

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
Programa de Pós-Graduação em Geografia**

**O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA EM ESCOLAS MUNICIPAIS DE
UBERLÂNDIA - MG**

WENDEL FELIX

UBERLÂNDIA/Minas Gerais

2013

WENDEL FELIX

**O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA EM ESCOLAS MUNICIPAIS DE
UBERLÂNDIA - MG**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Geografia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito à obtenção do título de mestre em Geografia.

Área de concentração: Geografia e Gestão do Território

Orientador: Prof. Dr. Samuel do Carmo Lima

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

F316p
2013 Felix, Wendel, 1975 -
O programa saúde na escola em escolas municipais de Uberlândia - MG/
Wendel Felix.-- 2013.
171 f. : il.

Orientador: Samuel do Carmo Lima.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia, Programa de Pós-Graduação em Geografia.
Inclui bibliografia.

1. Geografia - Teses. 2. Saúde escolar - Uberlândia, MG - Aspectos sociais - Teses. 3. Programa Saúde Todo Dia - Teses. I. Lima, Samuel do Carmo. II. Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós-Graduação em Geografia. III. Título.

CDU: 910.1



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

Programa de Pós-Graduação em Geografia

IG

WENDEL FELIX

O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA EM ESCOLAS MUNICIPAIS
DE UBERLÂNDIA - MG

Professor Dr. Samuel do Carmo Lima - UFU

Professora Dr.ª. Martha Priscila Bezerra Pereira – UFCG

Professor Dr. Winston Kleiber de Almeida Bacelar - UFU

Data: 27/03 de 2013

Resultado: Aprovado

AGRADECIMENTOS

A Deus que, com sua onipotência, faz com que suas promessas se renovem a cada dia, pois é como Ele mesmo nos afirma: “Aqueles que esperam no Senhor renovam suas forças. Voam alto como águias; correm e não ficam exaustos, andam e não se cansam.” Isaías 40:31. Obrigado, Senhor, por ser o Mestre da minha vida.

Durante o período em que estive escrevendo este trabalho aprendi, que escrever uma monografia não é trabalho individual. Portanto, fica a minha mais profunda gratidão ao professor Dr. Samuel do Carmo Lima, orientador deste trabalho. Obrigado pela confiança e por transformar o mestrado um acontecimento de vida.

Aos meus pais que me educaram e serviram como alicerce para o meu crescimento pessoal, emocional, espiritual e intelectual. Especialmente, a minha mãe, grande companheira nesta jornada. Obrigado por suas orações.

Aos meus queridos irmãos, que perto ou longe se apresentaram como grandes parceiros. Seu incentivo e apoio foram determinantes.

Aos professores, Luiz, Welington, Beatriz e Cleudemar, que tanto contribuíram para a minha formação. Em especial, à professora Waldênia pela inestimável colaboração nas fases iniciais do presente trabalho.

Como diria Machado de Assis “abençoados os que possuem amigos, os que os tem sem pedir”. Agradeço imensamente a cada um de vocês, Priscila, Camila, Mirna, Sandra, Alaurinda, Valdilena, Juscelina e Cleber, por participarem comigo na realização deste projeto. Obrigado pelas leituras e inúmeras contribuições. Obrigado até mesmo, aos amigos dos amigos.

Não poderia me esquecer nesse momento de agradecer aos professores participantes da defesa do projeto e da banca de qualificação, professora Dra. Adriany de Ávila Melo Sampaio, professora Dra. Rosiane Araujo Ferreira Feliciano e professor Dr. Winston Kleiber de Almeida Bacelar suas críticas e sugestões foram essenciais na conclusão do estudo.

À Prefeitura de Uberlândia, representada pela Diretoria de Gestão de Pessoas e Educação em Saúde na pessoa do supervisor do Programa Saúde Todo Dia, Lester José dos Santos. Obrigado pela simpatia, gentileza, acolhimento e apoio no levantamento dos dados.

Aos gestores escolares e do Programa Saúde Todo Dia, aos agentes de saúde e também às responsáveis pelas unidades de saúde, sujeitos anônimos que doaram parte do seu tempo para fornecer informações preciosas para o andamento deste estudo. O meu muito obrigado a todos.

*"Ensina a criança
o caminho que deve andar
e ainda quando for velho,
não se desviará dele."*

Provérbios 22:6

“A escola ocupa um lugar central na ideia de saúde. Aí aprendemos a configurar as ‘peças’ do conhecimento e do comportamento que irão permitir estabelecer relações de qualidade. Adquirimos, ou não, ‘equipamento’ para compreender e contribuir para estilos de vida mais saudáveis, tanto no plano pessoal como ambiental (estradas, locais de trabalho, praias mais seguras), serviços de saúde mais sensíveis às necessidades dos cidadãos e melhor utilizados por este”.

(Constantino Sakellarides. in Rede Europeia e Portuguesa de Escolas Promotoras de Saúde. 1999)

“Um programa de saúde escolar efectivo ... é o investimento de custo-benefício mais eficaz que um País pode fazer para melhorar, simultaneamente, a educação e a saúde”.

(Gro Harlem Brundtland, Diretora-Geral da OMS. Abril 2000)

RESUMO

O conceito de território é discutido, neste estudo, a partir de uma perspectiva relacional entre indivíduos, e, portanto espaço da produção da vida e da saúde e/ou doença. Esta abordagem coloca em relevo a necessidade da participação comunitária nos processos decisórios, nas atividades de planejamento e na implementação das ações, uma vez que a promoção da saúde vai além dos cuidados de saúde e não é um sinônimo de práticas preventivas. Assim, é necessário que o Sistema de Saúde abandone sua prática médica fragmentada e descontextualizada da realidade dos cidadãos, e busque com outros setores um diálogo que seja útil na formação de redes de compromisso e corresponsabilidade, em que todos possam ser participantes no cuidado com a saúde e não se limite ao sistema de saúde. Portanto, a temática integralidade e intersetorialidade tem sido assumida no âmbito da política social Saúde na Escola. Essa tentativa de estabelecer uma relação entre os setores da Educação e da Saúde pode ser observada na cidade de Uberlândia. Há aproximadamente 25 anos, o Programa Saúde Escolar tem buscado implementar ações de saúde, voltadas para a melhoria da qualidade de vida dos educandos da rede pública de ensino. E, a partir de uma reformulação de programas anteriores, foi implantado em janeiro de 2009, o Programa Saúde Todo Dia – Da escola para toda a família. Deste modo, foram estabelecidos como objetivos neste trabalho: analisar o Programa Saúde Todo Dia – Da escola para toda a família em escolas municipais de ensino fundamental em Uberlândia – MG, na perspectiva da Integralidade e Intersetorialidade; caracterizar o Programa Saúde Todo Dia – Da escola para toda a família através de uma abordagem histórica tendo como eixos de análise a integração e a intersetorialidade; e também, analisar a percepção dos sujeitos envolvidos no Programa Saúde Todo Dia – Da escola para toda a família no que se refere à aplicação do conceito de promoção da saúde no território. Trata-se de um estudo com uma abordagem qualitativa em que a entrevista mostrou-se como sendo a mais favorável para compreender os valores, crenças e impressões dos gestores e profissionais acerca do processo de implantação do programa Saúde Todo Dia - Da escola para toda a família. Fizeram parte deste estudo dez (10) sujeitos considerados como informantes-chave por serem atores partícipes direta ou indiretamente do programa de saúde, sendo estes: a gestora do programa Saúde Todo Dia – Da escola para toda a família, a coordenadora de ciências do CEMEPE (Centro Municipal de Estudos e Projetos Educacionais Julieta Diniz), três (3) informantes que serviram como representantes de gestores de escolas municipais onde o programa está sendo implantado, juntamente com três (3) agentes de saúde escolar e dois (2) responsáveis pelas unidades de saúde de referência. Constatou-se que os programas de saúde na escola desenvolvidos em Uberlândia, incluindo o Programa Saúde Todo Dia – Da escola para toda a família concentram seus esforços praticamente em transmitir cuidados de higiene e de divulgar meios profiláticos, preventivos e assistenciais com base nos estilos de vida e com ênfase na ação individual. Os alunos não são sensibilizados a atuar através de uma participação construtiva em que sejam capazes de contribuir para a resolução de problemas na sua família, na escola ou na comunidade, apesar de o programa ter como lema a “saúde da escola para toda a família”. Não há uma Linha-Guia específica que demonstre um compromisso por parte da Secretaria Municipal de Saúde e Educação de Uberlândia com a faixa etária da adolescência, buscando nortear ações e estabelecer uma rede de atenção. Não se percebe no programa incentivos que promovam o vínculo e que permitam o estabelecimento de diálogo entre a comunidade escolar, a unidade de saúde da família, a direção do Programa Saúde Todo Dia e as demais secretarias e instituições.

Palavras-chave: Programa Saúde Escolar; Integralidade; Intersetorialidade; Promoção da saúde

ABSTRACT

The concept of territory is discussed in this study, from a relational perspective among individuals, and therefore as a space of production of life and health and / or disease. This approach places emphasis on the need for community participation in decision making, in planning and implementing actions since health promotion goes beyond health care and it is not a synonym for preventive practice. Therefore, it is necessary that the Health System abandon its medical practice which usually is decontextualized and fragmented of citizens reality, and seeks dialogue with other sectors that is useful in the creation of networks of commitment and responsibility, where everyone can be participating in the care of the health and it is not limited to the health system. Therefore, the thematic integration and intersectoral cooperation has been assumed in the field of social policy Health at School. This attempt to establish a relationship between the sectors of education and health can be observed in the city of Uberlândia. There are about 25 years, the School Health Program has sought to implement health actions aimed at improving the quality of life of students of public schools. And, from a reformulation of previous programs, it was implemented in January 2009, the Saúde Todo Dia – Da escola para toda a família Program. Thus it was established as goals in this work: analyzing the Saúde Todo Dia – Da escola para toda a família Program in basic education schools in Uberlândia city - MG, from the perspective of Integration and Intersectoral Cooperation; characterize the Saúde Todo Dia – Da escola para toda a família Program through a historical approach having as axes of analysis integration and intersectoral approach, and also to analyze the perception of the subjects involved in the School Health Program with regard to the application of the concept of promotion health within the territory. This is a study with a qualitative approach in which the interview proved to be the most favorable to understand the values, beliefs and impressions of managers and professionals about the process of the Saúde Todo Dia – Da escola para toda a família Program. The sample comprised ten (10) subjects considered as key informants because they are partakers actors directly or indirectly on the health program, they were: the manager of the Saúde Todo Dia – Da escola para toda a família Program, the coordinator of science at CEMEPE (Centro Municipal de Estudos e Projetos Educacionais Julieta Diniz), three (3) representative informants from public schools where the program has been implemented, along with three (3) school health agents and two (2) nurses responsible for health units of reference. It was found that health programs in schools developed in Uberlândia, including the Saúde Todo Dia – Da escola para toda a família Program have their focus on teaching about hygiene and prophylactic means of prevention and care based on life styles and with an emphasis on individual action. Students are not touched to act through constructive engagement that are able to contribute to solving problems in their family, at school or in the community, in spite of the motto "school health for the whole family". There is not a specific guide that shows a commitment by the City Department of Health and Education of Uberlândia to the age of adolescence, trying to guide actions and establish a network of care. It is not clear in the program incentives that promote bonding and enabling the establishment of dialogue between the school community, the family health unity, the direction of the Saúde Todo Dia – Da escola para toda a família Program and other departments and institutions.

Keywords: School Health Program; Integration; Intersectoral Collaboration; Health Promotion

RESUMEN

El concepto de territorio se discute, en este estudio, a partir de una perspectiva relacional entre individuos y, por lo tanto, espacio de la producción de vida y de salud y/o enfermedad. Este abordaje pone de relieve la necesidad de la participación comunitaria en los procesos decisorios en las actividades de planificación y la implementación de las acciones, una vez que la promoción de la salud va más allá de los cuidados de salud y no es un sinónimo de prácticas preventivas. Así, es necesario que el Sistema de Salud abandone su práctica médica fragmentada y descontextualizada de la realidad de los ciudadanos, y busque con otros sectores un diálogo que sea útil en la formación de redes de compromiso y corresponsabilidad, donde todos puedan participar en el cuidado con la salud y no se limite al sistema de salud. Sin embargo, la temática integralidad e intersectorialidad ha sido asumida en el ámbito de la política social Salud en la Escuela. Ese intento de establecer una relación entre los sectores de la Educación y la Salud se observa en Uberlandia. Desde hace 25 años, el Programa Salud Escolar ha buscado implementar acciones de salud, con objetivo de mejorar la calidad de vida de los educandos de la red pública de enseñanza. A partir de un replanteamiento de programas anteriores, se implantó en enero de 2009 el Programa Salud Todo Día –De la escuela para la familia. De este modo, se establecieron como objetivos en este trabajo: analizar el Programa Salud Todo Día – De la escuela para toda la familia en escuelas municipales de enseñanza fundamental en Uberlandia – MG, en la perspectiva de la Integralidad e Intersectorialidad; caracterizar el Programa Salud Todo Día – De la escuela para toda la familia a través de un abordaje histórico que tiene como ejes de análisis la integración e intersectorialidad; y además, analizar la percepción de los sujetos involucrados en el Programa Salud Todo Día – De la escuela para toda la familia en lo que se refiere a la aplicación del concepto de promoción de la salud en el territorio. Se trata de un estudio con un abordaje cualitativo en lo que la entrevista se mostró como siendo la más favorable para comprender los valores, creencias e impresiones de los gestores y profesionales sobre el proceso de implantación del programa Salud Todo Día – De la escuela para toda la familia. Formaron parte de este estudio diez (10) sujetos considerados como informantes-clave por ser actores partícipes directa o indirectamente del programa de salud, son ellos: la gestora del programa Salud Todo Día – De la escuela para toda la familia, la coordinadora de ciencias del CEMEPE (Centro Municipal de Estudios y Proyectos Educativos Julieta Diniz), tres (3) informantes que sirvieron como representantes de gestores de escuelas municipales donde el programa está siendo implementado junto con tres (3) agentes de salud escolar y dos (2) responsables por las unidades de salud de referencia. Se constató que los programas de salud en la escuela desarrollados en Uberlandia, incluyendo el Programa Salud Todo Día – De la escuela para toda la familia, concentran sus esfuerzos prácticamente en transmitir cuidados de higiene y de divulgar medios profilácticos preventivos y asistenciales con base en los estilos de vida y con énfasis en la acción individual. Los alumnos no son sensibilizados a actuar a través de una participación constructiva en que sean capaces de contribuir para la resolución de problemas en su familia, en la escuela o en la comunidad, a pesar del programa tener como blanco la “salud de la escuela para toda la familia”. No hay una línea maestra específica que demuestre un compromiso por parte de la Secretaría Municipal de Salud y Educación de Uberlandia con la faja etaria de la adolescencia, buscando nortear acciones y establecer una red de atención. No se percibe en el programa incentivos que promuevan el vínculo y permitan el establecimiento de diálogo entre la comunidad escolar, la unidad de salud de la familia, la dirección del Programa Salud Todo Día y otras secretarías e instituciones.

Palabras-clave: Programa Salud Escolar; Integralidad; Intersectorialidad; Promoción de la salud

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Ampliação da cobertura das escolas pelo Programa Saúde Escolar - 2004	Pág. 76
Gráfico 2 - Número de alunos beneficiados por palestras em 2004	76
Gráfico 3 - Demonstrativo das atividades educativas dos AVISE em 2004	77

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Programas e Projetos	Pág. 65
Quadro 2 - Ações realizadas pelos agentes de vigilância de Janeiro a julho de 2003	65
Quadro 3 - Número de agentes e formação escolar	73
Quadro 4 - Temas a serem trabalhados pelo agente de vigilância escolar e temas relacionados à formação profissional	74
Quadro 5 - Temas trabalhados pelo agente de vigilância escolar e número de alunos beneficiados, 2005	79
Quadro 6 - Ações realizadas pelo Programa Saúde na Escola	82

LISTA DE MAPAS

Mapa 1 - Localização da cidade de Uberlândia no Triângulo Mineiro e das unidades escolares analisadas	Pág. 27
--	------------

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Atividades em Saúde Bucal realizadas pelos Agentes de Vigilância em Saúde, 2004	Pág. 78
---	------------

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

ANS	- Agência Nacional de Saúde
ACS	- Agente Comunitário de Saúde
AIDS	- Acquired Imuno deficiencie Syndrome
APS	- Atenção Primária à Saúde
ALMA-ATA	- Conferencia Internacional sobre Atenção Primária à Saúde
AVISE	- Agentes de Vigilância em Saúde Escolar
TIF	- Aplicação Tópica de Flúor
Bch	- Bochechos com Flúor
CAPS- AD	- Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas
CASE	- Centro de Atenção à Saúde do Escolar
CEMEPE	- Centro Municipal de Estudos e Projetos Educacionais Julieta Diniz
CEP	- Comitê de Ética e Pesquisa
CFE	- Conselho Federal de Educação
CONASS	- Conselho Nacional de Secretários de Saúde.
CNDSS	- Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde
DPES	- Diretoria de Programas de Educação em Saúde
DST	- Doença Sexualmente Transmissível
DSS	- Determinantes Sociais da Saúde
EdS	- Educação em Saúde
EJA	- Educação de Jovens e Adultos
EF	- Ensino Fundamental
EMEI	- Escola Municipal de Educação Infantil
EPS	- Escola Promotora de Saúde
ESF	- Estratégia Saúde da Família
eSF	- Equipe Saúde da Família
GTI	- Grupo de Trabalho Intersetorial
HAS	- Hipertensão Arterial Sistêmica
HBS	- Higiene Bucal Supervisionada
HIV	- Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MEC	- Ministério da Educação e Cultura
MES	- Ministério da Educação e Saúde

MG	- Minas Gerais
MS	- Ministério da Saúde
NES	- Núcleo de Atenção em Saúde
OMS	- Organização Mundial de Saúde
ONG	- Organização Não governamental
OPAS	- Organização Panamericana de Saúde
PCN	- Planejamento Curricular Nacional
PA	- Plano de Ação
PAV	- Programa Acelerar para Vencer
PENSE	- Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
PMU	- Prefeitura Municipal de Uberlândia
PPP	- Projeto Político Pedagógico
PNPS	- Política Nacional de Promoção da Saúde
PROERD	- Programa Educacional de resistência às Drogas
PSPE	- Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas
PSE	- Programa Saúde na Escola
PSF	- Programa de Saúde da Família
REE	- Rede Estadual de Ensino
RME	- Rede Municipal de Ensino
RMS	- Rede Municipal de Saúde
SAS	- Secretaria de Atenção à Saúde
SES	- Secretaria Estadual de Saúde
SMS	- Secretaria Municipal de Saúde
SUS	- Sistema Único de Saúde
UAI	- Unidade de Atendimento Integrado
UAPSF	- Unidades de atenção Primária Saúde da Família
Udi	- Uberlândia
UFU	- Universidade Federal de Uberlândia
UNESCO	- Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura
UNFPA	- Fundo de População das Nações Unidas
UNICEF	- Fundo das Nações Unidas para a Infância
USF	- Unidade Saúde da Família
WHO	- World Health Organization

SUMÁRIO

	Pag.
1 INTRODUÇÃO	18
1.1 Apresentação do tema.....	18
1.2 Procedimentos Metodológicos.....	25
1.3 Organização da pesquisa.....	33
2 A TERRITORIALIDADE DA SAÚDE.....	34
2.1 Espaço, território e saúde.....	34
3 INTEGRALIDADE E INTERSETORIALIDADE.....	52
3.1 Intersetorialidade: repercussões na área de educação em saúde.....	52
3.2 Ações de saúde desenvolvidas na Rede Pública de ensino de Uberlândia.....	63
3.3 Relações entre o Programa Saúde na Escola e o Programa Saúde Todo Dia - Da escola para toda Família.....	80
4 PROMOÇÃO DA SAÚDE NAS PRÁTICAS DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA EM UBERLÂNDIA	95
4.1 A Estratégia Saúde da Família e suas relações com o Programa Saúde na Escola.....	95
4.2 Intersetorialidade: uma das estratégias para a Promoção da Saúde.....	99
4.2.1 Promoção da Saúde, instrumento para uma prática protagonista.....	104
4.2.2 O envolvimento da família no Programa Saúde Todo Dia - Da escola para toda a família.....	115
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	119
6 REFERÊNCIAS.....	126
7 ANEXOS - Termo de consentimento livre esclarecido.....	142
8 APÊNDICES.....	143
A - Roteiro orientador das entrevistas.....	143
B - Lista dos entrevistados.....	145
C – Entrevistas.....	146

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

O seguinte capítulo se trata de uma reflexão pessoal a partir da experiência do próprio pesquisador acerca do papel social que a escola tem assumido ao longo dos anos e também, uma discussão quanto às transformações relacionadas à saúde escolar. O texto traz também, as motivações que levaram o pesquisador a desenvolver o estudo com o enfoque no Programa Saúde Todo Dia – Da escola para toda a família. E por fim, são apresentados os objetivos, os procedimentos metodológicos e a organização da pesquisa.

1.1 Apresentação do Tema

Há mais ou menos dez anos, tenho atuado como professor de inglês na educação pública, em específico, na mesma escola municipal próximo a minha casa. Quando comecei a lecionar tinha apenas 23 anos e acreditava que a minha função enquanto professor, era de estar totalmente preparado para transmitir todo o conhecimento referente à língua Inglesa. Afinal, tinha sido para isso que havia estudado.

Durante meu processo formativo na faculdade de Letras, nunca discutimos sobre tantas outras responsabilidades que somente agora, sei que devo assumir em sala de aula e que devem receber o tratamento transversal de todas as disciplinas. Por exemplo, a tarefa de ser enquanto educador um investigador da realidade social. Quero dizer, conhecer o meio de proveniência do aluno, a sua família, as características do meio em que está inserido.

Acreditava que a escola estava protegida sob uma redoma de cristal isolada das influências e dos condicionantes externos e ignorava a grande diversidade dos meus alunos. Uma diversidade infinita que procede das capacidades, dos interesses, das culturas, das raças, das expectativas e também dos conflitos. Por assim acreditar, ministrava o meu conteúdo desconsiderando as características e necessidades individuais de cada aluno, porque entendia que não cabia a mim, professor de inglês, abordar assuntos externos ao meu conteúdo (mesmo que estes assuntos estivessem definidos pelos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) como

temas relevantes para a conquista da cidadania) e quando os abordava eram tratados de forma assistemática, desorganizada, fragmentada, pontual e com intenção de amenizar conflitos, em um ensino inócuo e sem provocar muitos impactos nos escolares.

À escola são atribuídas hoje, muitas funções. Diz-se que a escola tem que educar para a paz, para o consumo, para o meio ambiente, para a saúde, para a solidariedade, para a convivência e etc. Qualquer programa de televisão ou de rádio que ao abordar determinado problema social, acaba por atribuir à escola a responsabilidade de resolvê-lo. Creio que a escola não pode fazer tudo.

Com efeito, não é apenas a escola que educa. A escola deve ser entendida como um espaço de relações. E nessa tarefa deve estar implicada a família, a escola, a comunidade em geral, instituições de saúde e de segurança, órgãos responsáveis pelo lazer e o esporte, e tantos outros. Esta maneira de pensar a educação e a saúde vem concordar com um provérbio africano que diz que é preciso todo um povo para educar uma criança. A aprendizagem para a vida não pode restringir apenas à preparação para o mundo do trabalho. Preparar para a vida exige um planejamento mais ambicioso, mais extenso e mais universal do que o currículo acadêmico. Aprender a conviver exige a atenção de outras esferas sociais em que as pessoas se relacionem livremente.

Assim, numa democracia, a escola é de todos e para todos. A escola é da comunidade e para a comunidade. Educar não é competência exclusiva dos profissionais da educação, e esta não é uma concessão magnânima por parte dos seus profissionais, ao contrário, é uma exigência e um dever democrático para a cidadania. Nesta perspectiva, conforme Brasil (2009) ao se distinguir por ser um espaço de formação ético-político, a escola pode ser considerada como um ambiente importante, não apenas para desenvolver um estilo de vida saudável, mas principalmente, para oferecer a possibilidade de educar por meio da construção de conhecimentos resultantes do confronto dos diferentes saberes: sejam eles científicos veiculados pelas diferentes disciplinas; aqueles trazidos pelos alunos e seus familiares e que expressam crenças e valores culturais próprios; os divulgados pelos meios de comunicação, muitas vezes fragmentados e desconexos, mas que devem ser levados em conta por exercerem forte influência sociocultural; e aqueles trazidos pelos professores, constituídos ao longo de sua experiência resultante de vivências pessoais e profissionais, envolvendo crenças e se expressando em atitudes e comportamentos.

Diante de tudo o que foi dito até o momento, talvez, a grande surpresa esteja no fato de que não foram formações e cursos de capacitação para professores que me motivaram a pesquisar e conseqüentemente, provocar mudanças de paradigmas quanto o papel social exercido pela escola e as relações de compromisso e corresponsabilidade que podem existir dentro desse território. Mas, o fato de que em 2006, tenha iniciado o curso de Enfermagem e em meio a tantas discussões principalmente em relação à saúde da família comecei a perceber a possibilidade de inúmeras contribuições que os programas de saúde podem trazer ao ambiente escolar.

Assim, ao pesquisar mais cuidadosamente sobre o assunto intersetorialidade, a partir da compreensão de que esta existe, na medida em que “ambas as partes envolvidas trabalham juntas para atingir um objetivo comum, resultando em benefício para todos” (ROCHA, 2008) cheguei às políticas de saúde do escolar. Neste contexto, ao analisar a gênese e as transformações históricas da saúde escolar, compreendi que a relação de afinidade entre os setores de Educação e de Saúde, outrora já havia sido unidade, através do Ministério da Educação e Saúde (MES), na década de 1950 do século passado, o qual mais tarde veio a se desdobrar em dois: no Ministério da Saúde e no Ministério da Educação e Cultura, com autonomia institucional para elaboração e implantação de políticas em suas áreas.

De acordo com Brasil (2009) as ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde na década de 1950, eram iniciativas e abordagens que pretendiam focalizar o espaço escolar e, em especial, os estudantes, dentro de uma perspectiva sanitária como a transmissão de cuidados de higiene e primeiros socorros, bem como a garantia de assistência médica e/ou odontológica. O discurso educativo higienista, ainda presente em nossos dias esconde as reais necessidades da população tais como: saneamento básico, condições dignas de trabalho, transporte e lazer ao impor uma política voltada apenas para o enquadramento das camadas populares, entendidas como marginais e culturalmente atrasadas.

Por outro lado, Ferriani (1991) afirma que a saúde também, entrava na escola em resposta a uma solicitação, um clamor e uma esperança de que esta pudesse resolver a partir da medicalização biológica e/ou psíquica, os fracassos do processo ensino-aprendizagem, uma vez que as crianças eram acometidas por doenças, e por isso não eram capazes de aprender. Nesta perspectiva, a “medicalização” do fracasso na escola é colocada na ordem do biológico, ou seja, abordando esta questão na perspectiva clínica e individual. No entanto, muitos são os problemas que acometem as crianças em idade escolar de classes sócio-econômicas menos

favorecidas como: desemprego dos pais, falta de habitação, alcoolismo, drogas, fome, desnutrição, violência doméstica, e tantos diversos.

Portanto, a saúde na escola não pode ser compreendida como solução do problema fracasso escolar. CONASS (2007) afirma que a saúde está intimamente relacionada às condições de vida e que o processo saúde-doença adquire uma historicidade, porque pode estar socialmente determinado. Assim, não é suficiente apontar os fatos biológicos que acometem a criança em determinada faixa etária, é necessário conhecer como a criança está articulada no processo social. Paradoxalmente, a ideia de promover a saúde, entendida como enfrentamento dos determinantes econômicos e sociais que colaboram ou não para a melhoria da qualidade de vida, está fora do domínio do setor saúde.

Desta forma, a atuação intersetorial, a participação e corresponsabilização dos diversos segmentos que compõem a sociedade-governamental e a sociedade civil são estratégias fundamentais na formulação de políticas e ações orientadas à promoção da saúde dos indivíduos e das coletividades.

Inicialmente, as discussões nos vários movimentos internacionais sobre o tema Promoção tinham como objetivo traçar intervenções na tentativa de transformar comportamentos individuais não saudáveis, de acordo com Buss (2003). Os esforços concentravam-se nos estilos de vida, com ênfase na ação individual e localizando-os no seio das famílias, e no máximo, no ambiente das culturas das comunidades em que se encontram.

Neste caso, os programas ou atividades de promoção tendem a concentrar em componentes educativos relacionados com riscos de comportamento que se encontram sob o controle do próprio indivíduo. Por exemplo, o hábito de fumar, atividades físicas, a dieta, etc. Esta maneira de enxergar a promoção da saúde foi objeto de vasta crítica porque, ao mesmo tempo em que poderia influenciar o alcance de uma melhor saúde, estava por outro lado culpabilizando a própria vítima por sua possível enfermidade. Esta ideologia da responsabilização individual, implicitamente, considera o indivíduo independente das condições de vida e dos processos sociais e afirma um modelo de comportamento sempre saudável como mecanismo de controle social. Além disso, todos os fatores que estavam fora do controle dos indivíduos não se encontravam no âmbito da promoção da saúde.

Tradicionalmente, os modos de viver têm sido abordados numa perspectiva individualizante e fragmentária, e colocam os sujeitos e as comunidades como os responsáveis únicos pelas várias mudanças/arranjos ocorridos no processo saúde-

adoecimento ao longo da vida. Contudo, na perspectiva ampliada de saúde, como definida no âmbito do movimento da Reforma Sanitária brasileira, do SUS e das Cartas de Promoção da Saúde, os modos de viver não se referem apenas ao exercício da vontade e/ou liberdade individual e comunitária (BRASIL, 2006c. p. 10).

Contudo, após a realização de outros movimentos de saúde, a promoção da saúde conforme, Ferreira e Buss (2001) passou de sua base nos estilos de vida ou mudança de comportamento à nova orientação centrada nos fatores sociais e ambientais uma vez que, a saúde é vista como produto de muitos fatores relacionados com a qualidade de vida como: um padrão adequado de alimentação e nutrição, de habitação, saneamento, boas condições de trabalho, oportunidades de educação, etc. De acordo ainda com Ferreira e Buss (2001) o modelo de Promoção da Saúde foi-se ampliando a partir dos novos elementos que passaram a integrá-lo como: os determinantes da saúde, os vários níveis de população (individual e coletivo) e as estratégias propostas pela Carta de Ottawa, documento resultante da Conferência Internacional de Promoção da Saúde realizada em 1986, no Canadá.

A carta de Ottawa é considerada como um dos documentos fundadores do movimento atual da promoção da saúde que além de apresentar uma concepção mais ampla do processo saúde-doença, também, apresentava cinco estratégias necessárias para se alcançar um aumento da expectativa de vida saudável e com qualidade. Estas cinco estratégias são: políticas públicas saudáveis que tenham impacto de dimensões sócio-econômicas, políticas e culturais individuais e coletivas; criação de ambientes favoráveis de apoio à Promoção da Saúde – cidades, escolas, ambientes de trabalho, praças, parques ecológicos e outros; capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde; desenvolvimento de habilidades pessoais e atitudes; e reorientação do sistema de saúde, isto é, medidas de cooperação intersetorial.

Aqui, destaca-se a terceira estratégia (capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde), como sendo um dos núcleos filosóficos e uma das estratégias-chave do movimento de Promoção da Saúde, o conceito de *empowerment*, comumente mencionado como empoderamento. Tal conceito se refere ao reforço da capacidade do indivíduo e das comunidades por meio da aquisição de poder técnico e consciência política para atuar em prol da saúde. Através do empoderamento, a Promoção à Saúde procura possibilitar aos indivíduos e comunidades um aprendizado que os torne capazes de viver a vida em suas distintas etapas e de lidar com as limitações impostas por eventuais enfermidades.

“O processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (Brasil, 2002, p. 19), reforça a responsabilidade e os direitos dos indivíduos e da comunidade pela própria saúde. Assim, é essencial o incremento do poder das comunidades nos processos decisórios, nas atividades de planejamento, na definição e implementação de ações e estratégias para alcançar um melhor nível de saúde. Para isto, é imprescindível que estas ações sejam realizadas em distintos *settings*, entre os quais o lar, a escola, o trabalho, ou qualquer espaço coletivo.

Portanto, a escola deve se tornar um espaço para ações de promoção da saúde para crianças, adolescentes e jovens adultos. No entanto, conforme Brasil (2009) o setor de Educação faz críticas em relação ao setor de Saúde alegando que este não utiliza a escola como uma aliada e parceira. Ao mesmo tempo, os resultados de vários estudos indicam que a educação para a saúde, baseada no modelo médico tradicional e focalizada no controle e na prevenção de doenças, é pouco efetiva para estabelecer mudanças de atitudes e opções mais saudáveis de vida que minimizem as situações de risco à saúde de crianças, adolescentes e jovens adultos.

Nesse sentido, políticas de saúde, como o Programa Mais Saúde: Direito de Todos, lançado pelo Ministério da Saúde, reconhecem o espaço escolar como espaço privilegiado para práticas promotoras da saúde, preventivas e de educação para saúde. Essas políticas assinalam também, a necessidade de uma efetivação de ações intersetoriais que possuam alta complementaridade e sinergia.

Dessa forma, foi instituído pelo presidente da República, por meio do Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007 (BRASIL, 2007b), no âmbito dos Ministérios da Educação e da Saúde, com a finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de Educação Básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde, o Programa Saúde na Escola (PSE).

Este programa é resultado da política intersetorial do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação e estão envolvidos diretamente na concretização desta proposta as Secretarias de Saúde e de Educação, comunidade escolar e as instâncias representativas da sociedade que atuam no âmbito da saúde, da educação e da participação juvenil. Todos juntos, visando o enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde (BRASIL, 2007b).

As ações e estratégias de saúde desenvolvidas nas escolas municipais em Uberlândia apresentam a mesma trajetória das ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde a partir dos anos 50 até o início dos anos 2000. Inicialmente os programas de saúde escolar em Uberlândia focalizavam o espaço escolar e, em especial, os estudantes, dentro de uma perspectiva sanitária como a transmissão de cuidados de higiene e primeiros socorros, bem como a garantia de assistência oftalmológica e/ou odontológica. Portanto, as ações realizadas tinham como base o modelo médico tradicional e focalizavam o controle e a prevenção de doenças, e assim, demonstravam pouca efetividade para estabelecer mudanças de atitudes e opções mais saudáveis de vida que pudessem minimizar as situações de risco à saúde de crianças, adolescentes e jovens adultos.

Desta forma, a partir de 2003, a Secretaria Municipal de Saúde, começou a implementar a proposta de governo, Escolas Promotoras de Saúde e passou a desenvolver ações no sentido de estabelecer um novo modelo assistencial de saúde com base em políticas de promoção de saúde. Assim, a partir de uma reformulação de programas anteriores, foi implantado em janeiro de 2009, o Programa Saúde Todo Dia – Da escola para toda a família.

Este programa propõe a unificação e ampliação das ações de educação em saúde já desenvolvidas na rede de ensino de Uberlândia a partir do PSE e de educação em zoonoses da Secretaria Municipal de Saúde e tem como objetivo desenvolver atividades de promoção e educação em saúde, prevenção de doenças e vigilância em saúde de forma integrada e participativa.

Diante desta realidade histórica e a partir da minha vivência enquanto enfermeiro e professor de língua inglesa, fui motivado a desenvolver um estudo com o objetivo de analisar o Programa Saúde Todo Dia – Da escola para toda a família em escolas municipais de ensino fundamental em Uberlândia – MG, na perspectiva da Integralidade e Intersetorialidade. Deste modo, foi necessário caracterizar o Programa Saúde Todo Dia – Da escola para toda a família através de uma abordagem histórica tendo como eixos de análise a integração e a intersetorialidade, elementos fundamentais de uma atenção primária abrangente. Também, foi necessário analisar a percepção dos sujeitos envolvidos no Programa Saúde Todo Dia – Da escola para toda a família no que se refere à aplicação do conceito de promoção da saúde no território.

1.2 Procedimentos Metodológicos

Os procedimentos metodológicos empregados neste estudo foram definidos considerando os objetivos do mesmo, a fim de reconhecer as ações realizadas pelo programa que podem gerar mudanças no contexto, isto é, não apenas informar, mas transformar saberes existentes e desenvolver a autonomia e a responsabilidade do indivíduo, crianças e adolescentes, no cuidado com a saúde.

Explicita-se, a seguir, o percurso utilizado que norteou os passos metodológicos necessários para a consecução dos objetivos propostos deste estudo. Em seguida, foram discriminadas as fontes dos dados, os instrumentos e as técnicas de coleta dos mesmos, explicando-se porque se optou pela utilização de entrevistas semi-estruturadas como principal instrumento de coleta de informações .

Para a realização desta pesquisa, foi preciso primeiramente conceber as raízes históricas, os significados culturais e as vinculações com a macro-realidade social dessa nova maneira de entender o território da saúde, isto é, o território da escola usado para promover a saúde. Dessa forma, partindo do pressuposto de que o conhecimento resulta da vinculação entre teoria e realidade, realizou-se uma pesquisa bibliográfica (documentos oficiais, publicações do Ministério da Saúde e registros institucionais da Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia, informações administrativas oficiais ou oficiosas) com o intuito de construir o arcabouço teórico. Portanto, o conhecimento teórico obtido será usado na tentativa de explicar e confrontar o real concreto.

Por se tratar de uma investigação sobre um fenômeno que não pode ser dissociado de seu contexto real, adotou-se como estratégia desta pesquisa, o estudo de caso, indicado por Yin (2001). Trata-se de uma metodologia aplicada para avaliar ou descrever situações dinâmicas em que o elemento humano está presente, buscando responder questões que abrangem como ou por que ocorre um determinado fenômeno contemporâneo da vida real, permitindo a revisão crítica do modelo conceitual, seja para confirmá-lo, seja para contestá-lo, seja ainda para estender a teoria.

Segundo Yin (2001) o método de estudo de caso único é preferido quando o foco temporal está em fenômenos contemporâneos dentro do contexto da vida real e se deseja descrever tal contexto no qual uma intervenção ocorreu; quando se deseja avaliar uma intervenção em curso e modificá-la com base em um Estudo de Caso ilustrativo; quando é necessário explorar

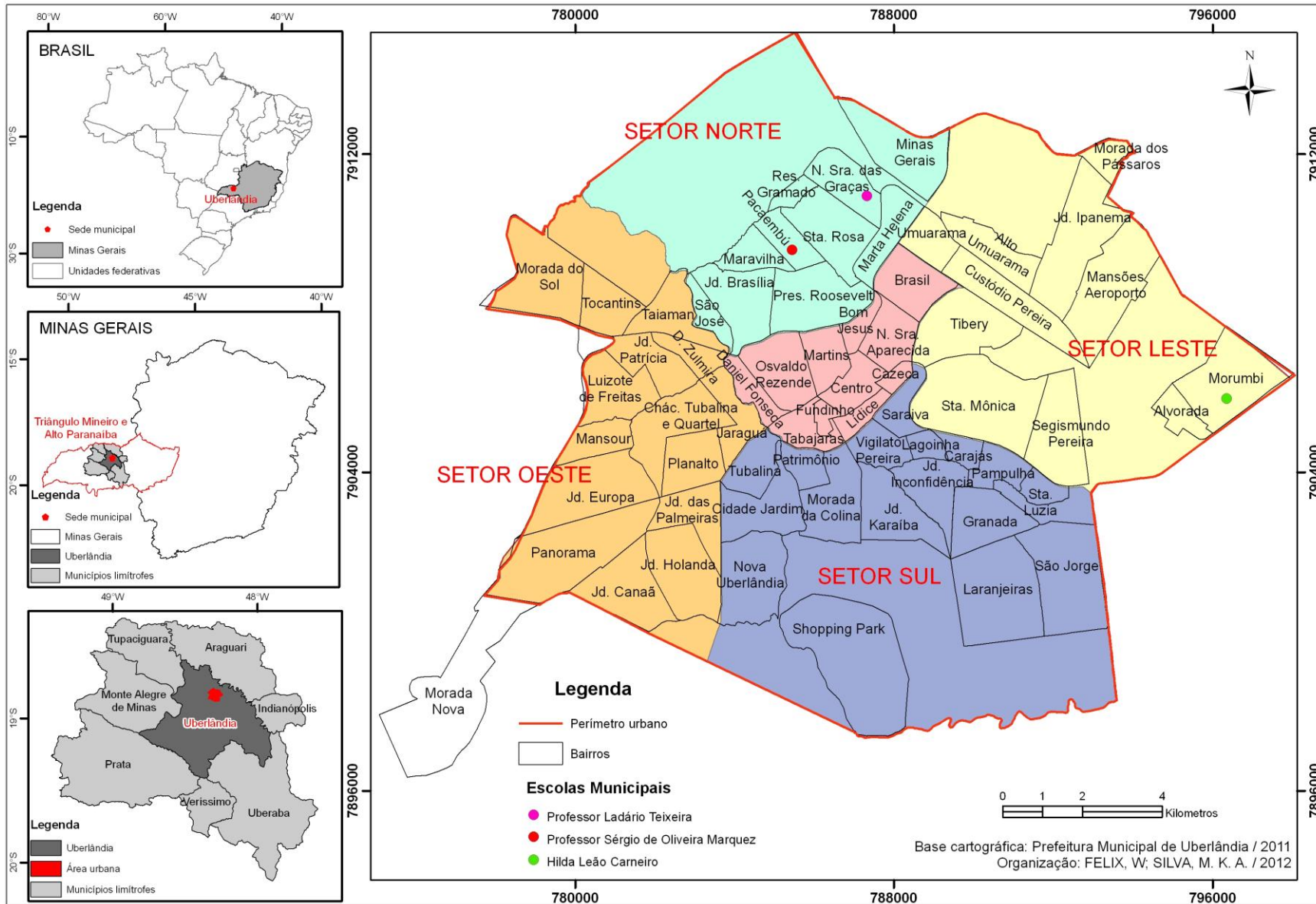
situações nas quais uma determinada intervenção não tem clareza no conjunto de resultados, e quando não é necessário o controle do investigador sobre os eventos.

As características mencionadas acima estão presentes no seguinte trabalho, já que se trata do estudo de um fenômeno contemporâneo e dentro do contexto real e o objetivo do mesmo é analisar como uma intervenção ocorreu, avaliando se há uma coerência entre teoria e prática. Na análise realizada, avalia-se se os meios implementados são adequados e suficientes para atingir os resultados esperados. No estudo, não há manipulação de variáveis, não existe por parte do pesquisador nenhum controle sobre os eventos estudados. E por fim, esse estudo objetiva também, preparar o caminho para outras pesquisas através das perspectivas, problemáticas e hipóteses que surgirão a partir deste.

O estudo de caso realizado nesse trabalho para ser considerado rigoroso, não poderia limitar-se a uma descrição, por mais documentada que fosse. Desse modo, esse trabalho pode ser classificado como uma pesquisa exploratória, apoiando-se em conceitos e hipóteses guiados por um esquema teórico que serviu como referencial teórico para a coleta de dados. As pesquisas exploratórias são desenvolvidas, especialmente, quando o tema escolhido é pouco explorado e quando se tem a finalidade de proporcionar uma visão geral acerca de determinado fato.

Portanto, para definir o objeto empírico do estudo, capaz de dar subsídios para responder as perguntas da pesquisa foram selecionadas três escolas municipais a serem observadas e analisadas. Duas destas escolas foram escolhidas pelas seguintes razões: porque ambas estão localizadas na mesma região, isto é, na região Norte de Uberlândia, uma no bairro Nossa Senhora das Graças e a outra no bairro Pacaembu; porque se encontravam no mesmo estágio de implantação do programa Saúde Todo Dia – Da escola para toda a família, o que facilitaria uma melhor compreensão do processo. Já a terceira escola, situada no setor Leste, no bairro Morumbi, foi escolhida para observação nesta pesquisa, por ter sido a unidade que deu início ao processo de implantação do programa saúde escolar, servindo então, como projeto piloto. Esta escola foi escolhida devido ao grande interesse e empenho da gestão escolar, uma vez que nesta já estava sendo realizado um projeto de sexualidade voltado para o público adolescente. As unidades escolares do universo do estudo podem ser localizadas no Mapa 1.

Mapa 1: Localização da cidade de Uberlândia no Triângulo Mineiro e das unidades escolares analisadas



Este programa faz parte de uma política intersetorial que articula um grande conjunto de sujeitos sociais (gestores, agentes de saúde da família, médicos, enfermeiros, psicólogos, dentistas, gestores escolares, professores, pedagogos, alunos, famílias, entre outros). Assim, buscou-se, neste trabalho identificar os principais representantes responsáveis pelo programa de Saúde Todo Dia – Da escola para toda a família, os interlocutores entre a escola e a gestão do programa analisado e os responsáveis pela assistência.

Nesse trabalho emprega-se o conceito de Promoção da Saúde para compreender o modo como ocorre a implantação e as ações do programa analisado. Nessa perspectiva, entende-se que o aluno e sua família são agentes importantes neste processo e, portanto, seria necessário ouvi-los também. No entanto, esses sujeitos não serão abordados nesse estudo, uma vez que, a análise do programa se dará a partir da perspectiva dos gestores e profissionais – agentes de saúde.

Assim, fizeram parte deste estudo dez (10) sujeitos considerados como informantes-chave por serem atores partícipes direta ou indiretamente do programa de saúde, sendo estes: a gestora do programa Saúde Todo Dia – Da escola para toda a família, a coordenadora de ciências do CEMEPE (Centro Municipal de Estudos e Projetos Educacionais Julieta Diniz), três (3) informantes que serviram como representantes de gestores de escolas municipais onde o programa está sendo implantado, juntamente com três (3) agentes de saúde escolar e dois (2) responsáveis pelas unidades de saúde de referência.

Vale ressaltar que a constituição do campo de avaliação de serviços e programas caracterizou-se por muito tempo pelo uso de pressupostos típicos do rigor positivista, cuja influência se mostra ainda presente, isto é, ainda predominam os estudos que não só defendem a medição estatística (dados quantitativos) como “único meio de valorar alguma coisa” (Bosi & Affonso, 1998), como também concebem a avaliação como uma modelo de pesquisa que utiliza métodos e técnicas específicos para confirmar ou não a relação de causalidade entre as ações de um serviço ou programa e determinados resultados. Não obstante, é possível encontrar, na literatura, algumas experiências de avaliação, seja ela de um fato do cotidiano, seja de um serviço ou programa em especial, que não se prendem à medição e incorporam a subjetividade ao processo avaliativo (Bosi & Affonso, 1998).

De acordo com Minayo (2005) por se tratar de um estudo com uma abordagem qualitativa, a técnica de entrevista se impõe como uma das mais utilizadas, porque possibilita a apreensão dos processos vivenciados e das percepções dos sujeitos envolvidos na implementação do

programa investigado. Todas as entrevistas realizadas foram entrevistas de estudo que não visaram influenciar o comportamento dos interlocutores e que, em princípio, terão pouca ou mesmo nenhuma influência sobre o comportamento dos entrevistados. O principal objetivo das entrevistas realizadas no âmbito desta investigação foi a obtenção de informação para compreender de modo mais aprofundado os valores, crenças e impressões dos gestores acerca do processo de implantação do programa Saúde Todo Dia - Da escola para toda a família. Além disso, seria possível compreender como se dá a articulação do Programa com as escolas e a visão dos gestores do programa e de unidades escolares sobre as estratégias mais apropriadas para a promoção e manutenção da saúde no ambiente escolar.

