



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS
EIXO 1: POLÍTICAS PÚBLICAS DO TERRITÓRIO E DO AMBIENTE – PPTAM

MARIZE MARQUES DE FREITAS

**AVALIAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE), NO ÂMBITO DA
SECRETARIA EXECUTIVA REGIONAL V – FORTALEZA-CE (2009 a 2012).**

FORTALEZA

2015

MARIZE MARQUES DE FREITAS

**AVALIAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE), NO ÂMBITO DA
SECRETARIA EXECUTIVA REGIONAL V – FORTALEZA-CE (2009 a 2012).**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Avaliação de Políticas Públicas, da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Avaliação de Políticas Públicas. Área de concentração: Políticas Públicas. Linha de Pesquisa: Políticas Públicas do Território e do Ambiente.

Orientador: Prof. Christian Dennys Monteiro de Oliveira.

FORTALEZA

2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências Humanas

-
- F937a Freitas, Marize Marques de.
Avaliação do Programa Saúde na Escola (PSE), no âmbito da Secretaria Executiva Regional V – Fortaleza-CE (2009 a 2012) / Marize Marques de Freitas. – 2015.
125 f : il. color., enc. ; 30 cm.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas, Fortaleza, 2015.
Área de Concentração: Avaliação de políticas públicas.
Orientação: Prof. Dr. Christian Dennys Monteiro de Oliveira.
1. Política de saúde – Avaliação – Fortaleza(CE) – 2009-2012. 2. Educação sanitária – Política governamental – Avaliação – Fortaleza(CE) - 2009-2012. 3. Saúde escolar – Política governamental – Avaliação – Fortaleza(CE) - 2009-2012. 4. Escolas – Serviços de promoção da saúde – Política governamental – Avaliação – Fortaleza(CE) - 2009-2012. 5. Saúde pública – Administração – Descentralização – Fortaleza(CE) - 2009-2012. 6. Programa Saúde na Escola(Brasil). I. Título.

MARIZE MARQUES DE FREITAS

**AVALIAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE), NO ÂMBITO DA
SECRETARIA EXECUTIVA REGIONAL V – FORTALEZA-CE (2009 a 2012).**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Avaliação de Políticas Públicas, da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Avaliação de Políticas Públicas. Área de concentração: Políticas Públicas. Linha de Pesquisa: Políticas Públicas do Território e do Ambiente.

Orientador: Prof. Christian Dennys Monteiro e Oliveira.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Christian Dennys Monteiro de Oliveira (Orientador)
Universidade Federal do Ceará - UFC

Prof. Dr. Edenilo Baltazar Barreira Filho
Faculdade de Ensino e Cultura do Ceará- FAECE

Profa. Dra. Antonia Rozimar Machado e Rocha
Universidade Federal do Ceará - UFC

“O pulso ainda pulsa.”
(O Pulso – Titãs)

AGRADECIMENTOS

Agradeço, inicialmente, a Deus, porque é o Princípio e o Sempre.

À minha família, especialmente ao meu pai José Anselmo de Freitas, que nos deixou na reta final da escrita deste trabalho, de quem cuidei e por quem fui cuidada ao longo da vida e de quem me considero cópia e obra.

A minha mãe Maria Alice, guerreira, dedo em riste, não nos deixou desviar do caminho que considerava certo para nós ao longo de seus cuidados, a quem sou eternamente grata pelo que sou.

A meu filho Pedro Guilherme, meu parceiro de corpo – pois uma extensão física simbólica minha, e de alma.

A meu companheiro e amigo Sandro Moraes, pelas trocas de ideias e pela força diária.

Aos professores do MAPP/UFC, sobretudo ao mestre Christian Dennys, lado a lado, ombro a ombro, palavra por palavra nessa construção.

A todos os meus amigos aos quais represento na pessoa de Maria Euzimar, que torceram, suportaram-me e incentivaram na caminhada árdua.

A equipe de Programas e Projetos da SER V – trabalho sério e diversão verdadeiramente amiga.

A todos que contribuíram com a presente pesquisa e entendem a Educação como meio para a liberdade e a justiça social.

RESUMO

Sob o tema Saúde e Educação, a presente proposta de pesquisa intitulada **Avaliação do Programa Saúde na Escola – PSE, no âmbito da Secretaria Executiva Regional V**, propõe-se a avaliar a implantação e execução do referido Programa na região, localizada a sudoeste da cidade de Fortaleza, no que refere às ações dos profissionais das secretarias de Educação e de Saúde, seja nos distritos de Educação e de Saúde, seja nas escolas e nas unidades de saúde. A pesquisa objetiva verificar as possibilidades e limitações do PSE, a partir da identificação das demandas dos alunos e professores das escolas municipais Herbert de Sousa e Enfermeira Maria Viviane Benevides Gouveia, nos bairros Bom Jardim e Vila Manuel Sátiro, respectivamente, sob a coordenação das secretarias de Educação e Saúde e os seus distritos administrativos. O PSE é uma política pública intersetorial de saúde e de educação, de caráter estrutural, que se baseia nas orientações do Pacto de Gestão pela Vida em Defesa do SUS, que são: descentralização; regionalização; financiamento, planejamento e programação pactuada e integrada; regulação, participação e controle social; trabalho e educação na saúde. Com efeito, a pesquisa propõe-se a avaliar o desempenho do PSE, na SER V, no período de 2009 a 2012. Para avaliar mudanças situacionais, verificar o cumprimento do Programa - conforme o que foi estabelecido - e subsidiar possíveis alterações, este estudo se orienta por meio da pergunta: a política intersetorial de educação/saúde do PSE se configura como estratégia de viabilização da aprendizagem? Por aprendizagem, entendemos o conceito “Freiriano” de contato e diálogo entre educador e educando para a consciência crítica, e uso prático na vida, do conteúdo aprendido. Cumpre a metodologia da pesquisa orientada pela hermenêutica de Geertz, embasada nos preceitos de Laplantine, que se trata de visitas *in loco* no sentido de levantar o contexto social, econômico, político e cultural e, ainda, a análise da política pública institucional, com suas relações de poder, interesses e valores. Busca também estabelecer dados qualitativos, com uso de metodologia de análise do conteúdo das entrevistas na construção de quadros básicos, que dialogarão com outros instrumentos de pesquisa, como: levantamento bibliográfico, coleta de dados se por meio de levantamento documental e pesquisa de campo, entrevistas e observação participante (MINAYO).

Palavras-chave: Saúde na escola. Descentralização. Educação em saúde. Educação integral.

ABSTRACT

Under the theme Health and Education, this research proposal titled Evaluation of School Health Program - PSE within the Regional Executive Secretary V focuses on the implementation and execution of the program in the area located southwest of the city of Fortaleza that involves the actions of the professional departments of Education and Health in the districts of education and health whether in schools or health facilities. Objectively verify the possibilities and limitations of the PSE, from the identification of the demands of the students and teachers of municipal schools Herbert de Sousa and Viviane Benevides, neighborhoods Bom Jardim and Vila Manoel Sátiro, respectively - and under the coordination of the departments of Education and Health and their administrative districts. The PSE, an intersectoral public health policy and education, structural character, is based on guidance from management Covenant for Life in defense of the SUS, which are: decentralization, regionalization, financing, planning and agreed and integrated planning, regulation, participation and social control, and work and health education. Indeed, the study proposes to evaluate the performance of the PSE in SER V in the period 2009-2012. Evaluating situational changes, verify compliance with the program as it was established and support possible changes, this study is guided by the question: intersectoral policy education / health PSE appears as a viable learning strategy? For learning, we understand the concept of Freirian contact and dialogue between teacher and student for critical awareness and practical use in life learned the content. Meets the research methodology guided by hermeneutics of Geertz, based on the precepts of Laplantine, it is on-site visits in order to raise the social, economic, political and cultural, and also the analysis of institutional public policy, with its power relations, interests and values. It also seeks to establish qualitative data, using analysis methodology of the interviews in the construction of basic tables, which will dialogue with other research tools, such as literature, data collection was through archival work and field research, interviews and participant observation (MINAYO).

Keywords: Health education. Decentralization. Education and health. Comprehensive education.

LISTA DE FIGURAS

Figura – 1	Localização da Secretaria Executiva Regional V (SER V).	68
Figura – 2	Território da UAPS Argeu Herbster.	78
Figura – 3	Território da UAPS Viviane Benevides (Antes).	78
Figura – 4	Território da UAPS Viviane Benevides (Atual).	79

LISTA DE TABELAS

Tabela - 1	Marco regulatório do PSE.	52
Tabela - 2	Documentos que fundamentam a Educação Integral.	56
Tabela - 3	Caracterização do Perfil educacional e econômico das Secretarias Executivas Regionais de Fortaleza.	68
Tabela - 4	Escolas e unidades de saúde SER V.	75
Tabela - 5	Componentes do PSE e atividades desenvolvidas pelas escolas e unidades de saúde 2009/2012.	77

LISTA DE QUADROS

Quadro - 1	Comparativo entre Escolas - Efetividade do PSE.	83
-------------------	---	----

LISTA DE SIGLAS

AB/SF	Atenção básica/Saúde da família
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CIES	Centro Interado de Educação e Saúde
CMES	Centro Municipal de Educação e Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONAE	Conferência Nacional de Educação
DEIDHUC	Diretoria de Educação Integral, Direitos Humanos e Cidadania
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EJA	Educação de Jovens e Adultos
ESF	Equipe Saúde da Família
IDEB	Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NEE	Necessidades Educacionais Especiais
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PCN	Parâmetros Curriculares Nacionais
PDE	Plano de Desenvolvimento da Educação
PISA	Programme for International Student Assessment
PMF	Prefeitura Municipal de Fortaleza

PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNE	Plano Nacional de Educação
PPP	Projeto Político Pedagógico
PSE	Programa Saúde na Escola
PSE	Programa Saúde na Família
SAEB	Sistema de Avaliação da Educação Básica
SECAD	Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade
SEDAS	Secretaria de Educação e Assistência Social
SEDUC	Secretaria de Educação Estadual
SER	Secretaria Regional
SESA	Secretaria de Saúde do Governo do Ceará
SIMEC	Sistema Integrado de Monitoramento Execução e Controle
SPAECE	Sistema Permanente de Avaliação da Educação Básica do Ceará
SPE	Saúde e Prevenção nas Escolas
SUDS	Sistema Unificado Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNFPA	Fundo das Nações Unidas
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	INCURSÃO EXPLORATÓRIA DO PSE EM FORTALEZA	18
2.1	Trajectoria Institucional	25
3	MEU LUGAR NA PESQUISA	31
4	BASES TEÓRICAS	31
4.1	Hermenêutica de Geertz	32
5	METODOLOGIA	34
5.1	Local e Período	38
5.2	Tipo de Estudo	38
5.3	Seleção dos Sujeitos	38
5.4	Fases de Coleta de Informações	39
5.5	Processamento e Caracterização das Informações	40
5.6	Aspectos Éticos da Pesquisa	41
6	O NASCIMENTO DO PSE - UMA POLÍTICA INTERMINISTERIAL	42
6.1	Educação Integral	44
6.2	Saúde Integral	44
6.3	Educação em Saúde	45
6.4	As Interações entre Educação e Saúde	46
6.5	PCNs e Saúde	53
7	O SURGIMENTO DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA	55
7.1	Marco Regulatório	55
7.2	PSE e o Plano Nacional de Educação (PNE)	56
7.3	Municipalizando o PSE	58
8	PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA EM FORTALEZA	62
8.1	O Conceito de Territorialidade no PSE	62
8.2	Territorialização da SER V – Implantação do Programa Saúde nas Escolas de Fortaleza	65
8.3	Contextualização do Campo	66
8.4	Caracterização dos territórios dos Bairros Bom Jardim e da Vila Manoel Sátiro	69
8.4.1	Bairro Bom Jardim	69
8.4.2	UAPs Argeu Herbster	70
8.4.3	Escola Municipal Herbert de Sousa	71
8.4.4	Bairro Vila Manoel Sátiro	72
8.4.5	UAPs Enfermeira Maria Viviane Benevides Gouveia – Posto	73
8.4.6	Escola Municipal Enfermeira Maria Viviane Benevides Gouveia – Escola	73

9	ESCOLAS E UAPs DA SER V UNIDAS PELO PSE	75
9.1	Trajetória do PSE nas escolas de Fortaleza	75
10	VIDA E SOBREVIDA DO PSE EM FORTALEZA – DE 2009 AOS DIAS ATUAIS	81
11	RESULTADOS E DISCUSSÃO	83
11.1	Categoria Analítica: Promoção da Saúde	82
11.2	Categoria Analítica – Educação / Saúde Integral	92
11.2.1	Principais Problemas Apresentados	102
A)	Pontos Fortes	103
B)	Pontos de estrangulamento	103
12	GTR DE CADA REGIONAL – PROGRAMAS E PROJETOS - CONHECIMENTO, EFETIVIDADE E PRIORIDADES	104
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	109
	REFERÊNCIAS	113
	APÊNDICES	119

1 INTRODUÇÃO - AVALIAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA DO PSE

O presente estudo está centrado na educação viabilizada pela saúde, através da abordagem da educação integral, e tem Fortaleza como campo de pesquisa e objeto empírico. Compreende-se, nesta abordagem, a necessidade - pela via da educação integral, isto é, do bem-estar dos educandos para um efetivo processo de aprendizagem. Objetiva ainda discutir as limitações e possibilidades da efetividade na operacionalização do Programa Saúde na escola – PSE na rede de ensino público de Fortaleza, com foco na Secretaria Regional V (SER V).

O envolvimento do pesquisador com seu objeto de estudo é questão de interesse (ELIAS, 1988, p.32). Isso remete ao nosso envolvimento direto com o Programa Saúde na Escola (PSE), desde a adesão do município ao Programa, em 2008, e posterior implantação em 2009. A pesquisa exploratória, ou seja, o envolvimento direto com o PSE - que antecede a presente avaliação - revela a atuação dos profissionais envolvidos e, a partir dos constantes contatos com os gestores das escolas cobertas pelo Programa, busca um *feedback* da sua situação nas unidades de ensino. Em algumas, o contato rotineiro, organizado, planejado, propiciava um maior envolvimento entre o posto de saúde/escola e, conseqüentemente, um melhor desempenho do Programa naquela comunidade. Em outras, diferentes aspectos como acessibilidade dos profissionais às escolas, falta de transporte para isso e o desconhecimento por parte de alguns diretores sobre o texto do Programa, acarretam uma falta de sintonia entre os gestores escolares e coordenadores das unidades de saúde. Tudo isso depõe contra o bom funcionamento do Programa nas unidades de ensino.

A Educação brasileira carece de atenção. Segundo as avaliações do PISA (*Programme for International Student Assessment*), cuja avaliação mais recente data de 2012, o País ocupou o 53º lugar em educação, dentre os 65 países avaliados. Como se não bastassem as avaliações em larga escala, que desnudam o baixo nível de aprendizagem em leitura e escrita dos alunos de escolas públicas, vemos ainda outros aspectos que inquietam os gestores nas escolas: os agravos relacionados à saúde.

A escola é uma reprodução da sociedade, em menor escala. Dessa forma, repetem-se práticas, costumes, *modus vivendi* no seu interior. Se na

sociedade facilmente encontramos formas de injustiças sociais e diferentes tipos de vulnerabilidades, sobretudo em comunidades carentes, na escola essas diferenças evidenciam-se. É lá onde encontramos, a partir da universalização da educação em 1998, crianças com as mais diferentes NEEs (necessidades educacionais especiais), problemas de cárie dental, verminoses e outros agravos comuns, sem falar dos de maior gravidade, como a violência doméstica, o abuso sexual, agressões físicas e verbais, dentre outros.

O Programa Saúde na Escola (PSE) surge em um cenário educacional onde o tema saúde era algo pontual, abordado em sala de aula em disciplinas como Ciências, na qual se falava sobre escovação de dentes, prevenção e tratamento de doenças, higiene corporal e cuidados com o meio ambiente doméstico, tratado numa abordagem individualizada. Em 2007, a convite do Presidente Luís Inácio da Silva, o Lula, os ministros da Educação e da Saúde elaboram uma política pública intersetorial que atende às demandas de atenção básica à saúde do escolar. Trata-se de um programa que, orientado pelo Pacto de Gestão pela Vida em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), traça diretrizes orientadoras das ações em saúde, definindo competências dos ministérios, Estados, secretarias de saúde e de educação dos estados e municípios, para além das metas nacionais do Programa. Definem, também, os componentes do programa voltados ao atendimento em educação, prevenção, tratamento de doenças e manutenção da saúde.¹

A implantação e gerenciamento do PSE na Secretaria Executiva Regional V (período de 2009 a 2012, na gestão de Luizianne Lins na Prefeitura de Fortaleza) foi um desafio do ponto de vista da grande quantidade de escolas - 85 unidades de ensino das quais 40 atendidas pelo Programa - e alta densidade demográfica, além do baixo nível socioeconômico da população daquela região. Aliado a isso, as unidades de saúde - quando não apresentam equipes da saúde da família completas - enfrentam dificuldades de coordenação das atividades e atendimento às comunidades, seja intrasetorialmente, seja nas unidades de ensino.

A experiência do PSE na SER V compreendeu o atendimento inicial a 40 escolas, entre municipais e estaduais, número que oscilava em função das equipes de saúde da família - ora completas, ora incompletas -, o que promovia a vinculação ou desvinculação das escolas ao Programa.

¹ Conferir: Brasil (2011), Passo a Passo PSE – Programa Saúde na Escola Tecendo Caminhos da intersetorialidade.

As atividades que emanam das secretarias que o administravam são conjuntas em todas as escolas, pois se trata de um padrão, como as campanhas, por exemplo. No entanto, o currículo escolar, conforme o disposto na Lei de Diretrizes e Bases da Educação reza que:

Os currículos da educação infantil, do Ensino Fundamental e do Ensino Médio devem ter base nacional comum, a ser complementada, em cada sistema de ensino e em cada estabelecimento escolar, por uma parte diversificada, exigida pelas características regionais e locais da sociedade, da cultura, da economia e dos educandos (BRASIL, 1996).

Assim como o currículo escolar, o PSE apresenta uma parte comum e uma parte diversificada, mantendo as práticas individuais, de acordo com as necessidades da escola e das características das vulnerabilidades às quais os estudantes estivessem expostos, muito embora sejam os temas definidos pelo Grupo de Trabalho Local – GTL, responsável pelo planejamento e realização das ações na escola e acolhimento na Unidade Básica de Saúde - UBS.

Os temas previstos no Programa, que devem atender às necessidades daquela comunidade escolar, variam de acordo com as expectativas dos alunos, previamente consultados nas suas reais necessidades. Assim, as abordagens dizem respeito aos anseios dos alunos, ainda que emanem das equipes das secretarias. Os temas - colhidos junto aos alunos, nos questionamentos e enquetes promovidos pelos professores nas escolas - devem contemplar os assuntos mais interessantes na opinião do público ao qual se destinam, dentro do escopo de temas que compõem cada componente, portanto, previstos no Programa.

Desta forma, a avaliação do PSE, na perspectiva da efetivação das práticas, cumprimento de metas e a sintonia com os preceitos e seus componentes interessa: aos estudantes, do ponto de vista da educação para a saúde; aos professores, quando das formações e enriquecimento das aulas com conteúdo sobre educação em saúde, prevenção, tratamento e manutenção da saúde; aos profissionais de saúde e de educação, que se encontram nos setores administrativos para que possam avaliar onde estão os nós críticos na execução do Programa; e à administração pública, por ter nas escolas uma população sadia e mais comprometida com a aprendizagem e educação.

2 INCURSÃO EXPLORATÓRIA DO PSE EM FORTALEZA

As avaliações relacionadas ao Programa em Fortaleza, até o presente momento, referem-se a aspectos gerais. O PSE da SER V foi avaliado, formalmente, pelos Ministérios da Educação e da Saúde através da inserção de dados e registro das atividades realizadas por componentes no Sistema Integrado de Monitoramento Execução e Controle (SIMEC) do Ministério da Educação (MEC), a partir de dados numéricos das metas traçadas para cada ação. Por sua vez, o GTI (Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal – GTI / M), responsável pela gestão do PSE em nível municipal realizou, timidamente, as avaliações de processo e de resultados sugeridos nos componentes 4 e 5 do Programa, ao preencher números de atendimentos e quantidades de alunos, segundo as metas traçadas a nível municipal. No entanto, qualitativamente, o PSE na regional V ainda não sofreu avaliações específicas e formais, que considerem as características do seu território e as variáveis relacionadas ao mesmo.

As entrevistas com os servidores públicos envolvidos com a execução no Programa nas Secretarias de Educação e de Saúde, naquele período, possibilitam interpretar de que forma, qual metodologia e técnicas foram utilizadas para o cumprimento dessa etapa obrigatória do Programa. A entrevista semiestruturada é composta por perguntas fechada e/ou abertas, no qual o informante-chave é convidado para explanar livremente sobre a temática, buscando dar mais profundidade as reflexões (MINAYO, 2008).

Além de traçar uma visão *ex post* do Programa, também são avaliados os profissionais atuais envolvidos no PSE, traçando um perfil do Programa na atual gestão, projetando um panorama sobre as demais secretarias executivas regionais para o município de Fortaleza. Dessa maneira, a presente pesquisa se reveste de exclusividade, colaborando com o aprimoramento das práticas relacionadas ao Programa Saúde na Escola tanto para as secretarias municipais, estaduais, distritos de educação e de saúde, bem como para as escolas atendidas.

A busca pela avaliação da efetividade do PSE, no recorte temporal de 2009 a 2012, elucida os termos da pesquisa e baliza novas descobertas para um reordenamento e redirecionamento nas ações atuais desenvolvidas naquela regional administrativa, tendo em vista que, com a mudança de gestão político-administrativa

na Prefeitura de Fortaleza, em 2013 e, portanto, de gestores, os programas gerenciados pela Secretaria de Educação e pela Saúde sofreram descontinuidade.

Na gestão municipal na Educação, iniciada em 2013, as ações e informações voltadas para o Programa “surgem” de forma episódica, pois os profissionais na escola estavam ainda se familiarizando com a lida escolar enquanto gestores recém-selecionados. Nas UAPS – Unidade de Atendimento Primário à Saúde, atual denominação das unidades de saúde, a nova diretriz do acolhimento impossibilitaria a rotina já estabelecida de visitas e acompanhamento pela ESF – Estratégia Saúde da Família, ao Programa no chão da escola.

A partir da vivência da pesquisadora no campo empírico - na pesquisa exploratória - já se verificaram mudanças no tratamento inicial dado ao PSE na gestão Luizianne Lins. Muito embora o PSE tenha sido concebido na intencionalidade da intersetorialidade e da integralidade do ser, para contribuir no processo ensino e aprendizagem, buscamos analisar até que ponto o Programa tem sido encarado como prioridade para o tão esperado alcance dos índices educacionais de desempenho nas avaliações censitárias de aprendizagem desejadas pela nova administração do PROS, com o Prefeito Roberto Cláudio e seu Secretário de Educação, Ivo Ferreira Gomes (licenciado para concorrer nas recentes eleições para deputado estadual).

O Programa Saúde na Escola - PSE, adotado em Fortaleza em 2008, recebeu² recursos financeiros disponibilizados pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Educação em um total de R\$ 1.130,700 no período de 2009 a 2012, assim distribuídos por ano:

ANO	RECURSO (EM R\$)
2009	R\$ 69.200,00
2010	Não houve repasse para Fortaleza
2011	R\$ 601.600,00
2012	R\$ 459.900,00

² Fonte: <<http://aplicacao.saude.gov.br/portaltransparencia/index.jsf>>.

Estes recursos foram depositados na Conta da Secretaria Municipal da Saúde (SMS), no Bloco da Atenção Básica – Piso da Atenção Básica Variável (PAB variável). Foi acordado neste período, no GTI Federal, que os recursos gastos pelo MS com repasses para as SMS, equivaleriam aos recursos gastos pelo MEC com a elaboração, reprodução e envio de material pedagógico específico para o PSE. Antes administrados pelo Fundo Municipal de Saúde, os recursos financeiros do Programa Saúde na Escola passam a ser geridos conjuntamente pelo GTI municipal, conforme portaria interministerial nº 1.413, de 10 de julho de 2013, artigo 8º, que reza:

Compete ao GTI Municipal do PSE (GTI-M):

I - apoiar a implementação dos princípios e diretrizes do PSE no planejamento, monitoramento, execução, avaliação e gestão dos recursos financeiros.

Apresentando metodologia complexa em função da exigência da compreensão em torno da descentralização, intersetorialidade, educação e saúde integrais, o PSE reúne profissionais das Secretarias de Educação e Saúde, em uma busca pela parceria otimizada em favor dos alunos da rede pública municipal de ensino.

Em um panorama da cidade que, sob o governo do Partido dos Trabalhadores, propunha ser uma cidade graciosa - segundo o mote do slogan “Fortaleza Bela”, sob o foco da humanização e participação social no atendimento das consideradas minorias -, assistimos a criação de coordenadorias, como a coordenadoria da mulher, da juventude, comissões da participação popular e orçamento participativo e da diversidade sexual. Também foram promovidas discussões em torno da prevenção de doenças em grupos em situação de risco - como as pessoas que se prostituem - e sobre a redução de danos àqueles que consomem drogas, entre outras ações. Dessa forma, a escola foi palco de ações preventivas, considerando-se o poder de formadora de opinião que exerce sobre as comunidades.

O PSE, portanto, estabelece-se em um quadro educacional que buscava, ainda, sua autonomia curricular, pois tentava contemplar a base comum e a base diversificada do currículo, prevista nos PCN - Parâmetros Curriculares Nacionais.

Dessa forma, a Língua Portuguesa, a Matemática e as Ciências - disciplinas da base comum nacional nas escolas públicas municipais - conviviam com a necessidade de abordagem de outros assuntos, que se tornavam um imperativo, como o turismo na cidade, as dificuldades específicas de poluições de rios e a violência, que caracterizavam esse ou aquele bairro da cidade. Esta seria a parte diversificada - os temas transversais - e caberia às escolas, com sua autonomia, decidir sobre o conteúdo mais adequado às comunidades.

Assim, o PSE traz consigo a real necessidade de adoção da temática da saúde em sala de aula, a fim de que sejam trabalhadas de forma continuada, com metodologias que possibilitem uma participação espontânea, lúdica e agradável, e não mais como ações pontuais da escola, quando da ocasião de surtos, endemias, ou apenas como dicas de prevenção de doenças e tratamento de agravos.

Ao vigorar como uma política pública intersetorial, o PSE prevê ações de educação em saúde, prevenção, tratamento e manutenção da saúde dos estudantes da rede pública, desde a educação infantil até a educação de jovens e adultos, além da capacitação dos profissionais envolvidos direta e indiretamente nas ações relacionadas ao Programa.

Pelo viés da educação, o PSE sofre influência da abordagem da educação integral. No entanto, Fortaleza ao fazer a adesão ao programa ainda precisaria - conforme previsto no componente III do Programa - formar os atores da política pública para implementá-la, promovendo capacitações desde as secretarias municipais da saúde e da educação até chegar ao público alvo da política: a comunidade escolar. Dessa forma, ao chegar a SER V, o PSE teve que enfrentar um grande desafio: viabilizar o processo de aprendizagem dos educandos das escolas cobertas pelo Programa, atendendo às demandas de procedimentos médicos-dentários e intervindo para promover a saúde nas comunidades escolares.

A SER V é, geograficamente, uma das maiores regionais entre as seis existentes à época da implantação do PSE e a maior em termos populacionais, apresentando o menor Índice de Desenvolvimento Humano de Fortaleza.³

Ao considerarmos as características socioeconômicas da região, além da densidade demográfica e o quadro epidemiológico, a SER V oferece vasto campo

³ Fonte: < <http://pt.calameo.com/read/0032553521353dc27b3d9> >. Acessado em 17 de janeiro de 2015.

para efetivação da política pública intersetorial de parceria entre educação e saúde. Nesse quadro, surgem algumas indagações:

- Os profissionais e secretarias envolvidos com a operacionalização do PSE dominam a compreensão, de fato, da essência do Programa enquanto política de prevenção de doenças, promoção da saúde e de educação integral?
- A estrutura e quantidades de equipes da saúde da família (ESF) existentes foram suficientes para cobrir as escolas contempladas com o PSE?
- A logística traçada para a região foi eficiente a ponto de criar os elos necessários ao bom funcionamento e ao estabelecimento de relações eficazes entre unidade de saúde e unidade escolar?
- As fragilidades já existentes na educação e na saúde foram empecilhos reais para o atendimento das metas trazidas no texto da política do PSE?

Apesar de o PSE ser - em algumas cidades como Eusébio e Caucaia - uma experiência melhor conduzida do ponto de vista do planejamento e execução das ações, consideramos que o número de escolas é determinante para a otimização ou menor desempenho do programa. No município do Eusébio são 20 escolas diretamente envolvidas e, segundo o articulador do PSE naquele município⁴ e membro do Gapa-CE - Grupo de Apoio à Prevenção à Aids, as escolas traçam no início do ano o plano anual de atividades, juntamente com as unidades de saúde. A secretaria municipal de educação, por sua vez, institui datas e treinamentos previstos para esse fim, para professores, mas, sobretudo, para os alunos, pois se centram nas capacitações para os jovens, multiplicadores dos assuntos escolhidos nas escolas, caracterizando o protagonismo juvenil, previsto no componente III do PSE.

Formação de Jovens Protagonistas para o PSE/SPE – Por meio da metodologia de educação de pares, busca-se a valorização do jovem como protagonista na defesa dos direitos à saúde. A publicação “Guia Adolescentes e Jovens para a Educação entre Pares” auxilia no desenvolvimento de ações de formação para promoção da saúde sexual e saúde reprodutiva, a partir do fortalecimento do debate e da participação juvenil; (BRASIL, 2011, p.18).

