



UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO DE JANEIRO



Escola de Enfermagem Anna Nery
(EEAN)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE MEDICINA
INSTITUTO DE ATENÇÃO À SAÚDE SÃO FRANCISCO DE ASSIS
MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

LARISSA GABRIELLA DE SOUZA SÁ

O TRABALHO EM SAÚDE NAS ESCOLAS: tecendo redes e relações

Rio de Janeiro
2017

LARISSA GABRIELLA DE SOUZA SÁ

O TRABALHO EM SAÚDE NAS ESCOLAS: tecendo redes e relações

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Atenção Primária à Saúde, da Universidade Federal do Rio de Janeiro como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Valeria Ferreira Romano

Área de concentração: Atenção Primária à Saúde.

Rio de Janeiro
2017

Sá, Larissa Gabriella de Souza

O trabalho em saúde nas escolas: tecendo redes e relações. / Larissa Gabriella de Souza Sá. - Rio de Janeiro: UFRJ / Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis - HESFA, 2017.

86 f.; il; 31 cm.

Orientadora: Valeria Ferreira Romano.

Dissertação (mestrado) – UFRJ, Faculdade de Medicina, Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis – HESFA, Mestrado Profissional de Atenção Primária a Saúde, 2017.

Referências bibliográficas: f. 77-86.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Estratégia Saúde da Família. 3. Saúde Escolar. 4. Educação em Saúde. 5. Colaboração intersetorial. 6. Estudos de casos. 7. Assistência Primária à Saúde - Tese. I. Romano, Valeria Ferreira. II. UFRJ, FM, Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis- HESFA. III. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
PROGRAMA MESTRADO PROFISSIONAL
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE



ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM SAÚDE COLETIVA, ÁREA DE CONCENTRAÇÃO ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Às 14 horas do dia 30 de outubro de 2017, teve início a Defesa de Dissertação para a obtenção do Grau de Mestre em **Saúde Coletiva**, área de Concentração: **Atenção Primária à Saúde**, na Linha de Pesquisa: Educação e saúde: tendências contemporâneas da educação, competências e estratégias de formação profissional em Atenção Primária à Saúde. A dissertação intitulada "O Trabalho em Saúde nas Escolas: Tecendo Redes e Relações" foi apresentada pela candidata Larissa Gabriella de Souza Sá, regularmente matriculada no Curso de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro/Hesfa, sob registro nº 115211617 (SIGA). A banca de examinadoras foi composta pelas doutoras: Valéria Ferreira Romano (CPF 665.763.697-00, Maria Paula Cerqueira Gomes (CPF:956901827-53), Mariana Leal Rodrigues (CPF029.413.677-05) em sessão pública, no prédio do HESFA, no Auditório/HESFA, sito a Av Presidente Vargas, 2863 - Cidade Nova, Rio de Janeiro. Após a exposição em sessão pública, de cerca de trinta minutos, o candidato foi, a seguir, arguido oralmente. Os membros da banca deliberaram, então, considerando a presente dissertação (X) APROVADA () REPROVADA () APROVADA COM RESTRIÇÃO. A banca emitiu o seguinte parecer:

Dissertação cumpriu com seus objetivos.

Na forma regulamentar esta ata foi lavrada e assinada pelos membros da Banca e pela aluna examinada.

Presidente/Orientadora: *[Assinatura]*

1ºExaminadora: *Maria Paula Cerqueira Gomes*

2ºExaminadora: *[Assinatura]*

Candidata: *Larissa Gabriella de Souza Sá*

Aos trabalhadores do SUS.

Que sejamos diariamente capazes de reconhecer e potencializar a nossa força.

AGRADECIMENTOS

A Deus, à vida e às oportunidades e encontros que eles têm me proporcionado.

Aos meus pais, por serem eternos exemplos de amor e dedicação.

Ao meu companheiro, Marcelo, por se traduzir de forma plena no significado de companheirismo.