Assim, aplicou-se um modelo de tipo guiado, semi-estruturado a “informantes-chave” cujo roteiro orientador se encontra em anexo, este foi elaborado a partir da problemática que orienta a investigação e amparou-se nos objetivos propostos para o objeto em estudo. O roteiro orientador foi constituído por três blocos. O primeiro refere-se à garantia do anonimato do entrevistado e confidencialidade das informações recolhidas, bem como ao pedido de gravação áudio da entrevista. O bloco seguinte centra-se nas temáticas definidas no objetivo da investigação: analisar a percepção dos sujeitos envolvidos no Programa Saúde Todo Dia – Da escola para toda a família no que se refere à aplicação do conceito de promoção da saúde no território. O último bloco refere-se ao agradecimento da disponibilidade para a participação na entrevista.

Durante a realização das entrevistas o roteiro orientador revelou-se um instrumento de grande importância e utilidade para a concretização do esquema mental que permite a sua condução, ainda que não fosse seguida a ordem das questões apresentadas. O roteiro orientador constituiu um instrumento estruturado e flexível que possibilitou as respostas às temáticas da investigação e, ao mesmo tempo, permitiu o surgimento de dados e dimensões não previstas. Além disso, a partir do roteiro pré-estabelecido foi possível criar um ambiente propício ao estabelecimento de uma relação de confiança, o que possibilitou a chance de obter uma compreensão mais aprofundada da problemática estudada. O roteiro foi elaborado para buscar extrair dos participantes suas percepções, significações e opiniões sobre o Programa Saúde Todo Dia - Da escola para toda a família.

Assim, foi possível, durante as entrevistas realizadas, manter o fio condutor, reformular as perguntas que não eram compreendidas, ou respondidas pelos entrevistados e dar espaço às novas questões surgidas. Às vezes, a dificuldade maior surgiu das limitações dos entrevistados relativamente à utilização da linguagem verbal, que não permitia a fluidez do discurso obrigando o entrevistador a intervir no sentido de orientar e

clarificar o discurso dos participantes. Aqui a preocupação maior foi o não enviesamento de informação, que poderia comprometer a sua posterior análise e interpretação.

As entrevistas, realizadas pelo pesquisador, ocorreram no período compreendido entre os meses de setembro e outubro de 2012. As entrevistas foram gravadas em fitas magnéticas, com duração média de 25 minutos e posteriormente transcritas, resultando em 35 páginas digitadas na fonte times New Roman, tamanho 12, espaço 1,5. Realizou-se, também, um controle das transcrições através da leitura associada à audição repetida das fitas. E, para garantir o anonimato dos sujeitos entrevistados, estes foram dispostos em ordem numérica.

A opção de escolher a técnica de Análise de Conteúdo, para tentar analisar as informações provenientes das respostas proferidas pelos entrevistados, foi em função de que as questões selecionadas para compor esta investigação se constituíam de perguntas abertas, abrindo a possibilidade de abordar o assunto de diversas formas, dependendo do entendimento dos respondentes sobre o determinado tema.

O objeto a ser investigado na análise de conteúdo é a palavra, seu aspecto individual e atual da linguagem, ou seja, a prática da língua realizada por emissores identificáveis, levando em consideração as significações (conteúdo) das mensagens. Para Bardin (1977, p. 44) “a análise de conteúdo procura conhecer aquilo que está por trás das palavras sobre as quais se debruça. [...] é uma busca de outras realidades através das mensagens”.

Segundo Bardin (1977) a análise de conteúdo constitui uma metodologia de pesquisa usada para descrever e interpretar o conteúdo de toda classe de documentos e textos, que analisados adequadamente nos abrem as portas ao conhecimento de aspectos e fenômenos da vida social de outro modo inacessíveis. Essa análise ajuda a reinterpretar as mensagens e a atingir uma compreensão de seus significados num nível que vai além de uma leitura comum, isto é, a decomposição de textos em unidades e a sua classificação por reagrupamento temático.

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 1977, p.42).

Para Bardin (1977), a análise de conteúdo de mensagens possui duas funções que podem ou não se dissociar quando colocadas em prática. A primeira diz respeito à função heurística, ou seja, a análise de conteúdo enriquece a tentativa exploratória e aumenta a propensão à descoberta. A segunda se refere à administração da prova, em que hipóteses, sob a forma de

questões ou de afirmações provisórias servem de diretrizes apelando para o método de análise de uma confirmação ou de uma informação.

Ainda que a análise de conteúdo não obedeça à etapas rígidas, mas sim a uma reconstrução simultânea com as percepções do pesquisador com vias possíveis nem sempre claramente balizadas. Buscou-se neste estudo, seguir os passos assinalados por Bardin, como sendo básicos nos trabalhos com a análise de conteúdo.

Portanto, o primeiro passo para a análise do discurso consistiu na realização de uma pré-análise, isto é, a organização do material a ser utilizado para a coleta dos dados. No caso em questão, os dados puderam ser coletados a partir de entrevistas semiestruturadas, as quais foram transcritas e lidas exaustivamente, para que o pesquisador se deixasse impregnar por seu conteúdo.

Uma vez devidamente preparados, passou-se à segunda etapa, a descrição analítica. Nesta etapa o material reunido constituiu o corpus da pesquisa sendo este melhor aprofundado e orientado em princípio pelas hipóteses e pelo referencial teórico, surgindo desta análise quadros de referências, buscando sínteses coincidentes e divergentes de ideias. Desta forma, os dados foram submetidos ao processo de “categorização”, o qual consistiu em definir as unidades de análise.

A categorização é, portanto, uma operação de classificação dos elementos de uma mensagem seguindo determinados critérios. Ela facilita a análise da informação, mas deve fundamentar-se numa definição precisa do problema, dos objetivos e dos elementos utilizados na análise de conteúdo. Assim, as categorias de análise definidas nesse estudo seguiram os temas Integralidade e Intersetorialidade sugeridos durante o processo de qualificação desta investigação. Cada unidade de análise foi então, isolada e submetida à classificação.

Interpretou-se por Integralidade a rede de proteção envolvida com o Programa Saúde Todo Dia – Da escola para toda a família, isto é, o modo como se dá o envolvimento do Programa Saúde da Família com o Programa Saúde Todo Dia – Da escola para toda a família. E por Intersetorialidade foi entendido como sendo o envolvimento do programa com os sujeitos que compõem a unidade escolar: alunos, funcionários e professores; os sujeitos envolvidos (gestores do programa e escolares e profissionais da assistência), seus saberes e fazeres, na gestão analisada, bem como o envolvimento da direção da escola com o Programa analisado.

É preciso compreender que a análise do material se processa de forma cíclica e circular, e não de forma sequencial e linear. Os dados não falam por si. É necessário extrair deles o significado. Isto em geral não é atingido num único esforço, por isso o retorno periódico aos dados, o refinamento progressivo das categorias, dentro da procura de significados cada vez melhor explicitados, constituem um processo nunca inteiramente concluído, em que a cada ciclo novas camadas de compreensão podem ser atingidas.

Portanto, a partir das análises das respostas, fez-se necessário um desmembramento nas duas categorias gerais iniciais. Esse procedimento foi definido por Franco (1994, p. 176) como “não definido a priori [em que] [...] as categorias vão sendo criadas, à medida que surgem nas respostas, para depois ser interpretadas à luz das teorias explicativas”.

Assim, a partir da realização do desmembramento das categorias gerais iniciais surgiram as seguintes subcategorias:

1. A Estratégia Saúde da Família e suas relações com o Programa Saúde na Escola;
2. Intersetorialidade: uma das estratégias para a Promoção da Saúde;
3. Promoção da Saúde, instrumento para uma prática protagonista;
4. O envolvimento da família no Programa Saúde Todo Dia – Da escola para toda a família.

Ao criar as subcategorias foi necessário utilizar as regras básicas referentes ao processo de fragmentação, indicando que as subcategorias deveriam ter qualidades como a exaustividade e a exclusividade. Segundo Vala apud Steininger (2009)

[...] as categorias de análise de conteúdo devem ser sujeitas a um teste de validade interna. Ou seja, o investigador deve procurar assegurar-se da sua exaustividade e exclusividade. Pretende-se assim garantir, no primeiro caso, que todas as unidades de registro possam ser colocadas numa das categorias; e no segundo caso, que uma mesma unidade de registro só possa caber numa categoria (VALA, 1999, p.113).

Por fim, a última etapa, Interpretação referencial. Esta etapa consistiu na análise propriamente dita. Para tanto, não se restringiu simplesmente, a uma análise do conteúdo dos documentos, ao contrário, foi necessário estabelecer uma articulação entre os dados coletados e os referenciais teóricos da pesquisa, para que assim, a análise pudesse desvendar o conteúdo latente, revelando ideologias e tendências.

1.3 Organização da Pesquisa

Este estudo foi desenvolvido em cinco capítulos. O primeiro capítulo trata-se de uma reflexão pessoal a partir da experiência do próprio pesquisador acerca do papel social que a escola tem assumido ao longo dos anos e também, uma discussão quanto às transformações relacionadas à saúde escolar. Ainda neste capítulo são apontados os procedimentos metodológicos e os caminhos percorridos por meio de uma abordagem qualitativa e de uma investigação exploratória, bem como são apresentados o tema de estudo e os objetivos a serem alcançados ao longo da pesquisa.

No segundo capítulo, é realizada uma revisão teórica e conceitual em que o objetivo principal é aprofundar os conceitos basilares da Geografia como Espaço, Território e Poder tão necessários para a compreensão do tema em questão. Portanto, faz parte desse estudo uma discussão sobre Território enquanto instância de poder e espaço da produção da vida e, portanto, da saúde e/ou doença. Também é discutido neste capítulo a diferença entre os conceitos de Prevenção e Promoção da Saúde com base no desenvolvimento da capacidade dos sujeitos individuais e o fortalecimento de ações comunitárias (empoderamento).

No terceiro capítulo, é desenvolvida uma discussão sobre os aspectos da complexidade da Intersetorialidade e da Integralidade, envolvendo os setores da Educação e da Saúde. Ainda nesse capítulo, é feito um breve histórico das ações de saúde desenvolvidas na rede pública de ensino de Uberlândia e do Programa Saúde Todo Dia – Da Escola para toda a Família.

Já no quarto capítulo, faz-se uma análise da percepção de dez (10) sujeitos considerados como informantes-chave por serem atores partícipes direta ou indiretamente dos programas de saúde escolares, a fim de ampliar a compreensão destes programas em Uberlândia e em especial o Programa Saúde Todo Dia – Da escola para toda a família.

E no quinto e último capítulo, são tecidas as considerações finais, na forma de potencialidades e fragilidades do programa analisado, bem como são esboçadas sugestões resultantes desse estudo.

CAPÍTULO II

A TERRITORIALIDADE DA SAÚDE

Inicia-se este capítulo, com uma reflexão sobre as contribuições que a Geografia traz ao campo da saúde, através do empréstimo de conceitos como espaço e território. Em seguida, é realizada uma revisão teórica e conceitual sobre o território como instância de poder e espaço da produção da vida e, portanto, da saúde e/ou doença. Este texto tem também, o objetivo de contribuir para o debate, tematizando a diferença entre os conceitos de Prevenção e Promoção da Saúde com base no desenvolvimento da capacidade dos sujeitos individuais e o fortalecimento de ações comunitárias (empoderamento), uma das estratégias priorizadas pela Promoção da Saúde.

2.1 Espaço, território e saúde

Embora seja um exercício intenso encontrar uma definição única para território, pois uma definição nunca é imutável, fixa, eterna, conforme relata Milton Santos (2005), faz-se necessário aclarar quais concepções de território ajudarão a compor o *main stream* teórico no presente estudo. Rogério Haesbaert (2005) oferece uma compreensão da amplitude do termo Território mostrando que cada área de conhecimento tem um enfoque centrado em uma determinada perspectiva. Neste estudo, no entanto, o conceito de território será discutido a partir de uma perspectiva relacional entre indivíduos, grupos de indivíduos e instituições.

O território, segundo Milton Santos (2005) se organiza a partir do seu uso, a partir das relações sociais que o compõem e dos significados a ele atribuído, o que origina um dinamismo neste espaço. Para ele, “é o uso do território, e não o território em si mesmo, que faz dele objeto de análise social” (SANTOS, 2005, p. 1). Na visão de Santos, o território é o espaço vivido, onde se produzem relações.

[...] O território tem que ser entendido como o território usado, não o território em si. O território usado é o chão mais a identidade. A identidade é o sentimento de pertencer àquilo que nos pertence. O território é o fundamento do trabalho; o lugar da residência, das trocas materiais e espirituais e do exercício da vida (SANTOS, 2006, p. 15).

Esta afirmação reforça a ideia de que o território, entendido como um constructo social só tem sentido se nele incluímos o homem como elemento crucial no seu arranjo. Dessa forma, por ser essencialmente social, o território deve ser observado em suas várias dimensões, política, econômica, social e cultural, como afirma Saquet (2005, p. 144), “[...] é natureza e sociedade simultaneamente, é economia, política e cultura, ideia e matéria [...] é local e global e singular e universal concomitantemente, terra, formas espaciais e relações de poder [...]”.

Esta é uma concepção que enfatiza o sentido relacional do território. E entre os autores que assim, o compreendem, e fazendo uso de uma abordagem clássica para reforçar essa constatação pode-se citar Raffestin, um dos estudiosos que mais tem marcado a Geografia.

Raffestin utilizou o conceito de território de forma intensa em sua obra, contribuindo para a evolução deste conceito. Este autor entende que “espaço e território não são termos equivalentes” (RAFFESTIN, 1993, p. 143). Para Raffestin “o território se forma a partir do espaço, é o resultado de uma ação conduzida por um ator sintagmático (ator que realiza um programa) em qualquer nível. Ao se apropriar de um espaço, concreta ou abstratamente (...) o ator territorializa o espaço” (RAFFESTIN, 1993, p. 143). Os atores agem e interagem-se, conseqüentemente, objetivam relações de influência, e/ou controle, afastamento e/ou proximidade e, assim, criam redes entre si.

Portanto, “o território se apóia no espaço, mas não é o espaço, é uma produção a partir do espaço” (RAFFESTIN, 1993, p. 144). O espaço constitui o fundamento para a produção do território, ou seja, o espaço é anterior ao território e a sua definição se faz pela apropriação/dominação (econômica, política, social e cultural) por atores que realizam determinadas atividades sociais: os atores sintagmáticos (ator que realiza um programa). “O território não poderia ser nada mais que o produto dos atores sociais. São eles que produzem o território, partindo da realidade inicial dada, que é o espaço.” (RAFFESTIN, 1993, p. 7-8).

A partir dessas afirmações, deve-se concordar com Raffestin de que cada sociedade modela o seu território, por meio das relações sociais cotidianas. Tais relações cotidianas são percebidas nas intencionalidades e comportamentos e nas diferentes maneiras, tempos, dimensões e intensidades de formar o território, como afirma Heidrich (2004, p. 40) “por meio de vínculos, por criações ou invenções humanas, através de práticas sociais, é que se produz território [...]”.

Conforme Saquet (2007) na relação social, uma das características mais importantes do território é a sua historicidade, pois cada sociedade organiza seu espaço e modela seu território através de estratégias, de objetivos e da comunicação, de forma relacional e multidimensional, através das relações sociais da vida de cada dia.

Como bem ressalta Lefèbvre apud Raffestin (1993) um território é constituído quando é transformado pelas modificações feitas pelo homem convivendo em sociedade. Os territórios são, ao mesmo tempo, espaços e lugares, construídos socialmente. São muito variáveis e dinâmicos, e a sua particularidade mais significativa é ser uma área de desempenho e de responsabilidade. O território é construído a partir de uma perspectiva relacional do espaço e se insere dentro de relações sócio-históricas. Milton Santos (2005) afirma que, numa perspectiva mais histórica, cada período imprime sua marca na maneira como o território é organizado e usado, isto quer dizer que, novas relações podem dar funções diferentes para formas preexistentes de um determinado território, fazendo com que este não desapareça, mas possua elementos de diferentes tempos.

Haesbaert (2005) afirma ainda, que por ser relacional, o território é também movimento, fluidez, interconexão – em síntese e num sentido mais amplo, temporalidade. Para o autor, o território define-se antes de tudo com referência às relações sociais e ao contexto histórico em que está inserido. Souza (1995) corrobora ao dizer que o território é construído e desconstruído dentro de escalas temporais as mais diferentes: séculos, décadas, anos, meses ou dias; o território pode ter um caráter permanente, mas também pode ter uma existência periódica, cíclica. Conforme Haesbaert (1997) o território pode ser temporário ou mais permanente, uma vez que este é produzido espaço-temporalmente pelo exercício do poder por determinado grupo ou classe social.

Portanto, o território é entendido como uma construção social, o qual é produzido, organizado e usado por diferentes grupos sociais; reflexo das relações sociais agidas e vividas no espaço e com a apropriação deste no tempo. Segundo Raffestin (1993, p. 7-8),

O território não poderia ser nada mais que o produto dos atores sociais. São eles que produzem o território, partindo da realidade inicial dada, que é o espaço. Há, portanto, um “processo” do território, quando se manifestam todas as espécies de relações de poder [...] (RAFFESTIN, 1993, pp. 7-8).

De acordo com a citação acima, corrobora-se a hipótese de que um elemento indissociável e intimamente relacionado à organização do território, ou até mesmo, essencial ao sistema territorial é a forma de controlar o espaço, isto é, o poder, como relação social historicamente

reproduzida. Para que os indivíduos possam se articular, em uma sociedade política, é necessário que haja relações que sejam reguladas por princípios mínimos de organização, os quais apenas se viabilizam quando há um poder que seja habilitado a coordenar todos que se encontram em um determinado espaço. Para Raffestin (1993, p 7-8), “toda relação é instrumento do poder, estabelecendo-se como um processo de troca e de comunicação. As forças que dispõem os parceiros relacionais criam o campo de poder”. Esta ideia de Raffestin permite perceber como o espaço vivido e relacional se constitui também a partir de relações marcadas pelo poder.

Ao serem exercidas estas relações de poder, tanto em nível pessoal e de grupo dentro de uma determinada área, produz-se assim, uma identidade, pois ao influenciar, controlar recursos, fenômenos, relações e pessoas produz, também, uma separação que distingue, nomeia e classifica os indivíduos e os grupos sociais. Por isso, de acordo com Haesbaert (2005) toda relação de poder espacialmente mediada é também produtora de identidade, pois controla, distingue, separa e, ao separar, de alguma forma nomeia e classifica os indivíduos e os grupos sociais. No entanto, ainda que haja o domínio do território, não significa que este tenha sido destruído. Conforme Haesbaert (2005) é gerado uma nova configuração espacial-geográfica, resultado do entrecruzamento de múltiplas relações de poder, sejam elas mais diretamente ligadas a fatores econômico-políticos, ou às questões de caráter mais cultural.

Portanto, pode-se concluir que o território é conflitualidade, marcado pelas relações de poder, pelas intencionalidades, pelas inter-relações, pelo jogo ideológico; é a expressão da apropriação, domínio, identidade, pertencimento, demarcação, separação, conforme Heidrich (2005). Assim, é diante desse contexto que surge o conceito de territorialidade.

Conforme Albagli (2004), a noção de territorialidade foi incorporada pelas ciências humanas e sociais – como a antropologia, a psicologia, a sociologia e a própria geografia – a partir da compreensão de que os comportamentos humanos devem ser analisados também em sua dimensão espacial.

A territorialidade humana é expressão do poder social e envolve o controle sobre uma área ou espaço que deve ser concebido e comunicado, conformando dessa forma o território, de acordo Haesbaert (2005). Raffestin, também afirma que para ocorrer a formação de um território, é necessário haver comunicação, pois é por meio dela que o indivíduo informa ao outro suas intenções. Ainda de acordo com Haesbaert (2005) este recurso estratégico pode ser mobilizado de acordo com o grupo social para atingir, influenciar ou controlar recursos,

pessoas, fenômenos e relacionamentos por meio da delimitação e controle de áreas específicas, os territórios.

Raffestin, por outro lado, considera que a territorialidade refere-se, às relações entre um indivíduo ou grupo social e seu meio de referência, expressando um sentimento de pertencimento e um modo de agir no âmbito de um dado espaço geográfico. Esse sentimento de pertencer ao espaço em que se vive, de estar enraizado em uma complexa trama de sociabilidade é que dá a esse espaço o caráter de território e contribui na construção da identidade do espaço de vivência ao longo do tempo. Para Haesbaert (2005) o território não se define por um princípio material de apropriação, mas por um princípio cultural de identificação ou de pertencimento. O território não pode ser percebido apenas como uma posse. É uma parcela de identidade, fonte de uma relação de essência afetiva ao espaço.

Para Heidrich (2005) talvez a ação humana mais importante que envolve a manifestação do princípio de territorialidade é a relação de apropriação, mais que de domínio, já que vai além do sentido de posse. A apropriação do espaço consiste na transformação, recriação e humanização do território e para que isso ocorra é necessário haver um sentimento de pertencimento, de identidade e então, o estabelecimento de vínculos, por meio de práticas sociais. A apropriação do território por um grupo social é um processo gerador de raízes e identidade entre os indivíduos.

Para habitar um território é necessário explorá-lo, torná-lo seu, ser sensível às suas questões, ser capaz de movimentar-se por ele com alegria e descoberta, detectando as alterações de paisagem e colocando em relação fluxos diversos - não só cognitivos, não só técnicos, não só racionais - mas políticos, comunicativos, afetivos e interativos no sentido concreto, detectável na realidade (Ceccim, 2005, p.983).

O território é destarte, uma construção coletiva e multidimensional, com perspectivas integradora, relacional e multiterritorial, isto é, com múltiplas territorialidades interagidas (poderes, comportamentos, ações). Na perspectiva integradora observa-se o território como revelador de dimensões sociais, políticas, culturais, econômicas, naturalistas; construído de forma articulada, conectada, integrada com outros territórios. Na perspectiva relacional é considerado que as relações sócio-históricas ocorrem no espaço em um determinado tempo, sendo o território fruto de uma relação complexa entre atores sociais que o (re) definem constantemente em suas cotidianidades, num “campo de forças”, dinâmico e emaranhado por poderes nas mais variadas intensidades e ritmos, conforme Hasbaert (2005).

Os atores agem e interagem-se, conseqüentemente, objetivam relações de influência, e/ou controle, afastamento e/ou proximidade e, ainda como aponta Raffestin, “[...] todos os atores sintagmáticos estão engajados num complexo jogo relacional: não vivem, sobrevivem, se desenvolvem, crescem somente pelas relações” (RAFFESTIN, 1993, p. 41). A ação das pessoas ou grupos, no exercício do poder, se imprime no espaço e constitui o território, de acordo com Sposito (2005). É importante evidenciar que tal processo está sempre se modificando e que os fatores que influenciam esta mudança são de ordem ideológica, política, econômica ou social.

Conclui-se, portanto, que as relações de poder são um componente indispensável na efetivação de um território. Estas relações surgem a partir da apropriação, do controle e da dominação social, a partir das interações entre os sujeitos em suas relações cotidianas, sejam elas, relações de existência e/ou produtivas, todas são consideradas relações de poder, pois instauram atos de dominação e subordinação. Logo, pode-se concluir que se há atores que desempenham determinadas atividades e/ou funções, compreende-se, eventualmente, que há outros atores empenhados em comandar devidamente tais atividades.

Ao ser analisada a questão do poder, pode-se perceber que Michel Foucault é a principal referência para a discussão de questões relacionadas a esta temática. Embora, recusasse ser considerado um teórico do poder, afirmando que somente fez “uma análise diferencial dos diferentes níveis de poder dentro da sociedade” (FOUCAULT, 2001, p. 1680), a problemática do poder, com suas características, táticas e estratégias se encontram por toda parte de suas obras.

Foucault se interessava não pela construção de um novo conceito, mas sim pela análise do poder como prática social, historicamente constituída, e as variadas formas de exercício do mesmo na sociedade. Segundo o autor, uma sociedade sem relações de poder é uma abstração, pois esta estrutura social é atravessada por múltiplas relações de poder, as quais não se situam apenas em um local específico, mas ao contrário, são inerentes ao corpo social.

Na sociedade, há milhares e milhares de relações de poder e, por conseguinte, relações de força de pequenos enfrentamentos, microlutas, de algum modo. [...] Em toda parte se está em luta. [...] De fato, relações de poder são relações de força, enfrentamentos, portanto, sempre reversíveis. Não há relações de poder que sejam completamente triunfantes e cuja dominação seja incontornável. Com frequência se disse — os críticos me dirigiam esta censura — que, para mim, ao colocar o poder em toda parte, excludo qualquer possibilidade de resistência. Mas é o contrário! (FOUCAULT, 2006, p. 231-2).

Para Foucault, os indivíduos que fazem parte de uma sociedade, exercem o poder de todas as formas e em várias situações: hora dominando, hora sendo dominado. Isto quer dizer que, viver em sociedade é viver de modo que seja possível alguns agirem sobre a ação dos outros, Foucault (1995); já que o poder está inserido nas relações sociais, políticas, econômicas e tecnológicas.

Não devemos nos enganar: se falamos do poder das leis, das instituições ou das ideologias, se falamos de estruturas ou mecanismos de poder, é apenas na medida em que supomos que ‘alguns’ exercem um poder sobre os outros (FOUCAULT, 1995, p.40).

É importante destacar, nesse momento, que Foucault entende o poder como uma força que não possui um lugar fixo e não é propriedade de ninguém, a qual possa ser vendida, comprada ou trocada, não é uma coisa espacial, é somente um elemento dentro das relações entre os indivíduos. Para Foucault, o que existe são relações de poder, isto é, “formas díspares, heterogêneas, em constante transformação. O poder é uma prática social e, como tal, constituiu-se historicamente”. (FOUCAULT, 1988, p.125)

Quando fala-se de poder, as pessoas pensam imediatamente a uma estrutura política, um governo, uma classe social dominante, o mestre frente ao escravo, etc. isto não é de nenhum modo aquilo que eu penso quando falo de relações de poder. Eu quero dizer que, nas relações humanas, qualquer que sejam - que trate de comunicar verbalmente, como fazemo-lo agora, ou que se trate de relações amorosas, institucionais ou econômicas -, o poder continua presente: eu quero dizer a relação na qual um quer tentar dirigir a conduta do outro. Estas são, por conseguinte, relações que se podem encontrar em diversos níveis, sob diferentes formas; estas relações de poder são relações móveis, ou seja, elas podem alterar-se, elas não são dadas de uma vez para sempre (Foucault, 2001, p. 1538).

Assim, as relações de poder se encontram em todos os níveis das relações humanas; toda ação do cotidiano, mesmo a menor e a mais banal, constitui uma relação de poder. Desta forma, por serem as relações de poder “sutis”, deve ser observada a maneira como as ideologias transmitidas são acatadas, muitas vezes sem serem percebidas, através de um discurso persuasivo, “o qual desempenha um papel no interior de um sistema estratégico, em que o poder está implicado, e para o qual o poder funciona. O poder é alguma coisa que opera através do discurso, já que o próprio discurso é um elemento em um dispositivo estratégico de relações de poder.” (FOUCAULT, 2006, p. 253).

Segundo o filósofo, o discurso que ordena a sociedade é sempre o discurso daquele que detém o saber. Para Foucault há uma relação de reciprocidade entre saber e poder. Conforme o autor, “o exercício do poder cria perpetuamente saber e, inversamente, o saber acarreta efeitos de

poder.” (FOUCAULT, 2007, p. 80) Michel Foucault sustenta sua teoria relacionando poder e saber como base para o domínio ideológico, econômico e político dos que exercem o poder sobre os que são coagidos e determinados por ele.

Foucault deixa claro que existe uma relação entre poder e saber. Para ele, poder e saber estão diretamente implicados, pois não há relação de poder que não esteja intrinsecamente vinculada a um campo de saber, nem saber que não suponha e não constitua ao mesmo tempo um determinado poder. Portanto, deve-se admitir que, histórica e culturalmente algumas figuras são constituídas como sendo detentoras do Saber. E assim, são autorizadas a executarem determinadas práticas características de determinado contexto, tais como as autoritárias, supostamente justificáveis pela posição de saber que o indivíduo representa. Essas práticas, presentes em todo âmbito social, são promovidas e aceitas com naturalidade pela sociedade.

Nesses termos, pode-se afirmar que as relações que se estabelecem entre as práticas profissionais, são exercidas a partir do conhecimento adquirido no campo dos saberes científicos; assim sendo, institui-se uma hierarquização de saberes e poder, a qual é tomada como normal, a fim de separar os sujeitos classificando-os e ordenando-os, em aqueles que exercem o poder e aqueles que são determinados por ele.

O território pode ser definido como espaço geográfico, histórico, cultural, social, econômico e uma instância de poder, o qual é construído e constituído coletivamente e de forma dinâmica por uma série de sujeitos e instituições que nele se localizam e circulam. O território deve ser abordado enquanto espaço da produção da vida e, portanto, da saúde e/ou doença. Desta forma, a análise da situação de saúde e a elaboração de um projeto de intervenção de modo participativo envolvendo toda a comunidade, com base no território, devem ser desenvolvidas, uma vez que no território se encontram os problemas de saúde e uma parte da solução para os mesmos.

O espaço-território caracteriza-se por uma população específica, vivendo em tempo e espaço singulares, com problemas e necessidades de saúde determinados, os quais para serem resolvidos devem ser compreendidos e visualizados espacialmente. Assim, compreender que um território apresenta mais que uma extensão geométrica, também um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural pode contribuir na construção e fortalecimento de um território, de uma comunidade, de uma escola, de uma

família mais saudável através das múltiplas instâncias de controle social e o compromisso da comunidade para agir em defesa da vida.

Não faz sentido pensar o território como sendo apenas uma delimitação de uma área, pois é a partir do seu uso, a partir das relações sociais que o compõem, dos processos e territorialidades que excedem limites impostos por atores determinados que este deve ser entendido. Esta descrição de território aproxima-se muito do que Santos (2005) chamou de “território usado”. Para ele, “é o uso do território, e não o território em si mesmo, que faz dele objeto de análise social” (SANTOS, 2005, p. 1). Portanto, conforme Monken e Barcellos (2005) reconhecer o território é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como para a avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde da população.

Nos últimos anos, a emergência do interesse no campo da saúde pelas categorias território e espaço tem chamado a atenção, devido à forma como estas, constantemente, têm sido empregadas principalmente por gestores de saúde e estudiosos em administração dos serviços e pelos próprios trabalhadores destes serviços como nova variante da aproximação histórica entre a Geografia e o campo da saúde.

Percebe-se que o uso do conceito de espaço e território pelo campo da saúde tem acompanhado o desenvolvimento teórico da geografia e muitos autores como Monken (2003), Barcellos (2012), Almeida filho (2005) têm apresentado a discussão sobre território como aspecto importante na compreensão de como este é adotado na organização dos serviços e nos processos saúde-doença na realidade brasileira.

Os territórios são, portanto, espaços e lugares, construídos socialmente. São muito variáveis e dinâmicos, e a sua peculiaridade mais importante é ser uma área de atuação, de fazer, de responsabilidade. O território é sempre um campo de atuação, de expressão do poder público, privado, governamental ou não governamental e, sobretudo, populacional. Cada território tem uma determinada área, uma população e uma instância de poder (FONSECA, 2007 p. 188).

Tal concepção assemelha-se bem com as ideias de Santos (2005), Raffestin (1993) e Hasbaert (2005); estes estudiosos entendem o território como elemento essencialmente social o qual deve ser observado em suas várias dimensões, política, econômica, social e cultural e que apresenta a historicidade como uma das características mais importantes, já que cada sociedade organiza seu espaço e modela seu território de forma relacional e multidimensional, através das relações sociais da vida de cada dia.

Assim, é por meio desses conceitos que se busca espacializar a situação de saúde. Através da distribuição de indicadores sócio-econômicos, sanitários e ambientais que revelam as condições de vida das pessoas em seu interior, localizando e visualizando populações em risco. Isto quer dizer que para se propor estratégias para melhoria da saúde, deve-se primeiramente, ir para além das unidades de saúde. É preciso entender como se processa a vida das populações, quais os agentes sociais e a sua íntima relação com os seus espaços, seus lugares, ou seja, deve-se identificar e interpretar a organização e dinâmica das populações que habitam nesses espaços, as condições de vida da população, e as diferentes situações ambientais que as afetam. Esta maneira de pensar o território é fundamental na organização do Sistema de Saúde, uma vez que este se organiza sobre uma base territorial.

Contudo, ao serem implementadas políticas como o Programa Saúde da Família há uma tendência em se reduzir o conceito de território a algo meramente administrativo, utilizado para a gestão física dos serviços de saúde, negligenciando o potencial deste conceito para a identificação de problemas de saúde e de propostas de intervenção, conforme sinaliza Monken e Barcellos (2005).

Dessa forma, para que ocorra a organização das práticas de vigilância da saúde, é fundamental o reconhecimento do território. Este passo básico, conforme Unglert (1999) permite avaliar o impacto dos serviços sobre os níveis de saúde da população, bem como identificar e interpretar a organização e dinâmica das populações que habitam neste território (a desigualdade interna), as condições de vida da população (o olhar sobre os aspectos populacionais e individuais) e as diferentes situações ambientais que os afetam.

O estabelecimento dessa base territorial é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como o dimensionamento do impacto do sistema sobre os níveis de saúde dessa população e, também, para criação de uma relação de responsabilidade entre os serviços de saúde e sua população adscrita (UNGLERT, 1999. p. 222).

No dizer de Monken e Christovam (2007) esse reconhecimento acontece por meio da observação das condições criadas no espaço para a produção, circulação, residência, comunicação para o exercício da política e das crenças, para o lazer e como condição de vida.

Portanto, ao se definir o território onde serão desenvolvidas as ações de saúde, é necessário compreendê-lo como muito além de mero espaço político administrativo conferindo-lhe maior densidade teórico-metodológica, para que dessa forma, seja possível verificar propostas mais amplas como a interação população-serviços no nível local.

É preciso que a população específica por viver em tempo e espaço determinados, com problemas de saúde definidos interaja com os gestores das distintas unidades prestadoras de serviços de saúde. Este é um aspecto fundamental na abordagem dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS construiu-se numa relação intrínseca com os movimentos sociais pela redemocratização no Brasil, de modo que a saúde fez-se direito social fundamental e inalienável que não poderia ser pensado nem adequadamente assegurado desvinculado da cidadania.

Trata-se, desde 1986, por ocasião da 8ª Conferência Nacional de Saúde, de ratificar o compromisso ético com a produção de políticas sanitárias que garantam a igualdade de oportunidades e a universalização dos direitos sociais. Trata-se, partindo do conceito ampliado de saúde, de construir mecanismos de intervenção na melhoria da qualidade de vida de sujeitos e coletividades. Em última instância, trata-se de trabalhar pela equidade, pela possibilidade de oportunizar condições a sujeitos e coletividades, de construir modos de viver mais favoráveis à vida e à saúde.

A Organização Pan-Americana da Saúde reconhece e reitera a importância da participação da sociedade civil como prioridade programática na promoção da saúde, definindo-a como “una acción permanente, que compromete a todos los actores de la sociedad, con una intencionalidad clara de fortalecer habilidades y capacidades de los individuos y grupos a través de un proceso político y social.” (De Salazar, 2004, p.21). Para que seja possível uma interação entre comunidade e gestores de diferentes unidades prestadoras de serviços de saúde, é preciso colocar em prática um dos princípios fundamentais da promoção da saúde, que é a capacitação das pessoas para uma gestão mais autônoma da saúde e dos determinantes desta.

A participação comunitária nos processos decisórios, nas atividades de planejamento e na implementação das ações de saúde constitui um dos núcleos filosóficos e uma das estratégias-chave do movimento de Promoção da Saúde. Esta abordagem coloca em relevo a necessidade das ações em saúde buscarem fortalecer a atuação dos indivíduos e dos grupos comunitários, que estimulem processos de auto-ajuda e que busquem implementar novas práticas de Educação em Saúde.

Nas últimas décadas, foram realizados muitos movimentos internacionais de Promoção da Saúde (PS), tais como Adelaide, 1988; Sundswall, 1991; Bogotá, 1992; Jacarta, 1997; México, 2000; Bangkok, 2005, patrocinados pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Os

primeiros movimentos de saúde como o movimento canadense desenvolvido a partir do Relatório Lalonde - Uma Nova Perspectiva na Saúde dos Canadenses (1974) e a Conferência de Alma-Ata (1978) partiram inicialmente, de discussões que objetivavam traçar intervenções na tentativa de transformar comportamentos individuais não saudáveis. Assim, um primeiro grande grupo de abordagem é identificado na Promoção da Saúde. Este grupo trata-se do desenvolvimento de atividades dirigidas à transformação dos comportamentos do indivíduo, focando estilos de vida, concentrando-se em componentes educativos, primariamente relacionados com riscos comportamentais passíveis de mudança, que estariam, pelo menos em parte, sob controle dos próprios indivíduos (por exemplo, o hábito de fumar, a dieta, a atividade física, a direção perigosa no trânsito).

Mais tarde, foi aprovada em 21 de novembro de 1986, na I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em colaboração com a Organização Mundial da Saúde e a Associação Canadense de Saúde Pública, a carta de Ottawa – Ottawa Charter for Health Promotion. Esta conferência é considerada como o marco de referência principal da corrente da Nova Promoção da Saúde, por apresentar um conceito mais amplo de saúde fundamentado na concepção dos determinantes sociais da saúde. Este é o segundo grande grupo de abordagem identificado na Promoção da Saúde. Este grupo de abordagem refere-se ao entendimento de que a saúde é o resultado de um amplo espectro de fatores, determinantes múltiplos, relacionados com a qualidade de vida e que incluem: um padrão adequado de alimentação e nutrição, de habitação e saneamento; boas condições de trabalho; oportunidades de educação ao longo da vida; estilo de vida responsável e um espectro adequado de cuidados de saúde.

Portanto, a saúde passa a ser entendida como “o mais completo bem-estar físico, mental e social determinado por condições biológicas, sociais, econômicas, culturais, educacionais, políticas e ambientais” (WHO, 1986, p.2). Nessa visão, Pilon (1992 apud WESTPHAL, 2000a, p. 11) afirma que a saúde deixa de ser um objetivo a ser alcançado, tornando-se um recurso para o desenvolvimento da vida.

A saúde não é um conceito abstrato... devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. (BRASIL, 1987, p. 28).

De acordo com CONASS (2007) esta forma de interpretar a saúde permite entender que doença, sofrimento ou problema de saúde são categorias socialmente construídas e que proporcionar saúde vai além de evitar doenças e prolongar a vida. Assim, conforme Westphal

(2006) os profissionais envolvidos com este campo teórico e de práticas, devem enfatizar a determinação social, econômica e ambiental, mais do que puramente biologia ou mental da saúde. Deste modo, deve-se considerar que os níveis de saúde da população estão diretamente relacionados à maneira como a sociedade organiza e distribui seus recursos econômicos, sociais e derivados, isto é, a qualidade e a quantidade de recursos disponibilizados a cada membro da sociedade, para a sua subsistência. Portanto, é preciso delinear políticas que ampliem o padrão de bem-estar pautando-se por uma concepção holística de saúde voltada para a multicausalidade do processo saúde-doença.

Estas condições ratificam que promover a saúde não é tarefa de responsabilidade exclusiva do setor saúde, ao contrário, é necessário haver parcerias com outros setores de governo – políticos, sociais, econômicos, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos, já que para se ter saúde, é imprescindível ter acesso a uma série de requisitos como paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. A saúde, portanto, passa a ser vista como produto social e recurso para a vida reforçando-se a importância do envolvimento do sujeito em ações comunitárias e no controle de seu próprio destino.

A promoção da saúde vai além dos cuidados de saúde. Ela coloca a saúde na agenda de prioridades dos políticos e dirigentes em todos os níveis e setores, chamando-lhes a atenção para as consequências que suas decisões podem ocasionar no campo da saúde e a aceitarem suas responsabilidades políticas com a saúde. A política de promoção da saúde combina diversas abordagens complementares, que incluem legislação, medidas fiscais, taxações e mudanças organizacionais. É uma ação coordenada que aponta para a equidade em saúde, distribuição mais equitativa da renda e políticas sociais. As ações conjuntas contribuem para assegurar bens e serviços mais seguros e saudáveis, serviços públicos saudáveis e ambientes mais limpos e desfrutáveis (BRASIL, 2002, p. 22).

Assim, o modelo de Promoção da Saúde foi-se ampliando a partir dos novos elementos que passaram a integrá-lo como as cinco estratégias da Carta de Ottawa (políticas públicas saudáveis que tenham impacto de dimensões sócio-econômicas, políticas e culturais individuais e coletivas articuladas intersetorialmente; criação de ambientes favoráveis de apoio à Promoção da Saúde – cidades, escolas, ambientes de trabalho, praças, parques ecológicos e outros; capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde; desenvolvimento de habilidades pessoais e atitudes; e reorientação do sistema de saúde, isto é, medidas de cooperação intersetorial).

Subsidiando estas estratégias, encontram-se princípios que afirmam a importância de se atuar nos determinantes e causas da saúde, da participação social e da necessidade de elaboração de alternativas às práticas educativas que se restringem à intervenção sobre os hábitos e estilos de vida individuais. Dentre as estratégias priorizadas pela Promoção da Saúde, destaca-se aqui, o desenvolvimento da capacidade dos sujeitos individuais e o fortalecimento de ações comunitárias, estratégia bastante subsidiada pela Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), aprovada em 30 de março de 2006 (Brasil, 2006a).

A PNPS objetiva “promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais” (Brasil, 2006a). Objetivos a serem alcançados por meio de iniciativas que ampliem a autonomia e a formação de redes de corresponsabilidade entre sujeitos e coletividades no cuidado integral à saúde. De acordo com a PNPS, as práticas de promoção da saúde devem promover a participação da sociedade de forma aberta e democrática, por meio do exercício de cidadania, de capacidade de regular e administrar o poder, de compartilhar os interesses e as responsabilidades.

É possível afirmar que o conceito e estratégia de empoderamento tem origem nas lutas pelos direitos civis, no movimento feminista e na ideologia da ação social, e, em especial, nas práticas sociais surgidas a partir das reivindicações e lutas dos novos movimentos sociais ocorridas nas décadas de 1960 a 1980 em diversos países, de acordo com Carvalho (2007). Neste contexto, cita-se Paulo Freire como um teórico e educador que inspirou parte da literatura sobre empoderamento produzida por teóricos e profissionais da saúde comprometidos com a mudança social e o fortalecimento de práticas cidadãs. Assim, sob a influência de Paulo Freire e outros autores, desenvolve-se no interior do projeto de Promoção da Saúde a noção de empoderamento social.

Este projeto busca destacar a ideia da saúde como um processo e uma resultante de lutas sociais que permite os indivíduos e as comunidades conhecerem e controlarem os fatores determinantes da sua saúde, através da aquisição de habilidades para responder aos desafios da vida em sociedade. De acordo com Buss (2001), estão entre os principais elementos capacitantes: ambientes favoráveis, acesso à informação, habilidades para viver melhor, bem como oportunidades para fazer escolhas mais saudáveis.

O empoderamento social pode ser considerado como um processo que conduz à legitimação e dá voz a grupos marginalizados e, ao mesmo tempo, remove barreiras que limitam a produção de uma vida saudável para distintos grupos sociais. De acordo com a Carta de Ottawa, de 1986, para se ter promoção da saúde, é necessário capacitar a comunidade para que esta possa atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Considerando a influência de aspectos macrossociais, econômicos, políticos e culturais sobre as condições de vida e saúde da população, e reforçando a responsabilidade e os direitos dos indivíduos e da comunidade pela sua própria saúde.

O incremento do poder das comunidades na fixação de prioridades, na tomada de decisões e na definição e implementação de estratégias para alcançar um melhor nível de saúde é essencial nas iniciativas de Promoção da Saúde. A Carta de Ottawa enfatiza que as ações comunitárias serão efetivas se for garantida a participação popular na direção dos assuntos de saúde, bem como o acesso total e contínuo à informação e às oportunidades de aprendizagem nesta área, o que deve ocorrer no lar, na escola, no trabalho e em qualquer espaço coletivo.

Portanto, conforme Czeresnia (2003), um dos eixos básicos da Promoção da Saúde é fortalecer a ideia de autonomia dos sujeitos e dos grupos sociais. Uma questão que se apresenta é qual concepção de autonomia é efetivamente proposta e construída. A análise de alguns autores evidencia como a configuração dos conhecimentos e das práticas estariam construindo representações científicas e culturais, conformando os sujeitos para exercerem uma autonomia regulada. A perspectiva conservadora da Promoção da Saúde reforça a tendência de diminuição das responsabilidades do Estado, delegando, progressivamente, aos sujeitos a tarefa de tomarem conta de si mesmos.

Independentemente das diferentes perspectivas filosóficas, teóricas e políticas envolvidas, surgem dificuldades na operacionalização dos projetos em promoção da saúde. Essas dificuldades aparecem como inconsistências, contradições e pontos obscuros e, na maioria das vezes, não se distinguem claramente das estratégias de promoção das práticas preventivas tradicionais. Desta forma, um ponto crítico em todo o debate sobre Promoção da Saúde é a linha divisória entre esta e a prevenção de doenças.

Deste modo, ao se implementar estratégias de promoção da saúde, as quais em grande parte, asseguram serem capazes de combater as desigualdades sociais e conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida, é importante considerar que problemas na operacionalização dos projetos em Promoção da Saúde podem ser resultantes da dificuldade em diferenciar estratégias de

promoção, de práticas preventivas tradicionais, como aponta Czeresnia (2003) em diapasão com Potvin (2001), onde a autora afirma que Promoção da Saúde não é um sinônimo de práticas preventivas.

In particular, health promotion and disease prevention are not synonymous, but complementary. Even so, most if not all activities for prevention (and even treatment and rehabilitation) can be carried out in a health promoting way, by empowering individuals and communities, encouraging public participation, taking a broad view of health and the determinants of health, emphasizing social justice and fostering intersectoral collaboration...In addition, health promotion activities are increasingly planned and conducted in combination. A comprehensive approach uses a mix of strategies to change individuals' behaviour through environmental and policy changes. The current approach to intervention is to develop multilevel (national, regional, community) actional and multidimensional approaches to ensure sustainability. In other words, health promotion initiatives are increasingly complex (POTVIN, 2001, p. 14 e 15).

Assim, é preciso antes de tudo, compreender tais pressupostos teóricos para que seja possível a integração entre teoria e prática na implementação de ações que estejam dentro de uma visão holística do indivíduo. Conforme Buss (2001), boa parte da confusão entre promoção e prevenção advém da grande ênfase em modificações de comportamento individual e do foco quase exclusivo na redução de fatores de risco para determinadas doenças, vigentes em certos programas intitulados de promoção da saúde. Assim, muitas vezes, programas de saúde se definem como responsáveis pela promoção da saúde, no entanto, suas práticas se organizam em torno de conceitos de doença.

De acordo com Czeresnia (2003) o movimento da medicina preventiva surgiu, entre o período de 1920 e 1950 na Inglaterra, EUA e Canadá, em um contexto de crítica à medicina curativa. Este movimento propunha mudanças na prática médica, ressaltando a responsabilidade dos médicos com a promoção da saúde e a prevenção de doenças. Ainda para Czeresnia (2003) as ações preventivas orientam ações de detecção, controle, enfraquecimento e intervenção, dos fatores de risco de enfermidades, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações. Estas ações baseiam-se no conhecimento epidemiológico de doenças e de outros agravos, na divulgação de informação científica e de recomendações normativas de mudanças de hábitos, cujo objetivo é o controle da transmissão de doenças infecciosas e a redução do risco de doenças degenerativas ou outros agravos específicos.