⁴Palavra de abertura do evento de lançamento do Projeto Fique Sabendo Jovem/UNICEF, dia 16/de dezembro de 2013, disponível em http://www.unicef.org/brazil/pt/media_26472.htm.

Acreditamos igualmente que Fortaleza - com um grande parque escolar, equiparável, por exemplo e em termos numéricos, ao parque escolar da cidade de Florianópolis - não consegue apresentar o mesmo resultado ao padronizar a metodologia de condução do Programa em suas escolas. Portanto, cada Secretaria Executiva Regional de Fortaleza, por si, já apresenta um número maior de escolas que muitos municípios cearenses, o que justifica uma nova metodologia para condução do programa na capital alencarina, atendendo às especificidades de seus territórios.

Como amostragem, a SER V é o foco da pesquisa, caracterizando um estudo de caso comparativo, do desempenho dos profissionais da Educação e da Saúde e o resultado, nas escolas e no currículo formal e informal, em função das práticas em prevenção de doenças e promoção de saúde. As escolas eleitas são a escola municipal Herbert de Sousa e escola municipal Enfermeira Maria Viviane Benevides Gouveia, em Fortaleza. Esta última considerada um CMES – Centro Municipal de Educação e Saúde, que pertenceu a SER IV tendo retornado atualmente a SER V, escolha esta devido à nossa aproximação com as mesmas, bem como por poder acompanhar, através dos seus gestores, as atividades que ocorreram - ou não - relacionadas ao Programa.

O estudo aborda a política pública de saúde e educação implementada em Fortaleza de 2009 a 2012, na SER V, a partir de dois aspectos analíticos: a efetividade do PSE enquanto promotor da saúde e da educação integral e a contribuição institucional-administrativa central na condução das atividades demandadas pelas escolas.

A suspeita de que a política de educação e saúde reproduza os reflexos das crises, desigualdades e exclusões imperantes (MAGALHÃES, 2013) na sociedade atual e que, de acordo com o território onde são avaliadas, as pessoas que as gerem e o público ao qual se destinam sofrem essa influência em maior ou menor escala; dessa forma, influenciam e são influenciados pelos resultados alcançados foi a hipótese perseguida.

Desta forma, este trabalho se divide em capítulos distintos, além da Introdução. Nesta, apresentamos uma descrição dos autores que embasam a pesquisa avaliativa do PSE e a escolha pela abordagem hermenêutica como base teórica de investigação, ou seja, o desenho metodológico da pesquisa. Essa fase delimita a abordagem da pesquisa hermenêutica, confrontando dados quantitativos e

qualitativos para uma avaliação mais aproximada possível da apelidada “antropologia hermenêutica”, processo caracterizado pela

descrição densa, interpretativa, microscópica – o que interpreta o fluxo do discurso social (...) tentando salvar o dito num tal discurso, da sua possibilidade de extinguir-se e fixá-lo em formas pesquisáveis (GEERTZ, 1989, p.8).

Assim, será permitido o “alargamento do universo do discurso humano” (GEERTZ, 1989, p.9). O propósito é a verificação do que resulta entre o texto da lei, que cria o Programa Saúde na Escola e o contexto de aplicação do previsto em lei, em contato com o território, interações entre escola e UAPS.

No momento seguinte, demonstramos: as referências oficiais do PSE nos documentos públicos, que trazem a definição da política em estudo; o PSE e seu marco regulatório nacional; a trajetória institucional, os conceitos e ideias em torno da educação e saúde; e, por fim, a definição de educação e de saúde integral e práticas de escola integradora.

Posteriormente, abordaremos: a chegada do PSE a Fortaleza; as escolas às quais foi direcionado; os territórios da SER V; contextualização do espaço geográfico, que é o lócus empírico do estudo; o recorte específico da avaliação, onde encontramos detalhes da SER V, suas características educacionais e epistemológicas e a inserção do Programa Saúde na Escola naquela região nesse contexto; bem como as interações entre saúde e educação e conceitos sobre educação em saúde.

No capítulo seguinte dispomos à apreciação os resultados da pesquisa no campo empírico de Fortaleza, mais especificamente na região da Secretaria Executiva Regional V, ampliando para uma visão panorâmica das demais SERs, ao complementarmos com uma percepção do PSE na atualidade do programa nas Secretarias de Educação e de Saúde. Os aspectos analíticos que a conduzem são: a efetividade do PSE enquanto promotor da saúde e da educação integral e a contribuição institucional-administrativa na condução das atividades demandadas pelas escolas.

Por sua vez, os objetivos específicos desta pesquisa são:

- Observar as práticas intersetoriais na efetivação das atividades traçadas no plano de ação - entre as unidades de saúde e unidades escolares - para execução do PSE;
- Averiguar as mudanças ocorridas nas práticas escolares no que tange ao currículo relacionado ao tema saúde, sob a ótica da abordagem etnográfica;
- Investigar, nas diferentes esferas administrativas (Grupo de Trabalho Intersetorial – GTI, Grupo de Trabalho Regional - GTR e Grupo de Trabalho Local – GTL), através de entrevistas semiestruturadas e abertas, as causas e consequências do planejamento de atividades a serem executadas naquelas escolas, inseridas naquela região.

Atualmente, pela descentralização do Programa, há uma nova denominação para os grupos de trabalho nas diferentes instâncias administrativas: o GTI Federal (GTI-F) e GTI Estadual (GTI-E), que também fazem parte do sistema de gestão do PSE, mas não serão pesquisados. Somente o GTI Municipal (GTI – M).

2.1 Trajetória Institucional

Política intersetorial de educação em saúde, o Programa Saúde na Escola (PSE) visa à integração e articulação permanente da educação e da saúde, proporcionando melhoria da qualidade de vida da população brasileira⁵. Como objetivo, pretende contribuir para a formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção, prevenção de doenças e atenção à saúde, com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino. Descentraliza, portanto, o atendimento médico associando-o à educação e promoção da saúde.

A descentralização consiste em uma estratégia do Estado para democratizar o serviço público do ponto de vista do acesso, como também no que se refere à gestão do mesmo mediante a maior participação popular, já que é a população quem melhor conhece as demandas que devem ser atendidas pelas políticas públicas.

O princípio por trás do processo de descentralização é o da subsidiariedade, pois “a responsabilidade por qualquer problema é, em primeiro

⁵ Site do Ministério da Educação, disponível em http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&id=14578:programa-saude-nas-escolas&Itemid=817

lugar, daqueles que estão mais próximos a ele” (ETZIONE, 1994 *apud* PARSONS, 2001, p.53). Em outras palavras, os recursos e poder devem ser transferidos para aqueles níveis onde os problemas aparecem, já que eles teriam melhores condições de atuar mais eficaz e eficientemente no trato daqueles problemas identificados.⁶ No entanto, essa vertente também atribui o fracasso das ações ao território, conquanto o responsabiliza pelas consequências negativas ali ocorridas.

Uma orientação das políticas de governo municipal foi a de reduzir os baixos indicadores voltados à alfabetização das crianças nas séries iniciais e finais. O PSE, em uma abordagem da Educação Integral prevista no Programa Mais Educação, é uma política que pactua com as metas do governo federal do então Presidente Lula. São as políticas suplementares para a educação.

O público beneficiário do PSE são os estudantes da Educação Básica, gestores e profissionais de educação e de saúde, comunidade escolar e, de forma mais ampla, estudantes da Rede Federal de Educação Profissional e Tecnológica e, também, da Educação de Jovens e Adultos (EJA).

As atividades de educação e saúde do PSE ocorrem nos territórios definidos segundo a área de abrangência da Estratégia Saúde da Família (ESF) do Ministério da Saúde, tornando possível o exercício de criação de núcleos e ligações, dentre os quais podemos citar os equipamentos públicos da saúde e da educação, como escolas, centros de saúde, áreas de lazer como praças e ginásios esportivos, etc.

O Estado, na sua função de garantir os direitos básicos do cidadão, enfrenta diversos problemas, sendo um deles (este de interferência crucial) a imensidão do território brasileiro que, por sua vez, limita as ações do governo central. Nessa perspectiva, torna-se quase impossível, em uma dimensão continental, reconhecer demandas e problemáticas tão longínquas, tornando qualquer estratégia de ação direta, ou qualquer plano de oferta de serviço público, ineficaz e inalcançável para muitos brasileiros. Torna-se, portanto, evidentemente necessário expandir os tentáculos da ação estatal ao ponto de serem superadas as barreiras espaciais referentes ao tamanho do território e, também, que sejam reveladas com maior clareza e exatidão as reais necessidades da população.

⁶ Fonte: <http://cappf.org.br/tiki-download_wiki_attachment.php?attId=98>.

Se por um lado se aumenta a burocracia e o risco no repasse de recursos para pontos tão distantes, por outro lado se constrói um mapa de carências a serem preenchidas e, a partir deste mapeamento fundamental e estratégico, é possível a criação de uma rede de oferta acessível à maioria da população, que pode ser fortalecida com a participação popular. Dessa forma, a estratégia de intersetorialidade emerge como um meio para alcançar o controle social dos serviços voltados ao território (ETZIONE, 1994 *apud* PARSONS, 2001).

A intersetorialidade seria, portanto, uma segunda etapa no processo de democratização do acesso e da participação popular na construção ações públicas voltadas para o bem estar social, ou seja, da descentralização. Ela se concretiza no momento em que se torna possível a criação de uma rede, totalmente integrada e interligada como suporte para as ações da menor esfera da administração pública do País, no caso, as prefeituras e suas respectivas subdivisões e secretarias.

Essa rede é fundamental para a plena eficácia das ações do Estado, uma vez que um de seus objetivos seria o de impedir ações fragmentadas ou isoladas. As carências de uma população são resultantes de diversas variáveis e ações isoladas podem não ter o efeito esperado ou sequer algum efeito. Quando se cria uma rede de secretarias distintas de diferentes esferas da administração pública, tem-se uma rede com ações mais sólidas, que se expandem sobre as diversas variáveis que ocasionam as problemáticas sociais.

No PSE a criação dos territórios locais é elaborada a partir das estratégias firmadas entre a escola, a partir de seu projeto político-pedagógico - cujo Art.8º, inciso II da Portaria 1.413 de 06/07/13, prevê a inclusão dos temas relacionados às ações do PSE no PPP - projeto político pedagógico - e a unidade básica de saúde. O planejamento destas ações do PSE considera o contexto escolar e social, o diagnóstico local em saúde no âmbito escolar e a capacidade operativa em saúde do escolar. Isso significa, em termos gerais, que em um território definido como área de abrangência de ação de uma unidade de saúde as equipes do PSF cobrirão as escolas ali inseridas a partir do diagnóstico constante nos relatórios já conhecidos do perfil de saúde daquela comunidade escolar e a condição de completude das equipes do Programa Saúde da Família. Essa decisão, no entanto, é pré-definida pelo Ministério da Saúde.

A escola é a área institucional privilegiada deste encontro da educação e da saúde, espaço para a convivência social e para o estabelecimento de relações

favoráveis à promoção da saúde pelo viés de uma educação integral, com ações integradoras escola/comunidade para esse fim. Assim, para o alcance dos objetivos e sucesso do PSE, é de fundamental importância compreender a Educação Integral como um conceito que compreende a proteção, atenção e o pleno desenvolvimento da comunidade escolar. Na esfera da saúde, as práticas das equipes de Saúde da Família incluem prevenção, promoção, recuperação e manutenção da saúde dos indivíduos e coletivos humanos, termos que decorrem de um conceito de administração calcado na inclusão social, como projeto político, e que podem variar de concepção de acordo com a visão do papel do Estado diante das crises.

Conservadores e progressistas defendem pontos de vista distintos em relação ao conceito de descentralização e sua finalidade. Descentralização é um processo dialético característico da democracia, o que implica participação popular.

Durante a década de 80, no Brasil do século XX, o Estado foi intervencionista, centralizado e autoritário. Fazia-se necessário pensar em uma nova configuração democrática e descentralizada, com o advento da redemocratização, partindo do princípio que é no município que se define social e territorialmente a concretização da ação integrada e intersetorial (ETZIONE, 1994 *apud* PARSONS, 2001).

Em Fortaleza, não diferente de outras cidades, a adoção da descentralização demandou treinamento dos servidores na configuração da administração participativa desejada para uma mudança no paradigma organizacional, quando da instituição das SERs – secretarias executivas regionais. Essa brusca mudança causou desconforto entre os servidores municipais: os que aderiam eram taxados de “traidores”; os demais tentavam não sucumbir às novas propostas, por considerar que seria um meio para futuras demissões (JUNQUEIRA, 1997, p.49).

Portanto, de acordo com Ckagnazarof; Mota, (2003) no Brasil, descentralização e democracia passaram a ser empregadas como palavras sinônimas. Assim, descentralização é estratégia para alcançar a inclusão social, um meio para a participação popular nos interesses coletivos, de forma a viabilizá-la.

“A articulação da descentralização e intersetorialidade permite o estabelecimento de redes regionais de ação social” (JUNQUEIRA, 1997, p.25). Dessa maneira, o PSE tem como abordagem a utilização dos equipamentos sociais com a finalidade da intersetorialidade, viabilizada pela descentralização.

3 MEU LUGAR NA PESQUISA

Supervisora Escolar concursada desde 2005 na Secretaria de Educação de Fortaleza, a pesquisadora desta investigação esteve à frente – embora como suplente da chefe do Distrito da SER V – do Programa Saúde na Escola naquela regional administrativa da Prefeitura Municipal de Fortaleza. Pesquisar, portanto, a atuação e desempenho do programa nas escolas daquela região, é também avaliá-los, indiretamente, como consequência. A pesquisadora atuou - enquanto responsável operacional da educação no Distrito de Educação V e articuladora junto ao Distrito de Saúde da mesma Regional - no PSE, mediando contato entre secretarias, escolas e unidades de saúde.

Nesse momento do trabalho, deflagramos uma revisão das principais disciplinas confrontadas no Mestrado em Avaliação de Políticas Públicas da UFC – MAPP. A experiência profissional desta pesquisadora confere a inserção no campo descrito, numa pesquisa preliminar, a pesquisa exploratória.

Em 2005, já admitida em concurso público na Secretaria de Educação de Fortaleza como Supervisora Escolar, a referida profissional conheceu os alunos da periferia da Secretaria Executiva Regional V - SER V - e comparou as diferentes realidades da mesma cidade: o litoral abastado, naturalmente provido de beleza e foco de urbanização e investimentos em turismo; e a periferia carente, insegura, desprovida de infraestrutura, onde alguns de seus moradores sequer conheciam a praia. Assim cresceu a curiosidade em investigar como o turismo pode beneficiar uma parte da população em detrimento de outra, vítima de remoções e de injustiças e excluída do processo da recepção dos benefícios turísticos, privilégio de poucos.

Em 2008, a pesquisadora se especializou em Políticas Públicas de Turismo pelo CEFET-CE, atual IFCE - Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará. Posteriormente, atuou na Coordenação administrativo-pedagógica do anexo escolar Novo Mundo – Pioneira II, no bairro Parque São José, entre 2005 a 2007. Enquanto Supervisora Escolar passou a integrar a equipe de Educação de Jovens e Adultos da SER V até 2010. Nesse período, desenvolveu e operacionalizou a versão EJA do já existente projeto Conhecendo Fortaleza, da PMF, que consistia em destinar ônibus do transporte escolar público para visita noturna dos pontos históricos da cidade com os jovens, adultos e idosos daquela

região. Em seguida integrou a equipe do Ensino Fundamental – acompanhamento pedagógico. Atualmente, compõe a equipe de Programas e Projetos na nova configuração do Distrito de Educação da SER V. O Programa Saúde na Escola é o que diretamente está sob sua responsabilidade, além do Programa Prêmio Escola Nota 10.

A inscrição da pesquisadora no MAPP se deveu a motivos relacionados com sua trajetória educacional e profissional. No entanto, enquanto vivenciava as teorias em sala de aula, era sobre a Copa do Mundo e suas repercussões o que pensava pesquisar. Porém, ao cumprir disciplinas que demandavam a ida ao campo de pesquisa, pode verificar o quão grandiosa poderia se tornar sua busca e o grande tempo que deveria disponibilizar para tanto (este último, artigo escasso num mestrado profissional). Decidiu, então, unir o útil ao agradável e avaliar o PSE, que é seu instrumento de trabalho direto desde 2008.

Os vários artigos, que foram base para as abordagens nas diferentes disciplinas do mestrado agregaram novos conhecimentos e abriram novos horizontes para questões dantes consideradas empiricamente simples que, no entanto, passaram a ter outra dimensão e intencionalidade se observadas sob o prisma dos novos olhares que o mestrado ofereceu. Entretanto, nada teria sido tão bem orquestrado não fosse a capacidade de intervenção de cada um dos mestres – no sentido mais amplo dessa palavra – que a pesquisadora encontrou no MAPP e com quais teve oportunidade de ter contato.

Como lugar da pesquisa, a profissional também entende a cidade de Fortaleza no contexto de um Programa de projeção nacional, com desdobramentos locais, não só a título de cidade contida em um Estado historicamente marcado pelas carências de chuva - inserido que está na Região geográfica do Nordeste brasileiro -, marcadamente uma região de desigualdades econômicas em relação às demais, o que resulta diretamente em situações de educação e saúde características.

Por fim, é na SER V - com suas especificidades de região periférica, baixa média de poder econômico e aquisitivo e muito populosa -, da qual a pesquisadora fez parte durante muitos anos como residente, que por ora atua enquanto servidora pública.

4 BASES TEÓRICAS

A avaliação do grau de efetividade no processo de execução do PSE, no âmbito da Regional V - incluindo o cumprimento de metas estabelecidas, a avaliação de resultados, as mudanças factíveis em educação em saúde entre a comunidade escolar, além da sistemática da contribuição institucional para o alcance dos objetivos do Programa - resumem o alcance desta pesquisa.

Portanto, o recorte empírico e de pesquisa é a Secretaria Executiva Regional V, região situada na parte sudoeste da cidade de Fortaleza, com característica predominante de baixo poder aquisitivo, carências e vulnerabilidades sociais. Na conclusão foram incluídas as demais SERs, bem como na coleta de opinião e investigação sobre o conhecimento sobre o Programa por parte dos profissionais que lidam diretamente com ele, nos Distritos de Educação e de Saúde.

O intervalo temporal desta análise se define no período compreendido entre 2009 e 2012, na administração da prefeita de Fortaleza, Luizianne Lins, em cuja pasta da Secretaria de Educação e Assistência Social (SEDAS) esteve Idevaldo Bodião depois Ana Maria Fontenelle, seguida, em 2012, por Elmano de Freitas. Na pasta da Saúde estava Odorico Monteiro, substituído por Alexandre Mont'Alverne e posteriormente por Ana Maria Fonteneles, antes Secretária de Educação. A borda temporal se justifica pela implantação e primeiros anos de atividade do PSE que, durante a inclusão de Fortaleza no respectivo Programa, teve a pesquisadora desta investigação como condutora suplente no Distrito de Educação da Secretaria Executiva Regional V.

A avaliação, *ex post*, finaliza com uma perspectiva de futuro e um panorama presente do Programa nos sistemas públicos de educação e de saúde. Ao final da avaliação, identificamos os fatores determinantes para o maior ou menor sucesso do Programa nas escolas citadas. “Verificar o cumprimento do programa conforme o que foi estabelecido inicialmente e subsidiar possíveis alterações” (SILVA, 2008, p. 122) é a utilidade prática, para possíveis redirecionamentos administrativos, desta pesquisa.

4.1 Hermenêutica de Geertz

A avaliação política pressupõe mudanças. Lejano (2012, p.17), defende que a avaliação política deve, via de regra, provocar mudanças benéficas ao público ao qual se dirige, ou seja, aos beneficiários da política pública. Trata-se de contrapor ou paralelizar o texto - sob a forma igualmente importante das leis e publicações oficiais - com o contexto, e-mails, conversas informais, sites, etc.

A vivência, a ida ao lócus, a experimentação, tudo isso aproxima a proposta do autor de uma pesquisa etnográfica, com uma abordagem comprometida com a interlocução entre beneficiários e gestores da política pública, como defende Rodrigues (2008). A abordagem da pesquisa em profundidade (termo utilizado por Rodrigues) encontra fonte em Lejano (2012), autor que defende a avaliação compreensiva, modelo basilar da avaliação em profundidade, que pressupõe que a avaliação de políticas públicas se paute “no paradigma hermenêutico, privilegiando a interpretação, o contexto, a noção de processo, as abordagens ‘de dentro’ das situações estudadas.”⁷

Rodrigues ainda defende que a avaliação de uma política pública deva “retirar o foco da avaliação dos atendimentos aos objetivos da política e centrar-se no processo de sua concretização, ou seja, a vivência da política.” (RODRIGUES, 2008 p.47). Em concordância com a autora, a avaliação do PSE considera, para além dos números gerados durante o recorte temporal da pesquisa, a percepção e sentimentos daqueles aos quais a política toca direta ou indiretamente, quer sejam gestores, alunos, professores e comunidades escolares envolvidas no Programa.

Desta maneira, o resultado alcançado por esta pesquisa tanto desvenda o processo executivo da política pública adotada na condução do PSE naquele período, naquela regional, quanto subsidia novas atividades, formas de condução e metodologias na gestão municipal atual, sobretudo se considerarmos que esta pesquisadora permaneceu à frente do PSE no Distrito de Educação da SER V durante longo período.

O lócus da pesquisa é determinante, portanto, para a abordagem etnográfica buscada. Laplantine diz que ir ao encontro dos sujeitos pesquisados é

⁷ Slides apresentados pela professora Léa Rodrigues durante o Seminário Brasileiro de Monitoramento e Avaliação, em Fortaleza, 2013.

uma atividade decididamente perceptiva, fundada no despertar do olhar e na surpresa que provoca a visão, buscando, numa abordagem deliberadamente micro-sociológica, observar o mais atentamente possível tudo o que encontramos (...) (LAPLANTINE, 2004, p.15).

A ida ao território, a busca pelos alunos, a inserção na comunidade escolar, nas unidades de saúde, a percepção da realidade contextualizada caracteriza a pesquisa etnográfica que é a “descrição e a interpretação ou explicação do que as pessoas fazem em um determinado ambiente, os resultados de suas interações e o seu entendimento do que estão fazendo”. (WIELEWICKI, 2001, p. 1).

Assim, como Laplantine (2004), Geertz (1989) se refere ao contato direto como forma de acesso sensitivo ao pesquisado, para o estabelecimento de novas relações, o mapeamento de campos o que conduz ao esforço intelectual que propicia a descrição densa, a busca de significados da política para os que dela fazem uso, seja na formulação, execução e na vivência como usuários, visando “investigar a importância não aparente das coisas” (GEERTZ, 1989, p. 20).

Desta forma, a hermenêutica de Geertz propicia a melhor abordagem para a presente pesquisa. A prática de estudos orientados para a etnografia, além das fases de estabelecimento de relações, seleção de informantes, transcrição de textos, levantamento de genealogias, mapeamento de campos, “implica também em um esforço intelectual que representa um risco elaborado para uma descrição densa” (GEERTZ, 1989, p. 3). A ciência antropológica é, de acordo com o autor, uma interpretação da observação que explica conteúdos.

Para Geertz a pesquisa densa -, foco deste trabalho, é essa “multiplicidade de estruturas conceituais, complexas, sobrepostas ou amarradas umas às outras, irregulares, estranhas e implícitas” que o pesquisador necessita apreender para posterior apresentação - das suas falas e percepções - das respostas obtidas junto aos praticantes. É, portanto, um posicionamento como experiência pessoal, situando-nos no espaço do outro. Em suma: a presente pesquisa buscará ser compreensiva, densa e qualitativa, com orientação hermenêutica da pesquisa de Geertz, fixando-a numa forma inspecionável.

5 METODOLOGIA

Neste procedimento – o desenho metodológico – especificamos o modelo de análise, delimitando os conceitos, dimensões e indicadores que conduzem à confirmação ou negativa das hipóteses levantadas. Nesse sentido, as técnicas utilizadas e instrumentos de aferição, as medidas e avaliações qualitativas são somadas na intenção de explicar o fenômeno temporal e territorial do PSE e suas variações.

É importante destacar que a perspectiva metodológica assumida - para buscar compreender os processos que permeiam o Programa Saúde na Escola - é a de alcançar a compreensão da percepção dos envolvidos diretamente nas ações do PSE, de forma ativa ou passiva, em acordo com a abordagem densa de Geertz.

A presente pesquisa se pauta pela ida *in loco* nas escolas onde se verificou maior e menor efetividade do Programa - percepção obtida pela pesquisa exploratória, de convívio e atuação profissional - através da coleta e análise das informações formais fornecidas pela escola e/ou unidade de saúde, além da realização das ações de educação em saúde, conforme metas traçadas no plano de ação dessas escolas, naquele período.

Duas foram as escolas escolhidas: a EMEIF Herbert de Sousa - localizada na Rua Urucutuba, n.1599, no Bairro Bom Jardim - e a Escola Municipal Enfermeira Maria Viviane Benevides Gouveia, situada à Rua Creuza Roque, n.247, na Vila Manuel Sátiro, ambas em Fortaleza.

Procedemos a um estudo de caso comparativo, visando a avaliação de dados coletados através de entrevistas e busca de informações nos sistemas on-line alimentados pela Educação e pela Saúde, o SIMEC e o e-SUS, respectivamente.

Do ponto de vista metodológico, a investigação segue a abordagem da avaliação densa (GEERT, 1989) com característica etnográfica interpretativa, com ênfase nas variáveis quantitativas. A pesquisa busca, assim, mesclar as informações de quantidade de alunos atendidos, número de idas à escola dos profissionais da unidade de saúde; as vulnerabilidades e agravos a que estão expostos os alunos, de acordo com os componentes previstos no PSE; os procedimentos que derivaram desses diagnósticos; além dos insumos utilizados nessas atividades, sem desprezar, no entanto, a aproximação da realidade dos alunos.

O foco no *lócus* empírico fornece o contexto (LEJANO, 2012) no qual estão inseridos os alunos, variável determinante para os rumos que tomam as atividades previstas pelo Programa.

A avaliação contempla: pesquisa documental; institucional; os registros no SIMEC; as informações coletadas com servidores públicos, que atuam nas Secretarias e nos Distritos de Educação e de Saúde; idas às escolas para entrevistas aos professores, gestores e alunos diretamente envolvidos na execução; e agentes ativos ou passivos das atividades do Programa – no eixo alunos, foram entrevistados os componentes dos grupos de trabalho local – GTLs, em número que variam de seis a doze por escola. Foram entrevistados, também, os profissionais das unidades de saúde que atendem àquelas escolas.

Ademais, a pesquisa busca uma perspectiva para desdobramentos atuais do PSE quando projeta luz nas atividades passíveis de ocorrer na atual gestão do Prefeito Roberto Cláudio, tendo à frente da pasta da Secretaria de Educação de Fortaleza o Secretário Ivo Gomes, licenciado para disputar um novo mandato parlamentar. Foram promovidas, também, entrevistas aos atuais profissionais, que atuam no PSE nessa nova gestão municipal, não como fim principal, mas como forma de desenhar o que está planejando para o Programa neste e nos próximos anos.

Cabe-nos enfatizar a concepção de avaliação que pauta a nossa pesquisa. Críticos do paradigma positivista, nossa pesquisa se baseia na abordagem hermenêutica, compreensiva, onde o contexto e a interpretação das situações dentro do *lócus* pesquisado ditam seus resultados.

Como pontos fortes na utilização da metodologia temos: análise de conteúdo; reconstrução da trajetória da política pública; análise de dados macro institucionais; aplicação de instrumentos quantitativos que contemplem indivíduos representativos da política públicas, já mencionados; articulação e avaliação dos dados quantitativos e qualitativos colhidos nas entrevistas e pesquisa documental.

A pesquisa em profundidade, com viés etnográfico (RODRIGUES, 2008), serve de base para a tendência em perspectiva, que é a utilização da triangulação de métodos, que supõe a “presença do avaliador externo; as abordagens quantitativas e qualitativas e (...) análise do contexto das relações e das

representações e a participação” (MINAYO, 2005)⁸. Portanto, a combinação de múltiplos pontos de vista, considerando os diferentes atores envolvidos como alvo da pesquisa dá-se com:

- Funcionários públicos, que atuaram diretamente no Programa, nas secretarias de saúde e de educação, à época;
- Funcionários públicos e terceirizados, que atuaram no Programa, nos distritos de educação e de saúde na Secretaria Executiva Regional V;
- Profissionais de saúde das unidades de saúde e professores das unidades de ensino;
- Alunos atendidos direta ou indiretamente pelo Programa.
- Servidores públicos que se dedicam atualmente à gestão do Programa.

Ao considerarmos o alcance de respostas aos objetivos da pesquisa, listamos as técnicas e instrumentos a serem utilizados para cada fim.

A presente pesquisa objetiva avaliar a efetividade na execução do Programa Saúde na Escola – PSE, no atendimento aos estudantes das escolas compreendidas na área da Secretaria Executiva Regional V, em Fortaleza. Por efetividade⁹ entendemos o conceito encontrado no Dicionário Priberam como sendo:

1. Qualidade de efetivo.
2. Estado ativo de fato.
3. Duração de exercício.

Para tanto, focando na abordagem etnográfica, percorremos - repito - as escolas e unidades de saúde, revisitando documentos, registros e falas dos atores diretos e indiretos do Programa. As fontes serão os sites oficiais, os blogs e registros de eventos das escolas, os registros promovidos pelas unidades de saúde, as falas e impressões coletadas através de diário de campo e gravações de áudio, além de

8 Citação em material áudio visual; slides expostos pelo professor Alcides Gussi na disciplina **Análise Qualitativa** do Mestrado em Avaliação de Políticas Públicas – MAPP, em novembro de 2013.

