

Com o intuito de caracterizar os profissionais pesquisados e melhor compreender o cenário onde o Programa Saúde na Escola (PSE) está sendo desenvolvido, foram focalizadas, a princípio, quatro características: idade, sexo, tempo de atuação profissional e formação.

Quanto à idade, os profissionais têm entre 20 e 56 anos, sendo que 85% se encontram na faixa superior aos 36 anos e, destes, 64,7% têm entre 44 e 49 anos de idade. Os dados coletados na pesquisa não apontam até que ponto tal característica pode interferir de maneira positiva ou negativa no desenvolvimento do PSE. No entanto, acredita-se que seja um aspecto a ser analisado posteriormente, com o objetivo de compreender a interferência dessa característica no comprometimento, no desenvolvimento e na qualidade do programa no município. É de se esperar que, com o avançar da idade, o desenvolvimento da experiência, seja de vida ou profissional, aliado à aquisição de conhecimentos e à consolidação da informação e da formação representem elementos fundamentais no desempenho profissional, que influencia diretamente na qualidade do serviço.

Figura 8 – Distribuição dos profissionais envolvidos no PSE da Escola Anthero Soares Bezerra, segundo as classes de idade, 2018

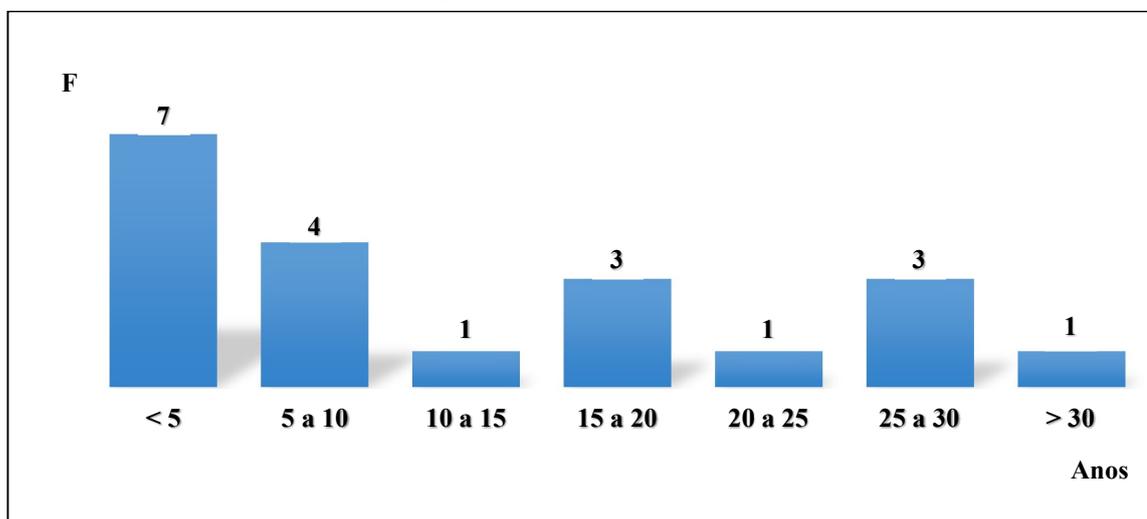


Fonte: O autor (2018).

Quanto ao sexo dos participantes da pesquisa, a maioria é do sexo feminino: 15 mulheres (75%) e 5 homens (25%).

Outro aspecto importante e que merece atenção é o tempo de atividade profissional dos sujeitos. Foi observado que a faixa de tempo laboral varia entre 4 meses e 34 anos.

Figura 9 – Distribuição dos profissionais envolvidos no PSE da Escola Anthero Soares Bezerra, segundo o tempo de serviço (em anos) 2018.



Fonte: O autor (2018).

Ainda com relação ao tempo de serviço, um dado preocupante é que, entre os profissionais do Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTI-M) que participaram da pesquisa, todos atuam há menos de dois anos no PSE. Isso se agrava pelo fato de os profissionais de saúde que formam a Equipe de Saúde da Família (ESF) adstrita à escola possuírem menos de oito meses de atuação no programa. Como já mencionado anteriormente,

a experiência obtida com o tempo de serviço representa fator preponderante para a qualidade do desempenho. De acordo com Vieira (2013), uma política pública, quanto menos incorporada ao cotidiano e assimilada à cultura de uma comunidade, mais facilmente tende a ser reprimida. Diz, ainda, que o encontro entre mudanças no grupo gestor e uma descontinuidade do programa colocam em risco o seu sucesso.

Nesse sentido, com base nas declarações dos entrevistados, percebe-se que isso é, de fato, um risco ao bom desenvolvimento do programa no município, tendo em vista a falta de profissionais para atuar no PSE e a grande rotatividade de pessoas capacitadas. O entrevistado A 21 é objetivo ao dizer que “falta profissional”, enquanto outros relatam haver:

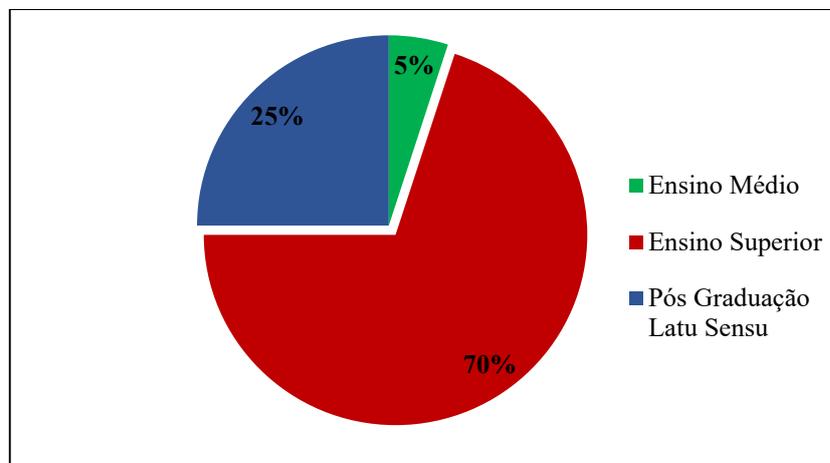
Rotatividade dos profissionais da saúde: médicos, enfermeiros e agentes de saúde. (ENTREVISTADO, E 15).

Falta de envolvimento dos profissionais em atender às escolas pactuadas. (ENTREVISTADO, I 13).

Nota-se que, além da rotatividade e da falta de profissionais, há um outro agravante à continuidade ao programa: a falta de envolvimento dos profissionais com o PSE. Esses aspectos podem comprometer diretamente a execução do programa no município.

À luz de Mohr (2002), que afirma que a formação acadêmica tem como objetivo o domínio de princípios básicos, teorias e conhecimentos que possibilitem ao profissional a análise de novas situações em sua área de conhecimento, buscou-se, conhecer a formação dos profissionais participantes da pesquisa. Dos 20 sujeitos, constatou que 5% possuem somente o ensino médio completo, e que nenhum detém títulos de pós-graduação *stricto sensu*.

Figura 10 – Distribuição dos profissionais envolvidos no PSE da Escola Anthero Soares Bezerra, segundo a escolaridade, 2018.



Fonte: O autor (2018).

Apesar de termos uma maioria com nível superior de ensino, o que vem somar e contribuir para as perspectivas de um bom desempenho do PSE, Mohr (2002) alerta — em

pesquisa realizada com professores de Ciências para analisar a Educação em Saúde na atividade didática no 3º e 4º ciclos das redes de ensino público de Florianópolis (SC) — que:

O professor [...] não é um profissional preparado para lidar com questões de medicina preventiva ou aconselhamento. Por sua vez, os profissionais de saúde não possuem formação pedagógica para assumir as tarefas que são da alçada e especialidade de professores. (MOHR, 2002, p. 240).

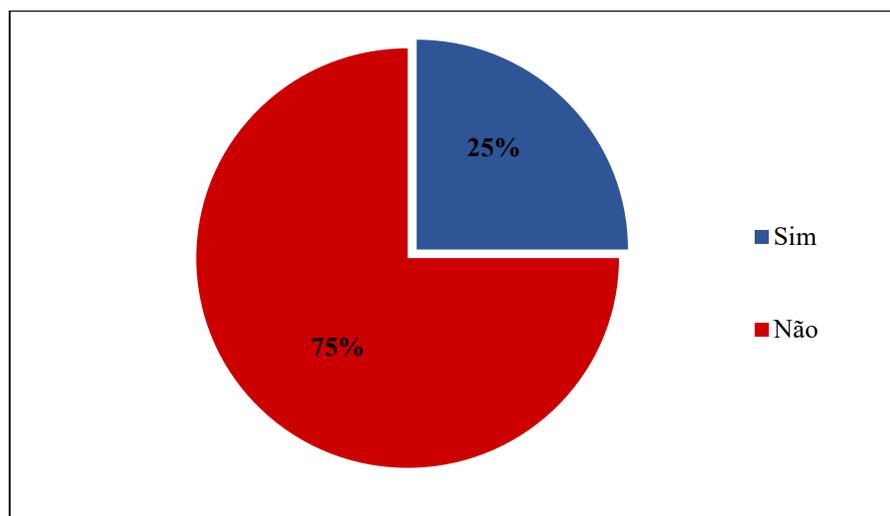
Nota-se que, apesar de toda a qualificação das equipes de saúde e educação, cada uma tem o seu papel nesse processo, reforçando, assim, a necessidade da intersetorialidade e da união de forças na execução do PSE. A escola e a saúde — uma com todo o seu conhecimento pedagógico e a outra com o conhecimento técnico —, podem, juntas, contribuir para a formação integral dos alunos.

5.2.2 Familiaridade com o programa

Conforme relatado anteriormente, é necessário conhecer para que se possa aproximar, motivar, despertar e, como consequência, buscar se empenhar e dar o melhor no desenvolvimento do trabalho. Assim, averiguou-se qual o conhecimento dos profissionais que participaram da pesquisa quanto ao Programa Saúde na Escola (PSE).

Indagados se conheciam o Decreto nº 6.286, que instituiu o PSE em 2007, encontrou-se um grupo de cinco profissionais que relataram conhecer ou ter ouvido falar desse decreto.

Figura 11 – Distribuição dos profissionais envolvidos no PSE da Escola Anthero Soares Bezerra, segundo o conhecimento do Decreto nº 6.286



Fonte: O autor (2018).

Com relação a os 75% que alegaram não conhecer o Decreto nº 6.286, 87% são profissionais da educação. Aos 25% que afirmaram conhecer o decreto, perguntou-se de que forma tiveram ciência desse dispositivo legal, e apenas dois declararam ter sido através de capacitações das quais participaram antes de ser profissionais da escola: um teve

conhecimento do decreto e do PSE quando trabalhava na área da saúde; o outro, em virtude de sua participação no GTI. Aos demais entrevistados, o conhecimento se deu de outras formas, como observado a seguir:

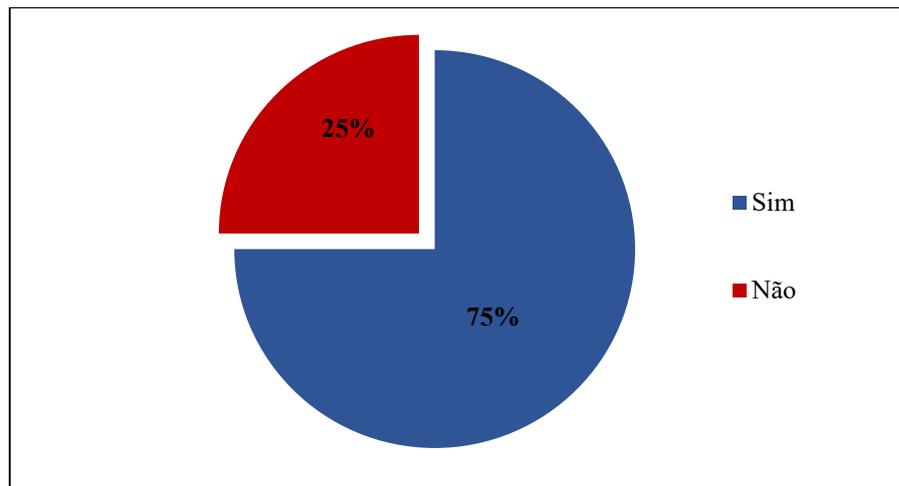
Através da imprensa e pesquisas cotidianas, em busca da atualização profissional. (ENTREVISTADO L 48).

Por estar trabalhando nas escolas com atividades de saúde e fazer parte da equipe de apoio à saúde bucal. (ENTREVISTADO P 32).

Esses dados vêm corroborar os relatórios de 2013 e 2015 quanto às capacitações, pois os relatos indicam a baixa participação dos professores e reforçam a necessidade de maior participação dos profissionais da educação nas capacitações.

Quando, porém, perguntou-se aos entrevistados se eles tinham algum conhecimento específico sobre o PSE, os dados se invertem e esse cenário se altera completamente, como observado na figura abaixo.

Figura 12 – Distribuição dos profissionais envolvidos no PSE da Escola Anthero Soares Bezerra, segundo o conhecimento sobre o programa.



Fonte: O autor (2018).

Ainda assim, o cenário continua preocupante, visto que os 25% que alegam não ter conhecimento do programa são profissionais ligados à Escola Anthero Soares Bezerra. Já entre os que informam ter conhecimento, percebe-se que este foi adquirido de maneira informal, por intermédio de observações pessoais, como mostram os relatos:

Observei, algumas vezes, gente da saúde trazendo informações sobre prevenção de cáries dentárias, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. (ENTREVISTADO O 02).

Através do Programa Saúde Bucal, onde foram aplicados flúor e avaliaram observando todos os alunos. (ENTREVISTADO U 07).

Foi aplicado, no Programa Saúde Bucal, flúor nos alunos. (ENTREVISTADO G 45).