Conforme Buss (2000) a base do discurso preventivo consiste em atividades dirigidas à transformação de comportamentos dos indivíduos, focando nos seus estilos de vida e localizando-os no seio das famílias e, no máximo, no ambiente das culturas da comunidade

em que se encontram. Neste caso, os programas ou atividades preventivas tendem a concentrar-se em componentes educativos, primariamente relacionados com riscos comportamentais passíveis de mudanças, que estariam, pelo menos em parte, sob o controle dos próprios indivíduos. Por exemplo, cuidados quanto a higiene, alimentação saudável, abandono do tabagismo, adoção de hábitos mais ativos que objetivam evitar doenças ou agravos. Buss (2003) afirma que o objetivo final para a prevenção é evitar a doença enquanto que para a promoção, o objetivo contínuo é um nível ótimo de vida e de saúde, portanto a ausência de doenças não é suficiente.

Esta concepção denota a ideia de que a saúde em si se revela em um problema individual, e não como produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida. Nessa visão os problemas de saúde podem ser facilmente resolvidos pela educação das pessoas, que ao receberem a informação correta tornam-se responsáveis por alterarem seus estilos de vida para serem mais saudáveis. Conforme Westphal (2006) impor certos estilos de vida é uma prática altamente prescritiva e autoritária, pois privilegia mudanças de comportamento mediante intervenções individuais as quais culpabilizam os detentores de estilos de vida não saudáveis.

É importante destacar que esse modelo preventivo em saúde segue uma pedagogia de ensino bancário, pois, parte do pressuposto de que o “educando” nada sabe e que o “professor ou mediador” é quem deve depositar os conhecimentos que se julgam importantes sem que haja uma postura questionadora e crítica, como ressalta Paulo Freire (2004) “ensinar não é transferir conhecimentos, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção”. Além disso, esse modelo preventivo traz em sua prática o foco apenas na doença, ignorando a ideia de que o indivíduo é um todo e que é necessário a integração da ciência social e as ciências da saúde, envolvendo profissionais com formações distintas, num trabalho interdisciplinar, complementar e cooperativo. Portanto, práticas preventivas de saúde não podem ser entendidas apenas como a transmissão de conteúdos ou a adoção de um estilo de vida saudável, mas também, como a adoção de práticas que direcionem ao pleno exercício da construção da cidadania, tal como expresso no ideário da promoção da saúde.

No entanto, é preciso, também, ter presente que as práticas preventivas em saúde e promoção em saúde são intimamente relacionadas. Isto quer dizer que o desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais favoráveis à saúde em todas as etapas da vida encontra-se entre os campos de ação da promoção da saúde. Portanto, para se realizar promoção da saúde é necessário

incluir a capacitação e a sensibilização da população da necessidade de uma participação ativa no processo de mudança, faz-se necessário também, a adoção de práticas que direcionem ao pleno exercício da construção da cidadania, tal como expresso na Carta de Ottawa. Mas, é muito importante não ignorar que promover saúde com qualidade de vida em suas múltiplas dimensões envolve também, ações do Estado, responsável por instaurar medidas para intervir sobre a saúde individual e coletiva. Desta forma, a Promoção da Saúde tem sido definida como

o processo de capacitar indivíduos e comunidades para aumentar o controle sobre os determinantes da saúde e, assim, incrementar sua saúde (...), devendo par isto um indivíduo ou grupo ser capaz de identificar e realizar aspirações, satisfazer necessidades e mudar ou controlar o ambiente (BRASIL, 2002, p.9).

Pode-se afirmar que os princípios da promoção da saúde, definidos pela OMS na Carta de Ottawa, de 1986, têm servido de guia para as ações de promoção da saúde em todo o mundo. As práticas de saúde são, agora, desenvolvidas nos mais variados setores e agências, como por exemplo, a escola, o local de trabalho, o comércio, a indústria, a mídia e em muitos outros espaços coletivos que estão além dos muros das unidades de saúde e do sistema de saúde. Frente a questões cada vez mais complexas, como a violência, a contaminação ambiental, a urbanização desordenada ou a produção de saúde nas grandes metrópoles, por exemplo, evidenciou-se o limite das ações efetuadas isoladamente pelo setor saúde, e/ou aquelas ações que se valiam exclusivamente do modelo biomédico tradicional.

Os pré-requisitos e as perspectivas para a saúde não são assegurados somente pelo setor saúde, demandando uma ação coordenada entre todas as partes envolvidas: governo, setor saúde e outros setores sociais e econômicos, organizações voluntárias e não-governamentais, autoridades locais, indústrias e mídia. Nesse cenário, fortaleceu-se a importância de estabelecer modos de organização do trabalho que privilegiem o diálogo intersetorial, abordem os determinantes sociais da saúde, invistam na mobilização e na participação sociais. Assim, a participação social para o fortalecimento da ação comunitária e a intersetorialidade são princípios essenciais na definição de estratégias de ação.

CAPÍTULO III

INTEGRALIDADE E INTERSETORIALIDADE

As informações contidas neste capítulo contribuem para entender o processo histórico da articulação entre os setores da educação e da saúde, tendo como premissas a intersectorialidade e a integração, elementos fundamentais de uma atenção primária abrangente. Também é foco deste estudo compreender como têm sido executadas as ações referentes aos programas de saúde escolar em Uberlândia as quais deram origem ao Programa Saúde Todo Dia – Da escola para toda a família.

3.1 Intersectorialidade: repercussões na área de educação em saúde

Desde o final do século XIX, ao se compreender que a vida, tanto social como política, passa por profundas e rápidas alterações, humanistas têm debatido sobre a necessidade de construção de uma educação básica voltada para a cidadania, que seja capaz de conduzir à formação integral do homem. Uma análise da conjuntura mundial e brasileira revela que a educação é condição basilar para que o educando seja capaz de posicionar-se frente às questões sociais e de interpretar de forma crítica sua realidade numa dimensão histórica, política e cultural.

A escola está associada à ideia de democracia, uma vez que esta é pensada como uma instituição a que todos têm direito, possibilitando à população de todas as camadas sociais o acesso ao saber e, conseqüentemente, a melhores oportunidades sociais e profissionais. Mesmo nos momentos de crise, de estagnação, levanta-se a bandeira da educação como instrumento eficaz capaz de restaurar valores éticos e por meio da qual se constroem sujeitos críticos e criativos capazes de construir conhecimentos, crenças, conceitos e valores pessoais. Assim, ao se discutir sobre o papel da escola na sociedade brasileira e como deve ser uma formação integral, diversos estudiosos começaram a cogitar a possibilidade de inserir no currículo escolar temas de cunho social, entre os quais se destaca a saúde.

A saúde é construída na vida cotidiana. Nesse sentido, a saúde passa a ser uma dimensão essencial ao dia-a-dia do ambiente escolar, onde alunos, pais, professores e demais profissionais da educação permanecem e convivem. Por isso, programas de saúde escolares são configurados com o propósito de utilizar o espaço escolar como um ambiente importante para o desenvolvimento de um estilo de vida saudável a ser construído com o envolvimento de toda a comunidade, todos envolvidos no processo de criação e manutenção da saúde. Entretanto, ao se analisar mais cuidadosamente o desenvolvimento histórico desses programas, pode-se observar que estes seguem diferentes modelos e concepções de saúde e não se traduzem por resultados satisfatórios e efetivos. Muito provavelmente porque, na quase totalidade das propostas, a saúde não foi vista como uma construção social, produzida por diferentes atores em diferentes cenários e contextos.

No Brasil, o surgimento de abordagens sobre a saúde da criança em idade escolar está ligado aos movimentos higienistas do final do século XIX e início do século XX, os quais refletiam um desejo de controle e medicalização da sociedade (FERRIANI, 1991). Foi proposta dos higienistas da época, para difundir suas ideias, a criação do professor de Higiene, responsável por postular regras de viver que, se fossem seguidas, permitiriam o alcance do almejado bem da saúde, isto é, doenças contagiosas poderiam ser evitadas de invadir a escola.

Com base na medicina tradicional, os higienistas pautados na vertente assistencial e terapêutica, prescreviam uma escola adaptada aos alunos cujas condições de moradia, asseio, alimentação deixava a desejar, de acordo com Miranda (2000). Assim, a individualização da educação pela higiene escolar ganhava, desta forma, um claro caráter de classe social como se pode apreender da seguinte citação: “É universalmente aceita a opinião de que os maus hábitos adquiridos, na idade pré-escolar, pelos filhos de famílias necessitadas podem ser corrigidos durante o período escolar, por meio da mais apurada e intensa atenção a essas crianças” (LIMA, 1985, p 124).

Durante anos, a escola adotou uma visão reducionista do conceito de saúde, isto é, enfatizando os conhecimentos relativos aos mecanismos pelos quais os indivíduos adoecem ou asseguram sua saúde. Esta visão foi decisiva para a chamada “medicalização” das questões da educação e da própria sociedade como um todo, sem que resultasse em melhoria da qualidade de vida da comunidade escolar. Assim, a relação doente-agente causal foi e ainda é priorizada desconsiderando as desigualdades sociais.

De acordo com Miranda (2000) a partir de 1950, o discurso higienista torna-se mais técnico, priorizando métodos de Educação em Saúde. Deste modo, as crianças em idade escolar começaram a ser avaliadas em seu conjunto (aspectos orgânicos, psicoemocionais e sociais) e uma ênfase maior passou a ser dada à assistência médico-odontológica, aos problemas de nutrição, desnutrição, antropometria, bem como aos problemas neurológicos, auditivos e visuais, de distúrbios de aprendizagem e de comportamento.

Portanto, sob o marco de uma psicologia “medicalizada”, os defensores da saúde escolar se colocavam na condição de serem capazes de abordar e solucionar os “desvios” e/ou “déficits” ligados ao comportamento/disciplina e/ou a capacidade de aprender e/ou atentar dos estudantes. Assim, a saúde entrava na escola para produzir uma maneira de conduzir-se, de “levar a vida”, baseada no ordenamento dos corpos a partir da medicalização biológica e/ou psíquica dos fracassos do processo ensino-aprendizagem (BRASIL, 2009a).

Sem considerar que o fracasso escolar é a expressão coletiva da interação de fatores políticos, sócio-culturais e econômicos e com a pretensão de auxiliá-lo pela atuação direta na escola, os profissionais de saúde tornam-se eficientes agentes de um processo de ocultação dos determinantes sociais de conflito e provocam a patologização do espaço pedagógico, porque tendem a utilizar o modelo clínico para encontrar a “doença” que justifique qualquer problema, inclusive os problemas sociais. Desta forma, de acordo com Ferriani (1991) o fracasso escolar é transformado em uma questão de incapacidade pessoal, puramente individual e orgânica.

Foi apenas em 1971, que a temática da saúde foi introduzida formalmente no currículo escolar, pela Lei nº 5.692, sob a designação genérica de Programas de Saúde, como se pode ver na citação a seguir:

Será obrigatória a inclusão de Educação Moral e Cívica, Educação Física, Educação Artística e Programas de Saúde nos currículos plenos dos estabelecimentos de 1º e 2º graus, observado quanto à primeira o disposto no Decreto-Lei n. 369, de 12 de setembro de 1969 (BRASIL, 1971, p. 2).

De acordo com o Parecer do Conselho Federal de Educação (CFE) 2.264/74, esses programas tinham como objetivo “levar a criança e o adolescente ao desenvolvimento de hábitos saudáveis quanto à higiene pessoal, alimentação, prática desportiva, ao trabalho e ao lazer, permitindo-lhes a sua utilização imediata no sentido de preservar a saúde pessoal e a dos outros” (PARECER CFE nº 2.264/74 apud BRASIL, 1998, p. 258). Esta lei estabeleceu, igualmente, que os Programas de Saúde fossem trabalhados não como disciplina, mas sim “de

modo pragmático e contínuo, por meio de atividades”. Para o CFE os Programas de Saúde não deviam ser encarados como uma matéria ou disciplina, mas como uma “preocupação geral do processo formativo, intrínseca à própria finalidade da escola”, devendo ser trabalhados “por meio de uma correlação dos diversos componentes curriculares, especialmente Ciências, Estudos Sociais e Educação Física” (PARECER CFE nº 2.264/74 apud BRASIL, 1998, p. 258).

Mais tarde, em 1997 foi elaborada e implantada pelo Ministério da Educação e do Desporto, a proposta dos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN), instituídos pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação (Lei nº 9.394/96). Essas definições que servem de norte para o trabalho das diferentes áreas curriculares, que estruturam o trabalho escolar: Língua Portuguesa, Matemática, Ciências Naturais, História, Geografia, Arte, Educação Física e Língua Estrangeira, também apontam a importância de incluir aos saberes tradicionalmente presentes na sala de aula, questões contemporâneas da sociedade brasileira, como as ligadas a Ética, Meio Ambiente, Orientação Sexual, Pluralidade Cultural, Saúde, Trabalho e Consumo ou a outros temas que se mostrem relevantes para a conquista da cidadania.

Essa proposta tem como premissa que as temáticas sociais, incorporadas aos PCN, devem receber o tratamento transversal de todas as disciplinas, sem restringi-las à abordagem de um único campo. Ou seja, todas as temáticas sociais discutidas e frequentemente incorporadas aos currículos das áreas, especialmente de História, Geografia e Ciências Naturais devem receber o mesmo tratamento transversal pelas demais áreas do conhecimento, diferentemente do que tinha sido estabelecido em 1971, já que esses temas deveriam ser tratados especialmente, pelos componentes curriculares Ciências, Estudos Sociais e Educação Física.

A Lei Federal nº 9.394/96, em seu artigo 27, também destaca que os conteúdos curriculares da educação básica devem observar as problemáticas sociais, bem como difundir valores fundamentais aos direitos e deveres dos cidadãos. Assim, como a saúde é um direito de todos, de acordo com a constituição Federal (1988), esta também, deve ser abordada no ambiente escolar, segundo as inflexões socioeconômicas, políticas e ideológicas de cada momento histórico.

Conforme estabelecido nos PCN (1998) a escola deve incluir a abordagem da temática da saúde nos diferentes componentes curriculares, pois somente com a participação das diferentes áreas, cada qual enfocando conhecimentos específicos à sua competência, é possível garantir que os alunos construam uma visão ampla do que é saúde.

Ainda, de acordo com os PCN (1998) mesmo áreas do conhecimento como a Língua estrangeira no ensino fundamental tem um valioso papel construtivo como parte integrante da educação formal, pois esta envolve um complexo processo de reflexão sobre a realidade social, política e econômica. Em outras palavras, a Língua Estrangeira no ensino fundamental é parte da construção da cidadania e para tanto deve focalizar os temas transversais. Assim, questões como

a preocupação com a saúde; a garantia de que todo cidadão brasileiro tenha direito ao trabalho; a consciência dos perigos de uma sociedade que privilegia o consumo em detrimento das relações entre as pessoas; o respeito aos direitos humanos (aqui incluídos os culturais e os linguísticos); a preservação do meio ambiente; a percepção do corpo como fonte de prazer; a consciência da pluralidade de expressão da sexualidade humana; a mudança no papel que a mulher desempenha na sociedade; a organização política das minorias étnicas - por exemplo, os maoris na Nova Zelândia, os quechuas no Peru, os argelinos na França, os ianomâmis no Brasil e na Venezuela - e não-étnicas - por exemplo, idosos, portadores de necessidades especiais, homossexuais, falantes de uma variedade não hegemônica (BRASIL, 1998, p. 44).

Portanto, estas questões devem ser tratadas de forma a cumprir os objetivos propostos pelos PCN, entre os quais destaca-se aqui, o de contribuir para que os alunos conheçam “o próprio corpo e dele possa cuidar, valorizando e adotando hábitos saudáveis como um dos aspectos básicos da qualidade de vida e agindo com responsabilidade em relação à sua saúde e à saúde coletiva.” (BRASIL, 1998, p. 7).

Embora, seja possível constatar que estas questões sobre a saúde, assim como outros tantos temas de natureza social, têm encontrado continuamente espaço junto ao projeto educativo ou ao currículo de fato e que, cada vez mais, as escolas promovem ações educativas em saúde, observa-se que as ações desenvolvidas, ainda, priorizam a dimensão biológica. Ou seja, a escola ainda pensa a saúde basicamente como transmissão de informações sobre como as pessoas adoecem, os ciclos das doenças, os seus sintomas e as formas de profilaxia. A temática principal é a prevenção de doenças e não as discussões sobre possibilidades de melhoria das condições de vida da população. Esses esquemas de proteção da saúde baseados na prevenção de doenças, além de não contemplarem às necessidades individuais e coletivas, são muitas vezes desconectados da vida cotidiana dos alunos, e por isso, o aluno tem dificuldade em aplicar as informações recebidas sobre formas específicas de proteção contra as doenças estudadas nas situações concretas de sua vida diária (BRASIL, 1998, p. 258).

As questões de saúde e de outros temas de natureza social, tais como prevenção do uso indevido de drogas, aprendizagem de procedimentos de higiene bucal, informação das regras

de trânsito, prevenção das DST/AIDS geraram uma ampliação das expectativas em relação à escola e ao professor.

Conforme, Souza (2011) à escola cabe o papel de introduzir iniciativas que levem o educando a pensar sobre o território onde vive (meio ambiente, cidade, bairro, rua, família, casa e etc.), as ações coletivas, as redes de solidariedade e as posturas cidadãs. A escola deve deixar claro que as melhorias na qualidade de vida e em saúde não passam apenas pelo campo da individualidade, elas se situam no plano coletivo.

No entanto, ainda que a escola tenha assumido o papel de educar para a saúde, talvez seja necessário, antes de tudo, que ela deixe de ser entendida e responsabilizada como única instituição social adequada para acolher, promover a saúde, prevenir agravos enfim, educar crianças e adolescentes. É indispensável reconhecer que a educação faz parte também, do dia-a-dia da prestação de serviços de saúde.

Políticas de saúde como a Política Nacional de Promoção da Saúde (2002), indicam o espaço escolar para o desenvolvimento de ações de educação em saúde. A articulação entre escola e unidade de saúde também é apontada, assim como é destacada a importância de se trabalhar com equipamentos sociais existentes no território e com a participação comunitária.

A relação entre os setores de Educação e de Saúde possui muitas afinidades no campo das políticas públicas, pois se baseiam na universalização de direitos fundamentais e desta forma, favorecem maior proximidade com os cidadãos nos diferentes pontos do país. É nesse sentido que a escola tem a ver com saúde, porque na escola é possível haver a produção do conhecimento do cidadão crítico através do estímulo à autonomia, ao exercício de direitos e deveres, às habilidades para a vida, com opção por atitudes mais saudáveis e ao controle das suas condições de saúde e qualidade de vida.

Destarte, os Ministérios da Saúde e da Educação têm trabalhado numa proposta de forma intersetorial visando contribuir para a transformação da prática educativa em saúde na Educação Infantil, nos Ensinos Fundamental e Médio e na Educação de Jovens e Adultos.

A realidade social por ser dinâmica e conflitante tem se transformado e, conseqüentemente, se tornado mais complexa. Diante das transformações do mundo atual e da complexidade dos problemas sociais é imprescindível, conforme Junqueira e Inojosa (1996), o rompimento de paradigmas que se limitam no âmbito de uma única política social. De acordo com Inojosa (2001) isso ocorre porque a vida está tecida em conjunto e não é possível separá-la. E por essa

razão, as disciplinas não têm dado conta da complexidade dessa diversidade articulada. Já que as necessidades e expectativas das pessoas e dos grupos sociais referentes à qualidade de vida são integradas. Assim, para o autor, abordar problemas de ordem social exigem-se vários olhares, diversos saberes e práticas que tornarão possível o entendimento e a construção integrada de soluções que garantirão uma vida com qualidade.

Mendes (2002) e Matta (2005) afirmam que muitas vezes, políticas sociais encaminham a seu modo soluções sem levar em conta o cidadão na sua totalidade e nem as ações realizadas por outras políticas sociais. Nesta lógica, muito se tem discutido acerca de novas formas de abordagem das necessidades da população. Frente a esses debates é possível identificar propostas estruturais com o objetivo de conseguir alcançar uma visão integrada dos problemas sociais e de suas soluções e, portanto, uma melhor efetividade em relação à produção de resultados das ações de saúde.

Desta forma, buscando soluções integradas para a melhoria da qualidade de vida dos ocupantes de um determinado território, são estabelecidas novas inter-relações entre os profissionais responsáveis pela atenção à saúde e demais setores. Neste envolvimento cada setor pode contribuir com seu fazer e perspectiva setorial, de maneira articulada, seja no desenvolvimento, no planejamento, na organização, na direção, na implementação, no monitoramento e na avaliação de intervenções voltadas para modificação do modelo assistencial.

Para Inojosa (2001) a intersectorialidade é uma abordagem social reconstruída a partir da reflexão e do exercício democrático que envolve

a articulação de saberes e experiências com vistas ao planejamento, para a realização e a avaliação de políticas, programas e projetos, com o objetivo de alcançar resultados sinérgicos em situações complexas. Trata-se, portanto, de buscar alcançar resultados integrados, o se quer, muito mais do que juntar setores, é criar uma nova dinâmica para o aparato governamental, com base territorial e populacional (INOJOSA, 2001, p. 105).

Nesta perspectiva, a autora insiste na intersectorialidade como estratégia para reconhecer a população em suas singularidades em seu território. Assim, a partir das determinações sociais e das condições de vida da população serão compreendidos seus problemas para que possam ser acessados os saberes e as ações integradas de vários setores de modo que a população seja pensada em sua totalidade social. Com base nas contribuições de Inojosa (2001) deve-se ressaltar que este planejamento e esta intervenção intersectorial ocorrem em áreas

geograficamente delimitadas o que demonstra a importância do território. Para Inojosa e Junqueira (1997), Westphal (2000) ao conhecer o território pode-se ter a compreensão das necessidades da população em suas singularidades e, assim, facilitar a organização e distribuição dos serviços de forma intersetorial.

Essa é uma forma nova de atuar e apresenta imensos desafios. Conforme, Westphal (2000) a real implementação do trabalho social em rede não se realiza por decreto, isto é, de forma verticalizada, piramidal, em que os processos percorrem vários escalões, mas as decisões são tomadas apenas no topo, não na base, próximo à população. Disto desvela-se que, apesar da existência de um consenso discursivo de que a intersetorialidade deve incorporar a ideia de integração, de território e de equidade, observa-se cada vez mais, que as políticas públicas de educação, assistência social, saúde, habitação, transporte, energia, agricultura, meio ambiente, cultura, lazer, trabalho e renda, para citar algumas, se apresentam em sua grande maioria ainda como políticas setoriais, isoladas, fragmentadas e desarticuladas.

De acordo com Bodstein (2002) para se ter impacto social, é necessário ter a superação de intervenções de caráter assistencialista, pontuais e fragmentadas, decorrentes de um modelo de atenção, ainda, predominante no setor saúde, o Biomédico. Essa forma de pensar a saúde além de incapaz de incorporar o contexto social, econômico, político, geográfico e cultural em que a política atua, também acaba gerando uma insatisfação no cotidiano dos profissionais de saúde em relação à atenção prestada aos usuários. Estes profissionais percebem que, muitas vezes, não se conclui a atenção satisfatoriamente, ou seja, a resposta que se dá aos problemas nem sempre é a melhor, nem sempre é integral. Pois, mesmo que haja, teoricamente, a construção de um projeto mais amplo, agregando setores distintos, o trabalho, ou seja, a prática é muitas vezes, executada de modo parcelar ou isolada.

É possível perceber que as articulações permanecem no âmbito individual e não no institucional como é previsto numa política intersetorial. Segundo Junqueira (2004, p. 27), “cada política social encaminha a seu modo uma solução, sem considerar o cidadão na sua totalidade e nem a ação das outras políticas sociais [...]” (JUNQUEIRA, 2004, p.27). Ainda, conforme Junqueira (2004) mesmo que os profissionais estejam trabalhando em um mesmo caso, não resolvem articuladamente os problemas e as conclusões e os fatos reunidos não são analisados em conjunto pelos setores envolvidos, comprovando a necessidade de se adquirir atitudes como mobilização, participação e coresponsabilização de todos os setores com os resultados a serem alcançados.

Outro desafio a ser vencido por abordagens equivocadamente consideradas como intersetoriais é que muitas vezes, além de serem isoladas, fragmentadas e desarticuladas tais práticas podem também, apresentar características centralizadoras e hierárquicas. Conforme já visto anteriormente, o autor Rafestin (1993, p. 7) assevera que “toda relação é instrumento do poder, estabelecendo-se como um processo de troca e de comunicação. As forças que dispõem os parceiros relacionais criam o campo de poder” (RAFESTIN, 1993, p 7-8). Esta ideia de Rafestin permite perceber que as inter-relações se constituem a partir de relações marcadas pelo poder e que a comunicação é o recurso estratégico usado de acordo com o grupo social para atingir, influenciar ou controlar recursos, pessoas, fenômenos e relacionamentos.

Desta forma, justamente, nos governos locais ao se trabalhar em rede, ou seja, quando as ações se territorializam, é que essas características hierárquicas e centralizadoras se fazem mais presentes, sendo possível, observar posturas que comprovam a afirmação acima. Os atores ao agir e interagir objetivam relações de influência, e/ou controle, afastamento e/ou proximidade, evidenciadas a partir de atitudes competitivas e das convicções dos que acham que eles mesmos, ou sua equipe, são os únicos capazes de produzir ideias e soluções inteligentes, dificultando o desenvolvimento de vínculos.

No dizer de Feuerwerker e Sousa (2000) é importante, então, estar aberto à reflexão crítica e ao reconhecimento das qualidades de outras experiências, pois, os espaços da intersectorialidade devem ser lugares de compartilhamento de saber e de poder, de construção de novas formas de agir que não se encontram estabelecidas ou suficientemente experimentadas. Dessa forma, a equipe não deve ser entendida apenas como um conjunto de saberes que operam compartimentalizados, ao contrário, deve extrapolar os saberes de cada setor envolvido, o que facilitará a construção das redes, através da articulação de diversos sujeitos e serviços para produzir transformações. E, para isso, é essencial o desenvolvimento de vínculos que, segundo Feuerwerker e Sousa (2000) desenvolvem-se em diferentes níveis de complexidade.

O primeiro nível dessa relação é o do reconhecimento: reconhecimento do outro como par, como interlocutor, com direito a existir e emitir opiniões. O segundo é o do conhecimento quem é o outro e como vê o mundo. O terceiro é o da colaboração: depois de conhecido o outro, criam-se vínculos de reciprocidade e colaboração. A este, segue-se a cooperação, que já é um processo mais complexo porque implica a existência (ou a identificação de um problema comum) e uma forma sistemática e estável de atividades. Por fim, há o nível de associação com contratos ou acordos e utilização conjunta de recursos (FEUERWERKER e SOUSA, 2000, p.51).

Nem sempre as relações entre as equipes intersetoriais são harmônicas. Portanto, é necessária a criação de espaços comunicativos e de negociações, que consigam gerenciar conflitos, para que finalmente, se possa pacientemente, resolver, da melhor forma, as situações de trabalho que estão ligadas à responsabilidade social e à saúde da população e chegar com maior potência, a algum resultado. Assim, a fim de que se obtenha espaços democráticos de participação, bem como, flexibilidade, sinergia e cooperação mútua é necessário haver repartição e compartilhamento de poder.

Ao trabalhar dessa forma, reconhece-se o não conhecimento, isto é, reconhece-se que o que se sabe é insuficiente. Pois embora, cada olhar setorial detenha uma parte da verdade, das explicações, deve-se, primeiramente, aceitar as limitações do olhar setorial e a impossibilidade de se obter a totalidade, compreendendo que o trabalho intersetorial implica mais do que justapor ou compor projetos que continuem sendo formulados e realizados setorialmente. E, portanto, há a necessidade de criar novas alternativas, baseando-se em outros olhares, outros saberes, outras forças.

Às vezes, os projetos eventualmente estabelecem algum diálogo na hora da formulação, mas é fundamental que estes continuem dialogando não só ao serem formulados, mas na sua implantação e principalmente ao serem avaliados, de acordo com Mendes, Bógus e Akerman (2004) demonstrando uma preocupação com resultados e impactos.

Todas as políticas que tenham como critério decisório, a capacidade de modificar a qualidade de vida da população devem necessariamente ser gestadas a partir de um planejamento conjunto e estratégico que represente a união de todos os setores. Nesse sentido, é fundamental que se incorpore no planejamento a ideia de avaliação como elemento retro-alimentador de todo o processo, permitindo as necessárias correções de estratégias (MENDES, BÓGUS e AKERMAN, 2004, p. 54).

Nesse sentido, para Oliveira et al. (2008) torna-se consenso que o Sistema de Saúde deve abandonar a lógica tradicional que regeu o seu funcionamento durante anos, isto é, uma prática médica fragmentada e descontextualizada da realidade dos cidadãos. E, assim, buscar criar as condições para que, de forma permanente, o sistema de saúde possa se aproximar mais dos indivíduos, tornando-se mais humano, solidário, mais resolutivo e, conseqüentemente, capaz de reduzir a distância ainda existente entre os direitos sociais garantidos em lei e a capacidade efetiva de oferta de ações e serviços públicos de saúde à população brasileira.

Conforme Feliciano (2010) ainda que existam equipamentos e serviços em um determinado território, estes se mostram ineficientes quando suas ações acontecem deslocadas de uma rede de atenção de diferentes níveis de densidade tecnológica, uma vez que cada equipamento em si não consegue resolver todas as demandas.

Muitas vezes, ao invés de existir uma política integral que se caracteriza pela gestão compartimentalizada de problemas há uma problematização setorializada, caracterizada por uma intervenção fragmentada e pela debilidade de coordenação entre os diferentes atores envolvidos. Os serviços, embora sejam dirigidos a um mesmo grupo e ocorram em um mesmo ambiente e território, são executados separadamente e sem qualquer conexão. Isso resulta em uma ação desarticulada, que dificulta a gestão democrática e inovadora.

Embora o planejamento busque articular as ações e os serviços, a execução desarticula e desconsidera a integralidade do indivíduo e a inter-relação de seus problemas, conforme assinala Junqueira et al. (2004). Tal fato exige mudanças profundas que permitam superar o sistema fragmentado vigente a partir da implantação de redes de atenção à saúde.

Segundo Mendes (2007) uma rede de atenção constitui-se de um conjunto de unidades e diferentes funções e perfis de atendimento, que operam de forma ordenada e articulada no território, de modo a atender as necessidades de uma população.

As redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde vinculados entre si por um a missão única, por objetivos comuns e por ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde - prestada no tempo certo, no lugar certo, por custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada - e com responsabilidades sanitária e econômica por essa população. (MENDES, 2007, p. 6).

A construção da rede baseia-se na constatação de que os problemas de saúde não se distribuem uniformemente na população, no espaço e no tempo e envolvem tecnologias de diferentes densidades e custos. As redes proporcionam apoio aos indivíduos ou às suas famílias, remetendo à ideia da ajuda mútua. Quanto mais fortes e integradas forem as redes, maior potencial de apoio apresentarão. As redes também reforçam diversos pontos positivos nas relações sociais, como o compartilhamento de informações e o auxílio em momentos de crise. A participação em organizações sociais comunitárias representa, ainda, um importante fator psicossocial no aumento da autoconfiança e na capacidade de enfrentar problemas (MENDES, 2007).

Com efeito, no modo tradicional dos sistemas de saúde, é notória a fragmentação dos serviços, reduzindo o usuário a mero sistema biológico, desconsiderando seu sofrimento e outros aspectos envolvidos na sua qualidade de vida. Assim, é consensual que a amplitude da prática da integralidade exija que os sistemas organizados a partir da APS, reconheçam a grande variedade de necessidades relacionadas à saúde e disponibilize os recursos para abordá-las.

Por isso, ao buscar a melhoria da qualidade de vida e da saúde dos indivíduos, novos focos de análise passaram a fazer parte da Saúde Pública. A intersetorialidade tem sido apresentada como estratégia mediadora, no desenvolvimento de um diálogo e na formação de redes de compromisso e corresponsabilidade com a qualidade de vida e desta forma, todos possam ser participantes no cuidado com a saúde, não se limitando apenas ao sistema de saúde.

Portanto, frente às postulações referentes à intersetorialidade e à integralidade e no intuito de ampliar o conhecimento acerca do assunto, faz-se necessário refletir como esta temática tem sido assumida no âmbito da política social Saúde na Escola, o que torna possível construir respostas que atendam, de fato e por direito, às necessidades da população na sua integralidade.

3.2 Ações de saúde desenvolvidas na Rede Pública de ensino de Uberlândia

O município de Uberlândia desponta atualmente como um centro urbano ultrapassando os 600.000 habitantes e é a segunda maior cidade do estado e uma das principais em termos econômicos. Localizada no nordeste da Região do Triângulo Mineiro, oeste do estado de Minas Gerais, ocupa uma área de 4115,09 km², sendo 219,00 km² de área urbana e 3.896,09 km² de área rural.

Com seu rápido crescimento, Uberlândia se apresenta como polo regional do Triângulo Mineiro e elo de ligação entre os grandes centros urbanos e o interior do país, atraindo consumidores dos demais municípios do Triângulo Mineiro, Alto Paranaíba, sul de Goiás e interior de São Paulo, num raio de 600 km.

A cidade de Uberlândia oferece oportunidades de lazer e serviços, além de um invejável saneamento básico, água, energia elétrica e esgoto, atendendo a 99% da população que pode percorrer 88% de vias asfaltadas. Há ainda a presença de Universidades e tornou-se um polo

regional de atendimento médico-hospitalar se configurando como um grande centro de referência médica em diversas especialidades para as pessoas de cidades da região, que buscam atendimento especializado. O rápido processo de expansão da cidade é fruto principalmente de sua localização privilegiada, de seu crescimento demográfico e dinamismo econômico.

Em 1983, no governo Zaire Rezende iniciou-se o processo de municipalização de saúde em Uberlândia com a criação de Secretaria Municipal de Saúde e a implementação de políticas públicas, visando ampliar a área de abrangência do atendimento básico nos bairros periféricos e na zona rural, além de assumir a promoção de campanhas de vacinação, que antes eram conduzidas pelo poder estadual.

Entre estas políticas públicas destaca-se a tentativa de estabelecer uma relação entre os setores da Educação e da Saúde. Há aproximadamente 30 anos, o Programa Saúde Escolar tem buscado implementar ações de saúde, voltadas para a melhoria da qualidade de vida dos educandos das Redes Municipal e Estadual de ensino.

Portanto, um olhar crítico sobre o percurso deste programa pode ser estratégico para repensar as questões de saúde na escola. Para tanto, faz-se necessário analisar, por meio de uma revisão teórica que permita analisar os diferentes enfoques e conceitos de saúde, a trajetória dos programas de Saúde na cidade de Uberlândia que culminaram no Programa Saúde Todo Dia – Da escola para toda a família, foco desse estudo.

O Programa Saúde Escolar teve início, em 1985, com o programa saúde bucal - Programa Clínico Restaurador. Em 1989, houve a implantação do Centro de Atenção à saúde do Escolar (CASE) e iniciou-se o Programa de Saúde Visual do Escolar e Prevenção Saúde Ocular, desenvolvidos pelos agentes sanitários.

Mais tarde, em 1992, a Saúde Bucal deu início ao Programa Preventivo Educativo nas escolas estaduais, e posteriormente nas municipais, com um número inicial de 40 agentes sanitários que ministravam palestras sobre higiene bucal e também realizavam higiene bucal supervisionada, escovação, bochecho e aplicações de flúor. No quadro a seguir, pode-se observar os programas e projetos que foram desenvolvidos a partir de 1985 e as equipes que os compunham.

Quadro 1: Programas e Projetos

Programa	Projetos	Início (ano)	Equipe / n° de profissionais
Saúde Bucal	Programa Clínico Restaurador	1985	33 Dentistas 45 técnicos em saúde bucal e auxiliar em saúde bucal
	Preventivo Educativo	1992	32 Agentes
Programa Saúde Escolar / CASE	De olho nas creches	1997	2 Médicos 1 Agente
	Saúde Visual do Escolar	1989	5 Agentes
	Prevenção Saúde Ocular	1989	5 Agentes
Zoonoses	Educação em Saúde	1997	8 Agentes
Agentes de Educação em Saúde Escolar	Educação em Saúde	1993	28 Agentes

Fonte: Programa Saúde Escolar (2006, p. 6)

Em 1997, passou a existir o Programa de Olho nas Creches, da Oftalmologia e Educação em Saúde do Centro de Controle de Zoonoses. Os/as agentes tanto do CASE, da Zoonoses como os agentes sanitários lotados na seção Saúde Bucal trabalhavam nas escolas públicas do município, creches e ONGs e estes eram distribuídos em função do número de alunos (em média 1300 alunos por agente sanitário) e o número de procedimentos coletivos. No quadro a seguir, podem ser observadas as ações realizadas e o número de atendimentos executados pelos agentes de vigilância de Janeiro a Julho de 2003, de acordo com os dados fornecidos pelo Programa de Saúde Escolar.

Quadro 2: Ações realizadas pelos agentes de vigilância de Janeiro a julho de 2003

Atividade/Agente	SAUDE BUCAL	CASE	ZOONOSES
Educação p/ Saúde	1415	143	422
Bochechos c/ flúor	6806		
Escovação	120827		
Teste e Reteste		10457	

Fonte: Programa Saúde Escolar (2006, p. 6)

Observa-se que embora as ações desenvolvidas pelo Programa de Saúde Escolar pretendessem focalizar o espaço escolar e, em especial, os estudantes, as iniciativas e abordagens encontravam-se dentro de uma perspectiva sanitária ou higienista com o objetivo de transmitir cuidados de higiene e garantir a assistência odontológica ou oftalmológica. Assim, no que se refere à educação em saúde de acordo com o Programa Saúde Escolar (2006) os agentes de saúde deviam auxiliar na divulgação de meios profiláticos, preventivos e assistenciais, colaborando na elaboração de cartazes de esclarecimento ao público e também, orientar a comunidade sobre higiene bucal.

Estas ações se caracterizavam pela transmissão de um conhecimento com a finalidade de auxiliar a efetivação de objetivos eminentemente técnicos dos programas de saúde pública, os quais não contemplavam a dimensão histórico-social do processo saúde-doença. Portanto, percebe-se uma preocupação isolada com os problemas de saúde com base na prevenção de doenças e limitando-se apenas a informar à população sobre o que é a patologia, as causas e os riscos sem auxiliar o indivíduo a estabelecer uma relação entre o seu modo de vida (moradia, lazer, auto-imagem, entre outros) ao problema de saúde.

De acordo com Ferreira (2002) por muito tempo se concentraram os esforços praticamente nos estilos de vida, com ênfase na ação individual, fato que foi objeto de vasta crítica porque, ao mesmo tempo que poderia influenciar o alcance de uma melhor saúde, estava, por outro lado, culpando a própria vítima por sua possível enfermidade.

Tradicionalmente, os modos de viver têm sido abordados numa perspectiva individualizante e fragmentária, e colocam os sujeitos e as comunidades como os responsáveis únicos pelas várias mudanças/arranjos ocorridos no processo saúde-doença ao longo da vida. Contudo, na perspectiva ampliada de saúde, como definida no âmbito do movimento da Reforma Sanitária brasileira, do SUS e das Cartas de Promoção da Saúde, os modos de viver não se referem apenas ao exercício da vontade e/ou liberdade individual e comunitária (Brasil, 2006b. p. 10).

Contudo, ao longo da história, após a realização de outros movimentos de saúde, durante a 34ª Assembleia Mundial da Saúde, na elaboração do Sétimo Programa de Trabalho da OMS (1984), foram incorporados os determinantes da saúde como fatores que podem explicar o processo saúde-doença.

Conforme a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) - comissão criada pela OMS em 2005, para recomendar políticas públicas de saúde e externas ao setor saúde - os determinantes sociais da saúde (DSS) podem ser compreendidos como sendo os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e

comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. Desse modo, o contexto social passou a ser considerado como um importante fator determinante da saúde, sendo admitida a ideia de que a escolha do estilo de vida depende da classe social. Assim, a promoção da saúde para Ferreira e Buss (2001) passou de sua base nos estilos de vida à nova orientação centrada nos fatores sociais e ambientais.

A partir de 2003, a Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia tinha como objetivos desenvolver ações no sentido de estabelecer um novo modelo assistencial de saúde. Estas ações diziam-se serem baseadas em políticas de promoção de saúde cujo foco principal encontrava-se na capacitação dos profissionais da saúde, bem como da população. O novo Projeto de saúde a ser realizado na escola é definido como sendo um

projeto que pretende disseminar informações de saúde entre os alunos da rede pública de ensino, através da capacitação de professores do ensino fundamental, para o desenvolvimento de ações de promoção à saúde de crianças e adolescentes, com vistas à formação de hábitos saudáveis de vida, à adoção de comportamentos de baixo risco à saúde e pretende ainda, contribuir para formação de espírito crítico, desenvolvimento da capacidade criativa e do espírito crítico e para a assimilação dos valores e técnicas fundamentais da cultura a que pertence o educando. (PROGRAMA SAÚDE ESCOLAR, 2006, p. 22).

Esse novo projeto de saúde apresentava as seguintes diretrizes:

Constituir um espaço interinstitucional de trabalho coletivo, mediante a promoção de parcerias entre os/as profissionais da rede pública e a universidade, objetivando a construção de uma proposta ampliada, respeitando-se as diferenças e particularidades de cada rede; Estabelecer uma estrutura de assessoria e/ou orientação externa especializada em promoção e educação em saúde escolar, que possa contribuir para elevação da consciência crítica dos profissionais, bem como promover a organização coletiva do trabalho; Criar espaços de reflexão permanente entre os/as profissionais para estudo e avaliação tanto das conjunturas nacional e regional e dos problemas da cidade, para não restringir o planejamento coletivo ao estudo dos componentes técnico-práticos, psicológicos e sócio-políticos da promoção da saúde; Identificar os problemas e dificuldades relacionadas, direta e indiretamente, à prática por meio de aplicação de diagnósticos realizados periodicamente; Construir uma proposta de educação e promoção em saúde que possa reorientar os profissionais no que diz respeito às políticas cultural e identitária da área; Elaborar coletivamente as estratégias de intervenção na escola e comunidade, que permita orientar e avaliar criticamente seus resultados no cotidiano e na vida da população; Elaborar instrumentos de comunicação mediativa que possam organizar as ações, bem como comunicar os problemas e dificuldades de cada escola/comunidade, de acordo com a realidade e apresentar de forma metodológica as formas de atuação; Criar espaços alternativos de trabalho e estudo, para promover a sistematização das reflexões e das estratégias implementadas e avaliadas coletivamente entre os profissionais, vislumbrando a perspectiva de tornarem-se pesquisadores/as em ação (PROGRAMA SAÚDE ESCOLAR, 2006, p. 36).

Diante disso, conforme o Programa Saúde Escolar (2006) foi necessário reestruturar a proposta de atuação dos Agentes de Saúde para “Agente de Vigilância da Saúde Escolar”, para que dessa forma, pudesse integrar suas ações e estabelecer uma proposta de parceria com as unidades escolares que pudesse ir além da intervenção convencional. Para tanto, estes agentes passaram por um diagnóstico para conhecer suas necessidades e em seguida, estabeleceu-se um Programa de Formação Continuada, de acordo com o trabalho a ser desempenhado, já que os agentes sanitários não estavam sob única coordenação e estes atuavam em diferentes programas da secretaria municipal de saúde, desempenhando atividades de acordo com a programação do setor.

Assim, estes agentes passaram a ter como função o papel de disseminar informações de saúde entre os alunos da rede pública de ensino e também, através da capacitação de professores do ensino fundamental.

Para tanto, este projeto contava com o apoio de mídias como a TV escola, do MEC, Canal Futura, Fundação Padre Anchieta, de São Paulo (TV Cultura-SP) e da Fundação Roquete Pinto (TVE - Rio), em que episódios sobre conteúdos básicos na área de saúde (gravidez na adolescência; acidentes; saúde bucal; vacinas; hábitos alimentares e nutrição; violência; exercícios físicos; drogas; cuidados com a pele; diabetes infanto-juvenil; pediculose; dengue; malária e DST/ AIDS) eram produzidos e veiculados na escola.

De acordo com Valla e Melo in Minayo (1996, p. 99) por muito tempo foram aplicadas normas e conselhos como forma de “educar em saúde”, ou melhor, como uma maneira de “domesticar” as classes populares. Ao criticarem tal concepção, afirmam que não é possível reduzir as práticas no campo da Educação e da Saúde a uma série de regras e receitas a serem repassadas aos profissionais, aos alunos nas escolas, às famílias como a única forma de se garantir a saúde, uma vez que, esta é determinada pelo contexto social. Como forma de controle de doenças enfatiza-se a necessidade de mudança de hábitos através da transmissão de informações.

Contudo, explicar os conteúdos técnicos não basta, é preciso contribuir para que os indivíduos e os grupos possam através da educação ser despertados da importância de examinar as bases sociais de suas vidas como: condições de moradia, as alternativas de lazer no bairro que moram, os problemas de agravos à saúde no bairro onde residem, na escola e etc.

Conforme a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em Ottawa, definiu-se Promoção da Saúde como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle do processo” (WHO, 1986, p.15) como estratégia para atingir um estado de completo bem estar físico, mental e social. A Carta de Ottawa aponta que o desenvolvimento das comunidades está diretamente ligado ao acesso às informações e ao contínuo reforço, o preparo, o respaldo e a frequente reciclagem de agentes comunitários que desejam participar de ações comunitárias voltadas para assuntos de saúde, bem como ao apoio financeiro adequado.

Embora, o desenvolvimento pessoal e social se dê a partir da divulgação de informações para a saúde e principalmente pela intensificação das habilidades vitais, é preciso mais do que distribuir folhetos e transmitir uma informação é essencial capacitar as pessoas para aprender durante toda a vida, preparando-as para as diversas fases da existência. Estas ações devem ser realizadas através de organizações educacionais, profissionais, comerciais e voluntárias, bem como pelas instituições governamentais.

A Educação em Saúde, com vistas à Promoção da Saúde tem por objetivo capacitar os educandos, para atuarem como agentes transformadores e participes de movimentos que defendam a preservação e a sustentabilidade do meio ambiente, que lutem por melhores condições de vida e saúde, para ter maior acesso às informações em saúde, à cultura e ao lazer e pela garantia de que o Estado cumpra seus deveres para com os cidadãos, baseados na Constituição Federal.

A Educação em Saúde atingirá os seus objetivos ao conscientizar os alunos para o direito à saúde, ao sensibilizá-los para a busca permanente da compreensão de seus determinantes e ao capacitá-los para a utilização de medidas práticas de promoção, proteção e recuperação da saúde ao seu alcance. Reforçando este conceito, a Organización Panamericana de la Salud (1998) define educação em saúde como

a combinação de ação social planejada e de experiências de aprendizagem planejadas visando capacitar as pessoas, para adquirirem controle sobre os determinantes da saúde sobre o comportamento em saúde, e sobre as condições sociais que afetam seu próprio estado de saúde e o estado de saúde dos outros (OPAS, 1998 p. 13)

Para tanto, Pelicioni e Westphal (1991) afirmam que é necessário preparar os profissionais para atender a sua clientela. Desta forma, por meio da educação continuada o profissional compreenderá a abrangência social de seu trabalho, deixando a prática da reprodução da

relação de poder que desempenham frente à população, muitas vezes, considerados os únicos “detentores da verdade e do saber”. Assim, por meio de projetos multiprofissionais é possível garantir a ação conjunta, cooperativa e democrática entre os diversos membros da equipe e a comunidade, rompendo, portanto, as práticas hierárquicas e corporativistas vigentes.

Já no título (Uberlândia saudável: Um novo modelo de gestão e atenção à saúde para a cidade de Uberlândia) referente ao terceiro capítulo do Programa Saúde Escolar (2006) percebe-se uma preocupação em seguir as propostas de saúde que acontecem no Brasil. Conforme a descrição deste programa, esta nova maneira de atuação da saúde tinha como referencial teórico às propostas da Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS, mais especificamente as propostas Cidade Saudável e Escolas Promotoras de Saúde e já dava início às discussões sobre a promoção da saúde das crianças, dos professores e outros membros da comunidade escolar.

