



UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA – UNEB
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO – CAMPUS I
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO E
CONTEMPORANEIDADE

MURILO MARQUES SCALDAFERRI

INTERSETORIALIDADE ENTRE EDUCAÇÃO E SAÚDE NAS
POLÍTICAS PÚBLICAS: AÇÕES NOS MUNICÍPIOS DO MÉDIO
SUDOESTE DA BAHIA

Salvador – BA

2022

MURILO MARQUES SCALDAFERRI

**INTERSETORIALIDADE ENTRE EDUCAÇÃO E SAÚDE NAS
POLÍTICAS PÚBLICAS: AÇÕES NOS MUNICÍPIOS DO MÉDIO
SUDOESTE DA BAHIA**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação e Contemporaneidade da Universidade do Estado da Bahia, como requisito para obtenção do título de Doutor em Educação e Contemporaneidade.

ORIENTADORA: Prof.^a Dr.^a Gabriela Sousa Rêgo Pimentel

CO-ORIENTADOR: Prof. Dr. Edinaldo Medeiros Carmo

LINHA DE PESQUISA: Educação, Gestão e Desenvolvimento local e sustentável.

Salvador – BA

2022

FICHA CATALOGRÁFICA

Biblioteca Professor Edivaldo Machado Boaventura - UNEB – Campus I

Scaldaferri, Murilo Marques

Intersetorialidade entre educação e saúde nas políticas públicas: ações nos municípios do médio sudoeste da Bahia / Murilo Scaldaferri. – Salvador, 2022.
147 f. : il.

Orientadora: Gabriela Sousa Rêgo Pimentel.

Coorientador: Edinaldo Medeiros Carmo.

Tese (Doutorado) – Universidade do Estado da Bahia. Departamento de Educação. Campus I. Programa de Pós-Graduação em Educação e Contemporaneidade – PPGEDUC, 2022.

Contém referências, apêndices e anexos.

1. Política pública. 2. Saúde Pública – Bahia (Estado). 3. Política social. 4. Promoção da saúde - Brasil. 5. Política, planejamento e administração em saúde. 6. Educação – Aspectos sociais. I. Pimentel, Gabriela Sousa Rêgo. II. Carmo, Edinaldo Medeiros. III. Universidade do Estado da Bahia. Departamento de Educação. Campus I. IV. Título.

CDD: 379

FOLHA DE APROVAÇÃO

INTERSETORIALIDADE ENTRE EDUCAÇÃO E SAÚDE NAS POLÍTICAS PÚBLICAS: AÇÕES NOS MUNICÍPIOS DO MÉDIO SUDOESTE DA BAHIA

MURILO MARQUES SCALDAFERRI

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação e Contemporaneidade – PPGEduc, em 12 de abril de 2022, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Educação e Contemporaneidade pela Universidade do Estado da Bahia, conforme avaliação da Banca Examinadora:



Profa. Dra. Gabriela Sousa Rego Pimentel
Universidade do Estado da Bahia - Uneb
Doutorado em Educação
Universidade de Lisboa, UL, Portugal



Prof. Dr. Claudio Pinto Nunes
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB
Doutorado em Educação
Universidade Federal do Rio Grande do Norte, UFRN, Brasil



Prof. Dr. Edinaldo Medeiros Carmo
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
Doutorado em Educação
Universidade Federal Fluminense, UFF, Brasil



Profa. Dra. Adriana dos Santos Marmorini Lima
Universidade do Estado da Bahia - UNEB
Doutorado Multinstitucional e Multidisciplinar em Difusão do Conhecimento
Universidade Federal da Bahia, UFBA, Brasil



Prof. Dr. Augusto Cesar Rios Leiro
Universidade do Estado da Bahia - UNEB
Doutorado em Educação
Universidade Federal da Bahia, UFBA, Brasil



Prof. Dr. Natanael Reis Bomfim
Universidade do Estado da Bahia - UNEB
Doutorado em Educação
Université du Québec à Montréal – UQ, Canadá

À

Minha família e amigos que sempre estão dispostos a me ajudar a alcançar meus objetivos, dedico.

AGRADECIMENTOS

À DEUS, por sempre colocar em meu caminho pessoas que são fundamentais às minhas conquistas.

À minha esposa Kelly, por toda torcida e apoio incondicional.

Ao meu filho Theo, por todo seu carinho e amor que me enchem de força todos os dias.

À Prof.^a Dr.^a Gabriela Sousa Rêgo Pimentel, por acreditar neste trabalho e por sua importante orientação.

Ao Prof. Dr. Edinaldo Medeiros Carmo, pela presença constante em todas as etapas deste trabalho.

Aos professores (as) Dr.^a Adriana Marmori, Dr. Lindomar Boneti, Dr. Natanael Bomfim e Dr. Cláudio Pinto Nunes, pelas contribuições e ensinamentos tão importantes na construção e desenvolvimento desta pesquisa.

À minha mãe Isabel, meu pai Flávio e meus irmãos Danilo e Isabela, pelos exemplos que busco sempre seguir.

“Só posso levantar as mãos pro céu, agradecer e ser fiel ao destino que Deus me deu”.
Serginho Meriti

RESUMO

Para aquelas ações que buscam melhorias na qualidade de vida da sociedade, a intersetorialidade entre educação e saúde se apresenta como uma fundamental estratégia na busca por resultados que realmente interfiram na vida da população. É necessário um profundo conhecimento das ações do Estado e das políticas educacionais voltadas à educação em saúde para embasar discussões na busca por melhorias, adequações e aplicabilidade às necessidades sociais em diferentes contextos. O Programa Saúde na Escola (PSE) busca fortalecer a relação entre os setores da educação e saúde, aproximando-se da sociedade no intuito de tornar mais eficiente as ações que vinham sendo desenvolvidas separadamente. Neste trabalho, analisamos as percepções dos dirigentes municipais sobre as ações do PSE nos municípios do médio sudoeste da Bahia sob a ótica do Ciclo de Políticas proposto por Stephen Ball, com uma análise dos Contextos da Influência, Produção de Textos e Prática, que envolveram esta política desde a sua criação até a execução. Para tanto foi feito um levantamento histórico envolvendo marcos políticos e discussões sobre promoção de saúde e a inclusão deste tema no ambiente escolar, detalhamento sobre os textos que oficializam e direcionam as ações do PSE e análise das opiniões dos dirigentes da educação e saúde dos municípios do médio sudoeste da Bahia sobre o desenvolvimento desta política. O PSE surge sob um Contexto da Influência que se reflete nos textos oficiais e é um programa que tem seu potencial reconhecido pelos dirigentes que estão à frente do desenvolvimento de suas ações, contudo, é necessário um maior conhecimento sobre a forma como as ações são planejadas e desenvolvidas, sobretudo, no que diz respeito ao entendimento do conceito de promoção de saúde que propõe a Organização Mundial de Saúde. A intersetorialidade é reconhecidamente importante para que seja possível planejar e desenvolver as ações do Programa, considerando as realidades e individualidades de cada município. Os suportes financeiro, logístico e material, além do apoio necessário aos profissionais envolvidos, surgem como dificuldades que podem minimizar o alcance do PSE.

Palavras-chave: intersetorialidade; políticas educacionais; promoção de saúde.

ABSTRACT

For those actions that seek to improve the quality of life of society, the intersectoriality between education and health is presented as a fundamental strategy in the search for results that really interfere in the life of the population. A deep knowledge of State actions and educational policies aimed at health education is necessary to support discussions in the search for improvements, adaptations and applicability to social needs in different contexts. The School Health Program (PSE) seeks to strengthen the relationship between the education and health sectors, approaching society in order to make the actions that were being developed separately more efficient. In this work, we analyze the perceptions of municipal leaders about the actions of the PSE in the municipalities of the middle southwest of Bahia from the perspective of the Policy Cycle proposed by Stephen Ball, with an analysis of the Contexts of Influence, Text Production and Practice, which involved this policy from creation to execution. In order to do so, a historical survey was carried out involving political frameworks and discussions on health promotion and the inclusion of this topic in the school environment, detailing the texts that officialize and direct the actions of the PSE and analysis of the opinions of education and health managers in the municipalities of the southwest of Bahia on the development of this policy. The PSE appears under a Context of Influence that is reflected in the official texts and is a program that has its potential recognized by the managers who are at the forefront of the development of their actions, however, greater knowledge is needed about how the actions are planned. and developed, above all, with regard to understanding the concept of health promotion proposed by the World Health Organization. Intersectoriality is recognized as important so that it is possible to plan and develop the Program's actions considering the realities and individualities of each municipality. Financial, logistical and material support, in addition to the necessary support for the professionals involved, come with difficulties that can minimize the scope of the PSE.

Keywords: intersectionality; educational policies; health promotion.

RESUMEN

Para aquellas acciones que buscan mejorar la calidad de vida de la sociedad, la interseccionalidad entre educación y salud se presenta como una estrategia fundamental en la búsqueda por resultados que realmente intervienen en la vida de la población. Es necesario un profundo conocimiento de las acciones del Estado y de las políticas educacionales dirigidas a la educación en salud para dar base a discusiones en la búsqueda por mejoras, adecuaciones y aplicabilidad a las necesidades sociales en diferentes contextos. El Programa Salud en la Escuela (PSE) busca fortalecer la relación entre sectores de la educación y de la salud, aproximándose a la sociedad para poder hacer más eficiente las acciones que venían siendo desarrolladas separadamente. En este trabajo, analizamos las percepciones de los dirigentes municipales sobre las acciones del PSE en los municipios del medio sur oeste de la Bahía, bajo la óptica del Ciclo de Políticas propuestas por Stephen Ball, con un análisis de los Contextos de Influencia, Producción de Textos y Práctica, que envuelven esta política desde su creación hasta su ejecución. Para esto fue hecho un estudio histórico que involucra marcos políticos y discusiones sobre promoción de salud y la inclusión de este tema en el ambiente escolar, detallamiento sobre los textos que hace oficial y direcciona las acciones del PSE y el análisis de las opiniones de los dirigentes de la educación y salud de los municipios del medio sur oeste de la Bahía sobre el desarrollo de esta política. El PSE surge bajo un Contexto de la Influencia que se refleja en los textos oficiales y es un programa que tiene su potencial reconocido por los dirigentes que están a frente del desarrollo de sus acciones, aún, es necesario un mayor conocimiento bajo la forma como las acciones son planeadas y desenvueltas, pero, en lo que dice respecto a la comprensión del concepto de promoción de salud que presupone la Organización Mundial de la Salud. La interseccionalidad es reconocidamente importante para que sea posible planear y desarrollar las acciones del Programa, teniendo en cuenta las realidades e individualidades de cada municipio. Los soportes financieros, logístico y material, más allá del apoyo necesario a los profesionales involucrados, surgen como dificultades que pueden minimizar el alcance del PSE.

Palabras Clave: interseccionalidad; políticas educacionales; promoción de la salud.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE FIGURAS

Figura – 1: Mapa do Território de Identidade do Médio Sudoeste da Bahia.

Figura – 2: Formulação de uma política segundo o Ciclo de Políticas de Ball.

Figura – 3: Processo de análise de dados.

Figura - 4: Influências e consequências de um novo conceito de Promoção de Saúde.

Figura - 5: Linha do tempo – Interdisciplinaridade Educação e Saúde (Principais marcos).

Figura - 6: Fluxograma resumido do PSE – Baseado na análise dos seus textos oficiais.

Figura - 7: Pontos de equilíbrio – Necessidades que devem ser consideradas para o bom desenvolvimento do PSE.

Figura - 8: Simulação de nuvem de palavras com conceitos que se destacam considerando o PSE.

Figura 9 - Relação de pontos de destaque no desenvolvimento do PSE entre os contextos de Influência, Produção de Textos e Prática.

LISTA DE QUADROS

Quadro – 1: Adesão dos municípios do Médio Sudoeste da Bahia ao Programa Saúde na Escola – PSE. Ciclo 2021-2022

Quadro – 2: Dados quantitativos dos estabelecimentos de ensino dos 13 municípios do Médio Sudoeste da Bahia.

Quadro – 3: Síntese da estratégia metodológica.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

EPS - Escola Promotora de Saúde
LDB - Lei de Diretrizes e Bases
USP – Universidade de São Paulo
IPCA - Índice de Preços ao Consumidor Amplo
OMS - Organização Mundial de Saúde
PNPS - Política Nacional de Promoção de Saúde
ESF - Estratégia Saúde da Família
LDBEN - Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
PCN - Parâmetros Curriculares Nacionais
BNCC - Base Nacional Comum Curricular
PSE - Programa Saúde na Escola
MS - Ministério da Saúde
UESB - Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
SEI - Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
SIPAC - Sistema de Informações do Patrimônio Cultural da Bahia
IDH - Índice de Desenvolvimento Humano
PTDRS - Plano Territorial de Desenvolvimento Rural Sustentável
PNDE – Programa Nacional do Livro Didático
FNDE – Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação
PRONERA – Programa Nacional de Educação na Reforma Agrária
IDEB - Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
SUS - Sistema Único de Saúde
PSF - Programa Saúde da Família
CGDANT - Coordenação-Geral de Agravos e Doenças não Transmissíveis
SPE - Saúde e Prevenção nas Escolas
GTI - Grupo de Trabalho Intersetorial
ESF - Equipe de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
1.1 EDUCAÇÃO PARA PROMOÇÃO DE SAÚDE.....	15
1.2 CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO E DA QUESTÃO DE PESQUISA.....	24
1.3 ESTRATÉGIA GERAL DE INVESTIGAÇÃO: PRESSUPOSTOS QUE APOIAM O PROBLEMA DA PESQUISA.....	27
1.4 PROXIMIDADE DO PESQUISADOR COM A TEMÁTICA.....	28
1.5 ORGANIZAÇÃO DA TESE.....	29
2 APROXIMAÇÕES COM O TEMA.....	31
2.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE A PROMOÇÃO DE SAÚDE.....	31
2.2 EDUCAÇÃO EM SAÚDE E O AMBIENTE ESCOLAR.....	33
2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE E EDUCAÇÃO E O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE).....	36
2.4 A IMPORTÂNCIA E DIFICULDADES DAS AÇÕES INTERSETORIAIS ENTRE EDUCAÇÃO E SAÚDE.....	39
2.5 O TERRITÓRIO DE IDENTIDADE MÉDIO SUDOESTE DA BAHIA.....	41
3 PERCURSO METODOLÓGICO.....	47
3.1 A PESQUISA CIENTÍFICA.....	47
3.2 A BRICOLAGEM.....	49
3.3 O CICLO DE POLÍTICAS.....	51
3.4 ANÁLISE DOCUMENTAL.....	55
3.5 O LÓCUS E OS PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	56
3.6 ELABORAÇÃO E UTILIZAÇÃO DE QUESTIONÁRIOS.....	57
3.7 ANÁLISE DE DADOS.....	60
4 O CONTEXTO DA INFLUÊNCIA: OS CAMINHOS DA PROMOÇÃO DE SAÚDE E DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA.....	66
5 O CONTEXTO DA PRODUÇÃO: OS TEXTOS QUE DIRECIONAM O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA – PSE.....	80
6 O CONTEXTO DA PRÁTICA: COMO OS DIRIGENTES MUNICIPAIS INTERPRETAM AS PROPOSTAS DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA... 	100
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	115
REFERÊNCIAS.....	127

APÊNCIDE A - QUESTIONÁRIO PARA DIRIGENTES DA EDUCAÇÃO E SAÚDE – PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE)	139
APÊNCIDE B – ROTEIRO DE ANÁLISE DOCUMENTAL	141
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	143

1 INTRODUÇÃO

Inserida na linha de Educação, Gestão e Desenvolvimento Local Sustentável, do Doutorado em Educação e Contemporaneidade, do Programa de Pós-graduação em Educação e Contemporaneidade da Universidade do Estado da Bahia, esta tese tem como tema as políticas públicas de educação e saúde, tomando como referência a investigação educacional nos últimos anos nos municípios do médio sudoeste da Bahia.

Articular as práticas educacionais às necessidades de uma população é um exercício complexo. É necessário conhecer o objeto de estudo em questão de forma ampla, contextualizar com embasamento teórico firme, e pensar de forma coletiva as intervenções. Buscando um maior alcance e impacto social, as políticas públicas devem ser pensadas de forma cuidadosa desde a elaboração e considerando as diferentes realidades em que serão aplicadas.

1.1 EDUCAÇÃO PARA PROMOÇÃO DE SAÚDE

Para autores como Figueiredo *et al.* (2010), o responsável pelas primeiras discussões sobre saúde nas escolas foi o alemão Johann Peter Frank que, ainda no século XVIII, criou o *System Einer Vollstandigen Medicinischen Politizei* (O Sistema Frank). Publicado em nove volumes, o Sistema Frank foi pioneiro nas reflexões sobre a relação entre as condições sociais e suas interferências na saúde de uma população, e abordava os múltiplos aspectos da saúde pública e do indivíduo influenciado pelo contexto político e econômico da Alemanha no século XVIII. No Brasil, a ideia de classificar as escolas que promovam debates e desenvolvam ações voltadas à saúde e ambientes saudáveis como uma Escola Promotora de Saúde (EPS), que foi proposta pela Organização Pan-Americana da Saúde, e a inclusão do tema saúde na educação do Brasil a partir da aprovação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN), Lei nº 9394 de 1996, também foram estratégias desenvolvidas para o desenvolvimento da promoção de saúde no ambiente escolar de maneira mais ampla.

Diante de algumas ações do Estado e das políticas educacionais voltadas à Educação em Saúde que já existem e vêm sendo desenvolvidas, é importante um profundo conhecimento para que se possa embasar discussões que permitam aprimoramentos e adequações às necessidades sociais em diferentes contextos, para melhor aplicabilidade

sempre que necessário. As políticas educacionais não podem ser engessadas, é importante que sejam flexíveis, adaptáveis e passíveis de diferentes interpretações por aqueles que estão envolvidos no processo.

A ideia então é promover saúde. O conceito de promoção de saúde, definido por Leavell e Clarck (1976), ainda é muito utilizado como base para a medicina preventiva. É bastante comum confundirmos os conceitos promoção e prevenção. A prevenção está voltada para um problema/doença específico. Envolve ações e hábitos para evitar uma determinada patologia em questão. A promoção de saúde não está direcionada para nenhuma doença em especial. Trata-se de hábitos e ações que visem à manutenção da saúde como um todo, buscando a qualidade de vida, e por isso é mais ampla, por isso é tão importante o foco na educação para a saúde. Envolve o contexto social, econômico e cultural, envolve, além das ações biológicas relacionadas às patologias, as condições de moradia, trabalho, relações pessoais, lazer, dentre outros aspectos. Estamos passando por uma Pandemia provocada pelo novo coronavírus que causa a Covid – 19. Neste momento, as ações preventivas como higienização das mãos, uso de máscaras, distanciamento social, são muito importantes, mas devemos perceber quanto as pessoas que dependem de um transporte público que vive lotado, que moram em casas pequenas e com vários familiares alojados em poucos cômodos ou que não têm acesso ao saneamento básico estão mais vulneráveis. Somente as ações preventivas não irão proteger essas pessoas do novo coronavírus.

As ações educativas que visam à prevenção não devem ser excluídas ou ter a sua importância questionada, mas tendem a ser mais restritas, alcançando a população de maneira pontual. Por isso é importante relacionarmos a educação para saúde considerando todo o entorno, a realidade, e não considerando somente a relação entre o patógeno e seu hospedeiro. Essa é a relação da promoção da saúde com o contexto social, educar para a saúde no sentido mais amplo.

Vemos a escola como um ambiente favorável para se discutir saúde com enfoque na promoção, não simplesmente fazendo as correlações biológicas de doenças específicas, mas mostrando às crianças, aos jovens e até adultos quanto é importante lutar por uma equidade social que lhes proporcione, dentre outras coisas, qualidade de vida.

Para tanto, é importante que essa também seja a intenção das políticas públicas educacionais e, sobretudo, que essa seja a direção dada à interpretação dessas políticas pelos que estão envolvidos na sua implementação. Importante também que se tenha ações coordenadas entre os profissionais da educação e da saúde. Este deve ser um trabalho

desenvolvido por várias mãos, multiprofissional e multidisciplinar, no qual um dos grandes desafios gira em torno da eficiência em se utilizar do conhecimento desses diferentes profissionais no alcance dos objetivos propostos pelas ações em educação e saúde.

No prefácio do livro Educação em saúde: desafios para uma prática inovadora, de Leite, Prado e Peres (2010), a professora titular do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da USP, Maria Amélia de Campos Oliveira destaca competências que integram o perfil necessário à ação educativa na saúde. Entre elas estão: a) integralidade do cuidado à saúde (articulação das atividades de promoção, prevenção e recuperação da saúde); b) articular teoria e prática, exercitando a práxis no cuidado à saúde; c) reconhecer-se e atuar como agente de transformação da realidade em saúde; d) respeitar a autonomia dos sujeitos em relação aos seus modos de vida (superando as práticas educativas coercitivas); e) reconhecer e respeitar o saber de senso comum, reconhecendo a incompletude do saber profissional; f) utilizar técnicas pedagógicas que viabilizem o diálogo; g) instrumentalização dos sujeitos com informação adequada; h) valorizar e exercitar a intersetorialidade no cuidado à saúde. Assim, educar para a saúde envolve o conhecimento teórico sobre o corpo humano, relação entre causas e consequências das doenças que atacam a população, conhecimento, correlações e contextualização com a realidade social e aplicação dos conhecimentos didáticos, práticas educacionais que favoreçam o alcance das informações de maneira ampla e eficiente.

Para Lupton (1995) e Petersen (1997), a promoção de saúde é uma prática que pode acarretar uma diminuição da responsabilidade do Estado no cuidado com a saúde da população. Pensamos que não. Ao munir o cidadão com informações sobre o que lhe é fundamental e de direito, estaremos fortalecendo o poder de lutar e questionar o Estado do qual também fazemos parte. Assim, consideramos a promoção da saúde uma boa estratégia para dar autonomia e autoconhecimento aos membros de uma sociedade.

Vale a pena, aqui, reforçarmos as diferenças entre a promoção e a prevenção, utilizando o que foi apresentado em uma versão atualizada do texto de Czeresnia (1999), publicado em 2003. A prevenção leva em consideração ações que visem evitar, de maneira mais específica, uma determinada doença. As campanhas de vacinação são ótimos exemplos de ações preventivas. Ao tomarmos determinadas vacinas, estamos nos prevenindo de desenvolvermos doenças específicas. A promoção se apresenta com um aspecto mais amplo, conduz a hábitos ou ações que não estão direcionados para uma determinada patologia, e sim, para a manutenção da saúde em aspectos mais

generalizados. A prevenção é mais pontual, enquanto a promoção busca interferir na saúde e no bem-estar gerais de forma contínua.

Assim, não se consegue promover saúde colocando-a como uma responsabilidade de uma única área, pelo contrário, é imprescindível que seja desenvolvida em conjunto, de forma multidisciplinar, fazendo uso de conhecimentos e competências de vários setores e, talvez, aí esteja um grande obstáculo, já levantado anteriormente, o exercício da intersetorialidade.

Se a vacina é um bom exemplo de prevenção, adotar alguns hábitos é base importante para promover a saúde em seu sentido mais amplo. A consolidação de bons hábitos de vida é determinante para a manutenção da saúde de uma pessoa. Promover esses hábitos influencia, de forma preventiva, não a um problema específico, mas a uma série de patologias que afetam a população brasileira. Muito se discute sobre a importância de construir e manter hábitos saudáveis com o intuito de melhorar a qualidade de vida e a saúde. Alguns desses hábitos se destacam. A prática regular de atividades físicas, alimentação adequada, horas suficientes de sono, uso controlado de bebidas alcoólicas, ausência de tabaco, momentos de lazer, pois o controle emocional e do estresse são vistos como cruciais na busca de uma vida saudável. A preocupação com a qualidade de vida pode evitar ou retardar o aparecimento ou desenvolvimento de disfunções crônico-degenerativas (GUEDES; GRONDIN, 2002). Mas, para promover saúde é necessário não pensar somente em prevenir doenças específicas de maneira pontual, devemos refletir mais amplamente e lembrar que as pessoas estão inseridas em um contexto social, cultural e econômico que é determinante para sua qualidade de vida.

Disseminar a ideia e consolidar na população a adoção de hábitos saudáveis não é uma tarefa fácil, envolve um contexto social, econômico, cultural e até mesmo etário. Se pensarmos com uma visão preventiva, o público-alvo deveria ser aquele em que se observa uma maior incidência dos problemas que podem ser evitados com uma rotina mais saudável. Crianças e adolescentes na idade escolar, por exemplo, dificilmente apresentam sintomas associados às doenças degenerativas. Olhando por esse lado, pode parecer que não seja importante investir na formação desse grupo quanto à adoção de hábitos de vida saudáveis, no entanto, já é largamente difundido que um grande número de distúrbios orgânicos que ocorre na idade adulta poderia ser minimizado ou evitado se hábitos de vida saudáveis fossem assumidos desde jovens. Rocha-Brischiliar *et al.* (2014), em trabalho sobre doenças crônicas não transmissíveis e associação com fatores de risco, concluíram que a incidência aumenta com o avançar da idade e em indivíduos com baixa

escolaridade. Esses dados reforçam a importância do processo educacional na formação de indivíduos mais saudáveis.

Difícil definir estratégias específicas para alcançar grupos específicos quando estamos falando de algo tão amplo como a promoção de saúde. Penso que devemos atuar em várias frentes, buscando públicos diferentes, com realidades diferentes e, conseqüentemente, com ações distintas, adaptadas para essas diferentes realidades. Aqui discutiremos ações que alcancem um público-alvo específico e relevante na sociedade, como, por exemplo, crianças e adolescentes. Promover qualidade de vida para crianças e adolescentes representa desafios que não são superados pelas agências de saúde pública. Este importante segmento da população é mais vulnerável porque é formado por indivíduos ainda imaturos para enfrentar sozinhos as exigências do ambiente (COSTA; BIGRAS, 2007).

Para alcançar esse público-alvo, segundo Gubert *et al.* (2009), é importante considerar a escola como espaço para o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades junto a crianças e adolescentes, buscando garantir mudanças de comportamento em uma etapa crítica de crescimento e desenvolvimento. Com público-alvo e local de atuação definidos, mais uma vez destacamos a importância do trabalho em conjunto entre diferentes áreas. É importante levar em consideração, além do conhecimento técnico e científico voltados para as influências orgânicas e fisiológicas provocadas pela adoção de hábitos saudáveis, a realidade social, cultural e econômica bem como as estratégias de alcance das ações para que sejam efetivamente eficientes.

Nesse sentido, para se discutir educação e saúde nas escolas deve-se levar em consideração uma série de pontos importantes para que essa prática seja realmente eficiente. Um desses pontos é levantado por Catrib *et al.* (2003), os quais destacam que, na promoção de saúde no espaço escolar, é importante levar em consideração o ambiente de vida da comunidade em que a escola está inserida, cujo referencial para ação deve ser o desenvolvimento do educando, como expressão de saúde, com base em uma prática pedagógica participativa, tendo como abordagem metodológica a educação em saúde transformadora. Assim, é preciso que as ações desenvolvidas nas escolas e as políticas educacionais que visem à promoção de saúde se desprendam da ideia de algo que esteja ligado somente às disciplinas de ciências e biologia e às relações entre o corpo humano e as reações aos patógenos.

É importante entender que a manutenção da saúde e qualidade de vida está inserida em um contexto muito mais amplo, que permita que as pessoas compreendam quais são

os seus direitos e deveres perante a sociedade e por que devem lutar buscando a igualdade social. Não podemos separar a promoção de saúde da diversidade cultural, dos direitos humanos, das relações étnico-raciais, da educação financeira e fiscal e, principalmente, da equidade. Caso contrário, as discussões sobre saúde continuarão centradas em ações preventivas pontuais e sem grandes impactos na sociedade, semelhante ao que acontece em outros ambientes, mas, nas escolas, a abordagem deve e tem condições de ser mais ampla.

O mais comum é associar o atendimento em saúde a hospitais e centros de saúde. Essa prática acaba distanciando a promoção de saúde e prevenção de doenças da rotina das comunidades, desconsiderando as questões socioculturais. Destacamos aqui a importância da extensão do atendimento à saúde do ambiente hospitalar para outros setores da sociedade. As Universidades podem aparecer como importantes aliadas na promoção de saúde. Levar os conhecimentos discutidos e gerados na academia para além de seus muros, aproximando a comunidade acadêmica e a sociedade, algo que deve ser feito com mais frequência, trazendo benefícios às pessoas, o que refletirá no desenvolvimento da região, fortalecendo a imagem das Universidades perante a população. Universidade, instituições de ensino da educação básica, sociedade e outros setores podem unir forças e experiências para o desenvolvimento de ações que possam ampliar o conceito de saúde discutido nas escolas. É isso que tentamos fazer com o Núcleo Multidisciplinar de Saúde Preventiva na Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – Ba, por meio de projetos de extensão idealizados e desenvolvidos por uma equipe multidisciplinar, levando em consideração as necessidades da sociedade e a realidade em que vivemos.

Mas, por mais que as Universidades se empenhem nesse sentido, é o desenvolvimento de políticas públicas em educação e saúde, visando a promoção de práticas educativas em saúde ou práticas de saúde educativas que conseguirá ter o maior alcance e melhores resultados se forem desenvolvidas e executadas de maneira planejada e sustentável. Com estratégias bem definidas, para melhorar a qualidade de vida de uma população, cada vez mais, envelhecida, o Estado poderá até mesmo ter um significativo ganho econômico, tendo em vista a diminuição das despesas com assistência médica. Considerando dados da Organização Mundial da Saúde, o Brasil vem aparecendo entre os países que mais gastam com saúde em valores absolutos. Valores do Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) indicam, por exemplo, um aumento nos gastos com medicamentos, inclusive de farmácia básica, de 14% em 1995 para 34% em 2004. A

atenção básica foi o segmento assistencial que teve maior aumento 134,5%. Esses dados foram apresentados por Carvalho (2007) em trabalho sobre o financiamento da assistência médico-hospitalar no Brasil. Este autor destaca que, tendo em vista a política de saúde do nosso país, as necessidades de recursos financeiros do setor tendem a ser crescentes.

Mesmo apresentando pontos frágeis e com grande dispêndio financeiro, esse modelo reducionista, centrado na doença e voltado para a cura ainda se apresenta hegemônico, desconsiderando as necessidades sociais tão significativas para o conceito ampliado de saúde, o que reforça o nosso discurso sobre a importância da promoção de saúde e de ações preventivas mais amplas. Gomes (2009) destaca a Política Nacional de Promoção de Saúde (PNPS) como importante contraponto às ações meramente curativas.

Estas políticas públicas devem ser apresentadas com estratégias bem definidas, exequíveis e sustentáveis, considerando diferentes realidades sociais, culturais e econômicas. Neste contexto, a Estratégia Saúde da Família (ESF) busca fazer conexões entre as instituições de saúde e organizações sociais, através de parcerias que ajudem a promover e direcionar atividades prioritárias, considerando a realidade e as necessidades locais. Assim, as ações devem ser pactuadas com a comunidade e desenvolvidas buscando o alcance individual e coletivo nas famílias (CIAMPONE; PEDUZZI, 2001). É importante estabelecer um elo entre os atores da ação e os beneficiados.

Nesse sentido, a escola aparece, então, como um ambiente com potencial para que se faça essa ponte entre a saúde e a sociedade. Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), a escola é um local onde se formam opiniões e hábitos em crianças, adolescentes e, conseqüentemente, em suas famílias, ferramenta eficiente para a educação em saúde, na formação de cidadãos conscientes e críticos, responsáveis por suas escolhas.

Não é novidade que as escolas se evidenciem como um ambiente propício para falar de saúde, o que se percebe é que essas ações, muitas vezes, estão baseadas em conceitos mais tradicionais de saúde escolar e, principalmente, não se via uma interação entre os profissionais da educação e os da saúde no planejamento das ações, desconsiderando a importância dos objetivos pedagógicos da escola.

Cavalcanti *et al.* (2015) destacam que, no ano de 1889, as ações de saúde, ainda com traços sanitaristas, começaram a ganhar notoriedade. Muito voltadas para a realização de campanhas, as ações de saúde na escola sofriam grande influência, assim como qualquer política pública, do contexto histórico da época, que ficou marcada por uma forte crise e pela luta contra as epidemias que surgiam, impulsionadas pelas condições de vida inapropriadas e pelo sistema de saúde precário. Sobre esse período,

Santos (2005), reforça que, diante do momento histórico, as ações eram desenvolvidas buscando a diminuição da incidência das enfermidades.

Somente em 1996, com a aprovação da nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN), é que o tema promoção da saúde começou a ser discutido formalmente, ou, pelo menos deveria, pela educação brasileira. Além da LDBEN, os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) também destacam a saúde como tema que deve ser trabalhado de forma transversal nas escolas, mesmo que ainda não se caracterizasse claramente de que forma deveriam ser conduzidas as reflexões sobre o tema (BRASIL, 1997). Levantamento feito por Beltrão e Aguiar (2019) mostra que a Base Nacional Comum Curricular (BNCC) traz, em Ciências Naturais, uma compreensão de saúde/doença de forma ampliada, considerando-a, além do estado de equilíbrio do corpo, um bem coletivo, sendo possível, portanto, refletir o que é preciso para promover a saúde individual e coletiva.

Para institucionalizar as ações em saúde nas escolas, o Decreto nº 6.286, de 05 de dezembro de 2007 (BRASIL, 2007) instituiu o Programa Saúde na Escola (PSE) e suas finalidades; e a Portaria nº 1.861, de 04 de setembro de 2008 (BRASIL, 2008) regulamentou a responsabilidade orçamentária do Ministério da Saúde (MS) com os municípios que aderissem ao PSE.

O PSE é resultado de uma parceria entre os Ministérios da Saúde e da Educação e tem como objetivos promover a saúde e a cultura da paz, enfatizando a prevenção de agravos à saúde; articular ações do setor da saúde e da educação, aproveitando o espaço escolar e seus recursos; fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades desta clientela; e incentivar a participação comunitária, contribuindo para a formação integral dos estudantes da rede básica (BRASIL, 2007; 2009). Surge como um Programa que busca estreitar as distâncias e fortalecer a relação entre os setores da Saúde e da Educação, buscando a aproximação com a sociedade, a fim de tornar mais eficientes as ações que vinham sendo desenvolvidas separadamente por esses setores.

Em uma avaliação preliminar do PSE podemos caracterizar este Programa como uma grande estratégia na promoção de saúde. Aliar as informações e a capacitação profissional da área da saúde às estratégias pedagógicas da educação fortalece o potencial para desenvolvimento de ações que alcancem, eficientemente, um público-alvo relevante, com potencial para formar uma sociedade mais reflexiva, com domínio sobre seus atos e de grande influência. Não é difícil percebermos que as demandas dos setores de educação

e de saúde já possuem uma carga de atividades pesada e que o planejamento e desenvolvimento das ações do Programa acumulam mais tarefas aos seus servidores.

Contudo, a relação integrada desses dois setores é que pode tornar esse Programa importante e eficaz, assim, o seu sucesso e a sustentabilidade estão intimamente ligados ao bom desenvolvimento da intersetorialidade e fazer pastas tão carregadas como estas conversarem não é tarefa fácil. Estudos realizados por Closs *et al.* (2013) e Faria *et al.* (2013) sobre o PSE já indicam a importância dessa relação e do comprometimento entre os setores.

Em livro organizado por Ball e Mainardes (2011) podemos notar preocupação semelhante quando afirmam que as políticas públicas de saúde, e em especial as educacionais, geralmente, são desenvolvidas pensando em um cenário ideal de infraestrutura e condições de trabalho, sem considerar as variedades de contextos, recursos, desigualdades e capacidades dos locais onde essas políticas serão ou são desenvolvidas. Ressaltamos que, para que este Programa seja diferente de outras ações públicas, é necessário que as duas áreas estejam afinadas na busca pelo desenvolvimento de um conceito mais amplo da promoção da saúde, diferente das ações individualizadas, pontuais e com caráter curativo.

O sucesso da intersetorialidade depende muito das ações dos profissionais envolvidos nesse contexto. Profissionais se sentem mais confortáveis atuando seguindo as particularidades de suas formações e experiências, sobretudo quando assumem alta carga de trabalho. Mudar as suas rotinas e criar novas estratégias de trabalho, neste caso, em conjunto com profissionais de outras áreas, significa iniciar um processo mais amplo e complexo. Porém, estes profissionais estão com uma alta carga de trabalho, seja na saúde ou na educação, e se sentem mais confortáveis em atuar seguindo as particularidades das suas formações e experiências, o que pode ser um fator determinante, e que carece de investigação, para a adoção de ações mais conservadoras.

Nesse sentido, conforme assevera Andrade (2004), a figura do gestor aparece como grande responsável por essa articulação, principalmente nas ações municipais. Corroborando com as ideias de Andrade (2004), Bonzo (2010) defende que os dirigentes devem ser preparados para superar os desafios impostos pela intersetorialidade e não deixar apenas sobre a responsabilidade dos profissionais envolvidos. Clarke *et al* (1994) sugere que os dirigentes devem adotar uma abordagem que motive as pessoas a produzirem com qualidade, em busca da excelência. Devem promover a visão e inspiração, devem ser líderes mais do que controladores.

Ainda na discussão sobre a importância dos dirigentes no bom desenvolvimento das políticas, destacamos o pensamento de Wilmont (1993), o qual salienta que a tarefa do gestor não deve estar restrita em autorizar e impor regras e procedimentos, mas ir além, determinar como se deve pensar e sentir sobre o que produzem. Entender a importância do que se faz deve ser maior do que a obrigação de fazer.

A condução realizada pelos dirigentes acaba se tornando crucial no desenvolvimento de uma política. Bell e Stevenson (2006) destacam três formas que as políticas ligadas à educação podem tomar. Uma delas é o desenvolvimento de modelos analíticos para avaliar e interpretar essas políticas. A segunda é a análise de um conjunto de questões relacionadas às políticas. E, por fim, fazer uma análise crítica de uma política específica.

1.2 CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO E DA QUESTÃO DE PESQUISA

No livro *Noção Social de Território*, Bomfim (2009) traz a complexidade do tema quando levamos em consideração a sua pluridisciplinaridade. Considerando diferentes ciências humanas, o autor traz diferentes interpretações para a divisão e constantes mudanças dos territórios. Em uma interpretação mais direta, a palavra território é muito usada para classificar espaços terrestres, tendo sentido quando ligado a atributos residenciais, rurais e urbanos. No citado trabalho, Bomfim (2009) demonstra que a classificação territorial pode ir além dos conceitos tradicionais da cartografia quando considerados os processos e interesses psicossociais.

De acordo com a Secretaria de Planejamento da Bahia (SEPLAN), o conceito de Território de Identidade foi construído a partir de um processo iniciado pelo Ministério do Desenvolvimento Agrário, em 2003. Em 2010, os Territórios de Identidade da Bahia foram reconhecidos como divisão territorial oficial de planejamento das políticas públicas do Estado da Bahia. A partir de então, o território baiano está dividido em 27 Territórios de Identidade, que são base para planejamento e implantação de políticas públicas, considerando as necessidades específicas de cada território e com engajamento de agentes locais.