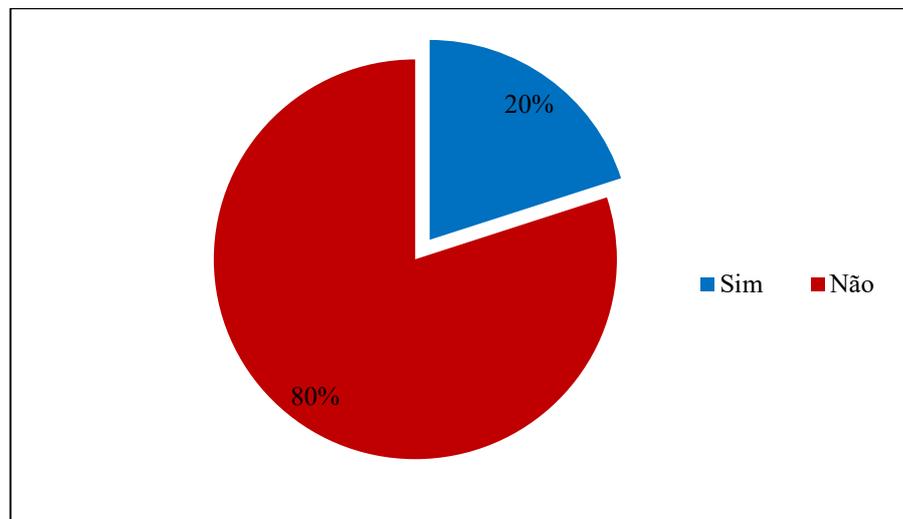
O que sei sobre o mesmo é que presta auxílio aos alunos na área da saúde. (ENTREVISTADO V 41).

Dessa maneira, fica evidente que não há uma proximidade com o PSE, mesmo entre os que declaram conhecer o programa. Não foi possível perceber, nas declarações, uma compreensão do programa pelos profissionais, e o que se nota é um relato de quem está distante, provavelmente reflexo da rotatividade dos profissionais.

No entanto, o PSE visa estimular a execução de ações, na perspectiva do desenvolvimento integral da comunidade escolar, por meio da articulação entre educação e saúde, buscando o pleno desenvolvimento de crianças e adolescentes. (BRASIL, 2011a).

Diante desse cenário, buscou-se averiguar a participação dos entrevistados em treinamentos. Conforme ilustrado na figura abaixo, apenas 20% alegam já ter participado de algum treinamento.

Figura 13 – Distribuição dos profissionais envolvidos no PSE da Escola Anthero Soares Bezerra, segundo a participação em treinamentos



Fonte: O autor (2018).

O que mais chama atenção é o fato de que, dentro desse baixo percentual de 20% de profissionais que alegam ter participado de treinamentos, não há nenhum da escola, o que, mais uma vez, corrobora com os relatórios de 2013 e 2015, que deixam claro a baixa participação da educação nas capacitações.

Dessa maneira, fica clara a necessidade de maior articulação e união da força de trabalho de ambos os setores para buscar atingir os objetivos do PSE e estreitar os laços entre a educação e a saúde no município.

5.3 A EXECUÇÃO

Por fim, nesta categoria, propôs-se a detectar os aspectos facilitadores, os obstáculos e os desafios associados à execução do PSE no município de Xapuri. Para tanto, os resultados dos questionários e entrevistas foram usados como base. Esta categoria será discutida nas quatro subcategorias seguintes.

5.3.1 Da intersetorialidade aos planejamentos

Anteriormente, na subcategoria “A parceria”, procurou-se compreender como os profissionais que atuam no PSE avaliavam a parceria entre a escola e a saúde. Aqui, intenciona-se verificar como têm sido, na prática, a intersetorialidade e os planejamentos entre a educação e a saúde, quanto ao Programa Saúde na Escola (PSE).

Para que o PSE alcance seus objetivos, é primordial a prática cotidiana da intersetorialidade. Acontece que a prática da intersetorialidade começa antes mesmo do planejamento. É necessário que haja um primeiro contato entre as equipes, e só daí em diante é que se abre caminho para um planejamento e execução dos compromissos entre os dois setores. Assim, a sinergia entre as políticas de saúde e de educação pode garantir acesso a uma melhor qualidade de vida às crianças, aos adolescentes e aos jovens. (BRASIL, 2015a).

Os depoimentos dos entrevistados, porém, mostram que a intersetorialidade é uma prática que não vem ocorrendo:

Quando a gente vê o profissional da saúde chegando pra escola adentro, [...] não tem assim uma reunião maior [...] que possa estar inserindo o professor. (ENTREVISTADO V 41).

Elas mandam o cronograma, né, de palestras que elas vão fazer, elas vêm aqui perguntar do cronograma, perguntar se elas podem, porque precisa. (ENTREVISTADO T 11).

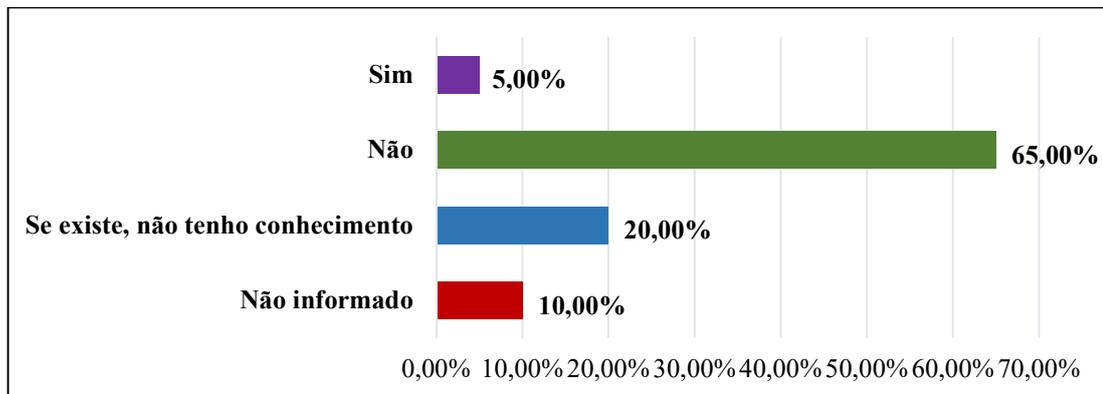
Considerando-se esses relatos, é possível notar que a intersetorialidade, na verdade, não acontece. Não há, de fato, uma articulação anterior às ações. Percebe-se a escola num papel passivo ante a saúde, que se utiliza dos espaços da escola. É efetivamente uma “intersetorialidade tutelada”.

O PSE pressupõe que a intersetorialidade permite a progressiva ampliação da troca de saberes entre diferentes profissões bem como a articulação intersetorial das ações executadas pelos sistemas de saúde e de educação, com vistas à atenção integral à saúde de crianças e

adolescentes (BRASIL, 2015a). Logo, é preciso que haja uma interação, uma troca de conhecimento entre as equipes; é necessário que se conheçam, que profissionais da educação e da saúde, juntos, possam planejar, para então executar intersetorialmente suas ações.

A partir disso, com o intuito de detectar se os planejamentos vinham ocorrendo, questionou-se aos entrevistados sobre a existência de algum planejamento feito entre equipe de saúde e professores. Vale registrar que os resultados geraram surpresa, pois 85% declararam não existir ou, se existia, não ter conhecimento dos planejamentos.

Figura 14 – Distribuição dos profissionais envolvidos no PSE da Escola Anthero Soares Bezerra, segundo o conhecimento sobre atividades de planejamento conjunto do PSE



Fonte: O autor (2018).

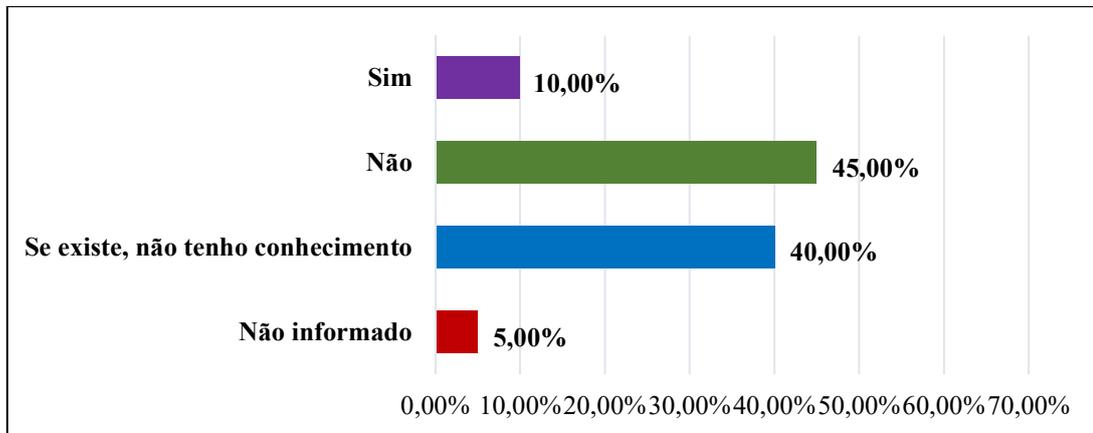
Deve-se atentar para o fato de que, entre os 5% que alegam existir planejamento entre as equipes, não há nenhum profissional da Escola Anthero Soares Bezerra. Todos são profissionais da saúde. Desse modo, parece correto pressupor que o planejamento esteja ocorrendo pelo menos entre a equipe da saúde. No entanto, isso inviabiliza a boa execução do programa, visto que o planejamento entre os setores deve ser uma prática cotidiana, pois só assim a probabilidade de êxito do PSE aumenta.

De acordo com Libâneo, Oliveira e Toschi (2012), o planejamento consiste em ações e procedimentos para a tomada de decisões a respeito de objetivos e atividades a serem desenvolvidas em razão desses objetivos. Dessa forma, fica nítida a importância de educação e saúde planejarem juntas as ações do PSE.

Libâneo, Oliveira e Toschi (2012) registram, ainda, que o planejamento permitirá uma previsão de tudo o que se fará com relação aos vários aspectos das ações, e assim é possível priorizar as ações de maior necessidade.

Posto isso, buscando aprofundar e compreender um pouco mais o trabalho conjunto entre educação e saúde desenvolvido no campo de pesquisa, questionou-se aos entrevistados sobre a existência de momentos para discussão intersetorial das práticas de Educação em Saúde desenvolvidas pelo PSE.

Figura 15 – Distribuição dos profissionais envolvidos no PSE da Escola Anthero Soares Bezerra, segundo o conhecimento sobre atividades de discussão intersetorial no PSE.



Fonte: O autor (2018).

Constatou-se anteriormente que o planejamento entre professores e equipe de saúde não ocorre. Verifica-se a mesma situação com relação às discussões intersetoriais, visto que 85% dos entrevistados alegam não existir ou não saber da existência de momentos destinados à discussão intersetorial das práticas de Educação em Saúde. Essa falta de planejamento intersetorial entre as equipes foi evidenciada nas respostas dos entrevistados, quando questionados sobre o modo como se dá o processo de planejamento intersetorial do programa.

Assim... O planejamento com o professor, com o pessoal da escola, isso não tem, quando vem, a equipe senta, mas só com a gestora. (ENTREVISTADO E 15).

Na verdade, não tem assim um planejamento mesmo, [...] não vejo acontecer. (ENTREVISTADO V 41).

Para Libâneo, Oliveira e Toschi (2012), planejar é um processo de conhecimento e análise da realidade. Ainda segundo os autores, é necessário um planejamento que indique os objetivos e os meios de execução das ações, superando, assim, a improvisação e a falta de rumo.

Toda essa articulação, visando à interação dos profissionais da escola e dos profissionais da ESF, deve ser a todo momento proposta pelo GTI.D e acordo com os documentos norteadores, é ele quem deve incentivar e promover a articulação entre os setores. Logo, mais uma vez, sente-se a falta do GTI-M, que, segundo o Caderno do Gestor do PSE (2015a), tem a missão de possibilitar a integração e planejamento conjunto entre as equipes das escolas e as equipes da saúde.

5.3.2 As facilidades

Apesar da falta de planejamento intersertorial, como constatado na subcategoria anterior, e da já citada necessidade de melhorar a parceria, procurou-se detectar se os entrevistados percebiam alguma facilidade na execução do PSE. As respostas foram afirmativas, conforme pode-se observar a seguir:

Existe, sim. [...] se tornou ágil e fácil [...] nós temos muitos alunos especiais e aí o que o programa nos proporcionou foi agilizar as consultas. [...] o que é ágil pra gente é essas consultas, nós temos crianças que precisam de algo, então a gente consegue assim rapidamente uma consulta com o neuro, que é dois, três anos esperando, e o que nos facilita é isso aí. (ENTREVISTADO I 13).

Sempre que se necessita, [...] a gente é atendido, sim, mas a gente tem que buscar. [...] qualquer criança que tem algum problema a gente encaminha ali proposto de saúde, ou mesmo pra fora. [...] há uma certa facilidade nesse sentido, [...] de a gente ir buscando até a secretaria, [...] pra secretaria vir até a escola, eu já acho muito pouco ainda. (ENTREVISTADO V 41).

Eu falo muito do projeto com os pais, e sabe o que eu percebo? [...] o que eu vejo é que os pais abusam nessa hora, por eu falar tanto do projeto, [...] eles se agarram nisso e eles mandam os filhos doentes para escola, e dizem que aqui eu vou dar conta, e eu aqui tenho que dar o meu jeito. (ENTREVISTADO E 15).

Constata-se, nesses relatos, uma preocupação com o tratamento de saúde dos educandos. No entanto, o programa não se concentra apenas nos atendimentos clínicos. Assim, quando questionados acerca das facilidades na execução do programa, não foi citada, em nenhuma das entrevistas, a existência de troca de saberes entre os profissionais, a articulação e interação entre as equipes, as capacitações, as palestras, a participação dos educandos e a aproximação da família.

O PSE busca ir para além dos atendimentos clínicos, que são necessários e de suma importância aos educandos. Ele propõe uma construção compartilhada de saberes, sustentada pelas histórias individuais e coletivas de cada um, com papéis sociais distintos, professores, educandos, merendeiras, porteiros, pais, mães, avós, entre outros sujeitos, com o intuito de produzir uma aprendizagem significativa. (BRASIL, 2015a). Desse modo, é possível vislumbrar uma escola que forme cidadão críticos.

O Caderno do Gestor do PSE (2015a), a seu turno, reforça que a escola tem potencial singular para formar sujeitos autônomos e críticos, capazes de compreender a realidade e modificá-la a partir do lugar que ocupam, ou seja, aptos a fazer uma reflexão acerca dos problemas da comunidade e propor ações para resolvê-los a partir de suas perspectivas. (BRASIL, 2015a).

Para isso, qualquer intervenção da saúde na escola deve também ser pedagógica em sua intenção e execução e em sintonia com a programação pedagógica da escola, e ser

contada como momento de aprendizagem. (BRASIL 2015a). Assim, é preciso uma maior aproximação com o programa por parte dos profissionais que estão direta e indiretamente envolvidos com o PSE, procurando conhecer melhor seus objetivos e suas diretrizes.