A PNPS destaca como uma das estratégias de sua implementação a “identificação e apoio a iniciativas referentes às Escolas Promotoras de Saúde com foco em ações de alimentação saudável, práticas corporais/atividades físicas e ambiente livre do tabaco” (Brasil, MS, 2006). A PNPS não define Escolas Promotoras de Saúde, mas reconhece a iniciativa dentre as propostas de ação de promoção da saúde, uma vez que esta é uma iniciativa legitimada pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS).

A noção de cidades saudáveis que vem sendo discutida desde 1980, especialmente no Canadá e na Europa, surgiu como resposta às dificuldades de se lidar com questões de saúde advindas do crescente processo de urbanização. Mas de acordo com o Centro de Estudos, Pesquisas e Documentação em Cidades Saudáveis (CEPEDOC), uma cidade saudável é aquela em que autoridades, comunidades e outros agentes sociais assumem o compromisso de continuamente buscar melhorias para a qualidade de vida da população.

Segundo Leonard Duhl, em artigo publicado em 1986, são condições essenciais para o estabelecimento de uma cidade “saudável” a capacitação da população através de processos educativos e de mobilização, juntamente com o fortalecimento dos territórios como espaços públicos para o encontro de saberes, experiências, desejos e valores indispensáveis ao desenvolvimento humano, bem como a intersetorialidade e a integração das esferas públicas com as organizações da sociedade civil. O que o autor busca enfatizar, enfim, é que num projeto de cidades saudáveis é preciso avançar e trabalhar a relação e inter-relação da saúde com a educação, a habitação, o saneamento, o transporte e o lazer. Por isso, há a necessidade

de ampliar o escopo dos parceiros envolvidos no diagnóstico e solução de problemas, o que implica uma gestão participativa com o estabelecimento de parcerias e alianças, sem eximir o Estado de sua responsabilidade social (Westphal e Mendes, 2000).

Assim, dentro deste conceito de cidade saudável surge a iniciativa Escolas Promotoras de Saúde como sendo uma alternativa para promover a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida de crianças, adolescentes, pais, professores e outros membros da comunidade, incentivando o compromisso dos membros da comunidade com ações dirigidas para melhorar a saúde e o desenvolvimento local (BRASIL, 2007, p. 11).

A Estratégia Escola Promotora de Saúde considera a promoção da saúde na escola como parte de uma visão integral e multidisciplinar, que considera as pessoas no contexto familiar, comunitário, social e ambiental. De acordo com a OPAS (1998) a Estratégia aponta para a participação de todos os integrantes da comunidade escolar nas tomadas de decisões, para a promoção de relações socialmente igualitárias entre os gêneros e o fortalecimento da construção da cidadania e da democracia e que além da função pedagógica, a escola tem a função social e política de fomentar uma análise sobre os valores, as condutas, as condições sociais e os estilos de vida que podem gerar saúde e por tais razões, as ações em saúde devem ser voltadas para a comunidade escolar.

A Iniciativa enfoca três premissas fundamentais: apoio aos setores da Saúde, Educação e outros pertinentes na definição de prioridades de saúde escolar integral; a criação de ambientes escolares físicos e psicossociais e entornos saudáveis; e a articulação com os serviços de saúde (OPAS, 1998).

Em 1998, o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Políticas de Saúde, instituiu o Projeto Promoção da Saúde, que tinha como objetivo elaborar e desenvolver uma política nacional de promoção da saúde, desenvolvida em várias linhas de atuação: Promoção da Saúde da Família e da Comunidade, Promoção de Ações contra a violência, Capacitação de Recursos Humanos para a promoção e Escola Promotora de Saúde, Espaços saudáveis e Comunicação e Mobilização Social.

Como tal, a Iniciativa Escolas Promotoras de Saúde apresenta algumas características comuns à Proposta Cidade Saudável como o reforço à ação intersetorial de políticas sociais, por meio de alianças e parcerias, instrumentalização técnica de profissionais e representantes da

população, que visem à requalificação e ao controle social das condições de saúde da comunidade escolar (Brasil, 2007, p. 23).

Observa-se, então, que o tema da promoção da saúde na escola torna-se uma preocupação nacional, tendo como base que a escola é um espaço de ensino-aprendizagem, no qual se adquire valores fundamentais, além de ser um espaço de convivência. Assim sendo, os ministérios da Saúde e da Educação têm trabalhado na formulação de políticas públicas articuladas e integradas para a construção de espaços que atualizem e renovem os sentidos fundamentais da educação e da saúde, considerando as dimensões social, cultural, econômica, política, territorial e subjetiva dos atores envolvidos.

Contudo, o grande desafio da mudança do modelo de produção da saúde se insere no processo de construção cotidiana, já que a implementação de um novo modelo baseado na interlocução requer uma reflexão sobre as realidades, os valores e discursos dos sujeitos. A comunicação precisa ter uma prática com base na construção compartilhada do conhecimento, a partir de uma interlocução dialógica, capaz de ampliar a participação de diversos interlocutores, situados em diferentes lugares de interlocução, com vistas ao fortalecimento da democracia, da participação social e do exercício de cidadania.

Assim, a promoção da saúde escolar, baseada num amplo leque de pesquisas e práticas, tem evoluído durante as últimas décadas, acompanhando as iniciativas de promoção da saúde mundo afora. E em 2003, a Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia começava estabelecer iniciativas com o objetivo de promover a integração do sistema público de ensino à proposta de mudanças do atual modelo de saúde.

Nos programas de saúde executados anteriormente na escola, as ações desempenhadas pelo agente eram basicamente a realização de testes de acuidade visual e cuidados com a higiene bucal. Deste modo, como reflexo das mudanças ocorridas na saúde no cenário nacional foi necessário modificar a atuação do agente de saúde escolar como um mecanismo favorável para a implantação da proposta Escola Promotora de Saúde. Para alcançar este fim, conforme o Programa Saúde Escolar (2006 p. 9) foi necessário reestruturar a atual proposta de atuação dos agentes de saúde, integrando suas ações e estabelecendo uma proposta de parceria com as unidades escolares. Estas mudanças permitiriam estabelecer uma política que pudesse

apoiar o bem-estar individual e coletivo e a dignidade, bem como prover múltiplas oportunidades para o crescimento e o desenvolvimento para as crianças e adolescentes, através do envolvimento da comunidade escolar na tomada de

decisões e na condução de intervenções que promovam a promoção da saúde (PROGRAMA SAÚDE ESCOLAR, 2006, p. 9)

Há dois aspectos a serem ressaltados nesta nova proposta. O primeiro refere-se à ampliação das responsabilidades que o agente de saúde, conhecido, neste momento como Agente de Vigilância da Saúde Escolar passava a exercer. Percebe-se que duas tarefas principais eram exigidas ao agente: além de capacitar indivíduos e a comunidade para a saúde, a este também, cabia o papel de mediador entre os setores Educação e Saúde.

Participar de projetos de pesquisa visando a implantação e ampliação de serviços relacionados à saúde nas comunidades; Colaborar na implantação e acompanhamento de programas assistenciais junto à população; Auxiliar na divulgação de meios profiláticos, preventivos e assistenciais, colaborando na elaboração de cartazes de esclarecimento ao público; Orientar a comunidade sobre higiene bucal; Orientar grupos de pessoas em face de problemas sociais relacionados à saúde, encaminhando-os às entidades específicas de acordo com a necessidade constatada. (PROGRAMA SAÚDE ESCOLAR, 2006, p. 7).

Quadro 3: Número de agentes e formação escolar

Formação e Nível de Escolaridade	Número de Servidores
Administração de Empresas	01
Artes Plásticas	01
Estudos Sociais	03
Fisioterapia	02
Física	01
Letras	04
Pedagogia	09
Psicologia	01
Serviço Social	06
Pós-graduação em Psicopedagogia	04
Pós-Graduação em Saúde Coletiva	01
Pós-Graduação em Marketing (MBA)	01
Técnico em Higiene Dental	07
Advogado	01
Farmacêutica	01

Fonte: SMS, 2006.

Org.: Felix, W

Portanto, uma reunião foi realizada em 17 de novembro de 2003 em que dos 86 agentes sanitários da Rede Municipal de Saúde, 50 agentes foram convocados, e dos quais compareceu um total de 43 agentes sanitários, como pode ser observado no quadro acima. Nesta reunião, fez-se uma contextualização histórica das mudanças ocorridas na saúde

naqueles últimos seis meses, no sentido de promover uma reflexão e sensibilização para discussão e apresentação da nova proposta. Além dessa contextualização histórica, realizou-se um diagnóstico a fim de identificar a formação e o nível de escolaridade dos agentes, bem como as atividades desenvolvidas em seus respectivos locais de trabalho.

Como resultado deste diagnóstico, conforme descrito pelo Programa Saúde Escolar (2006, p. 10) encontrou-se “servidores inseguros, ansiosos, desmotivados, frustrados, porém com expectativa de inovação e informação, aguardando o início das atividades”, as quais passariam a ser desempenhadas em 2004. Este estado emocional apresentado pelos agentes neste encontro estava relacionado às mudanças no trabalho que o agente de vigilância escolar devia desempenhar.

Portanto, os agentes presentes na reunião sugeriram mais cursos de formação e capacitação profissional sobre os temas que o agente de vigilância escolar deveria trabalhar de acordo com a nova proposta. Além dos temas apresentados nas escolas, estes agentes também sugeriram temas relacionados à formação profissional:

Quadro 4: Temas a serem trabalhados pelo agente de vigilância escolar e temas relacionados à formação profissional

Temas para conhecimento	Temas relacionados à formação profissional
Drogas	Retorno dos agentes em disfunção
DST/AIDS	Pós-graduação: Educação em saúde
Sexualidade	Material pedagógico
Planejamento familiar	Cursos de capacitação
Saúde mental	Congressos
Adolescência	Relações interpessoais
Gravidez na adolescência	Reintegração dos agentes
Saúde bucal	Motivação e autoestima
Tabagismo	Oratória
Alcoolismo	Planejamento do trabalho
Violência	Conhecimento da nova proposta

Fonte: SMS, 2006.

Org.: Felix, W

O segundo aspecto a ser considerado está relacionado à mudança de concepção em relação à escola. Observa-se pela primeira vez, no documento Programa Saúde Escolar (2006), a escola sendo considerada como “parceira” ao ser estabelecida esta nova proposta de saúde escolar.

De acordo com o programa as atividades de educação em saúde assumem papel estratégico no espaço escolar, permitindo a ampliação do enfoque de saúde como educação.

No entanto, apesar do aumento no número de escolas atendidas pelo programa de saúde, as informações descritas no Programa Saúde Escolar (2006) não demonstram quais mudanças surgiram a partir desta nova concepção, isto é, não há dados que revelam que a escola se tornou uma aliada na execução das ações de saúde.

Ainda que esta nova proposta de saúde escolar na cidade de Uberlândia tivesse como referencial a iniciativa de Escolas Promotoras de Saúde não se pode perceber uma aproximação no que se refere à ação intersetorial. A escola é vista como aliada e parceira, no entanto, não é demonstrado no Programa Saúde Escolar (2006) propostas de construção de uma integração entre saúde, educação e comunidade que apontem para a perspectiva de construção de cidadania e de envolvimento dos diversos atores que compõem este universo: adolescentes estudantes, profissionais de educação, familiares, líderes comunitários e profissionais de saúde. Portanto, a escola aqui, ainda é considerada apenas como um local adequado para a execução de ações de saúde, já que esta abrange uma grande quantidade de crianças e adolescentes.

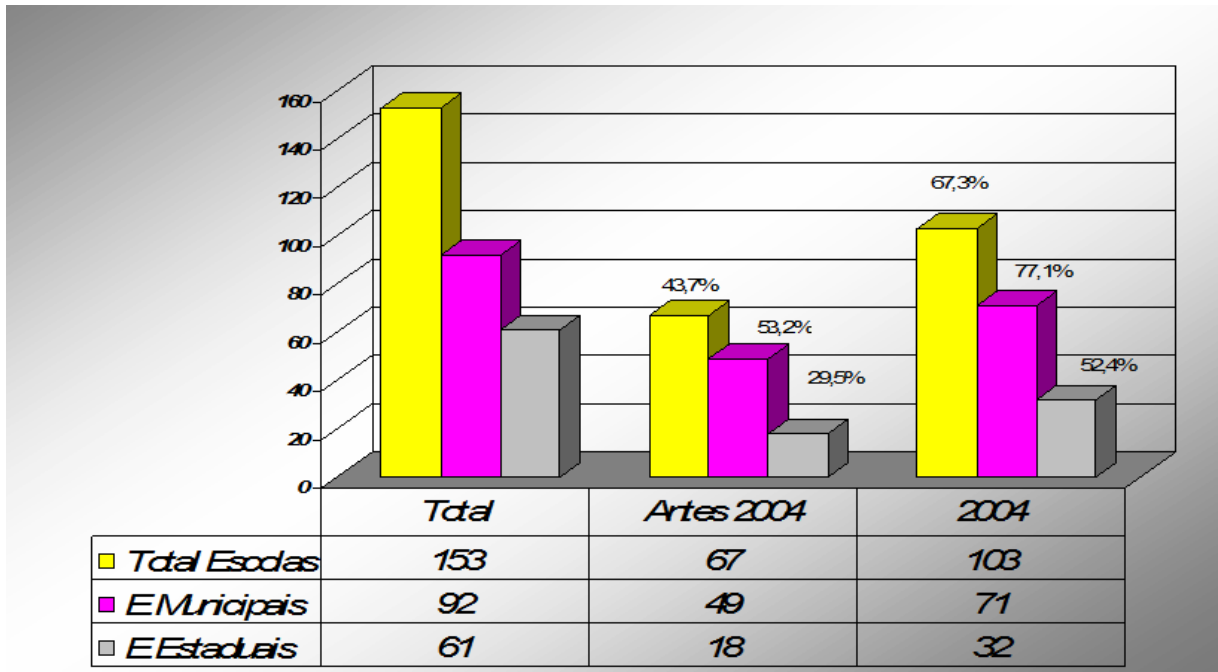
Nas escolas, o trabalho de promoção da saúde com os estudantes, e também com professores e funcionários, precisa ter como ponto de partida “o que eles sabem” e “o que eles podem fazer”, desenvolvendo em cada um a capacidade de interpretar o cotidiano e atuar de modo a incorporar atitudes e/ou comportamentos adequados para a melhoria da qualidade de vida. Nesse processo, as bases são as “forças” de cada um, no desenvolvimento da autonomia e de competências para o exercício pleno da cidadania.

Assim, dos profissionais de saúde e de educação espera-se que, no desempenho das suas funções, assumam uma atitude permanente de empoderamento dos estudantes, professores e funcionários das escolas, o princípio básico da promoção da saúde (PORTUGAL, 2006).

No gráfico 1, é apresentado um aumento das escolas tanto municipais quanto estaduais que passaram a ser atendidas pelo programa, a partir da reestruturação em 2003. Nota-se neste gráfico que até 2004, a cidade de Uberlândia apresentava um total de 153 escolas sendo 92 municipais e 61 estaduais. Destas 153 escolas, 67 escolas eram atendidas pelo programa de saúde escolar até o ano de 2004. A partir de 2004, 103 escolas passaram a ser atendidas pelo

programa de saúde, o que representou um aumento de 23,6%. Do total dessas escolas 71 eram municipais e 32 eram estaduais.

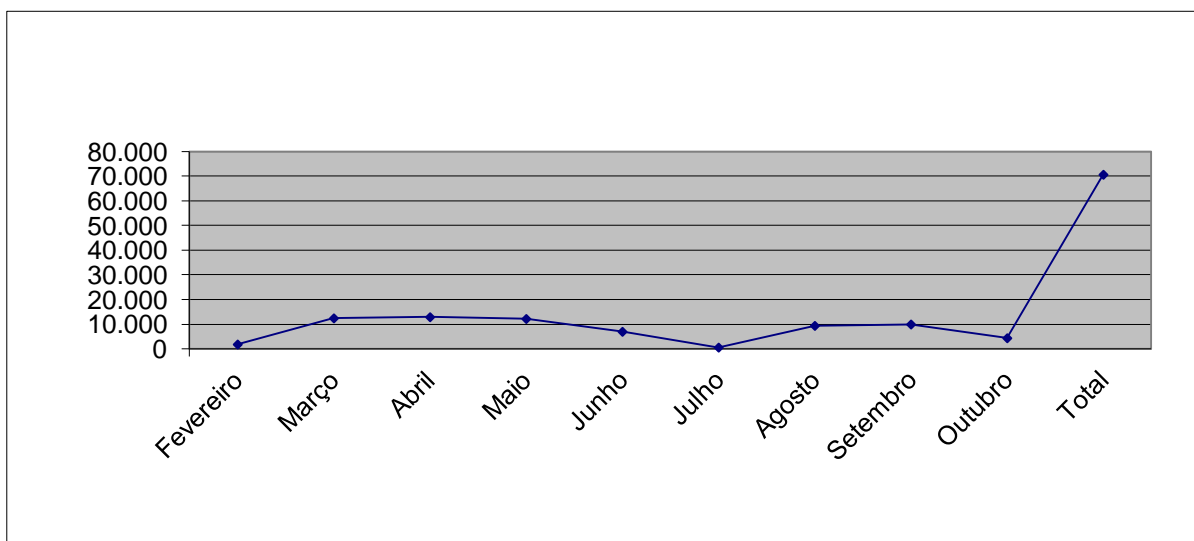
Gráfico 1: Ampliação da cobertura das escolas pelo Programa Saúde Escolar – 2004



Fonte: SMS, 2006.

Org.: Felix, W

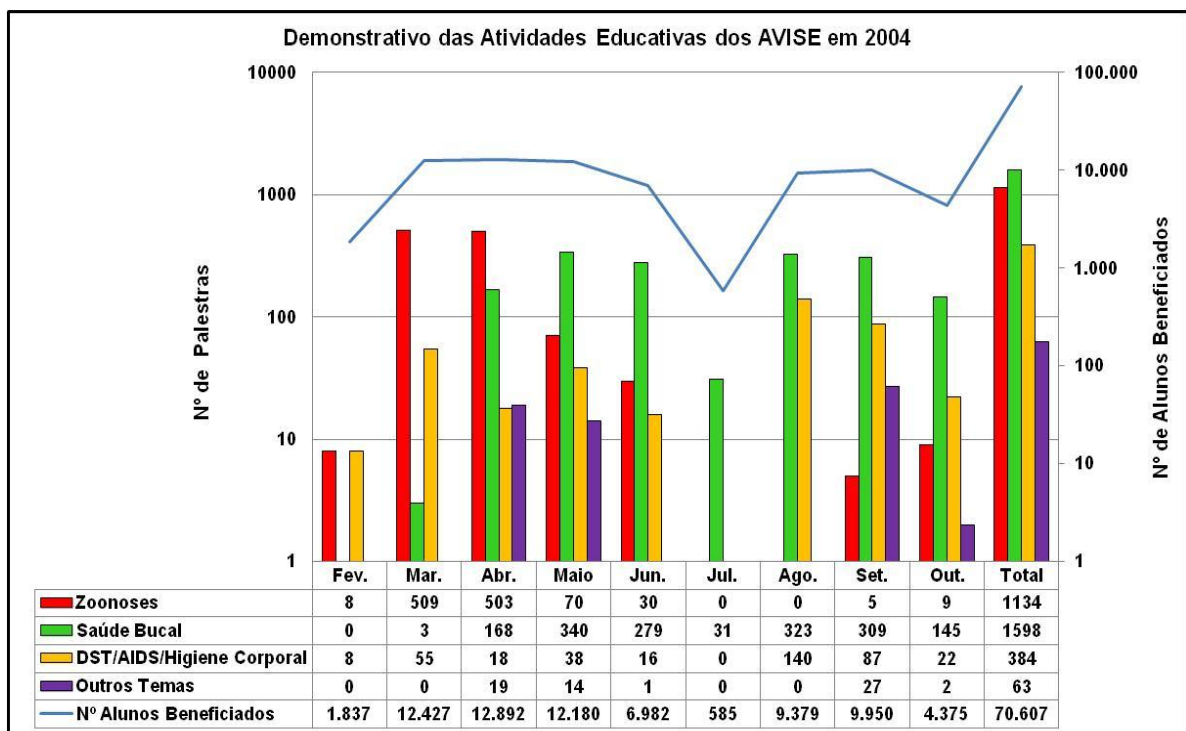
Gráfico 2: Número de alunos beneficiados por palestras em 2004



Fonte: SMS, 2006.

Obviamente, a ampliação do Programa Saúde Escolar em 2004 levou a um aumento no número de alunos atendidos pelo programa. No gráfico anterior, é apresentada a quantidade de alunos que receberam palestras entre os meses de Fevereiro a Outubro de 2004, partindo de quase vinte mil alunos no mês de Março e chegando a setenta mil no mês de Outubro. Os dados do gráfico representam os procedimentos coletivos realizados pelos agentes de vigilância em saúde escolar que trabalhavam o tema saúde bucal.

Gráfico 3: Demonstrativo das atividades educativas dos AVISE em 2004



Fonte: SMS, 2006.

Org.: Felix, W

A partir de 2004, conforme o gráfico acima retirado do documento analisado, estes profissionais de saúde passaram a realizar outras palestras aos alunos, além dos temas Zoonoses, saúde bucal e higiene corporal. Desta forma, novos temas de educação em saúde passaram a ser contemplados como DST/AIDS. Observa-se que os meses de março e abril foram realizadas uma maior quantidade de palestras na área de Zoonoses. Deve-se lembrar que durante esses meses o foco estava nos cuidados com a dengue, mas no decorrer do ano o enfoque ainda era o cuidado com a saúde bucal, conforme o gráfico abaixo. É preciso ressaltar que os meses de Fevereiro e Julho foram os meses com os menores números de palestras, já que estes são os meses de férias escolares.

Da mesma maneira, o documento segue fornecendo dados numéricos com ênfase nas atividades relacionadas à higiene bucal como número de bochechos com flúor, higiene bucal supervisionada ou aplicação de flúor. Na tabela número 1 estão representados os procedimentos coletivos realizados pelos agentes de vigilância em saúde escolar.

Conforme os dados apresentados, de Janeiro a Dezembro de 2004, foram executados um total de 239.091 procedimentos coletivos. A quantidade de ações realizadas em 2004 foi inferior ao número de procedimentos realizados no ano de 2003 que correspondeu a 406.558 atividades, isto se deveu ao aumento das atividades que passaram a fazer parte da rotina dos agentes de saúde. As ações executadas em 2004 foram:

- 1- Educação em Saúde (EdS)
- 2- Bochechos com Flúor (Bch)
- 3- Higiene Bucal Supervisionada (HBS)
- 4- Aplicação Tópica de Flúor (TIF)

Tabela 1: Atividades em Saúde Bucal realizadas pelos Agentes de Vigilância em Saúde, 2004

Atividades Meses	EdS	Bch	HBS	TIF	Total Procedimentos Coletivos	Total escolas/ creches atendidas
Janeiro-Abril	4.460	120	9.475	5.598	19.653	*
Maio	4.079	118	8.385	5.306	17.884	35
Junho	1.878	47	11.181	6.543	19.649	60
Julho	1.972		12.961	5.719	20.655	51
Agosto	3.542	6	19.118	6.106	28.772	75
Setembro	3.964	504	29.413	8.871	42.752	81
Outubro	4.718	36	24.233	6.242	35.229	82
Novembro	2.319		29.865	14.512	46.699	88
Dezembro	2.326	711	5.109	563	7.798	18
Total	29.258	1.542	149.740	59.460	239.091	

* O relatório digitado na SMS não traz a quantidade das escolas.

Fonte: Programa Saúde Escolar (2006, p. 45).

Org.: Felix, W

Embora, os organizadores do programa de saúde escolar afirmem terem ocorrido algumas mudanças na concepção do programa, as avaliações quanto às ações realizadas ao longo do ano são basicamente numéricas desconsiderando os resultados a partir das ações. Assim, são informados dados quantitativos referentes à quantidade de testes de acuidade visual realizados no ano de 2004, a qual correspondeu a 3.317 testes, mas não há referência aos problemas identificados e nem se estes alunos procuraram a unidade de referência para terem o problema solucionado ou se houve uma diminuição dos índices da evasão escolar causados pelas doenças oftalmológicas.

O mesmo ocorre com as ações consideradas como educativas. Em 2005, 47 Agentes de Vigilância em Saúde Escolar trabalharam em 105 escolas de educação infantil e ensino fundamental Municipal, Estadual e Entidades Filantrópicas com ações em saúde e prevenção sobre os temas descritos no quadro abaixo. No entanto, mais uma vez, no Programa de Saúde Escolar (2006), são mencionados apenas números. Não há nos documentos analisados, registros que comprovem a realização de avaliações por parte das Secretarias responsáveis pelos programas de saúde que excedam a um olhar quantitativo.

Quadro 5: Temas trabalhados pelo agente de vigilância escolar e número de alunos beneficiados, 2005

TEMA	NÚMERO DE ALUNOS BENEFICIADOS
Autoestima	408
Dengue	13.185
Drogas	1.200
DST/AIDS - Sexualidade	1.990
Higiene corporal	5.241
Higiene ambiental	1.600
Nutrição	198
Pediculose	4.580
Planejamento familiar	2.364
Verminose	757

Fonte: SMS, 2006.

Não é possível perceber uma preocupação em avaliar se de fato há uma integração entre o sistema de saúde e educação, nem mesmo avaliações quanto ao impacto do Programa de Saúde Escolar sobre os determinantes de saúde. Tampouco é levado em consideração os pontos de vista dos sujeitos em suas diferentes posições (alunos, agentes de saúde escolar, agentes do programa saúde da família, professores, entre outros), também, não se percebe uma preocupação em identificar os sujeitos que têm poder de tomar as decisões no território.

O grande desafio para a avaliação é conseguir incorporar nas suas estratégias os pontos de vista de atores em diferentes posições, a fim de fornecer às instâncias de decisão as informações de que precisam para fazer um julgamento o mais amplo possível. [...] A credibilidade de uma avaliação depende, portanto, da capacidade de produzir informação coerente para todos os sujeitos na intervenção. [...] Acima de tudo, é imprescindível que as instâncias de decisão compreendam exatamente o que foi avaliado, em que contexto e de que forma a avaliação foi realizada. Os gestores precisam ter uma ideia correta da consistência dos resultados para ter condições de decidir como aplicá-los às situações e aos problemas que os preocupam (CONTANDRIOPOULOS, 2006, p. 710).

A ausência dessas informações referentes aos programas que têm como fundamento a Promoção da Saúde pode, portanto, prejudicar o processo de decisão, contribuindo para que programas sejam mantidos ainda que, estes não sejam capazes de provocar mudanças desejáveis ou de atender as expectativas e necessidades da população.

Conforme, Moysés (2009) há quatro questões conceituais de Promoção de Saúde que delimitam a discussão da avaliação e que logo, fornecem resultados que, geralmente, são utilizados pelo gestor para embasar e subsidiar a tomada de decisões.

A Promoção de Saúde é dirigida a reconhecer a influência distal dos determinantes da saúde mais que a proximal (pode ser mais importante discutir até que ponto essas ações e estratégias influenciam os determinantes, ou seja, as causas das causas, do que propriamente ver o impacto mais imediato ou mais direto das ações); Intervenções de Promoção de Saúde atuam mediante ações intersetoriais mais que setoriais, exclusivas no Setor Saúde; Ações de Promoção de Saúde buscam modificar a qualidade de vida, não somente estilos de vida; Ações de Promoção de Saúde devem basear-se em princípios e valores éticos, e não somente na racionalidade científica e econômica (MOYSÉS, 2009, p. 178).

Isto quer dizer que, para avaliar a efetividade de ações de Promoção de Saúde é necessário levar em conta, tudo aquilo que realmente é possível de ser trabalhado em um contexto real e que envolve aspectos políticos, culturais, sociais e econômicos, pois o que se espera é que essa diversidade de aspectos, isto é, as informações produzidas sejam capazes de contribuir para o julgamento de uma determinada situação com maior validade influenciando significativamente as decisões no campo da Promoção de Saúde.

3.3 Relações entre o Programa Saúde na Escola e o Programa Saúde Todo Dia – Da escola para toda Família

Esperando que a escola possa representar o equipamento social que protagoniza a ação de mudança para uma cidade mais saudável, numa ótica de inclusão e de participação, a partir do

seu eficaz papel na construção do conhecimento e somada à ação de diferentes parceiros da área social, foi instituído em 5 de dezembro de 2007 pelo Decreto Presidencial nº 6.286, o Programa Saúde na Escola (PSE), como resultado da política intersetorial do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação. Essa iniciativa apresenta os seguintes objetivos:

I – Promover a saúde e a cultura de paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde; II – Articular as ações da rede pública de saúde com as ações da rede pública de Educação Básica, de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis; III – Contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos; IV – Contribuir para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos; V – Fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar; VI – Promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes; VII – Fortalecer a participação comunitária nas políticas de Educação Básica e saúde, nos três níveis de governo (BRASIL, 2007.p. 12).

A implementação do PSE propõe a formação integral dos estudantes e prevê a articulação de diversas ações de promoção, proteção e atenção à saúde na escola as quais devem ocorrer de forma concomitante, com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades. As ações propostas por este documento integram o conjunto de ações mínimas a serem realizadas pelos municípios e que serão contratualizadas por meio do Termo de Compromisso municipal.

Em Uberlândia, a partir de janeiro de 2009, houve uma nova reformulação do Programa de Saúde Escolar sendo este denominado Programa Saúde Todo Dia – Da escola para toda Família. Este programa está baseado no Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007 que institui o programa de Saúde Escolar do Ministério da Saúde, nas Diretrizes Básicas em Saúde Escolar, Escolas Promotoras de Saúde e demais normas e critérios a regulamentar ou sistematizar ações de educação em saúde no campo da saúde coletiva. Este programa propõe a unificação e ampliação das ações de educação em saúde já desenvolvidas na rede de ensino e para a população de Uberlândia a partir do Programa Saúde Escolar e de educação em Zoonoses da Secretaria Municipal de Saúde.

Conforme o Projeto Saúde na Escola - PSE, (2011) o programa apresenta os mesmos objetivos que o Programa Saúde na Escola instituído pelo Governo Federal. O Projeto Saúde na Escola - PSE, (2011) declara que a partir da introdução do programa, as escolas municipais da cidade de Uberlândia começaram a receber a visita de agentes de educação em saúde os quais devem cumprir as seguintes ações programadas voltadas para crianças em idade escolar e pré-escolar. Como demonstrado no Quadro 6:

Quadro 6: Ações realizadas pelo Programa Saúde na Escola

-
1. Teste de Acuidade Visual; Consulta Oftalmológica;

 2. Atualização e controle do calendário vacinal;

 3. Avaliação do perfil nutricional: obesidade, sobrepeso e desnutrição / educação em saúde e alimentação saudável/ práticas coletivas de atividade física e encaminhamento para tratamento precoce;

 4. Promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva (educação em saúde, uso de contraceptivos, DST/AIDS)/ Implantação da Caderneta de Saúde do Adolescente, em parceria com a escola, unidade de saúde de referência, Programa de Saúde da Criança e do Adolescente e Ambulatório Herbert de Souza;

 5. Redução da morbimortalidade por acidentes e violências;

 6. Prevenção e redução do consumo de álcool, do uso de drogas, controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer;

 7. Vigilância epidemiológica,

 8. Vigilância sanitária e ambiental;

 9. Controle de zoonoses;

 10. Avaliação auditiva;

 11. Avaliação psicossocial;

 12. Avaliação clínica (hipertensão, diabetes e pediátrica);

 13. Inclusão das temáticas de educação em saúde no projeto político pedagógico das escolas;

 14. Educação em saúde bucal a partir da classificação de risco em cárie e doença periodontal realizada pela equipe odontológica;

 15. Ações de educação em saúde demandadas pela escola, SMS e outros setores.

Fonte: SMS, 2006.

Org.: Felix, W

Estas ações podem ser agrupadas em quatro blocos de acordo com a natureza das ações. O primeiro bloco consiste na avaliação das condições de saúde. Envolve a avaliação nutricional e atendimentos odontológicos (controle de cárie), oftalmológicos, auditivos e psicossociais com enfoque na prevenção de doenças virais e cardíacas; detecção precoce de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e do diabetes; atualização do calendário vacinal; detecção precoce de agravos de saúde negligenciados (prevalentes na região: hanseníase, tuberculose, malária etc.), além do adequado tratamento quando necessário.

Com relação a este grupo, pode-se afirmar que as ações preventivas realizadas se caracterizam por serem intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo portanto, sua incidência e prevalência nas populações. Para tanto, estas ações conforme Czeresnia (2003) e Buss (2003) baseiam-se no conhecimento epidemiológico de doenças e de outros agravos específicos, bem como na detecção, no controle e no enfraquecimento dos fatores de risco de enfermidades.

Conforme, a trajetória traçada dos programas de saúde na escola em Uberlândia, aqui neste trabalho, é possível perceber que o foco sempre esteve em ações preventivas, inicialmente, nos atendimentos odontológicos e oftalmológicos realizados respectivamente pelos programas Odonto escola e Case e mais tarde, com palestras como dengue, raiva, leptospirose realizadas pela Zoonoses. Com este novo programa, percebe-se que ao longo dos dois últimos anos foram incluídas ações como avaliação nutricional e atualização do calendário vacinal, o que se deveu principalmente, à implantação da caderneta do e da adolescente.

A Caderneta de Saúde do e da Adolescente foi criada em 2008 pelo Ministério da Saúde como instrumento de cidadania, a fim de valorizar e estimular a autonomia deste grupo frente aos cuidados de saúde. Além disso, a Caderneta de Saúde do e da Adolescente pode ser usada como fonte de informação sobre as particularidades dessa faixa etária, para monitoramento do crescimento e desenvolvimento físico e do desenvolvimento puberal, bem como da situação vacinal pelo médico e/ou equipe de saúde.

A caderneta de Saúde é entregue a estudantes com idade acima de 10 anos. Em Uberlândia, segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde, o número de alunos matriculados nas escolas públicas a partir de 10 anos é em torno de 20.800 na Rede Municipal e 32.600 na Rede Estadual, perfazendo um total de 53.400 alunos adolescentes. Atualmente, já foram entregues aproximadamente 46.000 cadernetas, sendo que a Escola Municipal Hilda Leão Carneiro, localizada no setor Leste foi escolhida como projeto piloto por estar em uma área considerada como sendo de maior risco para os adolescentes, tendo em vista os altos índices de drogadição, gestação na adolescência e homicídios, de acordo com o relatório de Implantação da Caderneta de Saúde do e da Adolescente da Secretaria Municipal de Saúde de 22 de agosto de 2011.

A partir da implantação da caderneta de Saúde do e da Adolescente na referida escola, todas as demais escolas passaram a seguir as mesmas etapas. Primeiramente, faz-se uma reunião com os professores e funcionários da Escola a fim de informar o conteúdo da caderneta. Em

seguida, é enviado um comunicado para os pais dos adolescentes, contendo informações sobre a distribuição e conteúdo da caderneta e os convidando para participar da reunião.

A terceira etapa corresponde à capacitação de adolescentes estratégicos da Área de abrangência da Unidade de Saúde/ Escola/ e Organizações voltadas para adolescentes, com o objetivo de se tornarem multiplicadores na implantação da caderneta. Esta etapa está inserida na proposta de formação de jovens protagonistas e associada a valores como democracia, cidadania, desenvolvimento, participação, parceria e, portanto, está relacionada à ideia de empoderamento. No entanto, observa-se uma pequena ou quase nenhuma ênfase nesta proposta, uma vez que os alunos não são sensibilizados a atuar através de uma participação construtiva em que este seja capaz de contribuir para a resolução de problemas da sua escola ou comunidade, uma vez que para se ter impacto social, é necessário ter a superação de intervenções de caráter assistencialista, pontuais e fragmentadas de acordo com Bodstein (2002).

Desta forma, passa-se às últimas etapas as quais consistem na realização de um trabalho informativo sobre a caderneta do adolescente em cada sala de aula e por fim, a entrega da mesma durante um evento na escola considerado como “Dia da Ação de Saúde na Escola” com ações de saúde como vacinação, medição antropométrica e aferição da pressão arterial.

O segundo bloco trata da promoção da saúde e da prevenção de doenças e agravos. As ações de promoção da saúde visam a garantir oportunidade a todos os educandos de fazerem escolhas mais favoráveis à saúde e de serem, portanto, protagonistas do processo de produção da própria saúde, buscando melhoria de sua qualidade de vida. As estratégias de promoção da saúde são abordadas a partir dos temas destacados como prioritários para a implementação da promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos. Essas ações têm como foco a conscientização da responsabilidade e consequências do consumo de álcool, tabaco e outras drogas e as dimensões da construção de uma cultura de paz e combate às diferentes expressões de violência. Há, também, uma abordagem à educação sexual e reprodutiva, com enfoque à prevenção da AIDS, hepatites virais e outras doenças sexualmente transmissíveis, por meio do programa Saúde e Prevenção nas Escolas, além das ações de segurança alimentar e promoção da alimentação saudável, como também de estímulo à atividade física e práticas corporais nas escolas.

É importante salientar que tanto a prevenção de doenças quanto a promoção da saúde são relevantes para a condição de saúde. Enquanto a primeira trabalha no sentido de garantir

proteção a doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações, a promoção da saúde moderna visa incrementar a saúde e o bem-estar gerais, promovendo mudanças nas condições de vida capazes de beneficiar a saúde de camadas mais amplas da população, ou seja, facilitar o acesso às escolhas mais saudáveis. A promoção da saúde deve possuir enfoque mais amplo e abrangente, pois deve trabalhar a partir da identificação e enfrentamento dos macrodeterminantes, procurando transformá-los favoravelmente na direção da saúde.

Para a prevenção, evitar a doença é o objetivo final. Para a promoção, o objetivo contínuo é um nível ótimo de vida e de saúde, portanto a ausência de doenças não é suficiente (DEMARZO e AQUILANTE, 2008).

Temas como drogas ou educação sexual e reprodutiva, prevenção da AIDS, hepatites virais e outras doenças sexualmente transmissíveis têm sido trabalhado na escola há muito tempo. Contudo, ainda que o Programa Saúde Todo Dia – Da escola para toda a Família tenha como fundamento a intersetorialidade como estratégia para reconhecer a população em suas singularidades, não é possível observar uma articulação de saberes e experiências entre a escola e o programa, com vistas ao planejamento, para a realização e a avaliação de projetos que alcancem resultados sinérgicos em situações complexas. Pois, mesmo que haja, teoricamente, a construção de um projeto mais amplo, agregando setores distintos, o trabalho, ou seja, a prática é muitas vezes, executada de modo parcelar, isolada, fragmentada e desarticulada.

De acordo com o Instrutivo PSE (2011) para a implementação das ações previstas no PSE, é primordial a prática cotidiana da intersetorialidade nos campos da gestão, do planejamento, dos compromissos de todos os setores envolvidos e da abordagem nos territórios. Isso se faz importante porque formas mais colaborativas de construção de iniciativas sociais trazem benefícios para todas as partes envolvidas no processo.

No âmbito do SUS, dentro da lógica da Vigilância em Saúde e como protagonistas corresponsáveis pela qualidade de vida, a Saúde da Família é considerada a estratégia essencial na reconstrução das práticas de saúde a partir da interdisciplinaridade e da gestão intersetorial, em um dado território. E, portanto, no universo escolar e em seu entorno, a Estratégia Saúde da Família (ESF), por meio das equipes de Saúde da Família, deve-se constituir como importante agente desencadeador das iniciativas de promoção da saúde

escolar, assumindo o protagonismo e a responsabilidade pela coordenação do cuidado em todas as localidades, principalmente nos espaços onde essa questão ainda é incipiente.

Nessa perspectiva, o PSE deve ser implementado a partir da adesão dos municípios que tiverem implantado equipes de Saúde da Família, já que são elas, as responsáveis por estabelecer a integração e a articulação entre as políticas e as ações de educação e de saúde. As equipes de Saúde da Família também podem e devem atuar ativamente nos processos de educação permanente e continuada em saúde de professores, funcionários, pais e estudantes, conforme as normas preconizadas pela Política Nacional de Atenção Básica, articulados com os Estados e Distrito Federal de acordo com Brasil (2009).

Por trabalharem de modo interdisciplinar em um território adscrito, as equipes de Saúde da Família têm como desafio, considerar a integralidade das ações, isto é, desenvolver ações que incluem a prevenção de doenças, assistência à saúde e ações de promoção da saúde, ao sensibilizar a comunidade que mobiliza e potencializa seus próprios recursos para resolver os problemas vivenciados. Além dessas atribuições, têm um espaço privilegiado de atuação na promoção da saúde escolar. As equipes de Saúde da Família devem garantir e potencializar a parceria dos escolares e o seu acesso à Unidade de Saúde da Família (USF), coordenando o cuidado longitudinal e as ações contínuas e promovendo a integralidade das ações e serviços em saúde em relação às demandas das escolas e em cooperação com os profissionais da educação.

[...] as equipes de Saúde da Família realizarão visitas periódicas e permanentes às escolas participantes do PSE para avaliar as condições de saúde dos educandos, bem como para proporcionar o atendimento à saúde ao longo do ano letivo, de acordo com as necessidades locais de saúde identificadas. [...] Dentro da lógica da Vigilância em Saúde, e como protagonistas corresponsáveis pela saúde e qualidade de vida das populações onde estão inseridas, as equipes de Saúde da Família (ESF) devem se constituir como importantes agentes desencadeadores das iniciativas de promoção da saúde escolar em todas as localidades e espaços, principalmente nas localidades onde essa questão ainda é incipiente. Além disso, as ESF podem e devem atuar ativamente nos processos de educação permanente e continuada em saúde de professores, funcionários, pais e estudantes. Ainda, devem garantir e potencializar o acesso e a parceria das escolas com a Unidade de Saúde da Família, coordenando ações contínuas e longitudinais e promovendo a integralidade das ações e serviços em saúde em relação às demandas das escolas (BRASIL, 2007.p. 13 e 16).

No processo de implantação do PSE, a escola passa a exigir a apropriação em seu Projeto Político Pedagógico (PPP) de conhecimentos e valores que contribuam para a formação integral e exercício da cidadania. E assim, as ações inovadoras de saúde na educação são

progressivamente, incorporadas no PPP da escola, conforme Portaria 1861. O PPP, nessa ótica, torna-se o retrato do que a escola pretende desenvolver no seu cotidiano. Com ele, os diversos integrantes da comunidade escolar, principalmente, os adolescentes e jovens, bem como os profissionais de saúde terão oportunidade de se conhecer, compreender as relações humanas que estão vivenciando e participar na construção do Projeto do PSE.

Condição intrínseca na implementação do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas será, portanto, a inclusão de suas diretrizes e estratégias no Projeto Político Pedagógico das unidades escolares, as quais criarão e incorporarão no seu cotidiano a cultura de prevenção e promoção à saúde intrinsecamente vinculadas ao respeito e valorização da diversidade e dos direitos humanos (BRASIL, 2005a, p. 15).

Assim, após as atividades de saúde terem sido debatidas em sala de aula pelos professores, assessorados/orientados pelo pessoal da saúde ou diretamente por profissionais de saúde, previamente agendados e atenderem às expectativas dos professores e, principalmente, dos educandos, passam a fazer parte do PPP da escola contemplada pelo PSE.

A possibilidade de serem inseridas as diretrizes e estratégias do PSE no PPP das escolas e de serem incluídas as unidades básicas de saúde como referência para o acolhimento das demandas em saúde da população jovem pode fazer com que as atividades de promoção da saúde deixem de ser pontuais para se estabelecerem em um processo permanente, inovador e integrado. A inclusão dos temas no PPP também facilita o protagonismo dos educandos, apontando para um processo importante de autocuidado. Falar e trabalhar pedagogicamente os temas da alimentação, visão, audição, práticas corporais e outros aproximam os educandos da ação e desperta o interesse deles com suas próprias condições de saúde e riscos.

O terceiro bloco do programa é voltado à educação permanente e capacitação dos profissionais da educação e treinamento das equipes de saúde. Os jovens também são qualificados para disseminar as informações entre outros jovens e crianças. O processo de formação dos gestores e das equipes de educação e de saúde que atuam no Programa Saúde na Escola (PSE) é um compromisso das três esferas de governo e deve ser trabalhado de maneira contínua e permanente. Nesse sentido, são realizadas estratégias como Formação do Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI); Formação de Jovens Protagonistas para o PSE; Formação de profissionais da educação e saúde nos temas relativos ao Programa Saúde na Escola; Curso de Prevenção do Uso de Drogas para Educadores de Escolas Públicas; Curso de Prevenção do Uso de Drogas para Educadores de Escolas Públicas e Rede Universidade Aberta do Brasil do Ministério da Educação, em interface com os Núcleos de Telessaúde, do Ministério da Saúde.

As atividades propostas foram divididas em grupos ou blocos apenas para facilitar o processo de observação e análise das mesmas, pois, de acordo com o PSE estas ações sejam elas de promoção, proteção e atenção à saúde na escola devem ocorrer de forma concomitante. No entanto, em Uberlândia é facilmente observável que as ações têm sido desenvolvidas pelo Programa Saúde Todo Dia – Da escola para toda Família de forma estanque e contando principalmente e quase unicamente com a participação dos agentes de saúde escolar os quais têm a incumbência de promover a saúde dos educandos, mas acabam apenas transmitindo conteúdos.

A articulação intersetorial das redes públicas de saúde e de educação, bem como das demais redes sociais para o desenvolvimento das ações do PSE implica mais do que ofertas de serviços num mesmo território. De acordo com o Instrutivo PSE (2011) o espaço escolar não deve ser utilizado para consultas médicas com o objetivo da medicalização ou de diagnóstico clínico-psíquico dos fracassos do processo ensino-aprendizagem, pressupõe, antes de tudo, a interação com troca de saberes, poderes e afetos entre profissionais da saúde e da educação, educandos, comunidade e demais redes sociais.

A escola, portanto, deve ser um espaço de diálogo entre adolescentes e jovens, professores, profissionais de saúde e comunidade, conforme Brasil (2006). Tal afirmativa põe em questão, a maneira como esses serviços se relacionam, especialmente, quanto o padrão comunicacional estabelecido entre as diferentes equipes e serviços e os modelos de atenção e de gestão produzidos nesses serviços. Conforme, o Instrutivo PSE (2011) o modelo de gestão proposto é a coordenação por meio dos Grupos de Trabalho Intersetoriais (GTI), centrada numa gestão compartilhada, em que tanto o planejamento quanto a execução das ações são realizados, coletivamente, de forma a atender às necessidades e demandas locais.

Os GTIs devem ser compostos, obrigatoriamente, por representantes das Secretarias de Saúde e de Educação e, facultativamente, por outros parceiros locais representantes de políticas e movimentos sociais (cultura, lazer, esporte, transporte, planejamento urbano, sociedade civil, setor não governamental e setor privado, entre outros). Na instância Municipal, o GTI deve ser composto por gestores das Secretarias de Saúde e de Educação, representantes das equipes de Saúde da Família e representante dos educadores que atuarão no PSE, representantes das escolas, jovens e das pessoas da comunidade local. O GTI Municipal tem como responsabilidade:

I – Garantir os princípios e diretrizes do PSE no planejamento, monitoramento, avaliação e gestão do recurso de maneira integrada entre as equipes das escolas e das Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família; II – Articular para a inclusão dos temas relacionados às ações do Programa Saúde na Escola nos projetos político-pedagógicos das escolas; III – Definir as escolas federais, estaduais e municipais a serem atendidas no âmbito do PSE, considerando as áreas de vulnerabilidade social, os territórios de abrangência das Unidades Básicas de Saúde e o número de equipes de Saúde da Família implantadas; IV – Subsidiar a formulação das propostas de educação permanente dos profissionais de saúde e da educação básica para implementação das ações do PSE; V – Subsidiar a assinatura do Termo de Compromisso pelos secretários municipais de Educação e Saúde, por meio do preenchimento das metas do plano de ação no sistema de monitoramento do Ministério da Educação (SIMEC); VI – Apoiar e qualificar a execução das ações e metas previstas no Termo de Compromisso municipal; VII – Garantir o preenchimento do sistema de monitoramento do Ministério da Educação (SIMEC) pelas escolas e pelas equipes de Saúde da Família; VIII – Definir as estratégias específicas de cooperação entre Estados e municípios para a implementação e gestão do cuidado em saúde dos educandos no âmbito municipal; e IX – Garantir a entrega dos materiais do PSE, enviados pelo Ministério da Educação, para as equipes de saúde e para as escolas (BRASIL, 2011, p. 12).