Assim, segundo a SEPLAN,

[...] território é conceituado como um espaço físico, geograficamente definido, geralmente contínuo, caracterizado por critérios multidimensionais, tais como o ambiente, a economia, a sociedade, a cultura, a política e as instituições, e uma população com grupos sociais relativamente distintos, que se relacionam interna e externamente por meio de processos específicos, onde se pode

distinguir um ou mais elementos que indicam identidade, coesão social, cultural e territorial. (SEPLAN, 2010).

O território do Médio Sudoeste da Bahia abrange os municípios de Caatiba, Firmino Alves, Ibicuí, Iguai, Itambé, Itapetinga, Itarantim, Itororó, Macarani, Maiquinique, Nova Canaã, Potiraguá, Santa Cruz da Vitória. O município de Itapetinga é o polo de referência municipal do Médio Sudoeste.

Com relação à situação de escolaridade dos jovens com até 15 anos de idade, o Território do Médio Sudoeste apresenta índices de analfabetismo acima da média da Bahia. O percentual, que no ano de 2000 era de 30,3%, reduziu para 23,7% no intervalo, bastante acima do índice da Bahia, que atingiu 16,3% em 2010. O problema é mais grave em Nova Canaã 31,4%, Caatiba 30,9% e Iguai 30,9%. O melhor desempenho foi observado em Itapetinga 14,7%. Um indicador positivo foi o avanço da taxa de escolarização bruta dos municípios que compõem o território que avançou de 89,2% para 96,2%, o que é ligeiramente inferior à média geral do estado, 96,9%. Esse índice dimensiona o acesso à Educação, desconsiderando a evasão. À exceção de Santa Cruz da Vitória 92%, todos os outros 12 municípios registraram taxa superior a 95% (SDR, 2016). Com relação à faixa etária dos 15 aos 17 anos, também houve melhoras, mas os resultados são menos satisfatórios. No período, o acesso à educação passou de 75,6% para 80,9%, resultado ainda inferior à média da Bahia, 83,7% (BAHIA, 2016).

No quesito Saúde Pública, os municípios do Território, contrariam a tendência de praticamente todos os Territórios de Identidade da Bahia, registrando dados insatisfatórios entre 2000 e 2015. No período, a taxa de mortalidade infantil aumentou de 18,9 por mil para 20,9 por mil, piorando, portanto, em relação ao que se verificou em 2000. Na Bahia, o índice é de 16,4 por mil. Esses dados se referem aos grupos de cada mil crianças nascidas vivas. Já entre as crianças mortas, com idade de até 5 anos, houve uma ligeira queda entre os anos de 2000 e 2015, passando de 23,6 por mil para 23,1 por mil neste período (BAHIA, 2016).

Nessa perspectiva, é importante discutir sobre políticas públicas que busquem o processo de educação em saúde nas escolas e seus impactos sociais. Conhecer os programas de promoção da saúde nas escolas e como as suas ações vêm sendo desenvolvidas são ferramentas importantes nas discussões sobre a influência dessas políticas na mudança de vida das pessoas, considerando aspectos culturais, sociais, econômicos e políticos nos diferentes territórios do Brasil.

Considerando que a intersetorialidade das políticas públicas de educação e saúde propiciam limites e possibilidades para o desenvolvimento do PSE nos municípios do Médio Sudoeste Baiano, a resposta que se busca com esta pesquisa gira em torno do seguinte problema: Como os dirigentes da Educação e da Saúde se apropriam das orientações oficiais do PSE a fim de desenvolverem ações educativas que promovam a saúde nas escolas desses municípios?

Assim, o desafio deste trabalho é analisar (1) as percepções de dirigentes municipais sobre as ações do Programa Saúde na Escola nos municípios do médio sudoeste da Bahia. A ideia, então, é, além de (2) identificar os fundamentos e mecanismos, analisando os textos oficiais, do Programa Saúde na Escola como política pública e (3) mapear os dados fornecidos pelos municípios, que constituem o Território do Médio Sudoeste da Bahia, referentes às ações desenvolvidas pelo Programa, (1) entender como os dirigentes municipais interpretam o ordenamento legal do Programa Saúde na Escola e (4) planejam e desenvolvem as ações propostas, considerando as particularidades e realidades de cada município.

Desta forma, esperamos conseguir (5) traçar um panorama detalhado sobre o desenvolvimento do Programa neste território e assim (6) refletir sobre a sua dinâmica, o alcance e seus impactos, considerando a intersetorialidade entre a educação e saúde como base fundamental para o sucesso do que é proposto, fazendo um destaque para as dificuldades e as facilidades que o trabalho em conjunto desses dois setores proporciona. Assim, pretendemos (7) fornecer uma perspectiva analítica sobre essa política e suas práticas e contribuir com o trabalho dos que estão envolvidos na criação e desenvolvimento dessas ações.

Assim, trabalhar-se-á com o seguinte objetivo geral: analisar as percepções de dirigentes municipais sobre as ações do Programa Saúde na Escola nos municípios do médio sudoeste da Bahia.

O entendimento dessa questão dar-se-á por meio dos seguintes objetivos específicos:

- a) Identificar fundamentos e mecanismos do Programa Saúde na Escola como política pública.
- b) Mapear os dados do Programa Saúde na Escola no contexto dos 13 municípios que constituem o Território Médio Sudoeste da Bahia.

- c) Identificar as práticas pedagógicas envolvendo educação e saúde adotadas pelos dirigentes municipais no contexto escolar dos municípios no desenvolvimento das ações do Programa Saúde na Escola.
- d) Caracterizar as estratégias de planejamento e desenvolvimento das ações do Programa Saúde na Escola nos municípios do Médio Sudoeste da Bahia.
- e) Verificar as dificuldades e/ou facilidades enfrentadas diante da intersetorialidade entre as políticas de educação e saúde necessárias para o desenvolvimento do Programa em cada município.

1.3 ESTRATÉGIA GERAL DE INVESTIGAÇÃO: PRESSUPOSTOS QUE APOIAM O PROBLEMA DA PESQUISA

Assim, com a finalidade ou possibilidade de alcançar respostas para o problema da pesquisa, é preciso identificar fundamentos e mecanismos do Programa; mapear os dados desse Programa nos 13 municípios que constituem o Território do Médio Sudoeste Baiano, como, por exemplo, número de ações executadas, número de alunos que participaram dessas ações, reuniões de planejamento, periodicidade das ações, suporte financeiro e logístico; caracterizar as estratégias de planejamento e desenvolvimento das ações e verificar as dificuldades e/ou facilidades enfrentadas diante da intersetorialidade entre as políticas de saúde e educação necessárias para o desenvolvimento do Programa em cada município.

Diante do que já foi apresentado, com base no referencial teórico e no conhecimento prévio do desenvolvimento do Programa Saúde na Escola, temos alguns pressupostos:

- I – O Programa Saúde na Escola se apresenta como uma boa estratégia do governo para promoção de saúde e qualidade de vida.
- II – Um importante ponto para que o Programa alcance seus objetivos é a necessidade de uma íntima e constante relação entre a Secretaria de Saúde e de Educação.
- III – As estratégias devem ser traçadas baseadas nas necessidades do município e com uma base pedagógica e metodológica que garanta o alcance ao público-alvo.
- IV – Cada município deve formar um grupo de trabalho multidisciplinar, constituído por profissionais da saúde, de diversas áreas, e da educação, com suas funções direcionadas para o desenvolvimento do Programa.

V – A insatisfação com os resultados de algumas políticas públicas não está na proposta e sim em como elas são executadas.

1.4 PROXIMIDADE DO PESQUISADOR COM A TEMÁTICA

Iniciei minha trajetória de pesquisa ainda na graduação, no entanto, os trabalhos voltados ao melhoramento e caracterização genética, buscando estratégias de preservação de espécies vegetais desenvolvidos durante boa parte da graduação, especialização e mestrado foram perdendo um pouco de espaço dentro das minhas inquietações como pesquisador. Como biólogo com licenciatura plena e professor de anatomia e fisiologia humana da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), naturalmente, as questões voltadas à saúde humana e à educação para saúde, visando à qualidade de vida, foram despertando uma série de questionamentos e interesse na busca por respostas que pudessem, de forma mais direta, influenciar a realidade social na qual eu e meus alunos estamos inseridos.

Tenho total convicção da importância científica dos trabalhos que desenvolvi na área da genética, mas confesso que a possibilidade de atuar de maneira mais direta junto à sociedade e, de alguma forma, trabalhar buscando interferir no contexto em que estou inserido, cada vez mais foi se tornando prioridade em minha atuação profissional. Nascido, criado e vivendo no município de Itapetinga-Ba, professor e membro do Conselho Municipal de Saúde do município, acabei conhecendo bem as necessidades da região e, assim, busquei associar as ações que poderia desenvolver aproximando a Universidade da população, a fim de poder contribuir com a sociedade ao meu redor. A interface educação e saúde se destaca em minhas atividades profissionais. Esta foi a forma que encontrei de “derrubar” os muros da UESB e tornar população e academia visíveis um para o outro.

Tendo sido formado e atuando como professor, me encontro nas palavras de Nonato e Matta (2018), em texto sobre pesquisa-aplicação na pesquisa em educação, no qual destacam que este tipo de trabalho estreita os laços entre a academia, as práticas educacionais e a sociedade, buscando a resolução de problemas de interesse de todos. Assim como os autores, entendo ser importante a produção de conhecimento que possa, em um futuro não tão distante, ser base para intervenções que conversem com o contexto social em que estamos inseridos. Essa é a ideia desta tese, levantar dados, gerar reflexões

dentro de um contexto social e que possa embasar outras ações que tenham o poder de interferir diretamente na vida das pessoas.

Diante da vasta área de opções de atuação do biólogo, a saúde humana sempre me despertou um interesse especial e, não por acaso, me dirigiu para a atuação docente na área da anatomia e fisiologia humana. Nesta perspectiva, direcionei os meus trabalhos na pesquisa e extensão, principalmente nos trabalhos desenvolvidos junto ao Núcleo Multidisciplinar de Saúde Preventiva, para a saúde preventiva, visando conhecer o corpo humano, a realidade da saúde da população, as relações com o meio em que vivem e as possibilidades de atuar, dentro de um determinado contexto, buscando qualidade de vida.

1.5 ORGANIZAÇÃO DA TESE

Aqui apresentamos o caminho a ser percorrido durante a leitura deste trabalho. A tese está organizada da seguinte forma: No Capítulo 1, trouxemos a Introdução com as primeiras discussões sobre a prevenção e promoção de saúde e a importância do ambiente escolar para aproximação entre saúde e educação. Neste Capítulo, o leitor também conhecerá os objetivos que buscamos alcançar no intuito de responder ao problema da pesquisa, os pressupostos que nos apoiaram e a aproximação do pesquisador com o tema.

No Capítulo 2, aprofundamos nos conceitos de prevenção e promoção de saúde, além da inserção do tema saúde na rotina das escolas e as políticas públicas que buscam promover essa relação intersetorial, destacando a sua importância e dificuldades.

O Capítulo 3 traz o percurso, as estratégias e ferramentas metodológicas utilizadas, os procedimentos adotados para análise dos dados, assim como o Ciclo de Políticas, base teórica escolhida para a análise do Programa Saúde na Escola - PSE e caracterização do lócus e participantes da pesquisa.

Baseados em três dos contextos considerados pelo Ciclo de Políticas, construímos os capítulos seguintes. No Capítulo 4 apresentamos o contexto da influência, com os marcos históricos e políticos que conduziram as discussões sobre promoção de saúde e a utilização do ambiente escolar até a criação do Programa Saúde na Escola (PSE). O Capítulo 5 traz o contexto da produção, com apresentação e análise dos textos oficiais que concretizam o PSE. O contexto da prática aparece no Capítulo 6, onde discutimos sobre a interpretação e o planejamento das ações do Programa Saúde na Escola (PSE) sob a visão dos dirigentes municipais da educação e saúde, traçando conexões e contradições com os contextos apresentados nos capítulos 4 e 5.

Por fim, apresentamos nossas considerações finais, resgatando os objetivos, questionamentos e pressupostos que nortearam esta pesquisa, relacionando-os com os dados coletados e as interpretações feitas ao longo de todo processo. Finalizando a tese, os capítulos seguintes trazem as referências, o apêndice A, com o questionário apresentado aos dirigentes, apêndice B, com o roteiro da análise documental e o anexo com o parecer do Conselho de Ética e Pesquisa, respectivamente.

2 APROXIMAÇÕES COM O TEMA

Neste capítulo, com o intuito de nos inteirarmos um pouco sobre a temática em torno da qual gira esta pesquisa, falaremos sobre a promoção de saúde, a abordagem dos seus conceitos e a importância de se considerar as diferentes realidades sociais da população, da utilização do ambiente escolar na educação para saúde, das políticas públicas e do Programa Saúde na Escola e as ações intersetoriais da educação e saúde que são fundamentais para sua execução do deste Programa, além de uma breve descrição sobre o Médio Sudoeste da Bahia e os municípios que compõem esse território.

2.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE A PROMOÇÃO DE SAÚDE

A adoção de bons hábitos de vida pode ser decisiva na prevenção de uma série de doenças crônicas degenerativas. Assim, difundir informações que possam orientar e conscientizar a população sobre ações que busquem melhorar a qualidade de vida ganham uma importância social e até mesmo econômica (FIGUEIREDO *et al.*, 2010). Do ponto de vista da prevenção, disponibilizar à população conhecimento sobre esse tema é dar condições aos indivíduos para adotarem hábitos em suas rotinas que podem ser relevantes na manutenção da saúde.

Promover a saúde é uma estratégia promissora para combater uma série de problemas que afetam as populações. As ações de promoção à saúde devem articular saberes técnicos e populares e mobilizar recursos institucionais, comunitários, públicos e privados (BUSS, 2000). Esta deve ser uma estratégia a ser seguida em todas as esferas, do micro ao macro, desde rodas de conversas em reuniões de associações de moradores de um determinado bairro até a elaboração de políticas públicas.

Minayo (2014) destaca que os saberes teóricos e os práticos, principalmente quando estamos falando de saúde, fazem parte de um todo que é dinâmico, sofrem influências da história e de inter-relações medidas por institucionalizações, organizações, lógicas de prestação de serviço e participação dos cidadãos.

De acordo com Sigerist (1946, *apud* ROSEN, 1979) existem ações básicas da medicina e dentre elas estão a promoção da saúde, a prevenção das doenças e, por fim, a recuperação e a reabilitação. Sigerist já destacava a educação como uma das condições básicas para promover a saúde além de boas condições de vida, trabalho, cultura física, lazer e descanso. Mesmo com destaques à importância da promoção da saúde, Cavalcanti

et al. (2015) alertam que o modelo biomédico voltado para identificação e tratamento de doenças ainda é hegemônico, desconsiderando os aspectos sociais que envolvem a saúde em seu conceito mais amplo, diferente do modelo biopsicossocial, que vê a relação saúde/doença considerando o lado biológico, fatores psicológicos e sociais que podem ser moldados (SCILIAR, 2007).

Aqui, começamos a chamar atenção para a importância do contexto social, para que a população possa, de maneira mais expressiva, gozar de um ambiente salutar, com boas condições de moradia, trabalho e cultura, aspectos que dão dignidade à vida de um cidadão sem pensar somente no tratamento e atendimento às pessoas que já estão doentes. Cuidar do entorno, da vida em seu aspecto mais amplo e com isso minimizar os riscos de agravos e danos à saúde.

Desta forma, concordamos com Minayo (2014) ao considerar a saúde como um bem complexo e que envolve todas as pessoas, de todos os segmentos e de diferentes realidades sociais, e deve ser considerada como tal, uma vez que a qualidade de vida e de trabalho faz com que as pessoas de diferentes classes, etnias e gêneros, por exemplo, usufruam desse bem de diferentes formas.

Ainda se fala muito em promoção de saúde com proposições de ações voltadas, quase que exclusivamente para o indivíduo, como se estivesse desconectado do meio em que vive ou que não sofresse com as influências do que está ao seu redor. Esse tipo de visão acaba limitando o alcance e os resultados dessas ações. A saúde sofre forte e direta influência de vários fatores ligados não só ao bem-estar físico individual, mas às realidades sociais, econômicas, culturais e políticas.

Consideramos que o conceito de promoção de saúde que envolve o contexto social deve ser visto como uma evolução natural do conceito que se apresenta mais individualista e restrito. Minayo e Minayo-Gómez (2003) considera a saúde um tema que faz parte da vida e se expressa na economia, política, no direito e nas experiências subjetivas e não apenas no campo denominado setor saúde.

É indiscutível que os conceitos defendidos pela promoção de saúde (Nova Promoção de Saúde) abrangendo todo o entorno social, cultural e econômico de uma população se apresentam mais completos e eficientes, mas vale destacar que ações baseadas nessa linha exigem o envolvimento logístico de grandes proporções, envolvendo muitos personagens, principalmente os dirigentes públicos, o que, no nosso entendimento, não está ao alcance de boa parte de agentes com interesse em promover saúde, mesmo com as melhores intenções.

Levantamos essa discussão para que possamos pensar que estratégias que não alcancem as expectativas da Nova Promoção de Saúde e que, por limitações, principalmente de apoio logístico, estejam mais próximos da corrente individualista da promoção de saúde, com alcance mais restrito, também continuam tendo a sua importância e certo impacto social mesmo que mais pontuais. Contudo, devemos ficar alerta para a exigência de ações mais amplas e complexas quando são propostas e realizadas por órgãos que possuem todo o aporte para desenvolvimento e realização de estratégias dessa magnitude. Assim, não podemos esperar nada menos das políticas públicas de promoção de saúde do que estarem em harmonia com o que propõe a Nova Promoção de Saúde.

Fazendo uma avaliação da realidade brasileira e do histórico das políticas de saúde no Brasil, Polignano (2013), afirma que a saúde sempre esteve em lugar periférico no sistema político brasileiro e as ações de saúde atendem grupos sociais e regiões socioeconômicas específicas, sem igualdade de condições entre as regiões e que o contraste entre a medicina preventiva e a curativa sempre esteve presente nas políticas de saúde. Para Minayo (2014), isso evidencia a arbitrariedade do Estado na imposição de padrões culturais próprios da biomedicina, que têm caráter reprodutor das instituições médicas e da dominação corporativa.

Ao longo deste trabalho, poderemos perceber que, possivelmente, o problema das ações de promoção de saúde no Brasil não esteja centrado na falta de políticas públicas, mas sim em como as que já existem estão sendo conduzidas desde as suas implantações. É fundamental que as propostas iniciais estejam embasadas na promoção de saúde em seu aspecto mais amplo e, sempre que necessário, sejam adaptadas às diferentes realidades, com equipes capazes de identificar especificidades daquela sociedade e conduzir as ações de maneira multidisciplinar, com profissionais de diversas áreas afins, que possam somar conhecimentos e estar verdadeiramente preocupados com o alcance dos objetivos traçados.

2.2 EDUCAÇÃO EM SAÚDE E O AMBIENTE ESCOLAR

Em trabalho sobre estratégias para educação em saúde, Rampaso *et al.* (2011) destacam que a educação em saúde pode ser feita em vários espaços como a escola, o

local de trabalho ou o ambiente clínico, por exemplo. Mas, o importante é que direcione o desenvolvimento de ações que visem a um comportamento humano mais adequado para a saúde, considerando as relações com pessoas, grupos e sociedade. Diante de um público-alvo tão heterogêneo, são muitos os caminhos que podem ser seguidos para que o conhecimento seja discutido com clareza, eficiência e informações possíveis de serem captadas. Não podemos, assim, esperar que exista uma única receita de sucesso que possa ser utilizada em qualquer situação. Se a Nova Promoção de Saúde considera o contexto em que se está inserido como fator determinante para promover saúde de maneira eficiente, a educação em saúde também deve levar em consideração as mais diversas situações e os diferentes tipos de público, exigindo consciência sobre a realidade e o contexto em que seu público-alvo está inserido.

O que estamos discutindo corrobora com as ideias de Oliveira, Gonçalves (2004) e Ruiz-Moreno *et al.* (2005), quando afirmam que a educação para alcançar a saúde deve estar voltada para atender à população, de acordo com sua realidade e, assim, envolve vários níveis de compreensão e intervenção, exigindo diferentes compromissos educacionais. Com isso, não é razoável que se tente adotar estratégias e ações pré-moldadas sem considerar a quem se destina tal intervenção. É necessário que se tenha sensibilidade para perceber o perfil do público-alvo e, assim, trabalhar buscando muni-lo de conhecimento que seja aproveitado em seu cotidiano.

Temos, no ambiente escolar, grupos de jovens de diversas faixas etárias vivenciando experiências que podem ser decisivas na formação do cidadão e encaminhar a construção dos homens e mulheres que futuramente serão. A escola, do nosso ponto de vista, é o ambiente com maior potencialidade para interferir na vida de um jovem. Toda a rotina de uma escola está voltada para gerar conhecimento, promover reflexões, debates e dar poder de crítica aos jovens. Assim, falar sobre saúde neste ambiente é buscar enraizar um conhecimento que poderá ser utilizado durante toda vida, seja para o autocuidado ou para terem o poder de entender e interferir na sociedade.

Mesmo que uma parcela considerável dos partícipes das escolas seja de adolescentes e estes apresentem menos sintomas de doenças crônicas degenerativas como cardiopatias, hipertensão arterial, estresse, dentre outras, trabalhar com educação e saúde nas escolas é crucial, pois os hábitos que forem construídos nessa fase têm grandes chances de perdurarem até a fase adulta, diminuindo, assim, os riscos de desenvolverem uma série de problemas de saúde (GUBERT *et al.*, 2009). Pensar em discutir saúde somente entre os que estão doentes ou com maior probabilidade de adoecerem é uma

estratégia mais voltada para o restabelecimento e com menor sentindo do ponto de vista preventivo.

Naido e Wills (1994) já se referiam à Educação em Saúde como um tipo de aprendizagem que pode capacitar ou mudar um indivíduo permanentemente, destacando que desenvolve autonomia e responsabilidade das pessoas e comunidades com sua saúde. Assim, os autores acreditam que a Educação em Saúde é uma forma de promoção de saúde que se inicia de uma maneira mais clássica, alcançando primeiro os indivíduos, mas acreditam que, ao longo do tempo, possa influenciar toda uma comunidade, que poderá interferir no desenvolvimento social, caracterizando uma promoção de saúde com características mais modernas.

No estudo e aplicação de temas relativos à Educação e Saúde, Aldrete *et al.* (2002) acreditam que essa prática se caracteriza pelos conhecimentos e métodos desenvolvidos cientificamente e acumulados ao longo dos anos e de práticas que contribuem para mudança de comportamento por parte dos estudantes, e que estes processos de ensino e aprendizagem contribuem para que as comunidades melhorem sua saúde e seu estilo de vida.

Um dos pontos fundamentais da Educação e Saúde nas escolas é transformar os alunos em cidadãos críticos e, conseqüentemente, prepará-los para interferir na sociedade em que vivem e conquistar a cidadania. Para tanto, as práticas educativas no espaço escolar devem integrar estratégias pedagógicas que propiciem discussão, problematização, reflexão das conseqüências das escolhas no plano individual e social, e decisão para agir (CATRIB *et al.*, 2003).

Gavidia (2009) ressalta que a Educação em Saúde não pode ser tratada como uma mera transmissão de conhecimento. É necessário buscar uma inserção de estilos de vida saudáveis, mesmo que, para que ocorra uma consolidação desses hábitos, seja necessário um entorno social e econômico adequado. Assim, tratar de Educação em Saúde exige ações multidisciplinares que, segundo Silva *et al.* (2002), esbarram em limitações como a dificuldade dos profissionais em perceber as reais necessidades da população e a estrutura dos Serviços de Saúde, centrada no atendimento médico e no trabalho fragmentado.

Então, é importante ressaltar que, quando estamos falando em Educação em Saúde, destacando o ambiente escolar, não estamos colocando todo o poder e responsabilidade nas mãos dos professores ou profissionais envolvidos nas práticas pedagógicas, pelo contrário, falar sobre saúde nas escolas é fazer com que os jovens

entendam tudo que envolve a qualidade de vida e manutenção da saúde, inclusive, reconhecendo os responsáveis e os que têm o poder de propor ações que possam, efetivamente, interferir na realidade de maneira mais ampla.

No ponto de vista de Feuerwerker (2002), a Educação em Saúde envolve relações ideológicas com o saber, a organização, a administração e a clientela dos serviços de saúde; confronto de interesses; concepção do processo saúde-doença em uma dada sociedade e características socioeconômicas e políticas da região onde a população está inserida. Lembrando Morin (2003), a contextualização torna-se mais difícil com os altos graus de especialização e cientificismo, pois fragmenta os saberes. Desta forma, se a Educação em Saúde for trabalhada de maneira fragmentada, com os múltiplos profissionais da área trabalhando individualmente, não será possível alcançar objetivos mais amplos e que verdadeiramente terão influência na vida de uma determinada população.

2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE E EDUCAÇÃO E O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE)

No ciclo de formulação de uma política, proposto originalmente por David Easton (1965), o primeiro passo é ter um problema como prioridade do poder público (MORAES, 2012). Com um problema na agenda de decisões do governo, passa-se, então, para a formulação de soluções e alternativas para esse problema (BAPTISTA, 2014). Colocar em prática essas soluções e alternativas caracteriza-se como a fase de implementação. Essa é a fase de montar estratégias entre os vários atores, com diferentes interesses (BAPTISTA, 2009). Por fim, a última etapa do ciclo de política é a de avaliação (BAPTISTA; REZENDE, 2011).

Em seu livro “Políticas Públicas por Dentro”, Boneti (2007) traz a importância de estudarmos uma política dando a devida atenção ao que levou à formulação daquela política e todo o contexto que antecedeu a sua criação. Nesta obra, o autor chama atenção para a complexidade de se formular políticas públicas e como o direcionamento e a gestão dos recursos públicos podem interferir neste processo e nas ações e intenções dos agentes definidores das políticas públicas, o Estado, as classes sociais e a sociedade civil. Então, políticas públicas são o resultado das disputas entre grupos econômicos, políticos e classes sociais.

Faremos aqui um destaque especial para a fase de implementação, por acreditarmos que é nesse momento que se define o sucesso ou insucesso de uma política pública, é quando as propostas saem do papel e partem para o plano real, sujeitas às adversidades impostas pelos diferentes contextos sociais. Para a análise de implementação de uma política, destacaremos as discussões de Baptista e Rezende (2011) sobre os enfoques *top-down* e *botton-up*. Do ponto de vista *top-down*, todo o controle está nas mãos dos formuladores, que estão no topo dessa pirâmide, com o controle político e técnico. Assim, possíveis insucessos serão considerados como falhas que ocorreram durante a implementação, em nível local, por incapacidade de execução. No enfoque *botton-up* a palavra-chave é negociação.

Esse modelo defende que, para o sucesso da fase de implementação, é preciso contornar a tensão entre os interessados em colocar a política em ação e os que serão afetados por ela. Desta forma, para Ribeiro (2009), o controle não está nas mãos somente dos formuladores, mas também nas mãos dos envolvidos diretamente no processo de implementação. No entanto, Baptista e Rezende (2011) reconhecem que os dois enfoques sofrem críticas que levaram a novos modelos multicausais para a avaliação da fase de implementação.

Em um país com as proporções territoriais do Brasil, é importante analisarmos separadamente o processo de implementação de políticas públicas para que possamos entender melhor os motivos que fazem dar certo em alguns lugares e fracassam em outros.

Silva e Melo (2000) acreditam que as dificuldades enfrentadas durante o processo de implementação são determinantes para o fracasso de programas governamentais, por isso, consideram fundamental essa discussão em nível da microgestão do governo, já que é no nível local que adequações devem ser feitas para atender o que foi proposto pelos idealizadores de política.

Com a Saúde Pública se apresentando em um cenário tão amplo, a possibilidade de atuação de múltiplos profissionais gera a necessidade de um grande número de ações educativas envolvendo diversos pilares da qualidade de vida como hábitos alimentares, práticas de atividades físicas, controle do estresse, higiene, dentre outros. Czeresnia (1999) destaca que, na busca por prevenção ou promoção de saúde, é necessário considerar a forma como os conhecimentos relativos a essa temática serão operacionalizados nas práticas de saúde, o que eleva a importância da criação de ações educativas condizentes às diversas realidades da sociedade e que devem ser pensadas em nível governamental.

Para Gomes (2012), com a mudança da concepção de saúde, o processo ensino-aprendizagem foi sendo modificado, desenvolvendo um novo cenário para se pensar educação e saúde e os programas de saúde escolar foram sendo organizados considerando diferentes concepções sobre saúde e sobre educação. Com pensamento contrário, para Costa (2015), passados mais de duas décadas da elaboração dos PCN, essa situação permanece inalterada. O ensino de saúde na escola ainda é centrado nos aspectos biológicos e, também, ainda é trabalhado, principalmente, nos conteúdos de Ciências Naturais.

É possível observar melhorias nas discussões e ações voltadas para a promoção de saúde desde a ampliação do seu conceito, de mera ausência de doença para o bem-estar completo, físico, mental e social, proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (WHO, 1948), porém, ainda são muitas as dificuldades para se desenvolver iniciativas que contemplem, de maneira eficiente, suas propostas.

Neste trabalho, analisamos o Programa Saúde na Escola (PSE) sob a ótica do Ciclo de Políticas proposto por Ball *et al.* (1992). O Ciclo de Políticas considera macro e micro contextos, dando grande importância às pessoas envolvidas na condução de todo processo, e propõe uma análise dos contextos que envolvem a política desde a sua criação até a execução e avaliação dos resultados (Contextos da Influência, Produção de Textos, Prática e Efeitos ou Resultados).

Dentre os programas que tomam como base a promoção da saúde, destaca-se o PSE que, em articulação com a Estratégia Saúde da Família, desde 2007 se propõe a integrar e articular os setores da Saúde e Educação com ações que objetivam melhorar a qualidade de vida dos alunos das escolas de educação básica. O PSE foi instituído por intermédio do Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007.

De acordo com o artigo 2º do Decreto Presidencial nº 6.286, são objetivos do PSE:

- I – promover a saúde e a cultura da paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde, bem como fortalecer a relação entre as redes públicas de saúde e de educação;
- II – articular as ações do Sistema Único de Saúde - SUS às ações das redes de educação básica pública, de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis;
- III – contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos;
- IV – contribuir para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos;
- V – fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar;

- VI – promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes; e
- VII – fortalecer a participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde, nos três níveis de governo (BRASIL, 2007).

Silva e Rodrigues (2010) destacam a intersetorialidade como peça fundamental no sucesso de Programas como o PSE. Para eles, os envolvidos com ações intersetoriais precisam se apropriar dessa nova realidade e superar desafios e incertezas como, por exemplo, a definição de metodologias que viabilizem a prática intersetorial. Essa proposição aponta para o importante papel das universidades e evidencia que o modelo de ensino deve ampliar sua abordagem de modo a contribuir com a formação de sujeitos críticos e reflexivos, com potencial para intervir na realidade social.

Falaremos mais detalhadamente sobre o Ciclo de Políticas de Ball e o Programa Saúde na Escola ao longo deste trabalho.

2.4 A IMPORTÂNCIA E DIFICULDADES DAS AÇÕES INTERSETORIAIS ENTRE EDUCAÇÃO E SAÚDE

Em estudos sobre promoção de saúde, Silva (2010) alerta para uma tentativa de unir os setores da saúde e educação que acabou não tendo muito sucesso. Na década de 1970, foram criadas Comissões Mistas de Saúde e Educação, que eram coordenadas pelo setor da saúde e que não conseguiram, de fato, desenvolver ações compartilhadas entre os dois setores e que acabaram afastando a assistência à saúde do ambiente educacional, ficando restrito apenas aos serviços de saúde.

O que se percebe, com toda essa discussão até aqui, é a complexidade da promoção de saúde em seu aspecto mais amplo. Com um vasto leque de interferências na qualidade da saúde humana, é impossível se pensar em interferir nela, de maneira efetiva, com ações individualizadas ou buscando-se receitas prontas, que possam ser adotadas em qualquer situação.

Ações integradoras e intersetoriais são fundamentais para o sucesso de programas que busquem melhorias na qualidade de vida da sociedade. Para tanto, além das propostas que cada programa traz, é fundamental para a sua sustentabilidade que se pense também na capacitação dos agentes que atuarão diretamente na execução do que se é proposto. Essa tarefa, assim como a própria promoção de saúde, é bastante complexa. A intersetorialidade exige conhecimento pedagógico, trabalho interdisciplinar e consciência social.

Agregar a saúde e a educação exige um desenvolvimento nos dois sentidos. Se, por um lado, não se pode seguir com ações meramente individualizadas, voltadas apenas para os conceitos biológicos e com ênfase no tratamento de doenças por parte da saúde, o predomínio de uma pedagogia tradicional, onde o processo ensino-aprendizagem não acompanha as mudanças da sua clientela e que, com isso, acaba inviabilizando a implementação de programas inovadores, deve ser ponto crucial por parte dos setores educacionais.

Comungamos das ideias de Silva (2010), quando considera que a educação é um dos fatores determinantes das condições de saúde, mas que, ao mesmo tempo, é preciso que a educação entenda os indicadores que interferem na saúde para que possa agir sobre eles em seu aspecto mais amplo. Conhecendo esses indicadores, os professores poderão organizar saberes variados e planejar diferentes “modos de fazer”, que envolvam o cotidiano dos alunos e contextualizações, atribuindo importância aos saberes próprios da cultura da escola e, com isso, maximizar a compreensão do conteúdo, assim como destacou Carmo e Selles, (2018).

Considerando esta reflexão, mais uma vez recaímos sobre a importância de se entender e executar a intersetorialidade. Como já foi levantado anteriormente, estamos falando na união de ações entre dois setores da administração pública com demandas individuais extremamente pesadas, e criar estratégias de ações em conjunto significa aumentar a carga de trabalho de profissionais que já são sobrecarregados. Encontra-se aí um ponto chave para o sucesso de políticas públicas associadas à educação e saúde.

Os Programas propostos pelo governo não podem ser encarados como simples ramificações dentre as atividades consideradas principais dentro das pastas da saúde e educação, onde se desloca alguns funcionários dentro de cada setor para que se “cumpra” mais uma exigência do governo. O sucesso das ações intersetoriais depende, principalmente, da escolha de agentes que tenham habilidade e capacidade necessárias para o desenvolvimento de tão difícil tarefa.

Assim, defendemos que programas como o Saúde na Escola, diante da sua proposta promissora e potencial para interferir de maneira positiva na qualidade de vida da população local, precisam ser encarados com a importância que realmente têm, sendo imprescindível mão de obra qualificada, com atenção voltada para atendimento da proposta do Programa da melhor forma possível e toda estrutura necessária para que se desenvolva esse trabalho. Aqui cabe, mais uma vez, citarmos Silva (2010), ao destacar que o sucesso da intersetorialidade depende do envolvimento de todos os seus agentes no

processo, do compartilhamento dos objetivos e metas e preocupações com os resultados, erros e acertos.

Diante do que já foi exposto, é importante considerarmos que os programas que visem à promoção de saúde devem fazê-la com base nas ideias da Nova Promoção de Saúde, considerando todas as variáveis já destacadas pela Organização Mundial de Saúde, que podem influenciar diretamente na qualidade de vida da população e não com a predominância do enfoque biológico, individualizado e direcionado ao tratamento das doenças.

Para tanto, há que se destacar quanto é fundamental que a intersectorialidade seja exercitada eficientemente no desenvolvimento das ações desses programas, considerando que, para atender à amplitude da Nova Promoção de Saúde, ações individualizadas e desvinculadas da realidade social e econômica local não alcançaram os objetivos necessários. Assim, é importante que esses programas sejam acompanhados e avaliados periodicamente, considerando essas reflexões, e não somente através da análise de números e planilhas que são geradas a partir do desenvolvimento de cada ação.

2.5 O TERRITÓRIO DE IDENTIDADE MÉDIO SUDOESTE DA BAHIA

No direcionamento e planejamento das ações a serem desenvolvidas é importante que se considere a realidade local de cada município e território de que fazem parte. A Região Sudoeste da Bahia, de acordo com critérios da Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia (SEI), é composta por municípios que fazem parte de quatro Territórios de Identidade: Vitória da Conquista (Sudoeste Baiano), Médio Sudoeste da Bahia, Médio Rio de Contas e Vale do Jequiçá. A partir de 2007, o Governo do Estado da Bahia passou a adotar a divisão territorial como unidade de planejamento das políticas públicas. Este trabalho direcionou as discussões sobre o PSE para os municípios que fazem parte o Território de Identidade do Médio Sudoeste da Bahia.

Considerando a importância de se conhecer o contexto onde esta política pública está inserida, foi feito um levantamento sobre aspectos importantes deste Território baseado, principalmente, no Plano Territorial de Desenvolvimento Rural, Sustentável e Solidário Território Médio Sudoeste da Bahia (2016), elaborado pelo Colegiado Territorial Médio Sudoeste da Bahia (CODETER).

Em 2005, o então Território de Identidade de Itapetinga, foi homologado pelo Conselho Estadual de Desenvolvimento Rural Sustentável e, a partir do PPA 2012 – 2015, passou a ser denominado de Território de Identidade do Médio Sudoeste da Bahia. Com uma população de, aproximadamente, 247.000 habitantes, onde a grande maioria, mais de 194.000, reside na área urbana, o Território do Médio Sudoeste da Bahia é formado por 13 municípios: Caatiba, Firmino Alves, Ibicuí, Iguai, Itambé, Itapetinga, Itarantim, Itororó, Macarani, Maiquinique, Nova Canaã, Potiraguá, Santa Cruz da Vitória (Figura 1). De acordo com a divisão regional do IBGE (1990), esta microrregião baiana está localizada geograficamente na mesorregião do Centro Sul baiano, denominada Microrregião de Itapetinga. Assim, tem como polo de referência o município de Itapetinga, com população estimada para 2021 de mais de 77.400 habitantes. Com uma área de mais de 1.65.158 km², apresenta densidade demográfica de 41,95 hab/km² (IBGE, 2021). Limita-se com o Estado de Minas Gerais e com os Territórios o Litoral Sul, Vitória da Conquista e o Médio Rio de Contas.

De acordo com o Sistema de Informações do Patrimônio Cultural da Bahia – SIPAC, o Território possui um sistema viário servido por várias rodovias estaduais que o interligam aos dois principais eixos viários do Estado e do País, a BR-101 e a BR-116. Os impasses políticos geram longos períodos com falta de manutenção da malha rodoviária, o que dificulta o escoamento de produtos e o transporte rodoviário. A pecuária bovina de corte era a principal atividade econômica até uma grave crise na década de 1990.

A partir da segunda metade da década de 1990, a implantação da indústria de calçados nos distritos industriais de Itapetinga (principal polo regional), de Itororó e unidades em quase todos os municípios da região, alavancou a economia da região, mas que também enfrentou considerável momento de crise a partir de 2011, o que acarretou o fechamento de várias unidades da fábrica calçadista. A crise da pecuária na região e o desenvolvimento industrial refletiram na redução da população rural entre os anos 2000 e 2010 3,3%, segundo o IBGE (2010). Neste mesmo período, os municípios que fazem parte deste território apresentaram crescimento demográfico de 0,1% enquanto o estado da Bahia cresceu 0,7%.