À minha filha, Luiza, que tem se tornado um ser humano formidável, pelo qual nutro orgulho e admiração sempre crescentes. Apesar da pouca idade, soube ser uma grande amiga e compreender os momentos de renúncia e distanciamento.

Aos meus amigos FOCAS! Queridos que foram força e amor nesta trajetória.

Aos meus amigos companheiros de residência médica, que me incentivaram a percorrer este caminho. Bruno, meu maior incentivador e grande inspiração. Anderson, o melhor R1, que esteve tão de perto apoiando o percurso.

Aos profissionais com os quais tive a honra de trabalhar em minha trajetória profissional, incluindo aqueles que fizeram parte deste estudo, e que me ensinaram e ensinam a cada novo dia.

À Valéria, minha orientadora, doce, paciente e encorajadora.

Gosto de ser gente porque, mesmo sabendo que as condições materiais, econômicas, sociais e políticas, culturais e ideológicas em que nos achamos geram quase sempre barreiras de difícil superação para o cumprimento de nossa tarefa histórica de mudar o mundo, sei também que os obstáculos não se eternizam.

Paulo Freire

RESUMO

O presente estudo explora e analisa as relações estabelecidas entre profissionais de uma Equipe de Saúde da Família (ESF) e os profissionais da escola, em seu território adscrito no desenvolvimento de atividades relacionadas ao Programa Saúde na Escola. Trata-se de uma análise qualitativa e exploratório, no formato de um estudo de caso. O estudo foi desenvolvido no território de Manguinhos, bairro situado na Zona Norte da cidade do Rio de Janeiro. O percurso metodológico envolveu coleta de dados entre os meses de abril a junho de 2017 em três momentos: grupo focal com os profissionais da ESF; entrevistas semiestruturadas com os profissionais da escola; observação participante de atividades de educação em saúde realizadas pela ESF na escola. Os dados foram explicados segundo a técnica da Análise de Conteúdo proposta por Bardin, resultando no levantamento de cinco categorias temáticas: um encontro oportuno: a equipe de saúde da família e a escola; o papel da saúde na escola; os obstáculos na realização do trabalho em saúde na escola; influências da gestão e das políticas no processo de trabalho; planejamento e atuação intersetorial. Os resultados indicam que o Programa Saúde na Escola tem sido relevante no sentido de incentivar a interlocução e a atuação conjunta entre a ESF e os profissionais da escola, visando o desenvolvimento integral dos estudantes, sendo, no entanto, ainda consideráveis os desafios no contexto de desenvolvimento do Programa na prática dos profissionais. Há que se intensificar o debate e as práticas que fortaleçam a formação de redes e relações entre os trabalhadores, tanto do ponto de vista intra quanto intersetorial, visando à produção do cuidado e à transformação social como finalidade dos serviços de saúde.

Palavras-chave: Relações intersetoriais. Trabalho em Saúde. Educação em saúde.

ABSTRACT

The present study explores and analyzes the relationships established between professionals of a Family Health Team (FHT) and the professionals of the school, in its territory assigned in the development of activities related to the School Health Program. This is a qualitative and exploratory analysis, in the form of a case study. The study was developed in the territory of Manguinhos, a neighborhood located in the North Zone of the city of Rio de Janeiro. The methodological course involved data collection between April and June 2017 in three moments: a focus group with FHT professionals; semi-structured interviews with school professionals; participant observation of health education activities conducted by the FHT in the school. The data were explained according to the technique of Content Analysis proposed by Bardin, resulting in the collection of five thematic categories: a timely meeting: the family health team and the school; the role of health in school; the obstacles to health work at school; management and policy influences in the work process; planning and intersectoral action. The results indicate that the Health in the School Program has been relevant in order to encourage the interlocution and joint action between the FHT and the school professionals, aiming at the integral development of the students, being, however, still considerable challenges in the context of development of the Program in the practice of professionals. It is necessary to intensify the debate and the practices that strengthen the formation of networks and relations between workers, both from the intra-intersectorial point of view, aiming at the production of care and social transformation as a purpose of health services.