9 "Efetividade" *in* Dicionário Priberam da Língua Portuguesa [em linha], 2008-2013. Fonte: <<http://www.priberam.pt/DLPO/efetividade>>. [consultado em: 03 fev.2015].

registros fotográficos. Serão aplicadas entrevistas aos atores diretos e indiretos do Programa.

O levantamento numérico de atendimentos médicos e de ações nas escolas propicia a verificação da frequência de visitas feitas pelas equipes do PSF às unidades de ensino e se, de acordo com o planejamento, foram suficientes para cumprir o calendário inicialmente traçado entre as unidades de saúde e de educação, cobrindo o arrazoado de alunos proposto: alunos do Programa Mais Educação nas escolas (eficiência); demais alunos da escola (eficácia), ou se, a partir da avaliação diagnóstica promovida, foram necessárias novas intervenções na comunidade escolar (efetividade). Os dados quantitativos serão baseados no número de alunos geral das escolas pesquisadas, no público a ser atendido pelas consultas diretamente, pela vulnerabilidade e demais constatações que porventura surjam a partir da coleta dos dados.

Já o levantamento de informações qualitativas se divide em:

- Entrevistas com perguntas abertas aplicadas aos gestores das secretarias de saúde e de educação. Essas entrevistas têm como finalidade verificar o conhecimento sobre o alcance do Programa e quais os aspectos relacionados mais diretamente ao público alvo de Fortaleza, especificamente aos alunos da região V (apêndice nº 2);
- Entrevistas com perguntas semiabertas para os profissionais de educação e de saúde nos Distritos de Educação e de Saúde, para verificar a compreensão e encaminhamentos que foram tomados a partir das diretrizes traçadas pelas secretarias planejadoras, de que forma foram planejadas e quais aspectos foram considerados na sua concepção e execução (apêndice nº 2);;
- Levantamento de informações nas gravações de entrevistas com grupos focais dos GTs, compiladas com o fim de verificar as mudanças que se operaram nas rotinas das escolas e suas práticas. Nesses grupos, reuniremos professores e alunos que participaram diretamente das formações sob o tema promoção da saúde. (apêndice nº 1);

Os dados coletados nos sistemas informatizados da Educação e da Saúde projetam oficialmente os atendimentos e, apesar de não haverem sido reunidos para a promoção da avaliação oficial do Programa, à época prevista no

componente 5 do PSE, fornecem dados para serem confrontados com o contexto estudado.

Conclusivamente, mas não encerrando o assunto PSE, faz-se uma análise do conteúdo sobre o conhecimento acerca da política pública em foco, com atuais profissionais que atuam no PSE, coletado através de entrevistas semiabertas na Saúde, nos distritos de Educação e nas demais regionais, a fim de traçar um panorama do Programa na atual gestão municipal.

5.1 Local e Período do Estudo

A pesquisa realiza-se em Fortaleza, capital do Estado do Ceará, nas diferentes Secretarias Executivas Regionais e seus distritos de Saúde e os de Educação, além de em duas escolas municipais CMES Enfermeira Maria Viviane Benevides e Escola Municipal Herbert de Sousa e suas UAPS Enfermeira Maria Viviane Benevides Gouveia e UAPS Argeu Herbster, respectivamente. A pesquisa estende-se, igualmente, às Secretarias Municipais de Saúde - SMS e a de Educação – SME. As entrevistas ocorreram durante os meses de novembro e dezembro de 2014.

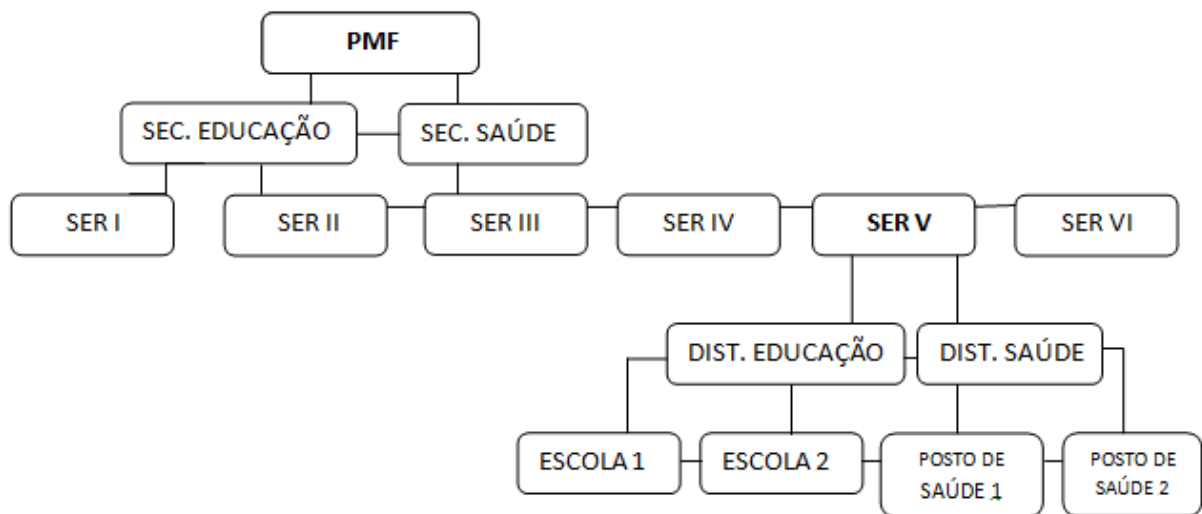
5.2 Tipo de Estudo

Inicialmente, a pesquisa exploratória foi a norteadora deste estudo em densidade e qualitativo. A pesquisa exploratória segundo Gil, Licht e Santos (2006) fornece hipóteses, a partir da observação do objeto empírico e análise de documentos. A partir da observação participante, fundam-se questões que conduzem à pesquisa sobre a efetividade do programa junto às comunidades que dele fazem uso.

5.3 Seleção dos Sujeitos do Estudo

São sujeitos os agentes da política pública de saúde e de educação, responsáveis pela gestão social do Programa Saúde na Escola, os profissionais municipais da Educação e da Saúde e, ao mesmo tempo, destinatários dessa mesma ação, juntamente com os alunos das escolas públicas municipais.

- Alunos da escola Herbert de Sousa – 10 alunos;
- Alunos da escola Viviane Benevides – 12 alunos;
- Técnicos da Saúde – em número de 09, atuam nas UBS, distritos de Saúde e Secretaria de Saúde;
- Técnicos da Educação – em número de 13, atuam nas escolas, distritos de Educação e Secretaria de Educação.



5.4 Fases da Coleta de Informações

A técnica utilizada foi a entrevista semiestruturada e aberta, além de grupos focais com os alunos. A entrevista semiestruturada é composta por perguntas fechadas e/ou abertas, no qual o informante-chave é convidado para explicar livremente sobre a temática, buscando dar mais profundidade as reflexões (MINAYO, 2008). A narrativa traz a temática e abordagens por categorias analíticas e listados os assuntos mais presentes nas entrevistas, para uma aproximação dos objetivos propostos.

Os atores da política pública em destaque foram entrevistados em seus ambientes de trabalho e estudo. As entrevistas ocorreram durante todo mês de novembro e parte de dezembro de 2014, resultado da garimpagem aos antigos e atuais profissionais atuantes no PSE. Cumprem-nos salientar as condições adversas encontradas no percurso de realização das entrevistas, quais sejam:

- Não dispensa funcional de horário para estudo, um entrave para o agendamento das entrevistas;
- Localização de antigos profissionais envolvidos no Programa, quando da gestão passada, que já não se encontram em suas secretarias de origem, ou postos de trabalho;
- Deterioração, extravio ou retenção de documentos nas escolas, postos de saúde, distritos e secretarias;
- A falta de oportunização de entrevista dos profissionais em função do ativismo com vistas ao encerramento do ano funcional.

5.5 Processamento e caracterização das informações

Após leitura do material impresso das entrevistas e do grupo focal emergiram as categorias buscadas na pesquisa, a saber:

- CATEGORIA ANALÍTICA: Promoção da Saúde.
- CATEGORIA ANALÍTICA: Educação/Saúde integrais.

A busca em cada categoria analítica remete aos objetivos específicos da pesquisa em foco:

Objetivo específico 1 – observar as práticas intersetoriais na efetivação das atividades traçadas no plano de ação entre as unidades de saúde e de ensino para a execução do PSE.

Objetivo específico 2 – verificar mudanças ocorridas nas práticas escolares no tangente ao currículo, relacionadas ao tema saúde, sob a ótica da abordagem hermenêutica.

Objetivo específico 3 – investigar nas diferentes esferas administrativas do PSE as causas e consequências do planejamento das atividades a serem executadas naquelas escolas.

5.6 Aspectos Éticos da Pesquisa

Aos participantes foi comunicado o andamento dos processos de consulta e permissão abertos nos setores jurídico da SME e SMS para realização da pesquisa nas escolas, distritos de educação e no de saúde, postos de saúde, secretarias de saúde e de educação, ao que também foi entregue o termo livre e esclarecido para assinatura, garantindo-lhes a utilização das informações obtidas de forma sigilosa.

6 O NASCIMENTO DO PSE - UMA POLÍTICA INTERMINISTERIAL

6.1 Educação Integral

A sociedade brasileira de 1920 a 1930 buscava uma identidade para a escola, tentando romper com paradigmas já considerados arcaicos internacionalmente. Segundo Tenório e Schelbauer (2000), o movimento da Nova Escola - fundador das práticas da Educação Integral - surge no Brasil final do século XIX e se estende até o início do século XX, inspirado nas ideias político-filosóficas de igualdade entre os homens e do direito coletivo à educação. O suíço Adolphe Ferrière, considerado um dos fundadores do escolanovismo, acreditava ser a liberdade reflexiva - a autonomia do aluno longe dos formalismos e das práticas distanciadas da vida cotidiana da escola – o ponto central da sua obra.

O crescimento econômico propiciado pelo desenvolvimento da indústria cafeeira trouxe grandes mudanças na sociedade industrial e intelectual brasileira. Essa mudança estrutural e de comportamento da sociedade exige que também a escola se reestruture. A escola, portanto, necessita ser nessa nova configuração não a preparação para a vida, mas a própria vida, integrando o cidadão na escolaridade e na democracia, formando cidadãos democraticamente atuantes, mote da educação integral. Teve como um de seus principais representantes Anísio Teixeira, no qual nos iremos apoiar.

A Educação Integral, termo não usual utilizado na obra de Anísio Teixeira, mas que perpassa por toda a sua obra e filosofia sobre educação, é tomado aqui como o sentido da plena formação do sujeito, preparando-o para a vida, a partir das ideias deste educador.

Sobre a nova postura da escola diante da educação integral exigida pela nova sociedade, Tenório e Schelbauer esclarecem que,

A função da escola avança para o campo da educação total do sujeito, no momento em que prioriza no seu currículo, não apenas os conteúdos clássicos científicos: da leitura, da escrita e das ciências exatas; todavia, quando trata e oportuniza em seu trabalho pedagógico a transmissão de valores éticos e morais, do ensino das artes e da cultura, de hábitos de higiene e disciplina e de preparação para um ofício. (TENÓRIO; SCHELBAUER; 2000, p.2).

Apesar do pensamento de que o escolanovismo tenha sido um movimento que causou distorções na educação, Cavaliere Tenório e Chelbauer (2000) afirmam que Anísio Teixeira, na sua concepção de educação integral, não a associava ao movimento integralista que se originou em Portugal e chegou ao Brasil no início do século XX. O Integralismo acreditava que a sociedade só poderia funcionar com ordem e paz, sendo considerado fascista e de cunho ultraconservador, pensamento que se distanciava do ideal da educação integral, que objetivava a completude do ser, de cunho sócio integrador, na busca por uma identidade sociocultural, de um projeto mais amplo de sociedade.

Para Anísio Teixeira, a revolução do conhecimento gera exércitos de pessoas que se dividem entre os que sabem e os que não sabem. A preocupação do educador era de manter os menos favorecidos em pé de igualdade de competição com aqueles que dominavam o conhecimento. Percebe, também, que o desemprego se agrava entre os que têm baixa escolaridade, um dado que indicava a urgência de investimentos na educação.

O manifesto dos Pioneiros da Educação Nova, divulgado em 1932, do qual Anísio Teixeira tomou parte, caracterizou-se como o marco da renovação da educação no Brasil. Empunhava a bandeira de uma escola única, pública, laica, obrigatória e gratuita, ou seja, uma educação voltada para todos sem discriminação social, uma escola integral e única, que se contrapunha à escola tradicional. Era, portanto, uma escola nova. (MAGALDI; GONDRA, 2003 apud MELO ET AL, 2012).

A abertura educacional proposta pelo manifesto na época - 1932 - ampliava a função da escola para além dos limites das classes sociais, assumindo a educação um caráter mais humano, como revelam Magaldi e Gondra,

A educação possuía um ideal condicionado pela sociedade atual, porém, valorizando, sobretudo, o humano, a solidariedade, o serviço social e a cooperação. Uma educação pragmática com a finalidade de servir aos interesses do indivíduo e para o trabalho. (MAGALDI; GONDRA, 2003 apud MELO ET AL, 2012, p. 10).

O manifesto defende ainda a naturalidade da escola, onde frequentá-la seja espontâneo e agradável. Desta forma, o ideário do manifesto influenciou as ideias posteriores, influenciando a Constituição Federal de 1934, as teorias da educação, as práticas pedagógicas e a política educacional, segundo Saviani (2004).

A concepção de Educação Integral defendida por Anísio Teixeira não pautou seu discurso desde o início. Aliás, é um termo o qual nunca utilizou diretamente, atribuído a ele por conta das características dos seus escritos, sobretudo após o contato com John Dewey - nos EUA -, ideias que inspiraram outro defensor da educação integral dos sujeitos: Paulo Freire.

Anísio considerava que a escola juntamente com a indústria – processo econômico na época – contribuiriam na organização da sociedade, favorecendo a sua democratização (TEIXEIRA *apud* FONSECA, 2006), ponto de vista que Paulo Freire experimentara na obra Educação e Atualidade Brasileira (1959), onde criticava a inexperiência democrática do brasileiro. (FONSECA, 2006).

Após o golpe militar de 1964, e conseqüente exílio, Paulo Freire confere novos contornos às suas obras, o que resulta nos estudos Educação como prática da liberdade (1967) e Pedagogia do Oprimido (1969). Para Freire, a educação seria um meio para alcançar a consciência crítica necessária à transformação da sociedade por meio da democracia, ou seja, uma educação democrática e de cunho popular.

6.2 Saúde Integral

O risco de adoecimento é a preocupação do artigo 196, que trata do direito à saúde, clarificando que o Estado deve garantir políticas de prevenção, proteção e recuperação da saúde, adotando políticas econômicas que melhorem as condições de vida da população. No entanto, parece-nos muito abrangente o texto da lei, ao prever uma suposta intervenção do setor da saúde em outros setores, como alimentação e assistência social, de forma a atender o sugerido no texto.

O “novo” conceito de saúde trazido pela Constituição Federal de 1988 provoca outros setores, considerando os determinantes e condicionantes necessários para a abrangência da compreensão da saúde, fugindo do pensamento individualista, que atribuía ao indivíduo a responsabilidade por sua saúde ou adoecimento, sem relacionar a saúde aos aspectos socioambientais que cercam o indivíduo e a coletividade, considerado, portanto, um conceito mais completo – integral – da concepção de saúde.

Ao pensarmos no artigo 196 da CF, podemos dividi-lo em duas partes distintas:

- 1- A que considera o bem estar físico, individual, afetivo, familiar, psicológico, social e mental do cidadão;
- 2- A que garante serviços de assistência preventiva e curativa.

O artigo 198, por sua vez, prevê as diretrizes nas quais o SUS deve ser organizado para garantir a integralidade da assistência à saúde, definindo as necessidades individuais e coletivas realizadas nos mais diferentes patamares de complexidade dos serviços em saúde.

6.3 Educação em Saúde

Desde 1971 é instituída a educação em saúde - Programa de Saúde - no artigo 7º da reforma da LDB, lei nº 5692/71. Desde então passa por diferentes tentativas de definição de diretrizes, que traduzissem a expressão “educação em saúde”, dada a complexidade de definição de cada um desses termos.

Ao longo do tempo, com o desenvolvimento e as medidas sanitárias pelas quais passou a sociedade, a escola passa a oferecer saúde como forma de conscientizar a população, sobretudo as mais carentes, dos cuidados com a higiene corporal e as mudanças de hábitos, principalmente entre as crianças. (MONTEIRO; BIZZO, 2011).

Adentra a escola de maneira impositiva, sob a égide de cuidados com a saúde, “os princípios de higiene como instrumento de normatização e saneamento da sociedade” (FOUCAULT *apud* MONTEIRO; BIZZO, 2011). Prescrevendo intervenções sociais, o princípio de educação em saúde chega a defender que a merenda escolar, que deveria ser alimentação oferecida aos alunos pelo período de tempo que se encontra na escola é, na verdade, um suplemento à saúde do escolar. Massalay (2012), citando Collares e Moysés, fala da tentativa dos discursos governamentais de escamotear uma realidade mais cruel quando atribui à merenda a falácia de resolver problemas reais de desnutrição entre os escolares, bem como atribui à fome o fracasso escolar, redimindo a escola do seu real papel social e “impossibilitando essa mesma escola de se autocriticar” (COLARES, 1985, p. 50-51).

Assim, como a boa saúde ou a ausência dela é fruto da apreensão e prática do aprendizado sobre higiene obtido na escola, é quase uma opção individual ter ou não saúde, assumindo essa opção, mesmo nos documentos oficiais um caráter comportamental. Portanto, as práticas em educação e saúde ainda hoje assumem um caráter assistencialista e a escola segue sendo depositária de diversos programas com fins distintos, como: Segurança no Trânsito; Programa Mais Educação; o Peteca; Educação Fiscal; Atleta na Escola, entre outros.

6.4 As Interações entre Educação e Saúde

A educação brasileira desde os tempos coloniais (iniciada pelas missões jesuítas) tem sido conduzida por preceitos daquilo que se entende ser uma sociedade justa.

A partir da concepção de homem e de mundo são definidos os conteúdos e as metodologias a serem utilizadas, de forma a fomentar a formação da sociedade ideal surgida e mantida através da educação ou da ausência dela. Dessa forma, o tratamento dado às diretrizes educacionais denota a maior ou menor importância dada ao tema.

No Brasil, a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública no governo de Getúlio Vargas, em 1930, revela o tratamento dado ao setor, tendo em vista que a instituição desenvolvia atividades pertinentes a vários ministérios como saúde, esporte, educação e meio ambiente. Até então, os assuntos relacionados à educação eram tratados pelo Departamento Nacional do Ensino, ligado ao Ministério da Justiça. Somente em 1953 muda para Ministério da Educação e Cultura (MEC).

A partir da pauta de universalização da educação, propiciada pela LDBEN de 1996, as salas de aula regulares ampliaram a oferta de vagas aos mais diferentes grupos humanos, absorvendo suas características na tentativa de superação das dificuldades e barreiras sociais. Como consequências, diversos tipos de necessidades especiais e problemas sociais e de saúde se manifestam mais direta e quotidianamente no espaço escolar. Atender às demandas de aprendizagem dos alunos se torna um desafio ainda maior, se considerarmos as dificuldades que a escola já confrontava em cumprir seu papel social, dadas as circunstâncias e problemas enfrentados. Concomitantemente, os conceitos de saúde também se ampliaram quando da criação do SUS, em 1988, a partir da Carta Magna brasileira,

que define a saúde como “direito de todos e dever do Estado”. Essa definição, no entanto, é resultado de várias reuniões e conferências sobre saúde que foram, paulatinamente, apurando o sentido do conceito de saúde, de forma a torná-lo cada vez mais humanizado, tais como Alma Ata (1986), Conferência Mundial de Promoção a Saúde (1988), a Conferência de Adelaide (1988).

No Brasil, segundo o portal do Ministério da Saúde, esta não era um direito e garantia individual do cidadão, tendo acesso a ela somente aqueles que dispusessem de serviços de saúde privados, além “dos que tinham direito à saúde pública por serem segurados pela previdência social (trabalhadores com carteira assinada)”.¹⁰

A lei 8.080 dispõe sobre as condições de descentralização dos serviços do SUS, sua organização e seu funcionamento, definindo os papéis desempenhados pela União, Estados e municípios, sem hierarquizá-los, mas promovendo uma descentralização desses serviços entre os entes públicos e as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Esse modelo de administração da saúde pública também prevê a participação popular através dos mecanismos de participação pública - os conselhos de saúde e as conferências -, garantindo ao cidadão não só o atendimento como usuário, mas a participação como construtor e aperfeiçoamento do sistema de saúde.

Esses mecanismos garantem a atualização das ações do SUS com vistas ao atendimento às necessidades dos usuários do ponto de vista humanizado, pois as discussões geradas levam ao acompanhamento e monitoramento das ações do SUS e a proposições de aperfeiçoamento no modelo de gestão da saúde através da defesa dos interesses da coletividade.

O conceito de *saúde* e *doença*, ao longo do tempo, modifica-se e molda-se à situação cultural, econômica, social e política da época, disso dependendo as questões filosóficas, religiosas e científicas vigentes. Dessa forma, a saúde, por exemplo, já foi considerada ausência de doenças, como bem-estar e como um valor social. A doença, no Antigo Egito, já foi encarada castigo dos deuses, algo que se introduzia de fora para dentro, sob a forma de punição pelos pecados, ou como para os antigos hebreus, uma cólera divina que se abatia sobre os homens (SCLiar, 2007). Ironicamente, também, Deus era o Grande Médico, tratador dos grandes

¹⁰ Fonte: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2009/11/sus-democratiza-o-acesso-do-cidadao-aos-servicos-de-saude>>. Acesso em: 17 out.2014.

males, donde “De Deus vem toda a cura” (Eclesiastes, 38, v.1-9). Hipócrates de Cós (460-377 a. C.) postulava a doença como sendo o desequilíbrio entre os quatro fluidos corporais – bile amarela, bile negra, fleuma e sangue – e onde a saúde, portanto, seria equilíbrio entre esses fluidos.

O desenvolvimento da mecânica motivou, no século XVII, René Descartes a acreditar no dualismo corpo-mente como o funcionamento físico de uma máquina. Dessa forma, a doença seria algo que acometia, para Descartes, os órgãos do corpo, afastando quaisquer crenças na concepção humoral da doença, defendida por Hipócrates. No Oriente, a crença que a saúde pode ser mantida pela prática de medidas terapêuticas, como acupuntura e *yoga*, restaura o fluxo normal de energia física, concepções perdidas quando da retomada, na Idade Média, da concepção de doença e saúde pelo viés da divindade (SCLIAR, 2007, p.34). Morrer, inclusive, baseado na ausência de informações precisas sobre a origem e tratamento de determinadas doenças, passa a ser a purgação para os pecados do doente e especular cientificamente sobre essas causas era desnecessário e perigoso (FONSECA *et al.*, 2007). É nessa época que surgem os primeiros hospitais.

Durante o Renascimento, e após a promoção do contato entre europeus e populações ameríndias e a consequente transmissão de vírus e outros fatores de risco, as Cruzadas e as novas descobertas trazem a valorização do saber técnico, refutando o saber meramente contemplativo, o que alicerça bases para conhecimentos científicos. As universidades surgidas nesse período queriam ir além da transmissão dos conhecimentos: queriam produzi-lo.

Com o advento das vacinas e soros, no final do século XIX, Louis Pasteur propicia o conhecimento das causas de algumas doenças e seu tratamento, devido ao avanço metodológico da ciência. Scliar assim se refere a essa revolução: “doenças agora poderiam ser prevenidas e curadas” (SCLIAR, 2007, p.34).

Na Prússia surge, em 1779, a ideia de intervenção do estado na saúde pública, que deu origem ao conceito paternalista de polícia médica ou sanitária naquele país, que se estende posteriormente para a França, ampliado e fornecendo “atenção integral à saúde de toda a população, com recursos dos cofres públicos”.

No século XIX, nos EUA, em Massachussets, um relato feito da reunião de médicos e leigos levanta as condições sanitárias daquele estado. Concomitantemente, Karl Marx lutava pela sanidade da mão de obra operária, que

trabalhava sob condições adversas, motivadas pelo acúmulo de capital imposto pelo sistema econômico (idem).

Após a criação da ONU, no final da Segunda Guerra Mundial (1945) e da criação, também, da OMS (Organização Mundial de Saúde), foi divulgado em 1948 uma carta de princípios implicando o reconhecimento do direito à saúde pública sendo obrigatoriedade do estado a promoção e proteção da saúde, conceituando saúde como “o estado do mais completo bem-estar físico, mental, e social e não apenas a ausência de enfermidade”. Na Inglaterra, por sua vez, o modelo médico adotado – o campo de saúde (*healt field*) – já abrangia a biologia humana, o meio ambiente, o estilo de vida e a organização da assistência à saúde como fatores fundamentais para a promoção e manutenção da saúde.¹¹

Criticado o conceito da OMS na sua amplitude, por entenderem os mais radicais que isso implicaria na intromissão do Estado na vida dos cidadãos sob o pretexto de promover saúde, a organização responde com a ampliação de seus objetivos em saúde, a Conferência de Alma-Ata – em 1978 e com o tema sobre cuidados primários de saúde - objetivou falar da necessidade de todos que trabalham com saúde, incluindo os governos, e discutir sobre a proteção e promoção da saúde de todos os povos do mundo, definindo-a como meta e direito fundamental e que se trata - na sua nova definição - do mais completo bem estar físico, mental e social requerendo, pois, a atuação conjunta de outros setores, além do próprio setor de saúde. Mendes relata que foram estimuladas

[...] ações dos diferentes atores internacionais no sentido de diminuir as diferenças no desenvolvimento econômico e social dos países deveriam ser estimuladas para que se atingisse a meta de saúde para todos no ano 2000, reduzindo-se a lacuna existente entre o estado de saúde dos países em desenvolvimento e desenvolvidos. Naquela ocasião, chegou-se ao consenso de que a promoção e proteção da saúde dos povos é essencial para o contínuo desenvolvimento econômico e social e, conseqüentemente, condição única para a melhoria da qualidade de vida dos homens e para a paz mundial. O apelo lançado em Alma-Ata foi um marco fundamental e representou o ponto de partida para outras iniciativas (MENDES, 2004, p. 1).¹²

Os países socialistas dominavam a cena internacional e a conferência veio para denunciar o caráter de desigualdades entre os países desenvolvidos e

¹¹ Ver também a declaração do México.

¹² Conferir ainda a Revista Latino Americana, com o tema “Desenvolvimento e Saúde: a Declaração de ‘A Declaração De Alma-Ata e Movimentos Posteriores’”, de Isabel Amélia Costa Mendes.

subdesenvolvidos, além de enfatizar a responsabilidade governamental na manutenção da saúde pública e a participação das comunidades no planejamento e implementação da saúde. Como pontos a serem destacados nessa estratégia, podemos elencar: 1) O pragmatismo e a aceitação social das ações em saúde; 2) A acessibilidade das ações de saúde para todos; 3) A participação ativa da comunidade na atuação do sistema de saúde; 4) A compatibilidade econômica dos serviços na região do país.

Assim, os cuidados na atenção básica devem atender às condições socioculturais e econômicas do País, incluindo, portanto,

Educação em saúde, nutrição adequada, saneamento básico, cuidados materno-infantis, planejamento familiar, imunizações, prevenção e controle de doenças endêmicas e de outros frequentes agravos à saúde, provisão de medicamentos essenciais (...) além da integração entre o setor de saúde e os demais, como agricultura e indústria (SCLiar, 2007).

A Constituição Brasileira refere-se à saúde, no seu artigo 196 como um

[...] direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação.

Dessa forma, esse é o princípio que pauta o surgimento do SUS, que tenta desenvolver o espírito cidadão no sistema de saúde brasileiro com dignidade e cidadania.

Por sua vez, a educação revisa conceitos através do surgimento de novas abordagens educacionais, cada vez mais focadas no cidadão, na completude da pessoa humana em sala de aula, tentando contemplá-la em suas demandas por saber. Extrapolando a leitura e escrita de palavras, a abordagem humanística da educação, surgida à época da Constituição do Brasil, foi o mote para o surgimento da Lei de Diretrizes e Bases da Educação. Em 1996, a LDB preconiza a educação como dever da família e do Estado, inspirada nos princípios de liberdade e nos ideais de solidariedade humana (LDB, 1996).

Nos anos 90 do século XX, com a reabertura política, novas discussões em torno da educação tiveram palco no Brasil. A LDB veio nortear essas discussões e efetivar as diretrizes para as novas concepções da universalização do Ensino

Fundamental. No entanto, pelo menos 660 mil brasileiros entre sete e quatorze anos, ainda se encontravam fora da escola.

O Plano de Desenvolvimento da Educação (PDE 2007) traz a concepção de sistemática da educação, servindo como elo entre as disparidades que funcionavam como trava no desenvolvimento educacional brasileiro.

Tais disparidades impediam o pleno desenvolvimento da educação. São exemplos: a opção que o gestor público tinha que fazer entre educação básica e ensino superior; o investimento maior no ensino fundamental, fragilizando a educação infantil e o ensino superior; a separação entre ensino médio e profissional, cabendo aos estados custear as despesas de estabelecimento já instituído para esse fim; as ações de alfabetização dissociadas da educação de jovens e adultos; e, finalmente, a desarticulação entre educação regular e educação especial, garantindo o direito constitucional de igualdade de direitos aos estudantes com necessidades especiais, mas que não promovia as condições ao atendimento educacional especializado. Portanto, o PDE veio promover a visão sistêmica da educação com vistas a minorar os problemas encontrados e listados, sob o regime de colaboração. A União, com esse fim, amplia suas responsabilidades, oferecendo aos estados e municípios “instrumentos eficazes de avaliação e de implementação de políticas de melhoria de qualidade da educação”.