Figura 1 - Mapa do Território de Identidade do Médio Sudoeste da Bahia



Fonte: Base Cartográfica: IBGE, 2006

Os dados do censo IBGE (2010) mostram que o grau de urbanização do Território Médio Sudoeste da Bahia seguiu uma tendência do país, passando de 70,1% no ano de 2000 para 78,8% no ano de 2010. Destaque para o município de Caatiba, que saltou de 28,6% para 47,3%, porém ainda possui o menor grau de urbanização do território, contrastando com Itapetinga, que possui o maior grau de urbanização, 97,1%.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) entre os municípios deste Território vem aumentando. Em 2000, somente Itapetinga tinha IDH superior a 0,500 (0,529). A partir de 2010, não se observa nenhum município do território com índice inferior a 0,500 (PNUD, Atlas do Desenvolvimento Humano 2013). O Índice de Concentração de Renda ainda está abaixo da média do estado, 0,631, enquanto o território apresenta 0,505.

Mesmo com uma diminuição do índice de analfabetismo entre jovens até 15 anos, de 30,3% em 2000 para 23,7%, o Médio Sudoeste ainda está acima do Índice da Bahia, que chegou a 16,3% em 2010, tendo como extremos os municípios de Caatiba e Iguaí (30,9%) e o município de Itapetinga (14,7%). Analisando a taxa de escolarização bruta, que considera o acesso à Educação sem considerar a evasão, os municípios do Médio Sudoeste alcançaram 96,2% em 2010, um pouco inferior à média do Estado (96,9%). Santa Cruz da Vitória apresenta o menor índice (92%) (SDR, 2016). Entre jovens de 15

a 17 anos, o acesso à educação chegou a 80,9% em 2010, resultado ainda inferior à média do da Bahia que é de 83,7% (SEI).

Mesmo com os consideráveis índices de analfabetismo, que são destacados como limitações na dimensão educacional do Território, o Plano Territorial de Desenvolvimento Rural Sustentável (PTDRS) (2016) também destaca, como uma potencialidade, a existência de políticas públicas educacionais como PNDE, FNDE, Caminho da Escola, Brasil Alfabetizado, Regulamentação do Piso Nacional dos Professores de ensino médio e PRONERA. Assim, se, por um lado, a existência de políticas públicas educacionais pode, pelo menos inicialmente, indicar uma preocupação do Estado com o desenvolvimento desse setor, por outro, devemos refletir sobre as ações desenvolvidas por esses programas e os resultados que estão sendo alcançados, só assim poderá ser feito um diagnóstico sobre a eficiência dessas políticas nos municípios que compõem o Território.

O crescimento da taxa de mortalidade infantil dos municípios do Médio Sudoeste, de 18,9 para 20,9 para cada mil crianças entre os anos de 2000 a 2015, faz com que esse seja um dos piores resultados entre todos os Territórios de Identidade da Bahia. No Estado, o índice é de 16,4%. Ainda falando sobre saúde, de acordo com o Diagnóstico de Segurança Alimentar e Nutricional/BA (2015), o Território do Médio Sudoeste apresentou, no ano de 2013, uma prevalência de 84,6% de domicílios que conviviam com a restrição quantitativa de alimentos. Além disso, o Plano Territorial de Desenvolvimento Rural Sustentável (PTDRS) (2016) indica como fragilidades dos municípios do Território a insuficiência de programas específicos para o enfrentamento de problemas graves nas áreas social e de saúde no território, relacionados à gravidez na adolescência, tratamento de dependentes químicos e álcool, HIV, hipertensão, cardiopatia e diabetes.

Esse cenário preocupante acaba contrastando com as potencialidades identificadas pelo próprio PTDRS (2016), quando identifica a existência de políticas públicas importantes como o SUS, Brasil Sorridente, Programa Saúde da Família, UPA e Programa Água para Todos, assim como a existência de Conselhos de Saúde e projetos específicos de promoção da saúde.

Fazendo referência, especificamente, à adesão ao Programa Saúde na Escola, identificamos que todos os municípios que compõem o Médio Sudoeste da Bahia participam deste Programa visando ao desenvolvimento de ações que buscam a promoção, prevenção e assistência à saúde.

Quadro 1 - Adesão dos municípios do Médio Sudoeste da Bahia ao Programa Saúde na Escola – PSE. Ciclo 2021-2022

MUNICÍPIOS	ADESÃO	Nº ESCOLAS PACTUADAS	Nº ALUNOS PACTUADOS	Nº EQUIPES PACTUADAS
Caatiba	100%	19	1.796	5
Firmino Alves	100%	9	1.325	7
Ibicuí	100%	22	3.227	13
Iguaí	100%	35	4.700	15
Itambé	100%	19	3.191	17
Itapetinga	100%	44	7.873	32
Itarantim	100%	11	2.768	9
Itororó	100%	38	4.822	16
Macarani	100%	24	3.682	15
Maiquinique	100%	8	1.366	5
Nova Canaã	100%	12	2.718	5
Potiraguá	100%	21	2.954	11
Santa Cruz da Vitória	100%	20	2.627	8

Fonte: Portal da Secretaria de Atenção Primária à Saúde

Aqui, mais uma vez, é importante que se reflita sobre não só a existência de programas políticos voltados para a saúde em um contexto quantitativo e, assim, a organização, planejamento, alcance e resultados dessas políticas no contexto em que estão inseridas.

Propostas de políticas que são reproduzidas sem considerar a realidade sociocultural podem se tornar ineficientes e sem o impacto desejado na sociedade. Outras fragilidades apresentadas pelo PTDRS (2016) podem ajudar nessa reflexão, como, por exemplo, a baixa participação dos representantes do poder público e empoderamento fragilizado e a baixa capacidade técnica para elaboração de projetos associada à dificuldade de apoio técnico qualificado.

Diante desta discussão, após levantamento sobre limitações e potencialidades do Território Médio Sudoeste, o PTDRS (2016) traz como uma das estratégias para o desenvolvimento do Território a qualificação dos setores públicos, lideranças comunitárias, associações, conselheiros municipais, juventude rural, quilombolas e outros agentes sociais para atuarem no planejamento, integração e gestão participativa do desenvolvimento sustentável.

Neste contexto, diferente do que constantemente vem acontecendo, não se deve criar novas políticas públicas sem que antes um diagnóstico seja feito para identificação

de possíveis falhas das que já estão implantadas. Sem a consciência da importância do contexto social, da intersectorialidade e do trabalho multidisciplinar, as políticas públicas estarão fadadas ao fracasso.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Neste capítulo apresentamos o caminho escolhido na busca da resposta para o problema da pesquisa. Traremos, então as estratégias metodológicas, ferramentas utilizadas e a base teórica que nortearam a realização deste trabalho.

3.1 A PESQUISA CIENTÍFICA

Com um leque tão vasto de possibilidades de definições desse trabalho, destacamos, mais uma vez, a complexidade de se discutir educação e saúde, e com isso a necessidade de não nos prendermos a um caminho metodológico engessado, que não nos permita uma avaliação ampla como o problema exige; será preciso caminhar em diferentes vertentes e utilizarmos diferentes ferramentas na busca por informações que possibilitarão o embasamento das nossas discussões.

Esta é uma pesquisa qualitativa de abordagem estratégica e orientada. Castro *et al.* (2010) destacam que a pesquisa qualitativa leva em conta o contexto social, pois examina o ser humano incluindo suas experiências, crenças, emoções, relações familiares e cultural, sem escalas de medidas. Para Flick *et al.* (2000), em uma pesquisa qualitativa, a maneira de chegar à compreensão do seu objeto de pesquisa é por meio de explicações ou compreensões das relações entre variáveis, através da “leitura de textos”, que podem ser coletados das mais diferentes formas, como questionários, entrevistas, análise documental e que são interpretados hermeneuticamente com diferentes técnicas analíticas.

Assim, buscamos, com esse trabalho, analisar como os dirigentes da educação e saúde dos municípios do território Médio Sudoeste da Bahia leem e interpretam os textos oficiais do Programa Saúde na Escola (PSE) e assim conhecer as estratégias e ações utilizadas para adequar o que é proposto pelo Programa com as necessidades e realidades dos seus municípios.

Usando as definições de Minayo (2014), em seu livro sobre pesquisa qualitativa em saúde, e associando às nossas intenções com esse trabalho, podemos considerá-lo como sendo uma pesquisa exploratória social, pois trata um fenômeno considerando sua representação pelos vários atores que atuam no campo, como as instituições políticas e

de serviços e os profissionais e usuários. Considerando que esta pesquisa envolve uma ação governamental e da sociedade onde faremos uma avaliação de um problema e uma política, nesse caso dos setores de educação e saúde, também consideramos essa pesquisa como uma pesquisa estratégica e orientada para problemas específicos já que os resultados visam ajudar a lidar com questões práticas e operacionais. O entendimento mais aprofundado dos mecanismos utilizados para a interpretação e execução das ações PSE, após analisados sob a visão do embasamento teórico adotado, podem ajudar na tomada de decisões para determinar as ações que serão escolhidas para melhor aproveitamento e alcance.

Sendo esta uma pesquisa que envolve Educação e Saúde, trazemos Dal-Farra e Lopes (2013), quando afirmam que, na educação, os problemas enfrentados pelos professores, dirigentes e estudantes da contemporaneidade são complexos e exigem pesquisas que possam abordar as múltiplas informações que giram em torno do problema para uma análise e discussão mais ampliada.

Com as pesquisas em saúde não é diferente, Latour (2000) reflete sobre a importância das ciências da saúde, além da preocupação com os avanços da biologia, da física e de outras disciplinas comumente associadas, também fazer correlações com questões socioeconômicas, políticas e ideológicas. A área biomédica não pode, assim, se sobrepor à problemática social. Nessa mesma linha de pensamento, Minayo (2014), entendendo a importância do contexto social, destaca o quanto é relevante a abordagem qualitativa quando se fala em saúde e doença, pois essas categorias têm uma carga histórica, cultural, política e ideológica que não pode ser contida apenas em uma fórmula numérica ou em um dado estatístico. Assim, seguiremos o momento de investigação, como esclarece Limoeiro Cardoso (1977), incidindo muitos feixes de luz, multiplicando os pontos de vista diferentes e com isso buscando formas mais definidas do objeto.

Considerando o que aponta Creswell (2007), esta pesquisa se apresenta como um projeto transformador sequencial, pois possui uma perspectiva teórica norteadora do estudo cujo objetivo se sobrepõe ao uso dos métodos. A determinação do método foi embasada em responder o que se quer saber com o estudo: Como os dirigentes da Educação e Saúde se apropriam das orientações oficiais do PSE a fim de desenvolverem ações educativas que promovam a saúde nas escolas desses municípios?

3.2 A BRICOLAGEM

Reforçando o que descrevemos no final da seção anterior, buscar a resposta para nosso problema de pesquisa foi o princípio norteador deste trabalho e, para tanto, nos preparamos para seguir um caminho que poderia apresentar uma diversidade de obstáculos e adversidades ao longo do percurso, o que dificultava a determinação de um percurso metodológico pré-estabelecido e que poderia amarrar as estratégias e ferramentas na busca dos nossos objetivos. Assim nos aproximamos do método da bricolagem para essa pesquisa, buscando a possibilidade de desenvolvermos uma diversidade de tarefas usando diferentes ferramentas sem a necessidade de precisas e imutáveis definições pré-formadas, atuando como um *bricoleur* e utilizando meios indiretos e sem planejamento definido assim como descreve Lévi-Strauss (2005). Reforçando esse pensamento, Neira (2012) afirma que o *bricoleur*, ao considerar o contexto e suas particularidades, como pesquisador utiliza uma diversidade de métodos, estratégias e interpretações.

A *bricolage* ou bricolagem, em português, remete a algo feito ao acaso, quando consideramos a sua origem francesa. Este termo sofre forte influência de movimentos artísticos que desenvolviam seus trabalhos sem seguir a lógica acadêmica imperativa e burguesa do século XX.

Campos e Ribeiro (2017) definem a bricolagem como uma alternativa metodológica viável, sobretudo, sob a perspectiva de uma realidade complexa e cheia de incertezas que envolvem pesquisas qualitativas em diferentes contextos sociais, onde se deve considerar a multidimensionalidade envolvida. Para as autoras, a bricolagem se encaixa bem nestes casos por permitir a captação de aspectos multilógicos e constantes recriações utilizando materiais e técnicas diversificadas durante o transcorrer da pesquisa.

Ainda seguindo Campos e Ribeiro (2017), concordamos que as pesquisas qualitativas, por vezes, se chocam com os pensamentos cartesianos que engessam a pesquisa e que podem não conseguir responder às questões desse tipo de pesquisa. O que não quer dizer que não devam seguir um relato metodológico rigoroso. Assim, defendem que a bricolagem também segue um rigor metodológico, mas que é desenhado ao longo da pesquisa e não antecipadamente. Nesta perspectiva, seguiremos, aqui, com a descrição do percurso metodológico que construímos ao longo deste trabalho.

Considerando as reflexões de Power (1995) em texto sobre o uso da teoria centrada no Estado para explicar práticas e políticas educacionais, concordamos ser difícil

encontrar relações entre o macrocontexto e os processos locais quando fazemos uma análise baseada em teorias centradas no Estado. Neste estudo buscaremos encontrar conexões entre o macrocontexto e realidades locais, desenvolvendo uma microinvestigação, considerando os detalhes relevantes em nosso estudo. Assim, estaremos considerando a crítica de Ozga (1990), quando afirma a importância dos detalhes no macrocontexto.

Analizamos O Programa Saúde na Escola em seu contexto geral e considerando diferentes unidades que são cada um dos municípios que pertencem ao território de identidade do Médio Sudoeste da Bahia. A análise dessas subunidades acrescenta informações relevantes para a análise geral do Programa.

Considerar os diferentes contextos que envolvem uma política desde a sua idealização até a sua implementação e desenvolvimento é base da análise do Ciclo de Políticas descrito por Ball (1994) e que utilizamos como nosso principal embasamento teórico. Assim, este estudo analisa o Programa Saúde na Escola desde o contexto que antecedeu a sua criação, passa pela criação dos textos políticos e termina com a interpretação de importantes personagens sobre a política proposta e como isso influencia na sua execução. A intenção é olhar macro e microcontextos e, assim, considerar realidades sociais, econômicas e culturais.

A base desse estudo é esclarecer de que forma decisões são tomadas por uma pessoa ou um grupo de pessoas envolvidas em um determinado objeto de pesquisa, tais como os motivos como foram implementadas e quais resultados estão sendo alcançados.

A intenção é investigar um fenômeno dentro do seu contexto, sem ignorar as variáveis. Podemos, aqui, listar algumas fontes de evidências mais comumente utilizadas em estudos como esse, tais como documentação, registros em arquivos, entrevistas, observação direta, observação participante e artefatos físicos, mas a lista completa pode ser bastante extensa. Para este trabalho, utilizamos a análise documental, para entendermos sob quais contextos o programa Saúde na Escola foi idealizado e como isso foi traduzido nos textos oficiais que direcionam o Programa e nos questionários aplicados aos dirigentes da educação e saúde de cada município do território Médio Sudoeste da Bahia, buscando entender como interpretam os textos dessa política e colocam em prática o que é proposto.

Stake (2007) alerta que, para se realizar uma boa coleta de dados, é necessário algum conhecimento prévio e uma direção a seguir para que se possa elaborar boas perguntas de investigação que irão direcionar o pensamento. Neste contexto, o

conhecimento e as informações que levantamos com o desenvolvimento do trabalho “Política Nacional de Saúde na Escola: O município de Itapetinga-Ba em discussão” (ARAÚJO; SCALDAFERRI; PIMENTEL, 2019) foi importante para as hipóteses que levantamos e que já destacamos anteriormente nesta pesquisa.

Na avaliação de programas, por exemplo, devemos ter como base os objetivos desse programa para que as informações que forem levantadas nos encaminhem para a compreensão e explicação dos fatos, comprovando ou não as hipóteses criadas. Utilizamos, então, os textos estudados na fase da análise documental, que destacaremos adiante, para nortear as estratégias para levantamento de dados que embasem as discussões em torno dos pressupostos da pesquisa já evidenciados aqui.

O nosso objetivo não foi somente saber se o Programa Saúde na Escola funciona, mas, principalmente, como ele funciona. E é isso que buscamos entender aqui, como o Programa Saúde na Escola efetivamente acontece, considerando as diferenças entre o que é proposto e os diferentes processos de implementação em cada município analisado. Aqui reforçamos a importância da análise considerando os diferentes contextos propostos por Ball no Ciclo de Políticas. Falaremos mais sobre essa base teórica um pouco à frente.

Consideramos que esse estudo investiga um fenômeno contemporâneo (O Programa Saúde na Escola) em seu contexto real e isso se torna ainda mais importante quando os limites entre o que é proposto oficialmente pela política e a sua realidade em cada município não são facilmente percebidos ou considerados. Desta forma, esta análise encontrou muitas variáveis de interesse e, conseqüentemente, várias fontes de evidência que nos direcionaram a diferentes estratégias metodológicas durante o seu desenvolvimento, o que reforçou a escolha do método da bricolagem nesta pesquisa.

3.3 O CICLO DE POLÍTICAS

A abordagem do Ciclo de Políticas é utilizada em alguns estudos para análises de políticas sociais e educacionais desde que foi elaborada por Stephen Ball *et al.* (1992). Para Mainardes (2006), esta abordagem é muito útil como referencial analítico em programas e políticas educacionais por permitir uma análise desde o processo de formulação até a sua implantação e reflexos obtidos na prática.

Como pesquisador dessa abordagem, Mainardes (2018) destaca a necessidade de uma caracterização detalhada da política investigada ao utilizar a abordagem do Ciclo de Políticas e, segundo Ball, Maguire e Braun (2016), para que esse detalhamento seja

alcançado é muito importante que se considere os diferentes contextos que giram em torno destas políticas, desde o seu planejamento até o processo de implementação e execução.

Apresentando-se como um referencial teórico e analítico que não segue regras fixas e imutáveis, a abordagem do Ciclo de Políticas considera as relações entre o contexto macro e micro que envolvem as políticas educacionais, com destaque para a ação dos personagens que estão envolvidos com o seu desenvolvimento em cada local.

Em uma análise do Ciclo de Políticas de Ball e Bowe (1992), Mainardes (2006) traz a caracterização inicial do processo político, proposto pelos seus autores, como um ciclo contínuo baseado em três pontos principais. O primeiro deles, denominado de “Política Proposta”, refere-se à intenção inicial da qual nasceu uma referida política, seja oriundo do governo, representantes locais ou das próprias escolas. O segundo ponto é a “Política de Fato”, aquela representada pelos textos que dão forma e oficializam as políticas e são a base para sua implementação. O terceiro ponto, a “Política em Uso”, é o reflexo do que acontece na prática com a implementação dessas políticas ou programas pelos profissionais locais.

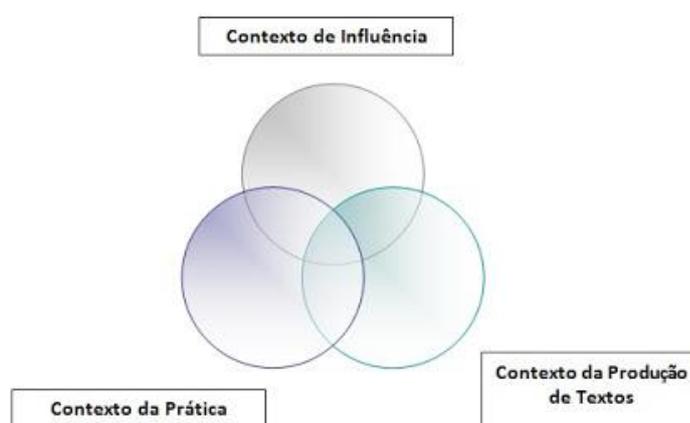
Ainda seguindo a análise de Mainardes (2006), essa caracterização inicial acabou deixando a abordagem com um aspecto fixo, engessado, o que contrastava com as ideias dos autores sobre o processo político e isso acabou gerando uma reformulação que foi apresentada no livro *Reforming education and changing schools*, Bowe e Ball, (1992). Nesta nova publicação, os autores não dissociam as fases de formulação e implementação, propondo uma análise política que destaque a importância da interpretação dos textos políticos pelos personagens que atuam no seu desenvolvimento na prática local.

Com essa nova proposta, Bowe e Ball (1992) propõem um ciclo contínuo considerando um contexto de influência, um contexto da produção de texto e o contexto da prática. Com uma proposta de ciclo, esses contextos não aparecem como uma sequência fixa ou linear, estando correlacionados e sofrendo diferentes influências, de acordo com a realidade local em que a política ou programa estiver sendo aplicada.

No contexto da influência acontecem as articulações que, normalmente, marcam o início da construção de uma política. Grupos do governo e partidos políticos, por exemplo, com maior influência podem sair na frente nas decisões sobre as finalidades e os conceitos da política que está prestes a ser formulada. De acordo com Mainardes (2018), para analisar o contexto da influência é importante conhecer o que desencadeou o desenvolvimento da política estudada, considera importante conhecer a sua história e explorá-la nos âmbitos global, nacional e local.

O contexto da produção de texto aparece como a materialização do resultado das disputas e discussões do contexto da influência. Os textos políticos, porém, não são a finalização de uma política tendo em vista que serão lidos e interpretados por diferentes pessoas, em tempos diferentes e sob influências e interesses diferentes. Para Bowe e Ball (1992), essas diferentes possibilidades de interpretações e as reais consequências da política surgem no contexto da prática. Assim, a fase de implementação de uma política é resultado da interpretação que é feita pelos diferentes profissionais que fazem a leitura dos textos políticos, considerando o contexto em que estão inseridos e as suas realidades.

Figura 2 - Formulação de uma política segundo o Ciclo de Políticas de Ball



Fonte: pesquisa de campo

Em livro escrito por Ball, Maguire e Braun (2012), os autores fazem um destaque importante sobre a implementação das políticas e a atuação dos profissionais envolvidos nesse processo. Na teoria da atuação apresentada pelos autores, as políticas estão sujeitas a reformulações que estarão ligadas às realidades do seu local de implementação, considerando influências sociais, culturais, econômicas e intenções políticas dos seus implementadores. Assim, os atores envolvidos nesse processo não assumem o papel de replicadores dos textos políticos como quem segue um protocolo pré-determinado e imutável.

Para Ball, Maguire e Braun (2016) existe diferença entre interpretar e traduzir uma política. A interpretação está baseada em uma leitura inicial do texto para se compreender a política. A tradução diz respeito às ações e estratégias que serão desenvolvidas para o desenvolvimento da política na prática.

Em publicação posterior, Ball (1994) acrescentou mais dois contextos na abordagem do Ciclo de Políticas. Com uma preocupação social, o contexto dos resultados ou efeitos considera o impacto da política na sociedade e suas contribuições na busca pela justiça e igualdade. Ball (1994) divide este novo contexto em efeitos gerais e específicos. Quando analisados de forma isolada ou em casos específicos, os efeitos podem se apresentar limitados, assim, as análises de efeitos específicos em políticas locais devem ser tomadas como um início para uma avaliação geral.

O autor também considera que, ao avaliarmos os resultados e efeitos de uma política ou programa e identificarmos mudanças na prática e na estrutura, nos deparamos com efeitos de primeira ordem. Os efeitos de segunda ordem são aqueles que interferem diretamente nas desigualdades sociais, igualdade de acesso e justiça. Muito importante, em uma pesquisa social crítica, o quinto contexto, o da estratégia política, busca a identificação de ações que devam ser desenvolvidas para corrigir as desigualdades que permaneçam ou até mesmo que foram geradas pela política avaliada.

Na conclusão de um de seus artigos sobre a abordagem do Ciclo de Políticas, Mainardes (2006) destaca algumas estratégias para coleta de dados para uma pesquisa que faz uso do Ciclo como base teórica. Assim, destaca, para o contexto de influência, a utilização de pesquisa bibliográfica, entrevistas com formuladores de políticas, representantes de sindicatos, etc.

Para o contexto de análise de textos, destaca a análise de textos e documentos políticos ou, até mesmo, entrevistas com os responsáveis pela escrita desses textos. No contexto da prática, considera fundamental conhecer os locais onde essas políticas são desenvolvidas através de observações, pesquisa etnográfica ou entrevistas com os personagens diretamente envolvidos nesse processo.

Na análise do contexto de efeitos ou resultados, é importante observar dados que tragam informações sobre o público para quem as políticas são feitas, podendo ser dados estatísticos, dados de avaliação, aplicação de testes e entrevistas. Mainardes (2006) adverte que, para uma avaliação relevante e precisa do contexto da estratégia política, é necessário um profundo conhecimento dos contextos anteriores, principalmente o da prática, através de observações prolongadas ou entrevistas que embasem discussões complexas sobre as questões sociais.

Neste trabalho abordamos três dos contextos propostos Ball no Ciclo de Políticas. O contexto da influência, onde abordamos acontecimentos importantes relacionados à promoção de saúde e as discussões sobre o tema no ambiente escolar, que antecederam e

que, a nosso ver, influenciaram a criação de políticas como o Programa Saúde na Escola; o contexto da produção, onde analisamos os textos oficiais que envolvem a adesão e execução do Programa e o contexto da prática, que traz a diferentes formas de interpretação e aplicação da política proposta pelos dirigentes da educação e saúde dos municípios do Médio Sudoeste da Bahia.

3.4 ANÁLISE DOCUMENTAL

Lakatos e Marconi (1991) lembram que o estudo ou análise documental, baseado na análise de documentos escritos ou não, pode ser feito no momento do acontecimento de um determinado fato ou evento, ou posteriormente. Ball (1994) destaca que os textos de políticas sofrem várias influências e sua construção envolve negociações dentro do Estado e do processo de formação. Assim, a análise de documentos de políticas torna-se complexa e demanda uma sensibilidade dos pesquisadores em identificar ideologias, interesses, tensões envolvidas no processo e outros aspectos.

Nesse sentido, concordamos com Shiroma (2005), quando destaca como importante apontamento que devemos utilizar para a análise de documentos de política, o fato destes apresentarem ambiguidades, contradições e omissões que fornecem oportunidades para debates no processo de sua implementação, tornando-se peça importante para uma análise crítica.

Seguindo as afirmações de Pimentel (2001), utilizamos a técnica da análise documental com intuito de extrair dos documentos pesquisados informações e dados relevantes sobre o Programa Saúde na Escola; com base nisso, fazer contextualizações ao longo dos anos e com as realidades socioculturais de cada momento e município, assim como sugerem Sá-Silva *et al.* (2009). Importante ressaltar, assim como Marconi e Lakatos (1999) corroboram, que o levantamento de dados feito através da avaliação documental fornece material que ainda não sofreu nenhum tipo de análise crítica, sendo essa uma atribuição dos autores, que precisam fazer uma leitura e reflexão contextualizada desses dados para que essa seja uma técnica importante para pesquisas qualitativas.

Considerando a importância da análise documental para essa pesquisa, foram avaliados documentos relativos ao Programa Saúde na Escola e à Estratégia Saúde da Família, tais como a Portaria nº 687, de 30 de março de 2006, que cria a Política Nacional de Promoção da Saúde; o Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007 que cria o Programa Saúde na Escola; o Passo a Passo PSE – Programa Saúde na Escola:

tecendo caminhos da intersetorialidade; o Guia de Sugestões de Atividades Semana Saúde na Escola; o Caderno de Atenção Básica Saúde na Escola e o PENSE/Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, além do acesso ao e-SUS, sistema de informação e monitoramento do programa, onde são lançadas todas as informações das ações realizadas por meio de fichas de atividade coletiva e relatórios mensais. Com a análise destes documentos nos aprofundamos nas estratégias do governo relacionadas à associação entre as ações de saúde e as suas discussões no ambiente escolar, além do conhecimento específico dos objetivos do PSE. Este conhecimento prévio foi muito importante para que pudéssemos traçar estratégias para a coleta e interpretação dos dados.

3.5 O LÓCUS E OS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Acreditamos, assim como Ball e Mainardes (2011), que as políticas não devem ser tratadas como um texto fixo e imutável, e sim que podem estar sujeitas a traduções, interpretações e compreensões baseadas em problemas locais ou que existem na prática. Ball *et al.* (1991) ainda consideram que textos políticos podem ser lidos e interpretados de diferentes formas, de acordo com a realidade da prática. Porém, na prática é que percebemos as reais consequências desses textos em diferentes contextos. A compreensão da relação entre o texto da política, a prática e os resultados são fundamentais para a percepção real dos seus impactos. Desta forma, consideramos importante, para uma análise mais ampla, conhecer o desenvolvimento do PSE em diferentes realidades.

A pesquisa foi desenvolvida no Território de Identidade Médio Sudoeste da Bahia, que abrange os municípios de: Caatiba, Firmino Alves, Ibicuí, Iguai, Itambé, Itapetinga, Itarantim, Itororó, Macarani, Maiquinique, Nova Canaã, Potiraguá, Santa Cruz da Vitória. O município de Itapetinga é o polo de referência municipal do Médio Sudoeste, com uma população estimada para o ano de 2015 de 76.184 habitantes. No que diz respeito à questão demográfica, de acordo com o censo do IBGE/2010, a população total deste território era de 247.180 habitantes, onde 194.742 habitantes residiam na área urbana e 52.438 habitantes na zona rural.

Por entendermos a importância da atuação dos dirigentes na tomada de decisões e direcionamento do desenvolvimento das políticas públicas, abordaremos os Dirigentes Municipais de Educação e Saúde dos 13 municípios que fazem parte do Médio Sudoeste. São esses profissionais que devem liderar os grupos de trabalho formados para planejamento e desenvolvimento das ações do Programa e, além disso, também

consideramos peças fundamentais para uma boa relação intersetorial. No quadro 2 destacamos algumas características quantitativas dos estabelecimentos de ensino da Educação Básica nos 13 municípios que compõem o Território do Médio Sudoeste.

Quadro 2 - Dados quantitativos dos estabelecimentos de ensino dos 13 municípios do Médio Sudoeste da Bahia.

Município	Estabelecimentos de Ensino – 2019	Matrículas na Educação Básica - 2019	Docentes da Educação Básica – 2019	IDEB – 2019 A.I – Anos Iniciais A.F – Anos Finais
Caatiba	17	1.420	83	A.I. 5,4 A.F. 4,1
Firmino Alves	7	1.055	83	A.I. 5,0 A.F. 4,9
Ibicuí	18	2.458	166	A.I. 4,9 A.F. 4,0
Iguaí	33	4.622	319	A.I. 4,5 A.F. 2,9
Itambé	35	4.830	194	A.I. 3,4 A.F. 3,1
Itapetinga	42	11.005	344	A.I. 4,7 A.F. 3,4
Itarantim	16	3.272	140	A.I. 4,6 A.F. 2,8
Itororó	26	3.247	163	A.I. 4,4 A.F. 3,7
Macarani	20	3.510	258	A.I. 5,5 A.F. 4,7
Maiquinique	9	2.193	130	A.I. 4,9 A.F. 3,6
Nova Canaã	17	3.092	166	A.I. 3,6 A.F. 3,5
Potiraguá	15	2.033	124	A.I. 4,4 A.F. 3,6
Santa Cruz da Vitória	6	1.213	62	A.I. 4,7 A.F. 4,1

Fonte: Inep

3.6 ELABORAÇÃO E UTILIZAÇÃO DE QUESTIONÁRIOS

Devemos considerar, e aqui concordamos com Yin (2015), que as informações coletadas não devem ser consideradas apenas como um registro mecânico de dados. É importante interpretar esses dados e, sempre que necessário, atentar para as contradições encontradas quando comparadas as diferentes fontes de informação.

No nosso caso, a observação atenta desses dados, fornecidos pelos diferentes dirigentes (Educação e Saúde) dos diferentes municípios do Médio Sudoeste da Bahia, e a relação entre essas informações e as propostas oficiais do Programa Saúde na Escola, que foram avaliadas durante a análise documental, podem indicar as diferentes formas como esses dirigentes leem e interpretam os textos da política, e assim constroem diferentes contextos da prática, o que, conseqüentemente, interfere diretamente no contexto dos resultados e impactos sociais.

Como já destacamos anteriormente, usamos questionários para levantamento de dados junto aos dirigentes de Educação e Saúde dos 13 municípios do território Médio Sudoeste da Bahia, totalizando, assim, 26 questionários. Desse modo, concordamos com Gil (1999), quando destaca que o questionário permite alcançar um grande número de pessoas mesmo que estejam em vários lugares diferentes, considerando a possibilidade de disponibilização deste questionário de forma *on-line*, o que é importante ressaltar, levando em conta que enfrentamos um período de pandemia provocada pela covid-19 e a necessidade de mantermos o afastamento social.

Foram feitos contatos prévios via telefone ou e-mail para esclarecimentos iniciais sobre a pesquisa e, até mesmo, para o direcionamento mais específico àqueles sujeitos que poderiam contribuir efetivamente no levantamento de informações sobre o Programa e, em seguida, como acordado com os dirigentes, os questionários foram enviados e devolvidos respondidos em prazos pré-determinados. Assim, os envolvidos responderam ao questionário no momento em que julgaram mais conveniente, o que entendemos ser positivo para que fossem dadas respostas com maior fidelidade, sem possíveis interferências que um momento inoportuno poderia gerar, além da garantia do anonimato.

Não foram ignoradas, aqui, as possíveis dificuldades com a demora na devolução dos questionários devidamente respondidos, porém, este foi um problema que buscamos contornar seguindo as recomendações de Marconi e Lakatos (1999), quando falam da importância de uma carta que esclareça e traga a importância da contribuição e da facilidade no preenchimento e devolução.

Buscando minimizar ou identificar possíveis problemas com a logística de envio dos questionários e retorno desses respondidos, realizamos um pré-teste. Foram feitos contatos iniciais com 4 dirigentes (2 da Educação e 2 da Saúde) de dois dos municípios que participaram da pesquisa. Após contatos prévios serem feitos, enviamos os questionários *on-line* para cada um deles e, além de responderem às perguntas do questionário, solicitamos a gentileza de nos informarem possíveis dificuldades na

interpretação ou entendimento do que estava sendo solicitado referente ao nosso objeto estudo. Neste pré-teste tivemos o retorno de todos os questionários e em nenhum deles foi relatada nenhuma dificuldade para responder ou interpretar as questões.

Ainda destacando os pontos positivos da utilização de questionários, levantados por Gil (1999), esta foi uma estratégia que envolveu menos gastos e uma economia também de tempo, já que não foram necessárias viagens aos municípios para o contato direto com as pessoas envolvidas, o que ainda seria dificultado pela longa rotina de trabalho de quem está envolvido com a educação e a saúde de um município.

A elaboração do questionário é um momento que deve ser considerado de grande importância, pois é partir das respostas dadas que foram retiradas informações relevantes sobre o problema da pesquisa. Neste momento, afirmam Hill e Hill (1998), deve-se elaborar questões esclarecedoras e que não tragam desconforto ou desanimo o respondente. É importante que o respondente tenha o conhecimento para responder aos questionamentos. Para tanto, o conhecimento obtido sobre o PSE no município de Itapetinga – Ba, durante a construção do artigo “Política Nacional de Saúde na Escola: o município de Itapetinga – Ba em discussão”, como já citamos anteriormente, e a análise dos textos oficiais que envolvem o Programa Saúde na Escola, realizada durante a etapa de análise documental, foi importante base para nos direcionar na elaboração das perguntas.

Para o desenvolvimento de um estudo como esse é importante que o pesquisador conheça bem o seu objeto de estudo, porém, Yin (2015) alerta que, na fase de coleta de dados, deve-se tomar cuidado para que esse conhecimento prévio não projete o pesquisador para a busca de informações que reforcem uma posição já estabelecida e acabar afastando-o de evidências contrárias. Assim, sugere evitar o viés e conduzir a pesquisa de forma ética.

Elaboramos o questionário (Apêndice A) seguindo a proposta da Escala Likert. Afirmativas são apresentadas e o respondente é convidado a emitir o seu grau de concordância com aquela frase. Para isso, ele deve marcar a resposta que mais traduz sua opinião de acordo com a seguinte escala: 1) Concordo Totalmente; 2) Concordo; 3) Discordo Totalmente; 4) Discordo e 5) Sem Opinião. Desta maneira formulamos afirmações direcionadas para o que consideramos como principais pontos sobre o Programa Saúde na Escola, baseados na literatura referente à temática em questão e em nosso conhecimento prévio acerca do Programa, e assim poderemos conhecer a opinião dos dirigentes sobre esses pontos.

Seguindo as orientações do Ofício Circular nº 2/2021 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa com as orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual, o convite para participação na pesquisa foi feito via e-mail, com apenas um destinatário por vez, para que não seja possível a identificação dos convidados por terceiros.

Antecedendo as primeiras perguntas do questionário, foi disponibilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo 1), que deveria ser respondido com o aceite para que o participante tivesse acesso ao questionário. Os dados coletados foram armazenados de forma a assegurar o sigilo e a confidencialidade das informações do participante da pesquisa.

3.7 ANÁLISE DE DADOS

Segundo Fonseca Júnior (2005), a análise de conteúdo tem como característica principal a utilização de técnicas de análises que buscam procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo apresentados pelo que está sendo analisado. Deve-se, assim, seguir, passo a passo, o crescimento quantitativo e as diversas formas qualitativas da pesquisa.

Nesta pesquisa tivemos como principais ferramentas de coleta de dados a análise documental e questionários. Importante considerar a técnica de análise material mais indicada por Minayo (2014), sobretudo em trabalhos qualitativos que envolvam discussões sobre saúde, uma articulação entre a Hermenêutica e Dialética. Buscando o maior entendimento sobre a arte de compreender textos (biografia, narrativa, entrevistas, questionários, documentos, livro, artigos, dentre outros), a autora destaca algumas considerações importantes como, por exemplo, a necessidade de o pesquisador entender que todo discurso sempre expressa um saber partilhado com outros e marcado pela tradição, pela cultura e por toda conjuntura.

Ressalta, ainda, que o investigador não deve buscar nos textos uma verdade, e sim o sentido que o entrevistado, a pessoa que respondeu um questionário ou autor de determinado documento quis expressar. Bardin (1979) traça alguns objetivos e faz alguns destaques quando fala da análise do material levantado durante a pesquisa.

Para a autora, o material recolhido deve dar respostas às hipóteses e aos pressupostos levantados no início do projeto, durante a análise de todo material recolhido em campo ou de forma documental; a leitura deve buscar ultrapassar uma visão mais

imediate, buscando a real compreensão do objeto e destaca, também, a importância da integração das descobertas para o entendimento mais aprofundado da lógica do sistema, dos comportamentos e das relações, e assim ampliar a compreensão de contextos culturais, ultrapassando uma análise baseada na espontaneidade trazida pelo senso comum.