Keywords: Intersectoral relations. Health Work. Health Education.

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

AP – Área de Planejamento.
APS – Atenção Primária à Saúde.
CAP – Coordenadoria de Áreas de Planejamento.
CDS – Coordenadoria de Desenvolvimento Social.
CRE – Coordenadorias Regionais de Educação.
CSEGSF – Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria
DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis.
EDI – Espaço de Desenvolvimento Infantil.
ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca.
EPS – Escola Promotora da Saúde.
eSF - Equipe de Saúde da Família.
ESF – Estratégia Saúde da Família.
FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz.
GTI – Grupo de Trabalho Intersetorial.
GTI-E – Grupo de Trabalho Intersetorial Estadual.
GTI-M – Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal.
HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica.
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal.
IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.
MEC – Ministério da Educação.
MS – Ministério da Saúde.
NSEC – Núcleo de Saúde na Escola e na Creche.
OMS – Organização Mundial da Saúde.
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde.
PAC – Programa de Aceleração do Crescimento.
PMSEC – Plano Municipal de Saúde na Escola e na Creche.
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica.
PNE – Plano Nacional de Educação.
PNPS – Política Nacional de Promoção da Saúde.
PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento.
PSE – Programa Saúde na Escola.
PSF – Programa Saúde da Família.
SMDS – Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social.
SME – Secretaria Municipal de Educação.
SMS – Secretaria Municipal de Saúde.
SPE – Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas.
SUS – Sistema Único de Saúde.
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
TEIAS – Território Integrado de Atenção à Saúde.
UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro.
UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação a Ciência e a Cultura.
UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância.
UPA – Unidade de Pronto Atendimento.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Espacialização do município do Rio de Janeiro evidenciando a Região Administrativa X 39

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Plano PSE de metas municipais	26
Quadro 2 – Linha do tempo de publicações relacionadas ao PSE	27
Quadro 3 – Cartas das Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde (1988 - 2005)	29
Quadro 4 - Roteiro para as entrevistas com os profissionais da escola	43
Quadro 5 - Roteiro para as entrevistas com os profissionais da escola	44
Quadro 6 – Componentes do PSE Carioca	50

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

1. PASSOS INICIAIS	12
1.1. Objetivo geral	15
1.2. Objetivos específicos	15
2. MARCOS TEÓRICOS	17
2.1. Atenção primária à saúde e a Estratégia Saúde da Família	17
2.2. A saúde na escola	20
2.3. Promoção da saúde e educação em saúde: aproximações teóricas e divergências conceituais	27
2.4. O trabalho em saúde e a intersetorialidade	32
3. CAMINHOS METODOLÓGICOS	37
3.1. Universo de estudo	38
3.2. Aspectos éticos	41
3.3. Coleta de dados	42
3.4. Análise de dados	45
4. CONTOS SOBRE UM ENCONTRO REAL: A SAÚDE, A ESCOLA E UM ESTUDO DE CASO	48
4.1. As particularidades do PSE no Rio de Janeiro e em Manguinhos	48
4.2. Uma equipe de Saúde da Família em uma comunidade vulnerável	52
4.3. Uma escola, seus profissionais e seus alunos	54
4.4. Um encontro oportuno: a equipe de saúde da família e a escola	55
5. DESCOBERTAS E NOVOS SENTIDOS	59
5.1. O papel da saúde na escola	59
5.2. Os obstáculos na realização do trabalho em saúde na escola	65
5.3. Influências da gestão e das políticas no processo de trabalho	69
5.4. Planejamento e atuação intersetorial	72
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
REFERENCIAS	78

1. PASSOS INICIAIS

Desde os tempos da Reforma Sanitária Brasileira há um cenário de constantes lutas e resistência na afirmação e no fortalecimento de um sistema de saúde universal, pautado pela integralidade e pela equidade. Frente a esse cenário, produzir esta dissertação, ler, pesquisar, pensar, refletir, agir representaram um novo marco pessoal de crescimento, construção e fortalecimento, florescendo considerações sobre a profissional que sou e que quero ser, bem como sobre a sociedade que podemos construir. Partiremos, portanto, daquele que acredito ser um dos direitos humanos fundamentais e ao qual tenho me dedicado em minha trajetória profissional: a saúde.