O PSE busca realizar construções compartilhadas de saberes, sustentada pelas histórias individuais e coletivas de cada um — professores educandos, merendeiras, porteiros, pais, mães, avós, entre outros sujeitos.

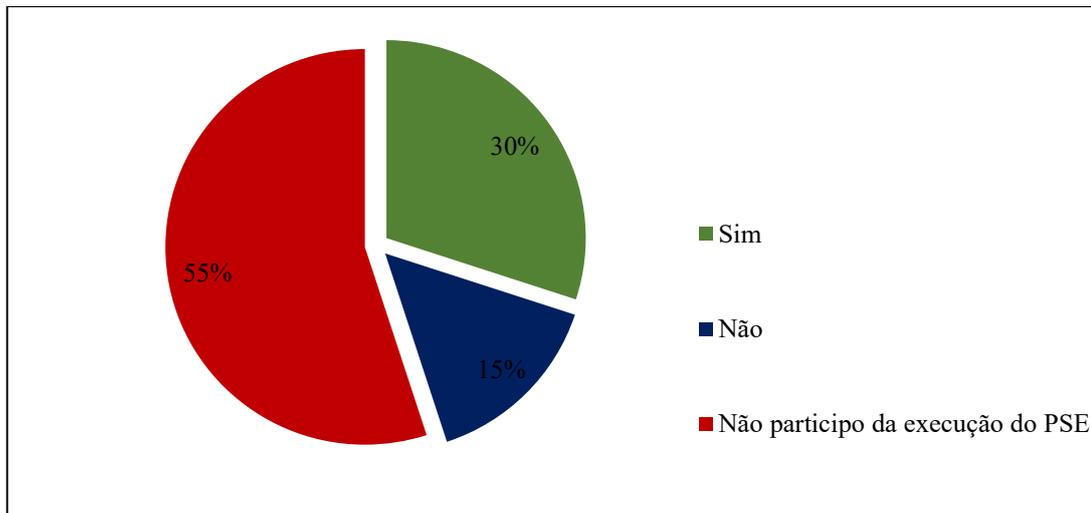
5.3.3 As dificuldades e obstáculos

Com relação às dificuldades e obstáculos, questionou-se aos profissionais se eles encontravam alguma dificuldade relacionada à execução do PSE. O resultado encontrado é apresentado na figura 16.

Dos 55% que declararam não participar da execução do PSE, 91% são profissionais da escola. Isso causou estranheza, visto que, se a escola está aderida ao programa, se desenvolve as ações do programa, logo, deveria estar envolvida, em sua totalidade, na execução do PSE. Nota-se que os profissionais não se veem como parte do programa, como se pode observar na fala do Entrevistado I 13, que diz: “A atribuição principal é da saúde tomar essas iniciativas, das palestras e tudo mais”. Somado a isso, tem-se a ausência dos planejamentos intersetoriais das práticas de Educação em Saúde, como apresentado anteriormente.

Para Mohr (2002), o desenvolvimento da Educação em Saúde na escola é fundamental. No entanto, é preciso realizar uma profunda reavaliação dos objetivos das atividades e, como consequência, a definição de papéis. Ainda segundo a autora, isso permitirá que cada profissional possa exercer, com competência e consciência, a sua tarefa. Fica clara a necessidade da definição de papéis entre os profissionais que desenvolvem o PSE, para que possam ter consciência de sua importância junto ao programa, do qual são parte fundamental.

Figura 16 – Distribuição dos profissionais envolvidos no PSE da Escola Anthero Soares Bezerra, segundo a ocorrência de dificuldades/obstáculos referentes ao PSE



Fonte: O autor (2018).

Aos 30% que declararam encontrar dificuldades na execução do PSE, foi indagado quais seriam elas, sendo apresentados os seguintes obstáculos:

Os principais são falta de profissionais, falta de capacitação dos profissionais, [...] falta de matérias pra desenvolver as atividades, transporte principalmente também pra levar a equipe às unidades, [...] incentivo por parte da coordenação do programa e da secretaria do município, por enquanto não há. (ENTREVISTADO L 48).

Algumas escolas a gente encontra realmente uma barreira de interesse da escola. [...] essa dificuldade assim: vamos ver pra tal dia, pra tal outra, até do próprio professor por tá incomodando o horário. (ENTREVISTADO T 11).

Tem, tem sim, principalmente por conta da instituição da saúde, parece que não tem interesse. Quando eles fazem, fazem mais pela cobrança, [...] e tem verba pra essas coisas, e eu não sei se o interesse maior é pela verba. (ENTREVISTADO E 15).

Acho que a dificuldade maior mesmo é o pessoal envolvido, a parte do pessoal mesmo, os profissionais que não querem ou não sei se não são cobrados, [...] o problema maior da execução mesmo e esse aí porque o recurso foi recebido. [...] nós temos as escolas pactuadas, mas elas nem todas foram atendidas ainda, em dois anos que a gente tá na gestão, não conseguimos concluir esse trabalho com as escolas. (ENTREVISTADO I 13).

As dificuldades encontradas vão desde a definição de uma data para agendar as atividades na escola até a falta de incentivo dos gestores do programa e secretarias municipais. O PSE é uma política pública e, como já relatado, intersetorial. Uma política como essa propõe que haja diálogo, cooperação e compartilhamento de saberes entre as equipes, no caso, educação e saúde. A Inobservância de qualquer um desses requisitos implica comprometimento das metas do programa, resultando em sensível prejuízo para o universo escolar e, por extensão, para o futuro da comunidade.

Para Libâneo, Oliveira e Toschi (2012), o trabalho em equipe requer tomada de decisões conjuntamente, para pôr em prática o que foi decidido e fazer cada segmento realizar

a sua parte no conjunto da estrutura organizacional. Os autores também ressaltam que problemas e dificuldades do trabalho devem ser analisados e discutidos entre os profissionais, havendo troca de informações e de experiências e deliberações cooperativas sobre medidas e ações práticas.

5.3.4 As propostas

Por fim, buscou-se tratar das propostas, na soma de esforços entre os setores educação e saúde, na qualidade de equipes intersetoriais, para o desenvolvimento do PSE e da Educação em Saúde com os educandos. Nos depoimentos, verificou-se que, em pleno ano de 2018, ainda existe uma passividade da educação diante da saúde, como pode ser observado a seguir:

É que nem eu lhe falei, é mais essa questão mesmo que eles pegam e botam as atividades deles, [...] eles fazem, [...] mas aí esse pessoal da saúde que desenvolve. (ENTREVISTADO D 27).

As unidades educativas, [...] eles aceitam muito bem, [...] quando a equipe chega, eles não dão dificuldades pra gente, a gente não tem barreiras, a parceria da escola é muito boa. (ENTREVISTADO L 48).

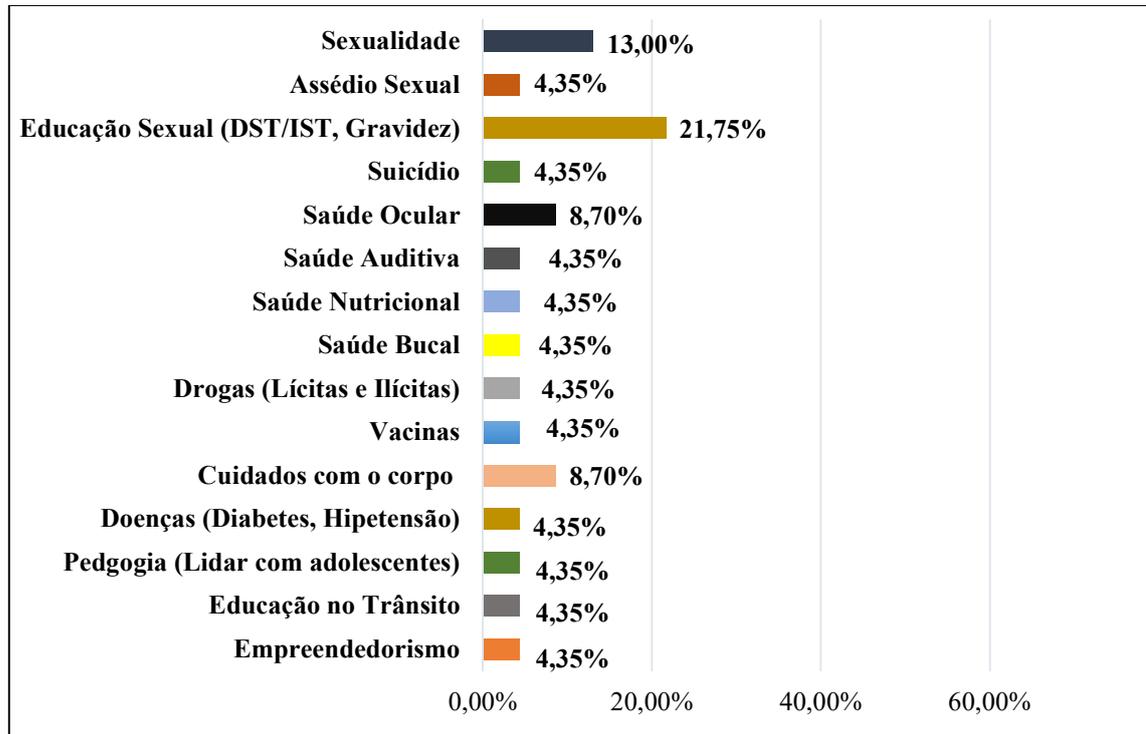
A relação entre educação e saúde, no que diz respeito à Educação em Saúde, necessita de uma maior interação dos profissionais nos locais onde se planejam e executam conjuntamente todas as ações do PSE, não existindo um setor mais importante que o outro. A esse respeito, Cerqueira (2007, p. 36) assinala que:

Na maioria dos casos, a escola, tem sido lugar de aplicação de controle e prevenção de doenças, porque o setor saúde costuma ver a escola como um lugar onde os alunos seriam um grupo passivo para a realização de ações de saúde. Os professores frequentemente se queixam de que o setor saúde usa a escola e abusa do tempo disponível com ações isoladas que poderiam ser mais proveitosas, com um programa mais participativo e protagonista.

Diante desse quadro, Mohr (2002) afirma que a escola necessita fazer escolhas claras em termos de objetivos e atribuições, definindo com nitidez quais ações deverão ser realizadas dentro da escola e como elas serão realizadas.

Assim, com o intuito de levantar propostas e elaborar estratégias que possam contribuir para o desenvolvimento do programa, buscou-se identificar temas que os participantes da pesquisa consideravam importantes para seu processo de formação e atuação no PSE. Os temas sugeridos pelos entrevistados são apresentados na Figura 17, a seguir:

Figura 17 – Distribuição dos profissionais envolvidos no PSE da Escola Anthero Soares Bezerra, segundo temas que consideram importantes para seu processo de formação para atuar no PSE.



Fonte: O autor (2018).

Nota-se que o PSE se faz necessário, que as temáticas que o programa busca abordar são as mesmas que os profissionais alegam precisar para o seu processo de formação. No entanto, percebe-se um certo desconhecimento do programa e das capacitações já realizadas, visto que boa parte dos temas sugeridos são propostas do programa e muitos deles foram trabalhados em capacitações já realizadas e disponibilizadas aos profissionais, tanto da saúde quanto da educação, segundo os relatórios anuais do programa.

Esse desconhecimento acerca do programa também fica nítido na fala do Entrevistado P 32:

Uma outra coisa que eu acho que seria importante e essencial [...] é o lidar, [...] capacitar principalmente os profissionais da saúde [...] a lidar mesmo com adolescente, é aquela parte pedagógica de saber não só o adolescente, mas aquela criança que tá entrando na adolescência, é saber lidar com elas em relação a como passar informação, entendeu, como tirar a informação que nós precisamos delas, entendeu, porque eu acho que isso tem uma carência ainda no Saúde na Escola.

Uma estratégia fundamental para garantir a institucionalização e sustentabilidade das ações e projetos é o trabalho participativo. Isso exige uma relação próxima entre os profissionais da saúde e da educação para reflexão conceitual da proposta e otimização de ações no cotidiano programado pela instituição. Como medida facilitadora, deve-se estimular o desenvolvimento de práticas metodológicas e atividades com estudantes, pais e familiares, em parceria com o corpo de professores da escola. (BRASIL, 2009a). Esse trabalho

participativo, os planejamentos intersetoriais, tem o intuito de gerar essa troca de experiência, saúde com a parte técnica e a educação com a parte pedagógica, que por vezes falta à saúde.

Os documentos do PSE reconhecem a necessidade de trabalhar pedagogicamente os temas por ele propostos, e que aqui foram citados pelos entrevistados.

Falar e trabalhar pedagogicamente os temas da alimentação, da visão, da audição, das práticas corporais, entre outros, aproximam os educandos da ação e despertam o interesse deles com suas próprias condições de saúde e de riscos. (BRASIL, 2015a, p. 23).

Além disso, reforçam que, se as ações forem organizadas de maneira coletiva entre educação e saúde e buscando o envolvimento dos educandos, aumenta-se o compromisso dessa comunidade com o enfrentamento das vulnerabilidades sociais para cotidianos mais prazerosos e múltiplos. (BRASIL, 2015a).

Por outro lado, uma temática bastante solicitada pelos participantes da pesquisa, e que, no entanto, não é contemplada pelos documentos do PSE, corresponde a uma formação voltada diretamente para o esclarecimento do programa, seus objetivos, diretrizes, possibilidades e, suas limitações, para conhecer a que, de fato, o PSE se propõe. Essa reivindicação está presente nas declarações dos entrevistados:

Primeiramente a gente tem que conhecer realmente as verdadeiras atividades do programa, porque nunca foi feito uma capacitação mesmo pra gente saber o que realmente o programa quer. (ENTREVISTADO F 29).

Acredito que os profissionais só executam porque faz parte do programa de saúde da família, eles executam mas eles não sabem ao fundo sobre [...] as reais intenções do programa. (ENTREVISTADO L 48).

O maior atraso, aí, é a gente saber mesmo o que é o programa, [...] objetivo dele e até onde ele vai né, até aonde eu posso buscar. (ENTREVISTADO V 41).

Percebe-se que os profissionais têm clareza da necessidade dessa formação com enfoque no conhecimento do programa e anseiam por ela.