Em seu livro sobre planejamento e métodos de um estudo de caso, Yin (2015) traz 4 estratégias gerais para análise das evidências. A primeira delas é “contar com proposições teóricas” que, possivelmente, influenciaram nos objetivos e projeto do estudo, onde a base teórica escolhida serve como principal norteador para análise dos dados. A segunda é “tratar seus dados a partir do zero” contrastando fortemente com a primeira já que, nesta estratégia, o pesquisador se deixa levar livremente pelos seus dados. A terceira estratégia é “desenvolver a descrição do caso” criando uma estrutura descritiva que organiza a análise dos dados. A quarta estratégia é analisar suas evidências “examinando explicações rivais” e dando destaque às perspectivas contrastantes dos participantes da pesquisa.

Neste contexto, excluindo a segunda estratégia proposta por Yin (2015), utilizamos um pouco de cada uma das propostas. Partimos da primeira delas, utilizamos como principal direcionamento o Ciclo de Políticas proposto por Ball (1994). A análise das políticas feita com a observação dos diferentes contextos em que esta política está inserida foi o ponto de partida para iniciarmos a nossa análise.

Iniciamos, então, pelo Contexto da Influência. Mesmo com a proposta de um ciclo, esse é o contexto que, normalmente, marca o início da construção de uma política. É onde acontecem as articulações políticas que influenciam nas tomadas de decisões. Mainardes (2018) considera importante para a análise deste contexto conhecer a história local, nacional e até mesmo internacional que gira em torno da temática que envolve a política estudada.

Assim, para análise do contexto que, muito provavelmente, influenciou a construção do Programa Saúde na Escola, trouxemos o histórico sobre a construção do conceito de saúde e promoção de saúde, o papel da escola e quando o ambiente escolar começa a aparecer para extensão deste conceito e os acontecimentos políticos ligados a esta temática e que estão diretamente ligados à temática proposta pelo PSE. Esta análise é apresentada no capítulo “O Contexto da Influência: os caminhos da promoção de saúde e do Programa Saúde na Escola (PSE)”.

Já para o Contexto da Produção de Texto, que é considerado como a materialização de toda discussão gerada no Contexto da Influência e que resulta na elaboração dos textos oficiais da política e servem de base para implementação, analisamos o Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro 2007, que institui o Programa Saúde na Escola, e Portarias que foram publicados posteriormente e que envolvem o Programa, assim como outras publicações oficiais que estão diretamente ligadas ao entendimento e aplicação do PSE. Essa análise é apresentada no capítulo “O Contexto da Produção: os textos que direcionam o Programa Saúde na Escola (PSE)”.

A conclusão dessas duas primeiras etapas (análise dos contextos da influência e produção de textos) nos colocou em um patamar de maior conhecimento e entendimento de todo o processo. Esse conhecimento que adquirimos, como já destacado neste nosso trabalho, foi muito importante para traçarmos a estratégia de coleta de dados para o entendimento do próximo contexto, o Contexto da Prática e, além disso, nos fez alcançar um dos nossos objetivos que é identificar os fundamentos e mecanismos do Programa Saúde na Escola como política pública.

O Contexto da Prática reflete a leitura e interpretação dos textos políticos e cada personagem envolvido no processo de implementação desta política poderá fazê-los de diferentes formas, principalmente, se considerarem as realidades sociais, políticas e econômicas em que o local onde esta política será implantada está inserido. Para entendermos bem como esse processo funciona analisamos as respostas dos questionários enviados aos dirigentes municipais.

Para a análise das respostas dadas aos questionários nos aproximamos da terceira sugestão para análise de evidências proposta por Yin (2015) e buscamos desenvolver uma descrição da fase de implementação do Programa Saúde na Escola que se inicia no momento em que os dirigentes municipais se apropriam dos textos oficiais e tomam suas decisões para o desenvolvimento das ações.

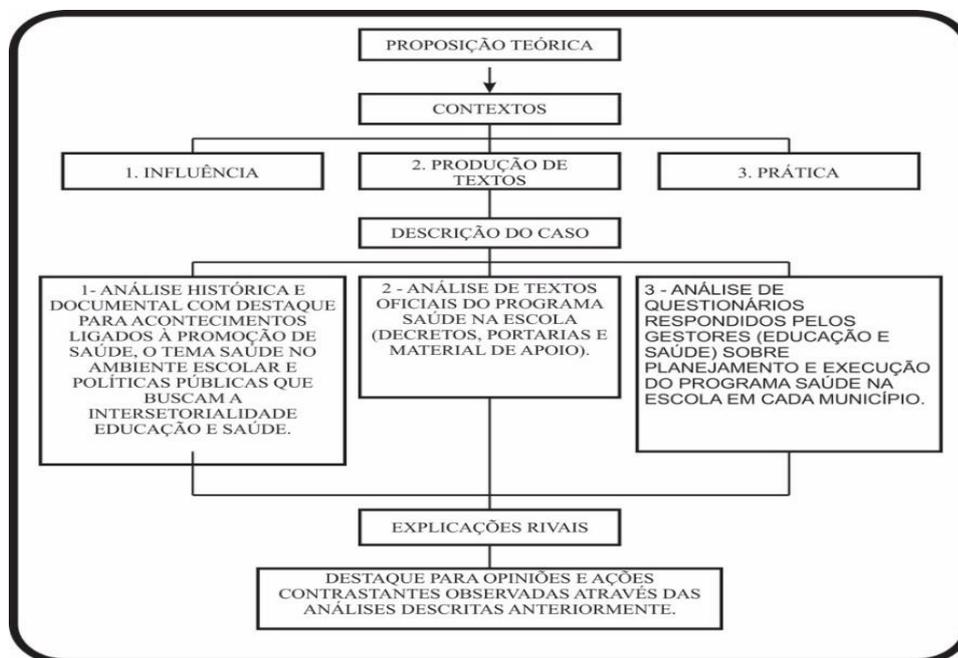
As respostas foram organizadas visando ao entendimento de algumas etapas do processo de implementação: 1- Escolha dos temas pactuados e adequações às realidades e necessidades de cada município; 2 – Material de apoio fornecido pelo governo; 3 – Verba destinada para o desenvolvimento das ações; 4 – Planejamento e acompanhamento das ações; 5 - Treinamento dos servidores municipais que atuarão no desenvolvimento das ações e 6 – Relações intersetoriais entre educação e saúde.

Com essa análise, buscamos entender como o Programa Saúde na Escola - PSE funciona na prática, sob o ponto de vista dos dirigentes municipais e contemplar alguns

dos nossos objetivos propostos no início da pesquisa, evidenciando a percepção dos dirigentes municipais a respeito do PSE, descrevendo as práticas adotadas, caracterizando as estratégias de planejamento e desenvolvimento das ações do Programa e verificando as relações intersetoriais.

Após esta etapa, tivemos em mãos mais um grupo de informações que nos permitiram analisar todas as evidências que levantamos ao longo da pesquisa, seguindo a quarta sugestão de Yin (2015), examinando perspectivas que possam ser contrastantes e refletindo sobre possíveis teorias rivais. Para tanto, voltamos aos nossos pressupostos já apresentados anteriormente aqui neste texto e assim foi possível discutir sobre suas confirmações ou contradições e, finalmente, responder ao nosso problema da pesquisa.

Figura 3 - Processo de análise de dados.



Fonte: Elaborado pelo pesquisador.

Então, o relatório final, que construímos a partir dessas diferentes estratégias de análise dos dados, foi seguindo a Triangulação de Métodos, sugerida por Minayo (2014). Esta é uma forma de investigação que integra a análise das estruturas, dos processos, das relações envolvidas na implementação e ação e a visão construída por diferentes atores. É uma integração entre o objetivo e o subjetivo no processo de pesquisa.

Autores como Jick (1979) e Denzin (1977) destacam a importância da Triangulação de Métodos, pois não acreditam que um método só seja capaz de responder diferentes questões que uma investigação pode trazer. Com a Triangulação é possível

enxergar a realidade por vários ângulos, permitindo aprofundar em uma discussão multidisciplinar.

Denzin (1973) considera a Triangulação como um meio de validação da pesquisa tendo em vista que consiste na combinação e cruzamento de vários métodos, múltiplas técnicas de abordagem e de coleta de dado. Esse uso simultâneo de vários instrumentos durante o desenvolvimento da pesquisa é o que Kirk e Miller (1986) chamam de fidedignidade sincrônica e consideram também um tipo de validação. Abaixo, segue o quadro 3 com a síntese dos objetivos e os processos de coleta e análise de dados.

Quadro 3 - Síntese da estratégia metodológica.

Objetivos específicos	Instrumentos de coleta de dados	Participantes
Identificar fundamentos e mecanismos do Programa Saúde na Escola como política pública.	Análise Documental considerando os Contextos da Influência e produção de Textos propostos por Ball (1994) no Ciclo de Políticas.	Portaria nº 687/2006, cria a Política Nacional de Promoção da Saúde; o Decreto Presidencial nº 6.286/2007, cria o Programa Saúde na Escola; Programa Saúde na Escola: tecendo caminhos da intersetorialidade; o Guia de Sugestões de Atividades Semana Saúde na Escola; Caderno de Atenção Básica Saúde na Escola e o PENSE.
Mapear os dados do Programa Saúde na Escola – PSE dos 13 municípios do Território Médio Sudoeste da Bahia	Análise Documental	Acesso ao e-SUS, sistema de informação e monitoramento do programa, onde são lançadas todas as informações das ações realizadas por meio de fichas de atividade coletiva e relatórios mensais.
Evidenciar a percepção que os dirigentes municipais têm a respeito do Programa Saúde na Escola como política pública.	Entrevistas semiestruturadas.	Dirigentes da Saúde e Dirigentes da Educação dos municípios do Médio Sudoeste da Bahia.
Verificar as dificuldades e/ou facilidades enfrentadas diante da intersetorialidade entre as políticas de saúde e educação necessárias para o desenvolvimento do Programa em cada município.	Análise documental e de questionários considerando o Ciclo de Políticas de Ball (1994).	Textos oficiais e Dirigentes da Saúde e Dirigentes da Educação dos municípios do Médio Sudoeste da Bahia.

Caracterizar as estratégias de planejamento e desenvolvimento das ações do Programa Saúde na Escola – PSE nos municípios do Médio Sudoeste da Bahia.	Análise de questionários considerando o Ciclo de Políticas de Ball (1994).	Dirigentes da Saúde e Dirigentes da Educação dos municípios do Médio Sudoeste da Bahia.
Descrever as práticas adotadas pelos dirigentes municipais no contexto da educação municipal.	Análise de questionários considerando o Ciclo de Políticas de Ball (1994).	Dirigentes da Saúde e Dirigentes da Educação dos municípios do Médio Sudoeste da Bahia.

Fonte: elaborado pelo pesquisador

4 O CONTEXTO DA INFLUÊNCIA: OS CAMINHOS DA PROMOÇÃO DE SAÚDE E DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA

Como já destacamos, o Programa Saúde na Escola é um programa que envolve ações em conjunto entre os setores da educação e da saúde e tem como principais objetivos aproximar a população da assistência à saúde com propostas de ações que busquem a prevenção, promoção e atendimento à saúde no ambiente escolar. Assim, entendemos que fatos que envolvam a prevenção e promoção de saúde e a aproximação entre a saúde e o ambiente escolar que antecederam a criação deste Programa, em maior ou menor escala, exerceram alguma influência na sua idealização e formulação.

Faremos aqui, neste capítulo, uma descrição histórica sobre as discussões envolvendo a promoção de saúde, a inclusão do tema saúde no ambiente escolar, políticas públicas envolvendo a educação e saúde e as tentativas do Estado de aproximar a assistência à saúde da população, com isso conheceremos melhor o contexto no qual o Programa Saúde na Escola foi criado e as influências que direcionaram os discursos de diferentes grupos e elaboração dos seus textos.

Com base nas ideias de Ball *et al.* (1992), Moore (1996) destaca que devemos considerar, quando estamos falando em políticas, sobretudo as que giram em torno da saúde e educação, que são criadas sob a influência de um contexto que envolve economia, cultura, aspectos sociais, políticas mais gerais e, com isso, devem ser analisadas sob uma ótica mais abrangente. Quando desconsideramos essas correlações, ficamos incapazes de perceber os seus reais impactos e efeitos em diferentes esferas. Assim, os contextos históricos podem nos fazer entender os motivos pelos quais uma determinada política pode ter alcançado seu objetivo ou não, se existe necessidade de criação de novas políticas, ou uma mudança na interpretação e desenvolvimento das que já existem.

Boneti (2007) também destaca a importância da “Gênese das políticas públicas”. Para o autor, a criação de políticas públicas deve ser fundamentada em teorias científicas e estar atreladas a um determinado contexto social e estes pontos, em geral, não são determinantes para os agentes definidores de políticas públicas.

Entendemos que o principal objetivo de uma política pública em saúde e educação deve ser a busca pelo estado de bem-estar geral. Deve ser feita por pessoas para pessoas. Assim, já destacava Prunty (1985) quando afirmou que as pessoas não devem ser tratadas como meios para um fim, mas tratadas como fim em seu próprio benefício.

Mainardes e Marcondes (2009), em publicação de entrevista com Stephen Ball, destacam a indicação do entrevistado ao advertir que o contexto da estratégia/ação política está dentro do contexto da influência, e o contexto dos resultados/efeitos de uma política é uma extensão do contexto da prática. Taylor *et al.* (1997) propuseram a análise crítica de políticas por meio da análise de contextos, dos textos políticos e de suas consequências.

Para entendermos o contexto que influenciou a criação e desenvolvimento do Programa Saúde na Escola, falaremos um pouco sobre as mudanças no conceito de saúde e da promoção de saúde, a importância do ambiente escolar na interpretação e difusão desses conceitos e os principais marcos políticos que, de alguma forma, foram importantes para o início da formulação deste Programa.

São dois os conceitos básicos para a promoção de saúde. No primeiro conceito, com filiação na corrente Moderna de Promoção de Saúde, as ações estão voltadas para os indivíduos, seu estilo de vida e ambiente familiar. Assim, os programas estão voltados para possíveis mudanças comportamentais, que o próprio indivíduo teria controle. Praticar atividades físicas, parar de fumar ou adquirir bons hábitos alimentares são exemplos desses comportamentos. Este é considerado o momento conservador da promoção de saúde. Este movimento, com discurso preventista, também conhecido como educação em saúde tradicional, foi representado pelo Relatório Lalonde, produzido em 1974, no Canadá, e dava ênfase às mudanças comportamentais e de estilo de vida na promoção de saúde.

Já o segundo conceito, associado à corrente da Nova Promoção de Saúde, caracteriza a promoção de saúde em um olhar fundamentado no entendimento de que a saúde é resultado de múltiplos fatores, incluindo toda a realidade em que aquela sociedade está inserida. Envolve condições de habitação, saneamento, boas condições de trabalho, dentre outras variáveis que não estão sob o controle direto do indivíduo, estão mais voltadas ao coletivo e ao ambiente. Essa corrente considera a realidade política, econômica e cultural (SUTHERLAND; FULTON, 1992).

Esses dois diferentes discursos sobre o conceito da promoção de saúde e o fortalecimento da corrente da Nova Promoção de Saúde influenciaram diretamente na forma de pensar sobre o tema e na formulação de propostas de ações. Enxergar a saúde com uma visão mais ampla e multifatorial, que vai além da ausência de doença, individualizada e curativa passa a ser o foco principal dos discursos e embasar ações que pudessem beneficiar a população de maneira mais abrangente e eficiente.

Em uma análise cronológica, baseada no trabalho de Cavalcanti *et al.* (2015), na qual discutem sobre ações de educação e saúde no Brasil, percebe-se que a Nova Promoção da Saúde, atrelada à Conferência Alma-Ata, 1978, que destacou a saúde como um direito fundamental para todos e que deve ser acessível a toda sociedade mundial, já trazia reflexões de que o contexto social deveria ser considerado, pois se caracteriza como um fator determinante da saúde.

Assim, a ideia de que, individualmente, as pessoas poderiam ter o total domínio sobre o seu estado de saúde e bem-estar vai sendo ampliada e o seu entorno e contextos social, econômico e político passam a ser considerados como importantes influenciadores na qualidade de vida dos cidadãos.

Os discursos sobre promoção de saúde passam a colocar a população, sobretudo aquelas pessoas menos assistidas econômica, social e culturalmente, como foco principal, alertando para a necessidade de se considerar todo o entorno envolvido para que se pudesse oferecer qualidade de vida e boas condições de saúde física e mental. Qualquer proposta de elaboração de uma política pública que não considerasse a saúde e a promoção de saúde incluindo as questões sociais estaria em desalinhamento com os discursos emergentes da época.

Em 1986, na I Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, foi formulada a Carta de Ottawa que se tornou uma referência no mundo inteiro quando o assunto era Promoção de Saúde e desenvolvimento de ambientes saudáveis. A Carta de Ottawa traz a promoção de saúde como principal pilar para melhorar a qualidade de vida de uma população. Defende que a promoção de saúde é de responsabilidade de múltiplos setores (econômico, social, político, comportamental, biológico e ambiental) e, com isso, sugere a capacitação popular, através da educação em saúde engajada neste processo (WHO, 1986).

Estes e outros documentos definem a saúde como um processo social, no entanto, em conferências internacionais posteriores à de Alma-Ata, tais como, Adelaide, 1988; Sindsvall, 1991; Santafé, 1992; Jacarta, 1997; México, 2000; Bangkok, 2005; Nairobo, 2009 e Helsinque, 2013, ainda foi possível identificar posturas de responsabilização do indivíduo aos problemas de saúde, o que se caracterizou a corrente Moderna de Promoção de Saúde.

De forma gradativa, os discursos embasados nos conceitos da Nova Promoção de Saúde foram tomando força e, com a necessidade de envolvimento de diferentes setores, para a formulação de uma política pública eficiente, o engajamento de diferentes grupos

sociais desde o início do processo aparece, a nosso ver, como de fundamental importância. Com as discussões sobre promoção de saúde acontecendo em vários países, as políticas públicas para atender a essas necessidades passam a sofrer influências internacionais. Um pouco mais adiante, ilustraremos com a Figura 4, de maneira simplificada, as influências e consequências da adoção de um novo conceito de Promoção de Saúde.

Mesmo assim, é fato que, com a ampliação do conceito da promoção de saúde (Nova Promoção de Saúde), no qual os determinantes socioeconômicos são levados em consideração, valorizou-se o contexto em que os indivíduos estão inseridos e, conseqüentemente, despertou-se para a necessidade de um envolvimento político, tendo em vista que transformações sociais são fundamentais. Neste contexto, Pereira *et al.* (2000) destacam que a promoção de saúde deve voltar-se também para criação de ações políticas, direcionadas para o coletivo e não mais em uma perspectiva unicamente biológica e individualizada. Para os mesmos autores, ao tentar explicar os processos de adoecimento é preciso basear-se em três pilares, as ciências biológicas, sociais e estatísticas.

No final do século XIX e início do século XX, o crescimento da bacteriologia teve grande destaque, o que fortaleceu, para Nunes (1999), a medicina organicista, ofuscando as tentativas da Medicina Social e Política que, nesse mesmo período, buscava entender as relações entre o aparecimento de doenças e as questões sociais. Mas, sob a influência das discussões e reformulação do conceito de promoção de saúde, que aconteciam em âmbito mundial, e ganharam força no final do século XX e início do século XXI, os contextos sociais tiveram maior visibilidade e, com isso, veio a necessidade de um envolvimento intersetorial nas ações públicas.

Como destacaram Cavalcante *et al.* (2015), há muito tempo a escola já era utilizada para as discussões sobre saúde, porém, inicialmente, as ações desenvolvidas neste ambiente estavam baseadas no discurso tradicional de saúde, direcionadas às atividades pontuais como palestras, atendimento médico ou vacinação. As estratégias voltadas à saúde não faziam parte do planejamento pedagógico da escola, o bem-estar dos alunos não era visto como uma responsabilidade da educação escolar.

Com o discurso da promoção de saúde sendo reformulado e ganhando cada vez mais importância, aos poucos, o papel e a relevância da escola também foram se destacando e sofrendo influências dos novos conceitos que emergiam. Um documento elaborado na XIV Conferência Mundial em Educação em Saúde destaca que todos os

locais onde a educação fosse desenvolvida seriam espaços ideais para a aplicação das sugestões básicas da Declaração de Alma Ata, 1978, e da Carta de Ottawa, 1986 (BRASIL, 2001). Então, já se percebia que a promoção da saúde deve proporcionar à população as condições necessárias para melhorar e exercer o controle sobre sua saúde, envolvendo paz, educação, moradia, alimentação, renda, ecossistema estável, justiça social e equidade.

Johann Peter Frank, médico alemão, entre o final do século XVIII e início do XIX, criou o *System Einer Vollständigen Medicinischen Politizei*, um guia publicado a partir de 1779 com nove volumes que, além de contemplar a saúde escolar, discutia saúde pública e individual. Para Figueiredo *et al.* (2010), o sistema Frank, como também era conhecido o *System Einer Vollständigen Medicinischen Politizei*, é a origem da política de atenção à saúde escolar, dando o título de pai da saúde escolar a Johann Peter Frank.

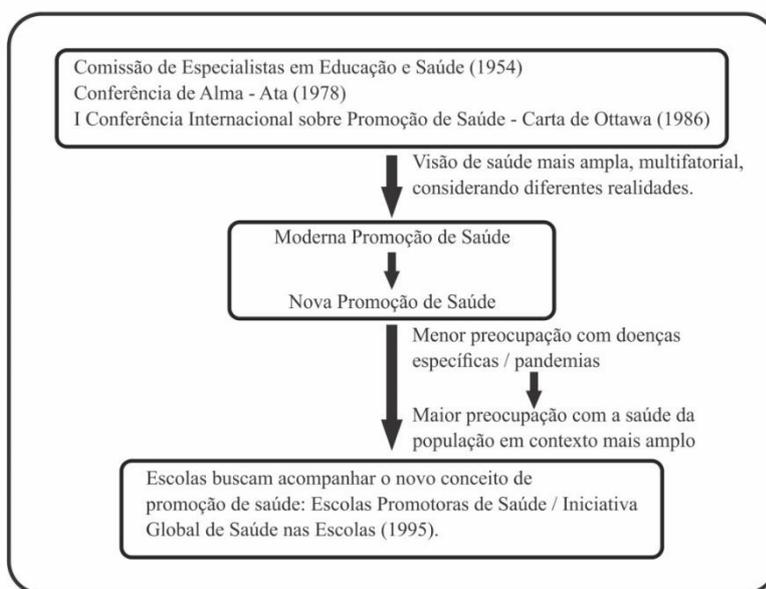
Buscando desconstruir os conceitos e as ações mais individualizadas sobre educação em saúde que, na maioria das vezes, ignoravam a realidade vivida pelos jovens e estavam centradas em ações assistencialistas sem difundir o verdadeiro conceito de saúde e suas interações, em 1954 a Comissão de Especialistas em Educação em Saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS) apontou a importância de se falar em saúde nas escolas, com propostas de atividades que considerassem o real conceito da Promoção de Saúde (OMS, 1954). Consideramos este como um importante marco influenciador para formação de políticas públicas que envolvam ações em conjunto entre os setores da educação e saúde, sobretudo, na busca por promoção de saúde em seu conceito mais amplo.

Para Gomes (2012), as mudanças nos discursos sobre saúde alteraram também as perspectivas do processo ensino-aprendizagem com uma nova forma de pensar a educação e saúde, considerando suas interfaces e diferentes representações de concepções. Das publicações do médico alemão Johan Peter Frank, um dos pioneiros nessa discussão, até as iniciativas atuais, muitos conceitos e ações mudaram, mas o ambiente escolar continua sendo o espaço ideal para prevenção de doenças e promoção da saúde. Para Gavidia (2003), poucos discordariam de que a escola assume um papel de destaque nas ações de promoção da saúde e de educação em saúde, com o intuito de garantir uma formação integral dos alunos. Esse reconhecido protagonismo do ambiente escolar, sem dúvidas, o coloca como importante aliado nas ações que busquem aproximar a população do acesso à saúde e qualidade de vida, influenciando a criação de políticas

públicas como o Programa Saúde na Escola, por exemplo, que tenham como principal estratégia a união de forças destes dois setores.

Importante não perdermos de vista os interesses políticos, sobretudo voltados à economia, que interferem, influenciam e direcionam as políticas públicas a interesses que podem não estar tão visíveis aos olhos da população. As primeiras ações da saúde escolar apresentavam características sanitaristas com desenvolvimento de campanhas específicas para tentar aliviar uma forte crise social que se potencializava com as pandemias relacionadas às precárias condições de vida da população e a ausência de um sistema de saúde pública. Para Santos (2005), essas ações não tinham como principal interesse a preocupação com a saúde da população, mas sim uma preocupação em diminuir a incidência de doenças e, com isso, permitir o progresso das transações comerciais. Desta maneira, à medida que os problemas políticos, econômicos e sociais vão mudando ao longo dos anos, aparece a necessidade de pensar em readequações das estratégias para enfrentá-los.

Figura 4 - Influências e consequências de um novo conceito de Promoção de Saúde



Fonte: Elaborado pelo pesquisador.

No Brasil, em 1986, Roberto Figueira Santos assumiu o Ministério da Saúde no governo do então Presidente José Sarney com o intuito de unificar os sistemas de saúde e aplicar mais recursos na prevenção, com ênfase na imunização, saneamento básico e nutrição. Neste contexto, no mesmo ano, aconteceu a 8ª Conferência Nacional de Saúde,

que foi decisiva na elaboração de um novo sistema de saúde baseado nas discussões sobre três temas principais: ‘A saúde como dever do Estado e direito do cidadão’, ‘A reformulação do Sistema Nacional de Saúde’ e ‘O financiamento setorial’. Pré-Conferências nos Estados e Municípios discutiram, antecipadamente, os temas e despertaram o interesse da sociedade, um dos motivos para que a 8ª Conferência tenha tido a participação popular, diferentemente do que normalmente acontecia, onde as discussões eram restritas aos políticos e especialistas, dentro dos Ministérios.

Destacamos, aqui, a 8ª Conferência Nacional de Saúde como um importante marco nacional que se destacou, dentre outros motivos, por envolver a população nas discussões para formulação de políticas públicas, pois, a influência do discurso daqueles grupos que devem ser os principais beneficiados pelas políticas direciona as ações para as reais necessidades da população.

A participação popular, dando uma visão mais ampla aos debates, certamente, influenciou na adoção de um conceito mais amplo de saúde, considerando condições de alimentação, educação, renda, moradia, meio ambiente, atividades profissionais, lazer, transporte e acesso ao serviço de saúde. O relatório final da 8ª Conferência também aprovou a integralização das ações e o fortalecimento dos municípios, mas, o seu principal legado foi a definição da necessidade de criação de um sistema único de saúde, coordenado por um só ministério e desatrelado da previdência. Foi o pontapé inicial e decisivo para a criação do Sistema Único de Saúde.

O relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde foi considerado durante a elaboração do projeto da Constituição de 1988, que insere a saúde no Sistema de Seguridade Social, junto à previdência e assistência social (BRESSAN, 2008). Com isso, a participação popular, que teve importante influência na elaboração do relatório final da Conferência, continuou e, mesmo que indiretamente, continua influenciando em decisões políticas posteriores envolvendo a saúde e todos os contextos envolvidos.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é instituído no Brasil na década de 1990 em um momento de crise do setor da saúde no país. Crise essa que se caracterizava, dentre outras coisas, pela desarticulação entre os múltiplos setores que interferiam na saúde e, assim, dificultava a criação de estratégias que atendessem à maioria da população. A desarticulação setorial, se estiver acompanhada de uma individualização das atividades, certamente, dificultará o alcance de objetivos mais amplos e consistentes. Contudo, para o sucesso do SUS, Mano (2004), já alertava para a necessidade de se respeitar os princípios da universalidade, equidade e descentralização.

Com pensamento semelhante, Alves (2005) afirma que, mesmo diante da grande importância e do destaque na política de saúde dos anos 1990, o SUS não foi capaz de suprir todas as expectativas que foram geradas com essa conquista legal. Com a sua descentralização pode-se perceber o quanto são complexas as relações intergovernamentais na criação e implementação de políticas de saúde que, na maioria das vezes, são propostas pelo Governo Federal que induzem à participação de estados e municípios, mediante as transferências de recursos caso a adesão seja feita (ARRETCHE, 2003).

Buscando resgatar os verdadeiros princípios desse Sistema, em 1994, foi criado o Programa Saúde da Família (PSF), com intuito de reorganizar a atenção básica com uma concepção atrelada à Nova Promoção de Saúde, voltada para qualidade de vida e considerando as diversas realidades da população brasileira. Assim, autores como Assis (2002), Santos (2005) e Carvalho (2005) classificam o PSF como um Programa que atende toda família de forma integral e continuada, promovendo saúde, visando à prevenção, além da recuperação e, principalmente, considerando o ambiente físico e social. O PSF, como veremos um pouco mais adiante, se tornará um importante elo entre as ações da saúde e as propostas do Programa Saúde na Escola, tendo, assim, uma importante influência na sua idealização e desenvolvimento.

O Sistema Único de Saúde e, posteriormente, o Programa Saúde da Família surgem com intuito de reforçar o discurso da necessidade de aproximar a saúde e a população, considerando as especificidades de cada realidade. Levar saúde à população além das ações curativas e considerando os múltiplos fatores que influenciam nesse processo é reflexo das discussões e da consolidação do conceito da Nova Promoção de Saúde e sua relação com o social.

A promoção de saúde sendo tratada em seu sentido mais amplo, considerando todas as suas variantes, é algo bastante complexo e que exige esforço e interação de profissionais de múltiplas áreas. Neste sentido, anos após a instalação do SUS e do PSF, Coutinho *et al.* (2008) avaliam que toda exigência necessária para se promover saúde com eficiência gera uma sobrecarga às políticas públicas, por demandar grande número de ações, procedimentos e serviços de saúde, e isso se torna ainda maior quando se busca a integralidade do indivíduo e sua família.

Nessa perspectiva, atrelar a promoção de saúde às ações desenvolvidas no ambiente escolar, como já ressaltamos, aparece como uma significativa estratégia governamental. Em 1995, a Organização Pan-Americana da Saúde lançou a proposta das

Escolas Promotoras de Saúde (EPS) na América, como um desdobramento do movimento da promoção de saúde, promovendo uma discussão de saúde na escola mais voltada para a saúde integral, fugindo do paradigma tradicional (OPS/OMS, 1998).

A ideia é desenvolver um trabalho permanente em políticas públicas saudáveis com três pontos principais de intervenção nas escolas e comunidades: educação em saúde; provisão de serviços de saúde; e criar, organizar e manter ambientes favoráveis à saúde. Assim, as escolas com atuações que contemplem as áreas de ambiente saudável, ofertas de serviços de saúde e educação em saúde são consideradas EPS e passam a ser divulgadas com o apoio de organismos internacionais. Este conceito se baseia na Carta de Ottawa e pressupõe que cabe à EPS o estímulo a estilos de vida saudável em toda comunidade escolar.

Com o discurso da importância da união entre a busca por promoção de saúde e qualidade de vida e o ambiente escolar tomando cada vez mais força por diversos países, destacamos esses marcos históricos como importantes influenciadores na idealização de políticas públicas que oficializem e proponham ações coordenadas e planejadas entre os setores da educação e saúde, assim como se caracteriza o Programa Saúde na Escola.

No sentido de reforçar esta intersectorialidade, buscando obter gradativamente os melhores resultados nessa relação educação e saúde, surgem outros marcos legais ao longo da história, que antecederam e, ao nosso entendimento, influenciaram nas ideias do PSE.

Ainda em 1995, a Organização Mundial de Saúde reuniu especialistas para debaterem sobre as ações que envolvessem saúde nas escolas, buscando fortalecer e deixar essas ações mais eficientes. Daí surgiu a Iniciativa Global de Saúde nas Escolas (WHO, 1996). Este movimento reforça um conjunto de elementos que devem ser considerados por uma escola que busque a promoção de saúde: considerar a saúde como uma interação dos determinantes físicos, psíquicos, socioculturais e ambientais; desenvolver uma visão crítica da saúde; promover ambientes saudáveis; e incentivar a atuação de toda comunidade escolar em projetos de educação em saúde.

Em seguida, no Brasil, com a aprovação da Lei de Diretrizes e Bases (LDB) da Educação Nacional, no ano de 1996, o tema promoção de saúde foi incluído na educação em nosso país, definindo bases para o planejamento e a organização da matriz curricular, mesmo não apresentando claramente o tema saúde na escola, a promoção da saúde é referência para tratar com temas relacionados (BRASIL, 1996).

Rocha *et al.* (2002) relacionam diretamente os Parâmetros Curriculares com o discurso das Escolas Promotoras de Saúde – EPS. Para os autores, existe uma preocupação em dar voz ativa à população na mudança de seu ambiente para refletir positivamente na qualidade de vida, mesmo conscientes de esta não é uma proposta das mais fáceis de serem alcançadas.

Falar de saúde no ambiente escolar começa a ter a influência mais direta dos profissionais da educação. É fundamental que a experiência e o conhecimento desse grupo de profissionais sejam considerados no momento de se pensar ações integradas entre os dois setores. As dificuldades na implantação do tema saúde no currículo escolar mostra que este grupo ainda não tinha consolidado o discurso da Nova Promoção de Saúde e que ainda seria necessária a apropriação maior deste conceito.

Além disso, é importante ressaltarmos, como destacou Santos (2005), que, assim como na saúde, a educação também tem os seus caminhos influenciados pelos interesses econômicos e políticos, que estavam voltados para atender ao capitalismo. Portanto, não podemos desconsiderar que qualquer proposta de ação a ser desenvolvida nas escolas públicas do Brasil esbarraria em uma escola com dificuldades materiais e até mesmo pedagógicas, que enfrenta cortes de recursos e sobrecarga dos seus profissionais. As investidas estatais, como as relativas à educação e saúde, devem ter o suporte necessário para que as escolas consigam desenvolvê-las, caso contrário, serão apenas meros objetos de manobras político-partidárias.

Nos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN), a avaliação da situação do ensino de saúde nas escolas considerou este tema como ainda predominantemente centrado nos seus aspectos biológicos, mesmo sendo um dos temas transversais, ou seja, deveria ser abordado por todas as disciplinas escolares do currículo do Ensino Fundamental. Os conteúdos eram trabalhados dentro da disciplina Ciências Naturais, por meio de uma abordagem focada na transmissão de informações sobre doenças, seus ciclos, sintomas e profilaxias.

Observando as versões da Base Nacional Comum Curricular (BNCC) é possível perceber que a saúde é discutida em uma vertente reducionista. Na versão homologada, publicada em 2017, que não engloba o Ensino Médio, o texto estimula que os estudantes se conheçam e cuidem da saúde física e emocional, sendo responsáveis pelo autocuidado. Para o Ensino Médio, as versões da BNCC indicam que as Ciências da Natureza (Biologia, Química e Física) têm forte ligação com a saúde, que está associada ao autoconhecimento, cuidados com a saúde física e emocional, compreendendo-se na

diversidade humana e reconhecendo suas emoções e as dos outros com autocrítica e capacidade para lidar com elas.

Para o Ensino Fundamental, a BNCC propõe alguns temas contemporâneos e a Saúde é um deles. A saúde é abordada em Ciências da Natureza, com foco na saúde sexual e reprodutiva, e Educação Física, trazendo a atividade física como importante aliado a uma vida saudável e ao bem-estar. Alguns temas associados também são abordados na BNCC. Destacamos aqui Educação para o Consumo; Trabalho; Educação Ambiental; Educação Financeira e Fiscal; Ciência e Tecnologia; Direitos das Crianças e dos Adolescentes; Diversidade Cultural; Educação em Direitos Humanos; Educação para o Trânsito; Educação das Relações Étnico-Raciais e Ensino de História e Cultura Afro-Brasileira, Africana e Indígena; Vida Familiar e Social; Educação Alimentar e Nutricional e Processo de Envelhecimento, Respeito e Valorização do Idoso.

A inclusão da educação popular em saúde como área técnica do Ministério da Saúde, segundo Vieira *et al.* (2016), é considerada um marco para o Programa Saúde na Escola, pois reafirma o discurso da necessidade de definição de um espaço formalizado para integração entre as práticas desenvolvidas por outras áreas do Ministério e que são propícias ao tema saúde na escola.

A Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013, em seu Art. 1º, institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde com a intenção de efetivar a participação popular no SUS, propondo uma prática político-pedagógica com ações voltadas para promoção, proteção e recuperação da saúde, valorizando os conhecimentos populares e incentivando a promoção de conhecimento (BRASIL, 2013).

Com a reestruturação do Ministério da Saúde, em 2003, foi criada a Secretaria de Vigilância em Saúde onde se instalou a Coordenação-Geral de Agravos e Doenças não Transmissíveis e Promoção de Saúde (CGDANT), cujo principal objetivo é desenvolver ações de promoção de saúde, vigilância e prevenção das doenças não transmissíveis, fortalecendo estratégias intersetoriais para melhorar a qualidade de vida da população (BRASIL, 2007).

Com o claro caráter transversal das questões relacionadas à promoção de saúde, fica explícita a necessidade de criação de estratégias que integrem diferentes setores, entre eles o da educação e saúde. Nesta altura, já existiam diferentes ações voltadas à promoção de saúde que eram desenvolvidas nas escolas, como, por exemplo, o Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE), que teve início em 2004, voltado para redução da

vulnerabilidade de adolescentes e jovens às DST/HIV/Aids, como alguns outros já citados nesse texto e que estavam em diferentes graus de implementação e desenvolvidos por diferentes esferas do governo.

Cavalcanti *et al.* (2015) destacam que as tendências políticas e econômicas do setor da saúde influenciaram também o setor da educação, contudo, acreditam que muitos dos programas desenvolvidos ainda não conseguiam quebrar a barreira do discurso biomédico, centrado na cura de doenças e que, na prática, ainda não consideravam os múltiplos fatores que envolvem a saúde em seu conceito mais amplo.