Diariamente, em diferentes atividades, expressamos compreensões diversas sobre o que são saúde e doença. Ao longo dos anos, tanto no meio acadêmico, quanto na sociedade a saúde vem tendo sua concepção debatida e revisada, percorrendo um caminho que vai desde o seu entendimento como a simples ausência de doença até as atuais compreensões ampliadas, que percebem a saúde em sua complexidade a partir da interação de diversos fatores (BATISTELLA, 2007).

Discussões atuais apontam que a saúde é um fenômeno humano, e não apenas um fato biológico, de forma que possui sua determinação ligada a uma multiplicidade de fatores, como a combinação genética, o ambiente, o trabalho e comportamentos que são cultural ou socialmente influenciados. Esta determinação está também relacionada à natureza da atenção à saúde oferecida. Assim, as características dos sistemas de saúde, da mesma forma que a educação, alimentação, trabalho e moradia, são fundamentais na determinação da saúde das populações, sendo os sistemas com forte referencial na Atenção Primária à Saúde (APS) mais efetivos, satisfatórios e equitativos (OMS, 1978; NOGUEIRA, 2010; TAKEDA, 2013; STARFIELD, 2002).

Em 1978 foi realizada na cidade de Alma Ata a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, que culminou com a formulação da Declaração de Alma Ata, documento estabelecendo estratégias para se alcançar “saúde para todos no ano 2000”. Esta declaração amplia a visão do cuidado em saúde e incentiva o envolvimento da população, valorizando a APS como componente central para que a comunidade mundial possa alcançar um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva. (MATA; MOROSINI, 2008. OMS, 1978).

No Brasil, a APS, aqui chamada de Atenção Básica, é desenvolvida com alto grau de descentralização e capilaridade, e a Estratégia Saúde da Família (ESF) foi adotada como

forma de reorganização da atenção primária à saúde brasileira, de acordo com preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS) (Ministério da Saúde, 2012; CAMPOS et al., 2010).

A ESF traz em seu escopo um conjunto de diretrizes, como o trabalho em equipe multiprofissional e de base territorial, promoção e prevenção à saúde. De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), dentre as atuações previstas para a ESF está a atuação intersetorial, condição para uma APS abrangente e para manutenção do compromisso com a integralidade, sendo as Equipes de Saúde da Família (ESF) as grandes responsáveis pelo desenvolvimento de ações como, por exemplo, as de educação em saúde em seus territórios adscritos (Ministério da Saúde, 2012; CAMPOS et al., 2010).

Buscando integrar as redes públicas de saúde e ensino no enfrentamento de vulnerabilidades que comprometem o desenvolvimento de crianças, adolescentes, jovens e adultos estudantes, o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Educação (MEC) instituíram, a partir do Decreto N.º 6.286, de 5 de dezembro de 2007 o Programa Saúde na Escola (PSE) (Decreto N.º 6.286/2007). Este Programa tem por finalidade contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde, privilegiando as escolas como espaços de práticas dessas ações. Constitui ainda a estratégia para a integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de educação e de saúde, colocando em evidência o papel das equipes de saúde da família e da educação básica (Ministério da Saúde/Ministério da Educação, 2015).