Assim como a saúde, o PDE também pauta suas ações pela territorialidade, princípio constitucional, bem como a visão sistêmica, desenvolvimento, regime de colaboração, responsabilização e mobilização social.

Segundo o documento de prestação de contas do Ministério da Educação, o PDE

objetiva, de uma perspectiva sistêmica, dar consequência, em regime de colaboração, às normas gerais da educação, na articulação do desenvolvimento socioeconômico que se realiza no território, ordenado segundo a lógica do arranjo educativo – local, regional ou nacional. (BRASIL, 2003).

Nesse lastro, e ampliando ainda mais as ações e conceitos dentro do setor educação, em 2007 o Ministério da Educação - juntamente com a Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade (SECAD) e a Diretoria de Educação Integral, Direitos Humanos e Cidadania (DEIDHUC) - lançam o Programa

Mais Educação, uma iniciativa para a instituição de práticas de educação integral no Brasil.

O entendimento do Ministério de Educação sobre Educação Integral caracteriza-se por uma política pública intersetorial educacional e social, que segundo o texto ministerial de referência é fruto da ampliação das jornadas de trabalho de algumas escolas brasileiras e se pauta pela concepção de princípios político-ideológicos diversos, concebidos ao longo da história educacional brasileira, mas convergentes quando se tratam de atividades educativas, segundo o documento Texto de Referência para o Debate Nacional, do MEC, de 2009.

A Educação Integral preconizada pelo Ministério da Educação se baseia legalmente nos seguintes documentos:

Tabela – 1: Marco regulatório do PSE

- Plano Nacional da Educação – Lei	Diretrizes do Ensino Fundamental nº 10.172.
- Decreto nº 6094, 24 de abril de 2007	Plano de Metas Compromisso Todos pela Educação.
- nº 11.494/07 de 20 de junho de 2007	Lei do FUNDEB (Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação).
- Lei 9.795/99	Política Nacional de Educação Ambiental.
- Portaria Interministerial no 17/2007, de 24/04/2007	Institui o Programa Mais Educação, que visa fomentar a educação integral de crianças, adolescentes e jovens, por meio do apoio a atividades socioeducativas no contra turno escolar.
Portaria Interministerial no 19/2007, de 24/04/2007	Estabelece as diretrizes para cooperação entre os Ministérios da Educação e o Ministério do Esporte, com o objetivo de definir critérios visando a construção de quadras esportivas ou infraestrutura esportiva em espaços escolares.
Resolução FNDE nº 04, 17/03/2009	Dispõe sobre os processos de adesão e habilitação e as formas de execução e prestação de contas referentes ao Programa Dinheiro Direto na Escola (PDDE), e dá outras providências.
Resolução FNDE nº38, 19/08/2008	Estabelece critérios para o repasse de recursos financeiros, à conta do Programa Nacional de Alimentação Escolar - PNAE, previstos na Medida Provisória nº 2.178-36, de 24 de agosto de 2001, para o atendimento dos alunos do ensino fundamental matriculados em escolas de Educação Integral, participantes do Programa Mais Educação.

Na busca de fundamentação para a implantação da Educação Integral no Brasil, o Ministério da Educação reúne, em Brasília, em 2007, representante das universidades federais brasileiras e lançam a proposta de pesquisa sobre as

tentativas e práticas de ampliação da jornada escolar pelo País. Dessa pesquisa surge o *Relatório Educação integral / educação Integrada e(m) tempo integral: concepções e práticas na educação brasileira - Mapeamento das experiências de jornada escolar ampliada no Brasil* (grifo da autora).

A pesquisa foi propiciada pelo lançamento da Portaria Interministerial n.17, que cria o *Programa Mais Educação*, que implanta a educação integral no contra turno escolar e objetiva “contemplar a ampliação do tempo e do espaço educativo de suas redes e escolas, pautada pela noção de formação integral e emancipadora”.¹³

O Programa Mais Educação, ao qual Fortaleza adere também em 2008 (tal qual ao PSE), vem como uma experiência para implantação da Educação Integral na escola pública brasileira. Como bases conceituais, o Programa Mais Educação se pauta pela mudança temporal, espacial e das oportunidades na educação, ampliando os processos e a compreensão da mudança paradigmática, que significa a educação integral na educação escolar. Essa vertente considera a cidade como território de educação, baseado na intersetorialidade das políticas públicas e sociais - buscando a humanização e a qualidade de vida -, além da legitimação dos saberes comunitários.

6.5 PCNs e Saúde

Já em 1996 os PCN das séries finais do Ensino Fundamental referem-se especificamente ao tema da saúde como um dos objetivos finais do EF, afirmando que é

esperado que os alunos sejam capazes de conhecer e cuidar do próprio corpo, 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. (BRASIL, 1997a, p.5).

No entanto, em se tratando de PCN “Temas Transversais”, identificamos um alinhamento na definição de saúde com os pressupostos da Saúde Coletiva, quando defende que é processual e depende de condições biológicas e outras

¹³ Art. 6º, Inciso I, do Manual Operacional da Educação Integral, do Ministério da Educação, 2012.

existentes no meio social. Estudos que acompanham a evolução do conceito de saúde transitam pela literatura existente para confirmá-lo ou ampliá-lo.

A importância da definição mais humanizada da educação em saúde pode ser percebida, também, na crítica feita por Massalai (2012) às verdades médicas, que culturalmente se sobrepõem às outras, por seu caráter científico. Dessa forma, transfere-se a discussão do fracasso escolar a adoecimentos físicos ou emocionais, deslocando o foco da escola para centros de atendimento médico, centrando no estudante a culpa pela dificuldade na escola. Assim, Lo Mônaco (2012) acredita que o homem, para ter saúde, precisa ter desenvolvidas todas as suas capacidades para que, naturalmente, possam atribuir importância ao ambiente e a própria saúde. É nesse contexto que encontramos um suporte para a educação em saúde, na escola, enquanto formadora de opinião e de cidadãos críticos.

7 O SURGIMENTO DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA

7.1 Marco Regulatório

Educação e saúde são direito do cidadão e dever do Estado previstos na Carta Magna, de 1988:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. (Artigo 227).

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação - LDB, no artigo 2º, dá garantias do direito à vida e à saúde como fundamentais às crianças e adolescentes:

Art. 2º A educação, dever da família e do Estado, inspirada nos princípios de liberdade e nos ideais de solidariedade humana, tem por finalidade o pleno desenvolvimento do educando, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho.

O Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA, fruto da lei 8.069 13 de julho de 1990, prevê o atendimento necessário à mãe gestante, à parturiente, à criança e ao adolescente. Nos seus artigos 4º e 7º diz:

Art. 4º- É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.

O Art. 7º do ECA, por sua vez, preconiza que “a criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência”.

Institucionalmente, o Programa Saúde na Escola segue as seguintes modificações ao longo do tempo:

Tabela – 2: Documentos que fundamentam a Educação Integral

Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007	Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, seus objetivos, diretrizes, formas de adesão, planejamento, as ações, materiais, definição das escolas e dá outras providências.
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.
Portaria nº 1.861, de 4 de setembro de 2008	Estabelece recursos financeiros pela adesão ao PSE para Municípios com equipes de Saúde da Família, priorizados a partir do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica - IDEB, que aderirem ao Programa Saúde na Escola – PSE.
Portaria N.º 3146 de 17 de dezembro de 2009	Estabelece recurso financeiro para municípios com equipes da Saúde da Família que aderirem ao PSE.
Portaria Normativa Interministerial Nº 15, de 24 de abril de 2007	Institui o Projeto Olhar Brasil que tem como objetivo identificar e corrigir problemas visuais
Portaria nº 254, de 24 de julho de 2009	Mantém objetivos do Projeto Olhar Brasil, define período de vigência, responsabilidades das esferas administrativas e dá outras providências.
Portaria 3.696/10 – PSE/CNES	Altera, para 31 de maio de 2011, o prazo para validade da Certificação como Hospital de Ensino definido pela Portaria Interministerial nº 2.743/MS/MEC, de 14 de novembro de 2008, e nº 3.195/MS/MEC, de 24 de dezembro de 2008.
Portaria 1413/13	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.

A instituição do PSE – juntamente com o Mais Educação - é parte da política de redução dos baixos indicadores de aprendizagem, verificados quando da aplicação das avaliações censitárias brasileiras e locais, tais como o SPAECE, - Sistema Permanente de Avaliação do Ensino Básico do Ceará, Prova Brasil e SAEB – Sistema de avaliação do Ensino Básico, que determinam o IDEB (Índice de Desenvolvimento da Educação Básica), que traça metas de qualidade educacional facilmente compreensíveis, posto que sintéticas. Determinam, assim, o fluxo escolar e as médias de desempenho nas avaliações das escolas brasileiras. Portanto, a educação Integral compreende o ser educativo na sua totalidade. Esta é a compreensão basilar destes programas.

7.2 PSE e o Plano Nacional de Educação (PNE)

As discussões em torno da elaboração do Plano Nacional de Educação seguiram um processo longo, finalmente consolidado na lei nº 13.005 de 25 de junho de 2014.

Desde a elaboração de documentos bases, as considerações municipais, estaduais, as plenárias e assembleias populares, as votações de representantes e delegados, passaram por novas proposições, emendas e, após ser inserido no Sistema de Relatoria da Conferência Nacional de Educação (CONAE), sofreu análises e sistematização até sua votação final.

Os municípios, Estados e Distrito Federal deverão avaliá-lo periodicamente. O Congresso Nacional aprova as medidas legais decorrentes da avaliação. Já a União institui o Sistema Nacional de Avaliação para acompanhar e monitorar o cumprimento das metas estabelecidas. Por sua vez, os planos plurianuais darão suporte às metas constantes do PNE e de seus planos decenais, divulgação entre a sociedade, através de seus representantes organizados.

No Plano Nacional de Educação, na Meta 7.17, o texto se refere à saúde como um componente de atendimento ao estudante, como forma de atingir as metas do IDEB para “Ampliar programas e aprofundar ações de atendimento ao estudante, em todas as etapas da educação básica, por meio de programas suplementares de material didático-escolar, transporte, alimentação e assistência à saúde”.

O PNE, o texto do documento final enviado para avaliação do Congresso Nacional prevê, ainda,

meios e processos para a articulação das políticas sociais: educação, saúde, assistência social, sustentabilidade socioambiental, economia solidária, trabalho e renda, entre outras, com vistas a assegurar os direitos humanos, sociais, políticos e econômicos de cidadania a todo/as brasileiro/as (PNE 2010/2020).

Além do provimento dos direitos adquiridos, como o fornecimento e ampliação de educação, a qualidade, igualdade de condições, os instrumentos e políticas públicas suplementares e de apoio pedagógico, instalações adequadas, atenção à leitura, além de serviços de apoio e orientação aos estudantes, o texto discorre ainda no seu Eixo I – *Papel do Estado na Garantia do Direito à Educação de Qualidade: Organização e Regulação da Educação Nacional* (item k, p.31), sobre o “fortalecimento de políticas intersetoriais de saúde, assistência e outros para, de forma articulada, assegurarem à comunidade escolar direitos e serviços da rede de proteção.” (PNE 2010-2020).

Em outros trechos do plano são enfatizadas ações voltadas para a educação e saúde, envolvendo a preocupação com as dimensões socioeconômicas

e culturais dos estudantes e suas famílias, além dos direitos dos cidadãos e das obrigações do Estado. Também há referências à saúde quando o texto se refere à erradicação do analfabetismo e a continuidade de escolaridade no sistema público de ensino, incluindo-se aí os jovens e adultos da EJA, no tocante à inserção dos mesmos no mundo do trabalho e manutenção da saúde, promovendo a integração com outros setores.

7.3 Municipalizando o PSE

O PSE foi instituído no governo de Luís Inácio Lula da Silva, do Partido dos Trabalhadores (PT), à frente da Presidência da República do Brasil, em 2007. Fruto de uma política de cooperação, formulada pelos Ministérios da Saúde e o da Educação, para articular e integrar escolas e unidades básicas de saúde, sobretudo, as organizadas pela estratégia da Saúde da Família.

Em Fortaleza, no ano de 2008, a Prefeita Luiziane Lins, através das Secretarias de Educação - à época Secretária Ana Maria Fontenelle e a Secretaria de Saúde à frente da pasta Odorico Monteiro - adere ao Programa Saúde na Escola, ao assinar Termo de Adesão ao programa nacional, vinculando o município e juntando Fortaleza aos demais municípios do Estado do Ceará, que tinham aderido em 2007. Nessa época, o Governador Cid Gomes administrava o Estado em sua primeira gestão.

O Ministério da Saúde, em 2006, firma o Pacto de Gestão Pela Vida e em Defesa do SUS. Sela, portanto, um acordo de responsabilidades entre as suas três esferas de gestão, traçando as seguintes diretrizes: descentralização; regionalização; financiamento; planejamento e programação pactuada e integrada, regulação; participação e controle social; e trabalho e educação na saúde. Essa foi uma forma de priorizar as políticas nacionais de Atenção Básica, de Promoção da Saúde, de Alimentação e de Nutrição, de Saúde Bucal, de Educação Permanente em Saúde, de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, de Redução do Consumo de Álcool, de Saúde Sexual e Reprodutiva, o Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer, além de tratados internacionais de saúde pública, como a Estratégia Global para alimentação, Atividade Física e Saúde, entre outros, reconhecendo a importância de

se trabalhar com os equipamentos sociais existentes no território e com a participação comunitária¹⁴.

O espaço escolar, portanto, propicia essas práticas promotoras de saúde, de forma preventiva e educadora. É uma demanda da escola, além de se configurar como lugar de construção de aprendizagens significativas, de forma a vislumbrar “uma escola que forma cidadãos críticos e informados, com habilidade para agir em defesa da vida e da sua qualidade”¹⁵.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) considera a saúde da família como estratégia prioritária para a reorganização da atenção básica, atuando, sobretudo na eliminação da desnutrição infantil, na saúde da criança, dos adolescentes e jovens, na saúde bucal e na promoção da saúde.

O trabalho das equipes de atenção básica se caracteriza pelo “desenvolvimento de ações intersetoriais, integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde; e apoio a estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social”, entre outras. Já entre as especificidades da estratégia da Saúde da Família (BRASIL, 2008, p.8) se destaca a busca pela integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias. Busca, também, ser um espaço da construção da cidadania e, dessa forma, contribuir para o fortalecimento das redes sociais de apoio às comunidades. Não poderia, por sua vez, deixar de fora a interação com as escolas, como ambiente para o encontro com os diversos atores para a construção coletiva de um ambiente saudável, trocando e produzindo saberes e práticas compartilhadas.

Em Fortaleza, até 2007, as práticas em saúde adotadas nas escolas eram pontuais e se limitava a determinadas disciplinas como Ciências e, eventualmente, outras que pudessem trazer conceitos e hábitos de boa higiene e alimentação. Programas relacionados à saúde do escolar e saúde bucal eram adotados nas escolas, além do Saúde e Prevenção na Escola (SPE), que abordava o tema das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST/AIDS) e Hepatites Virais; Prevenção ao Álcool, crack, tabaco e outras drogas.

Ao adotar o PSE como política pública intersetorial a Prefeitura Municipal de Fortaleza institui como componente curricular - embora sem caráter de obrigação

¹⁴ Fonte: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro_sus_avancos_desafios.pdf>.

¹⁵ Fonte: Brasil (Data). <bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_24>.

da rede de ensino - a prevenção, a promoção, tratamento e manutenção da saúde. Para a consolidação do PSE em Fortaleza, a PMF reuniu, em 2008, profissionais da Secretaria de Saúde e da Secretaria de Educação, além de representantes da sociedade civil organizada para opinar de maneira dirigida para a construção das bases organizacionais do programa na cidade, baseado nas diretrizes traçadas pelos Ministérios da Saúde e o da Educação. Dessa forma, o PSE passa a contemplar a atividades dos projetos de Saúde Bucal (década de 1990), SPE (Saúde e Prevenção na Escola) e demais projetos relacionados à saúde do escolar, sendo um grande guarda-chuva comportando os diversos temas provenientes do Pacto de Gestão Pela Vida.

Cabe salientar que o SPE existe desde 2003 e é uma realização dos Ministérios da Educação e Saúde, em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz, Organização das Nações Unidas para a Educação, à Ciência e a Cultura (UNESCO), Fundo das Nações Unidas (UNFPA) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF).

Quanto à gestão, o PSE é conduzido e orientado pela formação dos GTs (Grupos de Trabalho), que se centram na gestão compartilhada, cujas decisões são tomadas coletivamente para concepção e ação das demandas locais, dentro do previsto nos componentes do Programa. A sustentabilidade das ações é garantida pela corresponsabilidade dos atores, seu relacionamento, comunicação e a formulação dos modelos de atenção e gestão intersetorial criados pela educação e saúde. Os grupos de trabalhos precisam necessariamente ser constituídos por representantes dos setores de saúde e educação, e facultativamente, por outros parceiros, representantes políticos e movimentos sociais que queiram juntar-se.

Municipalmente, os GTs se dividem em:

- GTI (Grupo de Trabalho Intersetorial) – formado por profissionais das Secretarias da Saúde, da Educação, prioritariamente e secretarias e outros organismos públicos e/ou privados, em parceria.
- GTR (Grupo de Trabalho Regional) – formado por profissionais dos Distritos de Educação e de Saúde, juntamente com representantes das unidades escolares e de saúde.
- GTL (Grupo de Trabalho Local) – formado por profissionais das unidades de saúde (ESF) e de ensino, juntamente com representantes dos alunos, pais de

alunos, prioritariamente e demais representantes da comunidade escolar, opcionalmente.

Ao ser instituído em Fortaleza, e por não haver ainda dotação orçamentária que comportasse o atendimento para a totalidade de alunos do parque escolar do município, a PMF adotou um recorte limitante no número de alunos, restrito àqueles atendidos pelo Programa Mais Educação, cujo cerne é a educação integral, por afinidade. Para alcançar os propósitos do programa, o PSE no recorte temporal, foco do estudo, foi composto por cinco itens:

Componente I - Avaliação das Condições de Saúde das crianças, adolescentes e jovens que estão na escola pública: Avaliação Clínica, saúde bucal, imunização, Avaliação antropométrica, Avaliação oftalmológica e psicossocial;

Componente II - Promoção da Saúde e Prevenção: ações de segurança alimentar e promoção da alimentação saudável, promoção das práticas corporais e de atividades físicas, promoção da cultura de paz e prevenção das violências, prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas, promoção da saúde ambiental e desenvolvimento sustentável e prevenção às DSTs/AIDS e saúde reprodutiva;

Componente III - Educação Permanente e Capacitação dos Profissionais da Educação e da Saúde e de Jovens;

Componente IV - Monitoramento e Avaliação da Saúde dos Estudantes;

Componente V - Monitoramento e Avaliação do Programa.

Cumpre-nos informar que atualmente os componentes IV e V encontram-se diluídos nos demais, em um entendimento que são concomitantes e não encarados como uma sequência.

8 PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA EM FORTALEZA

Em 1997, quando o governo municipal de Juraci Magalhães instituiu as Secretarias Regionais de Fortaleza, buscou descentralizar as ações municipais em função da busca pela Cidade Saudável - slogan da sua gestão e mote do setor da saúde -, sendo ele próprio um médico. Isso motivou a discussão estendida para outros setores da cidade, no sentido de abranger ao máximo as necessidades dos indivíduos, a partir da saúde. Como clarifica Ribeiro, buscou-se a

Melhoria de Qualidade de Vida e desenvolvimento de espaços de convivência saudáveis através de programas integrados de emprego e renda e garantia do acesso aos serviços de saúde, educação, assistência social, cultura, lazer e esporte (RIBEIRO, 1997, p.52).

Essa abordagem baseia-se no enfoque da saúde como promotora da qualidade de vida, conforme preconiza a Carta de Fortaleza (1995), que tem como mote o Processo e Produto Social com ênfase na intersetorialidade, descentralização e participação popular. Para tanto, promove a mudança organizacional de Fortaleza iniciada naquele ano, que é motivada pela formação de redes nacionais de municípios saudáveis. Ribeiro revela que Fortaleza foi a primeira cidade a municipalizar ações e serviços em saúde em 1990, com a implantação dos Conselhos local, distrital e municipal. (RIBEIRO, 1997, p.52).

Em 1991, a Organização Pan Americana de Saúde – OPS fornece consultores para ajudar no mapeamento do território e reconhecimento geográfico médico em Fortaleza, instalando sistemas para esse fim, em 1991, delimitando os distritos sanitários. O apanhado de informações é reunido em um documento conhecido por Carta de Fortaleza (1995) que, em suma, defende o envolvimento popular na promoção da saúde, em ações descentralizadas e horizontais, a partir das experiências locais.

8.1 O Conceito de Territorialidade no PSE

No cenário da compreensão do indivíduo, como um ser complexo e da reformulação do papel social da escola, da visão de mundo e de homem defendida pela LDB, o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde instituem o Programa Saúde na Escola – PSE em 2007.

Sob a ótica da Educação Integral, o Programa tem a finalidade de contribuir para a formação dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde, considerando os agrupamentos sociais - os territórios -, descentralizando atendimentos médicos-dentários.

O termo “território”, empregado nesta pesquisa, vem da área de estudos da Geografia da Saúde. Pesquisas voltadas para a Geografia Física e Humana em seus estudos buscam contribuir com a análise de fatores ambientais de risco para doenças. Buscando explicar a origem das doenças, a abordagem do modelo multicausal proposto por Leavell e Clarck (1976 *apud* BATISTELLA, 2007), por exemplo, indica o processo saúde-doença como determinado por múltiplas atividades, compreendido pela interação, relacionamento e condicionamento entre o ambiente, o agente e o hospedeiro, sendo a doença um resultado do desequilíbrio entre esses elementos (*idem*). Esses modelos teóricos são muito utilizados não só no tratamento das doenças, mas também para sua prevenção.

Desde que o termo promoção da saúde foi utilizado pela primeira vez seu significado transita entre prevenção e cura de doenças e uma abordagem político-científica do processo cuidador social. A Carta de Ottawa de 1986 define a promoção da saúde como: “O processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo” (BUSS, 2000, p. 167).

Nessas linhas de pesquisa, uma delas se volta para as situações de vulnerabilidade social no reforço da ação comunitária. Se por um lado a vertente *behaviorista* atribui ao indivíduo a responsabilização pela manutenção de sua saúde e retirada do Estado como mantenedor da mesma, a vertente crítica defende que o conceito amplo de saúde propicia às políticas intersetoriais um espaço para discussão. Dessa forma, amplia-se, para além dos médicos, a incorporação de outros sujeitos e objetos, tais como os sanitaristas e seus auxiliares, equipes de saúde, trabalhadores e a própria população na prevenção de doenças e promoção da saúde, incluindo ainda a incorporação de outros setores como a educação, a comunicação, a geografia, o planejamento estratégico situacional, etc.

No Brasil, na década de 1970, costumou-se associar estudos sobre saúde a mobilidade humana e ao baixo nível de vida da população, como a incidência da malária devido à exploração dos garimpos. No entanto, não só a exposição aos

vetores transmissores de doenças é uma vulnerabilidade, há outros fatores que podem influenciar na incidência e/ou no alastramento de enfermidades como: clima urbano; vegetação e fauna; densidade populacional; faixa etária; sexo; padrão de vida e de consumo, etc., como enfatizaram Benaduce e Perekouskei (2007).

Com a urbanização de grandes cidades ocorre uma revalorização dos conceitos em Geografia Médica, agora considerando a Saúde Coletiva de cunho geográfico, nos anos de 1980.

Há uma rede de significados que podem diferir entre os atores institucionais e pesquisadores na definição de território. No entanto, em contraposição a medicina curativa, a territorialização busca a prevenção por caracterizar e buscar no território uma identidade histórica, natural, econômica e comportamental entre seus habitantes.

O PSE, portanto, segue as diretrizes que norteiam o Sistema Único de Saúde – SUS, previsto na Constituição Federal. No seu Art. 198, reza que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II- Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - Participação da comunidade.

A territorialização do Programa atende a esses princípios, além de personalizar o público aos quais se destinam os atendimentos médicos e de educação em saúde, considerando sua identidade local.¹⁶

¹⁶ Fonte: <<http://www.anuariodefortaleza.com.br/administracao-publica/secretarias-executivas-regionais.php>>; <<http://www.anuariodefortaleza.com.br/educacao/total-matricula-na-idade-certa-e-taxa-de-distorcão-no-ensino-medio-por-serie-de-escolarizaco-em-fortaleza-2011.php>>.

8.2 Territorialização da SER V – Implantação do Programa Saúde na Escola em Fortaleza

Ao ser pactuado em Fortaleza em 2008 e implementado em 2009, na gestão *Fortaleza Bela* - possivelmente pela conveniência da política partidária coincidente no município e no Governo Federal -, o PSE chega a SER V em um contexto de densa população e baixo nível sócio cultural dessa região. Aliado a isso e enfrentando as dificuldades apresentadas nas escolas representadas - falta de professores, descontinuidade nas ações, desarticulação nos setores administrativos da saúde e da educação -, o PSE encontra outras dificuldades para ser implementado, como a rotatividade dos profissionais de saúde lotados nas unidades de saúde, além das equipes de estratégia do PSF se encontrarem incompletas, o que prejudica de sobremaneira a realização das atividades do Programa naquela regional.

Das 153 escolas onde foi implantado o PSE, todas tinham também o Programa Mais educação, um acerto administrativo local. Perfaziam um total de 129 mil alunos a serem atendidos dessas escolas, ou grupo de escolas, que foram vinculadas a 76 unidades de saúde e suas equipes de saúde correspondentes (PAIVA, 2012, p.62).

Assim como relatam Santiago *et al.* (2010), a implantação do PSE na SER V também foi bem recebida pelos gestores escolares. No entanto, dada à complexidade da política pública do PSE, seus termos, suas normas e exigências que demandavam tempo para leitura e compreensão, a realidade das escolas e unidades de saúde, o ativismo, as demandas e urgências foram os motivos pelos quais, a cada reunião e discussão para planejamento, tinha-se a impressão de retrocesso, pois as dúvidas ainda eram básicas sobre as metodologias adotadas para as ações.

O traçado dos territórios na SER V seguem, como definido na Geografia Médica, as características do reordenamento tecnológico do trabalho em saúde. Portanto, a identificação de suas características históricas, econômicas, culturais, epidemiológicas, bem como seus problemas e vulnerabilidades sociais são determinantes para essa definição do traçado territorial da SER V.

8.3 Contextualização do Campo

Segundo pesquisa apresentada pelo IPECE (Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará), Fortaleza é uma capital de grande fosso social. Um resumo do levantamento de outubro de 2012 revela

(...) que 7% da população de Fortaleza, vivem nos 10 bairros mais ricos se apropriam de 26% da renda pessoal total da cidade. Por outro lado, os 44 bairros de menor renda, que juntos somam quase metade da população total (49%), se apropriam dos mesmos 26% da renda pessoal total. Notadamente, o estudo aponta também uma relação inversa entre nível de renda e população, em que os bairros mais populosos são os de menor renda média pessoal. Ademais, dado que Fortaleza é a capital mais densamente povoada do Brasil (Censo Demográfico 2010/IBGE), essa grande dispersão espacial da renda acaba contribuindo adicionalmente para o aumento das tensões sociais em nossa capital e potencializando os problemas de mobilidade urbana (IPECE, 2012, p. 2).

O município de Fortaleza foi considerado, em 2005, a quinta maior cidade do País com população estimada em 2.374.944 habitantes, segundo dados do IBGE. Nesse período, o programa de Governo para Gestão Fortaleza 2005/2008, da então prefeita Luizianne Lins, assim definia a cidade no tocante às desigualdades sociais:

A desigualdade entre ricos e pobres é gritante em todos os aspectos. A alternativa para o enfrentamento desta situação é garantir políticas públicas que exerçam um papel importante na redução dessa assimetria, o que pode ocorrer se elas atuarem no sentido de dotar as camadas mais necessitadas da população de um patrimônio que lhes permita 'resistir' ou compensar as limitações impostas pelas restrições de renda (PPA 2005/2008).

Na interpretação da gestão Luizianne Lins, a capital do Estado do Ceará representava um contexto de diversos desafios sociais relacionados, sobretudo, à educação, saúde, emprego, moradia, segurança, mobilidade urbana, entre outros. Sua divisão administrativa em Secretarias Executivas Regionais propicia uma descentralização, pois a elas

caberia o papel executivo das políticas setoriais, que de forma articulada, definiriam suas prioridades, estabelecendo metas específicas para cada grupo populacional e prestando os serviços articulados em rede de proteção social (ANDRADE, 2006, p. 111).