Como se pode observar, o GTI apresenta várias atribuições. Destaca-se, no entanto, a segunda atribuição, a qual para ser executada, é necessária uma boa relação entre os representantes da saúde (equipes de Saúde da Família), da educação (educandos, educadores) e outras secretarias e instituições (Universidades, Organizações da Sociedade Civil, Conselhos, Secretarias da Cultura, Ação Social, Justiça, Esporte e Lazer, entre outras), a fim de que possam ser desenvolvidas as atividades junto à população jovem. Faz-se necessário destacar que para que os profissionais da área de educação contribuam na abordagem dos temas e desenvolvimento dos conteúdos propostos junto aos alunos e à comunidade, é indispensável incluir no planejamento das ações a formação continuada dos mesmos, a fim de que sintam confiança no domínio das informações e das estratégias construídas coletivamente. Os temas relacionados à educação e saúde precisam ser analisados, considerando sua pertinência de acordo com as necessidades da escola ou dos educandos e a dinâmica do ambiente escolar.

Para tanto, os projetos de saúde podem ser submetidos ao conselho pedagógico, podendo ser consideradas eventuais demandas de saúde de profissionais da escola, no sentido de fortalecer os vínculos e corresponder às expectativas mútuas entre profissionais da saúde e da educação. De modo semelhante, as equipes de Saúde da Família podem contar com o apoio dos profissionais da educação, buscando a sugestão e o enriquecimento de estratégias pedagógicas e educacionais, a fim de que os temas a serem trabalhados estejam coerentes com os fundamentos e pressupostos de aprendizagem adotados e aceitos.

Essa parceria deve se estruturar e solidificar, de maneira que sejam respeitadas as competências próprias de cada setor, levando-se em conta os limites e as inúmeras possibilidades de estratégias de atuação de forma dinâmica e perene, não eventual, nem esporádica. Para Brasil (2006a) este é um rico desafio para os profissionais da saúde da ESF e da área da educação, e também para seus interlocutores, usuários, gestores e formuladores de políticas sociais, além de movimentos sociais, representações populares, acadêmicas e de serviços, públicas e privadas.

O último bloco de ações a serem executadas pelo PSE prevê o monitoramento e a avaliação da saúde dos estudantes por intermédio de estatísticas que demonstrem o estado de saúde dos jovens beneficiados. Avaliações como a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (Pense), em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), servem para que as escolas e as equipes de saúde tenham parâmetro para a avaliação da comunidade estudantil. Esta pesquisa contempla, além de outros, todos os itens da avaliação das condições de saúde e perfil socio-econômico das escolas públicas e privadas nas 27 capitais brasileiras. Há outras pesquisas como o Encarte Saúde no Censo Escolar (Censo da Educação Básica), elaborado e aplicado no contexto do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE) desde 2005, que consiste em cinco questões ligadas mais diretamente ao tema DST/AIDS e também, e Pesquisa Nacional do Perfil Nutricional e Consumo Alimentar dos Escolares.

O sistema de serviços de saúde, conforme Contandriopoulos (2006) pode ser considerado como uma estrutura organizacional e técnica que se transforma continuamente e, portanto, é um dos sistemas mais complexos dentre todos os sistemas sociais a ser categorizado. Além desse aspecto, o sistema de serviços de saúde também envolve grandes grupos de atores (os profissionais de saúde, os gestores, os planejadores, o mercado e a política), intervêm segundo diferentes lógicas, níveis de atuação, cronogramas e valores e estabelece uma multiplicidade de objetivos.

Por essa razão, muitas vezes, não são realizadas análises que possam identificar e mensurar o papel e o impacto de serviços, programas e políticas de saúde sobre os problemas de populações especificadas. Contudo, num contexto de marcantes desigualdades sociais e escassez de recursos públicos para o financiamento do setor saúde, o Sistema Único de Saúde tem diante de si, alguns dos seguintes desafios: a valoração do sucesso e efetividade de ações de Promoção de Saúde em uma concepção ampliada, a necessidade de busca da qualidade, equidade, aumento da eficiência e eficácia e também da satisfação dos usuários.

Dessa forma, a partir do início da década de 1980, conforme Akerman, Mendes e Bogus (2002) tem ocorrido uma cobrança crescente da sociedade civil, dos governos, organizações não governamentais, fundações de corporações públicas e privadas, bem como agências internacionais de fomento e a opinião pública por resultados visíveis de ações de Promoção de Saúde que possam assim, atestar que os recursos públicos têm sido empregados corretamente na melhoria da qualidade de vida da população. Portanto, surgiu a postura do governo empreendedor, voltado para o cidadão como cliente, buscando padrões otimizados de eficiência e eficácia, com uma gestão orientada por processos de avaliação contínua e de legitimação pela sociedade.

Policy evaluation studies seek to assess the gaps between what is and what ought to be in policy objectives and results: gaps between goals and population effects or outcomes, action plans and actual progress, and means and ends. This is a multidisciplinary and applied field intended to address real-world issues in timely ways. It is a pragmatic exercise, and must be user friendly and available in the short term to be most useful. Its audiences include an array of non-science groups, such as policy-makers in legislatures and administrative bodies, advocacy groups and organizations' governing bodies (WHO, 2001, p. 366).

Contandriopoulos (2006) afirma que é imprescindível que o planejamento e a gestão estejam munidos de ferramentas e técnicas que os auxiliem nessa missão e destaca a importância da avaliação como um determinante para estas respostas.

Existe amplo consenso quanto à ideia de que qualquer decisão deve ser acompanhada de avaliações sistemáticas, ou seja, que o ciclo de Deming – planejar, executar, avaliar, agir, no sentido de readaptar os conhecimentos em função do saber fornecido pela avaliação – deve passar a fazer parte da rotina. Esta ideia se traduz na necessidade de institucionalizar a avaliação em todos os níveis do sistema de saúde, de criar uma verdadeira cultura de avaliação, permitindo que qualquer decisão seja tomada com base em evidências comprovadas (*Evidence Base Decision Making – EBDM*) (CONTANDRIOPOULOS, 2006, p. 706).

Conforme Tanaka e Melo (2000) a avaliação é uma função da gestão destinada a auxiliar o processo de decisão visando torná-lo mais racional e efetivo. Na literatura especializada podem-se encontrar exemplos de programas, também no campo da promoção da saúde, bem-intencionados, mas que nem sempre provocam mudanças desejáveis ou atendem as expectativas e necessidades da população, e ainda assim, são mantidos, em alguns casos, durante décadas, até avaliações rigorosas revelarem que seus resultados não eram os esperados.

Assim, de acordo com Matida e Camacho (2004) há uma tendência de focar a avaliação de programas principalmente, no que tange à responsabilidade fiscal e à demonstração de efeitos. Os sistemas de avaliação, na sua quase totalidade, consideram economicamente, pela sua

expressão monetária, apenas os custos incorridos pela gestão pública. A abordagem dos benefícios da atuação governamental para a sociedade ainda se restringe a índices físicos e escalas quantitativas e deste modo, são ignorados os aspectos que consideram o contexto do objeto avaliado.

Por isso, surgem, principalmente após a década de 1990, algumas iniciativas internacionais, que trazem à tona a crítica às avaliações de intervenções em Promoção de Saúde que insistem em manter custos e benefícios em escalas diferentes de mensuração ou se baseiam em modelos avaliativos usualmente utilizados para avaliar o cuidado do médico e a prevenção de doenças sob o enfoque biomédico.

Very often, health promotion action requires multiple approaches, relies on interdisciplinary inputs and operates at several levels over long periods of time. Despite this complexity, health promotion programmes are often forced to be evaluated with methods and approaches that, although quite acceptable within medical care and prevention, are totally unsuitable for this field (WHO, 1998, p. 1).

Akerman, Mendes e Bógus (2002) afirmam que estes modelos convencionais de avaliação apontam limitações nas avaliações de intervenções em Promoção da saúde, uma vez que essas ações demandam múltiplos enfoques, dependem de informações que advêm de diferentes campos disciplinares (intersectorialidade) e exigem desenvolvimento de longo prazo para que seja possível a produção de resultados (impactos sobre determinantes ampliados de saúde).

Assim, publicações como *Evaluation in Health Promotion: Principles e Perspectives (2001)* e *Health Promotion Evaluation: Recommendations to Policymakers (1998)* indicam, ainda, que estratégias avaliativas em Promoção da Saúde devem ultrapassar as fronteiras da tradicional prática em saúde, centrada no biológico e na prevenção de doenças através da redução de riscos individuais. Estas estratégias avaliativas, ao contrário, baseiam-se nos princípios de Promoção de Saúde, propostos pela Carta de Ottawa. Estas estratégias contemplam, assim, questões relacionadas às mudanças no estado de saúde e determinantes (políticas públicas, coesão social, intersectorialidade, integralidade, equidade, participação social, redes de apoio, empoderamento e estilo de vida) bem como mudanças quanto à construção de capacidades, o que envolve indicadores de morbidade, mortalidade, riscos, direitos, condições econômicas e emprego.

Esses movimentos europeus, voltados para a Promoção de Saúde, têm assumido papel importante na discussão sobre a necessidade de capacitação em avaliação e construção de indicadores que sejam mais adequados às ações de Promoção de Saúde. Assim, publicações

como *Evaluation in Health Promotion: Principles e Perspectives (2001)* e *Health Promotion Evaluation: Recommendations to Policymakers (1998)* apontam a necessidade de aprofundamento e problematização da avaliação em Promoção de Saúde, evidenciando a necessidade de ampliar os modelos avaliativos e as metodologias para considerar a possibilidade de agregar-lhes valor.

At each stage of evaluation, health promotion initiatives should involve, in appropriate ways, those who have a legitimate interest in the initiative. Those with an interest can include: policymakers, community members and organizations, health and other professionals, and local and national health agencies [...] should draw on a variety of disciplines. [...] should enhance the capacity of individuals, communities, organizations and governments to address important health promotion concerns (WHO, 1998, p. 3).

Em outras palavras, há uma negociação em que os diferentes grupos têm oportunidade não somente de fazer valer suas reivindicações e seus interesses, mas também de construir ideias, alinhar conceitos, fazer correção de rumos, mudar prioridades, abrir mão de iniciativas que não se mostram frutíferas. Nessa nova abordagem, a avaliação não é um campo reservado aos especialistas, ao contrário, todos os participantes da ação social, mesmo os grupos marginalizados e pouco favorecidos da sociedade, têm o direito de intervir de forma coletiva na atividade avaliativa, conforme Dubois, Champagne e Bilodeau (2011). Vale ainda, ressaltar que a avaliação participativa carrega em si os princípios propostos pelo movimento de Promoção da Saúde como: o alcance da equidade, o estímulo às ações intersetoriais, o fortalecimento à participação social (empoderamento) e a adoção de práticas horizontais de gestão.

Portanto, conforme Minayo (2005) a avaliação de programas e serviços de saúde tem como finalidade estudar sistematicamente as atividades realizadas por programas que objetivam a melhoria das condições de vida da população e esta pode contribuir auxiliando as instituições a tornar coerentes as políticas e programas sociais. Isto significa que a informação produzida pela avaliação de projetos e programa social deve ser útil para entender o que contribui para o êxito dos programas, projetos e serviços o que possibilita seu alcance e também, questiona seus limites.

Assim, frente às discussões referentes à intersetorialidade e à integralidade objetivou-se neste capítulo ampliar o conhecimento acerca do tema Saúde na Escola, com o intuito de refletir como esta política tem buscado implementar ações de saúde, voltadas para a melhoria da qualidade de vida dos educandos das Redes Municipal e Estadual de ensino. Desta forma, fez-

se necessário analisar, ainda que brevemente a trajetória dos programas de Saúde Escolar na cidade de Uberlândia que deram origem ao Programa Saúde Todo Dia – Da escola para toda a família. Além disso, foi foco ainda, deste capítulo compreender as relações existentes entre o Programa Saúde na Escola, instituído pelo Governo Federal e o Programa Municipal Saúde Todo Dia – Da escola para toda Família.

CAPÍTULO IV

PROMOÇÃO DA SAÚDE NAS PRÁTICAS DO PROGRAMA SAÚDE TODO DIA – DA ESCOLA PARA TODA A FAMÍLIA

Em continuidade ao esforço de ampliar a compreensão sobre os programas de saúde escolares em Uberlândia e em especial o Programa Saúde Todo Dia – Da escola para toda a família, recorreu-se neste capítulo à análise da percepção de dez (10) sujeitos considerados como informantes-chave por serem atores partícipes direta ou indiretamente do programa analisado, a fim de compreender como se dá a aplicação da promoção da saúde nas práticas do Programa Saúde Todo Dia – Da escola para toda a família, na perspectiva da Integralidade e da Intersetorialidade. Os dez (10) sujeitos entrevistados foram a gestora do programa Saúde Todo Dia – Da escola para toda a família, a coordenadora de ciências do CEMEPE (Centro Municipal de Estudos e Projetos Educacionais Julieta Diniz), três (3) informantes que serviram como representantes de gestores de escolas municipais onde o programa está sendo implantado, juntamente com três (3) agentes de saúde escolar e dois (2) responsáveis pelas unidades de saúde de referência.

4.1 A Estratégia Saúde da Família e suas relações com o Programa Saúde na Escola

De acordo com Brasil (2011) o PSE deve ser implementado a partir da implantação das equipes de Saúde da Família, conforme as normas preconizadas pela Política Nacional de Atenção Básica, articulados com os Estados e Distrito Federal, conforme Portaria nº 1910 de 8 de agosto de 2011. Desde a criação do Sistema Único de Saúde, na Constituição Federal de 1988, foram definidas como diretrizes a universalização, a equidade, a integralidade, a descentralização, a hierarquização e a participação da comunidade. Sob a ótica desses princípios, várias ações territorializadas de mudança foram esboçadas e implementadas. Estas propostas estão fundamentadas no conhecimento dos determinantes do processo saúde-doença de grupos populacionais como adolescentes e jovens.

O indivíduo é o objetivo final da vigilância da saúde, mas este deve ser considerado parte da família, da comunidade, do sistema social, do ambiente. Qualquer ação de saúde que se

pretenda realizar deverá incidir sobre este conjunto, pois um indivíduo não existe sozinho, isolado, ele é resultado das relações que estabelece.

Portanto, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é uma dessas iniciativas e se concretiza como um novo paradigma de promoção da saúde, focado principalmente no estabelecimento de vínculos e criação de laços de compromisso e corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população. A ESF é o espaço privilegiado de práticas integrais em saúde construídas a partir de uma realidade local de saúde onde o foco está na família como unidade de ação programática e não mais (tão somente) o indivíduo. A ESF, vertente brasileira da Atenção Primária à Saúde (APS), caracteriza-se como a porta de entrada prioritária de um sistema de saúde constitucionalmente fundado no direito à saúde e na equidade do cuidado e, além disso, hierarquizado e regionalizado, como é o caso do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme Brasil (2009).

Dessa forma, a ESF tem um papel central na garantia da integralidade da atenção, que implica em tomar como objeto os problemas de saúde e seus determinantes, organizando a atenção de modo a incluir não apenas as ações e serviços que incidem sobre os efeitos dos problemas (doenças, incapacidades e mortes), mas, sobretudo, atuar sobre as causas (vulnerabilidades como condições de vida, trabalho e lazer). Sendo a equipe de saúde da família multiprofissional são previstas ações diferenciadas na comunidade como, visita domiciliar, educação em saúde e ações intersetoriais visando a promoção da saúde no seu sentido mais amplo, a capacitação de pessoas e comunidade para assumirem o seu direito à saúde.

Assim, para que a ESF possa ser mais eficaz e resolutiva, recomenda-se a utilização de saberes de variadas origens, saberes tanto específicos da saúde como de outros campos de conhecimento, como cultura, assistência social, gestão, esporte, lazer entre outros, compreendendo um exercício permanente de interdisciplinaridade e de intersetorialidade (BRASIL, 2009b). A Estratégia Saúde da Família conta com equipes em todo país que trabalham de modo interdisciplinar em um território adscrito, desenvolvendo ações que vão desde a prevenção de doenças e assistência à saúde à ações de promoção da saúde, quando se mobiliza e potencializa os recursos da comunidade para resolver os problemas vivenciados pela mesma.

A cidade de Uberlândia está dividida em cinco grandes Distritos Sanitários. Sendo estes os setores: Central, Leste, Norte, Oeste e Sul. Nesses distritos encontram-se 46 Unidades de atenção Primária Saúde da Família (UAPSF). Sendo que no setor Central não há nenhuma

unidade; no setor Norte há apenas 2 unidades; ambos os setores Leste e Oeste são compostos por 11 unidades e o setor Sul com 17 UAPSFs. As outras 5 unidades estão localizadas em distritos rurais.

Em Uberlândia, há um déficit no número de UAPSFs, tendo em vista que a população coberta pela ESF no município é de apenas 22% (RODRIGUES e RAMIRES 2012). Isto dificulta a garantia da atenção integral aos indivíduos e famílias e na execução do PSE, já que o educando precisará ser encaminhado a uma unidade de média complexidade, como por exemplo, uma UAI (Unidade de Atendimento Integrado), conforme pode ser comprovado através da fala de uma agente de saúde entrevistada:

E5 (Agente de saúde Escola SOM) – Trabalho nas escolas com programas de prevenção há mais ou menos 17 anos. Agora, nós temos o apoio das unidades de saúde. Não é um total apoio, mas algumas unidades de saúde já sabem do nosso trabalho e reconhecem o programa. Por exemplo, eu tive alguns problemas na UAI Roosevelt com relação à acuidade visual. As consultas de oftalmologia eram garantidas aos alunos que faziam acuidade visual. Então, uma mãe foi marcar a consulta e a unidade não tinha conhecimento do encaminhamento que nós fornecemos. Eu fui à UAI e conversei com as atendentes, mais tarde o coordenador me ligou e me tranquilizou afirmando que as consultas seriam marcadas como devem ser.

Estas unidades de níveis de atenção secundários se caracterizam por serem constituídas de tecnologias de maior densidade tecnológica, mas não de maiores complexidades. Isto quer dizer que estas unidades não têm o foco de sua atenção em mudanças de comportamentos e estilos de vida em relação à saúde, como cessação do hábito de fumar, adoção de comportamentos de alimentação saudável e de atividade física. No setor saúde, as ações que lidam mais de perto com o cotidiano do indivíduo são aquelas ligadas aos cuidados primários de saúde, através do desenvolvimento de programas que aproximam o profissional de saúde da comunidade.

Portanto, ações baseadas na prevenção e promoção da saúde são de responsabilidade das Unidades de Atenção Primária de Saúde, pois é aí que situa a clínica mais ampliada e onde se ofertam, preferencialmente, tecnologias de alta complexidade, conforme Mendes (2011). A ESF tem como objetivo a reorganização da prática assistencial em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e no hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que pode possibilitar uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas.

A adscrição é um termo amplamente empregado para descrever a relação serviço-território-população. Este termo diz respeito ao território sob responsabilidade da equipe de Saúde da Família (eSF), a qual exerce a função pela cobertura de uma área geográfica que contenha entre 600 e 1000 famílias. Além do tamanho na adscrição da população e delimitação das áreas, deve-se considerar a diversidade sociopolítica, econômica, densidade populacional e acessibilidade aos serviços. No entanto, percebe-se que devido a falta de Unidades de Saúde da Família em um determinado território há um aumento no número de famílias a serem atendidas pela unidade de saúde, o que dificulta a qualidade do cuidado, as ações de promoção de saúde e o acompanhamento e monitoramento em seus diversos aspectos, como é expresso em uma das entrevistas.

E9 (Responsável pela Unidade de Saúde NSG) – Eu acho que nós da unidade de saúde fazemos muito pouco porque a área de abrangência é muito grande. Nós temos que trabalhar com gestantes, adolescentes gestantes. Eu acho muito difícil acompanhar a família integralmente. É difícil criar o vínculo. A gente até cria vínculo, mas são com casos específicos. Acho que é devido a quantidade de profissionais. Por exemplo, nós temos um psicólogo que trabalha aqui 4 horas de segunda a quinta-feira pra atender uma população de vinte e cinco mil. Uma nutricionista que atende a cada quinze dias. Uma assistente social que faz 4 horas. É muito pouco. Por exemplo, nós usamos o nosso próprio carro, próprio combustível. Nós fazemos mais é pela população.

A ESF propõe um modelo de atenção e de vigilância à saúde calcado em princípios como o estabelecimento de vínculo e corresponsabilização entre os profissionais da unidade e a população e também, a intervenção na saúde que extrapole os muros da unidade desenvolvendo ações integrais de saúde sobre indivíduos, famílias, meio ambiente e ambiente de trabalho (BRASIL, 1997).

O atendimento deve ser prestado não só na unidade básica de saúde ou no domicílio, mas em qualquer espaço que possa ser utilizado para a formação de sujeitos autônomos, como por exemplo, a escola. Portanto, o estabelecimento de vínculo se dá no momento em que o indivíduo passa a ser reconhecido na condição de sujeito, que fala, julga e deseja, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade.

E9 (Responsável pela Unidade de Saúde NSG) – [...] É difícil criar o vínculo. A gente até cria vínculo, mas são com casos específicos.

E10 (Responsável Unidade de Saúde do bairro M) – [...] No PSF é mais fácil, nós conhecemos todas as famílias porque elas já estão cadastradas. Além disso, eu já trabalho nessa unidade há 8 anos. Essa é nossa abordagem na unidade de saúde, agora essa abordagem familiar na escola eu não faço.

Este novo território da saúde que é a escola, deve ser entendido como uma construção social, que é produzido por diferentes grupos sociais e, portanto, é reflexo das relações agidas e

vividas. No entanto, o setor da saúde só será capaz de expressar um sentimento de pertencimento a este novo espaço quando houver uma vivência, que se dá ao longo do tempo. A escola, enquanto novo território da saúde não pode ser definido por um princípio material de apropriação ou posse, mas por um princípio cultural de identificação e de pertencimento.

Ainda que haja o domínio do território, não significa que este possa vir a ser transformado, recriado e humanizado, pois para que isso ocorra é necessário haver um sentimento de pertencimento, de identidade de estabelecimento de vínculos, por meio de práticas sociais. A apropriação do território por um grupo social é um processo gerador de raízes e identidade entre os indivíduos.

Assim, a saúde e a educação precisam entender este novo território como uma construção coletiva e multidimensional, com perspectivas integradora e relacional com múltiplas formas de interação. Este novo território que não pertence unicamente à educação e nem tão pouco à saúde é fruto de uma relação complexa entre atores sociais que o (re) definem constantemente em suas cotidianidades, num “campo de forças”, dinâmico e emaranhado por poderes nas mais variadas intensidades e ritmos, conforme Hasbaert (2005).

4.2 Intersetorialidade: uma das estratégias para a Promoção da Saúde

Na proposta do PSE, a educação e a saúde devem articular ações intersetoriais que respondam às necessidades da comunidade escolar, com enfoque na redução das vulnerabilidades e dos transtornos que comprometem a condição de saúde. Para tanto, conforme as orientações sobre o Programa Saúde na Escola em Brasil (2008) é inevitável desenvolver estratégias voltadas para o estabelecimento de parcerias não somente entre a educação e a saúde, mas entre os mais diversos setores como a cultura, esporte, lazer e trabalho e destes com a sociedade civil, uma vez que em cada área, podem surgir contribuições para a solução dos problemas de saúde.

É fundamental a articulação com os diversos setores da sociedade como: educação, cultura, lazer, esporte, transporte, planejamento urbano, a sociedade civil, setores não governamentais e setor privado, entre outros, para o desenvolvimento de estratégias que contemplem a dimensão da vida (BRASIL, 2008, p. 3).

Feuerwerker e Sousa (2000) afirmam que o conceito de intersetorialidade deve ser entendido como uma forma de criação de espaços para discussão, resolução e ou criação de possibilidades para problemas complexos da população e como uma estratégia promotora de

saúde. Portanto, não é possível garantir o direito à saúde sem que sejam contempladas necessidades relacionadas ao lazer, educação, cultura, esporte, entre outras uma vez que a saúde é produto de vários fatores relacionados com a qualidade de vida. No entanto, mesmo que as políticas públicas e dos serviços públicos se denominem políticas intersetoriais, o município, por sua vez, conforme Westphal (2006) reproduz essa fragmentação na gestão de cada política setorial quando as ações acontecem deslocadas de uma rede de atenção de diferentes níveis de densidade tecnológica, uma vez que cada equipamento em si não consegue resolver todas as demandas.

Assim, as políticas públicas se configuram de forma setorializada, sendo executadas separadamente e sem qualquer conexão e muitas vezes, as soluções têm sido paternalistas e paliativas, mesmo quando o enfrentamento das questões pede soluções compartilhadas, limitando-se às ações focadas no indivíduo com uma projeção para famílias ou grupos muito restrita.

Portanto, é necessário que o planejamento articule as ações e os serviços, buscando uma execução de forma articulada e considerando a integralidade do indivíduo e a inter-relação de seus problemas.

Apesar de demonstrar haver a compreensão de que é fundamental o estabelecimento de parcerias afim de que se garanta o direito à saúde, a coordenadora do Programa Saúde Todo Dia ao ser questionada quanto aos setores que participam do atual programa de saúde escolar, cita em sua resposta apenas o PROERD, psicólogos, enfermeiros e estagiários.

E2 (Gestora do Programa Saúde Todo Dia) – Os parceiros são a Secretaria da Educação, a Superintendência Regional de Ensino, enfermeiros de Centros Universitários, psicólogos, Coafro. Depende do tema a ser trabalhado. Se vai ter um dia da saúde na escola, nós conseguimos pegar uns parceiros FUTEL. Os estagiários conseguem fazer imunização, olhar cartão de vacina.

E2 (Gestora do Programa Saúde Todo Dia) – [...] Tem que ter esse elo com o PROERD, psicólogos. As ações são muito amplas e sozinhos a gente não consegue, então a gente tem que fazer parcerias pra trabalhar nas nossas deficiências.

Em Uberlândia, não se percebe a existência de uma rede de apoio formal ao Programa Saúde Todo Dia – Da escola para toda a família. Desta forma, estão envolvidos diretamente apenas os setores da educação (a escola) e da saúde (Unidades de Atenção Primária em Saúde), o que dificulta contemplar as necessidades relacionadas às condições de bem estar social, tais como: condições de moradia, lazer, cultura, esporte, entre outras, já que estas necessidades são determinantes no processo saúde-doença. Assim, de acordo com Feliciano (2010) exige-se a

organização da rede de saúde, com as políticas de interface, para desenvolver ações educativas e preventivas que atinjam os fatores de vulnerabilidade para adolescentes e jovens.

Desta forma, ainda fundamentado em Feliciano (2010), toma-se como exemplo de uma parceria intersetorial entre educação, esporte, lazer, trabalho, emprego e renda, Cidadania e Assistência Social, a construção dos Centros da Juventude no município de São Carlos nas áreas de maior vulnerabilidade social. O Centro da Juventude é uma estratégia política entre várias secretarias e instituições. Entre eles estão: a Secretaria Especial da Infância e Juventude, a Secretaria de Educação e Cultura, a Secretaria do Trabalho, Emprego e Renda, a Secretaria de esportes e Lazer, a Secretaria de Desenvolvimento Sustentável, Ciência e Tecnologia, Secretaria da Cidadania, Assistência social, a UFSCar, a Fundação Pró-Memória, a Fundação Educacional de São Carlos, o Programa Habitacional de São Carlos, a SENAI, a SENAC e a comunidade.

Dispondo de uma estrutura física, os Centros da Juventude constituem-se em um espaço de gestão intersetorial, com participação social, com enfoque no território e na família e, por isso, tem grande potencial no enfrentamento das vulnerabilidades sociais do território, representando um enorme avanço para a redução das desigualdades sociais nas áreas onde foram implantados.

Estes Centros da Juventude são constituídos por piscina olímpica, quadras de esporte em várias modalidades, pistas de skate, salas de cinema e teatro, espaços para artes, salas de alfabetização digital, salas de leitura onde são desenvolvidas oficinas culturais, de geração de trabalho e renda para jovens entre 15 e 22 anos, além da assistência social.

Na educação e cultura e no esporte e lazer, o enfoque da saúde e da adolescência é ampliado para a abordagem psicossocial do indivíduo, em que são incorporados os aspectos de inclusão social e organização de projetos de vida. Desta maneira, são adotadas nos projetos intersetoriais articulados pelos setores da infância e da juventude e assistência social, concepções mais abrangentes da saúde, juventude e vulnerabilidade que ampliam o enfoque das ações para a família e a comunidade com participação social.

Quando questionados sobre a contribuição da escola, bem como dos alunos no desenvolvimento do Programa Saúde Todo Dia, um dos gestores escolares entrevistados afirma não haver uma relação direta do programa de saúde com a escola, a não ser quando é identificado algum aluno com determinado problema psicológico (problema psicológico é

entendido aqui, como dificuldades de aprendizagem); caso contrário, pode-se inferir a partir da resposta de outro gestor escolar que a escola contribui apenas permitindo a entrada do agente.

E1 (Gestora escolar SOM) – Só no caso de haver algum aluno que apresenta problema psicológico, vamos supor. A gente dá um encaminhamento pra psicólogo, pra procurar o UAI. Ou então, problema de visão, a gente dá um encaminhamento. Aí, eu sei que são atendidos nas casas. Mas assim, intervenção direta na escola não tem não.

E1 (Gestora escolar SOM) – Com toda certeza tem um direcionamento do que tem que fazer. Não, mas é só mesmo abrir a escola. Abrindo um espaço. Vamos supor, pra eles fazerem uma palestrinha de vez em quando na sala de aula com os alunos, ou às vezes até com os pais [...] Pra tá divulgando o programa para os pais, mas infelizmente, vem pouca gente.

E6 (Gestora HLC) – Além de estar sempre aberta. Os alunos podem contribuir na limpeza da escola, isso é higiene. A escola pega os pontos fracos e trabalha esses pontos. Os professores fazem projetos com os alunos, como os professores de português com textos [...].

Por outro lado, as gestoras escolares entrevistadas apresentam em suas falas algumas atividades realizadas pela escola, como algumas discussões em sala de aula sobre alimentação saudável, tabagismo e uso de drogas, além disso, um dos gestores faz referência à interrupção nas vendas de balas e chicletes. No entanto, as gestoras ao mencionarem o programa de saúde, o limitam principalmente à disciplina de ciências como se coubesse somente a esta disciplina a função de discutir aspectos referentes à saúde. Harper et al. (1980) afirma que a saúde não é uma matéria ou disciplina da escola. Ao contrário, transita entre todas as disciplinas, permeia todas as discussões, pois fala de indivíduos distintos, com necessidades e qualidades diferentes. Saúde como produção coletiva é transversal às disciplinas e se integra aos conteúdos, principalmente quando esses têm significado para crianças, adolescentes e jovens em processo de aprendizagem, de desenvolvimento e de vida. As entrevistadas 1, 4 e 6, gestoras escolares, ainda afirmam haver a necessidade de atualização do professor, já que segundo uma das gestoras ainda não houve este momento e por isso, não há o entrosamento esperado.

E6 (Gestora HLC) – [...] A parte de alimentação saudável é trabalhada pelos professores. Os professores também fazem cartazes dizendo: diga não as drogas. Eles trabalham mais em conjunto. Na campanha contra o tabagismo foi trabalhado o mês inteiro. E depois continuamos até hoje. Não é só focalizando obesidade. Por exemplo, nós paramos de vender balas e chicletes no bar aqui da escola, mas tem um senhor que vende aqui na porta da escola. Então, precisa é de conscientização.

E4 (Gestora escolar LT) – Acho que tem pouco entrosamento dos servidores da escola com o programa. Porque cada professor está focado na sua área. Então, o agente de saúde chega e só encaminha o aluno pra tirar as medidas, pra o teste de acuidade visual. O professor de ciências já caminha mais junto. O conteúdo está mais próximo. Eu gostaria muito que houvesse uma mudança. Enquanto estiver

cada um em seu quadradinho não vai haver entrosamento e nem mudança. Levar um menino pra pesar e fazer um teste de acuidade não é aumentar a carga de trabalho, não. É preciso ter um momento, um espaço pra ter a atualização do professor e fazer uma ponte com a saúde do aluno. Ainda não houve um momento pra isso. É preciso ter um momento um trabalho continuado. Acompanhar de perto a saúde do professor.

E6 (Gestora HLC) – Não. Está dentro do planejamento de ciências, da área específica de ciências. Como é um projeto da prefeitura, não é um programa da escola. É um programa do poder público. Ele joga na escola e a escola acolhe. Esse é um projeto da secretaria de saúde e aqui é a culminância porque é aqui que ele se realiza.

Destaca-se aqui, a afirmação da entrevistada de número 6, que utiliza a expressão “joga na escola” para descrever o processo de implantação do programa. Tal expressão nos remete a uma configuração, forjada historicamente, a qual pode ser observada no âmbito das políticas sociais ao longo das décadas dos anos de 1960 e 1970, notadamente marcados por características ditatoriais. Estas políticas sociais se destacam por se constituírem de forma hierárquica, verticalizada e por serem um grande exemplo da manifestação de autoritarismo e poder. Assim, a escola é obrigada a adotar um programa verticalizado, prescritivo e normativo, já que este não foi um projeto construído conjuntamente.

É importante salientar que todas as gestoras entrevistadas entendem a relevância do programa no território escolar, mas o que se discute aqui, é que não se pode imaginar a implementação de um programa denominado intersetorial sob a égide de formas de planejamento autoritário e de caráter vertical. Uma vez que, para ocorrer as transformações esperadas pelo programa é necessária a confluência de várias forças sociais, ou seja, o envolvimento da unidade escolar, dos diversos segmentos sociais no entorno da unidade e da própria comunidade.

Portanto, deve-se estabelecer uma real parceria, em que se privilegie a integração de saberes e experiências. Não se trata de buscar o mero agrupamento das ações e dos agentes, mas de promover uma interação real, com a colaboração e o compromisso de todos os envolvidos, sem manipulações e disputas pelo poder. Essa nova realidade só poderá ser criada a partir do momento em que os atores organizacionais e os grupos populacionais passem a ser considerados como sujeitos capazes de perceberem de maneira integrada os seus problemas e identificar soluções adequadas a sua realidade social.

É preciso adquirir atitudes como mobilização, participação e coresponsabilização de todos os setores para que assim, os problemas sejam resolvidos articuladamente e as conclusões e os fatos reunidos possam ser analisados em conjunto pelos setores envolvidos. Desta forma, cada política social deixará de encaminhar a seu modo uma solução, mas passará a considerar o

cidadão na sua totalidade, bem como a ação das outras políticas sociais, de acordo com Junqueira.

As estruturas setorializadas tendem a tratar o cidadão e seus problemas de forma fragmentada, com serviços executados solitariamente, embora as ações se dirijam à mesma criança, à mesma família, ao mesmo trabalhador e ocorram no mesmo espaço territorial e meio ambiente (JUNQUEIRA, 2004, p.27).

Assim, nesse processo, a escola passa a ser considerada como sujeito e não como objeto de intervenção. Com isso ela passa a assumir um papel ativo, colaborando na identificação e solução dos problemas e incentivando a construção de um ambiente saudável, mais fácil de se concretizar através de parcerias entre profissionais, comunidade e apoio institucional. A escola não é um mundo à parte, fechado e separado da vida, ao contrário é um local de troca de experiências e conhecimento, capaz de dinamizar discussões e gerar mudanças, portanto, um espaço de convivência, de aprendizagem e valorização da realidade que acontece fora de seus muros, do contexto onde seus alunos estão inseridos e de suas necessidades individuais.

4.2.1 Promoção da Saúde, instrumento para uma prática protagonista

Ainda são incipientes os mecanismos que favoreçam a construção coletiva da organização da atenção como, por exemplo, através de instâncias formais de pactuação entre gestores (comissões intergestores) e de participação da população.

Nesse sentido, o Projeto Político Pedagógico (PPP) por ser um documento que reúne as propostas de ação concreta a serem executadas na escola, bem como os meios para concretizá-las durante determinado período de tempo, se configura em uma ferramenta útil para discutir a saúde, de modo que haja o envolvimento de todos os segmentos da comunidade escolar, além de servir como um instrumento de pactuação entre os setores da educação e da saúde. Ainda, de acordo com Brasil (2006) a partir da publicação da Portaria nº 1.861 determinou-se que para ocorrer a adesão ao PSE em âmbito federal é necessário que suas diretrizes e a programação das atividades do PSE municipais estejam incluídas no projeto político-pedagógico de cada uma das escolas.

A escola contemplada pelo PSE deve funcionar de modo que as atividades em saúde a serem desenvolvidas devam fazer parte do projeto político pedagógico escolar, atendendo às expectativas dos professores e, principalmente, dos educandos. As temáticas a serem trabalhadas pelo PSE devem ser debatidas em sala de aula pelos professores, assessorados/orientados pelo pessoal da saúde ou diretamente por profissionais de saúde previamente agendados e com o apoio dos professores. Essa preparação dos educandos no cotidiano da escola pode implicar a participação desde

o agendamento e organização das atividades e/ou durante a realização delas (BRASIL, 2011, p. 13).

O PPP é o “mapa do caminho” quando construído coletivamente, pois aponta uma direção possível de percorrer. E visualizar esse caminho requer reflexão sobre o passado e o presente da escola e da comunidade (sua identidade) e a construção de um projeto de mudança e de possibilidade de diálogos entre a comunidade escolar. A oportunidade de reverter atitudes autoritárias e prescritivas de um setor sobre outro ocorre com a valorização do diálogo e do exercício de escuta entre atores e seus pares nas comunidades. Dialogar pressupõe a garantia do direito à fala, à escuta, de emitir sugestões, de perguntar e de esclarecer dúvidas, do exercício do poder de decisão, de identificar prioridades, de fazer escolhas e, sobretudo, de participar.

A saúde precisa ser pensada na inserção do PPP da escola porque, como forma de construção coletiva que envolve todos os segmentos da comunidade escolar, se integra aos planos da escola e da comunidade para a constituição do conhecimento e o viver a vida.

A inclusão dos temas nos projetos político pedagógicos também facilita o protagonismo dos educandos, apontando para um processo importante de autocuidado. Falar e trabalhar pedagogicamente os temas da alimentação, visão, audição, práticas corporais e outros aproximam os educandos da ação e desperta o interesse deles com suas próprias condições de saúde e riscos (BRASIL, 2011, p. 16).

Nesse contexto, a promoção da saúde na escola se configura em atividades que favorecem e estimulam a reflexão e o conhecimento, valorizam a construção coletiva, a participação e a mobilização social. E por meio de políticas sociais saudáveis, intersetoriais e sustentáveis, a produção da saúde na escola representa enfrentamento às desigualdades socialmente determinadas, incluídas as questões relativas a gênero, raça/etnia e orientação sexual, entre outras.

Nas entrevistas realizadas com as gestoras escolares e com a gestora do Programa Saúde Todo Dia, percebe-se a ausência de debates entre profissionais de saúde e a comunidade escolar sobre as ações de saúde que atendam às expectativas dos professores e, principalmente dos educandos, a fim de que estas possam ser incluídas no PPP. Embora a inclusão do programa no PPP seja uma proposta a ser seguida, percebe-se a partir das entrevistas que o programa não está incluso no PPP das escolas observadas.

E1(Gestora escolar SOM) – [...] Porque o PPP está sendo reformulado. Esse PPP não tem esse programa, mas tem os programas anteriores. Eu acho que pra participar da elaboração do programa tem que ser maior de 16 anos. Mas a gente

pode pegar a sugestão dos menores, porque isso não quer dizer que não são capazes.

E2 (Gestora do Programa Saúde Todo Dia) –[...] Então, não está oficialmente implantado no PPP da escola, mas acaba fazendo as ações propostas.

E3 (Coordenadora CEMEPE professores) – A questão da saúde tem que estar inserida no PPP desde 2007. Mas se você observar todos os projetos, não vai encontrar em nenhum. Se você observar nas propostas do Programa Saúde na Escola, essa é uma proposta.

E4 (Gestora escolar LT) – [...] Não me lembro de terem solicitado pra incluir o programa Saúde na Escola no PPP. Por ser uma parceria entre secretarias, ele vai acontecer independente de estar ou não no PPP. Mas é importante estar presente no PPP não porque ele o PPP vai garantir que ele aconteça, mas porque ele deve retratar tudo que acontece na escola.

Souza (2011) afirma que a escola é um equipamento social importante para a construção de uma sociedade democrática e, portanto, as crianças, adolescentes e jovens devem participar das decisões que ocorrem no cotidiano da escola, como por exemplo, na elaboração de um plano de ação em saúde que possa ser inserido no PPP. Este momento de debate e discussão servirá como um momento de reflexão em que o indivíduo reconhecerá os seus deveres e reivindicará os seus direitos. Daí, a relevância de se inserir o tema da educação em saúde no PPP. Contudo, pode-se perceber que ainda existem dúvidas sobre a atuação do educando na construção do PPP, conforme expresso por uma das gestoras.

Portanto, para que seja possível a realização de projetos intersetoriais, é necessário a construção de mecanismos de articulação e de integração, tendo como objetivo e referência a qualidade de vida da população.

Não há fórmulas para garantir a participação efetiva da comunidade escolar; ao contrário, a participação é sempre construída, conquistada. Do mesmo modo, não se constrói a intersetorialidade por meio de decisões de gabinete, ainda que estas sejam importantes; é no trabalho cotidiano, nas relações entre escola e serviço de saúde e de ambos com seu território e população, que se constroem as parcerias efetivas, com participação da comunidade, atuando no interesse de todos os envolvidos (PEDROSO, 2005, p.28).

Conforme, Souza (2011) ao se implementar o programa de saúde escolar deve-se estabelecer contato direto com educadores que podem ser considerados responsáveis pela articulação das ações de saúde. Para tanto, é necessário reservar espaço e tempo para que as atividades propostas sejam debatidas entre educadores e profissionais da saúde, pois assim, é possível identificar mais facilmente as questões prioritárias do perfil dos educandos. No entanto, com base nas opiniões emitidas pelas entrevistadas 4 e 6, gestoras escolares, percebe-se que a articulação entre o Programa Saúde Todo Dia – Da escola para toda a família e a unidade escolar está sob a única responsabilidade do agente de saúde escolar que é visto como o elo

entre a comunidade escolar e o sistema de saúde. Assim, o agente aparece como um personagem fruto de uma tentativa de juntar as perspectivas da atenção primária e da saúde comunitária.

E4 (Gestora escolar LT) – Através dos agentes de saúde que passam o programa, o que eles pretendem trabalhar e o que eles estão abertos a trabalhar [...] Os agentes são os principais interlocutores. Os agentes que combinam o que vai ser trabalhado com a direção. Não tem uma relação com o pedagógico, com o supervisor e o professor.

E6 (Gestora HLC) – Através dos agentes. Cada escola tem dois agentes por conta da escola. Eles fazem acuidade visual, pesagem, se tem algum outro problema eles encaminham.

O Programa Saúde Todo Dia visa estabelecer uma proposta de parceria com as unidades escolares que possa ir além da intervenção convencional realizada em programas anteriores, isto é, com enfoque na prevenção de doenças. Assim, o programa coloca-se agora sob a tônica da Promoção da Saúde, tendo subjacente a visão integral do indivíduo inserido no seu ambiente familiar, social e comunitário, bem como, a colaboração e corresponsabilização dos mais diferentes parceiros previstos no processo. Não pode existir neste grupo uma hierarquia de importâncias, pois apenas o esforço conjunto no desenvolvimento das competências e habilidades de cada um permitirá alcançar os objetivos.

Na percepção da entrevistada 7, agente de uma unidade escolar, não se trata de um programa intersetorial, mas sim “um programa mediador”, desconsiderando desta forma, a participação do educador. Na opinião do agente, a escola é o espaço ideal para a realização das ações simplesmente porque é onde está concentrado o maior número de indivíduos a receberem o atendimento do programa e também porque se trata de uma “combinação” entre as secretarias da saúde e da educação e que, portanto, o programa deve acontecer com a aceitação ou não do educador.

E7 (Agente de saúde da Escola PLT) – Não digo intersetorial. É um programa mediador. A nossa função é mediar a educação e a saúde.

E7 (Agente de saúde da Escola PLT) – [...] nós nas escolas alcançamos um público muito grande. A vantagem é que nós encontramos os alunos todos os dias na escola, em nenhum outro lugar é possível ter acesso a esse público. A escola é um espaço usado pra alcançar esse público.

E7 (Agente de saúde da Escola PLT) – Eles (professores) têm que aceitar o programa na escola de qualquer forma. É uma combinação entre secretarias, da saúde e da educação. O programa tem que acontecer independente do que acham. Vem de cima pra baixo. A direção pode tornar meu trabalho mais fácil ou mais difícil. Mas, depende muito do agente de saúde, depende da abordagem do agente. Os professores participam muito. E nós não entramos na sala de aula sem a permissão do professor. Nós dependemos da aceitação do professor. O professor pode contribuir com o programa através da forma pela qual ele nos recebe. Se ele

demonstra nos receber apenas como uma obrigação, o aluno não terá interesse. Mas o professor fortalece o nosso trabalho em sala.

Há que se considerar a fala da entrevistada de número 7, agente de saúde escolar, já que mais uma vez é trazida à tona a questão da obrigação, agora, em um tom mais enfático e sem máscaras. A escola, na opinião da entrevistada, é obrigada a adotar o programa, seja ele impositivo ou não. Por outro lado, a saúde, representada pelo agente de saúde escolar, só entra na sala de aula se houver a permissão do professor. Ao pensar desta forma, demonstra-se a ausência do diálogo no momento de se construir o projeto de educação e saúde e confirma o pensamento de Foucault (1988) que o poder é uma prática encontrada em diferentes pontos da rede social e que se manifesta através do saber.

Para o autor, há uma notória afirmação de relações de poder, entre a educação e a saúde por serem estreitamente relacionadas com a população e também, por serem áreas que são constituídas como sendo detentoras do saber, e, portanto, de poder. Para Foucault há uma relação de reciprocidade entre saber e poder, pois não há relação de poder que não esteja intrinsecamente vinculada a um campo de saber, nem saber que não suponha e não constitua ao mesmo tempo um determinado poder. Conforme o autor, “o exercício do poder cria perpetuamente saber e, inversamente, o saber acarreta efeitos de poder” (FOUCAULT, 2007, p. 80). Assim sendo, institui-se uma hierarquização de saberes e poder com a finalidade de separar os sujeitos classificando-os e ordenando-os, em aqueles que exercem o poder e aqueles que são determinados por ele.

Outro aspecto a ser considerado, a partir da fala da mesma agente de saúde, trata-se da escolha da escola como local para a implementação da educação para a saúde. Tal escolha não pode se assentar apenas no pressuposto de que dificilmente algum programa de educação para a saúde implementado noutro local seja capaz de atingir tantas crianças e jovens. Ao imaginar a escola somente como um espaço para facilitar o maior número de intervenções a serem realizadas (vacinação, teste de acuidade, medidas antropométricas, e outras) desconsidera-se o grande número de crianças que se encontram fora do sistema educacional, o que gera uma dupla exclusão, uma vez que a criança excluída da escola fica, por conseguinte, excluída do direito à assistência de saúde.