Por fim, o que se nota, a partir desses depoimentos, é que os profissionais participantes da pesquisa desejam efetivamente ser ouvidos e que se possa ter um PSE ainda mais fortalecido, ativo, com o envolvimento de todos, um programa verdadeiramente intersetorial e que, de fato, se consolide no município.

6 CONCLUSÃO

O presente estudo evidenciou que a forma como o Programa Saúde na Escola (PSE) vem sendo desenvolvido em Xapuri apresenta algumas características que são determinantes para que haja um bom desenvolvimento no município e, assim, consiga atingir os estudantes, público-alvo do PSE.

Nesse contexto, observa-se, entre os profissionais da educação e da saúde, um certo desconhecimento do PSE, de suas ações e, conseqüentemente, das legislações que o norteiam. Com relação às formações, que poderiam efetivamente contribuir para superar esse obstáculo, constatou-se que elas ocorrem, no entanto, não são esclarecedoras quanto ao PSE, seus objetivos, suas possibilidades e suas limitações. Verificou-se que elas tendem a gerar lacunas quanto ao contato e interação entre os setores, em razão da inexistência de momentos que proporcionem e incentivem essa interação. O diálogo faz-se necessário nas formações. Ele contribui para que os profissionais possam entender todas as dimensões do PSE e, por conseguinte, as coloquem em prática.

Notou-se a necessidade de motivar esses profissionais. Assim, é preciso que os gestores e o GTI — responsáveis pela viabilização das formações, acompanhamento e incentivo do programa — compreendam, valorizem e percebam que esses momentos são pontos importantes para um bom desenvolvimento do PSE. Uma vez motivados, as ações desses profissionais irão refletir na ponta, em quem recebe os benefícios que o PSE pode proporcionar, que é a comunidade escolar.

Constatou-se, ainda, que não há momentos para a troca de experiências entre os profissionais envolvidos nas ações, no sentido da construção de um planejamento coletivo entre os setores. As equipes não conseguem se reunir para tratar da elaboração de um cronograma de ações para o ano ou biênio a ser trabalhado. Desse modo, sem um planejamento prévio, as ações desenvolvidas tendem a ser estanques. Mesmo reconhecendo essa necessidade e a importância dos planejamentos intersetoriais, devido a fatores como a rotatividade de funcionários, a incompatibilidade de horários e, em alguns casos, a falta de interesse, esses profissionais, não conseguem fazer com que essas reuniões ocorram.

No que tange à intersetorialidade, percebe-se que ainda é um desafio a ser superado. É preciso que o GTI-M assuma o protagonismo do PSE e busque possibilitar que a interação e articulação entre os setores ocorram, efetivamente inserindo a intersetorialidade na rotina dos profissionais, para evitar que o PSE se torne a repetição dos antigos modelos de saúde escolar.

O PSE no município de Xapuri, Acre, apesar de apresentar algumas dificuldades de caráter estrutural e gerencial, mostra-se uma política capaz de propiciar melhorias na qualidade de vida dos estudantes, uma vez que busca trabalhar a Educação em Saúde aliada ao desenvolvimento de ações pensadas e planejadas intersetorialmente entre a educação e a saúde, contribuindo, assim, para a formação de sujeitos críticos e autônomos quanto à sua saúde e à do próximo. Pode-se considerar que isso é possível, visto que os profissionais — mesmo não conhecendo o PSE em sua totalidade — acreditam e reconhecem que é preciso melhorar e avançar para buscar atingir toda a potencialidade do Programa.

Quanto às dificuldades encontradas nesta pesquisa, destacam-se a insuficiência de documentos locais para análises e, também, a escassez, no estado do Acre, de estudos sobre o sobre o PSE, para que fosse possível a comparação de resultados.

Com a consciência de que as reflexões aqui apresentadas não são únicas, visto que o tema não se esgotou, espera-se que esta pesquisa abra caminhos para novas reflexões e para que outros estudos sejam realizados em busca do aperfeiçoamento e aprofundamento do programa, para que ele possa, de fato, fazer a diferença na vida dos estudantes, formando cidadãos críticos e informados, com habilidades para agir em defesa da vida e de sua qualidade.

Por fim, de posse dos dados apresentados pela pesquisa, pode-se pensar em intervenções mais concretas para o fortalecimento do Programa Saúde na Escola no município de Xapuri, Acre.

7 PRODUTO EDUCACIONAL

A formação continuada e permanente no Programa Saúde na Escola é um compromisso das três esferas de governo. Na esfera municipal, o GTI-M é quem assume essa responsabilidade (BRASIL, 2011a). Partindo desse pressuposto, o GTI-M deve atuar ativamente para buscar processos de Educação em Saúde para os profissionais da educação e da saúde, pais e estudantes envolvidos no programa. Para isso, pode contar com o apoio das ESF, no que tange aos seus conhecimentos em saúde, e, ao mesmo tempo, com o apoio dos profissionais da educação, buscando se instrumentalizar sobre o uso de ferramentas pedagógicas e educacionais que podem ser incorporadas à sua abordagem de educação e comunicação em saúde. (BRASIL, 2009).

Diante disso, tomando por base todo o referencial teórico, as análises documentais, os questionários e entrevistas, foi elaborado um produto educacional com a finalidade de contribuir para a formação continuada dos profissionais envolvidos na execução do PSE.

O produto educacional elaborado consiste em uma oficina (Apêndice F), com objetivo de ampliar a autonomia e a corresponsabilidade dos sujeitos, buscando uma instrumentalização técnica dos profissionais da educação (gestão, professores, funcionários e membros do GTI-M) e da saúde (gestão, ESF e membros do GTI-M) para apoiar e fortalecer o PSE no município. A oficina foi elaborada de maneira a possibilitar a discussão, a integração, o planejamento conjunto e a formação crítica dos profissionais, analisando a problemática local a partir dos resultados obtidos com a presente pesquisa.

A oficina foi elaborada para acontecer em doze horas, em três momentos de quatro horas, mas com a flexibilidade de ser ofertada em mais momentos, de maneira presencial e com o suporte de um mediador. Os conteúdos são documentos norteadores do PSE e um artigo científico, disponibilizados em formato PDF.

Ela está dividida em nove momentos, tendo alguns para reflexão sobre a realidade local, planejamento conjunto entre educação e saúde, leituras e discussões dos textos pedagógicos e dos documentos norteadores do PSE, além da elaboração de um plano de trabalho, em que educação e saúde atuem juntas.

O primeiro momento é a abertura e o acolhimento, com a apresentação dos profissionais participantes da oficina.

No segundo momento, é proposta a leitura de um texto de Clarice Lispector, e em seguida, uma reflexão a partir de questões norteadoras.

O terceiro momento, por sua vez é dividido em quatro partes, em que propõem a leitura, análise e discussão da Portaria Interministerial nº 1.055 de 2017 e do passo a passo do PSE. Propõe-se, em seguida, a construção de uma nuvem de palavras e uma breve síntese feita pelo mediador da oficina.

No quarto momento, os participantes são convidados a refletir sobre a realidade local e a pensar de que forma podem contribuir com o desenvolvimento do PSE.

Por se tratar de um grupo misto, formado por profissionais da educação e da saúde, para o quinto momento, são propostas a leitura e a discussão do artigo “As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde”, de Pereira (2003). Em seguida, a partir disso, propõem-se a elaboração e apresentação de um mapa conceitual, baseado no artigo.

No sexto momento, denominado propondo e construindo juntos, pede-se que os participantes da oficina elaborem um recurso didático que possa ser utilizado nas atividades do PSE.

No sétimo momento, a partir da leitura de um texto de Leonardo Boff, novamente é realizada uma reflexão, de modo a preparar os participantes para a próxima etapa.

Já no oitavo momento, com grupos mistos formados por profissionais da educação e da saúde, propõe-se a elaboração de uma proposta de trabalho, tendo como tema uma das ações indicadas pelo PSE. Nessa ocasião, os participantes terão a oportunidade de planejar juntos e pensar cada momento do plano de trabalho.

Encerrando, no nono e último momento, tem-se a avaliação da oficina e o encerramento.

Vale ressaltar que a oficina poderá ser adaptada conforme o contexto em que será aplicada.

REFERÊNCIAS

- ACRE. Secretaria de Estado de Planejamento. **Acre em Números 2017**. Rio Branco: SEPLAN, 2018. Disponível em:
http://www.ac.gov.br/wps/wcm/connect/4bb6ed00414180378291f31a15eb5101/acre-em-numeros-2017.pdf?MOD=AJPERES&CONVERT_TO=url&CACHEID=4bb6ed00414180378291f31a15eb5101. Acesso em: 22 abr.2018.
- ARAÚJO, G. T. Antropometria. *In*: CURSO NACIONAL DE NUTROLOGIA, 2015, Catanduva. **Associação Brasileira de Nutrologia**.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2016. 280 p.
- BERNARDI, A. P. *et al.*. Intersetorialidade– um desafio de gestão em Saúde Pública. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v.1, n.1, p. 137-142, 2010. Disponível em:
<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeettransformacao/article/viewFile/408/463>. Acesso em: 29 abr. 2018.
- BRASIL. Lei nº 1.920, de 25 de Julho de 1953. Cria o Ministério da Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, 1953. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/L1920.htm. Acesso em: 22 mar. 2018.
- BRASIL. Lei nº 5.692, de 11 de agosto de 1971. Fixa Diretrizes e Bases para o ensino de 1º e 2º graus, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1971. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1970-1979/lei-5692-11-agosto-1971-357752-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 22 mar. 2018.
- BRASIL. Conselho Federal de Educação. Parecer nº 540/77. Sobre o tratamento a ser dado aos componentes curriculares previstos no art. 7.º da Lei n.º 5.692/71. Relatores: Conselheiros Edília Coelho Garcia; Amaury Pereira Muniz. **Fórum**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 3, p. 131-153, jul./set. 1977. Disponível em
<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/fe/article/viewFile/60447/58704>. Acesso em:29 abr. 2018.
- BRASIL. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1996. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/leis/L9394.htm. Acesso em: 22 mar. 2018.
- BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros Curriculares Nacionais**: apresentação dos temas transversais, ética (6º ao 9º ano). Brasília, DF: MEC/SEF,1998a.436 p.
- BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros Curriculares Nacionais**: saúde (6º ao 9º ano). Brasília, DF: MEC/SEF. 1998b.42 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Diretrizes para implantação do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. 24 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_prevencao_escolas.pdf. Acesso em: 18 mar. 2019.

BRASIL. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, DF, Brasília, 2007a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6286.htm. Acesso em: 18 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007b. 304 p.

BRASIL. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. **Orientações sobre o Programa Saúde na Escola para Elaboração de Projeto Local**. 2008a. Disponível em: http://www.gestaoescolar.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/pdf/orientacoes_pse.pdf. Acesso em: 19 out. 2017.

BRASIL. Portaria nº. 2.931, de 4 de dezembro de 2008. Altera a Portaria Nº 1.861/GM, de 4 de setembro de 2008, que estabelece recursos financeiros pela adesão ao Programa Saúde na Escola – PSE e credencia Municípios para o recebimento desses recursos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2008b. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria2931_04_12_08.pdf. Acesso em: 18 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção à Saúde. **Cadernos de Atenção Básica: diretrizes do NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009a. 157 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf. Acesso em: 18 mar. 2019

BRASIL. Portaria nº 3.146, de 17 de dezembro de 2009. Estabelece recursos financeiros para Municípios com equipes de Saúde da Família, que aderirem ao Programa Saúde na Escola - PSE. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2009b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt3146_17_12_2009_rep_comp.html. Acesso em: 26 set. 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Unesco. **HQ SPE: Um guia para utilização em sala de aula**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Unesco, 2010a. 206 p. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000188264>, Acesso em: 18 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010b. 60 p. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf. Acesso em: 18 mar. 2019.

BRASIL. Decreto nº 7.083, de 27 de janeiro de 2010. Dispõe sobre o Programa Mais Educação. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2010c. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7083.htm. Acesso em: 03 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial MS/MEC nº 3.696, de 25 de novembro de 2010. Estabelece critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE) para o ano de 2010 e divulga a lista de Municípios aptos para Manifestação de Interesse. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2010d. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=legislacoes/pse>. Acesso em: 26 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Passo a Passo do PSE: Programa de Saúde da Escola: tecendo caminhos da intersetorialidade**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011a. 46 p. (Série C. Projetos, programas e relatórios). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/passo_a_passo_programa_saude_escola.pdf. Acesso em: 18 mar. 2019.

BRASIL. Portaria Interministerial MS/MEC Nº 1.910, de 8 de agosto de 2011. Estabelece o Termo de Compromisso Municipal como instrumento para o recebimento de recursos financeiros do Programa Saúde na Escola (PSE). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2011b. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=legislacoes/pse>. Acesso em: 02out. 2017.

BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2011c. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 18 mar. 2019.

BRASIL. Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.413, de 10 de julho de 2013. Redefine as regras e critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE) por Estados, Distrito Federal e Municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/pri1413_10_07_2013.html. Acesso em: 03 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Caderno do gestor do PSE**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015a. 68 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_gestor_pse.pdf. Acesso em: 18 mar. 2019.

BRASIL. Portaria nº 798, de 17 de junho de 2015. Redefine a Semana de Mobilização Saúde na Escola. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2015b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0798_17_06_2015.html. Acesso em: 18 mar. 2019.

BRASIL, Ministério da educação. Conselho Nacional de Educação. **Base Nacional Comum Curricular (BNCC)**. Brasília, DF: MEC/CNE, 2017a. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/conselho-nacional-de-educacao/base-nacional-comum-curricular-bncc>. Acesso em: 22 abr. 2018.

BRASIL. Portaria Interministerial nº. 1.055, de 25 de abril de 2017. Redefine as regras e os critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola - PSE, por estados, Distrito Federal e municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2017b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/pri1055_26_04_2017.html. Acesso em: 18 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Nota técnica nº 69/2017-CGAN/DAB/SAS/MS**. Orientações para adesão e desenvolvimento das ações do PSE no município e no Distrito Federal. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2017c. Disponível em: <https://atencao basica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201705/19162552-nt-69-orientacao-adesao-e-desenvolvimento-pse-2017.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de adesão ao programa saúde na escola**, 2017d. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_adesao_pse_2017.pdf. Acesso em: 12 fev. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta de Ottawa**. Brasília, DF, 2018a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf. Acesso em: 24 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento orientador**: Indicadores e padrões de avaliação - PSE ciclo 2017/2018. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018b. 19 p. Disponível em: http://www.consultaesic.cgu.gov.br/busca/dados/Lists/Pedido/Attachments/617658/RESPOSTA_PEDIDO_Documento_orientador_monitoramento_pse_2017_2018%20DEMANDA%20LAI.pdf. Acesso em: 18 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel de adesões**: Programa Saúde na Escola – ciclo 2017-2018. 2018c. Disponível em: <http://dabsistemas.saude.gov.br>. Acesso em: 03 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel de adesões**: Programa Saúde na Escola – ciclo 2019-2020. 2018d. Disponível em: <http://dabsistemas.saude.gov.br>. Acesso em 16 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de adesão ao programa saúde na escola**. 2019a. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/pse/manual_adesao_2019_20.pdf. Acesso em: 16 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Ficha de atividade coletiva**. 2019b. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/ficha_atividade_coletiva_v3_0.pdf. Acesso em: 25 de mar. 2019.