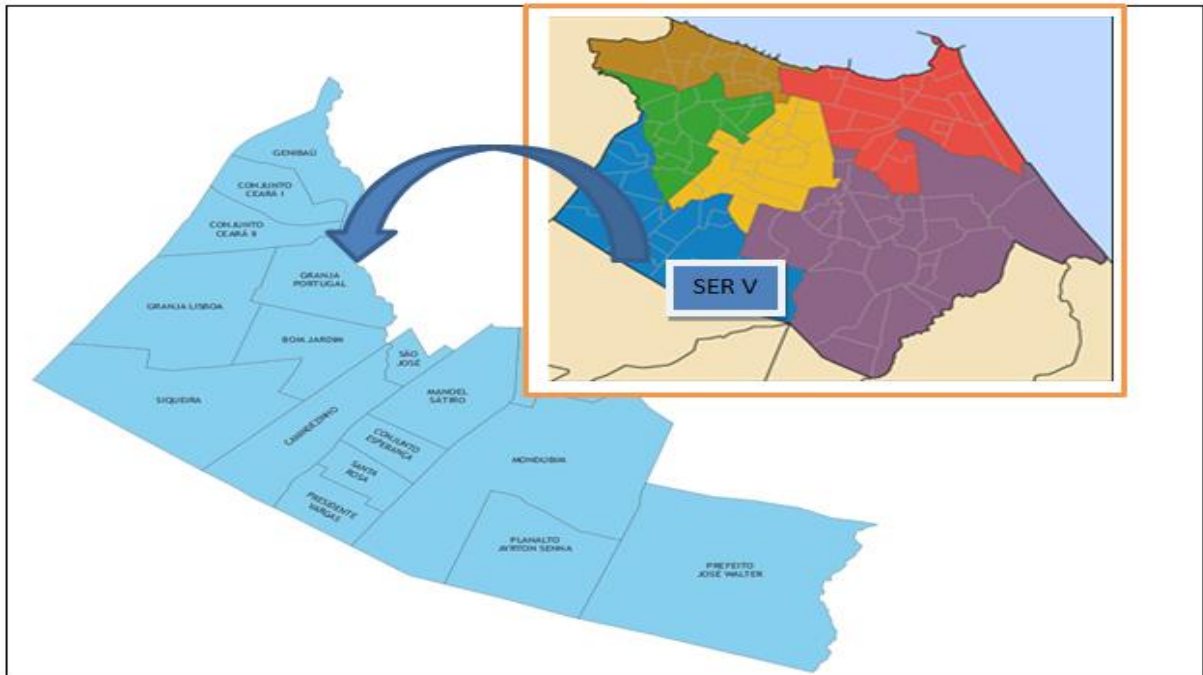
As SERs são compostas por Distrito de Saúde, Educação, Meio Ambiente, Finanças, Assistência Social e Infraestrutura, conforme a Resolução CIB nº 336 de 11 de dezembro de 2008. Em número atual de sete (SER I, II, III, IV, V, VI e do Centro), cada SER apresenta uma extensão do Executivo em pontos estratégicos da cidade de forma a cobrir administrativa e gerencialmente a ação dos setores públicos essenciais à população.

Na sua concepção inicial, em 1997, na gestão de Juraci Magalhães, existiam seis SERs, que se propunham a descentralizar as ações, praticando a intersetorialidade e a participação popular. Segundo Ribeiro,

[...] a Prefeitura Municipal de Fortaleza passa a se organizar com os seguintes objetivos: garantir o acesso do cidadão aos serviços, às informações e participação nas decisões referentes ao espaço urbano onde ele vive e atua, ampliar a efetividade das ações realizadas pelo Governo Municipal e a responsabilização de seus agentes, mediante transparência, moralidade e descentralização da Gestão Municipal. É o governo chegando próximo ao cidadão, identificando seus problemas e dando soluções integradas. (RIBEIRO, 1997, p.5).

A Secretaria Executiva Regional V é uma das esferas executivas da Prefeitura de Fortaleza, que apresenta área total de 56,11 Km², com população estimada em 541.511, em 2010, apresentando 167.170 domicílios no mesmo período. Geograficamente, não é a maior em extensão, mas fica atrás apenas da SER VI e apresenta maior densidade demográfica. Comparativamente, A SER VI apresenta área total de 119,98 Km², com uma população de 541.160 e 167.347 domicílios no mesmo ano.¹⁷ Isso indica áreas equivalentes, com densidade demográfica maior na regional V, com concentração populacional maior e conseqüentemente, maior demanda por serviços públicos.

¹⁷ Fonte: <<http://www.anuariodefortaleza.com.br/>>.

Figura-1: Localização da Secretaria Executiva Regional V (SER V).

Fonte: <<http://www.fortaleza.ce.gov.br/regional-5>>.

Tabela-3: Caracterização do Perfil educacional e econômico das Secretarias Executivas Regionais de Fortaleza

REGIONAIS	AREA/ KM ²	POPULAÇÃO	DADOS ECONÔMICOS	MATRICULAS ENSINO FUNDAMEN- TAL/ESCOLAS	SAÚDE*
SER I	24,4	363.912	3.693 estabelecimentos/gera 48.398 empregos	24116/68	12 CSF
SER II	44,42	334.868	18.572 estabelecimentos/gera 241.669 empregos (em 2008)	11993/50	12 CSF
SER III	25,85	360.551	22.388 empregos/2.338 estabelecimentos	19697/58	12 CSF
SER IV	33,07	281.645	5.571 estabelecimentos/gera 45.859 empregos(2008)	11418/39	12 CSF
SER V	56,11	541.511	1.448 estabelecimentos/gera 6.980 empregos	42730/121	20 CSF
SER VI	119,98	541.160	1.151 estabelecimentos/gera 39.952 empregos	44861/113	20 CSF

Responsável pela geração de 19.421 empregos, a Regional V registra 2.777 empresas, de acordo com dados do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) de 2009. A atividade econômica de maior destaque da Regional é o comércio, responsável por 6.980 empregos, em um total de 1.448 estabelecimentos.¹⁸ Compreende os bairros (em 2009): Granja Lisboa; Granja Portugal; Bom Jardim; Canindezinho; Genibaú; Conjunto Ceará I; Conjunto Ceará II; Parque São José; Bonsucesso; Parque Santa Rosa; Conjunto Esperança; Vila Manoel Sátiro; Maraponga; Mondubim; Novo Mondubim; Jardim Cearense; José Walter; Parque Presidente Vargas. Atualmente inclui, ainda, os bairros do Siqueira e o Parque Dois Irmãos. São, portanto, 20 UABS naquela região administrativa para uma população de 541.511 pessoas e 42.730 matrículas distribuídas em 121 unidades de ensino municipais¹⁹.

8.4 Caracterização dos territórios dos Bairros Bom Jardim e da Vila Manoel Sátiro

8.4.1 Bairro Bom Jardim

A caracterização do Grande Bom Jardim pode ser ampliada, por semelhança, entre os bairros e o próprio território, para toda a SER V. Santiago (2008) escreveu sobre toda a sorte de problemas de urbanização da periferia além da “violência interpessoal, desemprego e ocupações informais, problemas graves de saneamento básico e de habitação” (SANTIAGO, 2008, p.39), o que é, ainda, o retrato fiel daquela região.

Dos 119 bairros que Fortaleza apresenta, o Bom Jardim está ranqueado no 110º lugar em termos econômicos, perdendo apenas para os bairros Autran Nunes, Granja Lisboa, Pirambú, Granja Portugal, Genibaú, Siqueira, Canindezinho, Parque Pres. Vargas e Conjunto Palmeiras em distribuição de renda, sendo a renda média de R\$ 349,75, apresentando uma população de 37.758 pessoas. (IPECE, 2012).

¹⁸ Idem.

¹⁹ Os centros de Saúde da Família situados na SER V foram consultados a partir do site <<http://www.anuariodefortaleza.com.br/saude/rede-de-saude-em-fortaleza.php>>. Mais detalhes, vide o Apêndice - 3 desta pesquisa.

8.4.2 UAPs Argeu Herbster

A UAPS Argeu Herbster - localizada à Rua Cel. João Correia, 728, naquele bairro, na nova configuração territorial -, atende aproximadamente 25 mil pessoas, prestando assistência sanitária. Apresentam cinco equipes de saúde da família - segundo informações que constam no documento Territorialização UAPS Argeu Herbster - o que, de acordo com o Ministério da Saúde é insuficiente, considerando a recomendação de a cada 3.450 pessoas corresponder uma equipe de saúde da família.²⁰

O documento consultado data de 2013 e revela que o NASF (Núcleo de Atendimento Saúde da Família) apresenta carência de profissionais nas áreas de Psicologia, Nutrição, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Farmácia e Educação Física. Ressalte-se que esses profissionais devem ajudar na execução do PSE, em caso de necessidade detectada na escola.

Segundo as atribuições constantes no Caderno 24 da Atenção Básica (BRASIL, 2009) o NASF contribui de forma significativa quando: ajuda na integração e organização do GTL; ajuda no planejamento das atividades relacionadas aos componentes, como a elaboração do plano local de trabalho; quando viabiliza o encaminhamento dos alunos e a resolutividade dos seus agravos - componente I; quando ajuda no planejamento e realização das ações do componente II em parceria com a escola e ESF.

Ainda de acordo com o documento Territorialização UAPS Argeu Herbster (2013) há atualmente três equipes completas (médico, dentista, enfermeiro, ASB, auxiliar de enfermagem e ACS – agente comunitário de saúde); uma equipe incompleta (sem médico); e um assistente social no Nasf, além de um pediatra, uma equipe do PACS e assistência farmacêutica.

Atualmente, a unidade de saúde cobre 5 (cinco) escolas públicas municipais – uma a cada equipe – e desenvolve atividades em outros espaços sociais, públicos ou privados, segundo o documento consultado. A reivindicação do documento é a de ampliação da quantidade de equipes, além da melhoria física da unidade de saúde e cessão de parte do território para o vizinho, de abrangência da unidade de saúde Fernando Diógenes, por entenderem que em extensão e em

²⁰ Fonte: <http://www.ccs.saude.gov.br/saudebateaporta/mostravirtual/publicacoes/psf_atencaobasi ca.pdf>.

número populacional a região do Argeu Herbster é grande e a população se encontra em situação de vulnerabilidade e em dependência, quase que unicamente, daquela unidade de saúde.

8.4.3 Escola Municipal Herbert de Sousa

A escola municipal Herbert de Sousa, situada na Rua Estrada da Urucutuba, 1599, no bairro do Bom Jardim, atualmente apresenta matriculados 807 alunos, com oferta de Ensino Fundamental I, com turmas do 3º ao 5º anos.

Existem no período da manhã onze turmas, dez no período da tarde e no horário noturno e oito turmas de alunos da Educação de Jovens e Adultos (EJA). O perfil do aluno daquela unidade de ensino, segundo os gestores, é de crianças com baixo índice de aprendizagem – comprovado pelo IDEB (Índice de Desenvolvimento da Educação Básica) da escola, que é 4.9, o que significa, em termos gerais, o resultado da equação:

$$\text{Fluxo x aprendizado} = \text{IDEB}$$

Nesta fórmula, o fluxo indica que a cada 100 alunos, 20 não foram aprovados, multiplicado por 6,12, que é a nota padronizada de Língua Portuguesa e Matemática, naquela escola. Apesar de ter apresentado crescimento nesse índice em 2011, em relação a 2009, ainda se encontra abaixo do valor de referência, que é de seis pontos.

Ainda segundo o núcleo gestor atual, a escola é assistida pelos programas Mais Educação e Programa Saúde na Escola (PSE). Afirma serem visíveis entre as crianças os problemas de pele e de possuírem maus hábitos alimentares, dando preferência a enlatados na alimentação da família e recusando frutas como mamão, preferindo lanches que incluam carne, na escola.

Consta no Projeto Político Pedagógico da escola (PPP) o perfil de cidadãos que buscam formar: seres humanos competentes e comprometidos com a igualdade social a partir da missão da escola, que é a de “oferecer uma educação integral de qualidade que atenda às demandas da sociedade do conhecimento” para alcançar aquele perfil.

No tocante a ideia de sociedade, a escola defende no seu PPP que, politicamente, à época que o documento foi elaborado - primeiro governo Lula - há mudanças positivas observáveis ocorrendo na sociedade por conta de políticas públicas, que favorecem a igualdade de tratamento entre os cidadãos, que certamente não é perfeita, mas que caminha no rumo certo. Tendo esse pressuposto como base, concebe uma visão de futuro emancipadora, como

ser uma instituição de ensino na comunidade do Grande Bom Jardim que ofereça uma educação de qualidade, comprometida com a construção dos saberes e a formação de cidadãos competentes a serviço de uma sociedade mais igualitária (PPP Escola Municipal Herbert de Sousa).

Faz menção, conforme orientação do próprio programa, ao PSE no seu PPP, mas não o intitula: refere-se ao Programa Saúde na Família (PSF) e suas ações.

8.4.4 Bairro Vila Manoel Sátiro

O nome do bairro deriva do nome do latifundiário e advogado Manoel Sátiro, nascido em Jaguaruana quando ainda se chamava União, em 1885. A residência da família, onde viveu e morreu a filha Noelzinda Sátiro – que nomeia uma escola no Bairro do Parque São José - ainda resiste na chácara da família, sediando o clube de futebol amador, o Floresta, ao lado do estádio Felipe Santiago. Dona Noelzinda Sátiro resolveu lotear as terras do pai, transformando-o em bairro residencial, nos idos de 1940. Foi diretora na escola municipal Henriqueta Galeno, naquele bairro²¹.

Comunidade normalmente pacata, o bairro oferece três postos de saúde – Viviane Benevides, Pedro Celestino e Luciano Torres de Melo -, escolas públicas, municipais, estaduais e particulares, além de restaurantes de pequeno porte e mercadinhos, com poucos bancos 24 horas e farmácias. A praçinha da Igreja Nossa Senhora das Graças ainda é ponto de encontro dos moradores, que ali buscam lazer, na forma de bate papo descontraído do fim de tarde. Outras praças brotaram no bairro com esse fim.

²¹ Fonte: <<http://diariodonordeste.verdesmares.com.br/cadernos/cidade/manuel-satiro-de-muito-verde-1.387140>>.

8.4.5 UAPs Enfermeira Maria Viviane Benevides Gouveia – Posto

O processo de reterritorialização, promovido em 2013, objetivou mapear o número de famílias e pessoas de cada microárea, além da problemática local e a estratégica traçada para resolvê-la.

De acordo com o diagnóstico, constatou-se a necessidade de requalificação do território daquela área pois cada ESF deveria atender uma população de até 3.564 pessoas, com cada Agente Comunitário de Saúde (ACS) com aproximadamente 150 famílias e até 650 pessoas. No entanto, a área da unidade de saúde compreende um número populacional maior. As problemáticas detectadas no território foram:

- Micro área descoberta – 424 da área 540;
- Áreas descobertas por profissionais de ESF – ausência de médicos em 2 áreas:
- Microáreas acima de 150 famílias e maior que 650 pessoas.

Houve, em relação à territorialização anterior, a inclusão de mais uma equipe de ESF após a avaliação realizada pelos ACS e pelos enfermeiros, ampliando de doze para vinte micro áreas, pois a solicitação anterior não supria a necessidade real do território. A atualização do território da UAPS da Vila Manoel Sátiro contou com a agregação de duas quadras cedidas pela UAPS Luciano Torres de Melo para adequação aos padrões da reterritorialização exigida.

No geral, a avaliação feita pelos usuários em pesquisa promovida pela própria UAPS, quanto à qualidade dos serviços prestados pelo posto Viviane Benevides, varia de regular a bom nessa nova administração.²²

8.4.6 Escola Municipal Maria Viviane Benevides Gouveia – Escola

Esta escola está localizada na Rua Creuza Roque, fundada desde 1993 através do ato de criação decreto nº 9.144 e autorizada pela lei nº 7.533 de 16 de junho de 1994, do Conselho Estadual de Educação. Pratica, como toda a rede de ensino municipal regular do Ensino Fundamental, a seriação, oferecendo Educação

²² Fonte – Relatório de Reterritorialização UAPS Viviane Benevides – SER V, 2013. Fortaleza – Ce.

Infantil, Ensino Fundamental I e II e, à época da elaboração do documento, a Educação de Jovens e Adultos, primeiro e segundo segmentos, funcionando nos turnos, manhã tarde e noite.

Desde 2001 passa de CIES – Centro Integrado de Educação e Saúde para CMES – Centro Municipal de Educação e Saúde, com cerca de 800 alunos nos três turnos. Na atual gestão municipal, passa a chamar-se apenas Escola Municipal Maria Viviane Benevides Gouveia. Em 2011, segundo site QEdu, a proporção de alunos com aprendizado adequado à sua etapa escolar é a seguinte: para o quinto ano, em Língua Portuguesa, o percentual de alunos com aprendizado considerado adequado é de 10% em um universo de 54 alunos, enquanto que em Matemática é de 17%; para o nono ano, 12% em Língua Portuguesa e 4% em Matemática para um universo de 31 alunos²³.

De acordo com PPP da escola, sua finalidade é

O desenvolvimento integral do educando em todos os seus aspectos: físico, psicológico, intelectual e social, complementando a ação da família e do meio onde vive. Todos esses objetivos visam a melhorar a qualidade do ensino e permitem o exercício ativo da cidadania. (...) a busca e a construção de uma educação plena, com o envolvimento de educadores, pais, alunos e funcionários, pois sabemos que temos em nossas mãos cidadãos em formação e transformação, cabendo a nós garantir a qualidade dos serviços educacionais oferecidos aos educandos (PPP, 2011).

A tônica do texto é a educação integral, definindo a missão social da unidade de ensino. A partir de 2013 passa a denominação de escola municipal.

²³ Fonte: <<http://www.qedu.org.br/escola/62954-cmes-maria-viviane-benevides-gouveia/aprendizado>>.

9 ESCOLAS E UAPs DA SER V UNIDAS PELO PSE

Na SER V, o Ministério da Saúde, baseado nas informações do território fornecidas pela Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza, definiu 40 escolas para que recebessem o PSE. Os critérios para a escolha dessas escolas são definidos a partir dos relatórios da situação epidemiológica encontrada nos diferentes sistemas alimentados pela Secretaria de Saúde do município. São elas:

Tabela-4: Escolas e unidades de saúde SER V

ESCOLAS	UBS	ESCOLAS	UBS
Américo Barreira	Galba de Araújo	Ademar Nunes	Edmilson Pinheiro
Conceição Mourão	Jurandir Picanço	Dom Lustosa	Dom Lustosa
Edmilson Pinheiro	Edmilson Pinheiro	Creusa do Carmo	Fernando Diógenes
Geisa Firmo	Zélia Correia	Francisco Nunes Pinheiro	José Walter
Jacinto Botelho	Pedro Celestino	Henriqueta Galeno	Luciano Torres de Melo
Joaquim Alves	Siqueira	Joao Mendes	
Lireda Facó	Guarany Mont'Alverne	Jose Ayrton Teixeira	José Paracampos
Zélia Correia	Zélia Correia	Viviane Benevides	Viviane Benevides
Rogaciano Leite	José Walter	Murilo Aguiar	Galba de Araújo
Casimiro Montenegro	Projeto Sol Nascente	Sebastião de Abreu	Argeu Herbster
Herbert de Sousa	Viviane Benevides/ Argeu Herbster	Padre Antonio Monteiro	Graciliano Muniz
Jonathan da Rocha	João Elísio	Paulo Freire	Jurandir Picanço
Florival Alves	Abner Cavalcante Araújo	Novo Renascer	Zélia Correia
Sérvulo Mendes	Guarany Mont'Alverne	João Frederico	Galba de Araújo
Diva Cabral	Pedro Celestino	Adalgisa Bonfim	Graciliano Muniz
Patativa do Assaré	Dom Lustosa	Presidente Vargas	João Elísio
Osires Pontes	Abner Cavalcante	Polivalente Modelo	José Walter
S. Francisco de Assis	Argeu Herbster	Estado do Maranhão	José Paracampos
Michelson Nobre	Guarany Mont'Alverne	Gentil Barreira	Maciel de Brito
São Vicente	Argeu Herbster	Paulo Eupídio	Siqueira

Em 2013, parte das escolas da SER V passou à responsabilidade do Distrito de Educação da Secretaria Executiva Regional IV. Nesse contexto, 25 escolas – dessas, 8 (oito) acompanhadas pelo PSE na SER V - passam para o território administrativo ao lado. No entanto, seguem acompanhadas pelo Distrito de Saúde da SER V, pois a divisão operou-se apenas no setor da Educação. A divisão levou em consideração apenas o critério quantitativo, haja vista ter mais escolas no

território da SER V que no da IV e, na tentativa de equilibrar o acompanhamento pedagógico-administrativo, houve a divisão. Atualmente, a SER V apresenta 32 escolas cobertas pelo Programa.

Segundo dados de 2008 da Secretaria de Saúde do município, Fortaleza apresentava 304 equipes de Saúde da Família cadastradas, que deveriam cobrir 43% da população, mas somente 203 equipes estavam completas, cobrindo apenas 31% da população. Destas, 64 encontravam-se na jurisdição da SER V, com 62,6% de cobertura da população naquela região.

A distribuição das equipes nos territórios é feita com base no mapeamento por classificação de risco e Índice de Desenvolvimento Humano, justificando a Secretaria, pelo princípio da equidade, o atendimento seletivo à população, haja vista a impossibilidade de cobertura para toda a população. Também os recursos para o Programa são definidos pelo número de equipes do PSF, na região. As escolas aos quais são destinadas as equipes de saúde para atendimento aos estudantes foram definidas pelo Ministério da Saúde em articulação com o Ministério da Educação, não tendo sido consultadas diretamente, não podendo fazer opção de inserção no Programa. Daí parte a argumentação da imposição de programas proveniente das escolas.

9.1 Trajetória do PSE nas escolas de Fortaleza

A atuação das equipes de saúde da família na escola seguem orientações traçadas institucionalmente nas Secretarias de Saúde e de Educação do município e são pautadas por ações padrões, que podemos chamar de “campanhas”, e outras mais específicas, de acordo com a demanda da própria comunidade escolar.

A 1ª pactuação do PSE foi em 2008 para o exercício de 2009. GTI e GTL são os grupos que teoricamente devem orientar as ações dos profissionais das ESF e dos profissionais das escolas. No entanto, a pesquisa exploratória indica que muitas não aconteceram por conta das dificuldades de implementação do Programa e da ingerência dos GTI e GTR (PAIVA, 2012).

Desde sua operacionalização em 2009, quando ainda estavam sendo formados os grupos de trabalho - inicialmente o GTI (grupo de trabalho institucional) -, as atividades no “chão da escola” ainda não estavam sendo operacionalizadas.

Somente em 2010 as ações UBS/escola começaram a ser efetivadas. Segue quadro de ações desenvolvidas nas escolas/UBS:

Tabela-5: Componentes do PSE e atividades desenvolvidas pelas escolas e unidades de saúde 2009/2012

ANO	COMPONENTES	AÇÕES
2010	I e II	Avaliação antropométrica.
2011	I e II	Avaliação antropométrica.
2012	I e II	Avaliação antropométrica / Semana Saúde na Escola tema: Prevenção a Obesidade na Infância e Adolescência.
2013	I e II	Avaliação antropométrica / Semana da Saúde com o tema: Prevenção à Obesidade na Infância e na Adolescência.
2014	I e II	Avaliação antropométrica / Semana a Saúde na Escola, tema: Práticas corporais, atividade física e lazer, numa perspectiva de paz e direitos humanos.

As atividades realizadas nos anos iniciais da implantação do PSE foram basicamente investigações relacionadas ao peso, medidas e avaliações sociais, que pudessem incidir na saúde dos alunos, incluindo as práticas relacionadas à educação domiciliar. Nos anos seguintes, à medida que os alunos vão migrando de séries a cursar, novas avaliações são necessárias e a promoção do acompanhamento dos demais alunos que foram promovidos, além da introdução de novas temáticas, pré-definidas pela própria escola.

Cumprir registrar que as ações casadas do Programa implicam em ato conjunto: ainda que os professores não dominem tecnicamente o conteúdo abordado em sala de aula, pelos profissionais de saúde, devem permanecer para explorá-lo com outras metodologias promovendo, portanto, as ações de educação em saúde, que é o principal papel da unidade escolar.

Figura-2: Território da UAPS Argeu Herbster

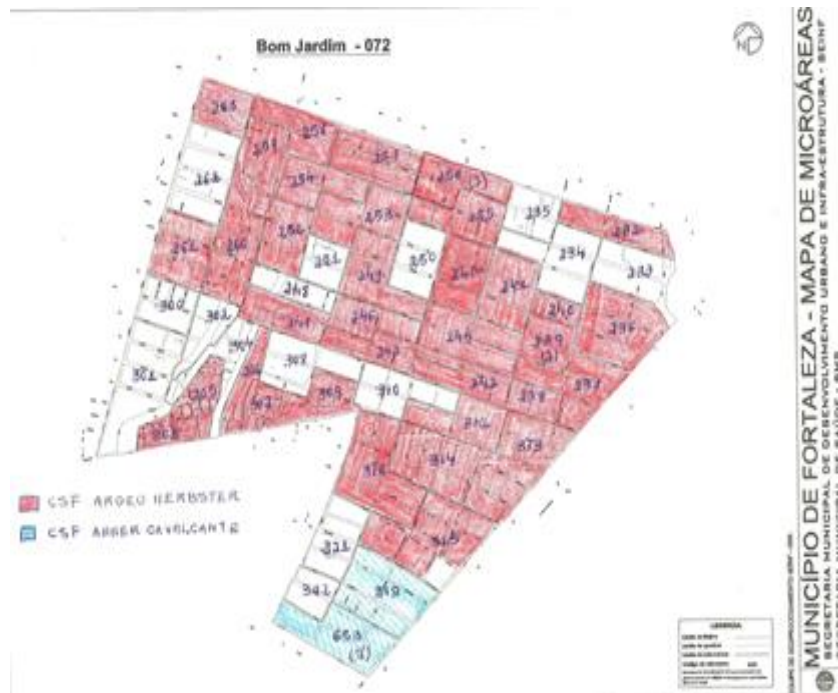


Figura-3: Território da UAPS Viviane Benevides (Antes)



Figura-4: Território da UAPS Viviane Benevides (Atual)



10 VIDA E SOBREVIDA DO PSE EM FORTALEZA – DE 2009 AOS DIAS ATUAIS

Neste capítulo relatamos a investigação realizada com os atores da política pública em estudo: alunos das escolas foco da pesquisa, CMES Maria Viviane Benevides Gouveia e Escola Municipal Herbert de Sousa; profissionais de saúde da secretaria de saúde municipal, dos postos de saúde e dos distritos de saúde; profissionais de educação das escolas citadas, dos distritos de educação e secretaria municipal de educação.

Sistematizamos suas falas e a análise interpretativa de suas impressões contextualizadas no território, conforme a hermenêutica de Geertz. Os aspectos analíticos da pesquisa focam na efetividade do Programa Saúde na Escola – PSE, enquanto promotor da saúde e da educação integral e a contribuição institucional administrativa central na condução das atividades demandadas pelas escolas, que deram base à questão geradora da pesquisa. Já a estratégia adotada foi a de revisitar o PSE, dialogando sobre a descentralização e a intersetorialidade da educação e da saúde, conquanto uma política pública interministerial e intersetorial que busca, na aproximação das comunidades, uma maior participação na concretização da saúde e da educação integrais.

Este capítulo apresenta, no primeiro momento, uma abordagem das práticas intersetoriais traçadas e levadas à execução no território, entre escolas e postos de saúde. No segundo momento, a análise das mudanças curriculares - efetivadas ou não - relacionadas ao tema saúde, sob a ótica da hermenêutica de Geertz. Em um terceiro momento, as causas e consequências do planejamento oriundo das secretarias e distritos em demanda ao território. Nessa fase, a análise das ações deliberadas horizontalmente que norteiam as ações da interseção unidade de saúde/escola. Encerra-se com um panorama atual da aplicação do PSE nas escolas.

A pesquisa toma, portanto, um apanhado de informações do que se pratica e aquilo que se acredita ser o Programa Saúde na Escola, no âmbito dos demais Distritos de Educação nas Regionais de Fortaleza, ouvindo os atuais profissionais que se ocupam do PSE, no formato de 2013 em diante, suas diferenças ou a manutenção de sua metodologia. Traça, também, um perfil comparativo do programa PSE entre as duas gestões municipais, suas prioridades e

ênfases nas atividades e as diretrizes municipais para o tratamento do Programa nos setores da Saúde e da Educação.

Para análise dos achados na pesquisa, partimos do princípio da aplicabilidade do texto das portarias, que se referem à política pública, contextualizando nas comunidades dos bairros Bom Jardim e Vila Manoel Sátiro e entorno a condução das atividades entre as unidades de saúde e as de ensino, ou seja, a epistemologia em comparação com a realidade.

11 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As diretrizes do PSE preveem que “o sucesso desse Programa se funda justamente no compromisso e na pactuação entre os entes federados e na articulação, em todas as esferas, dos setores Saúde e Educação” (BRASIL, 2011).

No campo empírico pesquisado, a tônica das falas dos entrevistados desvela sua preocupação, a percepção que têm sobre o PSE, as semelhanças e, por vezes, as diferenças no pensar.

A fala (pronúncia da ação) e a prática (ação) os aproxima ou distancia, dependendo do ponto de vista e até das adversidades que enfrentam na lida diária. O texto vai desnudando pensamentos, contradições, evidências, desconhecimento, empolgações e decepções que a aplicação da política pública de saúde e de educação tem provocado em Fortaleza, ao longo de sua execução.

11.3 Categoria Analítica: Promoção da Saúde

As diretrizes do PSE rezam a interlocução entre escola e UAPS na consolidação das atividades previstas no Plano de Ação no território.

As atividades de educação e saúde do PSE ocorrerão nos Territórios definidos segundo a área de abrangência da Estratégia Saúde da Família (Ministério da Saúde), tornando possível o exercício de criação de núcleos e ligações entre os equipamentos públicos da saúde e da educação (escolas, centros de saúde, áreas de lazer como praças e ginásios, esportivos, etc).²⁴

Para a execução das atividades do PSE entre escolas e unidades de saúde, além do planejamento compartilhado, diferentes fatores influenciaram positiva ou negativamente a escola 1 da escola 2: as características da comunidade escolar; as demandas da escola e do posto; o perfil das equipes do PSF; o perfil do território; o empenho das pessoas envolvidas; as condições oferecidas para a execução do trabalho; os calendários de atividades oficiais de cada unidade, etc. A seguir, apresentamos um quadro demonstrativo de traçados territoriais das unidades de saúde da SER V (micro áreas, número das equipes e unidades de saúde às quais pertencem):

²⁴ Fonte: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&id=14578:programa-saude-nas-escolas&Itemid=817>.