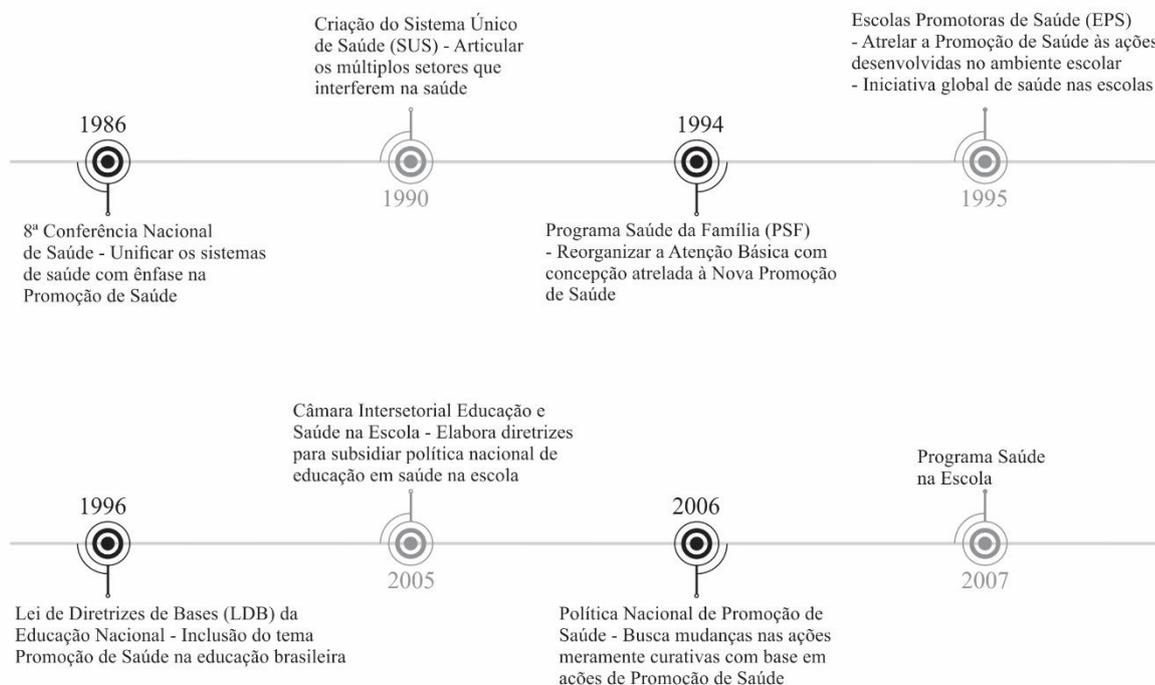
Assim, “considerando a necessidade de estabelecer parâmetros conjuntos sobre as ações de promoção da saúde no âmbito escolar” e “considerando a necessidade de articulação institucional entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação para ações de saúde no ambiente escolar”, a Portaria Interministerial nº 749, de 2005, em seu Art. 1º, constitui a Câmara Intersetorial Educação em Saúde na Escola com a atribuição de elaborar diretrizes para subsidiar uma Política Nacional de Educação em Saúde na Escola e, com isso, desenvolver, de forma organizada e bem debatida, as ações que deveriam ser implantadas no território nacional (BRASIL, 2005). A Câmara Intersetorial Educação em Saúde reforça o discurso do potencial alcance de ações que sejam desenvolvidas a partir da interação entre educação e saúde.

Fortalecendo a amplitude conceitual e importância da promoção de saúde, e de acordo com as diretrizes do SUS, em 2006, foi aprovada a Política Nacional de Promoção de Saúde (PNPS), através da Portaria MS/GM nº 687, a qual destaca que, para o alcance da saúde e qualidade de vida, é necessário buscar soluções para problemas como “[...] violência, desemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização inadequada, má qualidade do ar e da água” (BRASIL, 2006).

Gomes (2009) considera a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) importante na busca de avanços e mudanças nas ações meramente curativas e individuais, por intermédio de ações de promoção de saúde, destacando a importância na forma de organização dos serviços. Vale destacar que nem sempre é possível seguir e alcançar o que é proposto pelos programas e políticas voltadas à promoção de saúde, sobretudo quando levamos em consideração que o entendimento do conceito saúde é sensível às realidades sociais, políticas e econômicas de cada período. Para tanto, a PNPS destaca a importância das ações públicas intersetoriais, o que fortalece e amplia o alcance das

políticas públicas aos determinantes sociais e, conseqüentemente, se tornam mais eficientes.

Figura 5 - Linha do tempo – Interdisciplinaridade Educação e Saúde (Principais marcos).



Com esse levantamento histórico podemos perceber que o discurso da política do Programa Saúde na Escola, em maior ou menor escala, sofreu influências de um crescente processo, em vários países, que se inicia desde uma mudança conceitual de promoção de saúde, passando pela necessidade de se ofertar saúde além das ações curativas, pela preocupação social e com os diferentes contextos em que cada população está inserida. O fortalecimento do ambiente escolar como um importante espaço para se falar de saúde e como aliado na aproximação com a comunidade também deve ser considerado marco relevante na emersão de políticas públicas desta natureza.

Somados a esses fatos, Cavalcanti *et al.* (2015) destacavam que, mesmo após 20 anos de sua criação, o Programa Saúde da Família (PSF), hoje conhecido como Estratégia Saúde da Família (ESF), ainda não tinha conseguido melhorar, significativamente, os serviços da atenção básica à saúde, devido à precarização dos recursos materiais, físicos e humanos. Destacam, ainda, que esta deficiência na atenção primária aumenta a procura pelos serviços dos níveis secundários e terciários.

Foi sob este contexto que se estabeleceu a relação entre o PSF/ESF e o Programa Saúde na Escola (PSE). O PSE aparece com um discurso inovador, com a proposta de romper com o caráter assistencialista e aplicar o modelo atualizado da promoção de saúde no ambiente escolar apostando na intersectorialidade.

Consideramos que o Programa Saúde na Escola surge como uma tentativa de aprimoramento na relação intersectorial entre a saúde, que passou por um processo de reestruturação com a criação do SUS e o PSF, e a educação, que passou a adotar oficialmente, no Brasil, o tema saúde na sua base curricular. Essas ações intersectoriais foram se fortalecendo como passar dos anos, por meio de outras políticas públicas citadas ao longo deste capítulo, que antecederam a criação do PSE.

Foi sob a influência destes contextos e discursos que programas como o Programa Saúde na Escola foram elaborados, com o intuito de preencher brechas ainda existentes para que a promoção de saúde seja discutida de forma ampla, com engajamento e trabalho em conjunto de diferentes setores, e com isso ser possível alcançar o amplo objetivo de dar qualidade de vida à população.

Os programas elaborados sob a perspectiva da Nova Promoção de Saúde apresentam um direcionamento diferenciado quando comparado aos desenvolvidos baseados em outras correntes, mesmo assim, diante das dificuldades enfrentadas ao longo das ações, é necessário atentar para a importância da realização do monitoramento e da avaliação de tais programas para averiguar se, realmente, representam o que é proposto.

5 O CONTEXTO DA PRODUÇÃO: OS TEXTOS QUE DIRECIONAM O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA – PSE

Após falarmos sobre os acontecimentos e influências que levaram à idealização do Programa Saúde na Escola, neste capítulo falaremos sobre a materialização desta política e os textos que foram elaborados com o intuito de normatizar as suas ações e propostas ao longo dos anos.

Como já destacamos anteriormente, o Contexto da Produção é a materialização da política, é o resultado das discussões que foram geradas a partir do entendimento da necessidade de sua criação e considerando todo o Contexto da Influência. Os textos políticos são os caminhos oficiais que devem ser tomados como base para a implementação e aplicação de uma política.

É importante destacarmos que, assim como apresentado no Ciclo de Políticas, os textos políticos não são a garantia de que uma determinada política será executada de maneira rígida e igualmente conduzida em qualquer que seja a situação. Os textos políticos são lidos e interpretados pelos diferentes personagens envolvidos no desenvolvimento de suas atividades e, por sua vez, sofrem a influência das diferentes realidades locais.

Trabalhos como os de Silva e Badstein (2016), Silva e Baptista (2015) e Gomes (2012) mostram a preocupação com a saúde das crianças e jovens, principalmente, quando exerce influências sobre o aprendizado nas escolas. Trabalhos como os desses autores destacam a importância de se identificar problemas como esse, mas, sobretudo, se antecipar a eles.

Fontenele *et al.* (2017) trazem, para o contexto da criação do texto do Programa Saúde na Escola, a influência de inúmeras solicitações por parte do setor da educação para atendimento de crianças que apresentavam dificuldades de aprendizado devido a problemas de saúde, com isso, surge a necessidade de um acompanhamento constante dos escolares. Somados a essa necessidade, os conceitos da Nova Promoção de Saúde apareciam como um forte discurso, desde a década de 1990, conduzindo a elaboração de políticas públicas que não focassem na medicalização, mas em proporcionar boas condições de saúde e qualidade de vida em um constante acompanhamento.

Para análise deste Contexto consideramos o Decreto nº 6.286/2007, que institui o Programa Saúde na Escola, Portarias que foram publicados posteriormente e que

envolvem o Programa, assim como outros textos secundários (subsídios, orientações, manuais, diretrizes) que estão diretamente ligados ao entendimento e aplicação do PSE.

O decreto nº 6.286 de 5 de dezembro de 2007 é o texto que oficializa e o ponto de partida para o PSE. Este decreto é o primeiro texto Federal que indica as intenções e responsabilidades no desenvolvimento e aplicação desta política, por isso, aqui faremos alguns destaques e considerações sobre este documento.

O Programa tem como base cinco componentes: avaliação das condições de saúde das crianças, adolescentes e jovens das escolas públicas; promoção da saúde e ações de prevenção de doenças e de agravos à saúde; educação continuada e capacitação dos profissionais da educação e da saúde e de jovens; monitoramento e avaliação da saúde dos estudantes; monitoramento e avaliação do programa (BRASIL, 2011).

De acordo com seu Art. 1º, o PSE tem como finalidade contribuir na formação de estudantes da rede pública da educação básica a partir de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde (BRASIL, 2007). Assim, as ações a serem desenvolvidas pelo Programa devem abordar a proteção à saúde desde problemas mais específicos e predeterminados a contextualizações mais amplas, considerando a realidade social, cultural e econômica, tratando a saúde como algo bem mais completo, que deve ir além do atendimento das demandas dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e prevenção de doenças.

Desta maneira, o texto desta política, sofrendo a influência da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e do momento de crise do setor da saúde, busca a articulação entre os diferentes setores da administração pública para que possam desenvolver ações que atendam às demandas da população de forma mais ampla e eficiente.

O PSE busca estreitar as distâncias e fortalecer a relação entre os setores da Saúde e da Educação, com o intuito de se aproximar da sociedade e tornar mais eficientes as ações que vinham sendo desenvolvidas separadamente por esses setores.

Discutimos, no capítulo 4, sobre o contexto da influência, como as necessidades sociais e os interesses políticos e econômicos influenciaram os discursos conceituais sobre saúde e aproximaram este setor ao da educação, fortalecendo o discurso da intersetorialidade.

Contudo, para Cavalvanti *et al.* (2005), um debate qualificado sobre o assunto, e até mesmo o preparo estrutural, não aconteceu de maneira satisfatória, antecedendo a elaboração dos textos políticos. Para os autores, é fundamental um debate aprofundado, que não acontece, antes da materialização intersetorialidade.

Se observarmos os problemas sociais que figuram em nossa rotina, como a violência, as desigualdades ou o consumo de drogas, por exemplo, nos referindo à articulação entre educação e saúde para promoção de saúde, percebemos quanto jovens e adolescentes estão expostos e vulneráveis a esses problemas, o que reforça a necessidade de desenvolver ações de prevenção e promoção de saúde no ambiente escolar.

A ideia de educar para a saúde em seu sentido mais amplo, indo além da identificação e tratamento de doenças, buscando englobar prevenção, atenção e promoção da saúde, em um trabalho conjunto entre os setores da educação e saúde, aparece nos objetivos do PSE apresentados no Art. 2º e já destacado neste trabalho.

O Art. 3º constitui o PSE como uma estratégia de integração e articulação entre os setores de educação e saúde a ser desenvolvida pelas equipes de saúde da família e educação básica e também com a participação da comunidade escolar. Nas diretrizes apresentadas no § 1º podemos perceber a intenção em tratar a saúde com a complexidade que o tema exige, considerando a importância e necessidade de um trabalho integrado com a educação, o contexto e a realidade de cada comunidade e as diferenças sociais, autonomia para tomada de decisões, destacando a necessidade de, além da intersetorialidade entre educação e saúde, discutir e educar para saúde de forma interdisciplinar e permanente.

No entanto, a literatura alerta para os persistentes obstáculos ao desenvolvimento de ações entre os setores da educação e saúde. Mesmo com textos políticos escritos propondo ações convergentes, Eberhardt e Reis (2011) alertam para a materialização desses textos com a tendência da particularização da problemática, contribuindo para o desenvolvimento de estratégias individualizadas e reforçando a medicalização dos problemas educacionais.

Para o PSE, é importante considerar que cada população possui características e culturas diferentes e as práticas em saúde na escola devem considerar esses contextos, respeitando o saber popular e o formal na construção de propostas que façam sentido para os integrantes da comunidade escolar e para os profissionais de saúde (BRASIL, 2007).

Para colocar em prática esta proposta, é importante que as escolas elaborem ações que sejam convergentes com as necessidades locais. Porém, Silva, Caballero e Ceccim (2010) pontuam a dificuldade em resistir às propostas já estabelecidas e apenas reproduzi-las, ao invés de investir em ações inovadoras.

De acordo com o Art. 3º, § 1º, são diretrizes para implementação do PSE:

- I - descentralização e respeito à autonomia federativa;
- II - integração e articulação das redes públicas de ensino e de saúde;
- III - territorialidade;
- IV - interdisciplinaridade e intersetorialidade;
- V - integralidade;
- VI - cuidado ao longo do tempo;
- VII - controle social; e
- VIII - monitoramento e avaliação permanentes (BRASIL, 2007).

Para que o PSE seja implementado, Estados e Municípios devem formalizar a adesão aos objetivos e diretrizes destacados no decreto com assinatura de um Termo de Compromisso. A partir de então, para o planejamento das ações, indica-se que sejam considerados os seguintes pontos: I – o contexto escolar e social; II – o diagnóstico local em saúde do escolar; e III – a capacidade operativa em saúde do escolar (BRASIL, 2007).

Ao analisar esses pontos fica clara a necessidade de adaptação das ações desenvolvidas durante a execução do Programa ao contexto e realidades das escolas e sistema de saúde de cada município, sendo importante, então, que os atores envolvidos nesse processo, sobretudo os seus dirigentes, tenham sensibilidade na interpretação do que propõe os textos oficiais e, posteriormente, no desenvolvimento das ações.

Um ano antes da implantação do Programa Saúde na Escola, Papoula (2006), já alertava para algumas dificuldades enfrentadas pelos municípios ao implementarem políticas sociais com propostas inovadoras que envolvem a necessidade de ações intersetoriais e destacou a resistência a mudanças nos modelos de serviço vinda dos profissionais envolvidos.

O PSE exige responsabilidades intersetoriais que são determinadas com a adesão dos municípios ao programa. Cada município tem um Termo de Compromisso assinado entre as Secretarias Municipais de Saúde e Educação, no qual os dirigentes assumem um conjunto de metas a serem desenvolvidas anualmente com a parceria entre Equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e as escolas do território de responsabilidade. Para o desenvolvimento das ações e cumprimento das metas, recomenda-se a formação de um Grupo de Trabalho com agentes da ESF e escolas municipais, que serão monitoradas através do Sistema Integrado de Monitoramento Execução e Controle (SIMEC) (BRASIL, 2007; 2008; 2011). O SIMEC é um portal do Ministério da Educação que permite que os dirigentes acompanhem o desenvolvimento dos Planos de Ações Articuladas em cada município. Desta forma, é necessário que o sistema seja alimentado durante o desenvolvimento do Programa pelos profissionais envolvidos no processo.

Em seu Art. 4º, o decreto que institui o PSE destaca que as ações desenvolvidas pelo Programa deverão considerar a atenção, promoção, prevenção e assistência à saúde e estar articuladas com as diretrizes do SUS. Em parágrafo único determina que as Equipes de Saúde da Família devem realizar visitas periódicas e permanentes às escolas participantes do Programa para avaliação da saúde do estudante e atendimento ao longo do período letivo. O mesmo artigo ainda traz as seguintes sugestões de ações:

- I - avaliação clínica;
- II - avaliação nutricional;
- III - promoção da alimentação saudável;
- IV - avaliação oftalmológica;
- V - avaliação da saúde e higiene bucal;
- VI - avaliação auditiva;
- VII - avaliação psicossocial;
- VIII - atualização e controle do calendário vacinal;
- IX - redução da morbimortalidade por acidentes e violências;
- X - prevenção e redução do consumo do álcool;
- XI - prevenção do uso de drogas;
- XII - promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva;
- XIII - controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer;
- XIV - educação permanente em saúde;
- XV - atividade física e saúde;
- XVI - promoção da cultura da prevenção no âmbito escolar; e
- XVII - inclusão das temáticas de educação em saúde no projeto político pedagógico das escolas (BRASIL, 2007).

Cabe destacar, após observação das ações sugeridas, que existe preocupação em ampliar a atenção aos beneficiários do PSE, buscando uma aproximação do conceito mais amplo de saúde e bem-estar. Sem se esquecer da importância do diagnóstico e acompanhamento, o texto também sugere ações que se aproximam da promoção de saúde e busca por hábitos de vida mais saudáveis. Lembrando que essas são sugestões que podem ou não ser desenvolvidas em cada município e que também podem ser executadas de diferentes maneiras, inclusive com maior ou menor envolvimento com as questões locais, o que, novamente, traz a importância da interpretação do texto político pelos atores envolvidos.

A falta de clareza sobre a base conceitual da promoção de saúde é um problema apresentado por Cavalcanti *et al.* (2015) após análise dos textos políticos que dão suporte técnico e legal ao PSE, principalmente o Decreto nº 6.286/2007 e o Caderno de Atenção Básica Saúde na Escola de 2009. Para os autores, esses textos não apresentam claramente a promoção de saúde como define a Organização Mundial de Saúde (OMS), como um processo que deve capacitar a comunidade, atuando na melhoria da qualidade de vida e

saúde e participando no controle desse processo. Assim, acabam apresentando a promoção de saúde com uma interpretação mais reducionista.

As ações como estão sugeridas por esse documento legal podem induzir à realização atividades individualizadas, sem a conexão com as realidades sociais e suas desigualdades, com campanhas que acontecem esporadicamente, palestras e oficinas que não alcançam as propostas da OMS.

Para a execução do PSE é importante destacarmos a necessidade da intersetorialidade e do trabalho em conjunto entre os setores da educação e saúde para planejamento e implementação das ações e, ainda, investir na formação dos profissionais de ambos os setores para a atuação junto às demandas do Programa. Além desses destaques, o Art. 5º traz a preocupação em estabelecer indicadores para avaliação das atividades desenvolvidas e estabelecimento de metas. O referido artigo traz, também, que, para a execução do PSE, compete aos Ministérios da Saúde e Educação, em conjunto:

- I - promover, respeitadas as competências próprias de cada Ministério, a articulação entre as Secretarias Estaduais e Municipais de Educação e o SUS;
- II - subsidiar o planejamento integrado das ações do PSE nos Municípios entre o SUS e o sistema de ensino público, no nível da educação básica;
- III - subsidiar a formulação das propostas de formação dos profissionais de saúde e da educação básica para implementação das ações do PSE;
- IV - apoiar os dirigentes estaduais e municipais na articulação, planejamento e implementação das ações do PSE;
- V - estabelecer, em parceria com as entidades e associações representativas dos Secretários Estaduais e Municipais de Saúde e de Educação os indicadores de avaliação do PSE; e
- VI - definir as prioridades e metas de atendimento do PSE (BRASIL, 2007).

É importante, então, que esses Ministérios disponibilizem o apoio necessário para o desenvolvimento do Programa, acompanhe suas ações com parâmetros de avaliação pré-determinados e que, principalmente, qualifique os profissionais envolvidos para que possam, da melhor forma possível, atender às demandas do PSE e alcançar os objetivos.

Trabalhos como o de Bronzo (2010) e o de Arkeman *et al.* (2014) alertam para a gestão da intersetorialidade e os cuidados para que a responsabilidade do seu desenvolvimento fique sobre os ombros dos profissionais envolvidos neste processo. Para isso, Inojosa (2001) já destacava a importância da mudança de paradigmas, proporcionando uma nova maneira de pensar as complexas demandas sociais. Para este autor, um projeto político transformador só acontece com o alcance da intersetorialidade na gestão pública, seja na elaboração dos textos políticos ou na sua aplicabilidade, aproximando os diferentes atores sociais e a estrutura governamental.

A formação profissional, se ainda voltada para o discurso da especialidade, caracteriza-se como um fator que dificulta a intersectorialidade, pois acaba limitando a prática profissional às atividades restritas às suas áreas de atuação. Considerando a esfera municipal, Andrade (2004) atribui aos dirigentes a responsabilidade de proporcionar o desenvolvimento de práticas e saberes intersectoriais ainda mais difíceis de serem implantadas com a sobrecarga de trabalho, realidade dos profissionais dos setores da educação e saúde, destacando, ainda, a importância de serem preconizadas e realizadas também na esfera nacional.

O art. 5º, § 1º atribui a responsabilidade ao Ministério da Educação sobre o fornecimento do material necessário para a implementação do PSE, deixando claro que a aquisição do material dependerá da disponibilidade orçamentária e, assim, não garante o recurso financeiro para as necessidades do Programa, o que poderá ser um fator limitante para o desenvolvimento das atividades e alcance das metas.

Ainda sobre as verbas para implementação e desenvolvimento do PSE e a dependência das dotações orçamentárias o decreto traz: “Art. 7º Correrão à conta das dotações orçamentárias destinadas à sua cobertura, consignadas distintamente aos Ministérios da Saúde e da Educação, as despesas de cada qual para a execução dos respectivos encargos no PSE”. (BRASIL, 2007)

Avaliando o decreto que oficializa e institui o PSE, destacamos que o referido texto foi escrito com o intuito de contemplar a complexidade que envolve os cuidados com a saúde e a sua significativa relação com o processo educacional de uma sociedade, sobretudo, buscando alcançar um público-alvo ainda no início deste processo, certamente com a intenção de consolidar hábitos e ações que serão levadas até a vida adulta.

A atuação do setor da saúde comumente aparece em maior destaque como principal responsável pelo acompanhamento da população, no que diz respeito ao atendimento e tratamento de doenças já instaladas. Com a proposta do Programa Saúde na Escola é importante que as vozes do setor da educação também apareçam e tenham sua importância e destaque. Para Fontenete *et al.* (2017), emerge o fato de que a escola não deve aparecer, apenas, como um espaço para o desenvolvimento de ações planejadas pelo setor da saúde. A escola deve ter voz presente e ativa no planejamento e execução das ações.

Seguindo as discussões encontradas em trabalhos como os de Faria *et al.* (2013), Closs *et al.* (2013), Silva e Rodrigues (2010), não podemos negar o caráter diferenciado e inovador no que diz respeito à política de saúde escolar. Com a proposta do PSE, rompe-

se com o caráter unicamente assistencialista e direciona-se o trabalho para a promoção de saúde, dando ênfase à intersetorialidade como o eixo principal das ações. No entanto, é possível observar, nos trabalhos citados anteriormente, que a atenção básica ainda segue com a precarização de seus serviços, seja no que diz respeito aos recursos materiais ou humanos.

A discussão que queremos trazer aqui é a de que o texto político sozinho não garante a execução ideal ou o sucesso da política. Além da necessidade de uma interpretação dentro do que propõe o texto e da adequação à realidade local, é importante que se garanta o suporte necessário para a execução. As demandas financeiras, de materiais de apoio e de formação profissional, se não forem atendidas, podem limitar o alcance das propostas.

O texto do decreto mostra preocupação com a contextualização das ações até mesmo durante o planejamento, destacando a importância de se considerar a realidade de cada município, suas características sociais, culturais, educacionais e demandas do setor da saúde. Destaca a necessidade da intersetorialidade, propondo um trabalho em conjunto, com a participação da comunidade escolar, equipes da educação básica e agentes de saúde da família, considerando as demandas do SUS, o que consideramos como um diferencial desse Programa tendo em vista que, somente com o planejamento e atuação de uma equipe multiprofissional, será possível alcançar demandas tão importantes em uma sociedade, no entanto, é fundamental que se tenha o apoio e suporte necessário para o desenvolvimento adequado do que está proposto.

Não percebemos a presença das vozes dos estudantes e suas famílias, como representantes da comunidade escolar na elaboração dos textos oficiais ou, até mesmo, no planejamento e execução das ações do Programa. A ausência deste grupo social também é destacada por Fontenele *et al.* (2017) em trabalho com dirigentes do Programa Saúde na Escola do Rio de Janeiro. Para os envolvidos nesta pesquisa, entender o protagonismo dos alunos ajuda a melhorar o olhar sobre o cuidar, por isso consideram uma falha não promover a mobilização de lideranças estudantis e sua participação no planejamento e tomada de decisões.

Diante da análise documental realizada, consideramos importante que as fontes apresentem uma maior clareza sobre a compreensão da promoção de saúde com a amplitude proposta pela OMS e que esta compreensão alcance todos os atores envolvidos no processo igualmente. Diferentes interpretações prejudicam o alcance do Programa. Um exemplo disso é apresentado por Graciano (2014), quando relata que os profissionais

que atuam no PSE, quando não têm o domínio sobre a compreensão do que é a promoção de saúde, tendem a desenvolver trabalhos mais próximos da visão reducionista e destacado da realidade, diminuindo o impacto e se distanciando dos verdadeiros objetivos do Programa.

Closs *et al.* (2013) destacam que, para as ações do PSE terem sucesso, é fundamental a articulação entre diferentes serviços e setores, para que assim consigam potencializar o cuidado às crianças e adolescentes, juntamente com o importante apoio das famílias. O autor também acredita que o grande desafio é ampliar o comprometimento do sistema de saúde com esta proposta de atuação, o que requer das equipes competências para o trabalho interdisciplinar e coletivo.

Faria *et al.* (2013) concluem que é preciso que o PSE seja implantado como política pública de forma consistente, sendo o objetivo principal superar as práticas isoladas e constituir novas formas de trabalho conjunto de modo intersetorial. Para tanto, segundo os autores, a interação entre as lideranças terá que ser mais do que apenas encontros esporádicos e promover ações que sejam mais significativas do que as iniciativas voluntárias em nível local. Destaca-se, então, a importância da participação ativa dos dirigentes municipais na formulação de novos modelos de promoção da saúde na escola.

Contudo, é importante considerarmos que a ausência de recursos financeiros, não garantidos por esse decreto, poderia ser um fator limitante para o alcance dos objetivos e encaminhamentos diante das diretrizes propostas, seja para aquisição de material e equipamentos de suporte ou para treinamento e formação adequada dos profissionais que atuarão diretamente no processo.

Preenchendo a lacuna deixada pelo decreto que institui o PSE, no que diz respeito aos recursos financeiros, a Portaria nº 1.861, de 4 de setembro de 2008, estabelece recursos financeiros pela adesão ao PSE para municípios com equipes de Saúde da Família, priorizados a partir do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB), que aderirem ao Programa (BRASIL, 2008).

Assim, a Portaria nº 1.861/2008, em seu Art. 1º inclui, no Componente Variável do Bloco de Financiamento da Atenção Básica, os recursos financeiros referentes à adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE):

I - os recursos financeiros referentes à adesão ao PSE destinam-se à implantação do conjunto de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, realizadas pelas Equipes de Saúde da Família (ESF) de forma articulada com

a rede de educação pública básica e em conformidade aos princípios e diretrizes do SUS, conforme descrito no art. 4º do Decreto nº 6.286, de 2007;

II - os recursos financeiros referentes ao PSE serão pagos a partir da adesão do Município ao Programa, em parcela única, no último trimestre de cada ano, com base no número de ESF cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), conforme a portaria que estabelece o cronograma de envio da base de dados do SCNES que geraram transferência de incentivos financeiros ao Município (BRASIL, 2008).

O Art. 2º estabelece os critérios para que os municípios estejam aptos a aderir ao PSE e, conseqüentemente, tenham direito ao recebimento dos recursos financeiros:

I - Municípios com Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) menor ou igual a 2,69 nos anos iniciais do ensino fundamental e que tenham 100% de cobertura populacional por Equipes Saúde da Família;

II - Municípios com os 20 menores IDEB abaixo da média nacional nos anos iniciais do ensino fundamental e que tenham 100% de cobertura em cada Estado; e

III - Municípios que possuam em seu território escolas participantes do programa Mais Educação, considerando somente as escolas especificadas nesse programa (BRASIL, 2008).

Condicionar a adesão ao Programa e até mesmo o direito ao recebimento dos recursos financeiros ao IDEB era uma postura que, no mínimo, mereceria uma reflexão mais cuidadosa. Pimentel, Oliveira e Jesus (2020), em trabalho que avaliam os resultados do IDEB em municípios baianos, destacam que este indicador não reflete, por si só, méritos ou insucessos dos municípios e que não pode ser considerado como o principal responsável pela qualidade da educação. Assim, alertam para a necessidade de analisar com maior cuidado os seus valores concedidos e, principalmente, as discrepâncias dos dados nos municípios baianos.

Além disso, quando consideramos os objetivos do PSE com uma visão mais ampla e considerando a complexidade do conceito de Promoção de Saúde, percebemos que as escolas públicas e seus contextos possuem necessidades que vão além do que pode ser mensurado através do IDEB. Bons resultados referentes ao desenvolvimento escolar nem sempre caminham juntos da situação social e econômica de uma população.

Vale ressaltar que, em 2013, a Portaria nº 1.413 redefiniu as regras e critérios para adesão ao PSE e colocou todos os municípios e o Distrito Federal aptos a assinarem o Termo de Compromisso e desenvolverem as ações do Programa. Com essa redefinição, 87,4% dos municípios brasileiros aderiram ao PSE, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013).

Voltando a falar sobre a Portaria nº 1.861/2008 e sobre as demandas exigidas para a adesão dos municípios destacamos, no Art. 3º, as seguintes:

III - Cabe ao Grupo de Trabalho Intersetorial elaborar o Projeto do PSE, em que deverá constar:

- a) Diagnóstico situacional que compreenda questões referentes a determinantes sociais, cenário epidemiológico e modalidades de ensino das escolas que estão no espectro de atuação das ESF que atuarão no PSE;
- b) Mapeamento da Rede SUS de AB/SF e da Rede de Escolas - Federal, Estadual e Municipal criando espaços comuns, os territórios de responsabilidade;
- c) Atribuições das ESF e das Escolas em cada um dos territórios de responsabilidade, quantificando o número de escolas, de alunos de cada escola e as questões prioritárias do perfil desses alunos, bem como definindo responsáveis das áreas da saúde e da educação pelo seguimento do projeto dentro de cada território;
- d) Identificação de cada instituição de ensino atendida pelo Programa Saúde na Escola com definição do professor responsável pela articulação das ações de prevenção e promoção da saúde na escola; e
- e) Programação das atividades do PSE que deverão ser incluídas no projeto político-pedagógico de cada uma das escolas (BRASIL, 2008).

Aqui é possível perceber a importância do Grupo de Trabalho Intersetorial, que deve ser formado por profissionais de múltiplas áreas e que precisarão atuar de maneira integrada entre os setores da educação e saúde, para que se consiga identificar as necessidades e particularidades de cada realidade e, assim, definir ações apropriadas e que possam efetivamente alcançar os objetivos do Programa ao serem desenvolvidas nas escolas. Cabe ao Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTI) a gestão do recurso financeiro do PSE.

Os Art. 5º e 6º definem que os recursos financeiros serão transferidos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Municípios e do Distrito Federal e que corram por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho - Piso de Atenção Básica Variável - Saúde da Família (BRASIL, 2008). Essas portarias são renovadas anualmente, atualizando a lista de municípios que se enquadram nas exigências e têm o direito ao recebimento do recurso financeiro.

A Portaria Interministerial nº 1.910, de 8 de agosto de 2011, define o Termo de Compromisso Municipal a ser celebrado entre as Secretarias Municipais de Saúde e Educação, formalizando as metas das ações de prevenção, promoção e atenção à saúde dos escolares, nos seus territórios de responsabilidades, para fins de transferência dos recursos financeiros e materiais do Programa Saúde na Escola (PSE) (BRASIL, 2011).

Nesta Portaria, a Cláusula Segunda, que trata do repasse do recurso financeiro, estabelece:

A transferência do recurso financeiro se efetivará por meio de repasse fundo a fundo na modalidade PAB variável, compondo o Bloco de Financiamento da Atenção Básica do Pacto pela Saúde.

§ 1º O valor total do recurso financeiro corresponde a uma parcela extra do incentivo mensal das Equipes de Saúde de Família que atuam no Programa Saúde na Escola (PSE).

§ 2º 70% do valor total do recurso financeiro do Programa Saúde na Escola (PSE) será pago a partir da assinatura do Termo de Compromisso Municipal do Programa Saúde na Escola (PSE). Os 30% restantes do valor total do recurso financeiro serão pagos após o cumprimento de 70% das metas municipais pactuadas.

§ 3º Os Municípios que atingirem 70% das metas pactuadas, no prazo de 12 meses da data de assinatura do Termo de Compromisso Municipal, estarão aptos à formalização de novo Termo para o próximo exercício.

§ 4º Os Municípios que não atingirem os 70% das metas pactuadas, no prazo de 12 meses da data de assinatura do Termo de Compromisso Municipal, perderão os 30% do total do incentivo financeiro.

I. Os Municípios estarão aptos à formalização de novo Termo de Compromisso Municipal quando atingirem 70% das metas pactuadas (BRASIL,2011).

Assim, os municípios que receberem parte do recurso (70%) só receberão o restante com a conclusão de, no mínimo, 70% das metas pactuadas em um prazo de 12 meses, além disso, só estarão aptos a renovar o Termo de Compromisso quando alcançarem este mesmo percentual (BRASIL, 2011). A continuidade do Programa no município fica atrelada à conclusão do que foi pactuado para o ano vigente, trazendo a necessidade de os dirigentes acompanharem o desenvolvimento das ações do Programa, além do empenho e responsabilidade dos Grupos de Trabalho Intersectoriais Municipais e demais profissionais envolvidos no processo.

A Cláusula Terceira da Portaria nº 1.910 define:

[...] os Parâmetros Essenciais de cobertura das ações de prevenção, promoção e atenção à saúde dos escolares do Programa Saúde na Escola (PSE), sendo eles: 500 escolares/ano por Equipe de Saúde da Família para as ações do Componente I - Avaliação Clínica e Psicossocial e 1000 escolares/ano ou 100% dos escolares em caso inferior a 1000 escolares no Município, por Equipe de Saúde da Família, para as ações do Componente II - Promoção e Prevenção à saúde.

§ 1º o parâmetro mínimo será calculado a partir da informação do Município do número de Equipes da Saúde da Família que irão atuar na implementação das ações do Programa Saúde na Escola (PSE).

§ 2º as metas anuais pactuadas pelos Municípios deverão ser iguais ou maiores ao parâmetro mínimo calculado (BRASIL, 2011).

Em 1 de março de 2012, a Portaria nº 357 institui a Semana Anual de Mobilização Saúde na Escola (Semana Saúde na Escola) e seu respectivo incentivo financeiro. Como destaca o Art. 4º, as ações durante a Semana Saúde na Escola são contabilizadas para o cumprimento das metas pactuadas no momento da assinatura do Termo de Compromisso

do Programa Saúde na Escola. A adesão à Semana Saúde na Escola, como afirma o art. 2º, é permitida aos municípios que tenham concluído o processo de pactuação com o Programa Saúde na Escola (BRASIL, 2012).

Sobre o incentivo financeiro, o Art. 3º da Portaria nº 357 estabelece:

Fica instituído incentivo financeiro destinado aos entes federados que aderirem à Semana Saúde na Escola, no valor de 1/12 (um doze avos) da parcela mensal repassada às Equipes de Saúde da Família (ESF) que atuarão na execução na Semana Saúde na Escola.

§ 1º Para fins do cálculo do incentivo instituído no "caput", os entes federados beneficiários deverão informar o número que ESF que atuarão na Semana Saúde na Escola, por meio do Sistema de Monitoramento e Avaliação do PSE.

§ 2º O repasse do incentivo ficará condicionado ao registro das ações realizadas durante a Semana Saúde na Escola junto ao Sistema de Avaliação e Monitoramento do PSE, o qual deverá ser realizado no período de até 60 dias após o término da Semana Saúde na Escola.

§ 3º A transferência do incentivo financeiro instituído no "caput" será efetivada por meio de repasse Fundo a Fundo (BRASIL, 2012).

Para o ano de 2012, ano de início das atividades da Semana Saúde na Escola e de publicação desta portaria, o valor do incentivo financeiro foi de R\$ 558,30 por Equipe de Saúde da Família (ESF) participante. Buscando uma avaliação sobre a importância e o impacto dessa quantia para o desenvolvimento das atividades desse evento deve-se considerar, por exemplo, que os membros das ESF e demais participantes das ações da Semana Saúde na Escola, pelo menos em sua maioria, já são funcionários dos municípios, ficando essa verba destinada à compra ou confecção de materiais que serão utilizados, deslocamento, suporte logístico, etc.

Importante considerarmos também as diferentes realidades econômicas dos municípios participantes. O que queremos destacar é que, ao mesmo tempo em que esse valor pode ser significativamente útil para o desenvolvimento das ações da Semana em alguns municípios, noutros, com outras realidades, essa quantia poderá ser um fator limitante ou pouco expressivo.

Aqui convidamos para uma reflexão. A maioria das Portarias que normatizam e conduzem o PSE foram emitidas pelo Ministério da Saúde e estão direcionadas aos recursos financeiros, que, mesmo diante de tanta preocupação, ainda podem se caracterizar insuficientes e aparecerem como um fator limitante. Esse domínio da atuação do Ministério da Saúde, com ênfase nas questões financeiras, deixa falhas no conteúdo das Portarias, no que se refere a uma definição mais clara do discurso da Nova Promoção de Saúde, podendo induzir dirigentes e demais atores deste processo a manter a

predominância assistencialista, com enfoque no modelo biológico que influencia o setor da saúde, assim como demonstrou Brandão (2014).

Para dar início à execução das metas pactuadas para o PSE, acontece anualmente a Semana Saúde na Escola, trazendo um tema central a ser debatido. Também anualmente, os Ministérios da Saúde e Educação publicam um Guia de Sugestão de Atividades para a Semana Saúde na Escola. De acordo com o documento, a intenção é fornecer um material orientador para todos os envolvidos no PSE.

O Guia de Sugestões publicado para a Semana Saúde na Escola, renovado e distribuído anualmente, destaca que o objetivo principal deste evento é dar início a uma mobilização temática prioritária de saúde que deverá ser trabalhada ao longo do ano letivo nas escolas. Seus objetivos específicos visam:

- a. Fortalecer ações prioritárias de política de governo, no âmbito da Saúde e da Educação.
- b. Socializar as ações e os compromissos do Programa Saúde na Escola (PSE) nos territórios.
- c. Fortalecer os Sistemas de Monitoramento e Avaliação do PSE (E-SUS/Simec) como sistemas de informação, de gestão, de monitoramento e de avaliação do PSE e da saúde dos educandos.
- d. Incentivar a integração e a articulação das redes de educação e atenção básica.
- e. Fortalecer a comunicação entre escolas e equipes de Atenção Básica.
- f. Socializar as ações desenvolvidas pelas escolas.
- g. Fomentar o envolvimento da comunidade escolar e de parcerias locais.
- h. Mobilizar as Redes de Atenção à Saúde para as ações do PSE (BRASIL, 2012).

Ainda com a intenção de orientar os Estados e Municípios na adesão e desenvolvimento do PSE, o Governo Federal publica orientações que podem nortear os dirigentes e demais envolvidos em seu desenvolvimento. Nestes documentos, além de sugestões de atividades, podemos encontrar informações sobre o histórico e as diretrizes do Programa. Como exemplo podemos citar o “Passo a Passo para Adesão”, que traz instruções de como acessar o site e aderir ao Programa, e “Passo a Passo PSE”. Esses guias também são publicados com periodicidade anual ou, no máximo, a cada dois anos.