BRESSAN, A. O que escola tem a ver com a saúde? **Salto para o Futuro: Saúde e Educação**, [Brasília, DF], ano. 18, boletim 12, p.11-21, ago. 2008. Disponível em: <http://www.cedaps.org.br/wp-content/uploads/2013/07/Boletim-Saude-e-Educacao.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2019.

CERQUEIRA, M. T. A construção da rede Latino Americana de escolas promotoras de saúde. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Escolas promotoras de saúde: experiências no Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. p. 33-39. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/escolas_promotoras_saude_experiencias_brasil_p1.pdf. Acesso em: 18 mar. 2019.

DIAS, M. Resultados do projeto “Se liga aí” são apresentados durante mostra. **Notícias do Acre**, Rio Branco, 31 jul. 2018. Disponível em: <http://www.agencia.ac.gov.br/projetos-voltados-a-educacao-e-saude-de-jovens-acreanos-realiza-la-mostra/>. Acesso em: 30 de nov. de 2018.

DINIZ, M. C. P.; OLIVEIRA, T. C. de; SCHALL, V. T. “Saúde como compreensão de vida”: avaliação para inovação na Educação em Saúde para o ensino fundamental. **Revista Ensaio**, Belo Horizonte, v.12, n.1, p.119-144, jan./abr. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epec/v12n1/1983-2117-epec-12-01-00119.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2019.

DUARTE, R. Pesquisa Qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 115, p. 139-154, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cp/n115/a05n115.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2019.

FIGUEREDO, T. A. M. de; MACHADO, V. L. T.; ABREU, M. M. S. de. A saúde na escola: um breve resgate histórico. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p. 397-402, mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n2/v15n2a15.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2019.

GAVIDIA, V. El profesorado ante la educación y promoción de la salud en la escuela. **Didáctica de las Ciencias Experimentales y Sociales**, Valencia, n. 23, p. 171-180, 2009.

GAZZINELLI, M. *Fet al.* Educação em Saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 200-206, jan./fev.2005. Disponível em: http://www.ufrgs.br/cuidadocomapele/arquivos/textos_para_leitura/educacao_em_saude/Educacao_em_saude_conhecimentos.pdf. Acesso em: 18 mar. 2019.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. (Org.). **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.114 p. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2019.

GIL, A. C. **Estudo de caso**. São Paulo: Atlas, 2009. 148 p.

GOMES, L. C. **O desafio da intersetorialidade**: a experiência do Programa Saúde na Escola (PSE) em Manguinhos, no Município do Rio de Janeiro. 2012. 173 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/24563>. Acesso em: 18 mar. 2019.

GOUVÊA, L. A. V. N de. Educação para Saúde na Legislação Educacional no Brasil. *In*: SEMINÁRIO NACIONAL ESTADO E POLÍTICAS SOCIAIS NO BRASIL, 1., 2003, Cascavel. **A nais**[...]. Cascavel: UNIOESTE, 2003. p. 1-15. Disponível em: <http://cac-php.unioeste.br/projetos/gpps/midia/seminario1/trabalhos/Saude/eixo1/73LedaVNabucodeGouvea.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2019.

IERVOLINO, S. A. **Escola promotora da saúde**: um projeto de qualidade de vida. 2000. 167 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-01072006-211720/pt-br.php>. Acesso em: 18 mar. 2019.

IERVOLINO, S. A.; PELICIONI, M. C. F. Capacitação de professores para a promoção e Educação em Saúde na escola: relato de uma experiência. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 99-110, ago. 2005. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822005000200011. Acesso em: 18 mar. 2019.

INOJOSA, R.M. Sinergia em Políticas e Serviços Públicos: Desenvolvimento Social com Intersetorialidade. **Cadernos FUNDAP**, São Paulo, n. 22, p.102-110, 2001. Disponível em: https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/sinergia_politicas_servicos_publicos.pdf. Acesso em: 18 mar. 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA. **Índice de Desenvolvimento da Educação Básica - IDEB**: Resultados e Metas. Brasília, DF: Inep, 2017. Disponível em: <http://ideb.inep.gov.br>. Acesso em: 12 de março de 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA. **Sinopse Estatística da Educação Básica 2017**. Brasília, DF: Inep, 2018. Disponível em: <http://portal.inep.gov.br/sinopses-estatisticas-da-educacao-basica>. Acesso em: 22 de abril de 2018.

JACINTO, S. **Programa Nacional de Saúde do Escolar amplia atendimento**. 2007. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/ultimas-noticias/211-218175739/3700-sp-2112180756>. Acesso em: 22 mar. 2018.

LIBÂNIO, J. C. Sistema de ensino, escola, sala de aula: onde se produz a qualidade das aprendizagens? *In*: LOPES, A. C.; MACEDO, E. **Políticas de currículo em múltiplos contextos**. São Paulo: Cortez, 2006. p. 70-125.

LIBÂNEO, J. C.; OLIVEIRA, J. F. de; TOSCHI, M. S. **Educação escolar: políticas estrutura e organização.** São Paulo: Cortez, 2012. 543 p.

LIMA, R. T. *et al.* Educação em Saúde e nutrição em João Pessoa, Paraíba. **Revista Nutrição**, Campinas, v. 13 n. 1, p. 29-36, jan./abr. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rn/v13n1/7920.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2019.

MANO, M. A. A Educação em Saúde e o PSF resgate histórico, esperança eterna. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 195-202, jan./jun. 2004. Disponível em: www.boletimdasaude.rs.gov.br/.../20140521093616v18n1_19educacaosaude.pdf. Acesso em: 18 mar. 2019.

MINAYO, M. C. S *et al.* Métodos, técnicas e relações em triangulação. *In*: MINAYO, M. C. S; ASSIS, S. G de; SOUZA E. R de. (Org.). **Avaliação por Triangulação de Métodos: abordagem de programas sociais.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 71-103.

MARCONDES, R. S. Educação em Saúde na escola. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 89-96, mar. 1972. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v6n1/10.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2019.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa.** 7. ed. São Paulo: Atlas, 2011. 277 p.

MIRANDA, M. I. F. de *et al.* Em busca da definição de pautas atuais para o delineamento de estudos sobre a saúde da criança e do adolescente em idade escolar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 83-90, dez. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n6/12352.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2019.

MOHR, A. **A natureza da Educação em Saúde no ensino fundamental e os professores de ciências.** 2002. 409 f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Educação, Programa de Pós-Graduação em Educação, Florianópolis, 2002. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/83375?show=full>. Acesso em: 18 mar. 2019.

MONTEIRO, P. H.N.; BIZZO, N. A saúde na escola: análise dos documentos de referência nos quarenta anos de obrigatoriedade dos programas de saúde, 1971-2011. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 411- 427, abr./jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v22n2/0104-5970-hcsm-2014005000028.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2019.

NEGREIROS, P. L. **Programa Saúde na Escola (PSE): diálogos e práticas curriculares.** 2016. 124 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Estadual do Ceará, Quixadá, 2016.

OLIVEIRA, H. M. de; GONÇALVES, M. J. F. Educação em Saúde: uma experiência transformadora. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 57, n. 6, p. 761-763, nov./dez. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n6/a28.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2019.

Opas/OMS BRASIL. **Projeto Jovens Multiplicadores (Xapuri)**. Portal da Inovação na Gestão, 2015. Disponível em: <https://apsredes.org/projeto-jovem-multiplicador/>. Acesso em: 20 de nov. de 2018.

PESSINI, L. Promoção da saúde e construção da cidadania: uma visão interdisciplinar. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 35 n. 2, p. 125-127, 2011.

PELICIONI, M. C. F.; PELICIONI, A. F. Educação e Promoção da Saúde: Uma Retrospectiva Histórica. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 320-328, jul./set. 2007.

PEREIRA, A. L. F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1527-1534, set./out. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n5/17825.pdf>. Acesso em 16 mar. 2019.

PRECIOSO, J. Educação para saúde na universidade: um estudo realizado em alunos da universidade do ninho. **Revista Eletrônica de Enseñanza de las Ciencias**, Vigo, v. 3, n. 2, p. 1-10, 2004. Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/3986/1/Educa%C3%A7%C3%A3o%20para%20a%20sa%C3%BAde%20na%20Universidade%20-%20Revista%20Electr%C3%B3nica%20de%20Ensenanza%20de%20las%20Ciencias.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2019

RENOVATO, R. D.; BAGNATO, M. H. S. Da educação sanitária para a Educação em Saúde (1980-1992): discursos e práticas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 14, n. 1, p. 77-85, jan./mar. 2012. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v14/n1/pdf/v14n1a09.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2019

SACRISTÁN, J.G; GÓMEZ, A. I. P. **Compreender e transformar o ensino**. 4. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2000. 387 p.

SAVIANI, D. Sobre a natureza e especificidade da educação. **Germinal: Marxismo e Educação em Debate**, Salvador, v. 7, n. 1, p. 286-293, jan. 2015. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/revistagerminal/article/view/13575>. Acesso em: 18 mar. 2019.

SCHALL, V. T.; STRUCHINER, M. Educação em Saúde: novas perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15 n. 2, p. 4-6, 1999. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000600001. Acesso em: 18 mar. 2019.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. 23. ed. São Paulo: Cortez, 2007. 304 p. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3480016/mod_label/intro/SEVERINO_Metodologia_do_Trabalho_Cientifico_2007.pdf. Acesso em: 18 mar. 2019.

SILVA, C. dos S. O que a escola pode fazer para promover a saúde de crianças, adolescentes e jovens? **Salto para o Futuro: Saúde e Educação**, [Brasília, DF], ano. 18, boletim 12, p. 22-31, ago. 2008. Disponível em: <http://www.cedaps.org.br/wp-content/uploads/2013/07/Boletim-Saude-e-Educacao.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2019.

SILVA, C. dos S. **Promoção da saúde na escola**: modelos teóricos e desafios da intersectorialidade no município do Rio de Janeiro. 2010. 199p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/13983>. Acesso em: 18 mar. 2019.

SILVA, L.T. de F. **Educação e saúde**: programa saúde na escola – Iturama-MG (2012-2015). 2016. 119f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade de Uberaba, Programa de Pós-Graduação em Educação, Uberaba, 2016. Disponível em: <https://www.uniube.br/propepe/ppg/educacao/arquivos/2016/dissertacoes/7-LEDA%20TEREZINHA%20DE%20FREITAS%20E%20SILVA.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2019.

VIEIRA, M. E. M. **Programa Saúde na Escola**: A Intersectorialidade em Movimento. 2013. 121 f. Dissertação (Mestrado em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde) – Universidade de Brasília, Brasília, 2013. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/14859>. Acesso em: 18 mar. 2019.

VALADÃO, M. M. **Saúde na Escola**: um campo em busca de espaço na agenda intersectorial. 2004. 154 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, 2004. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-12022007-152151/pt-br.php>. Acesso em: 18 mar. 2019.

VALADEZ, I.; VILLASEÑOR, M.; ALFARO, N. A. Educación para la Salud: la importancia del concepto. **Revista de Educación y Desarrollo**, Guadalajara, v. 1, p. 43-48, enero/marzo. 2004. Disponível em: http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/1/001_Red_Valadez.pdf. Acesso em: 18 mar. 2019.

VEIGA, I. P. A. Inovações e projeto político-pedagógico: Uma relação regulatória ou emancipatória? **Cadernos Cedes**, Campinas, v. 23, n. 61, p. 267-281, dez. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ccedes/v23n61/a02v2361.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2019.

VENTURI, T.; MOHR, A. Análise da Educação em Saúde em publicações da área da Educação em Ciências. *In*: Atas do Encontro de Pesquisa em Educação, 8.; Congresso Iberoamericano de Investigação e Ensino de Ciências, 1., 2011, Campinas. **Atas** [...]. Campinas: UNICAMP, 2011. p. 1-11. Disponível em <http://www.adaltech.com.br/testes/abrapec/resumos/R0617-1.pdf>. Acesso em: 03 de março de 2018.

VENTURI, T. **Educação em Saúde na Escola**: investigando relações entre Professores e Profissionais de Saúde. 2013. 238 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências Físicas e Matemáticas, Programa de Pós-Graduação Em Educação Científica e Tecnológica, Florianópolis, 2013. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/122963>. Acesso em: 18 mar. 2019.

YIN, R. K. **Estudo de Caso: planejamento e métodos**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001. 205 p. Disponível em: https://saudeglobaldotorg1.files.wordpress.com/2014/02/yin-metodologia_da_pesquisa_estudo_de_caso_yin.pdf. Acesso em: 18 mar. 2019.

ZANCUL, M. de S.; GOMES, P. H. M. A Formação de Licenciandos em Ciências Biológicas para Trabalhar Temas de Educação em Saúde na Escola. **REMPEC – Ensino, Saúde e Ambiente**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 49-61, abr. 2011. Disponível em: periodicos.uff.br/ensinosaudeambiente/article/download/21097/12571. Acesso em: 18 mar. 2019.

ZAPPAROLI, M.; KLEIN, F.; MOREIRA H. Avaliação da acuidade visual Snellen. **Arquivos Brasileiros de Oftalmologia**, v. 72, n 6, p. 783-788, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abo/v72n6/08.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2019.