Quadro-1: Comparativo entre Escolas - Efetividade do PSE

ASSUNTO	ESC OLA 1	ESCOLA 2	TEC. EDUC 1	TEC. EDUC 2	TEC. SAÚDE 1	TEC. SAÚDE 2
INCLUSÃO CURRICULAR	PSE consta no PPP/ planejamento conjunto/práticas sistematizadas	PSE não consta no PPP/ausência de planejamento e de práticas sistematizadas	Fala sobre a abordagem planejada dos temas	Fala sobre a abordagem eventual dos temas	Fala sobre um esforço para efetivação do PSE	Fala sobre uma longa pausa do PSE
INTERSETORIALIDADE	-	-	Médico presente	Ausência do médico	Acredita que houve, apesar do excesso de trabalho	Não acredita que houve, em função do excesso de trabalho
PROMOÇÃO DA SAÚDE	-	-	-	-	Resultados verificáveis	Resultados pouco observáveis
METAS TRAÇADAS	-	-	Efetividade das ações junto aos alunos e suas famílias	Metas parcialmente alcançadas	Alcançadas satisfatoriamente	Não existiam fora da demanda oficial

Fonte: Entrevistas colhidas nas escolas e UABS da pesquisa durante os meses de novembro e dezembro/14.

A análise que é possível fazer do ponto de vista da promoção da saúde no âmbito escolar pode ser vista em diferentes aspectos nas duas escolas. Na escola 1, a parceria estabelecida entre os profissionais da unidade de saúde e da unidade de ensino garantia a continuidade das ações e o relacionamento harmonioso propiciava a naturalidade da presença dos profissionais de saúde no chão da escola:

(...) nós tínhamos o pediatra mensalmente na escola e ele fazia o atendimento de cerca de 20 crianças – se não me engano – numa tarde, nós tínhamos esse atendimento com a família...ele era muito bem articulado com a gente (Técnica em Educação – Escola 1).

Na escola 2, conforme previsto no componente 1 do PSE, tiveram a presença da médica e da dentista e foram feitas avaliações antropométricas. Posteriormente, a dentista assumiu a frente do projeto naquela escola na avaliação bucal, escovação e aplicação do flúor, o que acontecia semanalmente, segundo a técnica da educação 2. Percebe-se, na fala, a ausência do médico naquela unidade de ensino, no projeto.

As Escolas Promotoras de Saúde foram uma experiência anterior ao PSE no Brasil que, no Ceará, teve Sobral e Fortaleza como palco.

Em Sobral, entre 1997 a 2004, e em Fortaleza, no ano de 2007, foram desenvolvidos projetos²⁵ isolados sob a temática da saúde, mas não de forma interdisciplinar. Já em Fortaleza as seis SERs receberam as EPSs nos CIES e foram as escolas promotoras de saúde o advento que precedeu o PSE e que findou em função da transição governamental pela qual passava Fortaleza naquele período (PAIVA, 2012, p.55).

A pesquisa junto às escolas revela as práticas e procedimentos dos profissionais da saúde, na escola e dos profissionais da escola em contato com os primeiros. Percebe-se que a prática é internalizada ou não, dependendo do tratamento que se dá à proposta do Programa e à previsão do mesmo no Projeto Político pedagógico escolar.

Na escola 1, o texto do PPP prevê a consolidação do PSE, embora utilizando o termo saúde da família, quando enumera as vantagens que a escola oferece: “O Programa Saúde da Família que conta com uma equipe multidisciplinar nos postos médicos com o objetivo de instrumentalizar a ampliar o atendimento na área da saúde e da prevenção de doenças (...)”. Por sua vez, no Projeto Político Pedagógico da escola 2, não há referência ao programa.

Os objetivos da promoção da saúde é segundo Moretti *et al.* (*apud* PAIVA, 2012, p.22) compreender a relação do homem ou das populações com sua história, seus padrões de desenvolvimento, suas relações com o mundo, com seu ambiente natural sociocultural, com suas necessidades, direitos e condições de vida. É atuar sobre esses determinantes que condicionam a realização da saúde.

A Política Nacional de Promoção da Saúde, baseada nos princípios do SUS, propicia o alcance de outros equipamentos sociais no território para a efetivação da promoção da saúde e, dessa forma, as escolas são incluídas nessa oferta. Assim, entra a educação em Saúde como mais uma estratégia do compartilhamento da temática da saúde nas comunidades, pois

a educação em saúde é reflexão-ação fundada em saberes técnicos e populares, culturalmente significativo, exercício de espaço democrático, capaz de provocar mudanças individuais e prontidão para atuar em grupo. (CATRIB *et al* *apud* PAIVA,2012 p 37).

²⁵ Alguns exemplos de projetos: Amor à Vida; Projeto Conversando sobre Prevenção das DST/Aids nas escolas; Projeto de Apoio aos (à época ainda intitulados) Alunos Portadores de Necessidades Especiais e Dificuldades de Aprendizagem; Projeto Segundo Tempo; Saúde Bucal nas Escolas.

Segundo as Diretrizes do PSE, as

escolas têm sido consideradas espaços sociais adequados para a Promoção da Saúde por seu potencial para produzir impacto sobre a saúde, autoestima, comportamento e desenvolvimento de habilidades para a vida de seus alunos, funcionários e comunidades (PSE, BRASIL, 2007a).

Portanto, as estratégias de promoção e de educação em saúde possibilitam a naturalidade da abordagem curricular do tema saúde na escola. A afirmativa da técnica em educação da escola 1 denota o grau de envolvimento dos alunos na temática:

Tanto o Mais Educação quanto o PSE fortaleceram muito a rotina escolar, contribuíram muito com a questão da melhoria da aprendizagem porque uma criança saudável é uma criança que aprende melhor (...) nós agregávamos isso ao currículo de acordo com as ações do Mais Educação e muitas vezes o Mais Educação iria além do contraturno porque os meninos passavam a ser multiplicadores dentro de sala de aula. (Técnica em Educação – Escola 1).

Além da promoção, através da estratégia da educação em saúde, a escola soube como conduzir o protagonismo juvenil na temática saúde, abordagem preconizada pelo componente III do PSE no item 2.3: “Educação permanente e capacitação de profissionais da Educação e da Saúde e de Jovens para o Programa Saúde na Escola – PSE” (BRASIL, 2007).

Por sua vez, a técnica em educação 2 afirma ter observado bons resultados imediatamente após ações, como o combate à dengue e práticas saudáveis relacionadas à alimentação, em conformidade com o item 2.2, das Ações de Promoção da Saúde e Prevenção de doenças e agravos do documento interministerial Orientações sobre o Programa Saúde na Escola para a elaboração dos Projetos Locais (BRASIL, 2007). Porém, ela acredita que em termos dos assuntos relacionados à sexualidade (alunos que hoje pertencem ao nono ano do Ensino Fundamental), não tenham verificado qualquer mudança de comportamento.

Quanto aos alunos, o grupo focal da escola 1 – alunos que hoje estudam no 4^a e 5^o anos do Ensino Fundamental – nenhum deles pertenceu ao GTL – grupo de trabalho local. Na impossibilidade de entrevistar os alunos pertencentes a esse grupo no período entre 2009 a 2012, em função das muitas mudanças pelas quais passam os alunos – como mudança de endereço; uns residem com um dos pais e vão morar com o outro em caso de pais separados; questões familiares; de

violência, etc. - não foi possível localizá-los. Entrevistamos, portanto, grupos de alunos que foram submetidos a atendimentos pelos profissionais do posto.

A observação permitiu perceber a presença, no dia do grupo focal, dos profissionais do posto em atendimento. Os alunos tinham bem nítidos a imagem das situações de atendimentos do PSE pelos quais já haviam passado, bem como as atividades sobre Educação em Saúde. Eles relatam que os assuntos que são temas das campanhas e atividades do PSE tornam-se conteúdo também durante as aulas dos professores, em sala de aula: “(O professor fala) coisas sobre o corpo humano, sistema ‘digestório’ (sic), respiratório, doenças (...) hoje nós estamos fazendo tarefas, aí perguntou sobre sarampo, catapora, o professor ‘tá’ falando sobre o mesmo assunto”.

Demonstram, também, ter absorvido conhecimento sobre prevenção à dengue e orientações gerais sobre alimentação saudável. Relatam conversar sobre o que aprendem na escola com os pais, amigos, parentes: “Noto que eles mudam o comportamento, uns sim, outros não,” disseram.

Na escola 2, os alunos de 9º ano também apresentavam certo conhecimento sobre a temática saúde, desta feita, prevenção contra DST/Aids. Consideram o atendimento dos profissionais da saúde na escola “estável”, considerando “bom” o fato de distribuírem os medicamentos e “ruim” quando os profissionais fazem só o básico. Sabem como prevenir-se da Aids, mas confessam que ter a informação não é suficiente para não contraí-la. Não se recordam se receberam a Folha Espelho na campanha da Hanseníase e afirmam não ter sido realizado exames pelo médico. Contudo, garantem que os professores abordam os mesmos temas do PSE em sala de aula.

Verificam-se em ambas as escolas a abordagem factível da temática da saúde. No entanto, o envolvimento dos pais e da comunidade aparece de forma mais efetiva na escola 1.

O currículo escolar pode ser adequado, incluindo-se os Temas Transversais de interesse da rede escolar ou utilizando-se de autonomia da escola, que os membros da comunidade escolar decidam em comum acordo.

A temática da saúde vem sendo amparada como discussão na escola há tempos e, atualmente, além da política pública do PSE, o PCN dos Temas Transversais traz a Educação para a Saúde como determinante para uma melhoria de vida.

É evidente a associação entre acesso à educação e melhores níveis de saúde e de bem-estar. Verifica-se, por exemplo, que as taxas de mortalidade infantil são inversamente proporcionais ao número de anos de escolaridade da mãe no ensino básico, em diferentes países e realidades. Essa associação é tão significativa que continua válida mesmo quando são isolados fatores tão importantes quanto a renda familiar. O desenvolvimento da comunicação verbal e escrita, por exemplo, prioritário no ensino fundamental, é elemento essencial na luta pela saúde: quando se decifra mensagens dos programas educativos e da mídia em geral, quando se lê uma prescrição médica ou uma bula de remédio, na compreensão da saúde como um direito, ou quando se busca a melhoria da qualidade na prestação de serviços (PCN Saúde).

Ao falar de educação curricular, verificamos que também o currículo escolar vem se modificando, com o advento da LDB e desde a promulgação da Carta Magna.

Aquilo que se naturaliza na escola, que passa a ser uma prática na rotina escolar, passa a ser também internalizado pelo aluno como parte da vivência e convivência na instituição de ensino - o “currículo oculto”.

Naturalizar as práticas sobre o programa Saúde na Escola como parte do PPP e, partir daí, sua transposição para a *práxis* escolar, torna-o um saber a mais dentre os tantos necessários para a vida do aluno. As diretrizes Curriculares Nacionais nos falam dessa prática como uma *anima* escolar:

O aluno precisa aprender não apenas os conteúdos escolares, mas também aprender a se movimentar na instituição pelo conhecimento que adquire de seus valores, rituais e normas, ou seja, pela familiaridade com a cultura da escola. Ele costuma ir bem na escola quando compreende não somente o que fica explícito, como o que está implícito no cotidiano escolar, ou seja tudo aquilo que não é dito mas que é valorizado ou desvalorizado pela escola (Diretrizes Curriculares Nacionais – 2013).

As demandas de atividades comuns a todas as escolas da rede municipal de Fortaleza resumem-se nas campanhas que ora são oriundas do Ministério da Saúde, conjuntamente com o da Educação, ora são necessidades detectadas pela Secretaria Municipal de Saúde, em Fortaleza.

Fora do calendário oficial de campanhas, as escolas devem realizar atividades relacionadas às necessidades do seu público. Esse cronograma é definido pelas unidades escolares conjuntamente às unidades de saúde, discutidas com alunos e pais. Essas atividades devem entrar no planejamento anual do currículo escolar, pois são essas práticas que passam a fazer parte da rotina dos estudantes, assim como outras previstas no calendário letivo. O planejamento

passa, então, a apresentar-se como um instrumento fundamental para a escola - conquanto uma instituição que funciona com calendários semifixos de atividades e avaliações - e para a UAPS, nas suas atividades de acolhimento. No entanto, nessa intersecção Posto x Escola, o planejamento de atividades do PSE pode ser comprometido por causa da dinâmica característica de cada setor, somado às dificuldades apresentadas nos territórios por esses equipamentos individualmente, que são determinantes no momento do planejamento e execução das atividades.

Para o técnico da saúde da UAPS 1, atualmente a ausência do tempo para planejamento tem sido determinante para o decréscimo na frequência de idas à escola. Essa opinião é corroborada pelo técnico da saúde da UAPS 2, que afirma que desde a gestão passada, naquela unidade, esse tempo já era exíguo: “(as visitas) aconteciam quando tinha uma demanda que vinha da regional (5) prá cá, quando não tinha isso, não tinha ação.”

Segundo o técnico da saúde da UAPS 1, houve uma modificação na metodologia de trabalho a partir do estabelecimento de metas de acolhimento familiar na rede de atenção básica de saúde, observada mais evidentemente na gestão municipal atual. Essa metodologia de trabalho que busca uma cultura de humanização do PSF

não (é) um espaço ou um local, mas uma postura ética: não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, angústias e invenções, tomando para si a responsabilidade de “abrigar e agasalhar” outrem em suas demandas, com responsabilidade e resolutividade sinalizada pelo caso em questão. Desse modo é que o diferenciamos de triagem, pois ele não se constitui como uma etapa do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde.²⁶

Essa predisponibilidade dos profissionais de saúde ao atendimento imediato ao usuário do posto de saúde não propicia um planejamento de ações específico para o PSE nas escolas, inviabilizando um cronograma de atendimentos. Diferentemente das escolas, nas unidades de saúde o calendário de trabalho é naturalmente menos fixo, haja vista ser assaltado por demandas de urgências e emergências impostas pelo quadro da saúde na cidade. Sobre acolhimento no

²⁶ Fonte: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf> nifica>.

atendimento das unidades básicas de saúde, documento Acolhimento e Demanda Espontânea da prefeitura de Belo Horizonte ressalta:

Há grande incômodo do trabalhador com o dispositivo do acolhimento, somadas a incompreensão de suas potencialidades à grande demanda de usuários nos CS, o que faz com que as equipes se ressentam de não estarem fazendo PSF ou mesmo se sintam trabalhadores de Pronto Atendimento, exercendo uma clínica desqualificada.²⁷

O PSE prevê atividades na escola com alunos, professores e com a comunidade nas visitas guiadas à unidade de saúde e acolhida aos pais e familiares desses estudantes. Com a adoção do acolhimento da demanda espontânea, as equipes do PSF – principalmente nas unidades com menor número de equipes - não conseguem agendar idas às escolas para planejamento e execução de um cronograma comum, essa fala é um ponto passivo para quem está nas unidades de saúde, nos territórios.

Essas queixas com relação ao aspecto organizacional remetem àquilo que ainda está insuficiente, precário ou inexistente. Fica patente que, para haver uma modificação expressiva do modelo assistencial e a humanização do atendimento, é preciso redirecionar a organização e distribuição das ações e serviços de modo a responder satisfatoriamente às demandas, bem como às necessidades de saúde e, para isso, é necessário associar práticas de atendimento à demanda espontânea e de vigilância à saúde (SILVEIRA *et al.*, 2004, p.5).

O técnico da saúde 2, no entanto, refere-se a essa falta de planejamento não só como algo atual, mas diz que desde a versão anterior do PSE a unidade de saúde já apresentava comprometimento:“(...) desde então eu sou responsável pelo PSE, mas ele sempre foi, desde a época que eu entrei, desse modelo, acontece uma ação, depois um longo tempo de nada (...)”.

Essa descontinuidade de gestão do Programa, seja nas escolas, seja nos postos de saúde, traz uma ruptura difícil de ser retomada na sua sistemática, causando uma sensação de recomeço e insatisfação a cada reunião, verificada nas falas dos profissionais dos dois setores, ao longo da observação da pesquisa exploratória.

²⁷ Fonte: <http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/capitulo_8_acolhimento_e_demanda_espontanea.pdf>.

com uma mudança de gestão a gente tem que fazer todo o diálogo, pra poder explicar, pra poder dizer que aquele projeto 'tá' contemplado, mas eu vejo que a burocracia – eu 'tô' falando de Estado como um ente maior – ela emperra, essas dificuldades ela emperram a gente que está no território, a gente que 'tá' na regional, porque às vezes você mexe com muita coisa, você tem que tirar o aluno pra fazer as oficinas, tem que tirar os professores ou os coordenadores pedagógicos, o profissional de saúde...então mexe na agenda e a gente tem que ter uma autorização central pra poder a gente se respaldar. (Técnica em Saúde - 3).

A descontinuidade do programa no município de Fortaleza também se caracteriza pela personalização das ações do PSE em relação aos servidores públicos e suas produções. O servidor que 'construiu' a identidade do PSE em seu posto de trabalho tem a sensação de propriedade sobre a *res publica*, a ponto de sentir-se autorizado a fazer da produção coletiva o que entende ser melhor, o que pode significar a apropriação privada e restrita do material do Programa. Essa apropriação pode ser voluntária ou involuntária, pois a cada mudança de gestão, os servidores ocupam e desocupam postos de chefias, geralmente provocando insatisfações pessoais, que ameaçam o planejamento estratégico já estabelecido, “uma vez que cada funcionário que sai leva com ele uma parte da memória da instituição”. (ALMEIDA, 2007, p. 9). Verificamos na observação de visita às escolas para apanhado da situação atual do Programa o desconhecimento que a descontinuidade administrativa pode trazer. Essa descontinuidade, prevista na Carta Magna Brasileira, prevê a alternância do poder, o que propicia esse rompimento de processo na administração pública. Almeida relata, ainda, que:

A descontinuidade administrativa tem como consequência a diminuição da eficácia do planejamento estratégico e da instituição pública como um todo. Constantes alterações nos rumos da organização; frequentes recomeços; fase de confusão até que os novos ocupantes dos postos se encontrem enraizados; perda da memória institucional; remanso na presteza causado pela redução do ritmo de ação em períodos de transição; alteração de projetos já aprovados e sobreposição de investimentos, são apenas algumas das sequelas da descontinuidade na administração pública.²⁸ (ALMEIDA, 2007, p.7).

As ações previstas e não realizadas revelam a descontinuidade que sofreu o PSE na mudança de governo Luizianne Lins até se instalar a gestão do Prefeito Roberto Cláudio. É natural a reestruturação de secretarias, readequação de atividades, de pessoas e de sistemática de trabalho. No entanto, a prioridade que se

²⁸ Fonte: <http://lms.ead1.com.br/upload/biblioteca/modulo_1722/UTLQQACJGE.pdf>.

confere às políticas públicas denota a cara da administração pública no trato com as pessoas e com a cidade.

Para os profissionais da escola 1, no entanto, as atividades do PSE funcionavam bem pela aproximação que havia entre posto de saúde e unidade de ensino em função da boa relação com o NASF, o fato de a escola ser ponto de apoio do posto – sua estrutura era utilizada em outras ações da saúde - e a afinidade que o médico tinha com a escola “ele dizia que essa ser essa a escola que mais gostava de atender”.

O risco inerente à centralização refere-se ao processo decisório de cima para baixo, desconsiderando subsídios, tanto dos níveis inferiores da organização, quanto dos cidadãos que usufruem dos serviços/políticas públicas da prefeitura. Outra questão é o tratamento padronizado de problemas semelhantes, porém vivenciados de modos distintos em realidades diferentes. Já a descentralização traz para o Estado uma capacidade maior, tanto de articulação, como de atuação, de acordo com a realidade, seja dos níveis subalternos da prefeitura, seja dos cidadãos (CKAGNAZAROFF; MOTA, 2003, p.6).

Técnico da Saúde 4, atuante em ambas as unidades de ensino, comenta sobre o comportamento escola/UAPS no desenvolvimento das atividades do PSE :

No Herbert (de Sousa) tinha uma equipe integrada: a dentista, a enfermeira e o médico, eles estavam sempre presentes na escola, eles atendiam as crianças, eles demandavam outras demandas, realizavam palestras com diversos temas, tinham o apoio da escola e então foi uma equipe muito agraciada pelo posto e escola. No Viviane (Benevides) via-se a integração dos ACS, realizavam as ações...os dentistas...o enfermeiro esporadicamente realizava as ações, mas o médico, não. (Técnico em Saúde - 4).

Essa harmonia entre escola/UAPS pode traduzir a intersectorialidade buscada no território de atuação do PSE. No entanto, percebe-se a centralidade na importância atribuída à figura do médico como mola propulsora do Programa, não apenas por ser uma condição para adesão das escolas a equipe do PSF apresentar-se completa, mas pelo valor histórico que esse profissional apresenta como “solucionador de problemas de saúde”.

11.4 Categoria Analítica – Educação / Saúde Integral

A intersectorialidade prevista na política pública interministerial do Programa Saúde na Escola depende de vários fatores que predisponham as instituições envolvidas. O PSE em Fortaleza interdepende das secretarias municipais de saúde e de educação, bem como das regionais e respectivos postos de saúde e escolas.

As entrevistas realizadas com as secretarias de Saúde e de Educação, bem como com os respectivos distritos, objetivam analisar a efetividade da oferta de educação e de saúde integrais.

A Constituição de 1988 prevê a universalização da educação e da saúde, ampliando direitos e acesso aos equipamentos desses setores pela população, descentralizando ao mesmo tempo em que promove a participação popular. Essas conquistas foram paulatinas e esses setores foram alvo de discussões e ajustes para que chegasse ao que hoje se busca como ideal na saúde e na educação integral. A integralidade na educação e na saúde busca, sobretudo, a humanização na lida com o público.

Sendo o PSE um programa intersectorial, a garantia do bom funcionamento do Programa é uma das funções do GTI municipal.

a promoção da saúde demanda ação coordenada entre os diferentes setores sociais, ações do Estado, da sociedade civil, do sistema de saúde e de outros parceiros intersectoriais. Em suma, a saúde não é assegurada apenas pelo setor saúde. (ANDRADE *et al.*, 2002).

A intersectorialidade vai além da união de dois ou mais setores para a consecução de uma política pública. Aliada a estratégia de descentralização – que visa mudança nas relações Estado e sociedade após a falência do Estado de Bem Estar Social e que culminou na demanda por reformas administrativa na máquina estatal –, a intersectorialidade intenciona favorecer uma rede de articulação local entre aparelhos estatais e sociedade em função do controle social.

Segundo Etzione (1994) é a subsidiaridade o princípio da descentralização. Dessa forma, aqueles que vivenciam o problema deverão

responsabilizar-se por ele, por apresentarem mais possibilidades no contato e resolução de problemas, de posse dos recursos e de poder para tanto.²⁹

Em Fortaleza, a atuação do Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTI-M) em parte deixou a desejar pelos desencontros de agendas e de comunicação entre as secretarias e suas subdivisões – componentes do grupo. Sua formação com a Secretaria de Saúde do Governo de Estado (SESA) e com a Secretaria de Educação Estadual (SEDUC) encontrava dificuldade para se reunir e encaminhar atividades de ordem mais local.

O técnico em educação 3 ressalta as dificuldades encontradas no andamento do GTI do recorte temporal pesquisado, quanto a implantação do PSE em Fortaleza: efetividade do GTI: “Uma das maiores dificuldades foi a forma como o PSE foi implantado, porque a forma é... Mesmo que demore, são as capacitações que é pras pessoas terem conhecimento do programa e façam as articulações”.

Verifica-se a descontinuidade na Educação permanente para a execução do programa nas regionais, primordial para a compreensão e empenho dos atores da política pública, sobretudo pelo agravante das constantes trocas de profissionais, seja na Saúde, com mais frequência, ou na Educação, mais raramente.

Logo de inicio ficava ate mais fácil porque nós tínhamos reuniões com o GTI, tinha organização (...) tinha capacitação, tinha treinamento, tinha formação que hoje não tem mais então era muito bom porque a gente participava de formação e pra atuar no campo era melhor... cada 15 em 15 dia a gente escolhia uma data mensal(sic) para a educação e saúde estarem juntas discutindo as dificuldades do território por isso as coisas aconteciam ate melhor e hoje não... a gente tem que estar se rebolando, explicando, porque sempre está se atualizando, não é o mesmo profissional de saúde, ai a gente vai começando, ai volta... (Técnico em Saúde - 5).

A comunicação também não foi efetiva no GTI-M, o que reflete o comportamento entre secretarias que se repetiam em algumas regionais, escolas e postos. A começar pela terminologia diferenciada no meio da Educação e nos setores da Saúde. Os desencontros de agenda tornavam a comunicação ainda mais rara, as atividades características de cada setor impedia o encontro sistemático entre os profissionais para que pudessem deliberar ações conjuntamente:

A dificuldade é que eu... a parte do GTI da educação e a parte da saúde eles tinham dificuldade em se encontrar, a agenda era...porque assim, o

²⁹ Fonte: <http://cappf.org.br/tiki-download_wiki_attachment.php?attId=98>.

GTI precisa fazer uma agenda e uma rotina, é para ser assim: criar uma rotina e fazer o acompanhamento ao programa só que era assim o GTI tinha dificuldade de se encontrar e resolver algumas agendas, tinha coisas que a educação tinha que resolver, mas a gente não(...)tinha coisas que na educação a gente resolvia, mas a gente resolvia até um determinado ponto, que a gente tinha que respeitar a diretriz maior que é a intersectorialidade (Técnico em Educação - 3).

A equipe tinha 4 pessoas na educação, agora a nossa briga era fazer uma agenda permanente, a gente estar se reunindo e estar encaminhando o PSE em todas as regionais, fazer uma aproximação, consolidar o GTR, fazer uma aproximação do GTR(...)agora o grande problema que assim a saúde tem uma demanda muito grande a saúde tem que ter prioridade, o PSE foi pactuado mas a minha visão não houve uma prioridade em fazer o GTI que foi formado, foi oficializado e cumprir essa agenda e partir pra fazer a gestão do programa. (idem)

Quando eu cheguei o GTI tava parado tem algumas questões burocráticas que emperravam o grupo de trabalho (idem).

Corroborava essa afirmação o técnico em Educação 4, ao afirmar que “a dificuldade maior era a questão do agendamento, conciliar, porque às vezes a educação podia e a saúde não podia e ficava essa dificuldade prá poder haver reunião”.

Uníssonos, o técnico de saúde 6 declara: “quando cheguei aqui a queixa sempre foi o diálogo, a interseção, a intersectorialidade das duas... a dificuldade era a conversa, poder sentar e resolver, a dificuldade maior era essa...”.

A ideia de rede intersectorial não se mantém orgânica na ausência de diálogo. Não há como manter-se integrada e como consequência, promover saúde ou educação integral.

(...) podemos afirmar que a intersectorialidade busca superar a especialização e setorialização com o objetivo de integrar saberes e percepções dos sujeitos e de sua realidade social considerando-os em sua integralidade, superando a fragmentação que tem caracterizado a gestão das políticas sociais. Assim, é possível inferir que o objetivo principal da intersectorialidade é promover mudanças nas condições de vida e de saúde da população mediante a visão integrada dos complexos problemas sociais da atualidade, o que requer a inclusão de vários atores sociais e seus olhares, além da interação das diversas políticas sociais através de medidas multidisciplinares (PAIVA, 2012, p.97).

Uma questão da descentralização - quando se refere a uma política pública federal - é a tentativa de padronizar atitudes que no texto da política é previsto como igual, mas no território pode ter outra configuração. Sobre isso, enfatizam Ckagnazaroff e Mota (2003):

O “como fazer” implica em um tratamento mais integrado das demandas (...) daí a preocupação com a abordagem multi-serviços apresentada por Hambleton (1988) que, na sua visão mais radical, considera uma inter-relação entre diferentes setores, que pode ser entendida como um esforço em direção à intersetorialidade. Mas, ao mesmo tempo, este autor chama atenção para um problema que a intersetorialidade pode enfrentar, conflito entre diferentes profissões na implementação de políticas públicas (CKAGNAZAROFF, MOTTA, 2003, p.9).

O GTI-M, em Fortaleza, no recorte temporal 2009-2012, atuava em sintonia com a demanda federal no tocante às campanhas e adesões de novas escolas e cadastro de diretores, além da Semana da Saúde. No entanto, os ministérios demandavam ações do PSE independentes, ainda do SPE, projetos que estavam sendo inserido um no outro. Essa “sopa de letrinhas” mais confundia que esclarecia as escolas, que não sabiam de fato onde começava o Programa e onde terminava o projeto.

Quando eu entrei, o SPE era separado do PSE, embora fosse um componente dois do PSE, nessa época ate uma orientação ministerial que o SPE podia ser encaminhado separadamente, então a gente fazia esse recorte (Técnico em Saúde - 3).

O SPE é um projeto que existia e ficou dentro do PSE como projeto, era outra formação porque tinha um grupo específico que tinha que trabalhar com ele, tinha a participação dos alunos, nem toda escola tinha o SPE(...) as pessoas ficavam sem saber o que realmente estava trabalhando PSE ou SPE, hoje não tem mais isso.(Técnico em Educação - 4).