Contudo, não se pode desconsiderar que a escola é o lugar ideal para desenvolver programas de promoção e educação em saúde de amplo alcance e repercussão, já que exerce uma grande influência sobre seus alunos nas etapas formativas e mais importantes de suas vidas. Inúmeros estudos mostram claramente que as raízes do comportamento humano, nos seus diferentes

níveis, se situam na infância e na adolescência. Portanto, a educação para a saúde na escola permite trabalhar o indivíduo numa fase de formação em que ainda não adquiriu hábitos prejudiciais à saúde, estando numa fase do desenvolvimento em que são mais receptivos à aprendizagem de hábitos e assimilação de conhecimentos.

A escola é também, um ambiente que promove o convívio e a interação pessoal, criativa e autônoma, o que possibilita a ampliação da liberdade, o desenvolvimento da consciência crítica e a formação para a ação e autoajuda e inclui a participação e responsabilização dos próprios educandos, bem como a relação entre estes e os educadores. Além dessas razões, ainda há a colaboração de profissionais pedagogicamente preparados para o ensino, bem como o seu valioso contributo no processo de educação, enquanto agentes construtivos e fomentadores da autonomia.

Sob essa perspectiva, a concepção de saúde se insere no espaço intraescolar, sendo fundamental para o desenvolvimento do cidadão moderno, um trabalho colaborativo entre essas duas esferas da vida humana, conforme Souza (2011).

As escolas se constituem em espaços privilegiados para abordar os adolescentes e implementar algumas intervenções dirigidas à diminuição do sentimento de alienação e ao aumento da percepção de bem-estar, o que traz benefícios para a saúde de um modo geral. Dado que os valores, as normas e o ambiente social que afetam os hábitos e comportamentos dos indivíduos são relevantes para a promoção de saúde, é fundamental que o ambiente escolar seja reconhecido como um cenário propício para a execução de estratégias que visem à promoção da saúde (SOUZA, 2011, p. 75).

De acordo com o Programa Saúde na Escola (PSE) o agente de saúde deve realizar visitas periódicas e permanentes às escolas para desenvolver ações de prevenção, promoção e atenção à saúde dos escolares. Portanto, da atuação do agente de saúde consegue-se identificar dois componentes ou dimensões principais: um mais estritamente técnico, relacionado ao atendimento aos indivíduos e famílias, à intervenção para prevenção de agravos ou para o monitoramento de problemas específicos, e outro mais político, no que tange à formação integral do aluno, como cidadão consciente de seu estar no mundo, refletindo criticamente sobre sua vida e caminhos para construí-la de uma forma saudável.

Percebe-se um enfoque maior na dimensão técnica desempenhada pelo agente como: a avaliação da higiene bucal, a atualização e controle do calendário vacinal, a identificação de problemas de visão e a identificação de hábitos alimentares inadequados. Das afirmações feitas pelas três gestoras escolares, pode-se concluir que ainda que, o Programa Saúde Todo Dia – Da escola para toda a família tenha passado a ocupar o espaço escolar após a

reestruturação de programas anteriores, os educadores de modo geral, ainda demonstram uma visão conservadora quanto ao papel da saúde. De acordo com os entrevistados, o Programa Saúde Todo Dia deve exercer uma função higienista, enquanto polícia sanitária para normatizar as condições de higiene do aluno e esquadrinhar a sala de aula, ou deve intervir “medicalizando” o fracasso escolar.

Assim, estas ações de saúde, desenvolvidas por profissionais da educação e/ou da saúde, são ainda práticas prescritivas e higienistas de educação em saúde e pouca relevância têm na formação de sujeitos autônomos, participativos e críticos, uma vez que não atendem às recomendações para estas ações no marco teórico-político da promoção da saúde.

E3 (Coordenadora CEMEPE professores) – O programa anterior ficava muito preso no teste de acuidade visual e de saúde bucal. Esse programa depois de reformulado, eu percebo uma preocupação maior com diversos temas, como sexualidade e higiene. Ficou melhor, mais amplo. Outra coisa muito boa é a atualização da caderneta de vacinação. Isso ocorre em todas as escolas. Se o agente percebe que 50% dos alunos estão com vacinas atrasadas eles fazem um movimento dentro da escola pra vacinar todos.

E4 (Gestora escolar LT) – Antes havia a escovação e acuidade visual [...] Agora o foco está na obesidade e na magreza.

E4 (Gestora escolar LT) – No ano passado tivemos problema com o piolho, aí nós pedimos pra eles. Tem essa abertura. ...Os agentes que combinam o que vai ser trabalhado com a direção. Não tem uma relação com o pedagógico, com o supervisor e o professor.

E6 (Gestora HLC) – Acho que está havendo uma maior preocupação pelo poder público em relação à saúde e com a prevenção principalmente. Porque se focar na prevenção não vai haver tanta doença [...] Antes os agentes atuavam mais na prevenção de cáries [...] Também, sempre houve o programa de acuidade visual. O programa tem se diversificado mais.

Tem sido acrescido no arcabouço teórico desta nova proposta de saúde escolar, um conceito mais abrangente de saúde, isto é, como visão integral do indivíduo em suas dimensões individuais (cuidados com o corpo, desenvolvimento de hábitos saudáveis) e coletivas (o sujeito inserido no seu ambiente familiar, social e comunitário). Contudo, apesar das ações de promoção da saúde serem recomendadas na escola, percebe-se que é frequente a oferta de programas/projetos de prevenção de doenças verticais e que nem sempre são as demandas da comunidade escolar. Portanto, percebe-se haver na prática o mesmo enfoque dos programas anteriores, ou seja, o Programa Saúde Todo Dia – Da escola para toda a família ainda privilegia a prevenção da doença por meio de técnicas curativas ou assistencialistas.

Não se trata aqui de desmerecer as práticas preventivas, afinal elas fazem parte do rol de estratégias da promoção em saúde. No entanto, muitas vezes, programas de saúde organizam

suas práticas apenas em torno de ações preventivas de doenças, ou seja, no discurso preventivo de doenças e de outros agravos, na divulgação de informação científica e de recomendações normativas de mudanças de hábitos. A base deste discurso preventivo tende a concentrar-se em componentes educativos primariamente relacionados com riscos comportamentais passíveis de mudanças individuais, mas que pouco afetaria uma coletividade. Neste sentido, de acordo com o discurso preventivo, os problemas de saúde podem ser facilmente resolvidos pela educação das pessoas, que ao receberem a informação correta tornam-se responsáveis por alterarem seus estilos de vida para serem mais saudáveis.

É importante destacar que esse modelo preventivo em saúde baseia-se na pedagogia da transmissão. Conforme Souza (2011) essa opção pedagógica valoriza, sobretudo, os conteúdos educativos, isto é, os conhecimentos e valores a serem transmitidos. Pode também ser chamada de educação tradicional ou, nas palavras de Paulo Freire, “educação bancária”. Nesse modelo o aluno é considerado uma “página em branco” e recebe passivamente os conhecimentos, tornando-se um depósito de informações fornecidas pelo professor. Educa-se para arquivar o que se deposita e, “quanto mais se dá, mais se sabe”.

A educação que se impõe aos que realmente se comprometem com a libertação não pode fundar-se numa compreensão dos homens como seres vazios a quem o mundo encha de conteúdos; não pode basear-se numa consciência especializada, mecanicistamente compartimentada, mas nos homens como ‘corpos conscientes’ e na consciência como consciência intencionalizada ao mundo. Não pode ser a do depósito de conteúdos, mas a da problematização dos homens em suas relações com o mundo (FREIRE, 1982, p. 77).

Segundo Freire (1982) o verdadeiro ensino distingui-se do treinamento e da instrução porque o seu propósito não é formar um técnico, mas um homem. É a partir deste momento que se começa a concretizar o desenvolvimento de uma sociedade mais humanista, em que a integração de conhecimentos e valores cria um sentimento muito forte de responsabilidade individual em relação ao coletivo, lutando por condições de justiça social, equidade e saúde coletiva. Enfim, a pedagogia da transmissão não fomenta a transformação das estruturas, o crescimento pleno das pessoas e a participação ativa em processos de mudança.

A informação em saúde pode representar uma parte significativa do desenvolvimento de indivíduos capazes de decidir de forma segura, ética e responsável sobre situações que podem ser consideradas de risco a própria saúde e a saúde da comunidade. Entretanto, a informação por si não é capaz de garantir resultados satisfatórios de prevenção de vulnerabilidades e de promoção da saúde. A escola juntamente com os programas de saúde devem introduzir

iniciativas que levem o educando a pensar sobre o território onde vive, as ações coletivas, as redes de solidariedade e as posturas cidadãs.

A prevenção não se limita ao fornecimento de informações sobre o risco do uso de substâncias lícitas e ilícitas, a anatomia e o funcionamento dos órgãos reprodutivos, aos métodos contraceptivos, DST/AIDS, ou ao acesso à camisinha, mas envolve uma participação ativa do adolescente no sentido de refletir sobre os caminhos que pode tomar em sua vida, desenvolvendo assim sua autonomia e sua responsabilidade. (MINAS GERAIS, p. 29, 2006)

O pensar coletivamente e o refletir profundamente sobre as questões de saúde são tarefas importantes e não podem se resumir simplesmente na transmissão de informação. Nesse sentido, “se o objetivo é o fortalecimento das populações para que as classes sociais possam fazer face de maneira mais adequada aos determinantes do processo saúde-doença é preciso lançar mão de uma pedagogia não normativa, mas dialógica e emancipatória” (ZINN, 2007, p. 88).

Visto desta maneira, o processo educativo em saúde, isto é, as ações de prevenção e de promoção de saúde realizadas na escola, estimularão o potencial criativo e resolutivo dos indivíduos, estimulando a participação e o protagonismo juvenil, para o desenvolvimento de projetos de vida e comportamentos que priorizem o autocuidado em saúde. Tais condutas permitirão que os indivíduos adquiram habilidades necessárias para tomar decisões e fazer escolhas sempre visando o bem comum. Portanto, a inserção e a participação do adolescente na escola é prioridade para a construção de um projeto de vida educacional e profissional, proporcionando alternativas de vida distintas do uso e/ou abuso de substâncias e da maternidade e da paternidade precoces.

Para Meresman (2008) os programas de saúde escolar têm consolidado uma inércia que tende a resistir às mudanças e desestimular a inovação. Dentro desta tradição são realizadas atividades esporádicas (palestras, campanhas, controles de saúde) que não levam em consideração as lógicas escolares, os tempos institucionais, nem as prioridades e oportunidades que existem na cotidianidade da escola.

Conforme se observa nas entrevistas, o principal recurso empregado na formação do educando no Programa Saúde Todo Dia são as palestras. No entanto de acordo com Minas Gerais (2006) diversas estratégias de prevenção podem ser desenvolvidas pelas diferentes secretarias (educação, saúde, criança, esporte e lazer, ação social, cultura, abastecimento, meio ambiente) de maneira integrada. Estas estratégias tendem a agregar valor educativo às ações de prevenção e proteção através do envolvimento de grupos de adolescentes

protagonistas, oficinas em unidades de saúde, atividades esportivas e culturais, profissionalização de adolescente, participação em atividades comunitárias e outras, as quais podem permitir identificar e incidir sobre os fatores determinantes do processo saúde-enfermidade.

E1 (Gestora escolar SOM) – [...] Então, eles vieram fizeram uma palestrinha sobre o que poderia estar causando [...] É isso, teve palestra, muita palestra.

E2 (Gestora do Programa Saúde Todo Dia) – Mudar hábitos e comportamento é complicado. Mas, a função da promoção da saúde é essa intervir o mais cedo possível na vida da criança. Porque se a gente não mudar hábito, não mudar comportamento, ficar fazendo palestra não adianta nada entra num ouvido e sai no outro. E não só na vida do menino mas na sua família [...] Como eles, os agentes ficam muito tempo na escola, os alunos já veem o agente e já diz: “Ah, tia você vai falar isso de novo?”.

E6 (Gestora HLC) – São feitos muitos trabalhos. Campanha da vacinação. Eles pegam os cartões de vacinação e conferem então, fazem as vacinas que estão em atraso. Testes visuais com encaminhamentos se precisar. Palestras sobre doenças sexualmente transmissíveis, gravidez na adolescência. Como nós temos os casos mais específicos eles Focalizam o que a escola mais precisa. Palestras sobre drogas. Esse é o nosso maior problema aqui na nossa região. Eles pegam os meninos pra trabalharem como vendedores.

E7 (Agente de saúde da Escola PLT) – As palestras. A nossa principal função é levar o conhecimento científico aos alunos. O adolescente tem acesso a informação, mas nem sempre é o que ele necessita no momento. É informação demais e eles filtram muito pouco. Nós queremos que eles tenham acesso à informação em tempo real e que possa esclarecer as suas dúvidas. Nós mostramos pra eles estudos, pesquisas numa dinâmica diferente, numa apresentação diferenciada que acabam despertando interesse... Nós gastamos em média dois a três horários dando palestras. Pra o menino fica puxado é muita informação pra pouco tempo.

Por outro lado, como o território é extenso para a quantidade de agentes não é possível outra possibilidade a não ser, seguir o paradigma tradicional em que a função dos atores do processo educativo é claramente segmentar e estanque. Desta forma, ao realizar palestras, o agente de saúde assume sozinho, o papel de detentor de uma verdade inquestionável e desconsidera o aluno como autor no processo, capaz de fazer escolhas e construir seus próprios caminhos.

De acordo com Delors (1999) a educação baseia-se em quatro pilares: aprender a aprender, ou seja, buscar a aquisição de saberes, sob seus diversos aspectos; aprender a fazer, isto é, qualificação profissional e aquisição de competências para ser capaz de atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania; aprender a viver junto, este refere-se a uma formação humanista, ética e comprometida com o aspecto social e com a cidadania; e aprender a ser, para, em uma visão crítica, desenvolver sua personalidade e, por meio dela sua capacidade de autonomia, de discernimento e de responsabilidade pessoal.

Aqui, busca-se focar o segundo pilar que parece está em acordo com o que é proposto pelo Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas proposto pelo Ministério da Educação e pelo Ministério da Saúde (2011), em parceria com a Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA).

Nas escolas, o trabalho de promoção da saúde com os estudantes e também com professores e funcionários, precisa ter como ponto de partida “o que eles sabem” e “o que eles podem fazer”, desenvolvendo em cada um a capacidade de interpretar o cotidiano e atuar de modo a incorporar atitudes e/ou comportamentos adequados para a melhoria da qualidade de vida. Nesse processo, as bases são as “forças” de cada um, no desenvolvimento da autonomia e de competências para o exercício pleno da cidadania, isto é uma atitude permanente de empoderamento.

Portanto, acreditando que adolescente aprende mais com adolescente, o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação convocam adolescentes e jovens a intensificarem o diálogo entre seus pares. Nessa perspectiva, prioriza-se a prática protagonista para que o aluno esteja à frente da ação, participando, de fato, dos processos que vão lhe permitir maior autonomia, conhecimento e identificação do seu papel como ser humano e na construção de suas relações sociais. Assim, de acordo com Brasil (2011) a educação entre pares é um processo de ensino e aprendizagem em que adolescentes e jovens atuam como facilitadores(as) de ações e atividades com e para outros(as) adolescentes e jovens, ou seja, os pares. Quando se propõe um modelo de aprendizagem como esse, a ideia é que serão os (as) próprios(as) adolescentes e jovens os(as) responsáveis tanto pela troca de informações quanto pela coordenação de atividades de discussão e debate junto a seus pares.

Segundo a entrevistada de número dois, coordenadora do Programa Saúde Todo Dia – Da escola para toda a família, a educação entre pares pode ser entendida como uma alternativa para solucionar ou diminuir as dificuldades em decorrência da carência de agentes de saúde escolar e também, para que os encontros dos agentes com os educados ultrapassem a esfera da transmissão de informação. A entrevistada afirma que um dos objetivos do programa para este ano é

E2 (Gestora do Programa Saúde Todo Dia) – [...] transformar o adolescente e tornar esse adolescente em um multiplicador e isso, é norma do ministério. Por exemplo, trabalhar a sexualidade. Deixar com que o adolescente desenvolva o projeto como ele quiser com dança de rua [...] Educação entre pares. Ele falando para os pares dele. Esse ano a gente começou a trabalhar com a educação entre

pares focando para os próximos anos. Esse aluno tem que falar para os outros na linguagem que querem ouvir. A gente lança alguns assuntos como álcool, tabagismo e drogas e escolhemos uns dois ou três alunos por escola. Então, vamos fazer uma educação continuada com eles para que eles trabalhem na escola. Então, eles serão responsáveis por formar outros grupos. Aí, a gente acredita que isso pode gerar alguma mudança. Esse é o nosso objetivo.

Brasil (2011) afirma haver muitas razões para se optar pela educação entre pares. A primeira delas é que adolescentes e jovens conversam de “igual pra igual” com seus pares sobre diferentes assuntos, e deste modo, é possível tentar desconstruir mais facilmente, ideias preconceituosas e atitudes discriminatórias associadas às diversidades sexuais, aos gêneros, à cor da pele, raça, etnia ou cultura, à vida com HIV/AIDS, às pessoas com deficiência, entre outros. Outro motivo importante é que investe-se na melhora de sua auto-estima e retira-se a ênfase da ação limitada na informação e na valorização equivocada apenas das carências, problemas ou dificuldades que o aluno tem ou que surgem. Ao contrário, o trabalho com o protagonismo juvenil valoriza, antes, as oportunidades e possibilidades de desenvolvimento e aprendizagem, de melhorar a própria comunidade em que vivem. Sendo assim, por conhecerem a realidade dos (as) outros (as) adolescentes e jovens estes organizam atividades mais próximas da cultura local.

4.2.2 O envolvimento da família no Programa Saúde Todo Dia – Da escola para toda a família

Como já dito anteriormente, o programa Saúde na Escola deve envolver muitos setores e por ser uma ampla iniciativa, acredita-se que mesmo que, o adolescente faça parte do processo de ensino e aprendizagem, um programa de educação entre pares não pode se restringir a agentes e a educadores. Nesta proposta de educação entre pares devem também estar incluídos órgãos públicos, organizações, bem como a família e até mesmo agências internacionais. É importante atentar para as armadilhas do pensamento e interesses dominantes que estimulam a responsabilização dos sujeitos e abstém o Estado de suas responsabilidades, com o objetivo de reduzir custos, o que muitas vezes significa a precarização dos serviços. O que contraria de certa forma, a fala da entrevistada de número dois, coordenadora do programa, que entende que os agentes responsáveis por trabalhar promoção da saúde na escola são o professor e o aluno.

E2 (Gestora do Programa Saúde Todo Dia) – A possibilidade que nós vemos é essa. Passar a responsabilidade para esses adolescentes. E esse agente tem uma carga muito pesada e uma responsabilidade muito grande. A partir do momento, que o

agente delega uma função e ficará apenas como apoio e a referência é aquele adolescente. A gente pensa no agente apenas como referência. Ele não vai entrar em sala de aula pra trabalhar promoção da saúde com o aluno, isso seria o professor e o adolescente. O agente ficaria apenas com a parte técnica medir e pesar, teste de acuidade deixando a promoção da saúde só para o aluno, para os líderes de cada escola.

Para a implementação e viabilização de todo este processo é necessário não esquecer a família, primeiro ambiente de formação e educação para a cidadania da criança, pois é a instância matriz da socialização na vida das crianças. Embora a família tenha vivenciado transformações significativas nas últimas décadas do século XX e início do XXI, ainda continua exercendo um papel específico no contexto social, além de ser uma instituição reconhecida e altamente valorizada por contribuir para o bem-estar físico psicológico, social, afetivo e moral de seus membros. A família seja ela um modelo tradicional, ou mono parental, ou de acolhimento, o importante é que esta seja exemplo de participação na vida social, de atenção ao que a cerca, de abertura e solidariedade.

Independentemente de como a família é constituída, esta é uma instituição fundamental da sociedade, pois é nela que se espera que ocorra o processo de socialização primária, onde ocorrerá a formação de valores. Este sistema de valores só será confrontado no processo de socialização secundário, isto é, através da escolarização e profissionalização, principalmente na adolescência (VALADÃO; SANTOS, 1997, p. 22).

Segundo Brasil (2009), a promoção da saúde no âmbito escolar deve partir de uma visão integral e multidisciplinar do ser humano, que ultrapassa a delimitação física da escola e considera as pessoas em seu contexto familiar, comunitário, social e ambiental.

Sabe-se que, embora a escola possa assumir um papel fundamental no desenvolvimento das relações sociais, a educação em saúde na escola, por vezes tem centrado sua ação nas individualidades, tentando mudar comportamentos e atitudes sem, muitas vezes, considerar as inúmeras influências provenientes da realidade em que crianças, adolescentes e jovens se veem inseridos. Não existe “o indivíduo”: cada um é uma colagem de gerações anteriores, embora cada um tenha a sua marca própria em maior ou menor intensidade. É muito empobrecedor ver apenas o indivíduo. Deve-se ter por objetivo uma visão dinâmica da pessoa no contexto familiar. Para Pelicioni (1999) é comum acontecerem ações isoladas voltadas ao trabalho para saúde, partindo de uma visão assistencialista de educação e sem discutir a conscientização acerca do tema saúde e suas inter-relações para o equilíbrio dinâmico da vida.

De acordo com Buss (2000) o espaço da família é fundamental para a implementação das ações de promoção da saúde no seu estilo de vida. Para o autor, é na família que se constituem muitos dos comportamentos e hábitos de vida favoráveis ou nocivos para a saúde. Padrão

alimentar, higiene pessoal, uso de tabaco e álcool, hábito do exercício físico, comportamento sexual, padrão nas relações interpessoais, enfrentamento de situações estressantes, entre outras, são algumas das condutas geralmente construídas no núcleo familiar inicial e levadas para quase toda a vida, reproduzindo-se muitas vezes de forma inalterada em sucessivas gerações. Assim, a família se revela não somente como fator indispensável na estabilidade emocional da criança como também na sua educação.

Ao ser feita uma leitura mais aprofundada do Programa Saúde Todo Dia – Da escola para toda a família, observa-se não haver no documento referências ao tema família. O programa parte do pressuposto de que escola e família devem caminhar juntas na busca pela saúde, e tal afirmação pode ser observada unicamente por citar a família no nome do programa. No entanto, o documento não apresenta a principal diferença que distingue o programa atual dos programas anteriores, a qual está relacionada à mudança do foco de atenção, isto é da atenção às doenças para uma abordagem centrada no indivíduo e sua família.

Pode-se afirmar com base na resposta de um dos entrevistados, uma agente de saúde, que para haver êxito na implementação do programa de saúde na escola, é primordial o compromisso e a participação da família.

E5 (Agente de saúde Escola SOM) – [...] Nessas ações que foram promovidas até agora se a família não participar não tem como o programa ter sucesso. Ainda não percebo o envolvimento da comunidade nas ações realizadas até agora.

No entanto, pelas respostas dos entrevistados, a família só é inserida ao programa quando esta é notificada sobre as ações que serão realizadas na escola. Desta forma, não há de fato uma interação do profissional de saúde com a família e, portanto, não é possível criar vínculos e tão pouco aplicar ferramentas que contribuam no reconhecimento da dinâmica familiar.

E1 (Gestora escolar SOM) – [...] pra eles fazerem uma palestrinha de vez em quando na sala de aula com os alunos, ou às vezes até com os pais. Já teve palestra com os pais. Não vem muita gente, mas sempre aparece uma quantidade pequena, mas vem. Pra tá divulgando o programa para os pais, mas infelizmente, vem pouca gente.

E4 (Gestora escolar LT) – [...] Ainda é muito individual ainda não vê o coletivo. Não abrange muito a família não. Alcança a família só por bilhete, por recado.

E7 (Agente de saúde da Escola PLT) – [...] Não existe o trabalho de convidar o pai e a mãe pra fazer o perfil nutricional deles, fazer palestra para os pais. Isso não existe.

E8 (Agente de saúde HLC) – Todas as vezes que eu vou executar uma ação que necessita de autorização, eu envio um comunicado aos pais informando e solicitando a sua autorização. Sempre é informado os pais o que está acontecendo com o filho. Em todas as nossas ações, os pais são informados. Aí, é com eles. O pai

é informado. Se ele tiver alguma dúvida ou questionamento, ele pode nos procurar a qualquer momento. Mas, parte mais do pai do que da gente. Porque se a gente for de casa em casa conversar com pai de aluno...

Percebe-se que a família recebe notificações sobre a presença dos agentes de saúde na escola. Nestas notificações são relatadas as ações que os agentes devem cumprir na escola, como por exemplo, discutir questões referentes aos conteúdos presentes na caderneta do adolescente como medidas antropométricas e maturação sexual. Assim, no caso das escolas visitadas as famílias receberam convites para participar de uma palestra com a finalidade de demonstrar a maneira pela qual os conteúdos seriam apresentados. No entanto, de acordo com um dos agentes de saúde, há uma dificuldade em se manter uma relação mais próxima com a família já que esta não comparece às reuniões na escola.

E5 (Agente de saúde Escola SOM) – Quando eu tenho a oportunidade de ter acesso à família, eu tento aproveitar o máximo pra conhecer a realidade da família. Mas muitas vezes, nós agendamos reuniões com os pais ou responsáveis e eles não comparecem. [...] Assim, se uma criança está com sobrepeso nós tentamos conscientizar os responsáveis de que eles têm que ajudar. Nessas ações que foram promovidas até agora se a família não participar não tem como o programa ter sucesso. Ainda não percebo o envolvimento da comunidade nas ações realizadas até agora.

A relação entre o Programa Saúde Todo Dia e a família deve ser pautada nos princípios de participação, de responsabilidade compartilhada, de respeito mútuo e de construção conjunta de intervenções voltadas para um viver com qualidade. Portanto, é fundamental conhecer como cada sujeito e seus familiares lidam com questões inerentes à saúde, à subsistência, aos aspectos religiosos, culturais, políticos, afetivos e outros elementos da subjetividade que representam desafios para os profissionais que atuam na saúde e na educação. A situação de vulnerabilidade a que uma família pode estar exposta aponta para a necessidade de se conhecer, o mais profundamente possível, o contexto familiar como fator decisivo para uma abordagem viável e adequada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Inicia-se a parte final desta pesquisa reiterando que a revisão teórica empregada corroborou no cumprimento dos objetivos propostos neste estudo. Assim, foi possível não apenas analisar a trajetória dos programas de saúde escolar na cidade de Uberlândia que culminaram no Programa Saúde Todo Dia – Da escola para toda a família, mas também, caracterizá-lo a partir da perspectiva da integralidade e da intersetorialidade.

Portanto, pode constatar a partir deste estudo que os programas de saúde na escola desenvolvidos em Uberlândia, têm se preocupado em exercer abordagens que embora focalizem os estudantes, estas se encontram dentro de uma perspectiva sanitária ou higienista com o objetivo de transmitir cuidados de higiene e de divulgar meios profiláticos, preventivos e assistenciais. Mesmo com o novo projeto de saúde, o Programa Saúde Todo Dia – Da escola para toda a família que assume buscar o desenvolvimento de ações de promoção à saúde de crianças e adolescente, os esforços concentram praticamente nos estilos de vida, com ênfase na ação individual.

Assim, não é possível perceber na proposta do Programa Saúde Todo Dia – Da escola para toda a família a ideia de empoderamento associada a valores como democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, isto é, não há uma real preocupação com a formação de jovens protagonistas. A ideia de empoderar, de acordo com o Programa Saúde Todo Dia está fundamentada na prevenção de doenças e limita-se somente a informar à população sobre o que são patologias, as causas e os riscos.

O Programa Saúde Todo Dia apresenta assim, uma preocupação isolada com os problemas de saúde individual; e apesar de ter como lema a “saúde da escola para toda a família” não está claro como este objetivo pode ser alcançado, uma vez que os alunos não são sensibilizados a atuar através de uma participação construtiva em que estes sejam capazes de contribuir para a resolução de problemas na sua família, na escola ou na comunidade.

Sob essa perspectiva, uma política pública como o PSE, deve preparar a criança e o jovem para que sejam capazes de cuidar não apenas da sua própria saúde, mas também da saúde dos seus semelhantes, adotando estilos de vida que permitam o desenvolvimento global das suas capacidades. O Programa Saúde na Escola pode contribuir nesse sentido. Mas para que isso possa ocorrer é preciso que o processo educativo em saúde estimule a participação e o

protagonismo juvenil, para o desenvolvimento de projetos de vida e comportamentos que priorizem o autocuidado em saúde e o bem comum. Para tanto, são indispensáveis diferentes abordagens que estimulem os indivíduos a adquirir as habilidades necessárias para tomar decisões e fazer escolhas. É preciso lembrar que, na adolescência, há um enorme potencial para o desenvolvimento de sonhos, de elaboração de propostas e de pensar em mudanças.

Observa-se que essa força, dentro de uma política de protagonismo juvenil, criativa ainda não tem sido potencializada pelo Programa Saúde Todo Dia, uma vez que, não se percebe haver a mobilização e o envolvimento dos adolescentes para a construção do projeto de promoção da saúde. As atividades realizadas pelo Programa Saúde Todo Dia baseiam-se na transmissão de informações sem propor iniciativas que levem o educando a refletir coletivamente sobre as questões de saúde relacionadas ao território onde vive, às ações coletivas, às redes de solidariedade e às posturas cidadãs.

O trabalho de promoção da saúde com os estudantes deve ter como ponto de partida o que eles sabem e o que eles podem fazer para se proteger, desenvolvendo, em cada um, capacidades que lhes permitam interpretar a realidade de modo que estes tenham condições de escolher as atitudes e/ou comportamentos adequados.

O pensar coletivamente e o refletir profundamente sobre as questões de saúde não podem se resumir em simplesmente na transmissão de informação. É preciso lançar mão de uma pedagogia não normativa, mas dialógica e emancipatória, implementando uma maior diversidade de estratégias que explorem as questões de saúde no contexto da vida dos alunos e da comunidade, através de atividades que possam acontecer em sala de aula e fora dela. Deste modo, temas como: sexualidade, prevenção das DST/HIV/AIDS, cidadania, participação, direitos, relações de gênero, diversidade sexual, raça, etnia e tantos outros precisam ser contextualizados e discutidos, por meio de uma abordagem pedagógica que inclui informação, reflexão, emoção, sentimento e afetividade, trabalhando com conceitos científicos, poesias, música, filmes, textos jornalísticos, dados históricos e de pesquisa, entre outros.

Há ainda que se pensar, que a inserção da temática saúde no espaço escolar deve ser observada sob dois enfoques: o primeiro referente à saúde da criança e o segundo referente à saúde do adolescente. É preciso reconhecer que as crianças e os adolescentes são sujeitos de direitos e portadores de necessidades especiais e diferentes. Nesse sentido, deve-se lançar um novo olhar sobre o adolescente, apresentando arcabouço teórico que estimule a reflexão sobre

novos conceitos, estratégias e ações na área de promoção da saúde voltada para esse grupo etário.

Apesar de serem apresentadas no Programa Saúde Todo Dia, as ações que devem ser dirigidas aos adolescentes, observou-se que o Programa Saúde da Criança e do Adolescente tem desenvolvido um modelo de atenção à saúde, utilizando como único instrumento a Caderneta de Saúde do e da Adolescente. A caderneta é então, utilizada como fonte exclusiva de informação e também como uma única forma de valorizar e estimular a autonomia frente aos cuidados de saúde.

Neste sentido, acredita-se haver a necessidade de se elaborar uma Linha-Guia específica para este grupo etário, buscando nortear ações continuadas, multidisciplinares e integradas e estabelecer uma rede de atenção, ligando os serviços existentes e estabelecendo ações a serem implantadas e implementadas. Com a elaboração desta Linha-Guia espera-se que a Secretaria Municipal de Saúde e Educação de Uberlândia demonstre um compromisso com a faixa etária da adolescência. Tal compromisso será demonstrado ao se reafirmar as importantes parcerias profissionais e institucionais, integrando ações num sistema de rede que possa interligar os diversos programas já em funcionamento, desenvolvidos por outras secretarias municipais, evitando assim, uma postura de isolamento.

Refletir sobre o percurso dos programas de saúde escolar em Uberlândia possibilitou perceber que, embora sejam manifestas inúmeras afinidades entre os setores de Educação e de Saúde, muitas vezes, a escola é considerada pelo setor da saúde apenas como um espaço útil para facilitar a realização de intervenções como vacinação, teste de acuidade, medidas antropométricas, entre outras. Desta forma, a escola é desconsiderada como um espaço ideal para a produção do conhecimento do cidadão crítico através do estímulo à autonomia, ao exercício de direitos e deveres, às habilidades para a vida, com opção por atitudes mais saudáveis e ao controle das suas condições de saúde e qualidade de vida, ou seja, para acontecer a promoção da saúde.

No entanto, para que a escola não seja considerada apenas palco de atividades de cunho preventivo e nem assuma sozinha todas as responsabilidades na implementação de programas de saúde é preciso reconhecer o papel estratégico que esta pode e deve desempenhar ao ampliar o enfoque de saúde como educação. A responsabilidade da escola pela saúde é importante e a sua contribuição para a promoção da saúde deve se dar dentro do seu papel

específico, que é o ensino. A acumulação de serviços atribuídos à escola desvirtua sua missão e acaba afetando as possibilidades de ensino-aprendizagem. Conseqüentemente, deve-se por meio da ação intersetorial considerar e respeitar os limites, as responsabilidades e as competências de cada setor envolvido no Programa de Saúde Escolar a fim de que as inúmeras possibilidades de estratégias de atuação possam acontecer de forma dinâmica e perene, não eventual, nem esporádica.

Na garantia ao direito à saúde é fundamental o estabelecimento de parcerias não somente entre a educação e a saúde, mas entre os mais diversos setores como a cultura, esporte, lazer e tantos outros. Portanto, é necessária a existência de uma rede de apoio ao Programa Saúde Todo Dia – Da escola para toda a família que vá além da Estratégia Saúde da Família, do PROERD e algumas instituições de ensino de Enfermagem.

Portanto, sugere-se ter a mesma iniciativa empregada no município de São Carlos. Isto é, da mesma forma que os Centros da Juventude foram construídos nas áreas de maior vulnerabilidade social em São Carlos, acredita-se que centros semelhantes, também podem ser construídos em um espaço de gestão intersetorial em Uberlândia. Assim, a partir do mapeamento dos recursos e das estratégias de enfrentamento das vulnerabilidades sociais são identificados os setores que podem se envolver numa rede de proteção ao adolescente em que haja participação social, com enfoque no território e na família, e venham exercer um grande potencial no enfrentamento das vulnerabilidades sociais do território.

Portanto, não será por meio de decretos, isto é, de forma verticalizada, piramidal que a intersetorialidade será implementada. Por outro lado, estas ações educativas não irão ocorrer “naturalmente”, de modo intuitivo, sendo fundamentadas no bom senso ou na imitação de modelos, sem a preocupação em criar espaços para o exercício de uma análise crítica pelos sujeitos envolvidos. É essencial o desenvolvimento de vínculo que permita o estabelecimento de diálogo entre a comunidade escolar, a unidade de saúde da família, a direção do Programa Saúde Todo Dia e as demais secretarias e instituições.

Mediante uma reflexão conjunta, pode-se ampliar os resultados obtidos de maneira que a comunidade participe do processo de aprendizagem e compartilhe de seus desdobramentos. Este diálogo deve ocorrer desde o momento da formulação do projeto de saúde escolar bem como na sua implantação e avaliação, o que demonstra uma preocupação com os resultados e impactos e tende a evitar práticas isoladas, pontuais, centralizadoras e campanhistas.

Assim, entende-se que a coordenação por meio dos Grupos de Trabalho Intersetoriais (GTI), centrada numa gestão compartilhada, pode ser uma maneira de se estabelecer a construção coletiva e dialogada da organização da gestão do programa de saúde escolar. Para isto, a escola precisa ser uma referência, por ser o espaço do diálogo e da construção do conhecimento, onde a interação com troca de saberes, poderes e afetos entre profissionais da saúde e da educação, educandos, comunidade e demais redes sociais são indispensáveis.

O paradigma da saúde como qualidade de vida exige uma ação abrangente que extrapola o setor da saúde como o único responsável. Portanto, o GTI precisa ser composto por representantes da comunidade escolar (gestor, professores de diversas áreas, família e estudantes), da unidade de saúde pertencente ao território, do PSE e por outros parceiros locais representantes de políticas e movimentos sociais (cultura, lazer, esporte, transporte, planejamento urbano, sociedade civil, setor não governamental e setor privado, entre outros), deste modo, é possível enriquecer as estratégias utilizadas no atendimento às necessidades e demandas locais.

Desta forma, ao chegar ao fim deste estudo, tem-se a certeza de que a participação de educandos, educadores e comunidade na elaboração de projetos de saúde na escola pode contribuir no desenvolvimento de uma boa relação entre os grupos envolvidos, na valorização humana e na compreensão da importância da relação entre educação e saúde. Por isso, as ações de saúde desenvolvidas na escola não podem ser de responsabilidade única dos agentes de saúde escolar e tampouco restringir-se apenas na divulgação de informação científica e de recomendações normativas de mudanças de hábitos relacionados com riscos comportamentais passíveis de mudanças individuais, mas que pouco afetam uma coletividade. Assim, buscou-se neste estudo defender a ideia da promoção da saúde como veículo de transformações desde a vida de um indivíduo até transformações sociais, naquilo que for possível para o momento e ocasião.

Na maioria das vezes, as propostas de ações de promoção da saúde ficam no âmbito das intenções, sem que de fato haja investimento concreto para que as mesmas sejam colocadas em prática. Muitas vezes, estas ações quando colocadas em prática, são banalizadas, desenvolvidas sem respeito aos referenciais teóricos e metodológicos que embasam o processo de ensino e aprendizagem.

Portanto, para que isto não ocorra é extremamente importante haver planejamento, pois permite tornar mais eficiente o processo de atuação, além de preparar para enfrentar necessidades e problemas, definir papéis e responsabilidades, aumentar o trabalho que está sendo feito, organizar as ideias e diminuir incertezas. Neste sentido, como parte fundamental do planejamento preconiza-se a realização de diagnósticos situacionais em que sejam definidos prioridades, objetivos e estratégias.

Qualquer decisão deve ser acompanhada de avaliações sistemáticas e, portanto devem passar a fazer parte da rotina, para que seja possível entender o que contribui para o êxito do programa, o que possibilita seu alcance e também, questiona seus limites.

Mais uma vez, ressalta-se a importância de diferentes campos disciplinares na construção de indicadores que ampliem os modelos avaliativos e as metodologias a fim de se obter informações sobre os aspectos capazes de produzir impactos sobre determinantes ampliados de saúde. Nessa nova abordagem, a avaliação não é um campo reservado aos especialistas, ao contrário, todos os participantes da ação social, mesmo os grupos marginalizados e pouco favorecidos da sociedade, têm o direito de intervir de forma coletiva na atividade avaliativa. A avaliação, quando coletiva, repercute diretamente na qualidade das ações desenvolvidas, pois constitui um espaço de aprendizagem que permite a construção de uma efetiva ação intersetorial.

Assim, as estratégias avaliativas em Promoção da Saúde devem contemplar questões relacionadas às mudanças no estado de saúde e determinantes (políticas públicas, coesão social, intersetorialidade, integralidade, equidade, participação social, redes de apoio, empoderamento e estilo de vida) bem como mudanças quanto à construção de capacidades, o que envolve indicadores de morbidade, mortalidade, riscos, direitos, condições econômicas e emprego.

Há que se considerar as ações realizadas pelo Programa de Saúde Escolar. Afinal são quase 30 anos buscando implementar ações de saúde voltadas para a melhoria da qualidade de vida dos educandos das Redes Municipal e Estadual de ensino de Uberlândia, envolvendo atendimentos odontológicos (controle de cárie) e oftalmológicos, como também, a prevenção de doenças virais e o uso de drogas. No entanto, muito resta a fazer e a simples concordância em relação aos pontos aqui apresentados não encerra a discussão, ao contrário, provoca outras questões. Portanto, estudos futuros podem abordar o papel dos diferentes agentes na construção de redes sociais de proteção, focando o protagonismo e o uso de tecnologias

sociais como forma de solução de problemas e levantamento de potencialidades locais. Entre esses agentes encontra-se o enfermeiro, que apresenta uma limitação na atuação quanto à assistência específica ao escolar, mas que pode desempenhar um papel relevante enquanto agente de promoção da saúde.

É urgente, portanto, o compromisso com a construção da cidadania e esta só é possível por meio de uma prática educacional voltada para a compreensão da realidade social e dos direitos e responsabilidades em relação à vida individual e coletiva e a afirmação do princípio da participação política, isso é empoderar, isso é promoção à saúde.

REFERÊNCIAS

- AKERMAN, M.; NADANOVSKI, P. Avaliação dos serviços de saúde: avaliar o quê? Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 8, n.4, p. 361-365, out/dez. 1992.
- AKERMAN, M; MENDES, R & BOGUS, CM 2002. Avaliação em promoção da saúde: foco no município saudável. Revista de Saúde Pública 36(5):638-646.
- ALBAGLI, S. Território e Territorialidade. In: LAGES, V. (Org). Territórios em movimento: cultura e identidade como estratégia de inserção competitiva. Rio de Janeiro : Relume Dumará / Brasília, DF: SEBRAE, 2004
- ALMEIDA FILHO, Naomar de. Transdisciplinaridade e o paradigma pós-disciplinar na saúde. Saude soc., São Paulo, v. 14, n. 3, Dec. 2005 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902005000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 03 Mai. 2012.
- ALVES, Adilson et al. Sudoeste paranaense: colonização, estrutura fundiária e modernização agrícola. In: SPOSITO, E., SAQUET, M., RIBAS, A. Território e desenvolvimento: diferentes abordagens. Francisco Beltrão: UNIOESTE, 2005. p.149-170.
- ASTRID BROUSSELLE; François Champagne; André-Pierre Contandriopoulos; Zulmira Hartz (Orgs.). Avaliação: Conceitos e Métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.
- BARCELLOS, Christovam. Debate sobre o artigo de Rigotto & Augusto. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2012. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2007001600003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 22 Fev. 2012.
- BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa, Edições 70, 1977.
- BODSTEIN, R. Atenção Básica na agenda da Saúde. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro. V.7, n.3. p.401-412, 2002.
- BOSI, M. L. M. & AFFONSO, K. C., 1998. Cidadania, participação popular e saúde: Com a palavra, os usuários da rede pública de serviços. Cadernos de Saúde Pública, 14:355-365.
- BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar: manual técnico / Agência Nacional de Saúde Suplementar.– 2. ed. rev. e atual. – Rio de Janeiro: ANS, 2007.
- _____. Conselho Federal de Educação. Parecer nº 2.264/74. Programas de Saúde - Educação da Saúde. Relatora: Conselheira Edília Coelho Garcia. Rio de Janeiro: Editex Rio, 1974.
- _____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2007a.
- _____. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.
- _____. Constituição da República. Artigos 194, 196. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: < [http:// www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/](http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/) > Acesso em: 29 nov. 2005.
- BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <<http://>

www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=134238> Acesso em: 29 jul. 2012.

_____. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional nº 9394/96. Brasília: Senado Federal, 1996.

_____. Ministério da Educação. LEI DE DIRETRIZES E BASES DA EDUCAÇÃO NACIONAL. LEI N. 5.692, de 11 de agosto de 1971.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília, DF, 1997.

_____. Ministério da Educação e Cultura. Secretaria de Educação Fundamental. Parâmetros Curriculares Nacionais. Introdução aos parâmetros curriculares nacionais. Brasília, 1998.

_____. Ministério da Saúde. A Educação que Produz Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília, 2004. Disponível no site www.saude.gov.br

_____. Ministério da Saúde. Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Relatório final. Brasília, 1987.

_____. Ministério da Saúde. Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007b.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Diretrizes para implantação do projeto saúde e prevenção nas escolas. Versão preliminar. Brasília, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Orientações sobre o programa saúde na escola para a elaboração dos projetos locais. Brasília: MS; 2008.

_____. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Avaliação. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância de Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS, 2005b.

_____. Ministério da Saúde. Plano nacional de saúde 2004-2007. Brasília, DF, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde – Documento Preliminar. Brasília: Ministério da Saúde; 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Projeto promoção da saúde. As cartas da promoção da saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília, Governo Federal: Ministério da Saúde. 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. Avaliação da Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização. Brasília, DF. 2005c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. 4. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2007.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. A educação que produz saúde / Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde e prevenção nas escolas: guia para a formação de profissionais de saúde e de educação/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação da Saúde. Anais: I Seminário sobre a Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Adolescentes e jovens para a educação entre pares: metodologias / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Básica – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política nacional de promoção da saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006d.

_____. Parecer nº 540/77, de 10 de fevereiro de 1977, do CFE. Sobre o tratamento a ser dado aos componentes curriculares previstos no art. 7º da Lei 5.692/71.

_____. Portaria n. 648, de 28 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>> Acesso em: 4 set. 2012.

_____. Presidência da República. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 dez. 2007b.

_____. Relatório final da 8ª conferência nacional de saúde. 1986. http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf (acesso em 3 de maio de 2012).

_____. Secretaria de Educação Fundamental. Parâmetros curriculares nacionais : terceiro e quarto ciclos do ensino fundamental: introdução aos parâmetros curriculares nacionais / Secretaria de Educação Fundamental. – Brasília : MEC/SEF, 1998.

BUCHELE F et al. A promoção da saúde enquanto estratégia de prevenção ao uso das drogas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1):267-273, 2009.

BUSS PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciênc Saúde Coletiva* 2000; 5:163-77.

BUSS PM, Ferreira JR. Atenção Primária e Promoção Da Saúde. 2001. http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/declaracoesecarta_portugues.pdf (acesso em 13 de maio 2012)

BUSS PM & Ferreira JR 2002. O que o Desenvolvimento Local tem a ver com a Promoção da Saúde?, pp. 15-37. In L Zancan, R Bodstein & WB Marcondes (orgs.). *Promoção da Saúde como caminho para o Desenvolvimento Local*. Abrasco, Rio de Janeiro.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção saúde. In: Czeresnia, D; FREITAS, C. M. de (org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

CAMPOS, Gastão Wagner; BARROS, Regina Benevides de; CASTRO, Adriana Miranda de. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232004000300025&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 20/12/2011.

CAMPOS, Gastão Wagner [et al.]. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

CARVALHO, SR. *Saúde Coletiva e Promoção da Saúde: sujeito e mudança*. São Paulo: Hucitec, 2007.

CARVALHO, Sérgio Resende; GASTALDO, Denise. *Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista*. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, 2013 .

CECCIM, R.B. Educação permanente em saúde: de s centralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(4), 975-986, 2005.

CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART, J. et al. *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis, Vozes, 2008.

CHAMPAGNE, F; HARTZ, Z; BROUSSELLE, A ; CONTANDRIOPOULOS, AP. *Apreciação Normativa*. In: Astrid Brousselle; François Champagne; André-Pierre Contandriopoulos; Zulmira Hartz (Orgs.). *Avaliação: Conceitos e Métodos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011, p: 77-94.

CHAMPAGNE, F; BROUSSELLE, A; HARTZ, Z; CONTANDRIOPOULOS, AP ; DENIS, JL. *A Análise da Implantação*. In: Astrid Brousselle; François Champagne; André-Pierre Contandriopoulos; Zulmira Hartz (Orgs.). *Avaliação: Conceitos e Métodos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011, p: 217-238.

CHAMPAGNE, F; BROUSSELLE, A; CONTANDRIOPOULOS, AP; HARTZ, Z. *A Análise dos Efeitos*. In: Astrid Brousselle; François Champagne; André-Pierre Contandriopoulos; Zulmira Hartz (Orgs.). *Avaliação: Conceitos e Métodos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011c, p: 159-182.

CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOCÃO DA SAÚDE, 1., 1986, Ottawa. Carta de Ottawa... Ottawa, 1986.