APÊNDICE A – Documentos solicitados à Secretária Municipal de Saúde de Xapuri e à Escola Anthero Soares Bezerra

Documentos	Acesso
Termo de Adesão de 2010 a 2018	2014 e 2017
Projeto Municipal de Saúde na Escola de 2010 a 2018	Não disponibilizado
Relatório Anual do PSE de 2010 a 2018	Não disponibilizado
Relatório Anual de Capacitações de 2010 a 2018	2013 e 2015
Projeto Político Pedagógico de 2010 a 2018	2018

APÊNDICE B – Questionário para coleta de dados

Todos os profissionais da educação, profissionais da saúde da ESF e GTI-M envolvidos com o PSE

Nome: _____

Município: _____ Sexo; () Masculino () Feminino

Idade: _____ Escolaridade: _____

Profissão: _____ Tempo de Profissão: _____

Função que exerce: _____

Tempo que exerce a função: _____

Local de trabalho: _____

Tempo de atividades no PSE: _____

Perguntas

1 Você conhece o Decreto 6.286/2007?

() Sim () Não

Se sim, como se deu esse conhecimento?

2 Você tem algum conhecimento específico sobre o Programa Saúde na Escola (PSE)?

() Sim () Não

Se sim, de que forma esse conhecimento foi produzido?

3 Já fez algum treinamento?

() Sim () Não

4 Há quanto tempo?

5 De que forma?

6 Quem patrocinou?

- Ministério da Saúde
 Ministério da Educação
 Secretaria Estadual de Saúde
 Secretaria Estadual de Educação
 Secretaria Municipal de Saúde
 Secretaria Municipal de Educação
 Outros

7 Existe algum planejamento entre equipe de saúde e professores?

- Sim Não Se existe, não tenho conhecimento

Se sim, esse planejamento ocorreu há quanto tempo?

8 Você encontra dificuldades na execução do Programa Saúde na Escola (PSE)?

- Sim Não Não participo da execução do PSE

Se sim, quais?

9 Como você avalia os resultados (impactos) do programa?

- Ótimo
 Bom
 Regular
 Péssimo

10 Como você avalia a parceria entre as equipes do PSE?

- Ótima
- Boa
- Regular
- Péssima

11 Existe algum momento para discussão intersetorial das práticas de Educação em Saúde desenvolvidas pelo PSE?

- Sim
- Não
- Se existe, não tenho conhecimento

Se sim, como você avalia?

- Ótima
- Boa
- Regular
- Péssima

12 Houve alguma atividade do programa no biênio 2017/2018?

- Sim
- Não

Se sim, quais?

APÊNDICE C – Roteiro para entrevistas**Profissionais da educação, profissionais da saúde da ESF e GTI-M envolvidos com o PSE**

Nome: _____
Município: _____ Sexo: () Masculino () Feminino
Idade: _____ Escolaridade: _____
Profissão: _____ Tempo de Profissão: _____
Formação: _____
Função que exerce: _____
Tempo que exerce a Função: _____
Local de trabalho: _____
Tempo de atividades no PSE: _____

Perguntas

1 Quais as dificuldades encontradas em relação à execução do Programa Saúde na Escola (PSE)?

2 Quais as facilidades encontradas em relação à execução do PSE?

3 Como se dá o processo de planejamento intersetorial do programa?

4 Como você avalia a parceria entre as equipes?

5 Quais os impactos observados após o programa?

6 Qual a sua participação no processo de formação dos profissionais que trabalham com o PSE?

7 Quais temas você considera importantes/essenciais para seu processo de formação para atuar no PSE?

8 Por que considera os temas sugeridos importantes?

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

A pesquisa “**AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE SAÚDE NA ESCOLA (PSE) EM UNIDADE DE ENSINO FUNDAMENTAL DO MUNICÍPIO DE XAPURI – ACRE**” tem por objetivo geral avaliar o Programa Saúde na Escola (PSE) a partir das vivências/realidade de uma escola da rede pública de educação básica do município de Xapuri (AC). Para a consolidação deste estudo, estão sendo seguidas algumas etapas: contato com a gestão municipal de saúde e contato com a direção da escola; análise documental; agendamento e posterior aplicação dos questionários e realização das entrevistas com os profissionais; organização e análise dos dados; construção do relatório da pesquisa; e divulgação dos resultados em meio científico.

Trata-se de uma pesquisa para a elaboração de um trabalho de conclusão do Curso do Mestrado Profissional em Ensino de Ciências e Matemática (MPECIM), oferecido pela Universidade Federal do Acre (Ufac), realizada pelo pesquisador **Wallisson Luís Henrique Clem**, sob a orientação da Professora Dra. **Francisca Estela Lima Freitas** e coorientação do Professor Dr. **Milton dos Santos Freitas**.

Para a realização desta pesquisa, a sua contribuição é fundamental e, por isso, convido-o (a) a participar e dar a sua contribuição. Sua participação consistirá em responder a um roteiro de perguntas propostas pelo mestrando; os relatos serão gravados para posterior transcrição e análise.

Apesar de os riscos serem mínimos, no que diz respeito à participação na pesquisa, caso haja possíveis desconfortos decorrentes do tempo exigido ou ainda, constrangimento pelo teor dos questionamentos e metodologia utilizada, o participante pode negar-se a participar. Para minimizar os riscos, a pesquisa será elaborada de modo a não causar desconforto ou danos, visando o bem estar físico e psicológico dos participantes.

Para isso, os pesquisadores garantem manter o mais amplo, absoluto e irrestrito sigilo profissional sobre sua identidade durante e após o término da pesquisa. Assim, sua identidade pessoal e/ou profissional será excluída de todos e quaisquer produtos da pesquisa para fins de publicação científica. Além da garantia de acesso aos resultados da pesquisa, para minimizar desconfortos, terão a garantia de local reservado e liberdade para não responder questões constrangedoras. O pesquisador estará atento aos sinais verbais e não verbais de desconforto expressados pelos participantes da pesquisa.

Os benefícios esperados estão na contribuição que a pesquisa poderá trazer para o cenário escolhido, vislumbrando apoiar profissionais e gestores para a organização e

consolidação da proposta e, conseqüentemente, gerar subsídios ao PSE no município. Como o (a) Sr. (a) participa diretamente desse processo, a pesquisa repercutirá, certamente de forma positiva, em sua rotina de trabalho.

Sua participação será voluntária, não implicando custos materiais ou financeiros para você, bem como não haverá qualquer tipo de remuneração pela sua participação. Você tem a garantia de plena liberdade de participação na pesquisa, podendo recusar-se a participar ou retirar seu consentimento em qualquer momento da realização da pesquisa, sem ter que justificar a desistência ou sofrer quaisquer tipos de coação ou penalidade.

Todas as informações fornecidas serão utilizadas somente para esta pesquisa e ficarão sob o poder dos pesquisadores. Seus relatos serão confidenciais e seu nome não aparecerá, sob qualquer hipótese, nos registros referentes a este estudo. Os resultados serão apresentados em conjunto, o que minimiza os riscos de identificação.

Você receberá uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual terá as primeiras páginas rubricadas e a última, assinada por você e pelo pesquisador responsável.

Se tiver alguma dúvida a respeito dos objetivos da pesquisa e/ou dos métodos utilizados, ou se desejar obter mais informações sobre a pesquisa, poderá procurar por Wallisson L. H. Clem, pela Profa. Dra. Francisca Estela Lima Freitas e pelo Prof. Dr. Milton dos Santos Freitas, na Universidade Federal do Acre (Ufac) - Campus Universitário - BR 364, km 4 - Distrito Industrial - CEP: 69.920-900 Rio Branco – Acre, em horário comercial ou por meio dos endereços eletrônicos wclm5@yahoo.com.br, estelalimafreitas@hotmail.com e milton-estela@uol.com.br.

_____, _____ de _____ de _____ .

 Nome/Assinatura
 Participante

ou


 Impressão do dedo
 polegar

 Wallisson L. H. Clem
 Pesquisador responsável

APÊNDICE E – Termo de consentimento pós-esclarecido

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr.(a) _____ portador (a) da cédula de identidade _____, declara que, após leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelo pesquisador, ciente dos objetivos, riscos e benefícios de sua participação na pesquisa e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do que foi lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa.

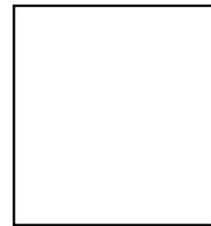
E, por estar de acordo em participar da pesquisa, data e assina o presente termo.

_____, _____ de _____ de _____.

 Nome/Assinatura
 Participante

ou

Impressão do dedo
 polegar



 Wallisson L. H. Clem
 Pesquisador responsável

APÊNDICE F – Oficina Pedagógica

OFICINA PEDAGÓGICA**TRILHANDO OS CAMINHOS
DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA**



UNIVERSIDADE FEDERAL
DO ACRE

OFICINA PEDAGÓGICA

TRILHANDO OS CAMINHOS
DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA



Rio Branco / Acre
2019

Ficha técnica

2019 Universidade Federal do Acre.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica. A oficina pode ser acessada, na íntegra, na página eletrônica do Programa de Pós - Graduação em Ensino de Ciências e Matemática: <http://www.ufac.br/mpocim>.

1ª edição - 2019

Oficina Pedagógica: Trilhando os Caminhos do Programa Saúde na Escola

Autor da proposta

Wallisson Luts H. Clem.

Orientadora da proposta

Profª Drª Francisca Estela Lima Freitas

Coorientador da proposta

Colaboradores

Prof. Dr. Antônio Igo Barreto Pereira
Ma. Tatiane Correa de Faria Clem

Projeto Gráfico e Diagramação:
Cim Comunicação Imediata

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da UFAC

C625a Clem, Wallisson Luts Henrique, 1984 -
Oficina pedagógica: trilhando os caminhos do programa saúde na escola /
Wallisson Luts Henrique Clem; orientadora: Drª. Francisca Estela Lima de
Freitas e Co-orientador: Dr. Milton Santos Freitas. - 2019.
28 f.: il.; 30 cm.

Universidade Federal do Acre, Programa de Pós - Graduação em Ensino de
Ciências e Matemática. Rio Branco, 2019.
Inclui referências bibliográficas, anexos e apêndices.

1. Rede básica de ensino. 2. Programa Saúde na Escola (PSE). 3. Atenção
à saúde. I. Freitas, Francisca Estela Lima de (orientadora). II. Freitas, Milton
Santos (Co-orientador). III. Título.

CDD: 510.7

Bibliotecária: Nádia Batista Vieira CRB-119/882

Apresentação da oficina

O Programa de Pós-Graduação em Ensino de Ciências e Matemática da Universidade Federal do Acre (MPECIM – UFAC), implementado no ano de 2014, possui, dentre os seus requisitos para a obtenção do título de Mestre em Ensino de Ciências e Matemática, a elaboração de um produto educacional.

O produto deve ser construído de modo que contribua com a prática docente, sendo um dos elementos transformadores do processo ensino-aprendizagem no que diz respeito à temática pesquisada.

A presente proposta insere-se na problemática abordada na dissertação de mestrado intitulada Avaliação do Programa Saúde na Escola (PSE) em unidade de Ensino Fundamental do município de Xapuri, Acre, sob orientação da Professora Doutora Francisca Estela Lima Freitas e coorientação do Professor Doutor Milton dos Santos Freitas. Ela é fruto das inúmeras conversas com os profissionais que desenvolvem o PSE no município de Xapuri, Acre, e construída a partir dos resultados obtidos ao longo da pesquisa.

Assim, o produto proposto apresenta uma abordagem dinâmica e deverá ser trabalhado com os profissionais envolvidos com o PSE, visando uma maior interação entre os setores Educação e Saúde e uma aproximação dos profissionais ao Programa, dando ênfase às potencialidades e limitações e a importância de planejar conjuntamente as ações do PSE.

Por fim, a intenção deste produto é de viabilizar aos profissionais uma visão mais clara do PSE, buscar estimular o trabalho integrado entre os setores, almejando assim, contribuir com a formação dos educandos da rede básica de ensino do município de Xapuri, Acre.

Esta proposta é apenas uma sugestão que pode servir de inspiração para outras formas de trabalhar as potencialidades do PSE com os profissionais envolvidos com o Programa. A partir da sugestão de oficina aqui apresentada, há uma infinidade de atividades que podem ser incluídas dentro da temática, visto que o conhecimento não se esgota com a atividades aqui propostas.

Bom trabalho!



Wallisson Luís H. Clem

Autor da proposta

Prof^a Dr^a Francisca Estela Lima Freltas

Orientadora da proposta

Prof. Dr. Milton dos Santos Freltas

Coorientador da proposta

Sumário

▶ INTRODUÇÃO	6
▼ OBJETIVOS	8
OBJETIVO GERAL	
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	
■ DESENVOLVIMENTO DA OFICINA	9
■ DETALHAMENTO DAS ATIVIDADES	10
▶ CONSIDERAÇÕES FINAIS	18
▼ REFERÊNCIAS	19
■ REFERÊNCIAS COMPLEMENTARES	20
■ APÊNDICE A – Roteiro para proposta de trabalho	21
▶ APÊNDICE B – Questionário Avaliativo	22
▼ ANEXO A – Texto: Você é um número	23
■ ANEXO B – Texto: Todo ponto de vista é a vista de um ponto	24
■ ANEXO C – Texto: Guerra dos órgãos	25

Introdução

O Programa Saúde na Escola (PSE), uma política intersetorial da Educação e da Saúde, foi instituído em 2007 pelo Decreto nº 6.286. As políticas de educação e saúde voltadas às crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira se unem para promover saúde e educação integral. (BRASIL, 2011).

O Programa percebe a escola como um espaço de relações e ideal para o desenvolvimento do pensamento crítico e político, na medida em que contribui na construção de valores pessoais, crenças, conceitos e maneiras de conhecer o mundo. (BRASIL, 2011).

Assim, o PSE busca contribuir para o fortalecimento de ações de educação, promoção e atenção à saúde, que articulem saúde e educação, na perspectiva do desenvolvimento de uma formação integral dos sujeitos, para o enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças, adolescentes e jovens brasileiros. (BRASIL, 2007).

A articulação entre escola e saúde é uma importante demanda do PSE. (BRASIL, 2011). Desta forma, a oficina proposta pretende constituir-se em um espaço de trocas de experiências e de construção coletiva de conhecimento do PSE.



Segundo Paviani e Fontana (2009), uma oficina é, pois, uma oportunidade de vivenciar situações concretas e significativas, baseada no tripé: sentir-pensar-agir, com objetivos pedagógicos. Nesse sentido a metodologia de aplicação desta oficina oportunizará aos profissionais, descobrir, debater, socializar e propor soluções para as questões apresentadas durante a oficina.