Na rede pública de Educação e de Saúde, no geral, o desconhecimento do texto da política pública do PSE causava esse desconforto nos técnicos de ambos os distritos, mas, sobretudo, nos da Educação. A ideia de que o programa de saúde é de competência do setor saúde ainda estava presente na realização das atividades do PSE:

Muitas das escolas tinham mais como um fardo porque sempre a escola acha que a saúde é que tem que fazer as coisas e uma ficava jogando umas pras outras, não sei se isso mudou. (Técnico em Educação - 5).

A compreensão que eu tenho em termos de dificuldades é uma dificuldade histórica que já vem de outros processos que a gente nota, vem o PSE que é um projeto (inter)ministerial do Ministério da Saúde e Ministério da Educação, quando desce pra cá Secretaria Municipal e Saúde e de Educação e secretarias de saúde e educação do estado, a gente tenta aproximar territorialmente o posto da escola isso não é fácil, muitas vezes quando a gente chega na escola o discurso da escola é que os profissionais de saúde são muito difíceis de estar presentes na escola e quando a gente vai no posto, o posto refere que é muito difícil dialogar com os profissionais da escola o fato é que cada tem suas atribuições a gente tem que entender

também que não existem só PSE ou como só o SPE, eles tem vários outros projetos. (Técnico em Saúde - 3).

Em termos macro a gente teve uma facilidade maior eu confesso com a secretaria de saúde com os profissionais da saúde do que da educação. Eu não sei (...) se houve uma dificuldade de compreensão 'a nível de' secretaria de educação do que era realmente o papel do projeto. (Técnico em Saúde - 3).

Nas regionais administrativas, na impossibilidade de entrevista à totalidade dos representantes da gestão anterior do PSE, aquelas que se propuseram a contribuir com a pesquisa afirmam a existência de entraves burocráticos ou ausência de predisposição de alguns profissionais em efetivar o PSE no território.

Nos relatos dos territórios, a propensão à intersectorialidade observada entre os distritos de Educação e o de Saúde varia de acordo com a característica do território e o perfil dos profissionais, sobretudo no que se refere ao conhecimento do programa e seus desdobramentos.

Sobre o envolvimento dos distritos, coletamos as seguintes informações:

A articuladora da saúde não se identificava com o programa tinha uma sobrecarga de trabalho muito grande ela dizia que o PSE além de ela não gostar ela dizia que não era pra fazer porque ela não tinha como abarcar o mundo com as pernas então era muito difícil, nós nos reunimos na época(...) tanto que colocaram outra pessoa lá e se desenvolveu um pouco melhor... (Técnico em Educação - 5).

As técnicas da saúde eram muito, de certa forma, privilegiadas, porque tanto a saúde quanto a educação se entendiam muito bem, iam sempre as reuniões, se não iam repassavam para a outra, procuravam juntas fazer as visitas nas escolas para ver como estavam as visitas, as ações do PSE na escola. (Técnico em Saúde - 4).

O diálogo entre os distritos flui muito. Até hoje também tem uma facilidade. Acho, também, pelo espaço territorial, a gente 'tá' aqui perto, a gente dialoga... (Técnico em Saúde - 3).

Eu aqui dentro do Distrito de Educação(...)eu não tive nenhuma dificuldade a gente lidava muito com varias técnicos da saúde, eles me chamavam eu fazia o intercâmbio entre as escolas com as pessoas da saúde e ai foi muito bom o meu relacionamento com o distrito de saúde também por isso eu tinha facilidade de chegar as escolas, fizemos muitas palestras visitamos muitas escolas... (Técnico em Educação - 6).

Não tinha ninguém da saúde para interagir, O PSE era como se fosse uma coisa - PSE era problema da educação. Na gestão passada a saúde não vestiu a camisa do PSE (Técnico em Educação - 7).

Era meio complicado, porque eu tinha que estar correndo atrás da saúde, porque pra tirar profissional de saúde é muito difícil pra levar pra escola eu convencia a equipe lá no território, sem passar pelo regional, 'a nível de'

amizade, 'a nível de' sensibilidade, comentar como está a carência, o atendimento que era péssimo, as crianças com problemas de saúde, então eu fazia um relatório de cada escola e abordava na unidade mesmo e conversava com a equipe. (Técnico em Educação - 8).

O técnico em educação 7 ressalta a ausência de um profissional que de fato, encaminhasse com propriedade as ações do PSE.

(...) tanto a escola como a saúde não tinham "pernas" pra essa execução, tinham boa vontade, mas não tinham aquela pessoa, aquela locomotiva, porque professor tinha que estar em sala de aula, a diretora envolvida com problemas administrativos da escola, então eles queriam que a Secretaria de Educação colocasse uma pessoa pra ser responsável por estas ações do PSE, só que a Secretaria da Prefeitura nunca colocou essa pessoa até hoje. (Técnico em Educação - 7).

Corroborado pelo técnico educação 9 quando fala sobre a necessidade de haver na escola alguém responsável exclusivamente pelo PSE, para sua efetividade, embora reconheça essa impossibilidade, haja vista o acúmulo de trabalho na escola

O programa como é que ele deveria ser e quais condições nós tínhamos no nosso território, em Fortaleza para que ele acontecesse, por exemplo, seria ideal que tivesse alguém na escola apenas para ficar à disposição pra articular as ações do programa mas não é possível. (Técnico em Educação - 9).

Quando mudava alguém na escola, o GTL e que era da escola e dos postos, a mudança quando a pessoa da escola saía, teria que mudar as pessoas do grupo, que era mais difícil, ocorria mais essa modificação na saúde, porque na escola como é ligada ao posto de saúde aí mudava a equipe e aí como tinha essa mudança na equipe quebrava um pouco o trabalho e a pessoa que chegava como não tomava conhecimento do programa não sabia como agir. (Técnica em Educação - 4).

Internamente à escola, os temas relacionados à saúde também devem ser incorporados aos conteúdos disciplinares. O papel do articulador do PSE na escola passa a ser o daquele que vai intervir junto aos professores para a inclusão interdisciplinar dos assuntos abordados pela equipe de saúde na escola. Por esse motivo há que ser também um professor – nessa função ou na coordenação pedagógica – para fazer o compartilhamento das ideias e temáticas abordadas pelos profissionais, quando do traçado no planejamento.

O motivo pelo qual as ações do PSE não ocorriam a contento no território foi expresso na fala dos entrevistados, indicando o excesso de ações a serem

desenvolvidas na escola e nos postos de saúde, mas também por ruídos de comunicação ou não compreensão do programa e sua finalidade.

(...) mas eles tinham essa dificuldade a gente tinha que ir assim, com o material pronto ou ajudar e já chegar lá e dizer olha, nós vamos fazer isso aqui, eles aceitaram o PSE, mas eles não executavam sozinhos, a gente tinha que estar presentes. Devido ao acúmulo de atividades, as ações ou muitas ações... eles achavam que era muita coisa para fazerem na escola por isso que precisava que a gente como técnico fossemos (sic) às escolas só que somos poucos no distrito para ir até as unidades escolares...(mas) as ações eram realizadas, eles eram simpatizantes da causa, eles queriam executar. (Técnico em Educação - 6).

Nós temos essas dificuldades, realidades, de equipe para equipe, mas se você me disser de 2012 anteriormente, para antes, nós tínhamos outras dificuldades e diz assim 'ah, mas tinha tempo e não fazia', exatamente, era delicado porque tinha outra relação de entendimento, ou então achava, não dava muita importância, não 'to' falando o profissional, mas a própria política... (Técnico em Saúde - 7).

Então a gente tem que entender o contexto, e a agenda de trabalho tanto da escola quanto do posto mas isso não é impossível de acontecer porque a gente tem exemplos de escolas que conseguem ter essa proximidade de saúde e educação pra superar essas dificuldades. (Técnico em Saúde - 3).

Por vezes, até mesmo as campanhas nacionais promovidas pelo Ministério da Saúde e estimuladas a serem replicadas nos municípios que fizeram adesão ao PSE não alcançavam as metas traçadas para aquela ação. Os calendários divergentes quanto ao planejamento de cronogramas causaram muitos desencontros que, por vezes, resultaram em descumprimento de datas e metas estabelecidas a nível federal, especialmente em função de repetidas greves dos servidores da saúde e de professores, da pouca divulgação entre os alunos sobre a atividade a ser desenvolvida na escola, da estratégia de adesão dos pais de alunos na assinatura de documentos permitindo determinados procedimentos – que não retornavam assinados e por vezes sequer retornavam autorizando os procedimentos – acarretando, assim, um baixo índice nas metas traçadas.

A semana da saúde que era pra ter sido em março só que em março a gente estava concluindo o ano letivo de 2012 que foi abreviado(...)as metas de Fortaleza não foram totalmente atingidas é tanto que a gente teve que repetir a campanha novamente (sic), a gente fez a campanha em setembro não, em outubro e em novembro a gente teve que refazer a campanha porque os números estavam muito abaixo do que a gente esperava. (Técnico em Educação - 9).

Essa conversa foi algo também delicado, não foi tão cem por cento mas foi uma tentativa boa, só não foi melhor por que 'tava' havendo greve de dentistas e dos enfermeiros e alguns não foram e os que foram

participavam como ouvinte, 2011 e 2012 mas foi muito bom porque eu lembro que teve uma experiência exitosa de um PSE que tava médico enfermeira e dentista e o diretor de escola mostrando que existia, existe essa política interministerial que realmente funciona...(Técnico em Saúde - 7).

No território, um dos entraves era a incompletude das equipes do PSE, o que se tornou uma exigência premente da instância federal para a vinculação posto/escola.

As grandes dificuldades eram que algumas equipes não eram completas, ou seja, elas não eram compostas por alguns profissionais de saúde ou médico ou dentista, na maioria das vezes era só o enfermeiro e agente comunitário de saúde ou então elas eram completas e somente o enfermeiro e dentista, eles faziam as ações ou somente o dentista fazia as ações já que os profissionais de saúde achavam que era mais um programa que eles (médicos) iriam ter que colocar pra funcionar... (Técnico em Saúde - 4).

Em função dessa equipe incompleta, as ações do PSE ficavam sendo realizadas apenas de acordo com a categoria do profissional que aquela equipe contemplava.

Eles acabavam fazendo as atividades de acordo com a sua categoria, o dentista fazia somente a ação relacionada ao dentista, a enfermeira relacionada à enfermeira e o médico muitas vezes não ia, tinha escola que não via o médico atuar, ou só o enfermeiro e dentista ou só enfermeiro ou só dentista... (Técnico em Saúde - 4).

A dificuldade para se trabalhar estava na estrutura, por exemplo carro, outros materiais do dia a dia que eles tinham sempre dificuldade, a equipe de saúde incompleta, porque as vezes a equipe tinha somente uma enfermeira, não tinha dentista e o médico não se disponibilizava a sair da unidade porque a demanda é grande... (Técnico em Saúde - 8).

Só que infelizmente batemos com muitas dificuldades nos postos de saúde, as agentes, problemas de transporte, e a burocracia que é muito grande a gente encaminha uma campanha como essa do olhar Brasil devido aos vários outros problemas às vezes demora muito pra concretização daquela ação. (Técnico em Educação - 10).

Nas parcerias escola/posto de saúde, nem tudo era desconhecimento. O sucesso do PSE envolve a predisposição. A causa da resistência em aplicar o PSE nas escolas pode ser encarada como uma negativa às vantagens que o Programa oferece no que se refere à promoção da saúde e, para além disso, do direito que os alunos têm às atividades previstas no Programa:

Uma pequena minoria não via como mais um programa eles viam que era um complemento da ação que eles faziam na unidade porque eles já atendiam adolescentes grávidas, adolescentes na vacinação, adolescentes na consulta do dentista...era somente pra ampliar as consultas e as ações que eles já faziam na unidade... (Técnico em Saúde - 4).

A escola se achava com muitas atividades, acumulava muitas atividades daí aparecia a dificuldade de executar a ação, mas quando nós do distrito podíamos ir ate a escola e executávamos não tinha problema nenhum, mas a escola aceitava recebia de bom grado mas quando a escola tinha que dar a contra partida eles achavam que era mais uma ação e a escola não tinha tempo pra isso. (Técnico em Educação - 6).

No entanto, alguns técnicos usavam de autonomia para a resolução de problemas que emperravam por causa da burocracia, o que, por vezes, foi encarado como um atropelamento à hierarquia:

Então eu fazia um relatório de cada escola e abordava na unidade mesmo e conversava com a equipe e era onde eu conseguia parceiros e isso simplificava o trabalho que era obrigatório, tem que executar dentro da própria escola e o PSE da saúde não tinha tanto envolvimento em saber no Distrito de Saúde, não tinha interesse nenhum em se envolver com as ações do PSE porque tinha várias ações, várias demandas, não podia ficar preso só a uma atividade, só um programa e eu acabava fazendo sozinha toda essa ação, articulação, envolvimento... (Técnico em Educação - 8).

Há técnicos que afirmam que em seus territórios houve uma preparação inicial para receber o PSE, com leituras prévias sobre o texto da política pública e que, apesar da oposição ao novo, após as capacitações iniciais, adaptaram-se.

Existe uma certa rejeição, uns aprovam outros rejeitam alegando falta de tempo pra trabalhar com uma coisa nova e não querem se disponibilizar a sair da sua rotina do posto pra trabalhar uma coisa nova, então existiu essa resistência de se trabalhar o PSE na escola, o enfermeiro e o médico saem da sua unidade pra ir pra escola, então 2010 foi um ano para se trabalhar isso... (Técnico em Saúde - 8).

As ações bem sucedidas do PSE na cidade, nas escolas estudadas nesta pesquisa, são relatadas através das falas dos técnicos sob diferentes aspectos:

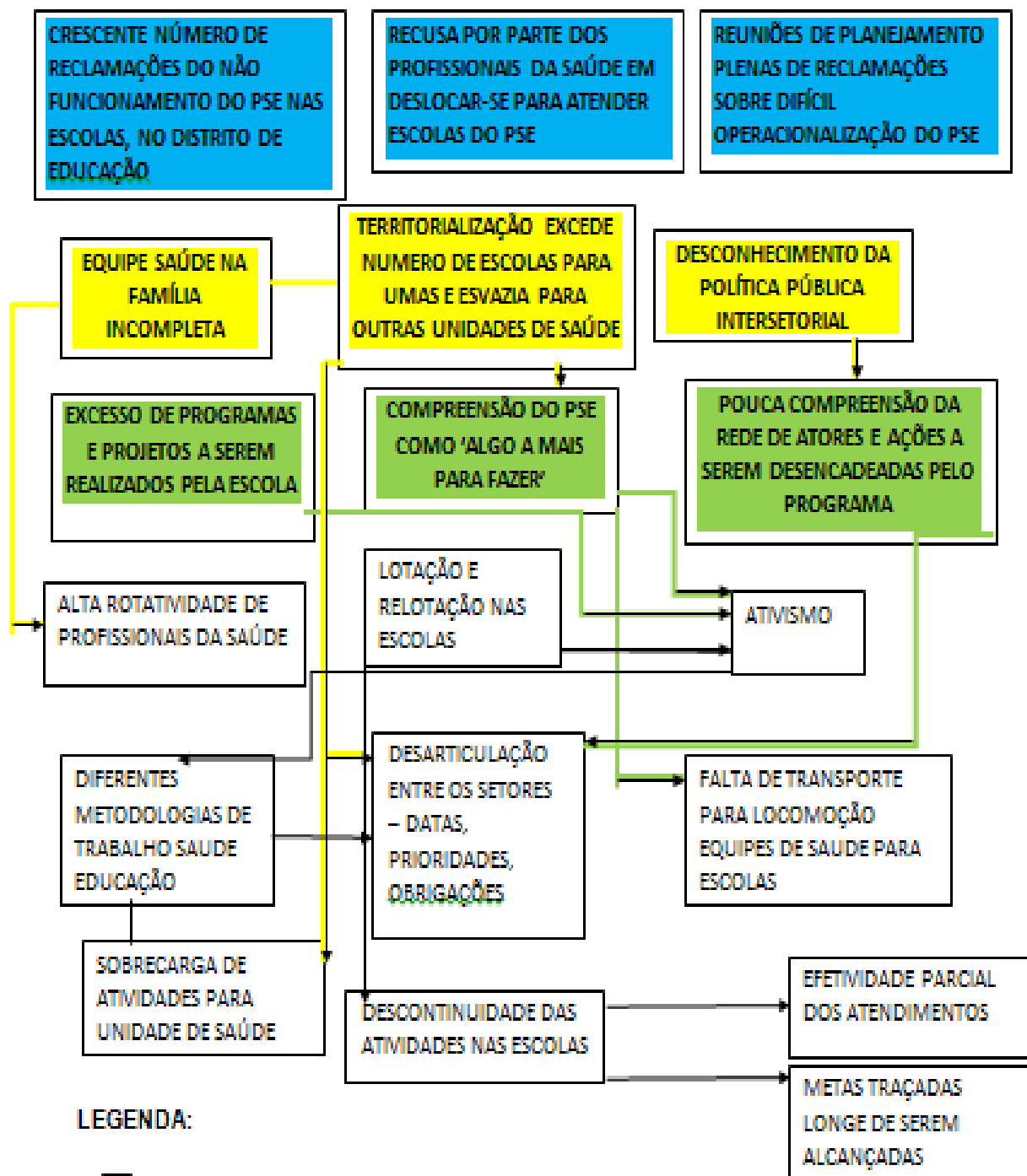
O cronograma era feito pelo GTL – Grupo de Trabalho Local, eu me reunia com as equipes de saúde, ai nós íamos até a escola onde era realizado o agendamento com a escola, com todo grupo gestor da escola e com a participação do diretor e vice-diretor e alunos(...)Todas as escolas tinham planejamento, nesse planejamento tinha a participação dos pais, dos alunos, diretor, vice, coordenador pedagógico, enfermeiro, dentista e o pessoal do NASF ai fazíamos o planejamento de todas as ações que aconteceriam durante 6 meses. (Técnico em Saúde - 8).

Hoje eu vejo bem melhor, já estive mais distante desde 2005 pra cá já teve muitas mudanças, e como volto a dizer acabo não tendo muito o que falar da minha vivência porque fui gestora então eu sempre tinha esse gancho de estar me articulando com as escolas. Seja por causa de vacina, seja pelo próprio PSE porque estávamos trabalhando DST AIDS, gravidez na adolescência então assim sempre foi muito atuante com as equipes do PSF inclusive trabalhava com as escolas, a gente já trabalhava com essa temática independente de ser PSE ou não. (Técnico em Saúde - 7).

Eu acredito que (na escola 1) o PSE foi uma força muito grande e, diferentemente dos depoimentos que eu ouço em outras escolas, tanto o Mais Educação quanto o PSE fortaleceram muito a rotina escolar, contribuíram muito com a questão da melhoria da aprendizagem. (Técnico da Educação - 1).

Eu 'tô' bem otimista, eu sei que a gente não vai sair do que a gente estava pro que a gente quer da noite pro dia, é um processo, é um trabalho, Fortaleza é muito grande tem muitas demandas tem muitas prioridades tudo é prioridade, mas eu penso que a gente consiga avançar mais um pouquinho... (Técnico da Educação - 9).

11.4.1 Principais Problemas Apresentados



11.4.2 Benefícios alcançados - Principais Facilidades Apresentadas pelos Técnicos da Saúde e da Educação no Manejo das Atividades do PSE e Necessidades

A) Pontos Fortes

- Contato harmonioso escola / UABS.
- Efetividade dos temas da saúde na vida prática dos alunos.
- Currículo integrado saúde e demais disciplinas.
- Envolvimento das famílias dos alunos na prevenção e promoção da saúde.
- Material gráfico informativo de qualidade.

B) Pontos de estrangulamento

- Ausência de encontros de planejamento para traçar cronograma de ações.
- Comunicação ineficaz entre os setores e entre a escola e os pais de alunos.
- Aparato profissional, logístico e de infraestrutura insuficiente / inadequado – profissionais, carro, vias de acesso, falta de segurança, etc.
- Formação insuficiente pela alta rotatividade dos profissionais.
- Pouca disponibilidade dos profissionais da saúde para deslocamento, considerando a ida a escola “trabalho a mais”.
- Professores que consideravam o programa “obrigação da saúde” e justificavam dessa maneira a não promoção da Educação em saúde.
- Diferentes calendários e prioridades entre os setores.
- Abordagem formal e tecnicista dos temas da saúde na escola – não falar a mesma língua dos alunos.

12 GTR DE CADA REGIONAL – PROGRAMAS E PROJETOS - CONHECIMENTO, EFETIVIDADE E PRIORIDADES

Nessa fase, a pesquisa toma um apanhado de informações do que se pratica e aquilo que se acredita ser o Programa Saúde na Escola no âmbito dos demais Distritos de Educação nas Regionais de Fortaleza, ouvindo os atuais profissionais que se ocupam do PSE no formato de 2013 em diante, suas diferenças ou a manutenção de sua metodologia.

A ampliação da pesquisa alcança também os atuais profissionais de Saúde nos Distritos de Saúde das demais regionais, bem como os demais profissionais de diferentes setores que contribuíram para a formatação do PSE em Fortaleza.

Atualmente, as regionais nos distritos de Educação são compostas por uma equipe chamada de Programas e Projetos, responsável, entre outros, pelo Programa Saúde na Escola - PSE.

A remodelação sofrida nas equipes de acompanhamento às escolas nas secretarias executivas regionais em 2012, ou seja, nos distritos de Educação, promoveu mudanças significativas na compreensão macro da sistemática da escola. Essa mudança também se operou nas escolas, postos de saúde, distrito de Saúde e nas respectivas secretarias.

Toda essa reestruturação oferece um maior contato do Distrito de educação das regionais com a escola. No entanto, fragmenta informações valiosas para o desempenho profissional de cada envolvido nas equipes, no momento em que essas informações não são compartilhadas com eficácia. Em duas regionais não conseguimos entrevistar os componentes dessas equipes, já que durante o mês de novembro e dezembro há um acúmulo de atividades profissionais para encerrar o ano civil e letivo.

Uma panorâmica pelas secretarias e distritos de Saúde e de Educação traz à tona a condução que está sendo dada ao PSE, focando o grau de conhecimento sobre a política pública de saúde e de educação, além de definir o nível de prioridade política-administrativa conferida ao mesmo.

Perguntados sobre a comunicação entre as secretarias e os distritos na gestão atual, os técnicos oscilam nas respostas, pois há uma variação no envolvimento entre os setores da saúde e da educação, dependendo da

proximidade física, da frequência com que se encontram, da aproximação amistosa, das trocas de experiência, da colaboração mútua, da efetivação do grupo normativamente.

O diálogo entre os distritos flui muito... até hoje também tem uma facilidade, acho também pelo espaço territorial a gente 'tá' aqui perto a gente dialoga, ate porque a época o GTI 'tava' parado, estava se reconstituindo e ate hoje também a gente ta esperando ainda essa resposta a (xxx) está cuidando ...mas ate hoje ninguém recebeu nenhuma posição sobre a composição do GTI. (Técnico em Saúde - 3).

Há também um jogo de palavras que mais tenta confundir que esclarecer. Chefia de grupos que, na tentativa de preservar uma boa imagem, desviam o foco da problemática de agenda entre posto e escola, maquiando e recusando-se a reconhecer que, no desenvolvimento das ações em separado, as atividades do PSE são prejudicadas, na atualidade.

A gente pede 'prás' equipes priorizarem sim, 'ah mas a gente não tem tempo, é tudo cronometrado' então a gente faz assim, é dia de puericultura, então em vez de fazer no próprio posto vai na equipe e faz na creche, é dia do adolescente, uma demanda de acolhimento, de bolsa família, faz numa estratégia que faça na própria escola tem momentos que seria... por isso que é importante essa conversa da escola entender esse processo de trabalho que esta sendo modificado, mas com essa visão(...) de que 'tá' sendo feita toda uma estratificação de risco, onde as prioridades são gestantes, crianças, hipertensos e diabéticos, então crianças - e infelizmente a questão da gestante...mesmo, que a gente tem muitas gestantes adolescentes - então a gente tem como trabalhar alguma ação nas escolas, sim, contanto que se lembre na hora da agenda, do cronograma, deixar aquele período deixar, aquele horário (Técnico em Saúde - 7).

A divisão administrativa territorial atual entre as escolas e unidades de saúde para fins de vinculação entre elas não surtiu o efeito desejado, pelo fato de não ser o único fator de entrave no território:

No ano passado nos 'propomos' (sic) um novo redimensionamento do território que é diferente da divisão política de Fortaleza então nos trabalhamos com uma divisão e a saúde de trabalha com outra, então isso também dificulta uma algumas vezes as questões, ai todo mundo ficou feliz com essa nova proposta de vinculação e ela foi feita(...)foi bom porque prá gente analisar outras questões porque depois de muitas discussões tinha que ter um bode expiatório, e o bode expiatório foi a vinculação que a vinculação era feita errada então a culpa era da vinculação, fizemos a nova vinculação e não funcionou... (Técnico em Educação - 9).

Nessa fase das entrevistas, indagamos a percepção dos atuais gestores da política pública intersetorial de saúde e de educação Programa Saúde na Escola – PSE,

O PSE na hora de acontecer as ações a Educação e a Saúde não conseguem se entender e acabam prejudicando muito o trabalho, ninguém sabe exatamente qual é o papel de cada um. Se cada um se compromettesse e fechasse com aquela ação era possível que acontecesse de forma adequada a contento para todas(sic) as duas secretarias... As escolas também têm sua parcela de culpa, quando a gente 'vai na' escola e vê realmente acontecendo o enfermeiro, o médico, o oftalmologista está(sic) lá na escola fazendo seu trabalho a gente percebe os alunos que deveriam estar sendo atendidos eles não estão lá todos, assim um grupo expressivo, então falta à escola a parcela da escola no correr atrás desse aluno pra que ele esteja lá nesse dia, para que ele seja atendido.(Técnico em Educação - 11).

A gente tá fazendo algumas coisas, mas a questão do PSE que eu vejo que as dificuldades são as mesmas desde quando eu entrei, comparando com o passado, mas as dificuldades são as mesmas, a comunicação, da fluência das ações entre saúde e da educação. Fica sempre aquela coisa partida, por mais que a gente tente, a gente melhora por um lado mas sempre fica alguma coisa que dificulta (Técnico em Educação - 12).

O desconhecimento de fato do texto da política pública deixa a desejar no resultado final das atividades do PSE na escola. Esse desconhecimento muitas vezes é fruto da falta de interesse na ampliação das ações interpretadas pelos profissionais, sobretudo os da saúde, de que o Programa trata-se de algo mais a fazer além de suas obrigações.

Os entraves burocráticos são apresentados como sérios dificultadores da prática corriqueira das atividades. Apresentam-se na forma de ausência de veículos para transporte de profissionais da saúde às escolas, licitações que se estendem por longos períodos, resultados que chegam após a saída do aluno da escola onde a atividade foi executada, promessas não cumpridas, violências no território, carência de profissionais do PSF, problemas de infraestrutura.

Infelizmente batemos com muitas dificuldades nos postos de saúde, as agentes, problemas de transporte e a burocracia que é muito grande a gente encaminha uma campanha como essa (Olhar Brasil) devido aos vários outros problemas às vezes demora muito para a concretização daquela ação. (Técnico em Educação - 10).

Aqui nós temos maior grau de violência, maior grau de drogas na região, e isso interfere em que, doutor? Os profissionais tem medo de ir 'prá' escola, os profissionais tem medo de andar no território, nós não temos carro disponível, nós temos o profissional, mas não temos carro disponível (...) vamos dizer que uma campanha da hanseníase citando um numero inteiro,

não é assim, mas são mil alunos em cinco escolas da regional II, por exemplo, nós temos mil alunos em uma escola só, então muda a quantidade de alunos, a localização das escolas a dificuldade pra chegar...acesso... (Técnico em Saúde - 9).

A intersetorialidade necessita de autonomia para os autores da política pública. Verifica-se na condução atual do PSE ainda uma dependência das deliberações, que serão tomadas por parte das secretarias centrais, que ainda não compuseram o GTI municipal segundo a fala das técnicas da educação.

Falhas na saúde em relação ao assumir a escola, a dar informações com antecedência os diretores estão muito atarefados muitos programas, muitas atividades, eles não dão muita atenção ao programa. O problema vem de cima para baixo. O problema é das regionais para as escolas, da Saúde para postos, vem das secretarias também, vem de cima para baixo, a gente percebe que as falhas vêm desde as nossas reuniões com a secretarias a gente já percebe que não existe um entendimento entre as secretarias. (Técnico em Educação - 11).

Eu tento seguir o fluxo passado pela SME, como já lhe falei a técnica do PSE na saúde é muito dinâmica mas as vezes ela atropela alguns fluxos e ela toma algumas decisões que nós da educação não tínhamos comando pra fazer... e aí? faço ou não faço? barra ou não barra? Tem momentos que eu tenho de parar ou cruzar os braços, ou então peço a interferência da minha chefe de Programas e Projetos para que ela ligue pra pessoa e diga: "olha vamos parar, agente 'tá' esperando isso ou aquilo", então acontece no final dá tudo certo, por quê? Porque como eu já disse ela é dinâmica, eu tento barrar mas por outro lado vou soltando devagar pra que a corda não arrebente, para que as coisas funcionem sem maiores estragos. (Técnico de Educação - 10).

Há planejamento, as reuniões que a gente faz entre saúde e educação geralmente essas reuniões acontecem na SMS. 'Vai' a secretaria de educação, as equipes dos distritos e agente planeja algumas ações, mas aí depois cada um vai pro seu lado e fica tentando fazer as ações conjuntamente, só que as ações se perdem um pouco... existem encontros mais voltados... assim, a saúde faz os encontros deles e nós aqui tentamos levar esse planejamento que foi feito anteriormente (Técnico em Educação - 12).