O Passo a Passo PSE traz propostas de ações divididas em três componentes. O Componente I é o de Avaliação Clínica e Psicossocial, o qual propõe para os educandos: avaliação antropométrica; atualização do calendário vacinal; detecção precoce de hipertensão arterial sistêmica (HAS); detecção precoce de agravos de saúde

negligenciados; avaliação oftalmológica; avaliação auditiva; avaliação nutricional; avaliação da saúde bucal e avaliação psicossocial (BRASIL, 2011).

Assim, as ações do Componente I buscam informações sobre o crescimento e desenvolvimento dos alunos, sua saúde física e mental. Com isso, aproxima a comunidade escolar, jovens e adolescentes e suas famílias dos atendimentos e avaliações que, normalmente, só seriam alcançadas nas Unidades de Básicas de Saúde. Como os casos que requerem mais cuidados são encaminhados para um atendimento especializado, busca-se criar uma rotina de acompanhamento e visitas às Unidades de Saúde.

O Componente II é o da Promoção e Prevenção à Saúde. De acordo com o documento, a intenção é dar oportunidade aos educandos, de forma gradativa, de ter o controle sobre alguns determinantes sociais que podem interferir na saúde e qualidade de vida. Os temas destacados são:

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

Sendo o Componente II o da Promoção e Prevenção à Saúde e considerando os destaques apresentados anteriormente, mais uma vez percebemos que o texto não reflete claramente os discursos de marcos importantes como os apresentados pela Organização Mundial de Saúde, construída a partir da Carta de Otawa, e pela Política Nacional de Promoção de Saúde (PNPS), por exemplo.

O PNPS representa uma grande influência na história de criação do SUS. Quando as propostas apresentadas nos textos políticos do Programa Saúde na Escola não expõem, de maneira clara, o que é proposto pelo PNPS, corre-se o risco de perder a essência de um discurso que foi construído ao longo dos anos, durante debates que aconteceram por todo o mundo.

Desta forma, pode contribuir para que as ações propostas por esse Programa, com intenções inovadoras, sejam planejadas como uma repetição de um discurso já ultrapassado, que não possibilita promover as condições necessárias para que as comunidades se transformem efetivamente, reduzindo vulnerabilidades, gerando

qualidade de vida e, o mais importante, considerando todos os fatores que influenciam e condicionam essas mudanças.

A Formação é a base do Componente III. Neste componente, a preocupação é a preparação dos dirigentes e demais componentes das equipes de educação e saúde que atuam no PSE. Para tanto, são propostas as seguintes ações:

- Planejamento, monitoramento e avaliação do PSE, no qual o público-alvo são os integrantes da saúde e educação que compõem os Grupos de Trabalhos Intersetoriais (GTIs);
- Avaliação das condições de saúde, de promoção da saúde e prevenção a riscos e agravos à saúde, no qual o público-alvo são os profissionais das equipes de Saúde da Família, profissionais das unidades de saúde, profissionais das escolas e jovens educandos (BRASIL, 2011).

Reforçando a ideia da importância do trabalho em conjunto e intersetorial, o Passo a Passo PSE destaca a proposta de gestão e coordenação das atividades por meio dos Grupos de Trabalho Intersetoriais (GTI). A proposta busca uma gestão compartilhada para que se consiga, de maneira eficiente, alcançar as necessidades locais; assim, profissionais da saúde e educação debatem sobre o planejamento e execução das atividades, buscando o atendimento da população e, sobretudo, a aproximação da comunidade local ao suporte do SUS (BRASIL, 2011).

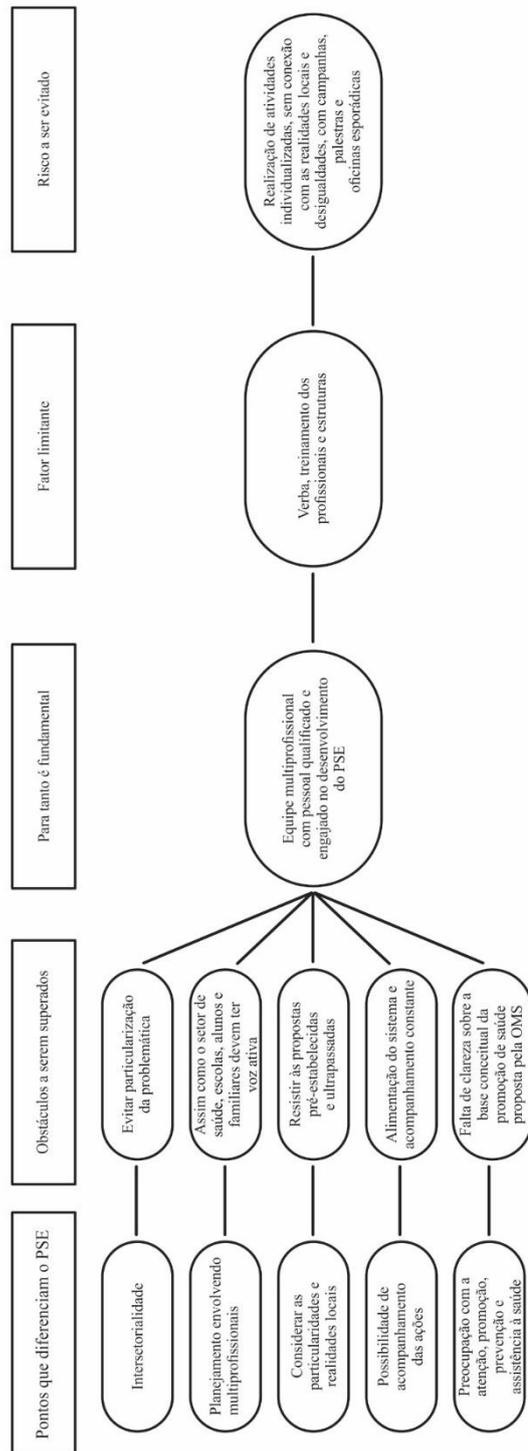
Para tanto são formados três GTI, o Federal, o Estadual e o Municipal. Ao GTI Federal compete a articulação entre as Secretarias Estaduais e Municipais de Educação com o SUS; subsidiar o planejamento integrado das ações do PSE entre o SUS e o sistema de ensino público, além de subsidiar também a formulação de propostas para preparação permanente dos profissionais da saúde e da educação para que possam implementar e atuar nas ações do Programa; apoiar os dirigentes Estaduais e Municipais e definir e acompanhar o desenvolvimento das prioridades e metas de atendimento do PSE.

Assim, como ao GTI Federal, cabe também ao GTI Estadual o suporte às ações integradas entre as instituições de ensino municipais e o SUS, a preparação e apoio permanente aos profissionais que atuam no Programa. É o GTI Estadual que define as estratégias específicas para o planejamento e implementação das ações no âmbito municipal, apoiando os dirigentes municipais nas articulações necessárias.

O GTI Estadual também deve garantir que aqueles estudantes que foram identificados com alguma necessidade durante as ações do PSE sejam acompanhados pela rede de saúde, além de acompanhar e contribuir na avaliação das ações do Programa e, principalmente, compartilhar as experiências positivas.

Ao GTI Municipal cabe, principalmente, garantir a aplicação dos princípios e das diretrizes do PSE, definir as instituições de ensino a serem atendidas considerando as especificidades de cada município, como, por exemplo, áreas mais vulneráveis, abrangência das Unidades Básicas de Saúde e o número de equipes de saúde da Família, e organizar para que os temas pactuados sejam incorporados ao projeto político-pedagógico das escolas. É também responsabilidade dos GTI Municipais algumas demandas técnicas como a assinatura do Termo de Compromisso, que deve ser feita pelos Dirigentes Municipais de Saúde e Educação, garantir o preenchimento do Sistema de Monitoramento (SIMEC) e realizar a distribuição de materiais enviados pelo Ministério da Educação.

Figura 6 - Fluxograma resumido do PSE – Baseado na análise dos seus textos oficiais



Tendo como base as definições propostas por Roland Barthes e considerando o estilo do texto principal e também dos textos secundários que direcionam o Programa Saúde na Escola, classificamo-los como predominantemente *wriferly*, ou seja, são textos que permitem àquele que o interpreta uma participação ativa e criativa na execução da proposta. Oposto ao estilo *readerly*, que limita a intervenção do leitor/intérprete, o modelo *wriferly* possibilita a adequação do texto a diferentes realidades e contextos,

adaptando as ações para que tenham maior alcance e efetividade o que, ao nosso ver, é uma qualidade, mas que exige um conhecimento aprofundado dos conceitos que baseiam a proposta, para que se evite a reprodução de estratégias já realizadas e que não obtiveram o sucesso desejado.

Os textos políticos que direcionam o Programa Saúde na Escola constroem a estrutura que busca desenvolver ações que aumentem o alcance da assistência em saúde e que a promovam em seu aspecto mais amplo. Seguindo os caminhos traçados pelo seu contexto da influência, deveria buscar tratar a saúde considerando as características estruturais, econômicas e sociais de cada localidade, assim como a importância de munir as pessoas de conhecimento sobre a adoção e manutenção de hábitos saudáveis e das responsabilidades que o Estado tem em oferecer o suporte necessário para que isso seja possível. A nosso ver, os textos apresentados ainda precisam de adequações que apropriem os seus leitores (executores) do conceito de promoção de saúde defendido pela OMS e PNPS para que, com isso, sejam executados em concordância com o caráter inovador e diferenciado que conduziu a sua elaboração.

Os textos desta política são acessíveis e, em linhas gerais, de fácil compreensão da sua proposta baseada na ampliação da assistência à saúde, prevenção e promoção, e do trabalho em conjunto dos setores da educação e saúde. Contudo, consideramos de suma importância que, principalmente, o conceito de promoção de saúde seja trabalhado seguindo o que foi construindo ao longo do tempo, em consonância com as agendas globais que passaram a influenciar políticas públicas como o Programa Saúde na Escola.

Escrito por uma elite política, sob a influência de dirigentes do alto escalão preocupados em atender demandas, principalmente, da saúde e destinado aos atores envolvidos na execução do Programa (dirigentes municipais e funcionários da educação e saúde), com destaque para esses dirigentes, não identificamos nos textos a presença da população beneficiada durante a elaboração. A participação ativa dessa população no desenvolvimento do Programa depende muito de como o seu planejamento é feito em cada município, da interpretação dos seus executores em relação a algo que não fica explícito: a importância da participação popular em todas as etapas de desenvolvimento do Programa.

Outra inconsistência relevante está no contraste entre a importância das ações intersetoriais, presentes fortemente nos textos, e a falta de suporte técnico, estrutural e financeiro para sua execução que, por sua vez, não estão garantidos. A intersetorialidade é um dos pilares deste Programa, e seu diferencial; desse modo, é necessário que os

multiprofissionais envolvidos neste processo entendam essa necessidade e que, sobretudo, tenham condições de realizá-la, sem sobreposição de funções, com o treinamento apropriado, aporte financeiro e sem precarização do seu trabalho garantidos na proposta oficial.

Com destaque para as ações intersetoriais entre a saúde e a educação, o PSE busca unir forças e aproximar a população do SUS, no intuito de reafirmar, entre os estudantes da educação básica e suas famílias, a importância do tripé formado pela promoção, prevenção e assistência à saúde.

Seguindo uma avaliação baseada no Ciclo de Políticas, percebemos a influência do contexto histórico que envolve a criação do PSE e como foi significativo para a construção dos textos oficiais, embasando uma política pública com potencial de influenciar positivamente na vida da população. Contudo, destacamos a importância de uma maior clareza dos textos oficiais no que diz respeito ao entendimento das bases e influências que conduziram essa política, para possibilitar a interpretação adequada pelos atores que fazem parte da aplicação deste Programa. Os textos são os mesmos, porém, interpretados por pessoas, contextos e realidades diferentes, sendo esse um fator também importante para o sucesso de qualquer política pública.

6 O CONTEXTO DA PRÁTICA: COMO OS DIRIGENTES MUNICIPAIS INTERPRETAM AS PROPOSTAS DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA

Agora, que já analisamos o surgimento do Programa Saúde na Escola (PSE) desde as discussões sobre a promoção de saúde até materialização dos textos políticos que norteiam o Programa, convidamos para conhecermos melhor a forma como o PSE é vista e conduzida pelos dirigentes que estão à frente das pastas (Secretaria de Educação e Saúde), responsáveis por colocar em prática o que é proposto pelos textos políticos.

Dentre os 26 dirigentes (13 da educação e 13 da saúde) que fazem parte da administração dos municípios do Médio Sudoeste da Bahia, participaram desta pesquisa 21 (12 da educação e 9 da saúde). Destes, 14 do sexo feminino e 7 do masculino, com idades que variaram entre 28 e 56 anos. Apenas 1 dos dirigentes não possui ensino superior, tendo concluído o ensino médio. Dos 20 dirigentes com nível superior completo, 8 são pós-graduados (2 doutorados, 1 mestrado e 5 especializações).

Relembrando discussões que já fizemos em seções anteriores, destacamos que o desenvolvimento de uma política pública depende muito dos atores envolvidos nesse processo. Considerando o Ciclo de Políticas, o contexto da prática é direcionado pelos textos oficiais, mas isso não quer dizer que, independentemente de onde seja aplicada, o seu desenvolvimento seja igual.

Aqui é importante que conheçamos como os envolvidos no desenvolvimento das políticas interpretaram e traduziram as propostas da política e a colocam em prática, considerando as realidades de cada localidade. Buscamos, neste capítulo em que analisamos o contexto da prática, fazer conexões com os contextos que discutimos nos capítulos anteriores, assim como com os objetivos e pressupostos que apresentamos no início do trabalho.

As discussões sobre prevenção e promoção de saúde, bem como a amplitude de suas abordagens, inclusive no ambiente escolar, foram constantes no contexto da influência do Programa Saúde na Escola, do mesmo modo como estão refletidas nos textos políticos do Programa. Estas constatações já reforçavam um dos nossos pressupostos que era o de que o referido Programa aparecia como uma boa estratégia para prevenção e promoção de saúde. Este pressuposto é ainda mais reforçado quando analisamos as respostas dadas pelos dirigentes sobre esse potencial do PSE.

Dentre os dirigentes que participaram desta pesquisa, 14 (66,7%) concordam que o Programa Saúde na Escola (PSE), através de sua proposta oficial, se apresenta com

grande potencial para promoção, prevenção e acompanhamento da saúde. Os outros 7 (33,3%) concordaram totalmente com essa afirmação. Desta forma, a importância e o potencial do Programa aparecem como unanimidade entre os dirigentes, mostrando que estes profissionais, que estão diretamente envolvidos no processo de planejamento e desenvolvimento do PSE, aceitam bem o que é proposto pelo texto oficial.

Reforçando essa característica, alguns dirigentes ainda classificaram como pontos positivos do Programa o fato de favorecer a prevenção de doenças na comunidade escolar e famílias dos alunos; permitir acompanhamento mais próximo às crianças e adolescentes formando jovens mais saudáveis; identificar problemas de saúde na comunidade escolar e prevenir agravos.

Ainda sobre o potencial do Programa, vale lembrar que uma das funções das Equipes de Saúde da Família - ESF, quando foram criadas, era aproximar o Sistema Único de Saúde (SUS) da população e uma das intenções do PSE é o trabalho em conjunto com essas Unidades. Esse também foi um dos pontos positivos levantados pelos dirigentes, o fato de favorecer a integração entre saúde e famílias, aproximando as demandas e necessidades da população dos seus direitos, fortalecendo a rede e as ações da atenção básica, levando informação e cuidados às classes menos favorecidas e possibilitando a melhoria de alguns indicadores.

Sem a intenção de desvalorizar estas características positivas levantadas pelos dirigentes, reforçamos, aqui, uma preocupação apresentada durante a análise dos textos do Programa Saúde na Escola e que aparece muito forte no Contexto da Influência: a importância de se apropriar do discurso da promoção de saúde e colocá-lo em prática, buscando minimizar a dominância assistencialista já caracterizada como de menor impacto social e que sobrecarrega a atenção básica à saúde.

Cavalcanti *et al.* (2015) aponta esta contradição quando ressalta que, mesmo recebendo críticas de especialistas em debates e conferências por todo o mundo, o modelo centrado nas características biológicas, com atenção à doença já instalada e com a busca pela cura, ainda é o modelo hegemônico. Pensamos, então, que a reprodução de ações com este direcionamento deva estar associada, também, à falta entendimento do que consiste a promoção de saúde e das múltiplas necessidades sociais envolvidas e, assim, personagens no desenvolvimento de Programas como o PSE têm a equivocada sensação de que estão alcançando os objetivos propostos por uma política que busca inovações.

Quando afirmamos que, como proposto pelos textos oficiais, o Programa Saúde na Escola (PSE) consegue aproximar o sistema de saúde à comunidade em seu município,

15 (71,4%) dos dirigentes concordaram com esse potencial do Programa, 3 (14,3%) concordaram totalmente e outros 3 (14,3%) discordaram. Dos 3 dirigentes que discordaram da capacidade do PSE de aproximar a saúde pública da comunidade, 2 são da saúde e 1 da educação, e não encontramos em nenhum dos municípios pesquisados os seus dois dirigentes (Educação e Saúde) discordando desta capacidade simultaneamente.

Mas a unanimidade entre os dirigentes sobre o poder do que se propõe com o Programa Saúde na Escola não quer dizer que não se encontre pontos negativos durante a sua execução. Para alguns dos participantes, considerando as suas realidades, é necessário intensificar a assistência médica, odontológica e psicológica dos envolvidos. Para alguns dirigentes, o Programa não consegue atender com prioridade os alunos identificados como portadores de deficiências e necessidades especiais, destacando uma dificuldade em se alcançar uma boa integração entre a identificação de um problema e o atendimento e acompanhamento do jovem.

Como já sabemos, as ações desenvolvidas permitem levar informações relevantes sobre saúde à comunidade escolar e seus familiares e também identificar/diagnosticar problemas de saúde entre os estudantes através de exames de acuidade visual, auditivos, nutricionais, entre outros. Essa identificação é uma maneira de aproximar esses jovens do Sistema Único de Saúde e da Atenção Básica, mas, para que o ciclo se complete, é importante que esses problemas sejam acompanhados e tratados. Assim, a falta de acompanhamento após as ações aparece como uma falha que acontece e que deve ser solucionada.

Porém, destacamos, mais uma vez, que um importante elo deste ciclo continua em segundo plano. Continuam muito visíveis, aos olhos dos dirigentes, os processos de identificação, acompanhamento e tratamento, mas a promoção de saúde, como estratégia primordial no Programa Saúde na Escola, não aparece e, com isso, o Programa perde o seu caráter inovador.

Analisando cuidadosamente as opiniões dos dirigentes sobre esse ponto, podemos perceber que as ações do Programa Saúde na Escola possibilitam uma importante integração entre a comunidade escolar, seus familiares e o atendimento à saúde nos municípios, sobretudo, quando nessas ações é possível identificar uma série de problemas entre os jovens. No entanto, essa integração só se tornará realmente forte e eficiente se a promoção de saúde, em seu conceito mais amplo, for contemplada. Assim se terá um suporte à Atenção Básica e setores seguintes (atendimento e tratamento) terão uma diminuição na demanda. Com a repetição de erros no início do processo, o sistema de

saúde continuará sobrecarregado e sem condições corresponder ao alto fluxo do atendimento e tratamento.

Então, não fica difícil imaginarmos que, quanto mais eficientes forem as ações do PSE, concentradas apenas na identificação de problemas e encaminhamento para tratamento, mais sobrecarregado ficará o sistema de saúde. O Programa Saúde na Escola foi criado sob a influência do crescimento da relevância da promoção de saúde, se esta não aparecer como um elo forte, o ciclo não se completará.

Do ponto de vista macro, esse é um importante potencial do Programa, mas que deve ser acompanhado cuidadosamente em cada realidade para que, em cada microcontexto no qual esta interação não esteja sendo realizada satisfatoriamente, se possa identificar onde está a falha no ciclo promoção/prevenção/identificação/acompanhamento/tratamento e buscar possibilidades de saná-la junto às administrações municipais.

Considerando os macros e microcontextos, entendemos que os textos de políticas públicas podem ser interpretados e traduzidos de diferentes formas para melhor se adaptarem às realidades locais. Caracterizamos, no capítulo anterior, os textos oficiais do Programa como tendo o estilo *wriferly*, dando possibilidades de intervenções e adaptações por parte daqueles que os interpretam. Esta classificação foi reforçada após analisarmos alguns dos dados obtidos.

Dos dirigentes participantes, 13 (61,9%) concordam quando afirmamos que os textos oficiais do Programa Saúde na Escola (PSE) permitem que sejam feitas adequações para a realidade de cada município no desenvolvimento das ações, 5 (23,8%) reforçam essa afirmação concordando totalmente, 2 (9,5%) discordam e 1 (4,8%) dos dirigentes não opinou sobre esse ponto.

Dentre os dirigentes que discordaram desta afirmação, 1 é da saúde e o outro é da educação, assim como o gestor que se colocou como sem opinião. Neste quesito, chamamos a atenção para a importância da ação em conjunto dos dois setores, pois entendemos que os profissionais da saúde possuem importantes informações sobre as realidades locais, enquanto os profissionais da educação poderiam contribuir, efetivamente, na elaboração de estratégias para desenvolvimento das ações junto aos estudantes.

Para que programas voltados à saúde nas escolas evoluam, é fundamental que estejam em concordância com as prioridades e realidades das escolas em questão. Para

tanto, Silva, Caballero e Ceccim (2010) pontuam a necessidade de resistir à reprodução de estratégias já estabelecidas e desenvolver propostas adequadas às realidades locais.

Contextualizando com o que propõe o Ciclo de Políticas, reafirmamos que Ball destaca que os textos políticos estão sujeitos a adaptações feitas pelos atores envolvidos considerando realidades locais, sociais, econômicas, culturais e até mesmo políticas. Desta forma, os textos oficiais não devem, necessariamente, ser seguidos como uma receita de bolo e os envolvidos não precisam, ou não devem ser meros replicadores das propostas.

Trazendo para essa discussão o que propõe os textos oficiais do PSE, lembramos que destacam a necessidade de considerar as características da população de cada município e as ações em saúde na escola devem respeitar esses contextos na elaboração das ações. Inclusive, é indicação do texto que institui o Programa, que o planejamento das ações considere o contexto escolar e social, o diagnóstico local em saúde e a capacidade operativa em saúde do escolar (BRASIL, 2007).

Assim, os dirigentes que consideram não ser possível adaptar o que é proposto pelo Programa Saúde na Escola estão interpretando-o equivocadamente e com isso podem não conseguir extrair das ações desenvolvidas melhores resultados para o seu município.

Considerar a realidade de cada município é um princípio importante e deve aparecer com força no momento da escolha dos temas que são pactuados no início do processo e que serão trabalhados ao longo do ano. Já destacamos, neste trabalho, que o Governo Federal sugere temas a serem trabalhados nas ações do Programa Saúde na Escola e que essas sugestões podem ser adaptadas, ou até mesmo substituídas, caso o grupo de trabalho municipal envolvido nesse processo entenda que existem temas que podem contribuir de maneira mais efetiva para o momento de cada município.

Para tanto, entendemos que, desde a escolha dos temas a serem trabalhados, é importante a presença de um grupo multiprofissional para que as discussões sejam amplas e diferentes necessidades dos municípios possam ser consideradas. Neste contexto, quando apresentamos aos dirigentes a afirmação de que a escolha dos temas pactuados é feita após reuniões entre os dirigentes e membros dos setores Educação e Saúde, 16 (76,2%) concordaram com a afirmação, enquanto 2 (9,5%) concordaram totalmente, demonstrando que este procedimento é adotado em seus municípios. Diferente da maioria, 2 dirigentes (9,5%) discordaram e com isso nos fazem refletir que, nesses casos, é importante que se observe a formação do grupo de trabalho envolvido neste processo, para que não se corra o risco de escolher temas que não estejam afinados com as

necessidades locais. Os dois dirigentes que discordaram da afirmação não pertencem ao mesmo município, sendo um da educação e outro da saúde, o que pode estar demonstrando uma falta de comunicação mais íntima entre os setores.

Ainda sobre esta mesma afirmação apresentada no questionário, 1 gestor (4,8%) se declarou sem opinião, o que nos faz pensar na possibilidade de não estar envolvido diretamente no desenvolvimento do Programa, o que pode ser um ponto negativo diante da importância da figura do gestor para o desenvolvimento de políticas públicas.

Para a escolha dos temas que serão pactuados, entendemos que é necessário que os dirigentes e demais profissionais envolvidos no desenvolvimento do Programa extrapolem o que é apresentado pelos textos oficiais como sugestões de ações. A interpretação da proposta do PSE baseada no conceito de promoção de saúde proposto pela OMS é fundamental para que os temas a serem desenvolvidos não tenham um caráter voltado apenas para educação em saúde, sem que se considerem os contextos sociais nos quais estão inseridas as escolas e que influenciam fortemente no impacto esperado junto à comunidade.

Proporções bem semelhantes aparecem quando 16 (72,6%) concordam e 3 (14,3%) concordam totalmente quando afirmamos que as realidades sociais, culturais e econômicas do município são consideradas nos momentos de planejamento das ações que serão desenvolvidas pelo Programa Saúde na Escola (PSE), enquanto 2 (9,5%) discordaram. Essas semelhanças demonstram que a formação de um grupo multiprofissional e que conheça as realidades do município favorece o planejamento das ações articuladas com as reais necessidades da população.

Essa ação conjunta e intersetorial é um dos diferenciais deste Programa que já destacávamos desde a construção dos nossos pressupostos, mas discutiremos sobre este ponto um pouco mais adiante. Por isso, não consideramos coincidência o fato de os 2 dirigentes, 1 da educação e 1 da saúde, que discordaram desta afirmação serem os mesmos que também discordaram quando afirmamos que os temas pactuados são escolhidos após reuniões entre os membros de ambos os setores.

Se, para a escolha dos temas pactuados, já consideramos importante a intersetorialidade, para o planejamento das ações não seria diferente. Como encontramos, até aqui, a maioria dos dirigentes afirmando que os setores da educação e saúde trabalham em conjunto no processo de escolha dos temas pactuados, já era de se esperar que esta também fosse a prática durante o planejamento das atividades. Isso se confirmou quando tivemos 18 (85,7%) dirigentes concordando que, em seus municípios, as atividades

desenvolvidas durante a execução do Programa Saúde na Escola (PSE) são planejadas em conjunto entre os membros da educação e saúde.

Essa característica foi reforçada por 2 (9,5%) dirigentes que concordaram totalmente, enquanto 1 (4,8%) discordou. Mais uma vez, temos um mesmo gestor, da saúde, demonstrando, em suas respostas, que em seu município a intersetorialidade não está acontecendo como deveria ou pelo menos este gestor esteja mais afastado das atividades voltadas ao Programa, tendo em vista que o gestor da educação deste mesmo município não apresenta as mesmas impressões, já que suas respostas sobre esses quesitos são opostas ao do seu colega da saúde.

Ações coordenadas e em conjunto entre os setores da educação e saúde, para que Programas como o PSE tenham as suas propostas inovadoras contempladas, precisam de ideias convergentes sobre o conceito mais amplo da promoção de saúde. Eberhardt e Reis (2011) se preocupam com a persistente individualização das problemáticas que pode descaracterizar as ideias modernas dessas políticas sociais e conduzir para a repetição de estratégias já conhecidas e com pouco impacto, pois caminham para a medicalização dos problemas educacionais.

Voltando a um dos nossos pressupostos apresentados no início do trabalho, a intersetorialidade é fator crucial para o bom desenvolvimento da política em questão. Possibilitar o trabalho em conjunto dos setores da educação e saúde é, sem dúvida, o grande potencial do Programa Saúde na Escola, pois traz benefícios diretos para as duas pastas e é a população a grande impactada, positivamente, com essa relação mais próxima.

Esse relevante potencial do PSE é destacado como ponto positivo por alguns dirigentes, quando afirmam que essa proximidade pode identificar e minimizar problemas que afetam os alunos no processo de aprendizagem, ampliando as oportunidades para um ensino de qualidade com conhecimentos importantes apresentados de maneira lúdica, além de estimular o debate, favorecer um planejamento mais amplo, promover a integração e conexão entre as secretarias, dando mais dinâmica às atividades das Equipes de Saúde da Família e gerando um retorno positivo à comunidade.

A intersetorialidade aparece, cada vez mais, como uma grande necessidade no desenvolvimento de políticas sociais, o que, na mesma intensidade, reforça a necessidade de debates que busquem identificar e minimizar os obstáculos para sua materialização. Trabalhos como os de Monnerat e Souza (2009) e Valadão (2004), por exemplo, nos mostram os entraves e complexidades para o desenvolvimento de ações intersetoriais que

vão desde a promoção de discussões elaboradas sobre o tema, sobretudo para empoderamento dos envolvidos, até dificuldades estruturais.

Bom desenvolvimento da intersectorialidade aparece, então, como ponto chave. Isso fica claro quando 13 (61,9%) dos participantes desta pesquisa concordam que as ações coordenadas entre os setores de educação e saúde são fundamentais para o atendimento da proposta do Programa Saúde na Escola (PSE), sendo reforçado por 7 (33,3%) que concordam totalmente.

Neste quesito, apenas 1(4,8%) gestor, da educação, se declarou sem opinião, o que, para nós, demonstra pouco envolvimento. A importância da intersectorialidade é reconhecida até mesmo pelos dirigentes que, em respostas anteriores, transpareceram que, em seus municípios, este pode ser um problema a ser resolvido já que relataram que os setores envolvidos não atuam conjuntamente em etapas importantes como formação de grupo de trabalho, escolha de temas e planejamento das ações.

Diante da importância da intersectorialidade para o desenvolvimento do PSE, entendemos que esta também possa aparecer como uma das principais dificuldades enfrentadas, principalmente, pelos dirigentes. Proporcionar e administrar as relações entre educação e saúde pode, então, aparecer como um obstáculo a ser superado. Arkeman *et al.* (2014) destacam que a intersectorialidade é um instrumento de gestão e deve dar suporte aos profissionais que a desenvolvam. Assim, os dirigentes precisam priorizar ações que fortaleçam a inclusão social e a equidade, diferenciando-se de práticas assistencialistas.

Quando afirmamos que coordenar e organizar as ações intersectoriais (entre os setores de educação e saúde) é uma dificuldade durante a execução do Programa Saúde na Escola (PSE) nos municípios, a maioria, 13 (61,9%) dos dirigentes discordaram, 6 (28,6%) concordaram, 1 (4,8%) concordaram totalmente e 1 (4,8%) se manteve sem opinião sobre esse quesito. Temos, então, 7 dirigentes que colocaram a administração das relações intersectoriais como um grande desafio para o desenvolvimento Programa. Destes, 5 são dirigentes da saúde. Mesmo que ainda pontual, essa maioria pode representar uma dificuldade maior em gerir esse tipo de relação por parte dos profissionais da saúde, quem sabe, até pelas características das suas rotinas. Essa possível característica deve ser considerada na escolha da pessoa que coordenará o Programa.

Os dados apresentados nos últimos parágrafos mostram que a maioria dos dirigentes dos municípios do Médio Sudoeste da Bahia entende e concorda quando o assunto é a relevância da intersectorialidade para o Programa Saúde na Escola e, assim, buscam promover uma boa relação entre os setores da educação e saúde durante todo o

processo que envolve o desenvolvimento do Programa, mesmo que isso se apresente como uma dificuldade. E essas dificuldades, mesmo que pontuais, devem ser consideradas.

Sobre este quesito percebemos que dirigentes, mesmo sendo minoria, não consideram que as relações intersetoriais acontecem de maneira satisfatória em seu município e apresentam essa integração como uma dificuldade para a execução do PSE. Essa insatisfação apareceu em destaque como ponto negativo ao relatarem que os profissionais da educação se envolvem pouco com as ações e que existe resistência por parte dos diretores e professores nas escolas. Essa falta de integração se reflete em uma outra queixa relatada, a de que, por vezes, falta aos profissionais da saúde a didática necessária para conduzir as atividades em sala.

Silva e Rodrigues (2010) identificaram o predomínio do setor da saúde em relação ao da educação em ações que deveriam ser compartilhadas. Ainda sobre esta questão, Silva (2010) destaca a importância de se entender os indicadores da educação para o alcance da promoção de saúde e, não diferentemente, a educação precisa usar as informações vindas da saúde para combater os problemas de aprendizagem que são influenciados pela falta de qualidade de vida. As ações intersetoriais entre educação e saúde devem funcionar como uma via de mão dupla.

Essa ausência de interesses compartilhados, questão que também foi levantada por um gestor, se caracteriza como um grande obstáculo para o alcance dos objetivos do Programa. Já discutimos, durante este trabalho, quanto é relevante que esta ou qualquer outra política pública seja desenvolvida com total empenho dos atores envolvidos no processo. É preciso acreditar no trabalho desenvolvido, estar habilitado e, principalmente, motivado para que as ações sejam realizadas com qualidade. Já levantamos aqui, também, que as pastas da educação e saúde já sobrecarregam os seus servidores com as atividades de rotina e novas funções ou demandas necessitam de um aumento no quadro de servidores ou readequações dentre as equipes já existentes, caso contrário teremos um pessoal sobrecarregado e pouco incentivado.

Mesmo que, considerando os municípios que foram analisados neste trabalho, esses problemas tenham aparecido de maneira pontual, não refletindo a realidade do Programa Saúde na Escola nos municípios do Médio Sudoeste da Bahia, devemos considerar como uma importante constatação, considerando uma avaliação dos microcontextos.

Ao identificar esse tipo de dificuldade, os dirigentes devem agir rapidamente na busca de uma resolução, pois, reforçando pressupostos já apresentados por nós, aqui, para um bom desenvolvimento desta política é importante a formação e atuação harmoniosa de um grupo de trabalho multidisciplinar para que as relações intersetoriais se tornem um ponto forte do Programa e não o seu “Calcanhar de Aquiles”.

Mostramos, no capítulo sobre o contexto da produção de textos, que os documentos oficiais do Programa Saúde na Escola sugerem que o Estado deve dar suporte e formação continuada aos profissionais que atuam no desenvolvimento do PSE. Essa é foi uma questão que gerou uma divisão entre as opiniões dos dirigentes que participaram da pesquisa.

Quando afirmamos que os membros dos grupos de trabalho que atuam nas ações do Programa Saúde na Escola (PSE) recebem treinamento para o desenvolvimento de suas atividades, 7 (33,3%) discordaram e 2 (9,5%) discordaram totalmente. Ou seja, 9 dos 21 dirigentes participantes dizem não receber o suporte necessário para o preparo do pessoal para as atividades específicas do Programa. Em contrapartida, 6 (28,6%) concordaram com a afirmação e 4 (19%) concordaram fortemente, enquanto 2 (9,5%) não apresentaram opinião sobre o assunto.

Assim, temos 10 dirigentes afirmando que os profissionais que atuam em seus municípios com as atividades do PSE recebem, ou pelo menos receberam, treinamento para desenvolverem suas funções. Mesmo parecendo tão dividido, este quesito apresenta homogeneidade entre as repostas dos dirigentes de um mesmo município. Na maioria dos casos, ambos compartilham do mesmo pensamento, o que indicaria que em alguns municípios esse treinamento acontece e em outros não. Essa é uma questão que deve ser analisada mais de perto para que possamos entender qual a origem deste treinamento, se está sendo ofertado pelo Estado e não é aproveitado por alguns ou este treinamento é uma iniciativa dos próprios municípios.

A falta de suporte aos profissionais envolvidos foi mais um dos pontos negativos levantados por alguns dirigentes. Para estes, um Programa como o PSE deveria ter uma disponibilidade de profissionais específica para o Programa e, como isso não acontece, acaba sobrecarregando os servidores que já estão envolvidos em outras atividades e isso pode estar refletindo na falta de empenho e maior interesse no desenvolvimento das ações. Nunes e Oliveira (2017) trazem a necessidade de uma maior articulação entre as políticas públicas e os profissionais envolvidos para que, futuramente, não sejam responsabilizados por não alcançarem seus objetivos.

Pimentel (2019) destaca que, por mais que o Brasil esteja avançando no acesso à educação, ainda é necessário investimento para garantir a qualidade. O suporte adequado permitirá a reformulação de ações necessárias para melhorar a qualidade da educação e valorização dos profissionais, assim, teremos um impacto efetivo nas atividades pedagógicas. No entanto, a realidade mostrada por Oliveira e Nunes (2020) é de profissionais da educação que precisam lutar pela garantia de direitos já previstos em lei e pela valorização dos seus trabalhos nas unidades de ensino em que atuam.

Este é um problema também considerado por Cavalcanti *et al.* (2015). Para esses autores, o desenvolvimento de programas inovadores, como o PSE, exige ações voltadas para a capacitação de recursos humanos. Para que sejam colocados em prática, alcançando os seus reais objetivos, é necessário um trabalho interdisciplinar, intersetorial, com desenvolvimento de uma pedagogia diferenciada, que agregue realidades do cotidiano e leitura social crítica, caso contrário, não conseguirá se desprender de antigas práticas conservadoras.

Ainda, falando sobre a preparação dos profissionais, encontramos algo que consideramos importante discutir. Já apresentamos relatos de falta de didática por parte dos profissionais de saúde durante o desenvolvimento das ações (aulas e palestras), agora, trazemos, como ponto negativo apresentado por alguns dirigentes, a falta de treinamento dos profissionais da educação para falar sobre saúde nos temas pactuados para o Programa.

Para Pimentel *et al.* (2009), a prática docente exige uma série de competências que são resultado de saberes que veem de diferentes campos do conhecimento. Para as autoras, esses saberes são construídos ao longo do exercício da profissão docente. Diante disso, consideram a melhoria nas condições de trabalho, qualificação dos profissionais da educação e sua valorização como uma meta que deveria ser buscada por toda a sociedade. Ainda afirmam que, diante da pós-modernidade, globalização e progresso tecnológico, é fundamental uma atualização contínua para formação docente. Em contrapartida, o que Silva e Nunes (2019) apresentam são municípios baianos que não cumprem o estabelecido na legislação brasileira no que diz respeito à carreira do docente, desvalorizando o profissional.

Iniciativas como cursos de capacitação para temas priorizados pelo Programa Saúde na Escola ou o curso de Especialização em Formação em Educação e Saúde da Universidade Aberta do Brasil (BRASIL, 2011) buscam minimizar essas deficiências. Contudo, ainda percebemos que o processo ensino-aprendizagem está muito ligado a

modelos tradicionais, o que prejudica a implementação de programas que busquem algo diferente e inovador. Com isso, as práticas do setor da saúde acabam influenciando fortemente o setor da educação, mantendo o modelo biomédico ainda com muita força.

Acreditamos não ser coincidência que essas queixas tenham sido trazidas pelos mesmos dirigentes que colocaram a relação intersetorial dos profissionais da educação e saúde na formação dos grupos de trabalho como uma das grandes dificuldades enfrentadas em seus municípios. Aqui, consideramos que, ao resolver os problemas na relação dos diferentes profissionais que formam o grupo de trabalho, estes municípios, conseqüentemente, minimizariam os problemas didáticos dos profissionais da saúde e as dificuldades com os temas relacionados à saúde por parte da equipe pedagógica. A harmonia entre os setores proporcionaria o desenvolvimento de ações mais eficientes com divisões de trabalho onde cada um realizaria funções mais próximas da sua realidade profissional.