COHN, A. Desenvolvimento social e impactos na saúde. In: BARATA, R.B. Condições de vida e situação em saúde. Rio de Janeiro: Abrasco, 1997.

CONTANDRIOPOULOS, A-P et al.. A Avaliação na Área da Saúde: Conceitos e Métodos. In: Hartz ZMA, organizadora. Avaliação em Saúde. Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise de Implantação de Programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p.29-47.

CONTANDRIOPOULOS, AP. Is the institutionalization of evaluation sufficient to guarantee its practice? *Cad Saúde Pública* 1999; 15(2):253-56.

CONTANDRIOPOULOS, AP, Champagne F, Denis JL, Avargues MC. L'évaluation dans le domaine de la santé: concepts et méthodes. *Revue Epidémiologie et Santé Publique* 2000; 48:517-39.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, Sept. 2006 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 05 Jul. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000300017>.

CORDEIRO, Joselma Cavalcanti. A Promoção da Saúde e a Estratégia de Cidades Saudáveis: um estudo de caso no Recife – Pernambuco/ Joselma Cavalcanti Cordeiro. – Recife: J. C. Cordeiro, 2008.

CORRÊA, Roberto Lobato. O enfoque locacional na Geografia. Ano1, n.1, p.62-66, 1986.

CORRÊA, R. L. Espaço, um conceito-chave da Geografia. In: *Geografia: Conceitos e Temas* (I. E. Castro & P. C. G. Costa), p.15-48; Rio de Janeiro: Bertrand Brasil. 1995.

CRUZ, M. M. Avaliação de Políticas e Programas de saúde: contribuições para o debate. In MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. *Caminhos para análise das políticas de saúde*, 2011. p.181-199 . Online: disponível em www.ims.uerj.br/ccaps.

CZERESNIA, D. Ações de promoção a saúde e prevenção e doenças: o papel da ANS. Texto elaborado para o fórum de saúde suplementar, 2003. Disponível em: http://www.ans.gov.br/data/files/8A958865266CAFE201267F9A54570102/TT_AS_02_DCz_eresnia_AcoesPromocaoSaude.pdf. (acesso em 07 de maio de 2012)

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p.39-53.

CZERESNIA, D. The concept of health and the difference between promotion and prevention. *Cadernos de Saúde Pública* 15(4): 701-710, 1999.

DAHLGREN, G; WHITEHEAD, M. Levelling up (part 1): a discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2006 (Studies on social and economic determinants of population health No. 3).

DELORS, J. Educação, um tesouro a descobrir. São Paulo: Cortez, 1999.

DEMARZO, M.M.P.; AQUILANTE, A.G. Saúde escolar e escolas promotoras de saúde. In: Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DE SALAZAR, L. Evaluación de efectividad en promoción de la salud. Guía de evaluación rápida. Santiago de Cali: CEDETES/CDC/OPAS, 2004.

DUBOIS, CA; CHAMPAGNE, F E BILODEAU, H. Histórico da Avaliação. In: Astrid Brousselle; François Champagne; André-Pierre Contandriopoulos; Zulmira Hartz (Orgs.). Avaliação: Conceitos e Métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011, p: 19-39.

DUHL, L. J. "The healthy city: its function and its future". Health Promotion International 1986; 1:55-60.

Entrevista I. [set. 2012]. Entrevistador: Wendel Felix. Uberlândia, 2012. Fita magnética (25 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice C desta monografia.

Entrevista II. [set. 2012]. Entrevistador: Wendel Felix. Uberlândia, 2012. Fita magnética (25 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice C desta monografia.

Entrevista III. [set. 2012]. Entrevistador: Wendel Felix. Uberlândia, 2012. Fita magnética (25 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice C desta monografia.

Entrevista IV. [set. 2012]. Entrevistador: Wendel Felix. Uberlândia, 2012. Fita magnética (25 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice C desta monografia.

Entrevista V. [out. 2012]. Entrevistador: Wendel Felix. Uberlândia, 2012. Fita magnética (25 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice C desta monografia.

Entrevista VI. [out. 2012]. Entrevistador: Wendel Felix. Uberlândia, 2012. Fita magnética (25 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice C desta monografia.

Entrevista VII. [out. 2012]. Entrevistador: Wendel Felix. Uberlândia, 2012. Fita magnética (25 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice C desta monografia.

Entrevista VIII. [out. 2012]. Entrevistador: Wendel Felix. Uberlândia, 2012. Fita magnética (25 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice C desta monografia.

Entrevista IX. [out. 2012]. Entrevistador: Wendel Felix. Uberlândia, 2012. Fita magnética (25 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice C desta monografia.

Entrevista X. [out. 2012]. Entrevistador: Wendel Felix. Uberlândia, 2012. Fita magnética (25 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice C desta monografia.

FELICIANO, R.A.F. Gestação na adolescência: vulnerabilidades e rede de proteção em São Carlos. 2010. In: ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Dissertações e teses defendidas na USP: 2010,

FELISBERTO, E et al. Contribuindo com a institucionalização da avaliação em saúde: uma proposta de auto-avaliação. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(9):2091-2102, set, 2008.

FELISBERTO, E; FREESE, E; BEZERRA, LCA; ALVES, CKA; SAMICO, I. Análise da sustentabilidade de uma política de avaliação: o caso da atenção básica no Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26(6):1079-1095, 2010.

FERREIRA, JR.; BUSS, PM. Atenção primária e promoção da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

FERREIRA, JR, Buss PM. Atenção primária e promoção da saúde. In: Ministério da Saúde (BR). As cartas da promoção da saúde. Brasília: O Ministério; 2002. p.7-18.

FERRIANI, M.G.C. A Inserção do Enfermeiro na Saúde Escolar: Análise crítica de uma experiência. São Paulo. Editora da Universidade de São Paulo, 1991.

FERRIANI, M.G.C.; CANO, M.A.T. Proposta do PROASE: plano distrital de saúde-1992. São Paulo/ Apresentado à secretaria municipal de saúde de Ribeirão Preto e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, 1992.

FERRIANI, M.G.C; UBEDA, E.M.L. Articulação: Educação e Saúde. A percepção dos atores sociais que utilizam o Programa de Assistência Primária de Saúde Escolar – PROASE – no município de Ribeirão Preto. Acta Paul. Enf., São Paulo, v 11, n 1, p. 46-55, 1998.

FERRIANI, M.G.C.; CANO, M.A.T. O programa de saúde escolar no município de Ribeirão Preto. Rev.latinam. enfermagem, Ribeirão Preto, v. 7, n. 4, p. 29-38, outubro 1999.

FEUERWERKER, L. C. M.; SOUSA, M. F. Em busca de um novo paradigma: a arte de trabalhar em rede. Divulg. Saúde para Debate, n.21, p.49-53, 2000.

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.

FOUCAULT, M. O nascimento da medicina social. In: FOUCAULT, M. A Microfísica do Poder. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

FOUCAULT, Michel. Microfísica do poder. Trad. Roberdo Machado. 7. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1988. (Coletânea de textos de Foucault organizados e traduzidos por Roberto Machado).

FOUCAULT, Michel. Vigiar e punir: história da violência nas prisões. Trad. Lígia M. Ponde Vassalo. 7. ed. Petrópolis: vozes, 1989.

FOUCAULT, Michel. O sujeito e o poder. In: DREYFUS, Rabinow. Michel Foucault, uma trajetória filosófica. Trad. Vera Porto Carreiro. Rio de Janeiro: Forense, 1995.

FOUCAULT, Michel. Dits et écrits. Édition Établie sous la direction de Daniel Defert et François Ewald. Collaboration de Jacques Lagrange, Vol. I et II. Paris. Quarto Gallimard, 2001.

FOUCAULT, Michel. “Poder e saber”. In: Motta, M. B. da (org.) Estratégia, poder-saber. (Coleção Ditos & Escritos. Volume IV). 2ª. Ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

FOUCAULT, Michel Vigiar e Punir: nascimento da prisão. 34.ed. Petrópolis, RJ:Vozes, 2007.

FRANCO, Maria Laura P. B. Ensino médio: desafios e reflexões. Ed. Papirus (coleção magistério formação e trabalho pedagógico). Campinas, SP. 1994.

FRANÇOIS, Durand-Dastès, « Sur une expérience : les références des géographes », *Géocarrefour*, Vol. 78/1, 2003, [En ligne], mis en ligne le 29 mai 2007. URL : <http://geocarrefour.revues.org/33>. Acesso em: 11 jan. 2012.

FREIRE, Paulo. *A importância do ato de ler*. São Paulo: Autores Associados/ Cortez, 1982.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia da autonomia. Saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 2004. 148p.

HAESBAERT, R. *Des-territorialização e identidade: a rede “gaúcha” no Nordeste*. Niterói: EdUFF, 1997.

HAESBAERT, R. *Da desterritorialização à multiterritorialização*. In: *Anais do IX Encontro Nacional da ANPUR*. V. III. Rio de Janeiro: ANPUR, 2001.

HAESBAERT, R. *Territórios alternativos*. São Paulo: Contexto, 2002.

HAESBAERT, R. *Concepções de território para entender a desterritorialização*. In: SANTOS, Milton (org). *Território territórios*. Niterói: Programa de Pós-Graduação em Geografia: UFF: AGB, 2002.

HAESBAERT, R. *Des-caminhos e perspectivas do território*. In: RIBAS, Alexandre D.; SPOSITO, Eliseu S.; SAQUET, Marcos A. (Org.). *Território e desenvolvimento: diferentes abordagens*. Francisco Beltrão: UNIOESTE, 2005. p. 87- 120.

HARPER, B. et al. *Cuidado, Escola! Desigualdade, domesticação e outras saídas*.

HARTZ, ZMA, organizadora. *Avaliação em Saúde. Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise de Implantação de Programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997.

HARTZ, ZMA. *Evaluation in health: regulation, research and culture in the challenges of institutionalization*. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 258-259, 1999.

HARTZ, ZMA. *Institutionalizing the evaluation of health programs and policies in France: cuisine internationale over fast food and sur mesure over ready-made*. *Cad Saúde Pública* 1999; 15(2):229-59.

HARTZ, ZMA. *Institucionalizar e Qualificar a Avaliação: outros desafios para a atenção básica*. *Ciência e Saúde Coletiva*, 7:419-421. 2002.

HARTZ, ZMA. & Silva, LMV.(Orgs.) – *Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador: EDUFBA, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

HARTZ, Z. M. A. *Princípios e Padrões em Meta-Avaliação: diretrizes para os programas de saúde*. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 11(3):733-738, 2006.

HEIDMANN, ITSB; ALMEIDA, MCP; BOECHS, AE; WOSNY, AM; MONTICELLI, M. *Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções*. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2006 Abr-Jun; 15(2):352-8.

HEIDRICH, Álvaro L. *O mito da desterritorialização: do “fim dos territórios” à multiterritorialidade*. Rio de Janeiro: Bertrand, 2004.

HEIDRICH, Álvaro L. Território, integração socioespacial, região, fragmentação e exclusão social. In: RIBAS, Alexandre D.; SPOSITO, Eliseu S.; SAQUET, Marcos A. (Org.). Território e desenvolvimento: diferentes abordagens. Francisco Beltrão: UNIOESTE, 2005.

INOJOSA, R. M. Intersetorialidade e a configuração de um novo paradigma organizacional. Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro, FGV, vol. 32, n.02, p.35-48, mar/abr. 1998.

INOJOSA, R.M. & JUNQUEIRA, L.A.P. O movimento do setor saúde e o desafio da intersectorialidade. Publicação 20 anos da Fundap, abr./ 1997.

INOJOSA, R. M. Redes de compromisso social . Revista de Administração Pública. Revista de Administração Pública, v.33, n.5, p.115-141. Rio de Janeiro, set/out. 1999.

INOJOSA, R. M. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersectorialidade. In: Cadernos Fundap, n.22, p.102-110, 2001.

Junqueira LAP, Inojosa RM. JUNQUEIRA, LAP, INOJOSA, RM. O movimento do setor saúde e o desafio da intersectorialidade. São Paulo: Edições Fundap; 1996. (Cadernos Fundap 21).

JUNQUEIRA, LAP. A descentralização e a gestão municipal da política de saúde. Ciência e Saúde Coletiva, v. 1, n. 1, p. 21-22, 1996.

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

LABONTE, R. Health promotion and empowerment: reflections on professional practice. Health Education Quarterly, v. 21, n.2, p. 253-68, 1994.

LAGES, V. (Org). Territórios em movimento: cultura e identidade como estratégia de inserção competitiva. Rio de Janeiro : Relume Dumará / Brasília, DF: SEBRAE, 2004

LEFEBVRE, Henri. Espaço y política. Barcelona: Ediciones Peninsula, 1976 – original em francês de 1973 (Apud CORRÊA, 1995).

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

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

MAIA, Antônio C. Sobre a analítica do poder de Foucault. Tempo Social, Revista de Sociologia da USP, São Paulo, v. 7, n.1-2, p. 83-103, out. 1995.

MATIDA, AH, Camacho LAB. Pesquisa avaliativa e epidemiologia: movimento e síntese no processo de avaliação de programas de saúde. Cad Saúde Pública 2004; 20(1): 37-47.

MATOS, M. G. Psicologia da Saúde, Saúde Pública e Saúde Internacional. *Análise Psicológica* 2004; 3 (XXII):449-462.

MATTA, G. C. A organização mundial de saúde: do controle de epidemias à luta pela hegemonia. Trabalho Educação e Saúde, 3(2):371-396, 2005.

MENDES, E. V. Distrito Sanitário: O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC – ABRASCO, 1995.

MENDES, E. V. Uma Agenda para a Saúde. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec – Abrasco, 1998.

MENDES, E. V. Atenção Primária à Saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES, E. V. Revisão bibliográfica sobre redes de Atenção à Saúde. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. 2007.

MENDES, R.; BOGUS, C.; AKERMAN, M. Agendas urbanas intersetoriais em quatro cidades de São Paulo. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 47-55, 2004.

MERESMAN, S. et al. Escola de Todos - Um guia para contribuir no processo de construção de uma escola em que a participação, a inclusão e a promoção da saúde são pilares fundamentais. Rio de Janeiro: CEDAPS, 2008.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção à saúde do adolescente: Belo Horizonte: SAS/MG, 2006.

MINAYO, M.C.S (org.). Saúde em estado de choque. 3.ed. São Paulo: Hucitec; 1996, p. 95-133.

MINAYO, MCS, Hartz ZMA & Buss PMA. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. Ciência e Saúde Coletiva 5(1):7-18. 2000.

MINAYO, M.C.S. Hermeneutica-dialética como caminho do pensamento social. In: MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F. Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Ed.Fiocruz, p.83-107, 2002.

MINAYO, MCS (org). Avaliação por Triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro : Editora Fiocruz, 2005.

MIRANDA, M.I.F. et al. Transdisciplinaridade o desafio de inovar. Comunicação e Educação, São Paulo, n. 14, p. 12-20, 1999.

MIRANDA, M.I.F.de; IOSSI, M.A.; FERRIANI, M.das G.C.; CANO, M.A.T. Em busca da definição de pautas atuais para o delineamento de estudos sobre a saúde da criança e do adolescente em idade escolar. Rev.latinoam.enfermagem, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 83-90, dezembro 2000.

MONKEN, M. Desenvolvimento de tecnologia educacional a partir de uma abordagem geográfica para a aprendizagem da territorialização em vigilância da saúde, Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. 2003.

MONKEN M, BARCELLOS C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(3):898-906, mai-jun, 2005.

MONKEN, M. et al. O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. Acesso em 21 maio de 2012.<http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/ArtCient/21.pdf>

MONKEN, M. CHRISTOVAM, B.O Território na Promoção e Vigilância em Saúde. In: 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.

MOYSÉS, S.T. Avaliação de Estratégias de Promoção de Saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação da Saúde. Anais : I Seminário sobre a Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

OLIVEIRA, A.K.P.; BORGES, D.F. Programa de Saúde da Família: uma avaliação de efetividade com base na percepção de usuários. *Rev. Adm. Publica*, v.42, n. 2, p. 369-89, mar./abr., 2008.

OLIVEIRA, W. F.; JUNQUEIRA, L. A. P. Questões estratégicas na reforma sanitária: desenvolvimento do terceiro setor. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v.37, n.2, p. 227-242, mar/abril 2003.

OPAS/OMS. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. 1978. Disponível em: <<http://www.opas.org.br>> Acesso em: 12 nov. 2011.

OPAS (Organização Panamericana de Saúde)/OMS (Organização Mundial da Saúde). A Saúde no Brasil. Brasília: OPAS/OMS – Escritório de Representação no Brasil. 1998.

OPAS. Marco conceitual. Documentos que norteiam a promoção da saúde. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/carta.cfm?idcarta=15>>. Acesso em: 25 mar. 2012.

OPAS. Municípios e comunidades saudáveis: guia dos prefeitos para promover qualidade de vida. Brasília, 2002.

OPAS. Municipios y comunidades saludables: guía de los Alcades para promover calidad de vida: division de promocion y proteccion de la salud. Washington, DC, 2002.

OPS. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. Educación para la salud: un enfoque integral. Washington: OPS, 1995. (Série HSS/SILOS, n. 37).

PAGANELLI, Tomoko Iyda. Para a construção do espaço geográfico na criança. n.2, p.129-148, jul.1987.

PAIM, JS; ALMEIDA Filho N. Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas? *Rev. Saude Publica* 1998; 32(4):299-316.

PAIM, JS, ALMEIDA Filho N. A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva. Salvador: Casa da Qualidade; 2000.

PEDROSO, G.C. A Participação Comunitária na Escola Promotora de Saúde. In: Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento Científico de Saúde Escolar. Cadernos de Escolas Promotoras de Saúde - I [texto na internet]. Rio de Janeiro; 2005. [acesso em 10 jan 2013]. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/img/cadernosbpfinal.pdf>.

PELICIONI, MCF; WESTPHAL, MF. Contribuição da Educação em Saúde para a Reforma Sanitária. *Saúde em Debate*. 1991.

PELICIONI, C. A escola promotora de saúde. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1999.

PHYSIS: revista de saúde coletiva. – v.1, n. 1 (1991-) - Rio de Janeiro : UERJ/IMS, 1991. v. 19 n.3 jul./set. 2009.

POTVIN, L. Perspectives. In: WHO Regional Publications European Series, No. 92. Evaluation in Health promotion – Principles and Perspectives. 2001.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde. Divisão de Saúde Escolar. PROGRAMA NACIONAL DE SAÚDE ESCOLAR. Despacho n.º 12.045/2006 (2.ª série) Publicado no Diário da República n.º 110 de 7 de Junho. 2006

POUPART, J. et al. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis, Vozes, 2008.

RAFFESTIN, Claude. Por uma geografia do poder. Tradução de Maria Cecília França. São Paulo: Ática, 1993.

RELATÓRIO FINAL DA COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. 2008. <http://www.cndss.fiocruz.br/pdf/home/relatorio.pdf> (acesso em 12 de maio de 2012).

ROCHA, D. G. et al. Revelando a trilha. Diversidade e Equidade no SUS: parceria universidade e educação popular. Goiânia: Cãnone Editorial, 2008. p. 17-43.

RODRIGUES, Maria José; RAMIRES, Julio Cesar de Lima. Saúde da Família nos municípios mineiros com população superior a 100 mil habitantes: uma análise da cobertura populacional. *Caderno Prudentino de Geografia*, Presidente Prudente, n.34, v.1, p.117-137, 2012.

RUSSELL, Bertrand. O poder: uma análise social. Lisboa: Editora Fragmentos, 1990.

SACK, Robert. Human territoriality: Its theory and history. Cambridge: Cambridge University Press, 1986.

SANTOS, M. Por uma Geografia Nova. São Paulo: Hucitec, Edusp, 1978.

SANTOS, Milton. Espaço e Sociedade (ensaios). 2º Ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1982.

SANTOS, Milton. METAMORFOSES DO ESPAÇO HABITADO, fundamentos Teórico e metodológico da geografia. Hucitec. São Paulo 1988.

SANTOS, Milton. O espaço geográfico como categoria filosófica. n.5, p.9-20, 1988.

SANTOS, M. A natureza do espaço – Técnica e tempo. Razão e emoção. São Paulo: Hucitec, 1996.

SANTOS, M. O dinheiro e o território. In: SANTOS, M. (org). Território territórios. Niterói: Programa de Pós-Graduação em Geografia: UFF: AGB, 2002.

SANTOS, Milton (org). Território territórios. Niterói: Programa de Pós-Graduação em Geografia: UFF: AGB, 2002.

SANTOS, Milton. O retorno do território. In: Debates Territori y movimientos sociales. Ano VI, n. 16, enero-abril, 2005.

SANTOS, Milton, A Natureza do Espaço: Técnica e Tempo, Razão e Emoção / Milton Santos. - 4. ed. 2. reimpr. - São Paulo: editora da Universidade de São Paulo, 2006.

SANTOS, Milton. Espaço e Método. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2008.

SAQUET, Marcos Aurélio. O território: diferentes interpretações na literatura italiana. In: RIBAS, Alexandre Domingues; SPOSITO Eliseu Savério; SAQUET, Marcos Aurélio. Território e desenvolvimento: diferentes abordagens. Francisco Beltrão: Unioeste, 2004.

SAQUET, Marcos A. O território: diferentes interpretações na literatura italiana. In: RIBAS, Alexandre D.; SPOSITO, Eliseu S.; SAQUET, Marcos A. (Org.). Território e desenvolvimento: diferentes abordagens. Francisco Beltrão: UNIOESTE, 2005.

SAQUET, Marco Aurélio. Abordagens e concepções do território. São Paulo: Expressão Popular, 2007.

SECRETARIA DA COMISSÃO SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. AÇÃO SOBRE OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE: APRENDENDO COM EXPERIÊNCIAS ANTERIORES, 2005. <http://www.determinantes.fiocruz.br/pdf/texto> (acesso em 03 de maio 2012)

SECRETARIA DA COMISSÃO SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE.. Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença. 2006. <http://www.determinantes.fiocruz.br/iniquidades.htm> (acesso em 03 de maio 2012)

PROGRAMA SAÚDE ESCOLAR. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE UBERLÂNDIA. Prefeitura de Uberlândia. Uberlândia, 2006.

PROJETO SAÚDE NA ESCOLA – PSE. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE UBERLÂNDIA. Diretoria de gestão de pessoas e educação em saúde. Saúde Todo Dia – Da escola para toda a família. Prefeitura de Uberlândia. Uberlândia, 2011.

SMITH, Neil. Desenvolvimento desigual: Natureza, Capital e a produção do espaço. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1988.

SOUZA, Antônio Artur de. Educação e Saúde na Escola. Belo Horizonte: CAED-UFMG, 2011.

SOUZA, Marcelo Lopes. O Território: sobre espaço, poder, autonomia e desenvolvimento. In: CASTRO, Iná Elias; GOMES, Paulo César da Costa; CORRÊA, Roberto Lobato. Geografia: Conceitos e Temas. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1995.

SPOSITO, Eliseu Savério. Sobre o conceito de território: um exercício metodológico para a leitura da formação territorial do sudoeste do Paraná. In: RIBAS, A. D.; SPOSITO, E. S.; SAQUET, M. A. Território e Desenvolvimento: diferentes abordagens. Francisco Beltrão: Unioeste, 2005.

SPOSITO, Eliseu S.; SAQUET, Marcos A. (Org.). Território e desenvolvimento: diferentes abordagens. Francisco Beltrão: UNIOESTE, 2005.

SPOSITO, Eliseu Savério. Geografia e filosofia: contribuição para o ensino do pensamento geográfico. São Paulo: Unesp, 2004.

STEININGER, I.J. A prática pedagógica nas instituições de educação infantil: um estudo de caso sobre o que indicam as professoras. 2009. In: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. **Dissertações e teses defendidas na UFSC: 2009**, 232 p.

Sub-Região Brasil. CONCEITOS-CHAVE Promoção da Saúde. UIPES/ORLA http://www.ufpe.br/nusp/images/projetos/Avaliacao_participativa/Efetividadeconceito.pdf (acesso em 13 de abril 2012)

TANAKA, OY. Análise da Utilização pela Clientela de uma Unidade Ambulatorial da SES no Município de São Paulo. *Rev Saúde Públ.* 1990; 24: 60-8.

TANAKA, O.Y & Melo, C. Uma proposta de abordagem transdisciplinar para avaliação em Saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* - 7. 2000; 113-118.

TANAKA, Oswaldo Y.; Melo, Cristina. Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente-um modo de fazer. São Paulo : Edusp, 2001.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi; TAMAKI, Edson Mamoru. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, Apr. 2012. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000400002&lng=en&nrm=iso>. access on 09 July 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000400002>.

UNGLERT, C.V.de S. et al. Características epidemiológicas dos acidentes na Infância. *Revista de Saúde Pública*, v. 21, p. 23-45, 1987.

UNGLERT CVS. Territorialização em Saúde. In: Distrito Sanitário. O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde (E. V. Mendes, org.) São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1999.

VAITSMAN, J.; RODRIGUES, R.W.S.; SOUSA, R.P. O Sistema de Avaliação e Monitoramento das Políticas e Programas Sociais: a experiência do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome do Brasil. Brasília: Unesco, 2006.

VALA, Jorge. A Análise de Conteúdo. In: SILVA, Augusto Santos; PINTO, José Madureira (org.). *Metodologia das Ciências Sociais*. Biblioteca das Ciências do Homem. Portugal: Afrontamento, 10a edição, p. 101–128, 1999.

VALADÃO, Cláudia Regina, e SANTOS, Regina de Fátima Mendes (1997): Família e escola: visitando seus discursos. (Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a UNESP-Franca).

VASCONCELOS, CM; PASCHE, DF. O Sistema Único de Saúde. In: *Tratado de Saúde Coletiva / Gastão Wagner de Sousa Campos... [et al.]*. - São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro : Ed. Fiocruz, 2006.

VIEIRA DA SILVA, L M. & Formigli, VLA. Conceitos, Abordagens e Estratégias para a Avaliação em Saúde. In: Hartz, ZMA. & Silva, LMV.(Orgs.) – *Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador: EDUFBA, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

WESTPHAL, M.F.; ZIGLIO, E. Políticas Públicas e Investimentos: a Intersetorialidade. In: Fundação Prefeito Faria Lima-Cepam, organizador. O município no século XXI: cenários e perspectivas. São Paulo: Fundação Prefeito Faria Lima-Cepam; 1999. p. 111-21.

WESTPHAL, M.F. O Movimento Cidades/Municípios Saudáveis: um compromisso com a qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1):39-51, 2000a.

WESTPHAL, M.F. e MENDES, R. Cidade saudável: uma experiência de interdisciplinaridade e intersetorialidade. *Revista de Administração Pública*, vol. 34, n.06, p.47-61, nov/dez 2000.

WESTPHAL, M.F.; PELICIONI, M.C.F.; FARIA, M.M. Recursos institucionales en salud y el <<Habitus>> de los grupos poblacionales receptores: el caso Del Programa Nacional de Erradicación Del Aedes Aegypti en el Brasil. *Fermentum, Venezuela*, n. 22, p. 87-108, 1998.

WESTPHAL, M.F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS G. W. S. et al. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 2006, p. 635-667.

WHITEHEAD, M. The concept and principles of equity and health. Washington DC: Pan American Health Organization; 1991.

WHO/UNICEF. Primary Health Care – Report of the International Conference on PHC, Alma-Ata, USSR, 6-12 Sep. 1978.

WHO. Health promotion: a discussion document on the concept and principles of health promotion. *Health Promot.*, n. 1, p. 73-78, 1984.

WHO, Genebra. Health-for- All Series no 1 (inclui a Declaration of Alma-Ata). WHO 1986. Carta de Ottawa, pp. 11-18. In Ministério da Saúde/FIOCRUZ. Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Ministério da Saúde/IEC, Brasília.

WHO (World Health Organization). The Ottawa Charter for Health Promotion. Ottawa: Canadian Public Health Association, 1986.

WHO. Declaração de Adelaide, pp. 19-30. In Ministério da Saúde/FIOCRUZ. Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Ministério da Saúde/IEC, Brasília, 1988.

WHO (World Health Organization). Promoting, protecting and supporting breastfeeding: the special role of maternity services. A joint WHO/UNICEF statement. Geneva, World Health Organization, 1989.

WHO. Declaração de Sundsvall, pp. 31-40. In Ministério da Saúde/FIOCRUZ. Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Ministério da Saúde/IEC, Brasília, 1991.

WHO (World Health Organization). Improving Child Health – IMCI: the integrated approach. Geneva: World Health Organization, Division of Child Health and Development, 1997.

WHO (World Health Organization). Indicators for Assessing Breastfeeding Practices. Geneva: WHO, 1997.

WHO (World Health Organization). Evidence for the ten steps to successful breastfeeding. Geneva: World Health Organization, Division of Child Health and Development, 1998.

WHO. Glossary of health promotion terms. Geneva: WHO, 1998.

WHO Regional Office for Europe. Health promotion evaluation: recommendations to policymakers. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1998.

WHO Regional Publications European Series, No. 92. Evaluation in Health promotion – Principles and Perspectives. 2001.

YIN, R. K. Estudo de caso: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman, 2001.

ZINN, G. R. A dimensão educativa no trabalho dos agentes comunitários de saúde do programa saúde da família [dissertação de mestrado]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2007.

ANEXOS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada para participar da pesquisa intitulada O PROGRAMA SAÚDE TODO O DIA - DA ESCOLA PARA TODA FAMÍLIA NAS ESCOLAS MUNICIPAIS DE UBERLÂNDIA, sob a responsabilidade dos pesquisadores Professor Dr. Samuel do Carmo Lima e Wendel Felix. Nesta pesquisa nós estamos buscando analisar sob a perspectiva qualitativa como está ocorrendo o processo de implantação do Programa Saúde Todo Dia – Da escola para toda Família.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pelo pesquisador Wendel Felix no momento da realização da entrevista. Na sua participação você será submetida a uma entrevista sendo esta obtida por meio de gravação a qual será destruída logo após a transcrição da mesma e as informações confidenciais e sigilosas não serão utilizadas na pesquisa.

Em nenhum momento você será identificada. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada.

Você não terá nenhum gasto e ganho financeiro por participar na pesquisa. Você tem o direito de **desistir** de participar da pesquisa a qualquer momento. O benefício será o de trazer maior conhecimento sobre o tema abordado e gerar uma reflexão sobre o processo de implantação do Programa Saúde Todo Dia – Da escola para toda Família.

Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou coação. Uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você.

Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com: Samuel do Carmo Lima no Programa de Pós Graduação em Geografia no Instituto de Geografia – UFU Campus Santa Mônica - Bloco 1H Av. João Naves de Ávila, 2121 - Bairro Santa Mônica Uberlândia - MG - CEP 38400-902 telefone 34 3239-4169 ou Wendel Felix 34 3239-4169 Programa de Pós Graduação em Geografia no Instituto de Geografia – UFU Campus Santa Mônica - Bloco 1H Av. João Naves de Ávila, 2121 - Bairro Santa Mônica Uberlândia - MG - CEP 38400-902

Poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética na Pesquisa com Seres-Humanos – Universidade Federal de Uberlândia: Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, Campus Santa Mônica – Uberlândia –MG, CEP: 38408-100; fone: 34-32394131

Uberlândia, dede 200.....

Assinatura dos pesquisadores

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Participante da pesquisa

APÊNDICE

APÊNDICE A: ROTEIRO ORIENTADOR DAS ENTREVISTAS

Gestores do Programa:

Implantação do PSE

1. Sempre houve programas de saúde nas escolas. Em que sentido eles se diferenciam do programa atual?
2. De que maneira a gestão do Programa Saúde Todo Dia se articula com a secretaria da Educação?
3. Como ocorreu a articulação entre a direção do Programa e as Escolas? Quais os principais interlocutores? A escola é receptiva? O que ela espera do programa?

Promoção de Saúde na Escola

1. Quais estratégias para promover e manter a saúde podem ser aplicadas no ambiente escolar?
2. Quais são as atividades de promoção de saúde desenvolvidas até o momento na escola e de que forma acontecem?

Da escola para toda a família

1. De que maneira as atividades de promoção de saúde realizadas na escola consideram os sujeitos no contexto da vida familiar e na comunidade?
2. Quais são os parceiros envolvidos na realização do PSE? De que forma os alunos, os professores e servidores têm contribuído para o sucesso do programa?

Gestores das Escolas:

Implantação do PSE

1. Como ocorreu a articulação entre a direção do Programa e as Escolas?
2. Quais os principais interlocutores?

Promoção de Saúde na Escola

1. Quais são as atividades de promoção de saúde desenvolvidas na escola e de que forma acontecem?
2. Quais atividades de promoção de saúde desenvolvidas consideraram os sujeitos nos contextos da vida familiar e na comunidade?

Da escola para toda a família

1. De que maneira as atividades de promoção de saúde realizadas na escola consideram os sujeitos no contexto da vida familiar e na comunidade?
2. De que forma os alunos, os professores e servidores têm contribuído para o sucesso do programa?

Agentes de saúde:

1. Sempre houve programas de saúde nas escolas. Em que sentido eles se diferenciam do programa atual?
2. Todos os entrevistados (Gestores do programa e das escolas) afirmam que vocês são os principais interlocutores. Como é a recepção do programa pela direção da escola? Como é a aceitação e a participação dos alunos nas atividades?
3. Quais são os parceiros envolvidos na realização do PSE?
4. Vocês acham que o resultado do Programa Saúde na Escola atingem os objetivos propostos?
5. Quais são as principais atividades realizadas pelo Agente do Programa Saúde na Escola?
6. Quais as atividades realizadas no Programa Saúde na Escola podem ser consideradas como promoção da saúde?
7. Porque as atividades do Programa Saúde na Escola não envolvem as famílias, no contexto da vida familiar e na comunidade?
8. O que deveria mudar no Programa para que o ele seja mais efetivo?
9. Sobre o trabalho de vocês, o que poderia mudar para que o resultado seja melhor?

APÊNDICE B: LISTA DOS ENTREVISTADOS

Cargo/Função	Instituição
Gestora escolar	SOM
Gestora	Programa Saúde Todo Dia
Coordenadora	CEMEPE
Gestora escolar	LT
Agente de saúde Escolar	SOM
Gestora escolar	HLC
Agente de saúde Escolar	PLT
Agente de saúde Escolar	HLC
Responsável pela unidade de saúde	BNSG
Responsável pela unidade de saúde	BM

APÊNDICE C: ENTREVISTAS

Entrevistado 1 – Gestor escolar SOM

P – Já houve outros programas de saúde nessa escola? Em que aspectos eles se diferenciam?

E1 – Sim, sempre acontecem os programas de saúde, mas eles não aparentam essas mudanças. Sempre tem o atendimentos à crianças de acuidade visual. Todo ano tem. Vêm as meninas que fazem o teste de acuidade visual. Tem o pessoal, os dentistas, que fazem o tratamento de prevenção à cárie. É mais de prevenção. E de dois em dois anos, vêm os dentistas que tratam também, das crianças com cáries. Esses problemas menores, bucal. São basicamente programas de prevenção: acuidade visual, tem o de diabetes também, de nutrição que atende tanto a merenda escolar em geral quanto no lanche dos meninos que têm problema de diabetes. Inclusive mandam lanche especial para os diabéticos. Todo mês vem o lanche especial pra eles.

P – Esse programa atual chama-se Programa Saúde Todo Dia. Você sabia?

E1 – Sei. Só que aí no caso não tem nada a ver com a escola, né? É um programa da prefeitura, né? Assim, tem a ver porque tem o bolsa família, o bolsa escola.

P – O nome do programa é da escola para toda a família, você vê alguma relação. Existe algum envolvimento com a escola de forma mais prática?

E1 – Só no caso de haver algum aluno que apresenta problema psicológico, vamos supor. A gente dá um encaminhamento pra psicólogo, pra procurar o UAI. Ou então, problema de visão, a gente dá um encaminhamento. Aí, eu sei que são atendidos nas casas. Mas assim, intervenção direta na escola não tem não.

P – Esse programa desse ano você sabe me dizer o que já foi trabalhado?

E1 – Tem o bolsa família. Muitas famílias são ajudadas. Ontem mesmo, eu estava com uma lista enorme de alunos que são ajudados. Eu nem sabia que era esse tanto de aluno. Tem o tratamento de acuidade visual no começo do ano. Os dentistas, por enquanto, ainda não apareceu ninguém, não. Não sei se cancelou alguma coisa.

P – De nutrição, você sabe se chegou a pesar os meninos, ver as medidas?

E1 – Pois é, não teve dos dentistas, mas teve da nutrição. A agente pesou e teve o retorno dos alunos obesos que fazem um tratamento especial. E teve os diabéticos que sempre mandam,

inclusive chegou essa semana os pacotinhos que vêm pra eles. Bananada, bolachas tudo pra diabéticos, mesmo.

P – Pra saber um pouco sobre o processo de implantação do programa na escola. Como é que acontece essa articulação entre a direção da escola e a direção do programa. Tem alguma coisa que a escola precisa fazer?

E1 – Com toda certeza tem um direcionamento do que tem que fazer. Não, é só mesmo abrir a escola, abrindo um espaço, vamos supor, pra eles fazerem uma palestrinha de vez em quando na sala de aula com os alunos, ou às vezes até com os pais. Já teve palestra com os pais. Não vem muita gente, mas sempre aparece uma quantidade pequena, mas vem. Pra tá divulgando o programa para os pais, mas infelizmente, vem pouca gente.

P – Quais são os principais atores que estão dentro da escola, participando dentro da escola, sejam eles da saúde ou outras pessoas. Por exemplo, você mencionou a agente de saúde, ela é uma técnica, não é? Tem mais alguém com ela?

E1 – Esse ano fizeram uma coisa que eu achei interessante. Trouxeram um teatrinho do ... não me lembro bem, se foi da faculdade ou da saúde. Acho que foi da saúde. Trouxeram um teatrinho pra apresentar para os meninos. Foi bem legal. Os meninos adoraram. Pra falar sobre o programa o que eles iriam trabalhar. Foi bem interessante. Então, assim, veio muita gente, da saúde mesmo, pra estar divulgando o trabalho. Mas, assim, a referência caso haja algum problema é a agente. Lembrei também, que tem o programa do Zoonozes que faz um trabalho interessante. Da dengue, vacinações teve uns casos de toxoplasmose, eu inclusive peguei toxoplasmose. Três funcionários pegaram, né? Então, eles vieram fizeram uma palestrinha sobre o que poderia estar causando. Acho até que tentaram acabar com os pombos. Parece que deu uma aliviada pelo menos. Porque um dos problemas que poderia ser é esse tanto de pombo. É isso, teve palestra, muita palestra.

P - Quais são as atividades de promoção da saúde que são desenvolvidas aqui na escola e de que forma acontecem?

E1 – Teatrinhos, vídeos. Vídeo principalmente porque chama mais atenção dos meninos. Panfletos, revistinhas sempre são distribuídas.

P – Quais atividades de promoção da saúde desenvolvidas aqui na escola, consideram os meninos dentro do contexto de vida deles, familiar, na comunidade. Você acha que há alguma atividade que reflete lá na casa dele?

E1 – Com certeza. Cada ensinamento leva o aluno a repensar o que está fazendo em casa, até mesmo com os pais. Principalmente, em se tratando da dengue, que foi um trabalho super bem feito que eles fizeram de conscientização da população, não só para os alunos, mas para a família toda. Reciclagem também, pra melhorar o desperdício. Acho que tudo isso ajuda em casa. Pode até não ser pra família agora, mas no futuro tem um retorno favorável.

P – Que maneira as ações de promoção da saúde na escola podem ser úteis dentro da escola.

E1 – A partir do momento que os funcionários também participam das palestras, teatrinhos qualquer coisa que venham intervir. Eu acredito que tende a melhorar porque está sempre reafirmando isso no dia a dia dos alunos. Questão de reciclagem, não sujar, não desperdiçar água, energia tudo isso tem um retorno no dia a dia dos alunos.

P – Os professores e funcionários de modo geral têm contribuído com o programa? De que forma?

E1 – O que a gente tem tentado é fazer de forma interdisciplinar todos os professores, não só no dia da palestra. Vamos supor, porque tem gente que diz: tem que trabalhar a dengue hoje, aí só hoje que trabalha. Não só hoje ou no período que está chovendo, mas sempre pra está sempre reforçando. Os professores vão trocando experiências no horário de módulo.

P – Há um momento para atualização do funcionário?

E1 – Tem. Nas reuniões e nos módulos que é mais frequente. Vamos supor os professores do terceiro ano quando reúne no mesmo dia, no mesmo horário, pra estar trocando informações.

P – Vem alguém pra fornecer essas informações? Por exemplo, vai falar sobre toxoplasmose. Quem vem?

E1 – Nesse caso, sim. Toxoplasmose, dengue vem alguém de fora.

P – Esse programa está incluído no PPP da escola? Você vê a possibilidade dos alunos participarem da elaboração do plano de ação?

E1 – Eu acredito que não. Porque o PPP está sendo reformulado. Esse PPP não tem esse programa, mas tem os programas anteriores. Eu acho que pra participar da elaboração do programa tem que ser maior d 16 anos. Mas a gente pode pegar a sugestão dos menores, porque isso não quer dizer que não são capazes.

Entrevistado 2 – Gestora do Programa Saúde Todo Dia

P – Quais as principais diferenças entre o programa atual desenvolvido nas escolas e os programas anteriores?

E2 – Os programas anteriores eram muito divididos. Primeiro, tinha uma equipe que fazia só programa de oftalmologia. Eles iam às escolas fazendo só testes de vista. Aí, mais pra frente, veio outra equipe fazendo saúde bucal. Eram duas equipes, uma fazendo saúde bucal e a outra teste de acuidade. Aí depois, foram acontecendo outros projetos que foram diversificando a ação dos agentes. Então, pegaram essas duas equipes e formaram uma só. Então todos eles faziam tanto saúde bucal quanto oftalmologia. Aí, com a implantação de outros programas foram diversificando a ação dos agentes. Aí com o programa Saúde Todo Dia foram incluídas outras ações como pesagem, além da saúde bucal, oftalmo, outras ações. Aí, tirou a escovação e colocou outras ações como perfil nutricional, entre outras.

P – Então você quer dizer que esses programas anteriores eram muito fragmentados e voltados unicamente para essas duas áreas: saúde bucal e oftalmo.

E2 – Sim. Eram apenas essas duas ações. Aí, foi ampliando e diversificando. Juntou as duas e depois pensou nas outras ações.

P – Esses agentes continuam sendo os mesmos? E foi com base no programa federal que foi criado o Saúde Todo Dia?

E2 – Sim, os mesmos. Mas, você sabe, às vezes um sai, outro entra, mas a mesma equipe. É foi com base no PSE. É quer dizer, nós já fazíamos certas ações baseadas no PSE, mas não era oficialmente. Mas depois que aderimos ao PSE, ficou oficializado que o Saúde Todo Dia é baseado no PSE.

P – De que maneira, a gestão do Programa Saúde Todo Dia se articula com a secretaria da Educação?

E2 – É totalmente vinculado. A gente está caminhando muito unido. Tanto que pelo PSE existem ações que são específicas da saúde e da educação. Nossa ação de saúde que é a parte técnica como pesar, fazer testes são de responsabilidade da saúde. E a educação, o professor na sala de aula falando de alimentação saudável, práticas corporais, sexualidade. Então, a gente tenta integrar saúde e educação pra caminhar juntos e dividindo as responsabilidades, vendo o aluno de forma integral.

P – Vocês encontraram dificuldades pra formar essa relação?

E2 – Não, de jeito nenhum. Nós já tínhamos uma relação muito boa dentro da escola. E depois, nós fomos integrando com os coordenadores da secretaria da educação e foi super tranquilo. E eles também, acharam que seria importante levar a saúde pra dentro da escola deles. Então, a referência nossa na educação que é a L... abriu as portas e a gente foi entrando e cativando eles. Não teve problema algum, só veio somar. Nós entramos na escola aos poucos, primeiramente através dos agentes de saúde bucal. Olha, agora vai ampliar nossas ações. Agora, vamos fazer teste de vista também. Agora, nós vamos medir e pesar. O agente é nossa referência dentro da escola, ele que faz essa relação entre a escola e o programa, o elo de ligação.

P – A escola é receptiva?

E2 – Depende do diretor. Tem escola que pensa que nós estamos incomodando. Ah, vocês só veem pra dar trabalho pra gente. Mas a maioria gosta acha que é bom. Um ou outro quer deixar como estar, não vamos inventar nada não.

P – Essa maioria que é receptiva o que espera do Programa Saúde Todo Dia?

E2 – Dentro da escola os agentes são psicólogos, médicos, dentistas então tudo que acontece querem chamar o agente pra resolver o problema. Então, eles têm muita expectativa e às vezes, nós não conseguimos responder a essa expectativa. Assim, o professor acreditava que seriam resolvidos os seus problemas. Levar vacina, vacinar todos os professores. Então, jogavam uma grande expectativa. A gente também é muito falho. Por exemplo, às vezes a gente mede e pesa e detecta os obesos, encaminha. Aí, a unidade não tem vaga para nutricionista. Eu acredito que eles devam ter ficado muito decepcionados com algumas das nossas ações, porque às vezes o retorno não é tanto como eles esperam, porque a gente depende de marcação de consultas, depende de vagas.

P - Quais estratégias para promover e manter a saúde podem ser aplicadas no ambiente escolar?

E2 – Mudar hábitos e comportamento é complicado. Mas, a função da promoção da saúde é essa intervir o mais cedo possível na vida da criança. Porque se a gente não mudar hábito, não mudar comportamento, ficar fazendo palestra não adianta nada entra num ouvido e sai no outro. E não só na vida do menino mas na sua família. Porque o que a gente observa é que a criança é um multiplicador. Ele vê coisas erradas na casa dele e começa a dizer: “Não pode comer salgadinho, não pode tomar refrigerante”. Então, essa é a função da promoção da saúde através de conversas de roda, oficinas. Deixar as palestras. Trabalhar com o menino por meio de projetos pra mudar.

P – Envolve outros atores de outras áreas?

E2 – Sim, acaba envolvendo outras secretarias. Tem que ter esse elo com o PROHERD, psicólogos. As ações são muito amplas e sozinhos a gente não consegue, então a gente tem que fazer parcerias pra trabalhar nas nossas deficiências. O professor é um aliado forte porque ele já trabalha essas temáticas em sala de aula. Por exemplo, o professor de matemática pode pedir para os alunos olharem nas suas cadernetas a curva de linha (peso e medida). A promoção só funciona quando é trabalhada ao longo do ano. Fazer palestra não funciona. O menino já sabe tudo o que pode e o que não pode fazer. Ele não quer ouvir. Ele quer algo na linguagem dele, ao longo do ano. Então, esse é o nosso objetivo, trabalhar todas as temáticas em forma de projeto, ao longo do ano. Com palestra você não vai modificar. Você tem uma sala com trinta meninos desses trinta, dez estão te ouvindo, vão pra casa e voltam pra rotina novamente.

P – Você consegue apontar algumas atividades que substituem as palestras?

E2 – Então, a gente pensa fazer isso em forma de pequenos grupos. É transformar o adolescente e tornar esse adolescente em um multiplicador e isso, é norma do ministério. Por exemplo, trabalhar a sexualidade. Deixar com que o adolescente desenvolva o projeto como ele quiser com dança de rua. O agente vai coordenar juntamente com o professor. Educação entre pares. Ele falando para os pares dele. Esse ano a gente começou a trabalhar com a educação entre pares focando para os próximos anos. Esse aluno tem que falar para os outros na linguagem que querem ouvir. A gente lança alguns assuntos como álcool, tabagismo e drogas e escolhemos uns dois ou três alunos por escola. Então, vamos fazer uma educação

continuada com eles para que eles trabalhem na escola. Então, eles serão responsáveis por formar outros grupos. Aí, a gente acredita que isso pode gerar alguma mudança. Esse é o nosso objetivo.