A articulação das redes públicas de saúde e de educação para o desenvolvimento das ações do PSE implica mais do que ofertas de serviços num mesmo território, pois deve propiciar a sustentabilidade das ações a partir da conformação de redes de corresponsabilidade (Ministério da Saúde, 2011). Assim, faz-se necessário questionar de que forma esses serviços se relacionam e qual o padrão comunicacional estabelecido entre estas equipes (Ministério da Saúde/Ministério da Educação, 2015).

Os papéis e as relações na busca desta articulação, no entanto, não têm sido fáceis ou claros. Barroso e Moraes (2016) apontam que um dos grandes desafios do PSE se constitui em fazer da articulação entre escola e rede básica de saúde a base do programa, enquanto Venturi (2013) evidencia que, se por um lado há falta de capacitação dos professores, por outro há desconhecimento dos profissionais de saúde quanto ao seu papel no desenvolvimento de atividades de educação em saúde.

Neste contexto é que se insere o percurso que motivou a presente análise, iniciada com meu desejo de estudar e trabalhar questões relacionadas à educação em saúde, o qual vem me acompanhando há alguns anos, desde a graduação em Medicina, no estado de Alagoas.

Recordo-me dos anos do vestibular e do interesse pela Medicina, advindo da crença de que a profissão a qual iria me dedicar deveria servir como instrumento de transformação social. Seguiram-se os primeiros anos da graduação e a satisfação pelos contatos iniciais com usuários do SUS, sendo atribuída a tarefa de realizar atividades de educação em saúde direcionadas a grupos prioritários da Estratégia Saúde da Família: gestantes, hipertensos, diabéticos, entre outros. Trabalhando em grupos de estudantes, nossa proposta de atividades limitava-se à realização de palestras “educativas”, pensadas, propostas e realizadas a partir da nossa própria perspectiva, desconsiderando realidades e necessidades locais e sujeitos envolvidos. Nesse contexto, faz-se importante ressaltar que com pouca ou nenhuma interação com estudantes de outras áreas da saúde. Ainda assim, apesar da falta de clareza a respeito da discussão teórica em torno do tema e das limitações de nossas propostas, acreditávamos no poder transformador da educação em saúde. Ao longo dos anos de graduação, o contato com a comunidade já não mais fazia parte da nossa realidade, e a interação com os pacientes foi sendo limitada ao consultório e às enfermarias do hospital, onde predominavam a queixa, o diagnóstico e o tratamento, sempre centrados na doença.

O desejo e a necessidade de trabalhar com pessoas, expandido o olhar para além das questões do consultório, me levaram ao Rio de Janeiro, onde os Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade estavam em notória expansão. No período de março de 2014 a fevereiro de 2016, cursei a residência em Medicina de Família e Comunidade, na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/FIOCRUZ), em parceria com a Universidade Federal do Rio de Janeiro. Durante a residência, os temas do trabalho em saúde, da intersectorialidade e da educação em saúde foram se conformando enquanto questões de estudo. A atuação como médica de uma equipe da Estratégia Saúde da família, pouco experiente, em uma comunidade vulnerável de uma grande cidade, levou à clara percepção da limitação das práticas de saúde individuais e restritas ao consultório na transformação da situação em saúde da população, estimulando em mim o trabalho em equipe intersectorial e o planejamento de práticas relacionadas à educação em saúde, em especial nas escolas e espaços comunitários. Este estímulo deu-se corroborando Vasconcelos (2001), que entende a educação como uma forma de reorientação da globalidade das práticas em saúde, fortalecendo o vínculo e a comunicação com a comunidade. Neste sentido, apareceram com destaque especial ao longo da minha trajetória as ações propostas pelo Programa Saúde na Escola, norteadoras da maior parte das ações realizadas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família nas escolas de seus territórios adstritos.