A oficina proposta busca fugir do ensino tradicional, baseado em aulas expositivas e tendo o professor como centro de um processo de transmissão de conteúdo, tidos como verdades absolutas onde os alunos no final respondem a exercícios de fixação e memorização. (VASCONCELLOS, 2005). O presente trabalho, traz um modelo de aprendizagem cujas características principais são a problematização da realidade e a busca de solução para problemas detectados, possibilitando assim o desenvolvimento do raciocínio reflexivo e crítico dos participantes. (VASCONCELLOS, 1999).

Em uma oficina o professor ou mediador, não ensina o que sabe, mas vai oportunizar aos participantes o que necessitam saber, sendo, portanto, uma abordagem centrada no aprendiz e na aprendizagem e não no professor. (PAVIANI; FONTANA, 2009).

Desse modo, objetiva-se que esta proposta de oficina seja um instrumento que facilite o trabalho dos profissionais da Educação e da Saúde, no desenvolvimento do PSE no município de Xapuri, Acre.

Objetivos

Na busca por fortalecer os laços entre os setores, promover a troca de experiências e gerar uma construção coletiva do conhecimento, apresenta-se a seguir o objetivo geral e os objetivos específicos desta oficina.

OBJETIVO GERAL

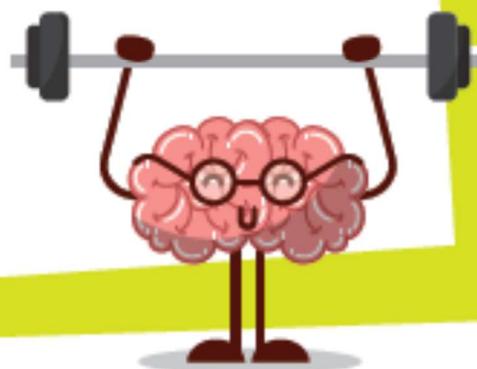
Discutir com os envolvidos no PSE à nível municipal os objetivos, possibilidades e limites do Programa Saúde na Escola.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Proporcionar aos envolvidos com o PSE à nível municipal uma reflexão crítica e um aprofundamento das discussões sobre o PSE.

Incentivar a integração, a comunicação e a articulação entre os profissionais envolvidos no PSE municipal.

Promover a elaboração, conjunta entre profissionais da Educação e Saúde, de proposta de trabalho com temáticas do PSE.



Desenvolvimento da Oficina

A oficina está prevista para ter duração de 12 horas, distribuídas em três encontros, mas com a flexibilidade de ser ofertada em mais ou menos momentos, sempre de acordo com a realidade local.

A oficina propõe atividades variadas, conforme descrito abaixo. Para garantir um melhor uso do tempo sugere-se que essas atividades se desenvolvam conforme a programação a seguir:

Atividade		Duração
1º Momento	Abertura: Integração e acolhimento	Trabalho em círculo 45min
2º Momento	Refletindo e discussão de texto	Trabalho em círculo 30min
3º Momento	Analisando e interpretando os documentos do PSE	Trabalho em círculo 2h30min
4º Momento	A realidade x PSE	Trabalho em círculo 30min
5º Momento	As tendências pedagógicas	Trabalho em círculo 2h
6º Momento	Propondo e construindo juntos	Trabalho em círculo 2h15min
7º Momento	Refletindo e discutindo juntos	Trabalho em círculo 30min
8º Momento	Planejando juntos Educação e Saúde	Trabalho em círculo 2h30min
9º Momento	Avaliação e encerramento	Trabalho em círculo 30min
Total		12 horas

No entanto, vale novamente ressaltar que este trabalho trata-se de uma proposta adaptável e multiplicável por qualquer profissional com prévios conhecimentos do PSE.

Detalhamento das atividades

1º Momento

Abertura – Integração e acolhimento (45min)

- Boas vindas e apresentação do mediador;
- Dispor o grupo em círculo;
- Apresentação dos objetivos da oficina e da proposta de desenvolvimento das atividades;
- Propor a apresentação dos participantes da oficina;
- Buscando quebrar o gelo, solicitar a cada participante que se apresente, a partir do seguinte roteiro:
 - Nome e setor de trabalho;
 - Um doce do qual goste.
- Abrir para que os participantes possam expor suas expectativas e conhecimento do tema da oficina.

2º Momento

Refletindo e discutindo juntos (30min)

1ª Parte: Leitura e reflexão (10 min)

Leitura do texto: Você é um número – Clarice Lispector (Anexo A)

2ª Parte: Partilha (20 min)

A partir das perguntas norteadoras a seguir propor um momento de partilha:

Por que este texto em uma oficina com profissionais da educação e da saúde?

Que provocações esse texto me traz enquanto profissional da educação / saúde?

3º Momento**Analisando e Interpretando os documentos do PSE**

(2 h e 30min)

1ª Parte: Leitura e análise de documentos (30 min)

- Dividir os participantes em grupos de 3 a 4 pessoas (grupos mistos formados por profissionais da educação e da saúde)
- Propor que os grupos façam a leitura e análise dos documentos citados abaixo:
 - Portaria Interministerial Nº 1.055, de 25 de abril de 2017.
Redefine as regras e os critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE) por estados, Distrito Federal e municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações.
 - Trechos selecionados previamente do documento: O PSE passo a passo: Tecendo caminhos da intersetorialidade. (BRASIL, 2011).



2ª Parte: Questões norteadoras e elaboração de nuvem de palavras (1 h)

- Solicitar que cada grupo responda aos questionamentos norteadores propostos.
- Em seguida orientar para que cada grupo elabore uma nuvem de palavras a partir das análises realizadas do texto.

Questionamentos:

- Quais os objetivos do Programa Saúde na Escola – PSE?
- Quais as diretrizes do Programa?
- Quais as ações que deverão ser desenvolvidas através do PSE?
- Quem deverá desenvolver as ações do PSE?

3ª Parte: Breve apresentação das nuvens de palavras (30 min)

- Cada grupo compartilha sua nuvem de palavras construída com base nos documentos analisados.

4ª Parte: Síntese do mediador (30min)

- Síntese do mediador da oficina.

4º Momento

A realidade x PSE (30min)

- Baseado no que já foi exposto sobre PSE e na realidade local, proponha um momento de reflexão e proposição aos participantes.

Refletindo sobre sua realidade: O pensar e o agir.

- Como você, profissional que atua no PSE, pode contribuir com o desenvolvimento do programa em sua realidade.
- Escolha uma das ações do PSE e reflita o que pode ser feito de forma conjunta (educação e saúde) para colocar em prática esta ação na escola. Tome nota.

5º Momento

As tendências pedagógicas (2 h)

1ª Parte: Leitura e discussão do texto proposto: (20 min)

- Separar os participantes em grupos de 3 a 4 pessoas (grupos mistos, formados por profissionais da educação e da saúde). Sugere-se que os grupos sejam compostos de maneira diferente da anterior, para que haja maior interação entre os diferentes profissionais.

- Em seguida separa em partes o texto de Pereira (2003) as tendências pedagógicas e a prática nas ciências da saúde. Seguindo, distribua aos grupos e proponha uma breve leitura e discussão do texto.

2ª Parte: Elaboração de mapas conceitual (40 min)

- Propor que cada grupo construa um mapa conceitual com base no texto.

3ª Parte: Breve apresentação dos mapa conceituais (30 min)

- Neste momento cada grupo apresenta seu mapa conceitual.

4ª Parte: Síntese do mediador (30min)

- Síntese do mediador da oficina.

6º Momento

Propondo e construindo juntos (2h15min)

1ª Parte: Discutir propostas de recursos didáticos (30min)

Fazer uma breve explanação sobre recursos didáticos

- Em seguida separar os participantes em grupos de 3 a 4 pessoas (grupos mistos, formados por profissionais da educação e da saúde). Sugere-se que os grupos sejam compostos de maneira diferente das anteriores, para que haja maior interação entre os diferentes profissionais.
- Orientar que cada grupo reflita e proponha um ou mais recursos didáticos para ser utilizado nas atividades desenvolvidas pelo PSE.

2ª Parte: Construindo (1h15min)

- Propor aos grupos que construam um recurso didático que possa ser utilizado nas atividades do PSE.

Lembrando, que devem ficar atentos a faixa etária dos alunos onde irão aplicar este recurso.

3ª Parte: Breve apresentação dos recursos didáticos (30 min)

- Neste momento cada grupo apresenta seu recurso didático.



7º Momento

Refletindo e discutindo juntos (30min)

1ª Parte: Leitura e reflexão (10min)

- Leitura do texto: Todo ponto de vista é a vista de um ponto – Leonardo Boff (Anexo B)

2ª Parte: Partilha (20 min)

- Sugerir um momento de partilha, a partir da pergunta norteadora a seguir:
 - Que provocações este texto me traz enquanto profissional que atua no PSE?

8º Momento

Planejando Juntos Educação e Saúde (2h30min)

1ª Parte: Propostas de trabalho (1h30min)

- Separar os participantes em grupos de 3 a 4 pessoas (grupos mistos, formados por profissionais da educação e da saúde). Sugere-se que os grupos sejam compostos de maneira diferente das anteriores, para que haja maior interação entre os diferentes profissionais.

- Em seguida, diante de tudo que já foi exposto, proponha que elaborem uma proposta de trabalho (Apêndice A), tendo como tema uma das 12 ações propostas pela Portaria Interministerial Nº 1.055, para serem executadas pelo PSE de forma intersetorial (Educação e Saúde).

2ª Parte: Breve apresentação das propostas de trabalho (45min)

- De maneira resumida compartilhe com os demais a proposta do grupo.

3ª Parte: Síntese do mediador (15 min)

- Síntese do mediador da oficina.

9º Momento

Avaliação e encerramento (30min)

1ª Parte: Avaliação (10min) - Atividade individual

- Pedir que os participantes preencham o instrumento de avaliação da oficina (Apêndice B).



2ª Parte: Encerramento (20min)

- Leitura do texto: Guerra dos órgãos (Anexo C).
- Breve reflexão do texto.

Considerações finais

Partindo do entendimento que oficinas pedagógicas são ambientes e tempos de aprendizagem coletiva, onde os indivíduos têm a oportunidade de produzir conhecimentos a partir das interações com o grupo. Espera-se que esta oficina, de fato, possibilite verdadeiros ambientes pedagógicos onde os indivíduos possam ouvir e relatar experiências, vivências e assim construir, coletivamente, suas aprendizagens.

Anseia-se que ela diferencie-se dos modelos tradicionais de transmissão, baseados em aulas expositivas. Que vá além de uma simples construção de um produto, mas que possa gerar espaços para as relações intersetoriais, promovendo o diálogo e a partilha de ideias, em busca da construção de conhecimento do grupo.

Por fim, almeja-se que esta oficina contribua para a promoção do diálogo, da partilha, da aproximação ente os setores educação e saúde, e que assim, possa contribuir para a consolidação do Programa Saúde na Escola (PSE) no município de Xapuri.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Passo a Passo PSE: Programa Saúde na Escola: tecendo caminhos da intersetorialidade. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. 46 p. (Série C. Projetos, programas e relatórios). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/passo_a_passo_programa_saude_escola.pdf. Acesso em: 15 fev. 2019.

BRASIL. Portaria Interministerial nº. 1.055, de 25 de abril de 2017. Redefine as regras e os critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola – PSE por estados Distrito Federal e municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro por custeio de ações. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/pri1055_26_04_2017.html. Acesso em: 16 mar. 2019.

PAVIANI, N. M. S.; FONTANA, N. M^a. Oficinas pedagógicas: relato de uma experiência. *Conjectura, Caxias do Sul*, v. 14, n. 2, p. 77-88, maio/ago. 2009. Disponível em: <http://www.ucs.br/etc/revistas/index.php/conjectura/artic le/viewFile/16/15>. Acesso em: 12 mar. 2019.

PEREIRA, A. L. F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. *Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro*, v. 19, n. 5, p. 1527-1534, set./out. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n5/17825.pdf>. Acesso em 16 mar. 2019.



VASCONCELLOS, C. dos S. Construção do conhecimento em sala de aula. 17. ed. São Paulo: Libertad, 2005. 144 p.

VASCONCELLOS, M. M. M. Aspectos pedagógicos e filosóficos da metodologia da problematização. In: BERBEL, N.A. N. Metodologia da problematização: fundamentos e aplicações. Londrina: EDUEL, 1999. p. 29-59.

REFERÊNCIAS COMPLEMENTARES

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Fundamental. Parâmetros Curriculares Nacionais: saúde (6º ao 9º ano). Brasília, DF: MEC/SEF. 1998. 42 p.

BRASIL. Decreto nº. 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6286.htm. Acesso em: 16 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Caderno do gestor do PSE. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. 65 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_gestor_pse.pdf. Acesso em: 16 mar. 2019.

LIBÂNEO, J. C. Didática. São Paulo: Cortez, 2006. 262 p.

Apêndice A

Roteiro para proposta de trabalho

Proposta de trabalho
<p>01. Dados de Identificação Escola: Disciplina: Série: Período a ser desenvolvido a atividade:</p>
<p>02. Tema O tema deverá ser dentro das 12 ações propostas pelo PSE.</p>
<p>03. Objetivos A serem atingidos pelos estudantes. Objetivo Geral: Visa resultados relativos a execução de conteúdos e procedimentos. Objetivos Específicos: Especificam resultados esperados.</p>
<p>04. Conteúdo Conteúdos programados para a atividade organizados em tópicos.</p>
<p>05. Desenvolvimento do Tema Conhecimento prévio dos estudantes Descrição da abordagem teórica e prática do tema.</p>
<p>06. Recursos Didáticos Exemplo: quadro, giz, filmes, música, data show e etc.</p>
<p>07. Avaliação e Atividades Discriminar de acordo com os objetivos estabelecidos para a atividade. Especificar os critérios para a correção das atividades.</p>
<p>08. Competências a serem desenvolvidas Discriminar de acordo com os objetivos da atividade.</p>
<p>09. Bibliografia Indicar toda a bibliografia consultada para o planejamento da atividade.</p>

Apêndice B

Questionário Avaliativo

<p>1. Avalie a Oficina</p> <p>Conteúdo <input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim</p> <p>Clareza no que foi apresentado <input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim</p> <p>Materiais disponibilizados <input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim</p> <p>Duração <input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim</p> <p>Ambiente <input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Ruim</p>
<p>2. Como foi para você participar desta oficina</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>3. Do que você mais gostou? Justifique</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>4. Do que menos gostou? Justifique</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>5. Com relação ao seu conhecimento sobre o tema.</p> <p><input type="checkbox"/> Já conhecia e não tive dificuldade.</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca vi nada sobre o tema</p> <p><input type="checkbox"/> Outros _____</p> <p>_____</p>
<p>6. Sugestões:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

Local: _____ Data: _____

Anexo A

Texto: Você é um número

Trecho do texto: Você é um número

Se você não tomar cuidado vira um número até para si mesmo. Porque a partir do instante em que você nasce classificam-no com um número. O registro civil é um número. Seu título de eleitor é um número. Profissionalmente falando você também é. Para ser motorista, tem carteira com número, e chapa de carro. No imposto de Renda, o contribuinte é identificado com um número. Seu prédio, seu telefone, seu número de apartamento – tudo é número.