P – O tamanho do território comparado à quantidade de agentes não é muito grande? Vocês veem alguma possibilidade de mudança?

E2 – A possibilidade que nós vemos é essa. Passar a responsabilidade para esses adolescentes. E esse agente tem uma carga muito pesada e uma responsabilidade muito grande. A partir do momento, que o agente delega uma função e ficará apenas como apoio e a referência é aquele adolescente. A gente pensa no agente apenas como referência. Ele não vai entrar em sala de aula pra trabalhar promoção da saúde com o aluno, isso seria o professor e o adolescente. O agente ficaria apenas com a parte técnica medir e pesar, teste de acuidade deixando a promoção da saúde só para o aluno, para os líderes de cada escola. Como eles, os agentes ficam muito tempo na escola, os alunos já veem o agente e já diz: “Ah, tia você vai falar isso de novo?”.

P - De que maneira as atividades de promoção de saúde realizadas na escola consideram os sujeitos no contexto da vida familiar e na comunidade?

E2 – A gente espera que ao mudar o comportamento desse menino ele possa levar isso pra família dele. E a gente acaba trabalhando com a família. A gente faz reuniões com eles, eles recebem vacinações, orientações. Conversa com os pais na saída sobre higiene, piolho. Essa conversa com o pai envolve toda a família. Porque a criança é responsabilidade da família, não da escola e nem do agente. A ação não é só focada no menino. Onde tem PSF é mais tranquilo porque o agente entra em contato com o agente comunitário ou o enfermeiro da unidade da família e solicita que façam uma visita à família observando questões como alimentação, maus tratos, todas as questões. Onde não tem PSF é um problema. Porque essa é a ideia agente de saúde mais agente comunitário e unidade saúde da família trabalhando junto. Por isso é da escola pra toda família. Enquanto não trabalhar a família a gente não vai conseguir alcançar muita coisa não.

P – Os parceiros envolvidos na realização do programa?

E2 – Os parceiros são a Secretaria da Educação, a Superintendência Regional de Ensino, enfermeiros de Centros Universitários, psicólogos, Coafro. Depende do tema a ser trabalhado.

Se vai ter um dia da saúde na escola, nós conseguimos pegar uns parceiros FUTEL. Os estagiários conseguem fazer imunização, olhar cartão de vacina.

P – Diante do que já foi feito, de que forma os alunos, os professores e servidores têm contribuído para o sucesso do programa?

E2 – Por enquanto, nós nos preocupamos em sensibilizar. Porque os alunos são muito receptivos e muitos professores também são muito parceiros. O que eles podem contribuir é liberar o horário, trabalhando na sala de aula a temática. A escola às vezes pensa mais um serviço pra gente, mas devagar as ações vão sendo inseridas na prática do professor, automaticamente, sem eles perceberem. Principalmente, agora no final de ano que a gente está fazendo a parceria professor e agente de saúde, por causa do PSE. Então, não está oficialmente implantado no PPP da escola mas acaba fazendo as ações propostas.

P – A formação continuada do professor está a cargo do CEMEPE.

E2 – Sim, do CEMEPE. E não é só para o professor de ciências é para todas as áreas para que todos sejam multiplicadores. Agora, se eles repassam, eu não sei. Educação continuada é pra que toda escola receba. Qualquer professor tem condição de ajudar.

Entrevistado 3 – Coordenadora CEMEPE professores

P – Você consegue pontuar alguma diferença entre o programa Saúde Todo Dia e os programas anteriores desenvolvidos na escola?

E3 – O programa anterior ficava muito preso no teste de acuidade visual e de saúde bucal. Esse programa depois de reformulado, eu percebo uma preocupação maior com diversos temas, como sexualidade e higiene. Ficou melhor, mais amplo. Outra coisa muito boa é a atualização da caderneta de vacinação. Isso ocorre em todas as escolas. Se o agente percebe que 50% dos alunos vacinas atrasadas eles fazem um movimento dentro da escola pra vacinar todos.

P – Quais ações já foram trabalhadas e como são trabalhados?

E3 – Sexualidade com a implantação da caderneta do adolescente, higiene, dengue durante as campanhas, saúde bucal ficou a parte. Mais através de palestras, alguns teatrinhos da dengue, alguns jogos, ou alguma coisa dentro de sala de aula quando um professor pede. Quando é

dengue é um movimento maior dentro da escola, tem até uma peça de teatro. Alguns desses temas são solicitados pelas escolas. Os agentes são capacitados e isso é levado para escola. Mas as escolas não dão muito valor nos agentes, não sabem o potencial que eles têm pra ajudar. No ano passado, nós tivemos uma capacitação que ficou conhecida como o Desafio da Intersetorialidade que era uma parceria entre a secretaria da saúde e da educação. Saúde e educação não podem caminhar separadamente jamais. Coincidentemente eu estava precisando trabalhar alguns temas sobre saúde então, a coordenadora do programa sugeriu trabalhar esses temas com os professores porque eles não dominavam esses assuntos. Mas vieram poucos professores e muitos não gostavam porque tinha que estudar. E não eram só professores de ciências eram de todas as áreas discutindo os mesmos temas discutidos com os agentes de saúde. A proposta era trabalhar teoricamente o conteúdo no CEMEPE e o professor discutiria em sala de aula devolvendo mais tarde um feedback. Mas isso foi perdendo ao longo do ano. Algumas escolas funcionaram por causa do professor que gosta.

P – Como acontece essa articulação entre o programa e as escolas?

E3 – É através do agente de saúde. Quando a escola está precisando muito aí me ligam e eu entro em contato com a direção do programa, mas a maioria é via agente.

P – As escolas aceitam o Programa?

E3 – Algumas aceitam. Outras veem o Programa Saúde Todo Dia apenas como aquele pessoal que fazia a prevenção de higiene bucal, eles ainda não percebem a importância do programa. Isso tem mudado um pouco por conta da caderneta do adolescente e da caderneta da vacinação. Tem escola que não sabe nem quem é o agente. Os agentes estão agora medindo, pesando, fazendo teste de acuidade visual, encaminhando aqueles que estão com sobrepeso, por um lado as escolas estão começando a ver a importância. Algumas escolas acham que é mais um serviço pra elas. A escola precisa abrir as portas e saber que a escola não é só o mundinho dela. Nós já conseguimos detectar casos de hanseníase e tuberculose nessas visitas às escolas.

P - Quais atividades de promoção da saúde são desenvolvidas nas escolas, consideram os meninos dentro do contexto de vida deles, familiar, na comunidade. Você acha que há alguma atividade que reflete lá na casa dele?

E3 – Nós estamos começando a engatinhar. Ainda, não sei se é possível alcançar toda a família. Vendo o que já foi trabalhado, por exemplo, obesidade. Se o menino está obeso ele é

encaminhado e a família é observada. As atividades se bem trabalhadas nas escolas pode-se perceber mudanças na família. As atividades não podem ser pontuais elas devem ser inseridas no cotidiano dos meninos. Por exemplo, o que muitas vezes acontece é trabalhar um tema exaustivamente e depois esquece. É dengue, então trabalha o mês de fevereiro todo e depois esquece. A caderneta do adolescente foi implantada e depois foi esquecida. A responsabilidade de continuar a ação é da escola. Ela precisa ser sistemática, continua e contar com a participação da escola e do professor. O diretor tem que abraçar porque se não há o envolvimento da coordenação e dos professores.

P – De que forma as ações podem trazer benefícios para a escola?

E3 – Saúde do indivíduo, respeito pelo seu próprio corpo. Se ele respeitar o seu corpo ele não vai usar drogas. Algumas escolas como o parque São Jorge tinham um projeto pra trabalhar sobre sexualidade, uso de drogas, mas não sabiam como fazer. Então, passaram por uma capacitação. A escola precisa estudar.

P – Oficializar o programa é importante?

E3 – A questão da saúde tem que estar inserida no PPP desde 2007. Mas se você observar todos os projetos, não vai encontrar em nenhum. Se você observar nas propostas do Programa Saúde na Escola, essa é uma proposta.

Entrevistado 4 – Gestora escolar LT

P – Já houve outros programas de saúde nessa escola? Em que aspectos eles se diferenciam?

E4 – Antes havia a escovação e acuidade visual. Os dentistas sempre veem na escola. Mas, esse ano nós abrimos outras salas e ficou sem espaço pra sala dos dentistas. Tem que ter espaço pra colocar duas cadeiras, tem que ter acesso à água. Agora o foco está na obesidade e na magreza.

P – Como acontece a articulação do programa com a escola?

E4 – Através dos agentes de saúde que passam o programa, o que eles pretendem trabalhar e o que eles estão abertos a trabalhar. No ano passado tivemos problema com o piolho, aí nós pedimos pra eles. Tem essa abertura. Aí, foi a caderneta do adolescente. Vai mudando de ano pra ano. Esse trabalho atual, o índice de massa corporal, está encaminhando para nutricionista.

Tem também a caderneta de vacinação. São recolhidas as cadernetas que são cobradas na matrícula, manda o bilhete para os pais, manda pra o posto de saúde e lá são analisadas. Os agentes são os principais interlocutores. Os agentes que combinam o que vai ser trabalhado com a direção. Não tem uma relação com o pedagógico, com o supervisor e o professor.

P – Quais atividades de promoção da saúde são desenvolvidas nas escolas, consideram os meninos dentro do contexto de vida deles, familiar, na comunidade. Você acha que há alguma atividade que reflete lá na casa dele?

E4 – Não sei. Quando você trabalha essa questão nutricional, você analisa como a família lida com isso também. Quando a gente faz um encaminhamento para o nutricionista é analisado o tipo de alimentação da família. Esse é um ponto que nós ainda estamos caminhando. É a primeira vez, que encaminhamos um aluno pra procurar um tratamento com nutricionista. Acho que a análise do perfil nutricional reflete na família. Se eu sou uma família preocupada vou procurar fazer mudanças. Vai ser atendida a família toda. E vai gerar uma mudança. Ainda é muito individual ainda não vê o coletivo. Não abrange muito a família não. Alcança a família só por bilhete por recado. Não sei se a escola tem condição de fazer esse trabalho com a família. Se você manda um recado pra conduzir o filho pra uma consulta. Aí vem o setor da saúde. A escola não pode abraçar tudo, não. Eu não sou muito a favor da escola abraçar tudo, não. Tem que tomar cuidado porque se não mistura demais e tira o foco do pedagógico. Com a possibilidade de uma escola integral, aí eu vejo condição de fazer muita coisa. Tudo isso é muito novo. A caderneta do adolescente, eu acho uma ótima ideia, mas precisa melhorar. Ela depende muito da responsabilidade do adolescente. Acho que eles já se esqueceram e precisa persistir.

P – Como essas ações podem ser úteis dentro da escola?

E4 – Se o menino está com problema de visão e ele é encaminhado. O resultado é imediato. Se o menino está com problema de autoestima e não sabe o que fazer e é orientado, o rendimento dele muda, vai aumentar.

P – De que forma, os alunos, professores e funcionários de modo geral têm contribuído com o programa? De que forma?

E4 – Acho que tem pouco entrosamento dos servidores da escola com o programa. Porque cada professor está focado na sua área. Então, o agente de saúde chega e só encaminha o aluno pra tirar as medidas, pra o teste de acuidade visual. O professor de ciências já caminha

mais junto. O conteúdo está mais próximo. Eu gostaria muito que houvesse uma mudança. Enquanto estiver cada um em seu quadradinho não vai haver entrosamento e nem mudança. Levar um menino pra pesar e fazer um teste de acuidade não é aumentar a carga de trabalho, não. É preciso ter um momento um espaço pra ter a atualização do professor e fazer uma ponte com a saúde do aluno. Ainda não houve um momento pra isso. É preciso ter um momento um trabalho continuado. Acompanhar de perto a saúde do professor.

P – O programa Saúde na Escola está no PPP?

E4 – Não. Porque a gente não pensa o programa Saúde na Escola relacionado ao pedagógico. Não me lembro de terem solicitado pra incluir o programa Saúde na Escola no PPP. Por ser uma parceria entre secretarias, ele vai acontecer independente de estar ou não no PPP. Mas é importante estar presente no PPP não porque ele o PPP vai garantir que ele aconteça, mas porque ele deve retratar tudo que acontece na escola.

Entrevistado 5 – Agente de saúde Escola SOM

P – Sempre houve programas de saúde nessa escola? Em que aspectos eles se diferenciam?

E5 – Trabalho nas escolas com programas de prevenção há mais ou menos 17 anos. Agora, nós temos o apoio das unidades de saúde. Não é um total apoio, mas algumas unidades de saúde já sabem do nosso trabalho e reconhecem o programa. Por exemplo, eu tive alguns problemas na UAI Roosevelt com relação à acuidade visual. As consultas de oftalmologia eram garantidas aos alunos que faziam acuidade visual. Então, uma mãe foi marcar a consulta e a unidade não tinha conhecimento do encaminhamento que nós fornecemos. Eu fui à UAI e conversei com as atendentes, mais tarde o coordenador me ligou e me tranquilizou afirmando que as consultas seriam marcadas como devem ser. Então, acho que essa foi a principal mudança, o reconhecimento das unidades de saúde. E a segunda mudança é o aumento das ações que nós temos que realizar. Quando começou o primeiro programa eu era agente da odonto, prevenção. Fazia apenas prevenção. Mais tarde, foram incluídas outras ações como higiene corporal, acuidade visual, peso e medida, averiguação do cartão de vacina. Têm outras ações mas, ainda não foram implantadas porque estão sendo estudadas as parcerias. Como parcerias com o pessoal da nutrição. A gente pesa e mede. Manda os dados pra prefeitura e então entramos em contato com os pais das crianças que estão com sobrepeso ou magreza. Foram mais de 30 pais que participaram de uma palestra com a nutricionista. Eu sinto que o

programa aumentou as nossas atividades. Mas, o nosso trabalho teve uma maior notoriedade. Antes, eu estava na escola e ninguém nem sabia quem era eu ou o que eu fazia. Às vezes, ainda há pessoas nas escolas que não nos conhece. Isso acontece porque, no meu caso, eu trabalho em oito escolas. Então, muitas vezes nós ficamos um período muito longo sem visitar a escola. Em janeiro, eu estava numa escola e fiquei lá até março. Agora, desde abril e não vou lá. Então, você não cria vínculos porque são muitas escolas, muitas crianças. Podem pensar que nós não estamos trabalhando. Mas eu procuro informar nas escolas a minha situação. Estão oferecendo mais capacitação pra gente. Com a implantação da caderneta nós tivemos que fazer muitos cursos preparatórios.

P – Como é a recepção do programa pela direção da escola?

E5 – Em todas as escolas onde eu trabalho, a recepção é ótima. Nas escolas estaduais também. Por eu ser funcionária do município, as vezes, pensava que teria uma recepção diferente, mas não, tanto a direção quanto a supervisão nos acolhem muito bem. Nós nos apresentamos à direção, mas é com a supervisão que a gente planeja as ações. São as supervisoras que avisam os professores que eu estou na escola. Os professores gostam mais ainda há um tabu com relação a alguns temas. Então, eles preferem deixar pra nós.

P – Você acha que o que o programa oferece é o que a escola esperava?

E5 – A escola dá credibilidade ao programa. Em se tratando de acuidade visual que é ação que eu estou fazendo agora, percebo que a escola precisa dessa ação já que a professora percebe quais são os alunos que estão com problemas de visão. Eu sinto que o programa alcança as expectativas da escola. Com relação ao peso e medida também. Uma das minhas escolas se prontificou a comprar uma balança e fita métrica. E quando eu falei da nutricionista a diretora ficou muito empolgada com a ideia.

P - Como é a aceitação e a participação dos alunos nas atividades?

E5 – Eles amam fazer. A receptividade é muito boa. Eu pesei e medi aproximadamente 400 adolescentes do 6 ao 9 ano e apenas uns 4 alunos não quiseram participar. Isso porque eram gordinhos ou tinham chulé.

P - Quais são os parceiros envolvidos na realização do PSE além da nutricionista e a unidade de saúde?

E5 – Todos os parceiros estão diretamente ligados à saúde, como as enfermeiras que fazem as vacinações e os estagiários que podem nos ajudar. Eu, particularmente nunca levei estagiário para o campo, mas se nós quisermos nós temos liberdade pra isso.

P - Você acha que o Programa Saúde na Escola atinge os objetivos propostos?

E5 – Eu acho que sim. Porque vários professores me dizem que um problema ou outro foi resolvido graças à presença do programa na escola. Não posso garantir 100% mas posso dizer que o que compete a mim tento fazer o melhor. Há muitos fatores que influenciam no andamento do programa. Por exemplo, eu faço um diagnóstico de sobrepeso. Então, faço o encaminhamento, que depende do pai, e depende da unidade de saúde. Eu sempre procuro saber se deu certo a consulta. A minha maior preocupação é quando o pai vai à unidade de saúde e não consegue agendar uma consulta. Com relação às vacinações todas as escolas em Uberlândia exigem o cartão de vacinação no ato da matrícula e de 300 cartões analisados apenas 28 tinham atrasos.

P - Quais as atividades realizadas no Programa Saúde na Escola podem ser consideradas como promoção da saúde?

E5 – Antes de fazer qualquer atividade preventiva, nós temos uma conversa com os alunos. Por exemplo, a acuidade visual. Nós falamos os cuidados que os meninos devem ter com a visão. Não podem coçar o olho, tomar cuidado com objetos pontiagudos, não usar o óculos do colega. A implantação da caderneta é um ótimo exemplo de promoção da saúde, sendo imparcial e respondendo o que eles querem saber.

P – De que forma as atividades do Programa Saúde na Escola envolvem as famílias, no contexto da vida familiar e na comunidade?

E5 – Quando eu tenho a oportunidade de ter acesso à família, eu tento aproveitar o máximo pra conhecer a realidade da família. Mas muitas vezes, nós agendamos reuniões com os pais ou responsáveis e eles não comparecem. Sempre que possível nós tentamos envolver os pais. Então, a gente tenta alcançar a criança pra envolver a família. Assim, se uma criança está com sobrepeso nós tentamos conscientizar os responsáveis de que eles têm que ajudar. Nessas ações que foram promovidas até agora se a família não participar não tem como o programa ter sucesso. Ainda não percebo o envolvimento da comunidade nas ações realizadas até agora. As colas onde tem PSF é mais fácil porque o agente da saúde da família entra em contato com a família.

P- O que deveria mudar no Programa para que o ele seja mais efetivo?

E5 – É um território muito grande. Eu tenho que atender mais ou menos 2100 alunos. É impossível visitar tantos alunos. Assim, eu visito os casos que são gritantes. Aí, não dá pra acompanhar de perto. Um ano eu faço o “diagnóstico de sobrepeso ou problema de vista”, mas só no outro ano eu vou saber se ele foi ao médico ou não. Então, aumentar o número de agentes é fundamental pra o sucesso do programa. Acho que deve ser reconhecido do programa porque muitas unidades ainda não reconhecem nossos encaminhamentos. Ainda falta uma maior comunicação. Antigamente havia as vagas previstas para os alunos que até sobravam. Hoje não é assim mais. Acho que devia haver nutricionistas, oftalmologistas pra atenderem especificamente as crianças e os adolescentes. Precisa ser falado para os médicos e enfermeiras nas unidades de saúde que o adolescente tem o direito de ser atendido sem a presença de um responsável. E isso, é promoção da saúde porque estou instruindo quanto aos seus direitos que devem ser cumpridos.

P – O que precisa ser mudado no seu trabalho?

E5 – Nós não temos um espaço para fazer nossos atendimentos. Antigamente havia uma sala específica pra saúde, mas elas foram transformadas em sala de supervisão em aula de reforço. Aí, a gente tem que sair andando na escola procurando um canto onde é possível fazer as ações. Uma sala na escola nos daria uma melhor identificação de que há uma gente de saúde presente na escola. Esses espaços não dependem da escola. A escola nos diz que podemos fazer em qualquer lugar que nós encontrarmos. Falta balança. Material pra oficina não falta. Tem muita coisa no anexo. E principalmente o número de indivíduos atendidos.

Entrevistado 6 – Diretora HLC

P – Já houve outros programas de saúde nessa escola? Em que aspectos eles se diferenciam?

E6 – Acho que está havendo uma maior preocupação pelo poder público em relação à saúde e com a prevenção principalmente. Porque se focar na prevenção não vai haver tanta doença. Os agentes estão agora dentro da escola. Isso não havia antes. Eles começaram colocar os agentes mais efetivamente há mais ou menos uns 4 anos. Antes os agentes atuavam mais na prevenção de cáries. Nós tínhamos aqui na escola um gabinete para prevenção, mas não temos

mais por falta de espaço. Também, sempre houve o programa de acuidade visual. O programa tem se diversificado mais.

P – Como acontece a articulação do programa com a escola?

E6 – Através dos agentes. Cada escola tem dois agentes por conta da escola. Eles fazem acuidade visual, pesagem, se tem algum outro problema eles encaminham.

P - Como essas ações podem ser úteis dentro da escola?

E6– Eu acho que toda ação preventiva é melhor do que ter gastar com hospital, com médico. Se você previne então é possível evitar gastos para o poder público. Porque ficar mais barato para o poder público gastar na prevenção do que numa cirurgia num tratamento. Um menino doente tem que faltar à aula, é mais trabalho para o professor ter que aplicar prova depois.

P – O programa está incluído no PPP da escola?

E6 – Não. Está dentro do planejamento de ciências, da área específica de ciências. Como é um projeto da prefeitura, não é um programa da escola. É um programa do poder público. Ele joga na escola e a escola acolhe. Esse é um projeto da secretaria de saúde e aqui é a culminância porque é aqui que ele se realiza.

P – Quais as ações que são aplicadas aqui na escola?

E6 – São feitos muitos trabalhos. Campanha da vacinação. Eles pegam os cartões de vacinação e conferem então, fazem as vacinas que estão em atraso. Testes visuais com encaminhamentos se precisar. Palestras sobre doenças sexualmente transmissíveis, gravidez na adolescência. Como nós temos os casos mais específicos eles Focalizam o que a escola mais precisa. Palestras sobre drogas. Esse é o nosso maior problema aqui na nossa região. Eles pegam os meninos pra trabalharem como vendedores. Estão incluídos nessa luta não só o programa de saúde, mas todos os professores, mais PROHERD, mais JCC. E a implantação da caderneta do adolescente em 2010. Essa foi a primeira escola. Os meninos receberam, mas foi só uma turma, agora faltam os outros desse ano. Nós não tivemos nenhum problema com os pais. Os pais gostaram muito porque às vezes, ele não tinha condição de dar uma boa explicação sexual em casa. Quando a escola se propõe a fazer um trabalho que eles percebem um cunho científico que é com intenção de ajudar, eles abraçam a causa.

P – De que forma essas ações acontecem?

E6 – eles geralmente trazem um palestrante, às vezes, uma exposição. O pessoal da polícia militar trouxe todo tipo de droga pra apresentar pra eles. Filmes. O bullying é trabalhado com os pedagogos.

P – De que maneiras as ações realizadas aqui na escola consideram os meninos nos seus contextos familiares e na comunidade?

E6 – Não todos, porque é impossível. Mas o resultado é positivo. Às vezes, você está falando com um menino de que drogas levam à morte ou à cadeia. Na maioria dos casos a família não sabe, mas há casos que a família que incentivou. A parte de alimentação saudável é trabalhada pelos professores. Os professores também fazem cartazes dizendo: diga não as drogas. Eles trabalham mais em conjunto. Na campanha contra o tabagismo foi trabalhado o mês inteiro. E depois continuamos até hoje. Não é só focalizando obesidade. Por exemplo, nós paramos de vender balas e chicletes no bar aqui da escola, mas tem um senhor que vende aqui na porta da escola. Então, precisa é de conscientização.

P – Quais são os parceiros envolvidos.

E6- Os agentes de saúde, a secretaria de saúde, os dentistas. Nós não buscamos muitas parcerias. Nós pegamos parcerias quando aparecem pra gente. Nós gostaríamos de fazer muita coisa, mas nós não temos tempo. Tem também, o Fica vivo.

P – De que formas a escola pode contribuir?

E6 – Além de estar sempre aberta. Podem contribuir na limpeza da escola, isso é higiene. A escola pega os pontos fracos e trabalha esses pontos. Os professores fazem projetos com os alunos, como os professores de português com textos. Por não ter espaço e tempo aqui na escola, a formação do professor está encarregada ao CEMEPE. Mas o professor não aproveita o CEMEPE como podiam e deviam aproveitar. Até o SG tem formação pra fazer alimentação, a merenda, como aproveitar o alimento.

Entrevistado 7 – agente de saúde da Escola PLT

P – Sempre houve programas de saúde nessa escola? Em que aspectos eles se diferenciam?

E7 – Antes os programas eram divididos por setores. Tinha o programa de saúde escolar e o saúde bucal. O saúde escolar trabalhava com temas relacionados com a saúde, como a dengue.

Esses programas sofreram alterações e foram incluídos outros temas como teste de acuidade visual, higiene corporal, DSTs e as equipes foram unidas passando a ser multiagente. Agora todos os temas relacionados à saúde são trabalhados na escola. Esses temas são escolhidos pela secretaria de saúde. Se algum órgão quer que seja trabalhado algum tema, eles vão até à secretaria de saúde e solicita a nossa participação, isto é, nós nas escolas alcançamos um público muito grande. E assim, fazemos a divulgação. Por exemplo, dias atrás nós estávamos trabalhando as doenças causadas pelos pombos. Raiva animal. Agora em outubro é o mês de trabalharmos o câncer de mama.

P – Pode-se dizer que é um programa intersetorial e que relaciona com a educação.

E7 – Não digo intersetorial. É um programa mediador. A nossa função é mediar a educação e a saúde. O benefício é tanto pra saúde como para a educação. A vantagem é que nós encontramos os alunos todos os dias na escola, em nenhum outro lugar é possível ter acesso a esse público. A escola é um espaço usado pra alcançar esse público.

P – Como é a recepção do programa pela direção da escola?

E7 – Eu já trabalho há mais ou menos 18 anos nas escolas e posso dizer que hoje é maravilhosa. Mesmo na época em que trabalhávamos apenas saúde bucal, era difícil, mas era aceitável. No início nós encontrávamos professores que achavam que a escola não era espaço para a saúde. Hoje, existe uma conscientização maior por parte dos educadores, porque entendem a necessidade. Eles têm que aceitar o programa na escola de qualquer forma. É uma combinação entre secretarias, da saúde e da educação. O programa tem que acontecer independente do que acham. Vem de cima pra baixo. A direção pode tornar meu trabalho mais fácil ou mais difícil. Mas, depende muito do agente de saúde, depende da abordagem do agente. Os professores participam muito. E nós não entramos na sala de aula sem a permissão do professor. Nós dependemos da aceitação do professor. O professor pode contribuir com o programa através da forma pela qual ele nos recebe. Se ele demonstra nos receber apenas como uma obrigação, o aluno não terá interesse. Mas o professor fortalece o nosso trabalho em sala.

P – quais são os parceiros do programa?

E7 – As unidades de saúde, sem elas é impossível. Não adianta fazermos as ações e encaminharmos para a unidade de saúde e não termos o apoio da unidade com o agendamento das consultas, sem não houver uma disposição da unidade em ir a escola colocar as

vacinações em dia. O nosso encaminhamento é aceito na unidade de saúde é aceito como um encaminhamento de um médico. Todos os encaminhamentos são agendados. Nossa ação na escola é superficial. Nós fazemos uma peneirada, não tem como o município atender todos os alunos da escola. A gente torna o acesso mais fácil. A comunidade é outro parceiro. Por exemplo, a caderneta só foi implantada porque tivemos a representação da comunidade. Em uma das escolas que trabalhei estava presente o presidente do bairro. Ele se dispôs a colar na associação o cartaz que divulgava a implantação da caderneta. Em outra escola foi o padre da comunidade. No fim da missa ele dava o recado sobre a implantação da caderneta. Isso dá credibilidade ao programa e abre a mente dos pais que não estão na escola.

P – Como a família participa?

E7 – Sempre que há algum pai com alguma queixa e que vai até a direção e que precisa de um encaminhamento, eles nos procuram e nós fornecemos o encaminhamento para uma consulta.

P - Você acha que o Programa Saúde na Escola atinge os objetivos propostos?

E7 – Não cem por cento. Esses resultados não podem ser vistos hoje. São resultados pra daqui dez anos. O que nós queremos é que esses adolescentes quando forem pais sejam diferentes com seus filhos. Nós já trabalhamos até agora, as principais ações dentro da escola a implantação da caderneta, acuidade visual, perfil nutricional e vacinação. Essas ações embora pareçam ser simples levam tempo para serem executadas. Um exemplo simples é a vacinação. A unidade de saúde precisa ir até a escola pra fazer as vacinações. Eu acredito que um profissional de saúde disponível para o programa não ficaria ocioso, porque imunização é apenas uma das atividades que ele pode fazer dentro da escola. Aí, nós ficamos a mercê dos eventos. Mas, devido um público muito grande não é possível vacinar todos os meninos. Não funciona porque o adolescente está delegando a responsabilidade da própria saúde a outros. Querem que as coisas venham cada dia mais até eles.

P – Quais as principais atividades realizadas pelo agente.

E7 – As palestras. A nossa principal função é levar o conhecimento científico aos alunos. O adolescente tem acesso a informação, mas nem sempre é o que ele necessita no momento. É informação demais e eles filtram muito pouco. Nós queremos que eles tenham acesso a informação em tempo real e que possa esclarecer as suas dúvidas. Nós mostramos pra eles estudos, pesquisas numa dinâmica diferente, numa apresentação diferenciada que acabam despertando interesse. A caderneta até hoje, por se tratar da sexualidade, foi o que mais

chamou a atenção dos adolescentes. Nós gastamos em média dois a três horários dando palestras. Pra o menino fica puxado é muita informação pra pouco tempo. Outra função muito importante é o encaminhamento. Você dá a oportunidade ao aluno de descobrir que ele tem um problema. Às vezes, ele é taxado na escola como sendo um aluno problema, mas ninguém percebeu que ele tem problemas visuais, ou até mesmo diabetes e que isso poderia gerar falta de interesse pela escola.

P - Quais as atividades realizadas no Programa Saúde na Escola podem ser consideradas como promoção da saúde?

E7 – O encaminhamento. Os testes que fazemos com os alunos, as palestras. Tudo que contribui para o conhecimento, já é promoção da saúde. Quem sabe, conhece previne e prevenir é o melhor remédio. E já que há uma doença instalada, o melhor remédio é procurar o médico, um atendimento através do encaminhamento, facilitando o atendimento o acesso ao médico.

P - As atividades envolvem as famílias?

E7 – Sim. Em casos muito graves há agentes de saúde que vão até a casa do adolescente. Ou passa o caso para a direção da escola, convidando o pai a comparecer na escola. Na maioria das vezes, o encaminhamento é entregue ao pai para que ele procure a unidade de saúde, e não ao aluno. Mesmo sabendo que o adolescente tem o direito de atendimento sem a presença de alguém da família. Não existe o trabalho de convidar o pai e a mãe pra fazer o perfil nutricional deles, fazer palestra para os pais. Isso não existe. Eu tenho tentado envolver o professor de educação física no perfil nutricional. Eu acho que ele é o profissional responsável por medir e pesar o aluno na escola. Ele é capacitado e tem qualificação pra isso. Ele está na escola todos os dias. Ele pode fazer o perfil nutricional no começo, no meio e no final do ano pra conseguir fazer um acompanhamento. O mais importante do perfil nutricional não é saber se ele está com sobrepeso, obesidade ou magreza acentuada, mas sim acompanhar o seu perfil. E o professor de educação física está apto a aconselhar qual a melhor atividade pra esse aluno. Com a implantação da caderneta, nós tentamos envolver todos os professores. O prof. de geografia, porque a geografia pode estudar a influência que a cultura tem na sexualidade, a história pode descrever o processo da sexualidade que nós vivemos. Mas não foi possível plenamente. O professor tem muita tarefa, precisa concluir suas metas. Como ele pode abrir mão de algo que pra ele é obrigatório, pra fazer algo que é pra enriquecer. Está na hora de aumentar a carga horária dos alunos. Os alunos precisam passar mais tempo na escola.

P- O que deveria mudar no Programa para que o ele seja mais efetivo?

E7 – Pode se disponibilizar uma enfermeira a disposição do programa; pode aumentar as horas dentro da escola; há momentos que são desgastantes para o agente de saúde que tem que trabalhar em todas as suas escolas o mesmo tema, a mesma palestra. Isso quer dizer mais ou menos 40 salas, quer dizer, 40 vezes falando a mesma coisa. É desgastante. Principalmente, porque a escola quer que eu trabalhe no menor espaço de tempo possível. A escola quer que eu fique os cinco horários dando palestra, assim, eu terminaria em uma semana. Não é possível mais que duas palestras, a terceira é feita no limite. Na implantação da caderneta eu fazia uma média de 4 palestras por dia. É muito complicado.

P – A discussão sobre determinado assunto não é tratado de forma muito pontual? Quero dizer, as ações não acontecem ao longo do ano. Isso não poderia causar um espaçamento muito longo e elas viessem a serem esquecidas?

E7 – não é possível ficar o ano inteiro falando de sexualidade, ou fazendo teste de acuidade visual. Nós nos tornamos dentro da escola um referencial de saúde e se há algum problema a diretora vai me ligar pra saber como pode ser resolvido. E se o aluno tiver algum problema relacionado aos temas já trabalhados ele me tem como referencial, então ele vai me perguntar.

P – o que precisa melhorar no seu trabalho?

E7 – O salário, precisa dobrar o salário.

P – E se você ficasse responsável por uma única escola, não facilitaria o seu trabalho?

E7 – Facilitaria e não. Porque ficaria cansativo e chato por tanto que eu importunaria na escola. Eu deixaria de ser bem-vinda e me tornaria chata.

P – Uma agente me disse que gostaria de ter uma sala que fosse usada somente por vocês. O que você acha?

E7 – As escolas municipais na planta do prédio tinham a sala de sala da saúde. Mas só no papel. Ela não funciona. Ela deveria estar disponível só pra saúde. Está acabando o tratamento dental na escola. Hoje as equipes não vão mais às escolas por falta de espaço. Isso é uma perda muito grande. O que nós fizemos anos atrás quando começou o programa, nós estamos vendo agora o baixo índice de dentes cariados, de obturações. Se a comunidade soubesse faria um movimento para se ter essa sala dentro da escola. Para que o filho pudesse ter acesso à

saúde dentro da escola. É preciso ter uma sala adequada pra fazer o teste de acuidade visual com luminosidade adequada, a distância da parede.

Entrevistado 8 - Agente de saúde HLC

P – Sempre houve programas de saúde nessa escola? Em que aspectos eles se diferenciam?

E8 – Trabalho como agente de saúde escolar há 3 anos. Então, quando eu comecei a trabalhar já estava no processo de transição entre o programa anterior e o atual. No modelo antigo, fazia-se higienização bucal. Nós ensinamos os alunos sobre a importância de uma higiene bucal, mas não fazemos a ação em si. Eu acho que o programa pecou nesse sentido. O prejuízo maior é para os alunos. Esta ação demanda tempo. Imagina, pegar os alunos, tirar da sala, ensinar a técnica de escovação. Isso tudo, é muito demorado. Mas, em contrapartida, surgiram outras ações que passaram a suprir não a questão da higiene bucal, mas nós fazemos muitas palestras, conversamos muito com os alunos. Não fazemos a escovação. No programa atual nós pesamos, fazemos vacinação. As ações estão mais abrangentes. Enfim, nós agentes estamos mais atuantes. Foram muito boas estas mudanças. Nós muito mais um sistema articulador do que um executor de ação. Por exemplo, quando eu quero trazer a unidade de saúde para a escola, sou eu que faço a articulação entre a escola e a unidade de saúde. Vamos supor que a escola precisa de uma palestra sobre DST/AIDS ou gravidez então, nós entramos em contato com a unidade de saúde e então, acontece a palestra.

P – Como é a recepção do programa pela direção da escola?

E8 – Sim. Eu nunca tive nenhuma dificuldade em nenhuma escola onde já passei. Sou muito bem tratado. Tudo que preciso sempre me fornecem. Sempre liberam espaço e tempo para acontecer a atividade. Os alunos são sempre participativos e nunca há recusa. Se o aluno está envergonhado, nós fazemos o trabalho com ele separadamente.

P – quais são os parceiros do programa?

E8 – Tem a unidade de saúde. Às vezes, os pais. Tem uma instituição particular que fornece estagiários da enfermagem. Então, quando a unidade de saúde não tem disponibilidade, como aconteceu na semana passada, nós tivemos a participação dos estagiários para vacinar. A UFU não tão frequente. Mas também ajuda quando os estagiários estão na unidade de saúde.

A unidade de saúde participa ao receber o aluno que foi encaminhado para lá. Seja na vacinação, na consulta com o nutricionista, com o oftalmologista. Ao fornecer um enfermeiro para falar sobre DST/AIDS.

P - Você acha que o Programa Saúde na Escola atinge os objetivos propostos?

E8 – Tenho certeza que sim. Acho que atinge muito mais. Quando nós tratamos um aluno como ser humano e não como um número, ele percebe isso. E transmite o que aprendeu em casa. Passa a ser um transmissor. Quando nós encaminhamos um aluno que está com baixa visão para uma consulta e logo é resolvido o seu problema. Isso pra família tem um ganho que não se pode mensurar. O aluno melhora, a família fica agradecida e pode-se formar um cidadão bem mais consciente. Nesse sentido, eu acredito que o programa vai além de diagnosticar um problema de visão e encaminhar para uma consulta. Mas há um valor sentimental. Isso tem um valor enorme para a família. Há um reconhecimento por parte da família da direção da escola.

P – Quais as principais atividades realizadas pelo agente.

E8 – Teste de acuidade visual, implantação da caderneta do adolescente, perfil nutricional, imunização. Tem educação sexual, DST/AIDS, drogas, palestra de higiene corporal, pediculose.

P – Das ações realizadas quais podem ser consideradas como promoção da saúde

E8 – todas as ações que nós fazemos como teste de visão, perfil nutricional, detectar se o aluno tem um problema e resolver esse problema. Tudo isso, está melhorando a qualidade de vida do aluno. O programa de forma geral tem a capacidade de promover a saúde. As ações que nós realizamos não são só aqui dentro da escola e nem só para o aluno, ela é para a escola. Ela envolve os funcionários, os professores. Quando nós vamos vacinar os alunos, os professores que têm o cartão de vacina em atraso também são vacinados.

P – As ações realizadas pensam o aluno no seu contexto familiar.

E8 – Claro que sim. Quando nós executamos as ações nós não estamos pensando somente no aluno. Ao vacinar um aluno, não nos preocupamos com o aluno aqui na escola, mas até se ele vai perder uma oportunidade de trabalho, já que estar com o cartão de vacina em dia é um pré-requisito das empresas.

P – Como vocês envolvem as famílias.

E8 – Todas as vezes que eu vou executar uma ação que necessita de autorização, eu envio um comunicado aos pais informando e solicitando a sua autorização. Sempre é informado os pais o que está acontecendo com o filho. Em todas as nossas ações, os pais são informados. Aí, é com eles. O pai é informado. Se ele tiver alguma dúvida ou questionamento, ele pode nos procurar a qualquer momento. Mas, parte mais do pai do que da gente. Porque se agente for de casa em casa conversar com pai de aluno...

P - Há uma relação entre o programa de saúde com o PSF local? O agente de saúde da família participa?

E8 – Na implantação da caderneta, eles vieram e participaram de todo o processo. No perfil nutricional, o aluno que foi encaminhado para uma consulta nós ficamos de olho aqui na escola, mas não existe uma cobrança pra saber se ele já foi na unidade, é mas em forma de bate papo. A gente tenta conscientizar o menino da importância de procurar a unidade de saúde. É bem informal. Não acho que seja a minha ação cobrar do menino mudanças é mais conscientizar.

P- O que deveria mudar no Programa para que o ele seja mais efetivo?

E8 – Talvez faltem alguns instrumentos para trabalhar. Por exemplo, uma balança. Talvez a única crítica que eu tenha seja com relação à balança. Nós não temos um local específico pra realizar as ações. Nós temos que ficar nos corredores. Deveria existir um local. Aqui na escola, nós atendemos na biblioteca, mas às vezes, ela está cheia de alunos e isso, pode prejudicar a ação.

P – O que precisa melhorar no seu trabalho?

E8 – Ser reconhecido. Muitas vezes nós somos tratados como um qualquer. Precisa melhorar nossa condição salarial. Nosso salário é baixo tendo em vista nossa responsabilidade. Nós recebemos um reconhecimento, ou seja, uma gratidão pelo aluno, pela família que tem o seu problema resolvido. Mas o poder público não tem conhecimento da importância do nosso trabalho. Talvez, até chegue ao conhecimento deles através dessa família, indo na prefeitura, escrevendo uma carta em agradecimento, mas nós não temos nenhum tipo de reconhecimento seja ele financeiro, uma promoção, uma gratificação, não existe. Em todos os lugares há um prêmio de produtividade, mas fazer o trabalho em um ou dois meses, vais ficar do mesmo

jeito. Não tem motivação. Nós fazemos muita capacitação, isso é muito bom. Mas não há um acréscimo financeiro.

Entrevistado 9 – Responsável pela Unidade de Saúde NSG

P - Os agentes de saúde escolar afirmam que a unidade de saúde é um grande parceiro. De que forma a unidade de saúde está envolvida com o PSE?

E9 – Os agentes de saúde fazem uma ponte. Porque não é possível nós estarmos presentes na escola todos os dias, então os agentes de saúde tomam conta de uma determinada quantidade de escolas para fazer as ações de prevenção. Eles fazem imunização, analisam os cartões de vacina procurando por atrasos. As crianças que têm o cartão em atraso, o próprio agente manda um bilhete para o responsável avisando que nós da unidade de saúde estaremos na escola certo dia, assim, esses podem permitir a realização da ação. Eles promovem eventos sobre campanhas de prevenção como hanseníase, tuberculose. Os agentes de saúde escolar nos solicitam o que eles necessitam. Os agentes de saúde escolar vão diretamente onde precisam. Por exemplo, se o objetivo é hanseníase, eles vão no posto do Jaraguá. Se é zoonozes, eles vão até o setor de zoonozes. Muitas vezes, nós participamos com materiais para prevenção de DSTs (folders ou preservativos). Nós apoiamos muito também com os materiais educativos. E atendendo os alunos que vêm nos procurar aqui na unidade de saúde venham elas sozinhas ou encaminhadas.

P – Quais as atividades realizadas por vocês nas escolas podem ser consideradas como promoção da saúde?

E9 – Eu acho que todas. Quando você faz uma imunização você está promovendo, você está evitando o acontecimento de doenças preveníveis. A ginecologista já fez palestras com os alunos. O agente de saúde escolar vai até a escola e marca a palestra.

P – Quais estratégias para promover e manter a saúde podem ser aplicadas no ambiente escolar?

E 9 – Acho que podem ser realizadas muitas ações. Principalmente aquelas relacionadas a questão sexual. Mas eu acho que nós precisamos de mais profissionais capacitados e preparados para abordar os temas. A grande maioria das pessoas apresenta pré-conceitos e muitas vezes falam o que pensam, suas próprias ideias e não o que necessário ser falado. A

partir do momento que nós trabalharmos a sexualidade outros problemas como drogas, revolta contra os pais podem ser mais facilmente trabalhado.

P – De que maneira, as ações realizadas pela Unidade de saúde em conjunto com os agentes de saúde escolar consideram os sujeitos (adolescentes) no contexto de vida familiar?

E9 – Eu acho que é na criação de vínculos. Quando um adolescente vem consultar de certa forma, é observada a sua família, e a relação deste com a família. A unidade de saúde busca ver o indivíduo de forma holística, vivendo em família e na comunidade.

P – Quais são os problemas ou dificuldades que vocês enfrentam com relação ao Programa Saúde Todo Dia?

E9 – Eu acho que nós da unidade de saúde fazemos muito pouco porque a área de abrangência é muito grande. Nós temos que trabalhar com gestantes, adolescentes gestantes. Eu acho muito difícil acompanhar a família integralmente. É difícil criar o vínculo. A gente até cria vínculo, mas são com casos específicos. Acho que é devido a quantidade de profissionais. Por exemplo, nós temos um psicólogo que trabalha aqui 4 horas de segunda a quinta-feira pra atender uma população de vinte e cinco mil. Uma nutricionista que atende a cada quinze dias. Uma assistente social que faz 4 horas. É muito pouco. Por exemplo, nós usamos o nosso próprio carro, próprio combustível. Nós fazemos mais é pela população.

Entrevistado 10 – Responsável Unidade de Saúde do bairro M

P - Os agentes de saúde escolar afirmam que a unidade de saúde é um grande parceiro. De que forma a unidade de saúde está envolvida com o PSE?

E10 – Nós temos várias metas incluindo vacinação dos adolescentes. E não dá pra fazer vacinação dos adolescentes fazendo busca ativa de casa a casa. Então, a escola é nossa parceria. Nós fazemos todo ano. No início do ano nos meses de janeiro, fevereiro e março. É muito importante a participação do agente de saúde escolar e a direção da escola. Também, são abordados temas referentes à adolescência como planejamento familiar e nós procuramos estar presente nos eventos na escola como o dia da família na escola.

P – Quais as atividades realizadas por vocês nas escolas podem ser consideradas como promoção da saúde?

E10 – Na verdade, a vacinação seria considerada como prevenção de doenças, mas de certa forma, seria também uma promoção porque nós fazemos proposta para a melhoria da saúde. Nós também, fazemos educação alimentar também é uma promoção da saúde. Saúde bucal também é uma promoção da saúde. Bem, é uma prevenção de cáries, mas é promoção. É muito difícil falar sobre promoção da saúde a gente se perde no que é promoção e o que é prevenção. A gente faz muita atividade física. A escola tem o educador físico sempre presente com a gente, integrando a nossa equipe. Esse trabalho é feito na comunidade e nós usamos 2 igrejas para realizar essas atividades.

P – Quais estratégias para promover e manter a saúde podem ser aplicadas no ambiente escolar?

E 10 – Os agentes de saúde escolar estão focando mais a parte cardiovascular e doenças que têm aumentado muito como hipertensão e diabetes. Então, nós temos buscado intervir mais no adolescente para que seja possível ver as diferenças na fase adulta. Então, nós queremos começar bem cedo as orientações, o que seria a promoção. Os agentes de saúde escolar fazem avaliação antropométrica e averigua a pressão arterial. Aqueles adolescentes que tiverem algum problema são encaminhados para a unidade de saúde. Essa é uma estratégia utilizada. Nós temos feito nosso trabalho mediante os nossos indicadores de saúde como gravidez na adolescência, aumento do diabetes e hipertensão, vacinação.

P – De que maneira, as ações realizadas pela Unidade de saúde em conjunto com os agentes de saúde escolar consideram os sujeitos (adolescentes) no contexto de vida familiar?

E10 – A família é geralmente convidada. Inicialmente, para trabalhar a caderneta do adolescente conversamos com os pais sobre o que seria discutido com os alunos. Isso era pra ver se a família concordava ou não. Às vezes, nós temos alguns problemas com as famílias que não aceitam que o filho participe das palestras sobre sexualidade ou que não aceitam que os filhos sejam atendidos sem a presença deles. E eles têm esse direito. No PSF é mais fácil, nós conhecemos todas as famílias porque elas já estão cadastradas. Além disso, eu já trabalho nessa unidade há 8 anos. Essa é nossa abordagem na unidade de saúde, agora essa abordagem familiar na escola eu não faço. Mas os alunos que apresentam algum problema dentro da escola nós acabamos fazendo uma busca ativa na família pra saber como é o convívio dele na família. Nós temos uma boa relação com a direção da escola.