Já cursando o Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, na Universidade Federal do Rio de Janeiro, e tendo em mente o tema da educação em saúde como proposta de estudo, os levantamentos bibliográficos que realizei buscavam avidamente por respostas para questões como “de que forma podemos realizar atividades de educação em saúde na escola que sejam efetivas no sentido de transformação da situação em saúde?”. Nesta busca, pude observar que os estudos acerca do tema se concentravam em debater políticas públicas e relações intersetoriais institucionais, pouco considerando o ponto de vista e o papel daquele que, na prática, executa as ações: o trabalhador. Ainda pensando no trabalhador, identifiquei, ao longo de minha trajetória na APS do município do Rio de Janeiro, dificuldades nas relações estabelecidas entre profissionais, tanto na área da, como nas escolas, que prejudicavam a realização de atividades de educação em saúde, mas que para mim não estavam claras.

Desta forma, configurou-se meu interesse pelo estudo do trabalho em saúde nas escolas, partindo do ponto de vista da relação entre as equipes de saúde da família e profissionais que atuam nas escolas. Este interesse culminou no presente estudo, que traz os seguintes objetivos:

1.1. Objetivo geral

- Analisar a dinâmica das relações estabelecidas entre profissionais da saúde e da educação, a partir do trabalho com o Programa Saúde na Escola, realizado por uma equipe da Estratégia Saúde da Família do bairro de Manguinhos, Rio de Janeiro.

1.2. Objetivos específicos

- Descrever as atividades de educação em saúde realizadas pela ESF na escola em estudo;
- Identificar a percepção dos profissionais de saúde e profissionais da educação sobre as atividades de educação em saúde realizadas na escola estudada;
- Identificar percepção de profissionais da saúde e profissionais da educação sobre a dinâmica das relações entre si.

A partir desses objetivos, aprofundou-se a busca pelos marcos teóricos e foram estruturados os caminhos metodológicos à procura de resultados que serão explicitados ao longo desta dissertação. Desta maneira, o texto foi estruturado em seis capítulos.

Este **Primeiro Capítulo** tratou dos passos iniciais que levaram à construção desta dissertação, incluindo uma apresentação e os objetivos gerais e específicos da pesquisa.

O **Segundo Capítulo** evidencia os marcos teóricos utilizados ao longo do estudo, quais sejam: Atenção Primária à Saúde, Estratégia Saúde da Família, Promoção da Saúde, Educação em Saúde, Saúde na Escola, Trabalho em Saúde e Intersetorialidade.

O **Terceiro Capítulo** marca o que denominamos de caminhos metodológicos percorridos, compreendendo uma descrição geral do cenário de estudo, aspectos éticos, coleta e análise de dados.

O **Quarto Capítulo** traz a discussão do caso estudado, englobando uma exposição mais detalhada do cenário de realização do estudo, além de realizar um diálogo mais pormenorizado sobre a primeira categoria temática. Esta primeira categoria temática, sendo resultado de pesquisa, ficou destacada das demais categorias temáticas descritas no capítulo cinco, principalmente porque compõe um artifício de construção de texto que prioriza a fluência e a coerência do pensamento da pesquisadora, facilitando, assim, a compreensão do leitor.

O **Quinto Capítulo**, contendo as demais categorias temáticas, faz parte dos resultados e discussão da pesquisa. Por fim, o **Sexto Capítulo** aborda as considerações finais.

2. MARCOS TEÓRICOS

Em 1920, após a Primeira Guerra Mundial, foi elaborado, a pedido do governo inglês, um relatório buscando uma nova forma de organização dos serviços de saúde que influenciaria a criação do sistema nacional de saúde britânico. O documento, conhecido como Relatório Dawson, tratava da organização de serviços de saúde, distinguindo três tipos principais de serviços por nível de complexidade sob uma base geográfica definida. Foram descritas as funções de cada nível e proposto vínculos formais entre os mesmos, fornecendo, posteriormente, a base para a organização dos serviços de saúde em diversos países (MINISTRY OF HEALTH, 1920; STARFIELD, 2002; KUSHNIR; CHORNY, 2010; LAVRAS, 2011).