Isso reflete na escola, pois o pacto colaborativo não funciona quando um ou ambos os equipamentos sociais não se reconhecem igualmente responsáveis pela efetivação da política pública.

Eles sabem que tem (PSE) mas na própria escola fica uma coisa meio solta O trabalho na escola depende muito do posto de saúde então aquela escola que tem o posto atuante completo que dá total assistência, presente na escola funciona bem melhor do que as outras escolas que já não tem tanto essa questão da saúde tão presente. Então tudo depende muito do posto, não só da direção da escola e de quem 'tá' na escola. (Técnico em Educação -12).

Declaração do profissional de saúde 9 define, naquele território, o sentimento em relação ao PSE atual:

O sonho do ministério da saúde de fazer um projeto de educação e saúde como promoção, levando saúde pra escola difundindo as informações, fazendo ações, esse sonho ainda tá longe, essa é a primeira questão, a outra questão é a realidade, a realidade é que nós trabalhamos com poucas pessoas e além de trabalharmos com poucas pessoas nós ainda não conseguimos esse casamento entre saúde e educação, ele não tem sido perfeito, ele não tem sido bem colocado, até onde é função da saúde, até onde a educação trabalha, até onde é função do profissional, da saúde, até onde é função do diretor da escola, porque que o PSE não sai com promoção de saúde com palestras, só sai com ações pontuais, então essa é uma questão seríssima, a realidade, e nos temos imensas dificuldades mas a principal dificuldade do PSE sem duvida nenhuma é essa organização das agendas da saúde e as agendas da educação porque são agendas muitas vezes antagônicas, opostas, porque nós temos que fazer uma ação de uma epidemia que acontece nós temos que 'ir na' escola, às vezes 'tá' na época de prova... (Técnico em Saúde - 9).

Em uma espécie de autoavaliação da gestão do Programa, as notas atribuídas pelos profissionais às atividades do PSE no seu território variam de 6 a 8 pontos o que, voluntaria ou involuntariamente, reflete a gestão e atuação desses profissionais e da sistemática da burocracia na condução do programa.

(Dou) nota 8, porque querendo ou não nós conseguimos, mesmo com essas dificuldades nós conseguimos fazer com que flua, e no tempo é sempre muito bom, tanto que (essa regional) sempre está na frente, mas com muita delicadeza para que dê tudo certo. E no final funciona Graças a Deus. (Técnico em Educação - 10)

A expectativa positiva em relação ao Programa ainda se deve ao fato de os profissionais envolvidos acreditarem no inusitado, numa espécie de reviravolta no que aí está, onde as políticas públicas suplementares possam ser valorizadas enquanto programas importantes, ainda que transitórios e de caráter compensatório, mas com objetivos bem claros e, portanto, perseguidos para sua efetivação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A título de conclusão, a pesquisa traça um perfil comparativo do programa PSE entre as duas gestões municipais, suas prioridades e ênfases nas atividades e as diretrizes municipais para o tratamento do Programa nos setores da Saúde e da Educação.

Prioridades de um governo municipal, as políticas públicas refletem a preocupação maior ou menor do poder público em relação aos setores que são enfocados. O PSE em Fortaleza - enquanto política de promoção da saúde - ainda deixa muito a desejar nos setores básicos da educação e da saúde, que lhe são suporte.

No tocante às práticas intersetoriais, o PSE na capital cearense, apesar de não haver tido oportunidade de novo acesso aos planos de ação traçados para o cumprimento da primeira gestão do PSE em Fortaleza, notava-se o otimismo com que o programa foi acolhido na rede escolar pela ousadia das pretensões ali previstas, como reformas de salas para abrigar o Programa e reforma de escovódromos, por exemplo.

Percebeu-se um acreditar no Programa que se iniciava, mas muitas dessas promessas não foram cumpridas, como se percebe nas falas dos entrevistados nas escolas que foram foco do estudo durante o período da pesquisa exploratória. À medida que o Programa vai ganhando tempo de existência, perde em credibilidade quando não consegue viabilizar as promessas previstas nas diretrizes do PSE.

Na escola 1, as ações com vistas à intersetorialidade são mais perceptíveis em face à harmonia entre escola e posto de saúde, não verificável de fato na sua totalidade na escola 2. Isso denota que, aliado às condições do ambiente que a rede compartilhada que a intersetorialidade propicia, a realização efetiva do Programa depende de aspectos legais, orçamentários, de infraestrutura, de planejamento, mas também de afetividade para o empoderamento da comunidade para usufruto, manutenção e zelo da saúde pela via da educação.

Quanto às práticas escolares, há ganhos observáveis entre os alunos quanto ao apanhado das entrevistas de ambas as escolas. No entanto, nas falas dos técnicos, há maior empolgação na Educação e na Saúde nas entrevistas dos técnicos da escola 1 em comparação à 2. Nesta última, as falas são, inclusive,

menos assertivas. As práticas, segundo os próprios alunos, são factíveis, sobretudo nas falas dos alunos mais jovens, dos anos iniciais do ensino fundamental, da escola 1.

O planejamento estratégico intersetorial no território sofre influência direta das interações mantidas entre as secretarias e distritos de Saúde e de Educação. Quanto maior a aproximação, o envolvimento, a troca, a interação, a boa comunicação e conhecimento sobre a política pública entre os entes envolvidos horizontalmente, maior é o envolvimento eficaz, eficiente e efetivo do PSE. Esse argumento não descarta a possibilidade de harmonização no território por parte da escola e posto independente das demandas das secretarias – os GTI e GTR, pois depende da gestão municipal a abordagem que se confere à aplicação dos recursos e a prioridade que se dá às políticas públicas de cunho social.

Quanto ao PSE, passa de uma gestão municipal a outra sofrendo com a descontinuidade administrativa natural em uma troca de governo e sem perspectiva de ser um mobilizador - mesmo que indireto - da aprendizagem dos estudantes da rede pública de ensino de Fortaleza, capaz de contribuir com os índices de aprendizagem colhidos junto às avaliações censitárias, tão em foco nesta administração. Restringe-se às ações demandadas de cima para baixo, demandas unânimes, padronizadas, provenientes dos gabinetes que não levam em consideração as especificidades do território onde atuam as equipes de PSF nem o “chão da escola”.

Dessa forma, seguem respostas aos questionamentos surgidos na fase exploratória da pesquisa:

1. Os profissionais e secretarias envolvidos com a operacionalização do PSE dominavam a compreensão, de fato, da essência do Programa enquanto política de promoção da saúde e de educação integral?

Aparentemente, a comunicação não foi efetiva intersetorialmente, nem sequer intrassetorialmente, se considerarmos que mesmo na Saúde havia profissionais que questionassem a estratégia de atendimento dos alunos em função da promoção da saúde e da prevenção, por considerarem o PSE um trabalho “repetido”, com a mesma comunidade, desconhecendo que os jovens, de maneira geral, apenas procuram as unidades de atenção básica em caso de adoecimento e

não como forma de prevenção. Na escola, ainda sobrevive a ideia de que “saúde é com o posto”.

2. A estrutura da estratégia saúde da família existente seria suficiente para cobrir as escolas contempladas com o PSE?

Durante o período foco da pesquisa, e conforme orientação do Ministério da Saúde, todas as escolas deveriam ser vinculadas às equipes de saúde da família, o que não ocorreu desde o início - em Fortaleza, o atendimento inicial dos estudantes ficou restrito às escolas e alunos atendidos pelo Programa Mais Educação -, até a atualidade há carência de profissionais em quantidade e especialidades suficientes para que a vinculação seja universal.

3. A logística traçada para a região seria eficiente a ponto de criar os elos necessários ao bom funcionamento e ao estabelecimento de relações eficazes entre unidade de saúde e unidade escolar?

As variáveis de cada território precisam ser consideradas para responder a essa questão. São da ordem da ética, da infraestrutura, da geografia, urbanização e serviços públicos, da administração de recursos orçamentários, aspectos gerenciais, entre outros. Na SER V, entre as escolas estudadas, considerando as variáveis e semelhanças no trato com as escolas e unidades de saúde, verifica-se que as diferenças residem, também, no público ao qual a política pública se destina, sua história inserida no território, mas, sobretudo, no esclarecimento do direito que a política pública propicia. Converte para essa opinião, também, o técnico em Educação 3, quando afirma: “o PSE representa a democratização do acesso a saúde e a educação. É cidadania, funciona como mantenedor indispensável ao processo de ensino-aprendizagem. É um direito dos estudantes”.

4. As fragilidades já existentes na educação e na saúde serão empecilhos reais para o atendimento das metas trazidas no texto da política do PSE?

Sim, pois, como verificado, questões que fugiam do controle da gestão direta do PSE no território impediam a sua efetivação.

A pactuação do PSE prevê a descentralização a gestão compartilhada e a intersetorialidade como forma de aproximação com a comunidade para o exercício do controle social. O programa resiste nas escolas de Fortaleza, sem o brilho inicial, despretensioso, mas presente e atuante na sua essência de promotor e mantenedor da saúde para o bem-estar da comunidade escolar.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. O. M. de; BARRETO, I. C. H. C. Estratégia Promoção da Saúde e Cidades/Municípios Saudáveis: propostas de articulação entre saúde e ambiente. In: MINAYO, M. C. S.; MIRANDA, A. C. **Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

ANPED. Disponível em: <<http://www.anped.org.br/reunioes/27/gt06/t063.pdf>> Acesso em: 18 fev.2014.

_____. Disponível em: <<http://www.anped.org.br/reunioes/27/gt06/t063.pdf>> Acesso em: 13 jan.2014.

ANUÁRIO de Fortaleza. Disponível em: <<http://www.anuariodefortaleza.com.br/a-cidade/>>. Acesso em: 04 dez.2013.

BARCELLOS, Cristovan; PEREIRA, Martha Priscila Bezerra, **O Território no Programa Saúde da Família**. Disponível em: <www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/download/16847/9274>. Acesso em: 08 out.2013.

BATISTELA, Carlos. Saúde, Doença e Cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. In: FONSECA, Angélica Ferreira. **O Território e o Processo Saúde - Doença**. Fiocruz, Rio de Janeiro, 2007.

BIOÉTICA e diplomacia. Disponível em: <<http://bioeticaediplomacia.org/wpcontent/uploads/2013/10/alma-ata.pdf>>. Acesso em: 17 fev.2014.

BRASIL. Ministério da Educação. **Caderno Final de Educação Integral**. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/cadfinal_educ_integral.pdf>. Acesso em: 30 mar.2014.

_____. Ministério da Educação. **Manual da Educação Integral para Obtenção de Apoio Financeiro Através do Programa Dinheiro Direto na Escola – PDDE / INTEGRAL**, Brasília, 2010.

_____. Ministério da Educação. **Série Mais Educação**: (i) Texto Referência para o Debate Nacional; (ii) Gestão Intersectorial no Território; (iii) Redes de Saberes Mais Educação. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/cad_maiseducao_2.pdf>. Acesso em: 18 nov.2013.

_____. **Ministério da Educação**. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=16701&Itemid=1114>. Acesso:2014.

_____. **Conae – MEC**. Disponível em: <http://conae.mec.gov.br/images/stories/pdf/pdf/documentos/mec%20-%20doc%20base%201%20-%20email_sl.pdf>. Acesso em: 2014.

_____. **Documento final do Plano Nacional de Educação 2010/2020.** MEC, Brasília, 27/06/2010.

_____. **Sistema Único de Saúde.** Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2009/11/sus-democratiza-o-acesso-do-cidadao-aos-servicos-de-saude>>. Acesso em: 10 abr.2014.

_____. **CCS – Saúde.** Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saudebatea-porta/mostravirtual/publicacoes/psf_atencaobasica.pdf>. Acesso em: 31 mai.2014.

_____. Ministério da Saúde / Ministério da Educação. **Programa Saúde na Escola - PSE** (Versão 12 - Preliminar formatada após a reunião com o GT Atenção à Saúde e GT VS CIT – MEC/MS no dia 07/02/08). Brasília, 2008.

_____. **Sistema Único de Saúde.** Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sus/sus_20_anos.php>. Acesso em: 12 dez.2013.

_____. **Ministério da Saúde.** Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Pacto_pela_saude_possib_realidade_2ed.pdf>. Acesso em: 20 nov.2013.

_____. **Casa Civil.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm>. Acesso em: 30 de nov.2013.

_____. **Constituição (1988).** Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília – DF, Senado, 1998.

_____. **Ministério da Saúde. Saúde na Escola.** Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad24.pdf>. Acesso em: 18 fev.2014.

_____. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação.** Brasília - DF, 1996.

_____. **Manual Operacional da Educação Integral do Ministério da Educação.** Brasília, 2012.

_____. Ministério da Educação. **PDE: Plano de Desenvolvimento da Educação.** - Prova Brasil: Ensino Fundamental - matrizes de referência, tópicos e descritores. Brasília: MEC, SEB; INEP, 2008. 200 p. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/prova%20brasil_matriz2.pdf>. Acesso em: 27 out.2013.

_____. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros Curriculares Nacionais: Temas Transversais.** Brasília, 1997.

_____. Ministério da Saúde. **Orientações Básicas de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes nas Escolas e Unidades Básicas de Saúde,** Brasília, 2009.

_____. Ministério da Saúde e Ministério da Educação. **Passo a Passo PSE - Programa Saúde na Escola,** Brasília, 2011.

_____. **PSE Passo a Passo 2011**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Passo a passo / PSE : Programa Saúde na Escola : tecendo caminhos da intersectorialidade / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, Ministério da Educação. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.

_____. Programa Saúde na Escola. Resolução CIB Nº 336 de 11 de dezembro de 2008.

_____. PSE, 2008 – Ministério da Educação / Ministério da Saúde – Versão Preliminar formatada após a reunião com o GT atenção à saúde e GT VS CIT – MEC/MS no dia 07/02/08.

_____. Casa Civil. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/2003/L10.741.htm>>. Acesso em: 27 abr.2013.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. *In: Ciênc. saúde coletiva*. v.5, n.1, Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-8123200000100014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 Fev.2015.

DEMO, Pedro. **Política social, educação e cidadania**. 9. ed. Campinas: Papirus, 1994.

DIAS SOBRINHO, José. **Avaliação ética e política em função da educação como direito público ou como mercadoria?** Educação e Sociedade. Campinas, v. 25, n. 88, p. 703-725, Especial – Out. 2004.

FONSECA, Angélica Ferreira (Org.) **O território e o processo saúde-doença**. / Organizado por Angélica Ferreira Fonseca e Ana Maria D'Andrea Corbo. – Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

FONSECA, Sérgio C. **Da organicidade à rachadura**: a interlocução de Paulo Freire, com Anísio Teixeira (1959-1969). Tese de doutorado. Programa de Pós-Graduação em Educação Escolar da UNESP-FCL/Araraquara, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0101-73302000000400002&script=sci_arttext>.

FORTALEZA, Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. Disponível em: <http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=61&Itemid=58>. Acesso em: 18 fev.2014.

_____. Secretaria da Saúde do Município. Disponível em: <http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=61&Itemid=58>. Acesso em: 15 out.2013.

_____. Secretaria do Desenvolvimento Econômico. Pesquisa Desenvolvimento Humano por bairro em Fortaleza), 2014. Disponível em <http://pt.calameo.com/read/0032553521353dc27b3d9>, acesso em : 03 de janeiro de 2015.

GEERTZ, Clifford; **A Interpretação das Culturas**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, p.13-41, 1989.

GHEDIN, Evandro. **Hermenêutica e Pesquisa em Educação**: Caminhos da Investigação Interpretativa. Disponível em: <www.sepq.org.br/IIcipeq/anais/pdf/gt1/10.pdf>. Acesso em: 18 Dez.2014.

GOYA, Neusa. **Diversidade de Olhares**: desvelando os sentidos instituintes do SUS no Sistema Municipal de Saúde de Fortaleza, 2009.

GUBA, Egon G.; E LINCOLN, Yvonna. **Avaliação de quarta geração**. Campinas: Editora da UNICAMP, p. 27-58, 2011.

HADDAD, F. **O Plano de Desenvolvimento da Educação**: razões, princípios e programas. Brasília: Ministério da Educação; Instituto de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2008.

IPECE. Disponível em: <<http://www.ipece.ce.gov.br/publicacoes/ipece-informe/informe%2042-ultimaversao.pdf>>. Acesso em: 31 mai.2014.

JESUS, M.C.P. de; PEIXOTO, M.R.B.; CUNHA, M.H.F. O Paradigma hermenêutico como fundamentação das pesquisas etnográficas e fenomenológicas. *In: Revista Latino-americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.6, n. 2, p.29-35, abril/1998.

JUNQUEIRA, Luciano Antonio Prates; INOJOSA, Rose Marie; KOTMASU, Suely. **Descentralização e Intersectorialidade na Gestão Pública Municipal no Brasil**: A experiência de Fortaleza. ANO.

LAPLANTINE, Françoise. A descrição etnográfica. São Paulo; Terceira Margem, 2004.

LEJANO, Raul P. **Parâmetros para análise de políticas públicas**: a fusão de texto e contexto. Campinas: Editora Arte Escrita, p. 31-46, 2012.

LEVY, Sylvain Nahum *et al.*. **Educação em Saúde**. Histórico, conceitos e propostas. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns>>. Acesso em: 14 nov.2013.

LIMA, Gerson Zanetta de. **Saúde escolar e educação**. São Paulo: Cortez, 1985.

MACHADO, Maria Cristina; MORMUL, Najla Mehanna; MELO, Cristiane Silva. **Educação e cidadania**: um olhar sobre o manifesto de 1932. http://www.histedbr.fe.unicamp.br/acer_histedbr/jornada/jornada7/_GT1%20PDF/Educa%E7%E3o%20e%20cidadani1.pdf, acesso em 07 de outubro de 2014.

MAGALHÃES, Antonio Cleyton Martins, **Contra-hegemonia e legitimação no controle social na saúde**: Avaliando os percursos e contradições do Conselho Regional de Saúde V em Fortaleza/CE. Disponível em: <<http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/5996>>. Acesso em: 05 dez.2013.

MASSALAY, Locimar. **Queixas Escolares**: Revisando a Produção Bibliográfica de Collares & Moysés, Maringá, 2012.

MENDES, Isabel Amélia Costa. Desenvolvimento e saúde: a declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores. *In: Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Ribeirão Preto, v.12, n.3, June 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000300001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 mar.2014.

MINAYO, Maria Cecília. Quantitativo-quantitativo: oposição ou complementariedade? *In: Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, Jul/Set,1993.

_____. Técnicas de Pesquisa. *In: MINAYO, Maria Cecília de Souza. O Desafio do Conhecimento*. 11 ed. São Paulo: HUCITEC, 2008, p.261-297.

MONTEIRO; BIZZO. Resumo apresentado no XIII Encontro Nacional de Pesquisa, ENPEC, realizado entre 5 e 9 de dezembro de 2011 na Universidade Estadual de Campinas - SP.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica / Salvador: J.S. Paim, 2007.

PAIVA, Georgia Medeiros. Análise do Programa Saúde na Escola do Município de Fortaleza. Fortaleza, 2012.

PARSONS, CHARLES K. **Cable Socialization Tactics and Person-Organization Fit**. *Personnel Psychology*, v. 54, 1. ed., 2001, p.1–23.

PEREHOUSKEI, Nestor Alexandre; BENADUCE, Gilda Maria Cabral. **Geografia da Saúde e s Concepções sobre o Território**. Disponível em: <http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_gestao/article/viewFile/78/39>. Acesso em: 23 out.2013.

REVISTA Brasil Escola. **Gestão Educacional**. Disponível em: <<http://educador.brasilecola.com/gestao-educacional/escola-nova.htm>>. Acesso em: 22 mai.2014.

REVISTA Infoescola. História do Brasil – Integralismo. Disponível em: <<http://www.infoescola.com/historia-do-brasil/integralismo/>>. Acesso em: 25 mai. 2014.

RIBEIRO, Regina Célia. **A Construção de um município saudável**: descentralização e intersetorialidade – experiência de Fortaleza. 1997.

RODRIGUES, Lea C. Propostas para uma avaliação em profundidade de políticas públicas sociais. *In: Revista Avaliação de Políticas Públicas*, n.1, v.1, jan-jun/2008, p.7-16.

SANTIAGO, Eduardo Girão. **Empreender para sobreviver** – ação econômica dos empreendedores de pequeno porte, Fortaleza: Ed. Banco do Nordeste, 2008.

SANTIAGO, Lindelvania Matias de; RODRIGUES, Malvina Thais Pacheco; OLIVEIRA Jr., Aldivan Dias de; MOREIRA, Thereza Maria Magalhaes. Implantação do Programa Saúde na Escola em Fortaleza-CE: atuação de equipe da Estratégia Saúde da Família. *In: Revista Brasileira de Enfermagem*. Fortaleza, Out/2010.

SAVIANI, Demerval. O legado educacional do século XX no Brasil. Editores associados, Campinas, 2004.

SCIELO. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03.pdf>>. Acesso em: 14 jan.2014.

_____. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/es/v23n81/13940.pdf>>. Acesso em: 20 mai.2014.

SILVA, Maria Ozanira da Silva e. **Pesquisa avaliativa**: aspectos teórico-metodológicos. Maria Ozanira da Silva e Silva (Org). São Paulo: Veras Editora; São Luiz: GAEPP, 2008, p. 89 -177.

SILVEIRA, Maria de Fátima de Araújo *et al.* *The welcoming in the family health program: a way to humanize health* (Acolhimento no Programa Saúde da Família: Um Caminho para Humanização da Atenção à Saúde). *In: Caderno de Atenção Básica*, Nº 24 – Diretrizes do NASF 2009. Brasília – DF, 2009.

TENÓRIO, Aleir Ferraz; SCHELBAUER, Analete Regina. A defesa pela educação integral na obra de Anísio Teixeira, disponível em http://www.ppgorgsistem.ics.ufba.br/arquivos/celma/A_Educacao_Integral.pdf acesso em: 13 de dezembro de 2014.

TERRA. **Secretariado de Luizianne em Fortaleza**. Disponível em: <<http://noticias.terra.com.br/brasil/noticias/0,,O1445555-EI306,00-secretariado+de+Luizianne+em+Fortaleza.html>>. Acesso em: 22 mai.2014.

UFBA. **A Educação Integral**. Disponível em: <http://www.ppgorgsistem.ics.ufba.br/arquivos/celma/A_Educacao_Integral.pdf>. Acesso em: 24 mai.2014.

UNICAMP. Disponível em : <http://www.histedbr.fae.unicamp.br/acer_histedbr/jornada/jornada7/_GT1%20PDF/Educa%E7%E3o%20e%20cidadani1.pdf>. Acesso em: 24 mai.2014.

WIELEWICKI, Vera Helena Gomes. **A Pesquisa Etnográfica como Construção Discursiva**. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHumanSocSci/article/viewFile/2724/1878>>. Acesso em: 02 dez.2013.

APÊNDICES

APÊNDICE - 1: Roteiros de Entrevista

1. MUDANÇAS CURRICULARES

A categoria analítica é Educação integral. São entrevistas semiestruturadas e abertas. Público alvo equipes de saúde, equipe das escolas e alunos.

1.1. ENTREVISTA EQUIPE DE SAÚDE

- 1.1.1. De que forma o PSE foi inserido na rotina dos profissionais das equipes de saúde da família?
- 1.1.2. De que maneira a equipe do PSF participava da definição dos temas demandados pela escola?
- 1.1.3. Qual a compreensão da importância do PSE e as idas a escola?
- 1.1.4. Como era articulado o cronograma de visitas junto à escola?

1.2. ENTREVISTA EQUIPE DA ESCOLA

- 1.2.1. Que estratégias foram traçadas para conformar o PSE no planejamento e execução, no currículo, dentre as disciplinas já estabelecidas com antecipação?
- 1.2.2. Como foram traçadas as necessidades que deram origem aos temas a serem abordados na estratégia Educação em Saúde, do Programa Saúde na Escola?

1.3 ENTREVISTA ALUNOS (que em 2012 cursavam o 7º ano do EF que permaneçam na escola)

- 1.3.1. Você participou de alguma consulta que possa ter sido feita para escolher os temas de interesse dos alunos no PSE?
- 1.3.2. Quais os temas abordados foram mais atraentes para você?
- 1.3.3. Que tipos de orientações você consegue lembrar sobre esses temas?
- 1.3.4. Que mudanças de comportamento isso pôde trazer para você?

APÊNDICE 2: Entrevistas – Grupos Focais - Contribuição dos GTs

A categoria analítica é educação em saúde. Entrevistas abertas. Verificar a participação efetiva dos grupos de trabalho e sua contribuição ao programa. Público alvo: GTI, GTR, GTL.

2.1 GTI – GRUPO DE TRABALHO INTERSETORIAL

- 2.1.1 Como eram gestadas as deliberações no seio do Grupo de Trabalho Intersetorial?
- 2.1.2. Quais as maiores dificuldades encontradas na execução das ações deliberadas?
- 2.1.3. Qual o maior empecilho na condução do GTI?
- 2.1.4. Qual o nível de participação deliberativa de cada representante no grupo?

2.2. GTR – GRUPO DE TRABALHO REGIONAL

- 1.2.2. Havia alguma dificuldade de adequação das ações deliberadas pelo GTI na SERV? Alguma adaptação a ser feita?
- 1.2.3. Qual o nível de receptividade por parte dos integrantes das unidades de saúde e de ensino às ações propostas?
- 1.2.4. Qual o grau de envolvimento entre os setores da saúde e da educação na execução do PSE?

2.3. GTL – GRUPO DE TRABALHO LOCAL

- 2.3.1. Como foi feita a articulação entre os representantes do grupo? Frequência de reuniões?
- 2.3.2. Houve alguma restrição quando da escolha dos temas? Algum foi ponderado e descartado? Se sim, por quê?
- 2.3.3. Qual a prioridade dada aos assuntos de educação em saúde no currículo escolar? Como esse assunto foi discutido para ingressar na ordem de aplicação enquanto tema curricular?

APÊNDICE 3: Centros de Saúde³⁰ da Família na SER V**Centro de Saúde da Família Galba Araújo**

Endereço: Av. Senador Fernandes Távora, nº 3161 - Genibaú

Telefones: (85) 3452.6753/3452.6752

Centro de Saúde da Família Dom Lustosa

Endereço: Rua A, s/nº - Granja Lisboa

Telefones: (85) 3245.9323/3497.0009

Centro de Saúde da Família Luciano Torres de Melo

Endereço: Rua Delta, nº 365 - Vila Manoel Sátiro

Telefones: (85) 3433.4922/3484.4801

Centro de Saúde da Família Abner Cavalcante Brasil

Endereço: Rua Joana Batista, nº 471 - Bom Jardim

Telefones: (85) 3452.2468/3498.1225/3245.8391

Centro de Saúde da Família Fernando Diógenes

Endereço: Rua Teodoro de Castro, s/nº - Granja Portugal

Telefones: (85) 3488.3240/3489.8723/3290.4365

Centro de Saúde da Família Zélia Correia

Endereço: Rua Antônio Pereira, nº 1495 - Planalto Ayrton Senna

Telefones: (85) 3452.5125/3433.4900

Centro de Saúde da Família Viviane Benevides

Endereço: Rua João Áreas, nº 1296 - Vila Manoel Sátiro

Telefones: (85) 3433-4902/3484.2027

³⁰ Fonte: <<http://www.anuariodefortaleza.com.br/saude/rede-de-saude-em-fortaleza.php>>.

Centro de Saúde da Família Guarany Mont'alverne

Endereço: Rua Geraldo Barbosa, nº 3230 - Granja Lisboa

Telefones: (85) 3452.2496/3497.0060

Centro de Saúde da Família Edmilson Pinheiro

Endereço: Av. H, nº 2191 - Granja Lisboa

Telefones: (85) 3452.2421/3259.3398

Centro de Saúde da Família Maciel de Brito

Endereço: Av. A, s/nº, 1ª Etapa - Conjunto Ceará

Telefones: (85) 3452.2487/3452.2477/3452.2486

Centro de Saúde da Família Luiza Távora

Endereço: Travessa São José, nº 940 - Mondubim

Telefones: (85) 3433.4916/3469.0641

Centro de Saúde da Família Pedro Celestino

Endereço: Rua Gastão Justo, nº 215 - Maraponga

Telefones: (85) 3433.4915/3298.1258

Centro de Saúde da Família José Paracampos

Endereço: Rua Alfredo Mamede, nº 250 - Mondubim

Telefones: (85) 3433.4914/3296.3270/3433.4927

Centro de Saúde da Família José Walter

Endereço: Av. L, nº 1880, 3ª Etapa - José Walter

Telefones: (85) 3433.4918/3291.4602

Centro de Saúde da Família Argeu Herbster

Endereço: Rua Cel. João Correia, nº 728 - Bom Jardim

Telefones: (85) 3452-2495/3245.9461

Centro de Saúde da Família Jurandir Picanço

Endereço: Rua Duas Nações, s/nº - Granja Portugal

Telefones: (85) 3452.2480/3259.5829

Centro de Saúde da Família Graciliano Muniz

Endereço: Rua 106, n.º 345 - Conjunto Esperança

Telefones: (85) 3433.4913/3298.7016

Centro de Saúde da Família João Elísio Holanda

Endereço: Rua Juvêncio Sales s/nº - Aracapé

Telefones: (85) 3105.3055/3131.6222

Centro de Saúde da Família Siqueira

Endereço: Rua Eng. Luis Montenegro, nº 485 - Siqueira

Telefones: (85) 3105.3342/3105.3343

Centro de Saúde da Família Parque São José

Endereço: Rua Desembargador Frota, s/nº - Parque São José

Telefones: (85) 3483.5451.