Considerando que não fizemos, neste trabalho, uma análise detalhada de cada município, podemos apenas levantar alguns pontos de discussão sobre estas diferentes realidades apresentadas por estes dados. Temos um fato: os textos oficiais do Programa Saúde na Escola asseguram a necessidade e a responsabilidade do Estado de proporcionar formação continuada para os servidores envolvidos.

Mas, como já destacamos nas discussões sobre o Ciclo de Políticas, os textos políticos não garantem, na prática, que serão executados como proposto. Pensamos, então, que aqui possa aparecer fortemente o engajamento e o diferencial do trabalho dos dirigentes e demais atores no contexto da prática. Entendemos, assim, que executar e adaptar os textos políticos são responsabilidades de quem lê e interpreta esses textos. Deste modo, considerando os dirigentes que não se sentem contemplados com a possibilidade de treinamento do seu pessoal, acreditamos que essa inconsistência possa estar no contexto da prática, na leitura e interpretação e busca pelo que se propõe no contexto da produção de texto. Este, então, pode ser um problema que possibilite resolução, voltando-se para análise em nível micro, o que está ao alcance dos dirigentes.

Também foi uma preocupação, nesta pesquisa, entender, além do processo de planejamento, com qual frequência os dirigentes acompanham o desenvolvimento das ações ao longo do ano de desenvolvimento do Programa. Sobre esta questão apresentamos, no questionário, a afirmação de que existem reuniões frequentes entre os dirigentes e os grupos de trabalho para acompanhamento das ações do Programa Saúde na Escola. Sobre essa afirmação 11 (52,4%) dos dirigentes concordaram e 2 (9,5%)

concordaram totalmente. Com isso tivemos 13 dos 21 participantes afirmando que, em seus municípios, existe uma preocupação com o acompanhamento das atividades do Programa, hábito que permite constantes reorganizações e adaptações das ações na busca por melhores resultados.

Em contraste a esses dados, 5 (23,8%) dos dirigentes discordaram da afirmação, fazendo-nos pensar que o acompanhamento ao longo do ano não acontece e, ainda, 3 (14,3%) disseram não ter opinião sobre isso, o que pode refletir a falta de envolvimento desses dirigentes com o Programa. A falta de acompanhamento pode ser um fator relevante no insucesso do PSE, impossibilitando redirecionar as ações ou adaptá-las para melhor atender aos jovens e suas famílias e as realidades locais. Mais relevante, ainda, pode ser a ausência da figura do gestor na liderança dos grupos, buscando corrigir falhas e tornar as ações intersetoriais mais eficientes.

O acompanhamento mais próximo por parte dos dirigentes e equipes envolvidas nas atividades poderia minimizar problemas que foram citados como o longo período entre as ações e a falta de continuidade ao longo do ano, o que faz com que o PSE não atue frequentemente junto à comunidade escolar, tornando o seu alcance limitado ou insignificante, quando comparado ao seu potencial.

Ainda sobre o desenvolvimento das ações, um outro ponto levantado neste trabalho foi o material de apoio disponibilizado para suporte das atividades do PSE, e este foi um ponto que dividiu os dirigentes envolvidos. Quando afirmamos que o material de apoio enviado pelo Governo Federal para o desenvolvimento das ações é suficiente e contribui para a execução do Programa, 10 (47,6%) dirigentes concordaram enquanto 1 (4,8%) discordou totalmente e outros 9 (42,9%) discordaram. Tendo 1 (4,8%) gestor se declarado sem opinião, as visões sobre o material de apoio disponibilizado ficaram bem divididas, 10 dirigentes sinalizando como satisfatórios, enquanto para outros 10, o material enviado pelo Governo Federal é insuficiente.

Vale, aqui, lembrarmos que, durante a avaliação do contexto da produção dos textos oficiais do Programa Saúde na Escola, encontramos materiais produzidos e enviados pelo Governo Federal, como, por exemplo, o “Guia de Sugestões” para o PSE, o “Passo a Passo PSE” e material para desenvolvimento da “Semana Saúde na Escola” que trazem sugestões e propostas para realização de atividades que podem ser desenvolvidas ao longo do Programa. É verdade também que, de acordo com o decreto que institui o PSE, o envio de material para implementação e desenvolvimento do Programa depende da disponibilidade orçamentária.

Este, então, é um problema que precisa ser resolvido em um contexto macro, sendo obrigação do Governo a produção e envio deste material, a sua ausência ou insuficiência deve ser corrigida na origem do problema, em âmbito Federal. Podemos considerar, também, que a ausência deste material de apoio possa estar sendo superada por alguns municípios graças a um maior empenho dos seus dirigentes e grupos de trabalho que, além de todas as demandas que já são geradas para o desenvolvimento do Programa, ainda conseguem superar mais essa dificuldade, no entanto, esta é uma obrigação do Governo Federal que, ao não dar este suporte, está descumprindo uma determinação garantida nos textos oficiais.

Outro problema que só pode ser resolvido na origem do Programa, em seu contexto macro, é a verba destinada ao desenvolvimento do PSE. Chamamos o quesito verba de problema considerando as respostas dos dirigentes sobre esse assunto. Quando afirmamos que a verba recebida pelos municípios é suficiente para o desenvolvimento do Programa Saúde na Escola, apenas 3 (14,3%) dirigentes concordaram com essa afirmação.

A grande maioria, 14 (66,7%) discordou, declarando-se insatisfeitos com o orçamento destinado aos seus municípios, considerando as demandas e importância do Programa. A verba foi mais um dos pontos negativos levantados como grande obstáculo para o desenvolvimento satisfatório do PSE. O que também nos chamou atenção foi o fato de 4 (19%) dizerem não ter opinião sobre o assunto. Sendo o recebimento e a destinação de verbas em políticas públicas algo que deve ter a influência direta de seus dirigentes, o fato de não terem opinião pode estar refletindo o pouco, ou nenhum, envolvimento desses dirigentes com o Programa o que, sobre o nosso ponto de vista, pode ser determinante para o insucesso.

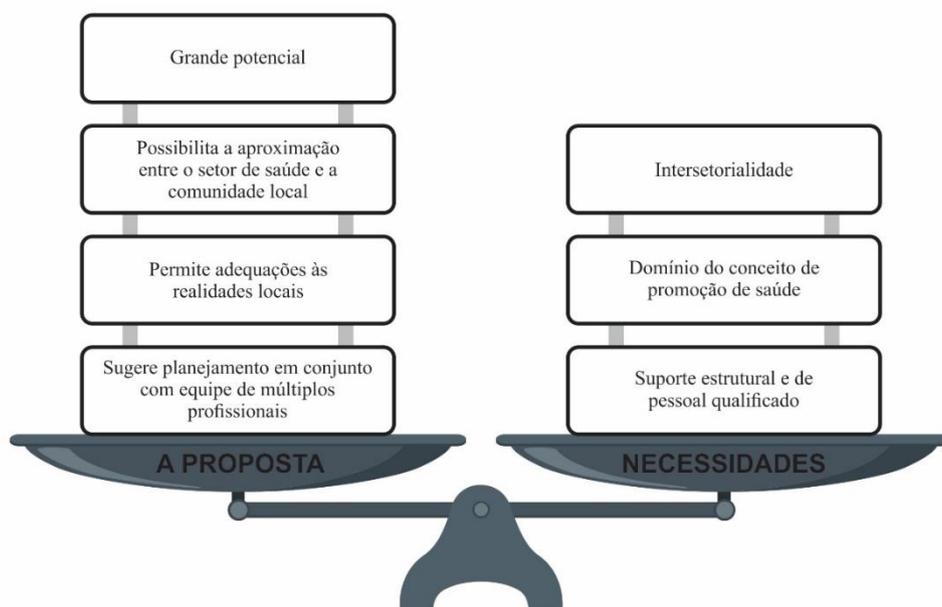
Porém uma análise deve ser considerada, o Decreto que institui Programa Saúde na Escola diz que a verba destinada ao PSE deve ser transferida para os Fundos de Saúde dos municípios, o que pode explicar o fato, 3 dos 4 dirigentes que não emitiram opinião sobre o assunto serem do setor da educação, assim como 2 dos 3 dirigentes que consideram a verba suficiente serem da saúde. O fato desta verba entrar nas contas da Saúde aproxima mais o setor deste quesito, enquanto pode justificar um menor envolvimento do setor da educação.

Conhecendo melhor o contexto da prática sob a visão dos dirigentes municipais, percebemos que o Programa Saúde na Escola (PSE) é visto com grandes qualidades e potencialidades nos municípios do Médio Sudoeste da Bahia. A capacidade de promover

saúde, seguindo as discussões que pautaram o contexto da influência, além de uma aproximação e acompanhamento da população pelo sistema de saúde, como propõe os textos oficiais, são reconhecidas pelos dirigentes municipais.

Em um contexto macro, considerando o que se garante nos textos oficiais, podemos observar problemas envolvendo a verba destinada ao desenvolvimento das ações, além da falta de suporte como treinamento e destinação de profissionais que atuem especificamente para o Programa. Para um bom desenvolvimento e interpretação do que se propõe nos textos oficiais do PSE, algumas necessidades são fundamentais.

Figura 7 - Pontos de equilíbrio – Necessidades que devem ser consideradas para o bom desenvolvimento do PSE



Fonte: Elaborada pelo próprio pesquisador.

De maneira mais pontual podemos perceber, como já havíamos destacado, que a intersetorialidade é ponto crucial para o PSE. Quando atividades como a formação do grupo de trabalho, seleção dos temas pactuados, planejamento, desenvolvimento e acompanhamento das ações são realizados de forma conjunta, por uma equipe multiprofissional motivada, é possível contextualizar com as realidades locais e o Programa Saúde na Escola aparece bem afinado com todo o histórico que lhe antecede e que direcionou a escrita dos seus textos oficiais. Em casos onde isso não acontece, é preciso se reorganizar na busca por sanar dificuldades pontuais e alcançar os objetivos traçados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como já relatado aqui, neste trabalho, o fato de ser um professor com licenciatura plena em Ciências Biológicas atuando na área da anatomia e fisiologia humana me conduziu a pesquisas que girassem em torno da intersectorialidade educação e saúde. Considero-me, então, um professor/pesquisador que volta sua atenção para a promoção de saúde e que acredita no ambiente escolar e na extensão do conhecimento como elementos fundamentais na busca por uma sociedade com qualidade de vida.

Os conceitos e ideias sobre a saúde e assistência à população foram mudando ao longo do tempo. Aos poucos, a proposta da medicina curativa, a qual só se preocupa com o indivíduo a partir do momento em que a doença se instala, vai ficando cada vez mais clara para especialistas na área que não é a melhor opção.

Assim, começa a crescer a necessidade de atuação na promoção de saúde, trazendo importantes discussões sobre como agir para que seja possível manter uma população com qualidade de vida e evitar os desgastes e gastos necessários para restabelecer o bem-estar perdido. Com a Moderna Promoção de Saúde, a proposta era munir o indivíduo de informações e conceitos para que cada um, com ações mais restritas e individualizadas, possa cuidar de si mesmo, evitar e minimizar o desenvolvimento de doenças.

Pensando sob esta ótica e trazendo para os dias atuais, não é difícil encontrarmos informações sobre o que é favorável para a manutenção da nossa saúde. Praticar atividades físicas, manter uma alimentação saudável, boas horas de sono, evitar o estresse, ter momentos de lazer, são muitas as dicas que nos auxiliam a ter bons hábitos e qualidade de vida.

Porém, é importante destacar que o acesso às informações é amplo, mas a possibilidade de colocá-las em prática, pelo menos para boa parte da população, nem tanto. Como seria possível para parte da população que mal tem o que comer possuir uma alimentação saudável? Como evitar o estresse, ter boas horas de sono ou momentos de lazer se não se tem emprego, boas condições de moradia e precisa manter uma rotina pesada de trabalho para ter o mínimo necessário para viver?

Esses questionamentos deixam claro que manter bons hábitos, ter qualidade de vida e, conseqüentemente, boa condição de saúde não depende só do indivíduo. Assim desenvolveu-se um novo conceito, o conceito da Nova Promoção de Saúde, no qual

aparece como fundamental a preocupação com a realidade social, cultural e econômica de uma população para se traçar estratégias de promoção de saúde.

Trouxemos aqui essas informações para que ficasse mais claro o que nos conduziu à temática desta pesquisa. A promoção de saúde é complexa e envolve diferentes influências que tornam difícil alcançá-la com ações isoladas. A promoção de saúde requer grandes projetos, engajamento político e ações multisetoriais para ser alcançada. Deste modo, chegamos ao Programa Saúde na Escola (PSE), uma proposta do Governo Federal, baseada na prevenção, promoção, acompanhamento e atendimento à saúde e que tem como grande diferencial a intersetorialidade educação e saúde.

Nessa perspectiva, buscamos, aqui, entender como dirigentes de educação e saúde dos municípios do território do Médio Sudoeste da Bahia se apropriam das orientações oficiais do PSE a fim de desenvolverem ações educativas que promovam a saúde nas escolas dos seus municípios. Buscamos, então, conhecer bem uma política pública para que, ao final da pesquisa, pudéssemos fornecer uma perspectiva analítica para contribuir com futuras avaliações, ações e tomadas de decisões. Desse modo, tomamos o Ciclo de Políticas proposto por Ball como nosso principal embasamento teórico e partimos para conhecer o Programa Saúde na Escola sob três contextos: o de Influência, dos Textos e da Prática.

Começamos, então, as nossas considerações finais destacando o que levantamos fazendo uma viagem no tempo e conhecendo importantes acontecimentos que envolveram a temática desta pesquisa e que influenciaram na elaboração da política pública em questão.

Alguns marcos se destacam na história, quando o assunto é a promoção de saúde, agora, em um sentido mais amplo. A Conferência de Alma-Ata, 1978, se destaca na promoção de debates sobre o sentido mais abrangente da saúde e a importância do social para se manter uma população saudável. Um pouco depois, em 1986, com a I Conferência Internacional e a produção da Carta de Ottawa, os novos conceitos necessários para manter uma população com qualidade de vida ganham força e destaque.

Com a necessidade de ampliação dos conceitos e ações para promoção de saúde e a importância do social fica clara a necessidade do envolvimento do Estado para o desenvolvimento de políticas que alcancem objetivos tão amplos.

Neste contexto não podemos negar que é possível identificar movimentações do Estado neste sentido. Já trouxemos em nosso texto e destacamos aqui a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que realizou um amplo debate, com a participação popular,

sobre a necessidade de criação de um sistema de saúde que envolvesse diferentes setores com a intenção de alcançar os múltiplos fatores que interferem na condição de saúde da população. Esse foi o pontapé inicial para a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, em 1990.

Com o passar do tempo e a percepção de que o atendimento amplo à população, baseado na prevenção, promoção e assistência à saúde com o envolvimento intersetorial não estava sendo alcançado como era proposto pelos textos oficiais. Em 1994 foi criado o Programa Saúde da Família buscando o atendimento integral e contínuo para todas as famílias. E, assim, mais uma vez, tivemos a criação de uma nova política para tentar sanar as dificuldades enfrentadas por estratégias anteriores.

Ainda com a intenção de aumentar o alcance de estratégias já existentes na busca pela promoção de saúde, a escola se destaca como um local propício para se falar de saúde e aproximar a comunidade escolar e suas famílias da atenção e assistência propostas pelo governo. Mas, assim como trouxemos no capítulo sobre o Contexto da Influência, o importante papel da escola nesta temática não era novidade, tendo em vista que, desde 1954, a Comissão de Especialistas em Educação em Saúde da Organização Mundial de Saúde já trazia a importância de se falar de saúde nas escolas.

Pensamos que o ponto principal não é falar de saúde nas escolas, mas sim, como falar de saúde nas escolas. A Lei de Diretrizes e Bases (LDB), os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN's) e a Base Nacional Comum Curricular (BNCC) incluem o tema promoção de saúde nas escolas, mas ainda não conseguiram desenvolver um padrão de atuação dos profissionais da educação que superasse a abordagem reducionista do tema e eles continuam fortemente ligados à forma reducionista, exceto quando, em exemplos pontuais e por iniciativas isoladas, se consegue uma aproximação do que realmente exige a promoção de saúde.

E as tentativas de alcançar o sucesso nessa jornada não param por aí. Temos a Câmara Intersetorial Educação em Saúde na Escola para subsidiar uma política nacional de educação em saúde na escola e a própria Política Nacional de Promoção de Saúde. Vários outros marcos políticos criados neste sentido foram citados ao longo deste texto e, caso perguntarem se atualmente a promoção de saúde vem sendo abordada como sugerida após a Conferência de Alma-Ata e se as propostas da Carta de Ottawa vêm sendo atendidas de forma satisfatória, a resposta é não.

Convidamos, então, para a seguinte reflexão. Esta estratégia, adotada ao longo dos anos, na qual, sempre que uma política criada não consegue alcançar os objetivos iniciais

e para tentar suprir as falhas é criada uma nova política, vem se mostrando eficiente? Nossa resposta volta a ser: não.

Com a análise do contexto da influência sobre o Programa Saúde na Escola, concluímos que a criação desta política foi mais uma tentativa de alimentar a promoção de saúde e melhorar a qualidade de vida da população, buscando sanar dificuldades e corrigir insucessos de tentativas anteriores que não alcançaram plenamente os seus objetivos.

Baseado no que mostramos aqui, ao longo deste trabalho, é possível perceber claramente que promover saúde em sentido mais amplo não é tarefa fácil. A escola é um ambiente bastante apropriado para se discutir o tema e transformar essas discussões em resultados visíveis na vida de uma população, mas esse também não é um trabalho simples. Qualquer estratégia, programa ou política neste sentido exigirá empenho para o desenvolvimento de um grande número de ações e serviços, o que requer uma atenção especial do setor público, mão de obra qualificada, relações intersetoriais, verbas, avaliações e acompanhamentos contínuos.

Desta forma, a cada nova estratégia, programa ou política criada, mais demandas como essas surgirão e, conhecendo como funcionam as engrenagens dos setores públicos, poderá ser mais um obstáculo para o alcance de suas propostas. E, assim, como em um efeito em cascata, aumentam-se as chances de insucesso ou, no mínimo, estarão aquém da sua proposta original.

É sob essa justificativa que consideramos importante uma avaliação mais precisa das políticas. Ao sugerirmos essa avaliação desde o contexto histórico que influenciou a criação e a formulação dos textos oficiais do Programa Saúde na Escola, até a forma como eles são interpretados e colocados em prática pelos seus dirigentes, além de refletir na própria execução do Programa em questão, também é importante para a avaliação e desenvolvimento de diversas políticas públicas.

Consideramos importante conhecer, de forma mais aprofundada possível, cada política para que se possa fazer uma avaliação mais precisa e, assim, pensar estratégias para sanar as falhas e superar obstáculos. Aprimorar o que já existe, considerando ser uma boa proposta, antes de se pensar em criar uma nova política.

Com nossas considerações formadas e baseadas no Contexto da Influência do Programa Saúde na Escola, partimos para o contexto da criação dos seus textos. A análise deste contexto nos fez alcançar mais um dos nossos objetivos: identificar os fundamentos e mecanismos do Programa Saúde na Escola através dos seus textos oficiais. Foi possível

observar também que os textos que direcionam o PSE trazem preocupações que apresentamos como pressupostos apoiando esta pesquisa e que lembraremos a seguir.

Já em suas propostas iniciais podemos perceber a preocupação em desenvolver um programa que contribua amplamente para contemplar as necessidades da população com relação à saúde. Podemos concluir isso já que o Programa Saúde na Escola busca avaliar e monitorar as condições de saúde de crianças, jovens e adolescentes, promover saúde e ações preventivas e, para tanto, considera fundamental, o treinamento e a capacitação dos profissionais da educação e saúde envolvidos no processo, assim, coloca como obrigação do Estado subsidiar, além do desenvolvimento das ações, o treinamento e a capacitação profissional.

Contudo, vale ressaltar que não ficam claros, nos textos oficiais, os caminhos a serem seguidos para se promover saúde considerando conceitos mais amplos e atualizados. Assim, recai sobre os intérpretes desses textos a responsabilidade de adaptar a proposta ao que a Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza para a promoção de saúde. Mais um motivo para que os atores envolvidos tenham o suporte e a preparação necessários para que consigam desenvolver suas funções compreendendo os principais objetivos do Programa e com isso manter o caráter social e inovador do PSE.

Ao propor uma articulação das ações da rede de educação básica às ações do Sistema Único de Saúde (SUS), os textos oficiais destacam, o que para nós é um dos grandes diferenciais desse Programa e que foi trazido como um dos pressupostos apresentados inicialmente, a importância da intersetorialidade e interdisciplinaridade nas ações desenvolvidas. Os textos oficiais tentam forçar essa articulação intersetorial quando colocam a necessidade de formação de Grupos de Trabalhos (GT's) com profissionais de múltiplas áreas e nas esferas Federal, Estadual e Municipal, atribuindo responsabilidades a cada um deles.

Assim como o entendimento do conceito da promoção de saúde, a intersetorialidade se destaca como ponto crucial para o sucesso da proposta do PSE. Diante da complexa rede que envolve a saúde e qualidade de vida de uma população, é difícil imaginarmos que possam ser alcançadas com ações pontuais e isoladas das realidades sociais, econômica, política e cultural.

Mais uma vez, é preciso destacar a importância do suporte estrutural, logístico e financeiro para que esses dois importantes pontos do PSE, a promoção de saúde e a intersetorialidade, sejam alcançados e não passem a ser caracterizados como os elos frágeis do Programa. Trouxemos, ao longo deste nosso trabalho, alguns obstáculos que

devem ser superados para que a promoção de saúde e a intersetorialidade sejam desenvolvidas e, com a isso, as ações do Programa Saúde na Escola sejam realmente diferentes das já desenvolvidas por outras políticas que estão voltadas para estratégias individualizadas e destacadas das reais necessidades locais.

Com o passar dos anos, os pré-requisitos necessários para adesão dos municípios ao Programa ficaram mais flexíveis e, hoje, todos os municípios estão aptos à participação. Ainda na tentativa de facilitar a adesão, o governo Federal disponibiliza, com certa frequência, material explicativo que auxilia nas etapas burocráticas necessárias para cadastramento. Visando auxiliar também no desenvolvimento das ações, os estados e municípios recebem material com propostas de atividades que podem ser aplicadas ao longo do ciclo anual do Programa, o que consideramos ser positivo por minimizar possíveis dificuldades que os municípios podem enfrentar, principalmente, nos primeiros anos de participação.

Outra característica positiva que podemos identificar nos textos oficiais, e que consideramos importante destacar, tendo em vista que foi um dos nossos pressupostos, é a orientação para adequação das ações do Programa Saúde na Escola às realidades e necessidades de cada município. Apresentamos, no início desta pesquisa, este como um dos pontos cruciais para o sucesso do Programa. Para tanto, orienta-se que os planejamentos das atividades devem ser feitos considerando um diagnóstico local em saúde e o contexto social e escolar, deixando clara a possibilidade e a necessidade de adaptações das ações para que seja algo voltado para realidade do seu público-alvo e que os estudantes atendidos se identifiquem com as atividades e possam alcançar os seus objetivos.

O discurso do PSE está direcionado para uma nova visão sobre a saúde no ambiente escolar, mas concluímos que os textos oficiais, por si sós, não garantem esta inovação. A proposta apresentada deve estar acompanhada por um suporte que favoreça a implementação. Por mais que identifiquemos, nos textos, a corrente da Nova Promoção de Saúde, isso não garante que as ações não repitam o conservadorismo já existente em programas mais antigos. É preciso munir os profissionais envolvidos para que possam desenvolver bem as suas funções.

Contudo, merece atenção quando o assunto é a verba destinada para o Programa. Considerando que o Programa Saúde na Escola é uma política de desenvolvimento complexo e relevante, acreditamos que seja necessário um aporte financeiro que supra as necessidades e que não seja um fator que limite o alcance dos seus objetivos. Além do

dever de subsidiar as ações e qualificação profissional, o Estado também deve disponibilizar material de apoio às atividades e, de acordo com os textos oficiais, a verba para isso está atrelada à disponibilidade orçamentária do período, o que não garante a sua disponibilização.

Assim, consideramos que os textos que direcionam o Programa Saúde na Escola buscam uma política com grande potencial transformador e que pode contribuir fortemente com a promoção de saúde e qualidade de vida da população, assim como os pressupomos, estando coerente com o contexto que influenciou a sua construção e com os debates sobre a temática que antecederam sua formulação. É importante que os atores envolvidos na execução da proposta, os intérpretes dos textos oficiais, também tenham o conhecimento de todo o histórico que conduziu e antecedeu a criação do PSE, assim conseguirão ter uma base conceitual bem formada sobre a promoção de saúde e a importância da intersectorialidade e, com suporte adequado e necessário, poderão colocar em prática os diferenciais do Programa.

Contudo, assim como destaca Ball na análise do Ciclo de Políticas, isso não é garantia de sucesso. É necessário conhecermos também o Contexto da Prática e assim entender melhor como é feita a interpretação desses textos pelos atores envolvidos no processo. Vamos, então, agora colocar nessa avaliação as considerações e visões dessa política pública de quem participa da sua aplicação. Como já sabem, os atores que participaram desta pesquisa têm papel fundamental no desenvolvimento das ações; entendemos aqui os dirigentes municipais da educação e saúde como grandes responsáveis pela interpretação dos textos oficiais e condução das atividades junto aos grupos de trabalho em seus municípios.

A impressão que tivemos sobre o potencial do Programa Saúde na Escola após a avaliação dos seus textos é a mesma apresentada pelos dirigentes que são unânimes quando o quesito é o poder que o Programa apresenta sobre a promoção, prevenção e acompanhamento da saúde. E, aqui, destacamos a importância desta impressão sobre a proposta do PSE, acreditar no que é proposto é o primeiro passo para um planejamento cuidadoso e apropriado das ações que serão desenvolvidas. Assim, confirmamos um dos nossos pressupostos quando consideramos o Programa Saúde na Escola como uma boa estratégia para prevenção e promoção de saúde.

Percebemos também uma relação harmoniosa entre os contextos da influência, produção de textos e da prática quando a maioria dos dirigentes concorda que as ações do Programa aproximam o atendimento e acompanhamento à saúde da população do seu

município, característica que influenciou a criação do PSE e que também aparece nos textos oficiais. Assim, alcançamos mais um dos nossos objetivos e consideramos que a maioria dos dirigentes envolvidos nesta pesquisa tem uma percepção positiva sobre o Programa.

Importante lembrar que esta é uma percepção baseada em um dos grupos envolvidos no desenvolvimento do PSE. Os dirigentes são personagens de destaque para o Programa, pois têm um lugar de liderança em todo processo, com a responsabilidade de fazer a ponte entre os textos oficiais e demais profissionais envolvidos, pensar estratégias, coordenar ações, acompanhá-las e avaliá-las. Conhecer, confiar e intermediar as ações, respeitando as propostas oficiais, é importante para o desenvolvimento do Programa, porém, entendemos que existem outros tantos envolvidos nesse processo e que também ocupam lugar de destaque no contexto da prática.

Durante esta pesquisa apontamos a preocupação e a necessidade de se considerar as realidades culturais, econômicas e sociais para o desenvolvimento de políticas que busquem a promoção de saúde. Este foi um ponto que marcou o contexto da influência, aparece nos textos oficiais e é reforçado no contexto da prática, já que a grande maioria dos dirigentes entende que é possível adaptar as ações desenvolvidas ao longo do ano aos contextos de cada município, mostrando que esta não é uma política com propostas engessadas e que devam ser aplicadas sempre da mesma maneira sem se considerar as necessidades locais. Esta também foi uma preocupação que apontamos aqui, quando apresentamos entre os nossos pressupostos a necessidade de adaptação às condições e realidades de cada município para o sucesso de propostas que visem à promoção de saúde.

Ter a possibilidade e, mais importante, conseguir adaptar as ações do Programa Saúde na Escola às realidades locais, está atrelado a outro importante ponto que também aparece entre os pressupostos que apoiaram esta pesquisa: a necessidade da formação e atuação de um grupo de trabalho com profissionais de múltiplas áreas. A necessidade deste trabalho em conjunto aparece claramente quando se fala em promoção de saúde em seu sentido mais amplo e foi considerada pelos textos oficiais do PSE ao citar a formação dos Grupos de Trabalho (GT) Federal, Estadual e Municipal. No contexto da prática, a formação de grupos de trabalho com multiprofissionais que atuam desde a escolha dos temas pactuados até o planejamento e desenvolvimento das ações é confirmada como uma prática adotada pela maioria dos municípios do Médio Sudoeste da Bahia.

Chegamos, então, a um dos pontos relevantes dessa pesquisa e um dos nossos principais objetivos que foi discutir sobre a importância da intersetorialidade para

políticas que visem à promoção de saúde. Mostramos, com a análise do contexto da influência, que o trabalho em conjunto dos setores da educação e saúde aparece como estratégia eficiente para as discussões e desenvolvimento de bons hábitos de vida e manutenção da saúde de uma população. O Programa Saúde na Escola surge sob essa ideia e, assim, a intersetorialidade educação e saúde aparece nos seus textos oficiais como grande diferencial do Programa e pressupomos, no início deste trabalho, que este era um importante pré-requisito para o seu sucesso.

Percebemos a intersetorialidade com grande influência em mais um dos nossos objetivos, o qual pretendia entender como os dirigentes municipais planejam e desenvolvem as ações do PSE. Os municípios que formam grupos multiprofissionais e promovem discussões em conjunto para o planejamento e desenvolvimento das atividades demonstram que conseguiram se apropriar melhor das orientações oficiais e conseguem promover, no contexto da prática, ações condizentes com as propostas dos textos que direcionam o Programa e essa é uma característica que, com base na participação dos dirigentes, está presente na maioria dos municípios do Médio Sudoeste da Bahia.

Na prática, a intersetorialidade é reconhecida pelos dirigentes como primordial para o bom desenvolvimento do PSE, capaz de permitir planejamento e desenvolvimento adequados com adaptações e alcançando as necessidades de cada município. A busca por essas relações interssetoriais foi confirmada pela maioria dos dirigentes que participaram desta pesquisa, mas aparece, em alguns casos, como uma das grandes dificuldades para o desenvolvimento do Programa. Promover e manter boas relações interssetoriais destaca-se como uma das grandes responsabilidades apontadas pelos dirigentes.

Considerando que esta é uma questão presente fortemente no contexto da influência e que é reafirmada pelos textos oficiais, possíveis problemas e dificuldades com a intersetorialidade devem ser resolvidas por cada município, em contexto micro, sob pena de ser decisivo para o insucesso do planejamento e desenvolvimento do Programa.

Após os dados coletados junto aos dirigentes e conhecendo melhor o contexto da prática, identificamos alguns problemas e desencontros entre o que está registrado nos textos oficiais e o que acontece na prática. Dentre elas, a verba destinada ao desenvolvimento do Programa aparece como um grande problema que já havíamos destacado desde a análise do contexto da produção dos textos. A falta de garantia e o baixo valor aparecem como obstáculos enfrentados pelos dirigentes para o desenvolvimento das atividades.

Outras dificuldades são a sobrecarga e falta de treinamento dos profissionais envolvidos. O suporte ao desenvolvimento do Programa, sobretudo no que diz respeito aos recursos humanos, é uma obrigação do Estado oficializada e garantida pelos textos do PSE, porém, a sobreposição de funções dos profissionais envolvidos e a falta de suporte na capacitação profissional aparecem nos dados coletados junto aos dirigentes. Reforçamos, aqui, o que já levantamos em outros momentos desta tese: qualquer que seja a política pública exige empenho dos seus profissionais o que, por sua vez, necessita de suporte que garanta boas condições de trabalho.

Para o bom desenvolvimento de um Programa, como o PSE, é fundamental que os profissionais envolvidos tenham este como o seu principal foco no que se refere às suas funções junto às Secretarias de Educação e Saúde. Utilizar servidores municipais com outras tantas funções, agregando a estas também as demandas do Programa, condena as ações ao baixo rendimento, considerando a falta de disponibilidade, suporte e treinamento profissional apropriado. Defendemos, aqui, que os municípios que conseguirem ter profissionais engajados, preparados e disponíveis para as atividades do PSE aumentam, consideravelmente, o potencial de sucesso no que se refere ao alcance e impacto junto à população.

Levantamos, ao longo deste trabalho, alguns pontos/conceitos que se destacam quando analisamos políticas públicas, como o PSE, voltadas para promoção de saúde e a interação entre setores como o da educação e da saúde. Acreditamos que, se propuséssemos, em uma discussão sobre esse tema, a construção de uma nuvem de palavras, certamente teríamos algo parecido com o que apresentamos na Figura 7.

Figura 8 - Simulação de nuvem de palavras com conceitos que se destacam considerando o PSE.



Fonte: Elaborado pelo próprio pesquisador.

Mesmo acreditando que o contexto da prática envolve profissionais que não foram contemplados por esta pesquisa e este contexto necessite de complementos que devem ser trazidos por futuras pesquisas, concluímos que: a) o Programa Saúde na Escola surge sob um contexto de influências que se reflete nos seus textos oficiais; b) a proposta é reconhecida pelos dirigentes que participaram desta pesquisa como robusta e com grande potencial para interferir positivamente na vida da população de um município, esses profissionais acreditam no projeto, o que faz com que esta política seja promissora; c) com base nas respostas da maioria dos dirigentes, a tradução e interpretação dos textos oficiais mostram que o contexto da prática está condizente com que esta política propõe. Contudo, é necessário um maior conhecimento sobre a forma como as ações são planejadas e desenvolvidas ao longo do ano para que possamos avaliar se o conceito de promoção de saúde está sendo abordado considerando o que propõe a Organização Mundial de Saúde; d) a intersetorialidade é fundamental e reconhecidamente importante para que seja possível planejar e desenvolver as ações do Programa considerando as realidades e individualidades de cada município. Assim, é fundamental que se possibilite o seu desenvolvimento, sobretudo, no que diz respeito ao suporte aos profissionais envolvidos; e) o suporte financeiro, logístico, material e de treinamento dos profissionais é garantido pelo Decreto que institui o Programa Saúde na Escola (PSE), porém, aparece como fatores limitantes para o seu desenvolvimento.

Diante do já esperado protagonismo da intersetorialidade e que foi confirmado ao longo deste trabalho, defendemos que as ações intersetoriais são fundamentais para a promoção de saúde de uma população. Ter profissionais de múltiplas áreas, podendo contribuir em diferentes frentes na busca pela qualidade de vida, é a melhor estratégia para impactar positivamente a sociedade. Referimo-nos aqui não somente aos setores da educação e saúde, mas também aos setores da infraestrutura, meio ambiente, economia, esporte, cultura, lazer. Só assim será possível alcançar as amplas e entrelaçadas demandas da promoção de saúde.

Considerando o Ciclo de Políticas, proposto por Ball, e os dados coletados durante a pesquisa, afirmamos que o Programa Saúde na Escola (PSE) se caracteriza como uma política pública que foi idealizada mediante contexto de influência que é refletido em seus textos oficiais. No entanto, identificamos a necessidade de referências mais claras sobre a amplitude do que significa promover saúde. Ter a ideia conceitual da promoção de saúde defendida pela OMS e que foi formulada por meio de discussões por todo o mundo, minimizará a possibilidade de o Programa Saúde na Escola recair sobre propostas e

desenvolvimento de ações ainda com base assistencialista, individualizada desconectada dos microcontextos de cada município.

Figura 9 - Relação de pontos de destaque no desenvolvimento do PSE entre os contextos de Influência, Produção de Textos e Prática.

	CONTEXTOS		
	INFLUÊNCIA	PRODUÇÃO DE TEXTOS	PRÁTICA
Adequação à realidade local	✓	✓	✓
Planejamento das ações	✓	✓	✓
Aproximação comunidade / Sist. de saúde	✓	✓	⚠
Intersetorialidade	✓	✓	⚠
Suporte (verba, logística e treinamento)	✓	⚠	⚠
Conceito de promoção de saúde	✓	✗	✗

Fonte: Elaborado pelo próprio pesquisador.

A interpretação adequada desta política, com o desenvolvimento de todas as etapas baseado na intersetorialidade e com destaque para a promoção de saúde, além da prevenção e assistência, é um importante e complexa tarefa que está destinada aos atores envolvidos no processo. Baseados nos dados produzidos junto aos dirigentes municipais do território Médio Sudoeste da Bahia, consideramos que esta interpretação, em sua maioria, vem levando em conta os objetivos propostos, o que reforça a nossa classificação do PSE como um Programa de grande potencial. Assim, concluímos que esta seja uma política que deve ser tratada como de grande importância, tendo em vista a avaliação positiva que fizemos até aqui, contudo, entendemos ser importante, também, uma análise aprofundada do seu desenvolvimento individualmente, em cada município, analisando a participação dos demais atores envolvidos, pois acreditamos que as dificuldades pontuais poderão ser superadas e o seu alcance ampliado.

REFERÊNCIAS

- ALDRETE, M. G.; VALADEZ, I.; CABRERA, C.; MENDOZA, P.; PANDO, M. Y ARANDA, C. La Educación para la Salud en las Escuelas de Educación Básica. **Investigación en Salud**, v. IV, n.3, p.1-9, 2002.
- ALVES, V. S. Um modelo de educação em Saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface (Botucatu)**, v. 9, n. 16, p. 39-52, 2005.
- ANDRADE, L. O. M. **A saúde e o dilema da intersetorialidade**. 2005. 364 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2004.
- ARAÚJO, J. B. O.; SCALDAFERRI, M. M. S.; PIMENTEL, G. S. R. **Política Nacional de Saúde na Escola: O município de Itapetinga-Ba em discussão**. A educação e suas dimensões pedagógica, política, social e cultural 4. Editora Atena, 2019.
- ARRETCHE, M. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000200002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 abr. 2020.
- AKERMAN, Marco *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis e o suporte das ações intersetoriais no seu enfrentamento. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. 2014, v. 19, n. 11.
- ASSIS, A. M. O. O programa saúde da família: contribuições para uma reflexão sobre a inserção do Nutricionista na equipe multidisciplinar. **Rev. Nutr.**, v. 15, n. 3, p. 255-66, 2002.
- BALL, S. J. **Education reform: a critical and post structural approach**. Buckingham: Open University Press, 1994.
- BALL, S. J.; MAINARDES, J. **Políticas Educacionais: questões e dilemas**. São Paulo: Cortez, 2011.
- BALL, S.J.; BOWE, R. Subject departments and the “implementation” of National Curriculum policy: an overview of the issues. **Journal of Curriculum Studies**, London, v. 24, n. 2, p. 97-115, 1992.
- BALL, S. J.; MAGUIRE, M.; BRAUN, A. **Como as escolas fazem as políticas: atuação em escolas secundárias**. Ponta Grossa: Editora UEPG, 2016.
- BAPTISTA, G. Do cientificismo ao diálogo intercultural na formação do professor e ensino de ciências. **Interacções**, 31, 28-53, 2014.
- BAPTISTA, T. W. F.; REZENDE, M. A ideia de ciclo na análise de políticas públicas. *In*: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. (Org.). **Caminhos para análise das**

políticas de saúde. 2011. Disponível em: www.ims.uerj.br/pesquisa/ccaps. Acesso em: 15 abr. 2020.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 1979.