Uma amiga minha contou que no Alto Sertão de Pernambuco uma mulher estava com o filho doente, desidratado, foi ao Posto de Saúde. E recebeu a ficha número 10. Mas dentro do horário previsto pelo médico a criança não pôde ser atendida porque só atenderam até o número 9. A criança morreu por causa de um número. Nós somos culpados.

Se há uma guerra, você é classificado por um número. Numa pulseira com placa metálica, se não me engano. Ou numa corrente de pescoço, metálica.

Nós vamos lutar contra isso. Cada um é um, sem número. O si-mesmo é apenas o si-mesmo.

E Deus não é número.

Vamos ser gente, por favor. Nossa sociedade está nos deixando secos como um número seco, como um osso branco seco exposto ao sol. Meu número íntimo é 9. Só.8 Só. 7. Só. Sem soma-los nem transformá-los em novecentos e oitenta e sete. Estou me classificando com um número? Não, a intimidade não deixa.

Vejam, tentei várias vezes na vida não ter número e não escapei. O que faz com que precisemos de muito carinho, de nome próprio, de genuinidade. Vamos amar que amor não tem número. Ou tem?

LISPECTOR, C. A descoberta do Mundo. Rio de Janeiro: Rocco, 1999. 480 p.

Anexo B

Texto: Todo ponto de vista é a vista de um ponto

Trecho do texto: Todo ponto de vista é a vista de um ponto

Ler significa reler e compreender, interpretar. Cada um lê com os olhos que tem. E interpreta a partir de onde os pés pisam.

Todo ponto de vista é à vista de um ponto. Para entender como alguém lê, é necessário saber como são seus olhos e qual é sua visão de mundo. Isso faz da leitura sempre uma releitura.

A cabeça pensa a partir de onde os pés pisam. Para compreender, é essencial conhecer o lugar social de quem olha. Vale dizer: como alguém vive, com quem convive, que experiência tem, em que trabalha, que desejos alimenta, como assume os dramas da vida e da morte e que esperanças o animam. Isso faz da compreensão sempre uma interpretação.

Sendo assim, fica evidente que cada leitor é co-autor. Porque cada um lê e relê com os olhos que tem. Porque compreende e interpreta a partir do mundo que habita.

BOFF, L. A águia e a galinha: uma metáfora da condição humana. São Paulo: Vozes Nobilis, 2017. 136 p.

Anexo C

Texto: Guerra dos órgãos

Adaptação do texto: Guerra dos órgãos

NARRADOR: Os órgãos do corpo travam uma discussão entre si. Eles pensam em escolher um líder... TODOS os órgãos começaram uma discussão

CÉREBRO: (arrogante). Caros colegas de trabalho, acalmem-se. Ao invés de ficarmos travando discussões sem chegar lugar algum, tenho uma ideia brilhante aliás como sempre. Acho que TODOS estamos sentindo a necessidade de um líder para melhor nosso funcionamento. TODOS de acordo?

TODOS: Sim, é claro...

CÉREBRO: Pois bem. Acho que o critério para escolha deste órgão rei, o comandante dos demais deve ser: 1- importância e utilidade e 2 - Certa beleza. O que vocês acham?

TODOS: Sim, é claro.

CÉREBRO: Pois bem, eu, o CÉREBRO, preencho TODOS os requisitos: utilidade e beleza. Acho que eu deveria, vocês sabem, é...

OUIDO: (com arrogância) Por acaso você está sugerindo ser o comandante dos órgãos? Por acaso você está considerando o mais útil e bonito órgão?

CÉREBRO: E por que não meus caros?

OLHO: AAAAAHHH, era só que me faltava. Nós os OLHOS somos os guias do corpo; a porta do mundo, para as luzes e para as cores...

CÉREBRO: Ah, é? E quem é que interpreta todas as imagens trazidas por vocês e cria para o resto do corpo as emoções, sentimento e reações? Logo sou o mais importante!

BOCA: Isso é o que você pensa! Poderíamos viver muito bem sem essas emoções e reações; não sentiríamos dor, não sentiríamos raiva que faz mal a todo corpo, enfim...

CÉREBRO: Mas não sentiríamos também a alegria e os momentos bons que fazem ao nosso corpo.

BOCA: (com convicção). Fique você sabendo que isso não me interessa, tá? Imaginem vocês que inutilidade: os OLHOS veem o mais nutritivo e saboroso dos alimentos, o CÉREBRO traz ao corpo o desejo, mas o que isso adiantaria se eu não estiver lá para comer toda a comida, hein?

PERNAS: Podem parar por aí, o rei tem que ser eu, pois sem mim, vocês não podem ir a parte alguma.

NARRADOR: Começa a surgir um burburinho. No meio do burburinho, surge o INTESTINO.

INTESTINO: (baixo). Ô minha gente!

NARRADOR: E ninguém liga, e ele fala mais alto.

INTESTINO: Ô minha gente!

NARRADOR: Mais uma vez ninguém liga, daí berrando ele insiste.

INTESTINO: Ô minha gente!

CORAÇÃO: Fica quieto aí, ô malandro, que o papo aqui é beleza e utilidade. Quando fizermos a eleição para o mais inútil e horrendo não precisa dizer é nada: você ganha! O teu negócio é mais embaixo.

TODOS: É fica quieto aí ô INTESTINO!

BRAÇOS: Fiquem quietos que agora nós vamos falar! Continuando de onde estávamos (alternadamente) 1- OLHOS 2- e BOCA, vocês que dizem fazer tudo, mas não são nada sem nós, os BRAÇOS e as mãos! Quem é que segura e leva a comida até você, ô BOCA? É, e quem limpa você, oh OLHOS?

NARRADOR: Começa a surgir tumulto, TODOS falam ao mesmo tempo e começam a empurrar um ao outro. De repente

INTESTINO: Aí, ô gente, vou falar uma coisa: Enquanto durar está palhaçada, estou de greve. Ouviram? NÃO FUN-CIO-NO MAIS!!!!

OUVIDO: Fica quieto. Quem é que vai sentir sua falta? A discussão ainda nem chegou aí!

CÉREBRO: É, você não tem a mínima condição de competir para a eleição do órgão rei! Afinal, que utilidade você tem?

NARRADOR: Continua o burburinho, cada um se considerando o mais importante e tentando convencer o outro disso. De repente...

CÉREBRO: Nossa, de repente, não consigo pensar. Não estou conseguindo desempenhar meu papel! Que coisa estranha!

BRAÇOS: É mesmo. Não estamos conseguindo segurar nada direito. Estamos suando muito. Nunca sentimos isso!

BOCA: É vocês têm razão! De repente, não consigo me mexer. Ah, e o estômago me disse que estava com uma dor insuportável!

OLHOS: Será possível? Tá tudo embaçado e torto para mim!

PERNAS: Estamos fraquinhas e não estamos conseguindo nos manter em pé e o nariz me contou que não está puxando o ar direito. Gente, o que está acontecendo?

CORAÇÃO: Ai, que estranho! Estou fraquinho, me sinto cansado. O que está acontecendo?

CÉREBRO: Tenho um palpito, é o INTESTINO! Depois que ele parou, tudo parou e todo o corpo ficou debilitado!

OLHOS: E o que vamos fazer para voltar ao normal?

BOCA: Vamos até falar com ele...

TODOS: Funciona, INTESTINO, funciona! Quebra o nosso galho!

INTESTINO: Ah! Finalmente, uma atitude sensata! E vocês vêm implorar justamente para quem que vocês humilharam. Agora, vocês lembraram que eu existo, né?

BRAÇOS: Sabe, INTESTINO, o pessoal não aguenta mais. Funciona, vá?

INTESTINO: Vivi sempre aqui embaixo. Não tenho a beleza dos OLHOS, nem a flexibilidade da BOCA, mas sou igualmente parte do corpo e tão importante quanto qualquer um de vocês. Vamos aprender, minha gente. Entre nós nunca houve e nunca haverá rei! Precisamos TODOS uns dos outros e se não nos ajudarmos, TODOS morreremos!

TODOS: Tem razão

Ora, assim como o corpo é uma unidade, embora tenha muitos membros, e todos os membros, mesmo sendo muitos, formam um só corpo, assim também somos nós em nossas vidas.

Autor desconhecido.

Disponível em:

https://teatrocrisao.net/guerra_dos_orgaos. Acesso em:

12 fev. 2019.

OFICINA PEDAGÓGICA

**TRILHANDO OS CAMINHOS
DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA**



UNIVERSIDADE FEDERAL
DO ACRE

Rio Branco / Acre
2019



UNIVERSIDADE FEDERAL
DO ACRE



ANEXO A – Ficha de atividade coletiva

	FICHA DE ATIVIDADE COLETIVA		DIGITADO POR:	DATA: / /	
			CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:	
CNS DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL*		CBO*	CNES*	INE*	DATA:*
TURNO: * <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: <input type="checkbox"/> Educação <input type="checkbox"/> Saúde		CNS DO PROFISSIONAL		CBO***	
LOCAL DE ATIVIDADE					
Nº INEP (ESCOLA/CRECHE)***		CNES			
OUTRA LOCALIDADE:					
Nº DE PARTICIPANTES*		Nº DE AVALIAÇÕES ALTERADAS			
ATIVIDADE (opção única)*			TEMAS PARA REUNIÃO (opção múltipla)***		
<input type="checkbox"/> 01	Reunião de equipe		<input type="checkbox"/> 01	Questões administrativas/Funcionamento	
<input type="checkbox"/> 02	Reunião com outras equipes de saúde		<input type="checkbox"/> 02	Processos de trabalho	
<input type="checkbox"/> 03	Reunião intersetorial/Conselho Local de Saúde/Controle social		<input type="checkbox"/> 03	Diagnóstico do território/Monitoramento do território	
<input type="checkbox"/> 04	Educação em saúde		<input type="checkbox"/> 04	Planejamento/Monitoramento das ações da equipe	
<input type="checkbox"/> 05	Atendimento em grupo		<input type="checkbox"/> 05	Discussão de caso/Projeto Terapêutico Singular	
<input type="checkbox"/> 06	Avaliação/Procedimento coletivo		<input type="checkbox"/> 06	Educação Permanente	
<input type="checkbox"/> 07	Mobilização social		<input type="checkbox"/> 07	Outros	
PÚBLICO-ALVO (opção múltipla, obrigatório para atividades 4, 5, 6 e 7)		TEMAS PARA SAÚDE (opção múltipla, obrigatório para atividades 4, 5 e 7)		PRÁTICAS EM SAÚDE (opção única e obrigatório para atividade 6, e múltipla para 5)	
<input type="checkbox"/> 01	Comunidade em geral	<input type="checkbox"/> 01	Ações de combate ao <i>Aedes aegypti</i>	<input type="checkbox"/> 01	Antropometria
<input type="checkbox"/> 02	Criança 0 a 3 anos	<input type="checkbox"/> 02	Agravos negligenciados	<input type="checkbox"/> 02	Aplicação tópica de flúor
<input type="checkbox"/> 03	Criança 4 a 5 anos	<input type="checkbox"/> 03	Alimentação saudável	<input type="checkbox"/> 03	Desenvolvimento da linguagem
<input type="checkbox"/> 04	Criança 6 a 11 anos	<input type="checkbox"/> 04	Autocuidado de pessoas com doenças crônicas	<input type="checkbox"/> 04	Escovação dental supervisionada
<input type="checkbox"/> 05	Adolescente	<input type="checkbox"/> 05	Cidadania e direitos humanos	<input type="checkbox"/> 05	Práticas corporais e atividade física
<input type="checkbox"/> 06	Mulher	<input type="checkbox"/> 06	Dependência química/tabaco/álcool/outras drogas	<input type="checkbox"/> 06	PNCT Sessão 1
<input type="checkbox"/> 07	Gestante	<input type="checkbox"/> 07	Envelhecimento/climatério/andropausa/etc	<input type="checkbox"/> 07	PNCT Sessão 2
<input type="checkbox"/> 08	Homem	<input type="checkbox"/> 08	Plantas medicinais/fitoterapia	<input type="checkbox"/> 08	PNCT Sessão 3
<input type="checkbox"/> 09	Familiares	<input type="checkbox"/> 09	Prevenção da violência e promoção da cultura da paz	<input type="checkbox"/> 09	PNCT Sessão 4
<input type="checkbox"/> 10	Idoso	<input type="checkbox"/> 10	Saúde ambiental	<input type="checkbox"/> 10	Saúde auditiva
<input type="checkbox"/> 11	Pessoas com doenças crônicas	<input type="checkbox"/> 11	Saúde bucal	<input type="checkbox"/> 11	Saúde ocular
<input type="checkbox"/> 12	Usuário de tabaco	<input type="checkbox"/> 12	Saúde do trabalhador	<input type="checkbox"/> 12	Verificação da situação vacinal
<input type="checkbox"/> 13	Usuário de álcool	<input type="checkbox"/> 13	Saúde mental	<input type="checkbox"/> 13	Outras
<input type="checkbox"/> 14	Usuário de outras drogas	<input type="checkbox"/> 14	Saúde sexual e reprodutiva	<input type="checkbox"/> 14	Outro procedimento coletivo Código do SIGTAP _____
<input type="checkbox"/> 15	Pessoas com sofrimento ou transtorno mental	<input type="checkbox"/> 15	Semana saúde na escola		
<input type="checkbox"/> 16	Profissional de educação	<input type="checkbox"/> 16	Outros		
<input type="checkbox"/> 17	Outros				

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

Legenda: Opção múltipla de escolha Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)
 *Campo obrigatório
 **Campo obrigatório ao informar lista de participantes
 ***Campo com obrigatoriedade condicionada