2.1. Atenção Primária à Saúde e a Estratégia Saúde da Família

O Relatório Dawson propunha serviços domiciliares apoiados por centros de saúde primários como a porta de entrada do sistema, estando o *general practitioner* (médico generalista) acessível aos seus pacientes, incorporando em seu trabalho a medicina preventiva e curativa. Os centros de saúde secundários, onde estariam localizadas equipes de especialistas, receberiam pacientes referenciados pelos centros primários por dificuldade diagnóstica ou necessidade de equipamentos especializados. Ligados aos centros secundários estariam os hospitais de ensino, responsáveis por receber casos incomuns ou que necessitassem de conhecimentos ou equipamentos especializados (MINISTRY OF HEALTH, 1920).

O Relatório Dawson constitui um marco da Atenção Primária à Saúde, sendo um dos primeiros documentos a utilizar o conceito de APS em uma perspectiva de organização regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde (LAVRAS, 2011).

Em setembro de 1978 foi realizada a "Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde" em Alma Ata, na antiga União Soviética, em um contexto que envolvia uma crise monetária internacional, bem como a crescente elevação dos gastos com saúde em muitos países que necessitavam repensar seus modelos assistenciais e a utilização de recursos (GIL, 2006).

Desta conferência resultou a Declaração de Alma Ata, documento propondo que até o ano 2000 todos os povos do mundo atingissem um nível de saúde que lhes permitisse levar

uma vida social e economicamente produtiva, sendo os cuidados primários de saúde a chave para que essa meta fosse atingida. Assim, a Atenção Primária à Saúde foi definida como:

[...] cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constitui a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OMS, 1978, p.1-2).

Para Starfield (2002), a declaração de Alma Ata desencadeou uma série de atividades que tiveram grande impacto sobre o pensamento a respeito da APS e especificou que seus componentes fundamentais eram:

[...] educação em saúde, saneamento ambiental, especialmente de água e alimentos; programas de saúde materno-infantis, inclusive imunizações e planejamento familiar; prevenção de doenças endêmicas locais; tratamento adequado de doenças e lesões comuns; fornecimento de medicamentos essenciais; promoção de boa nutrição; e medicina tradicional (STARFIELD, 2002, p.31).

Em 2007, no documento *Renewing Primary Health Care in the Americas*, a Organização Pan-americana da Saúde reitera a posição de que basear sistemas de saúde na APS é a melhor abordagem para a melhoria da saúde dos povos das Américas, definindo um sistema de saúde com base na APS como uma abordagem abrangente para a organização e funcionamento dos sistemas de saúde, cujo principal objetivo é o direito ao mais alto nível possível de saúde. Tal sistema seria guiado pelos princípios da APS de resposta às necessidades de saúde das pessoas, orientação para a qualidade, transparência governamental, justiça social, sustentabilidade, participação e intersectorialidade. Seria também composto por um conjunto central de elementos funcionais e estruturais que garantiria a cobertura universal e o acesso a serviços que são aceitáveis para a população, fornecendo cuidados integrados e adequados ao longo do tempo, enfatizando promoção da saúde e prevenção, assegurando os primeiros contatos e tendo as famílias e as comunidades como sua base de planejamento e ação (PAHO, 2007).

Para Mendes (2009), os sistemas de atenção à saúde baseados numa forte orientação para a atenção primária à saúde são:

[...] mais adequados porque se organizam a partir das necessidades de saúde da população; mais efetivos porque são a única forma de enfrentar a situação epidemiológica de hegemonia das condições crônicas e por impactar significativamente os níveis de saúde da população; mais eficientes porque apresentam menores custos e reduzem procedimentos mais caros; mais equitativos porque discriminam positivamente grupos e regiões mais pobres e diminuem o gasto do bolso das pessoas e famílias; e de maior qualidade porque colocam ênfase na promoção da saúde e na prevenção das condições de saúde e porque ofertam tecnologias mais seguras (MENDES, 2009, p.20).