BELL, L.; STEVENSON, H. **Education policy: process, themes and impact.** London: Routledge, 2006.

BELTRÃO, G. G. B.; AGUIAR, J. V. A Concepção de saúde-doença nos anos iniciais do ensino fundamental: Uma abordagem histórica. **Revista Reamec**, v. 7, n. 3, p. 56-73. 2019.

BICUDO, F. A entrevista- testemunho: quando o diálogo é possível. **Revista Caros Amigos.** Disponível em: <http://observatorio.ultimosegundo.ig.com.br/artigos.asp?cod=333DACOO1>. Acesso em: 15 abr. 2020.

BOMFIM, N. R. **Noção Social do Território:** Em busca de um conceito didático em geografia: a territorialidade. Ilhéus: Editus, 2009.

BONETI, L. W. **Políticas Públicas por Dentro.** 2. ed. Local: Ed. Unijuí, 2007.

BOWE, R.; BALL, S.; GOLD, A. **Reforming education & changing schools: case studies in policy sociology.** London: Routledge, 1992.

BONZO, J.; PARCHOMA, G. **The paradox of social media and higher education institutions.** In: Proceedings of the 7th International Conference on Networked Learning, 2010.

BRANDÃO, R. E. A. **A implementação do Programa Saúde na Escola no território de Manginhos (RJ):** estratégias de privatização na política pública. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas em seres humanos: resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996. **O Mundo da Saúde**, v. 21, n. 1, p. 52-61, 1997.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros curriculares nacionais:** terceiro e quarto ciclos - apresentação dos temas transversais. Brasília, DF: Ministério da Educação e Cultura, 1998. 436p.

BRASIL. IEC/FIOCRUZ. **Promoção da saúde.** Declaração de Alma-Ata. Carta de Ottawa. Declaração de Adelaide. Declaração de Sundsvall. Declaração de Santafé de Bogotá. Declaração de Jacarta. Rede de Megapaíses. Declaração do México. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **Decreto nº. 6.286, de 5 de dezembro de 2007.** Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Diário Oficial da União 6 dez 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Programa Saúde na Escola.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.861 de 4 de setembro de 2008** - estabelece recursos financeiros pela adesão ao PSE para Municípios com equipes de Saúde da Família, priorizados a partir do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica - IDEB, que aderirem ao Programa Saúde na Escola–PSE. Diário Oficial da União, 5 set. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Saúde na Escola.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Informe da Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Educação. **Passo a Passo PSE. Programa Saúde na Escola: tecendo caminhos da intersetorialidade.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://189.28128.100/dab/docs/legislacao/passo_a_passo_pse.pdf. Acesso em: 23 set. 2019.

BRESSAN, S. **Fundamentos das Ciências Sociais.** Ijuí, RS: Ed. Unijuí, 2008.

BRONZO, C. L. **Intersetorialidade, autonomia e território em programas municipais de enfrentamento da pobreza: experiências de Belo Horizonte e São Paulo.** 2010. Disponível em: www.ipea.gov.br. Acesso em: 23 set. 2019.

BUSS P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p.163-177, 2000.

CAMPOS, L. G. R.; RIBEIRO, M. R. R. O método da bricolagem em pesquisa em saúde e enfermagem – construindo o caminho ao caminhar. **Texto Contexto Enferm**, 2017; 26(4):e2290017.

CARDOSO, M. **Ideologia do desenvolvimento: JK-JQ.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

CARMO, E. M.; SELLES, S. E. “Modos de Fazer” Elaborados por professores de biologia como produção de conhecimento escolar. **Revista Brasileira de Pesquisa em Educação em Ciências**, 18(1), 269–299. Abril 2018.

CARVALHO, A. M. M. **A inserção do profissional nutricionista no Sistema Único de Saúde: reflexões a partir da experiência de um município da região metropolitana de Porto Alegre – RS.** 2005. (Dissertação) - Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul, Porto Alegre- RS, 2005.

- CARVALHO, D. M. T. Financiamento da assistência médico-hospitalar no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 879-892, 2007. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232007000400010&script=sci_arttext&tlng=pt#ModalArticles. Acesso em: 14 set. 2019.
- CASTRO NETA, A. A.; CARDOSO, B. L. C.; NUNES, C. P. Desenvolvimento profissional e precarização do trabalho docente: perspectivas e (des)continuidades. **Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação**, Araraquara, v. 16, n. 3, p. 2067-2082, jul./set. 2021.
- CASTRO, F. G. *et al.* A Methodology for conducting integrative mixed methods research and data analyses. **Journal of Mixed Methods Research**, v. 4, n. 4, p. 342–360, 2010.
- CATRIB, A. M. F. *et al.* Saúde no espaço escolar. *In*: BARROSO, M. G. T.; VIEIRA, N. F. C.; VARELA, Z. M. V. (Orgs.). **Educação em saúde no contexto da promoção humana**. Fortaleza: Edições Demócrito Rocha, 2003.
- CAVALCANTI, P. B.; LUCENA, C. M. F.; LUCENA, P. L. C. Programa Saúde na Escola: interpelações sobre ações de educação e saúde no Brasil. **Textos & Contextos** (Porto Alegre), v. 14, n. 2, p. 387 - 402, ago./dez. 2015.
- CLARKE, J.; COCHRAN, A.; McLAUGHLIN, E. **Mission accomplished or unfinished business?** The impact of managerialization. London: Sage, 1994
- CLOSS, T. T. *et al.* **Articulação intersetorial entre atenção básica e educação: a escola como espaço de promoção de saúde**. 2013. Disponível em: <http://ebooks.pucrs.br/edipucrs/anais/sipinf/edicoes/I/15.pdf>. Acesso em: 3 mar. 2020.
- COSTA M. C. O.; BIGRAS, M. Mecanismos pessoais e coletivos de proteção e promoção da qualidade de vida para a infância e adolescência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 5, p.101-109, 2007.
- COSTA, R. V. Atenção à Saúde: Discussão Sobre os Modelos Biomédico e Biopsicossocial. **Psicologado**, Edição 03/2013. Disponível em: <https://psicologado.com.br/atuacao/psicologia-da-saude/atencao-a-saude-discussao-sobre-os-modelos-biomedico-e-biopsicossocial>. Acesso em: 3 mar. 2020.
- COUTINHO, J. G.; GENTIL, P. C.; TORAL, N. A desnutrição e obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição. **Cad Saude Publica**, v. 24, Supl 2, p. 332-40, 2008.
- CIAMPONE, M. H.; PEDUZZI, M. Planejamento Estratégico como Instrumento de Gestão e Assistência. **Manual de Enfermagem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- CZERESNIA, D. The concept of health and the difference between promotion and

- prevention. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, n. 4, p. 701-710, 1999.
- DAL-FARRA, R. A. P.; LOPES, T. C. Métodos Mistos de Pesquisa em Educação: pressupostos teóricos. **Nuances: estudos sobre Educação**, Presidente Prudente-SP, v. 24, n. 3, p. 67-80, set/dez. 2013.
- DENZIN, N. K. **The Research Act**. Chicago: Aldine, 1973.
- DENZIN, N. K. The life history method. *In: The Research Act: a Theoretical Introduction to Sociological Methods*. Nova York, 1977.
- DIAGNÓSTICO DA SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL DO ESTADO DA BAHIA. 2015. Grupo Governamental de Segurança Alimentar e Nutricional – GGSAN.
- EASTON D.; DENNIS J. The Child's Image of Government. The **ANNALS** of the American Academy of Political and Social Science. 1965;361(1):40-57.
- EBERHARDT, T. D.; REIS; L. F. Programa saúde na escola – PSE: estruturado de acordo com os princípios do sus? **Anais do 5º Seminário Nacional Estado e Políticas Sociais. As políticas Sociais nas transições Latinoamericanas no século XXI: Tendências e desafios**. 9 a 12/10/2011.
- FARIA, F. H. P. *et al.* Percepções de profissionais de saúde da família e de educação sobre a Promoção da Saúde no ambiente escolar. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 16, n. 2, abr/jun de 2013.
- FEUERWERKER, L. **Além do discurso de mudança da Educação Médica**. São Paulo: Hucitec, 2002.
- FIGUEIREDO, T. A. M.; MACHADO, V. L. T.; ABREU, M. M. S. A saúde na escola: um breve resgate histórico. **Cien Saude Colet.**, v. 15, n. 2, p. 397-402, 2010.
- FLICK, U.; VON KARDORFF, E.; STEINKE, I. (Orgs.) **O que é pesquisa qualitativa?** Uma introdução. Reinbek: Rowohlt. 2000.
- FONSECA JÚNIOR, W. C. F. **Análise de Conteúdo: Métodos e Técnicas de Pesquisa em Comunicação**. São Paulo: Atlas, 2005.
- FONTENELE, J. *et al.* Construção e validação participativa do modelo lógico do Programa Saúde na Escola. Saúde em **Debate** [online]. 2017, v. 41, n. spe
- GAVIDIA, V. La educación para la salud em los manuales escolares españoles. **Rev. Esp. Salud Publica**. v.77, n. 2, p. 275-285, 2003.
- GAVIDIA, V. El profesorado ante la educación y promoción de la salud em la escuela. **Didáctica de las Ciencias Experimentales y Sociales**, n. 23, p. 171-180, 2009.
- GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

- GOMES, M. de L. **Política Nacional de Promoção da Saúde: potência de transformação ou política secundária?** 2009. 88 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Formação Humana) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.
- GOMES, L. C. **O desafio da intersetorialidade: a experiência do Programa Saúde na Escola (PSE) em Manguinhos, no município do Rio de Janeiro.** 2012. 173 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.
- GRACIANO, A. M. de C. **Percepção de Professores sobre a promoção da Saúde em Escolas Públicas do Ensino Fundamental.** (Tese de Doutorado em Odontologia) - UFMG, Belo Horizonte, 2014.
- GUBERT F. A. *et al.* Tecnologias educativas no contexto escolar: estratégia de educação em saúde em escola pública de Fortaleza-CE. **Ver. Eletrônica enferm.**, p. 165-172, 2009.
- GUEDES, D. P.; GRODIN, L. M. Percepção de Hábitos Saudáveis por Adolescentes: Associação com Indicadores Alimentares, Prática de Atividade Física e Controle de Peso Corporal. **Rev. Bras. Cienc. Esporte.** Campinas, v. 24, n. 1, p. 23-45, set. 2002.
- HILL, M. M.; HILL, A. A construção de um questionário. **DINÂMIA** - Centro de Estudos sobre a Mudança Socioeconômica, 1998.
- IBGE. Divisão do Brasil em Mesorregiões e Microrregiões Geográficas. Vol I. Rio de Janeiro: Fundação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (FIBGE). Diretoria de Geociências (DGC) e Departamento de Geografia (DEGEO). Rio de Janeiro. 1990. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010.** Brasília (DF): IBGE; 2021.
- INOJOSA; R. M. Sinergia em Políticas e Serviços Públicos: Desenvolvimento Social com Intersetorialidade. **Cadernos FUNDAP**, São Paulo, v. 22, n. 1, p.102-110, 2001.
- JICK T. Mixing qualitative and quantitative methods: Triangulation in action. **Administrative Science Quarterly**, 24, 602–611, 1979.
- KIRK, J.; MILER, J. **Reliability and Validity in Qualitative Research.** Berverly Hills: Sage, 1986.
- LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. Técnicas de pesquisa. *In:* LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de Metodologia Científica.** 3. ed. São Paulo (SP): Atlas, 1991, p.195-200.
- LATOUR, B. **Ciências em Ação.** São Paulo: Unesp, 2000.
- LEAVELL, S.; CLARCK, E. G. **Medicina Preventiva.** São Paulo: McGraw-Hill, 1976.
- LEITE, M. M. J.; PRADO, C.; PERES, H. H. C. **Educação em Saúde: desafios para uma prática inovadora.** Série Educação em Saúde. 1. ed. São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora, 2010.

- LÉVI-STRAUS C. **O pensamento selvagem**. São Paulo, SP: Papyrus Editora, 2005.
- LIMOEIRO CARDOSO, M. **La construccion de conocimientos**. México: Era, 1977.
- LUPTON, D. **The Imperative of Health: public health and the regulated body**. Londres: Sage, 1995.
- LUPTON, D. **Risk: key ideas**. Londres: Routledge, 1999.
- MAINARDES, J.; MARCONDES, M.I. Entrevista com Stephen J. Ball: um diálogo sobre justiça social, pesquisa e política educacional. **Educação e Sociedade**, Campinas, v. 30, n. 106, 2009.
- MAINARDES, J. Abordagem do ciclo de políticas: uma contribuição para a análise de políticas educacionais. **Educ. Soc.**, Campinas, vol. 27, n. 94, p. 47-69, jan./abr. 2006.
- MAINARDES, J. A abordagem do ciclo de políticas: explorando alguns desafios da sua utilização no campo da Política Educacional. **Jornal de Políticas Educacionais**, Curitiba, v. 12, n. 16, p. 1-19, ago. 2018.
- MANO, M. A. A educação em saúde e o PSF resgate histórico, esperança eterna. **Bol Saúde**, v. 18, n. 1, p.195-202, 2004.
- MANZINI, E. J. **Entrevista: definição e classificação**. Marília: Unesp, 2004.
- MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M.; **Técnicas de pesquisa**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.
- MINAYO, M. C. S.; MINAYO-GÓMEZ, C. **Difíceis e possíveis relações entre métodos quantitativos e qualitativos nos estudos de problemas de saúde**. Rio de Janeiro: Fio Cruz, p. 117-43, 2003.
- MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. Ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
- MONNERAT, G. L; SOUZA, R. G. Política social e intersectorialidade: consensos teóricos e desafios práticos. **Revista SER Social**, Brasília, v.12, n.26, p. 200-220, jan./jun. 2009. Disponível em: http://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/1023/683. Acesso em: 20 set. 2020.
- MOORE, R. Back to the future: the problems of change and possibilities of advance in the sociology of education. **British Journal of Sociology of Education**, n.17, p. 145-162, 1996.
- MORAES, E. M. **Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

- MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 8.ed. São Paulo: Cortez, 2003.
- NAIDOO, J.; WILLS, J. Health Promotion – foundations for practice. London: **Baillière Tindall**, 1994.
- NEIRA, M. G.; LIPPI, B. G. **Tecendo a colcha de retalhos: a bricolagem como alternativa para pesquisa educacional**. Educ. Real [Internet], 2012.
- NONATO, E. R. S.; MATTA, A. E. R. **Caminhos da Pesquisa – Aplicação na Pesquisa em Educação. Pesquisa – Aplicação em Educação: Uma introdução**. 1. ed. São Paulo, 2018.
- NUNES, C. P.; OLIVEIRA, D. A. Trabalho, carreira, desenvolvimento docente e mudança na prática educativa. **Educ. Pesqui.**, São Paulo, v. 43, n.1, p. 65-80, jan./mar. 2017.
- NUNES, E. D. **Sobre a sociologia da saúde**. São Paulo: Hucitec, 1999.
- OLIVEIRA, E. G.; NUNES, C. P. Perfil e condições de trabalho do coordenador pedagógico no território sertão produtivo da Bahia. **Interfaces da Educ.**, Paranaíba, v.11, n.32, p. 353-377, 2020
- OLIVEIRA, H. M.; GONÇALVES, M. J. F. EDUCAÇÃO EM SAÚDE: uma experiência transformadora. **Rev Bras Enferm**, v. 57, n. 6, p. 761-3, 2004.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração de Santafé de Bogotá**. Bogotá, Colômbia, 9-12 de novembro de 1992. Disponível em: <http://http://www.ergonomianotrabalho.com.br/artigos/Santafe.pdf>. Acesso em: 03 abr. 2019.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Escuelas promotoras de la salud - entornos saludables y mejor salud para las generaciones futuras. **Comunicación para la salud**, n.13. Washington DC., 1998. Disponível em: <ftp://ftp.fao.org/docrep/fao/006/j0243m/j0243m03.pdf>. Acesso em: 03 abr. 2019.
- OZGA, J. Policy research and policy theory: a comment on Fitz na Halpin. **Journal of Education Policy**, v. 5, p. 359-362, 1990.
- PALAZZO, J.; GOMES, C.A.; PIMENTEL, G. S. R. La práctica em la formación de Educadores em Brasil: currículos fracturados. **Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado**. 2016
- PAPOULA, S. R. **O processo de trabalho intersetorial das Equipes de Saúde da Família no município de Petrópolis-RJ: fatores restritivos e facilitadores**. 2006. 186 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2006. Disponível em: <http://arca.icict.fiocruz.br/bitstream/icict/5255/2/814.pdf>. Acesso em: 19 fev. 2020.
- PEREIRA, I. M. T. B.; PENTEADO, R. Z.; MARCELO, V. C. Promoção de saúde e educação em saúde: uma parceria saudável. **Revista O Mundo da Saúde**, São Camilo,

v. 24, n.1, p. 39-44, 2000. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&nextAction=lnk&base=LILACS&exprSearch=264216&indexSearch=ID&lang=p>. Acesso em: 03 abr. 2019.

PETERSEN, A. Risk, governance and the new public health. *In*: PETERSEN, A.; BUNTON, R. (Eds.) **Foucault, Health and Medicine**. Londres/Nova Iorque: Routledge, 1997.

PIMENTEL, G. S. R. O Brasil e o desafio da educação e dos educadores na Agenda 2030 da ONU. **Rev. Nova Paideia - Revista Interdisciplinar em Educação e Pesquisa** Brasília/DF. 2019.

PIMENTEL, G. S. R.; PALAZZO, J.; de OLIVEIRA, Z. R. B. B. Os planos de carreira premiam os melhores professores? **Ensaio: aval. pol. públ. Educ.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 63, p. 355-380, abr./jun. 2009.

PIMENTEL, G. S. R.; OLIVEIRA, R. R. da SILVA; JESUS, M. G. S. **Questões sobre o IDEB: os resultados de municípios baianos**. In book: A gestão da educação na Bahia e os processos participativos em movimento. Publisher: Editora CRV. 2020.

PIMENTEL, A. The method of the documental anlysis: the use for a historiographycal research. **Cad Pesqui**. 2001. Disponível em: <http://publicacoes.fcc.org.br/ojs/index.php/cp/article/view/590/588> Portuguese. Acesso em: 06 jun. 2019.

POLIGNANO, M. V. **História das Políticas de Saúde no Brasil: uma pequena revisão**. Campo Grande: 2013.

POWER, S. The Detail and the Bigger Picture: the use of state-centred theory in explaining education policy and practice. **International Studies in sociology of Education**, v. 5 n. 1, p. 77-92, 1995.

PRUNTY, J. Signposts for a critical educational policy analysis. **Australian Journal of Education**, v. 29, n.2, p. 133-140, 1985.

PTDRS – Plano Territorial de Desenvolvimento Rural Sustentável. **Território do Médio Sudoeste**. Colegiado Territorial Médio Sudoeste da Bahia. 2016.

RAMPASO, D. A. L; DORIA, M.A.G. Teatro de fantoche como estratégia de ensino: relato da vivência. **Rev Bras Enferm**, p. 783-785, 2011.

RIBEIRO, J. L. L. S. A avaliação como uma política pública: aspectos da implementação do SINAES. *In*: LORDÊLO, J. A. C.; DAZZANI, M. V. (Org.). **Avaliação educacional: desatando e reatando nós**. Salvador: EDUFBA, 2009.

ROCHA, D.G.; MARCELO, V.C.; PEREIRA, I.M.T.B. Escola Promotora de Saúde: Uma Construção Interdisciplinar e Intersetorial. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 57-63, 2002. Acesso em: 14 dez. 2019.

ROCHA-BRISCHILIARI, S. C.; AGNOLO, C.M.D.; GRAVENA, A.A.F.; LOPES, T.C.R.; CARVALHO, M.D.B.; PELOSO, S.M. Doenças crônicas não transmissíveis e associação com fatores de risco. **Rev Bras Cardiol.** 2014; 27(1): 35-42.

RUIZ-MORENO, L. *et al.* Jornal Vivo: relato de uma experiência de ensino-aprendizagem na área da saúde. **Interface comum saúde educação**, v. 9, n. 16, p. 195-204, 2005.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. Documentary research: theoretical and methodological clues. **Rev Bras Hist Ciênc Sociais**, 2009. Disponível em: http://www.unisc.br/portal/upload/com_arquivo/pesquisa_documental_pistas_teoricas_e_metodologicas.pdf Portuguese. Acesso em: 3 abr. 2019.

SANTOS, D. de S. **Ações Intersetoriais de Educação e Saúde: entre teoria e prática.** 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-graduação do Departamento de Enfermagem das Faculdades de Ciências Médicas da universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2005.

SANTOS, A. C. A inserção do nutricionista na estratégia da saúde da família: o olhar de diferentes trabalhadores da saúde. **Fam Saude Desenv.** v. 7, n. 3, p. 257-65, 2005.

SCILIAR, M. História do conceito de saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SEPLAN – Secretaria de Planejamento do Estado da Bahia. **Plano Territorial de Desenvolvimento Rural Sustentável e Solidário Território do Médio Sudoeste - Bahia.** Dezembro, 2016. Disponível em: [www.seplan.ba.gov.br > File > PTDRSS_Medio_Sudoeste_Versao_Final](http://www.seplan.ba.gov.br/File/PTDRSS_Medio_Sudoeste_Versao_Final). Acesso em: 6 abr. 2019.

SHIROMA, E. O.; CAMPOS, R. F.; GARCIA, R. M. C. Decifrar textos para compreender a política: subsídios teórico-metodológicos para análise de documentos. **Perspectiva**, Florianópolis, 2005.

SIGERIST, H. The University at the Crossroad. **Henry Schumann Publisher.** Nova York: 1956.

SIGERIST, H. **Hitos en la História de la Salud Publica.** 4. ed. México: 1990.

SILVA, Q. T. A. da; CABALLERO, R. M. da S.; CECCIM, R. B. Qualificação da área de ensino e educação permanente em saúde: formação pedagógica para profissionais de serviços de saúde na modalidade residência. In: Congresso Nacional da Rede Unida (9.: 2010: Porto Alegre, RS) .[**Anais**]. Porto Alegre: Rede Unida, 2010. 2010.

SILVA, C. S.; BODSTEIN, R. C. A. Referencial teórico sobre práticas intersetoriais em Promoção da Saúde na Escola. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1777-1788, jun. 2016.

SILVA, P. F. A.; BAPTISTA, T. W. F. A Política Nacional de Promoção da Saúde: texto e contexto de uma política. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. esp., p. 91-104, dez. 2015.

SILVA, N. E. K. Limites do trabalho multiprofissional: estudo de caso dos centros de referência para DST/Aids. **Revista Saúde Pública**, v. 36, n. 4, 2002.

SILVA, C. dos S. **Promoção da saúde na escola: modelos teóricos e desafios da intersetorialidade no município do Rio De Janeiro**. 2010. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2010.

SILVA, P. L. B; MELO, M. A. B. **O processo de implementação de políticas públicas no Brasil: características e determinantes da avaliação de programas e projetos**. UNICAMP. 2000. Disponível em: http://governanca-egestao.files.wordpress.com/2008/05/teresa-aula_22.pdf. Acesso em: 15 abr. 2020.

SILVA, K. L.; RODRIGUES, A. T. Ações intersetoriais para promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: experiências, desafios e possibilidades. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 5, p. 762-769, set-out 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n5/11.pdf>. Acesso em: 3 abr. 2019.

SIPAC. Sistema de Informações do Patrimônio Cultural da Bahia. **Território de Identidade. Médio Sudoeste da Bahia**. Disponível em: <http://patrimonio.ipac.ba.gov.br/territorio/medio-sudoeste-da-bahia/>. Acesso em: 15 out. 2020.

STAKE, R. E. **A arte da investigação com estudos de casos**. Fundação Calouste Gulbenkian. Serviço de educação e bolsas. 2007.

SUPERINTENDÊNCIA DE ESTUDOS ECONÔMICOS E SOCIAIS DA BAHIA (SEI). **Salvador lidera o ranking e corresponde a 24,3% do PIB estadual**. Disponível em: http://www.sei.ba.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=1709:salvadorlidera-o-ranking-e-corresponde-a-243-do-pib-estadual&catid=3:destaques. Acesso em: 05 maio 2019.

SUTHERLAND, R.W.; FULTON, M. J. Health promotion. *In*: SUTHERLAND, R.W.; FULTON, M. J. **Health Care in Canada**. CPHA: Ottawa. 1992.

TAYLOR, S.; RIZVI, F.; LINGARD, B.; HENRY, M. **Educational policy and the politics of change**. London: Routledge, 1997.

VALADÃO, M. M. **Saúde na Escola: um campo em busca de um espaço na agenda intersetorial**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública. São Paulo – SP. 2004. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-12022007-152151/pt-br.php>. Acesso em: 26 set. 2021.

VIEIRA, A. M.; VIEIRA, R. **Mediações socioculturais: conceitos e contextos**. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The World Health Report 2006** - working together for health. Disponível em: http://www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf. Acesso em: 05 set. 2019.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. Trad. Daniel Grassi. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

APÊNCIDE A - QUESTIONÁRIO PARA DIRIGENTES DA EDUCAÇÃO E SAÚDE – PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE)

Este questionário é parte da pesquisa: **INTERSETORIALIDADE ENTRE EDUCAÇÃO E SAÚDE NAS POLÍTICAS PÚBLICAS: AÇÕES NOS MUNICÍPIOS DO MÉDIO SUDOESTE DA BAHIA**, desenvolvida por Murilo Marques Scaldaferrri, sob a orientação da Prof^a Dr^a Gabriela Sousa Rêgo Pimentel no Programa de Pós Graduação em Educação e Contemporaneidade (Doutorado) da Universidade do Estado da Bahia – UNEB. Esta pesquisa tem como objetivo analisar as percepções de dirigentes municipais, de educação e saúde, sobre as ações do Programa Saúde na Escola nos municípios do médio sudoeste da Bahia. Confiamos no seu profissionalismo, sinceridade e nos critérios adotados ao responder este questionário para que os resultados da pesquisa sejam válidos e fidedignos.

Afirmativas são apresentadas e o respondente é convidado a emitir o seu grau de concordância com aquela frase. Para isso, ele deve marcar a resposta que mais traduz sua opinião de acordo com a seguinte escala:

- 1) Concordo totalmente**
- 2) Concordo**
- 3) Discordo totalmente**
- 4) Discordo**
- 5) Sem opinião**

Cargo/Função:

() Secretário(a) de Educação () Secretário(a) de Saúde

Município _____

Sexo: _____ Idade _____

Escolaridade _____

Há quantos anos ocupa este cargo? _____

1 - O Programa Saúde na Escola (PSE), através da sua proposta oficial, apresenta com grande potencial para a promoção, prevenção e acompanhamento da saúde.

()1 ()2 ()3 ()4 ()5

2 - Os textos oficiais do Programa Saúde na Escola permitem que sejam feitas adequações para realidade de cada município para o desenvolvimento das ações propostas.

()1 ()2 ()3 ()4 ()5

3 - O material de apoio enviado pelo Governo Federal para o desenvolvimento das ações é suficiente e contribui para a execução do Programa.

()1 ()2 ()3 ()4 ()5

4 - A verba recebida pelos municípios é suficiente para o desenvolvimento do Programa.
()1 ()2 ()3 ()4 ()5

5 - A escolha dos temas pactuados é feita após reuniões entre os dirigentes e membros dos setores da Educação e Saúde.
()1 ()2 ()3 ()4 ()5

6 - As realidades sociais, culturais e econômicas do município são consideradas nos momentos de planejamento das ações que serão desenvolvidas pelo PSE.
()1 ()2 ()3 ()4 ()5

7 - As atividades desenvolvidas durante a execução do PSE são planejadas em conjunto entre membros dos setores da Educação e Saúde.
()1 ()2 ()3 ()4 ()5

8 - Existem reuniões frequentes entre os dirigentes e grupos de trabalho para planejamento e acompanhamento das ações do PSE.
()1 ()2 ()3 ()4 ()5

9 - Os membros dos grupos de trabalho que atuam nas ações do PSE recebem treinamento para o desenvolvimento de suas atividades.
()1 ()2 ()3 ()4 ()5

10 - Como proposto em seus textos oficiais, o Programa Saúde na Escola consegue aproximar o sistema de saúde à comunidade em seu município.
()1 ()2 ()3 ()4 ()5

11 - As ações coordenadas entre os setores de educação e saúde são fundamentais para o atendimento da proposta do Programa Saúde na Escola.
()1 ()2 ()3 ()4 ()5

12 - Coordenar e organizar ações intersetoriais (entre os setores de educação e saúde) é uma dificuldade durante a execução do PSE em seu município.
()1 ()2 ()3 ()4 ()5

13 – Escreva 3 pontos positivos e 3 pontos negativos do PSE

Pontos positivos:

1 _____

2 _____

3 _____

Pontos negativos:

1 _____

2 _____

3 _____

APÊNCIDE B – ROTEIRO DE ANÁLISE DOCUMENTAL

O **primeiro passo** para traçarmos o roteiro para análise dos dados foi a definição de uma proposição teórica. Assim, a análise do Ciclo de Políticas, proposto por Ball (1994), se tornou a base norteadora que guiou as etapas seguintes na busca pela caracterização dos Contextos da Influência, Produção dos Textos e Prática para análise do Programa Saúde na Escola.

O **segundo passo** então, ficou definido como a fase de conhecimento e determinação dos referidos Contextos que compõem o Ciclo de Políticas. Para tanto seguimos o seguinte critério:

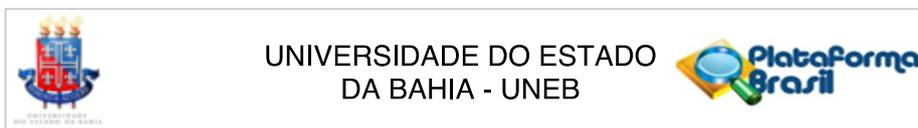
- a) **Contexto da Influência:** Levantamento realizado a partir de uma análise histórica de acontecimentos e documentos que estivessem relacionados a: 1-determinação e discussões sobre o conceito de promoção de saúde; 2-a utilização do ambiente escolar como local de destaque para se falar em saúde; 3-a abordagem do tema saúde nas escolas; 4-políticas públicas voltadas à promoção de saúde e 5-busca pelas ações intersetoriais (educação e saúde) visando a aproximação da comunidade ao atendimento à saúde.
- b) **Contexto da Produção de Textos:** A definição deste contexto foi realizada a partir da análise dos textos oficiais que direcionam as propostas do Programa Saúde na Escola (Decretos, Portarias e materiais de divulgação e apoio produzidos pelo Governo Federal).
- c) **Contexto da Prática:** Este contexto será descrito a partir da análise das respostas dadas pelos dirigentes municipais (Educação e Saúde) de cada município que compõe o território Médio Sudoeste da Bahia. Durante esta etapa buscaremos informações que nos esclareçam: 1- como acontecem as escolhas e adequações dos temas pactuados às realidades de cada município; 2-o que pensam sobre o material de apoio fornecido pelo governo; 3-se a verba destinada para o desenvolvimento das ações é suficiente ou um fator limitante; 4-como acontecem o planejamento e acompanhamento das ações; 5-se existe algum tipo de treinamento dos servidores municipais que atuarão no desenvolvimento das ações e 6-como avaliam as relações intersetoriais entre educação e saúde necessárias para o desenvolvimento do Programa.

Após a conclusão desta etapa teremos informações suficientes para passarmos para o **terceiro passo**, onde pretendemos fazer uma descrição do caso, o Programa Saúde

na Escola, desde as influências e acontecimentos que antecederam e interferiram na criação desta política, os textos oficiais que foram elaborados para instituir e guiar o Programa e, por fim, caracterizar o seu desenvolvimento sob a interpretação e orientação dos dirigentes.

No **quarto e último passo** confrontaremos todas as informações já levantadas buscando possíveis posicionamentos contrastantes, formulando assim, explicações rivais.

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



UNIVERSIDADE DO ESTADO
DA BAHIA - UNEB

Plataforma
Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INTERSETORIALIDADE ENTRE EDUCAÇÃO E SAÚDE NAS POLÍTICAS PÚBLICAS: AÇÕES NOS MUNICÍPIOS DO MÉDIO SUDOESTE DA BAHIA.

Pesquisador: Murilo Marques Scaldaferrri

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 39034120.5.0000.0057

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.447.896

Apresentação do Projeto:

Atrair a educação à saúde é uma estratégia promissora para combater uma série de problemas que afetam as populações. Esta deve ser uma estratégia a ser seguida em todas as esferas, do micro ao macro, desde rodas de conversas em reuniões de associações de moradores de um determinado bairro até elaboração de políticas públicas. O principal objetivo de uma política pública em educação e saúde deve ser a busca pelo estado de bem-estar geral. Deve ser feita por pessoas para pessoas. As dificuldades enfrentadas durante o processo de implementação podem ser determinantes para o fracasso de programas governamentais, por isso, consideramos fundamental essa discussão em nível da microgestão do governo. Conhecer programas de promoção da saúde e como as suas ações vem sendo desenvolvidas são ferramentas importantes nas discussões sobre a influência dessas políticas na mudança de vida das pessoas, considerando aspectos culturais, sociais, econômicos e políticos nos diferentes territórios do Brasil. Um bom exemplo é o Programa Saúde na Escola que busca estreitar as distâncias e fortalecer a relação entre os setores da Saúde e da Educação, buscando a aproximação com a sociedade e tornar mais eficientes as ações que vinham sendo desenvolvidas separadamente por esses setores. Diante disso, o objetivo deste projeto é analisar as percepções de dirigentes municipais sobre as ações do Programa Saúde na Escola nos municípios do médio sudoeste da Bahia. Para tanto, pretende-se, com uso de questionários e levantamento de documentos oficiais, entender como os dirigentes municipais (Secretários de Saúde e Educação) se apropriam das orientações oficiais do Programa

Endereço: Rua Silveira Martins, 2555
Bairro: Cabula **CEP:** 41.195-001
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3117-2399 **Fax:** (71)3117-2399 **E-mail:** cepuneb@uneb.br



Continuação do Parecer: 4.447.896

Saúde na Escola, planejam e desenvolvem ações que visam a promoção de saúde no ambiente escolar.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar as percepções de dirigentes municipais, de educação e saúde, sobre as ações do Programa Saúde na Escola nos municípios do médio sudoeste da Bahia.

Objetivo Secundário:

- a) Identificar fundamentos e mecanismos do Programa Saúde na Escola como política pública.
- b) Mapear os dados do Programa Saúde na Escola no contexto dos 13 municípios que constituem Território Médio Sudoeste da Bahia.
- c) Evidenciar a percepção que os dirigentes municipais, de educação e saúde, têm a respeito do Programa Saúde na Escola como política pública.
- d) Descrever as práticas adotadas pelos dirigentes municipais no contexto da educação municipal.
- e) Caracterizar as estratégias de planejamento e desenvolvimento das ações do Programa Saúde na Escola nos municípios do médio sudoeste da Bahia.
- f) Verificar as dificuldades e/ou facilidades enfrentadas diante da intersetorialidade entre as políticas de saúde e educação necessárias para o desenvolvimento do Programa em cada município.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e Benefícios informados conforme orienta a Resolução nº 466/12.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante e exequível.

A metodologia proposta bem como os critérios de inclusão e exclusão e cronograma são compatíveis com os objetivos propostos no projeto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

As declarações apresentadas são condizentes com as Resoluções que norteiam a pesquisa envolvendo seres humanos. Os pesquisadores envolvidos com o desenvolvimento do projeto apresentam declarações de compromisso com o desenvolvimento do projeto em consonância com a Resolução 466/12 CNS/MS, bem como com o compromisso com a confidencialidade dos participantes da pesquisa e as autorizações das instituições proponente e coparticipante.

O TCLE apresentado possui uma linguagem clara e acessível aos participantes da pesquisa e

Endereço: Rua Silveira Martins, 2555	CEP: 41.195-001
Bairro: Cabula	
UF: BA	Município: SALVADOR
Telefone: (71)3117-2399	Fax: (71)3117-2399
	E-mail: cepuneb@uneb.br



Continuação do Parecer: 4.447.896

atende ao disposto na resolução 466/12 CNS/MS contendo todas as informações necessárias ao esclarecimento do participante sobre a pesquisa bem como os contatos para a retirada de duvidas sobre o processo

Recomendações:

Recomendamos ao pesquisador atenção aos prazos de encaminhamento dos relatórios parcial e/ou final. Informamos que de acordo com a Resolução CNS/MS 466/12 o pesquisador responsável deverá enviar ao CEP- UNEB o relatório de atividades final e/ou parcial anualmente a contar da data de aprovação do projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após a análise com vista à Resolução 466/12 CNS/MS o CEP/UNEB considera o projeto como APROVADO para execução, tendo em vista que apresenta benefícios potenciais a serem gerados com sua aplicação e representa risco mínimo aos participantes, respeitando os princípios da autonomia, da beneficência, não maleficência, justiça e equidade.

Considerações Finais a critério do CEP:

Após a análise com vista à Resolução 466/12 CNS/MS o CEP/UNEB considera o projeto como APROVADO para execução, tendo em vista que apresenta benefícios potenciais a serem gerados com sua aplicação e representa risco mínimo aos sujeitos da pesquisa tendo respeitado os princípios da autonomia dos participantes da pesquisa, da beneficência, não maleficência, justiça e equidade. Informamos que de acordo com a Resolução CNS/MS 466/12 o pesquisador responsável deverá enviar ao CEP- UNEB o relatório de atividades final e/ou parcial anualmente a contar da data de aprovação do projeto.39034120,5.0000,0057

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1628380.pdf	07/10/2020 15:17:01		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_completo.pdf	07/10/2020 15:07:54	Murilo Marques Scaldaferrri	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_consentimento_livre_esclarecido.pdf	07/10/2020 15:07:24	Murilo Marques Scaldaferrri	Aceito

Endereço: Rua Silveira Martins, 2555
Bairro: Cabula CEP: 41.195-001
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3117-2399 Fax: (71)3117-2399 E-mail: cepuneb@uneb.br



UNIVERSIDADE DO ESTADO
DA BAHIA - UNEB



Continuação do Parecer: 4.447.896

Outros	Termo_de_confidencialidade.pdf	07/10/2020 15:02:20	Murilo Marques Scaldaferri	Aceito
Outros	Termo_de_compromisso_do_pesquisador.pdf	07/10/2020 14:56:06	Murilo Marques Scaldaferri	Aceito
Outros	termo_de_autorizacao_institucional_da_propONENTE.pdf	07/10/2020 14:54:32	Murilo Marques Scaldaferri	Aceito
Outros	Declaracao_de_concordancia_com_o_desevolvimento_do_projeto_de_pesquisa.pdf	07/10/2020 14:52:38	Murilo Marques Scaldaferri	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	07/10/2020 14:48:44	Murilo Marques Scaldaferri	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 08 de Dezembro de 2020

Assinado por:

WARLEY KELBER GUSMÃO DE ANDRADE
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Silveira Martins, 2555

Bairro: Cabula

CEP: 41.195-001

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3117-2399

Fax: (71)3117-2399

E-mail: cepuneb@uneb.br