No Brasil, a Atenção Básica foi o termo adotado pelo Ministério da Saúde para se referir à Atenção Primária à Saúde. Esta teve sua consolidação na década de 1990, com a implantação do Programa Saúde da Família (PSF), posteriormente chamado de Estratégia Saúde da Família (ESF) (MENDES, 2009; HARZHEIM; MENDONÇA, 2013; CAMPOS et al, 2010).

A despeito de críticas que consideravam o risco de que esta implantação do PSF resultasse em políticas reducionistas da saúde para populações marginalizadas, este Programa despontou visando à reorientação do modelo assistencial à saúde brasileiro (ALVES, 2005; GIL, 2006).

Assim, o modelo assistencial trata-se de “uma dada forma de combinar técnicas e tecnologias para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas. É uma razão de ser, uma racionalidade, uma espécie de ‘lógica’ que orienta a ação” (PAIM apud ALVES, 2005, p. 40). Atualmente, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) vigente no Brasil caracteriza a atenção básica como:

[...] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012, p.19).

Além disso, traz em seus princípios e diretrizes a menção ao trabalho multiprofissional em equipe de base territorial, a longitudinalidade e a construção de vínculo entre profissionais e usuários, e a caracterização como porta de entrada da rede de atenção.

Já a ESF trata-se da estratégia de reorganização da atenção básica no país, implantada através do trabalho realizado por equipe multiprofissional com responsabilidade sanitária por um território de referência – as Equipes de Saúde da Família (eSF). Assim, percebe-se que

Atenção Básica e a Estratégia Saúde da Família estão intimamente interligadas, mas não correspondem a sinônimos. A ESF é compreendida como:

[...] estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (Ministério da Saúde, 2012, p. 54).

A composição mínima das eSF é prevista por:

- Médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou Médico de Família e Comunidade;
- Enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família;
- Auxiliar ou técnico de enfermagem;
- Agentes comunitários de saúde.

É prevista, ainda, a possibilidade de serem acrescentados profissionais de saúde bucal (cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal) (Ministério da Saúde, 2012).

Ao longo dos anos, a ESF tem se expandido no Brasil e mudanças significativas ocorreram nas práticas em saúde no âmbito da atenção básica, porém ainda encontra desafios em sua consolidação como estratégia estruturante, demonstrando a persistência de fragilidades em nosso processo de construção social da saúde (SILVA; CASOTTI; CHAVES, 2013; GIL, 2006).

2.2. A saúde na escola

O presente tópico tem por objetivo abordar algumas aproximações históricas entre a saúde e as escolas. Para iniciar esta discussão é importante esclarecer que estas interseções albergam o compreendido por Valadão (2004) como o campo da “saúde na escola”, que diz respeito a concepções, diretrizes, programas projetos e ações voltados para a saúde que se concretizaram ao longo dos anos no cenário das escolas, de forma que podem possuir natureza preventiva, assistencial ou educativa.

Os primeiros sinais de preocupação com a saúde escolar remontam ao *System einer Vollständigen Medicinischen Politizei*, um guia publicado na Alemanha, no final do século XVIII, pelo Médico Johann Peter Frank. Este trabalho ficou conhecido como Sistema Frank, e contemplava questões relacionadas a múltiplos aspectos da saúde pública e individual, como

demografia, casamento, saúde infantil, medicina militar, doenças infecto-contagiosas, esgotos, suprimento de água e prevenção de acidentes. No tocante à saúde escolar, o Sistema Frank detalhava desde o atendimento escolar até a supervisão de instituições educacionais, abordando questões como a prevenção de acidentes, elaboração de programas de atletismo, iluminação e ventilação das salas de aula (FIGUEIREDO; MACHADO; ABREU, 2010).

De acordo com Rosen (1979), os escritos de Johann Peter Frank exerceram grande influência sobre jornais médicos publicados posteriormente ao seu trabalho. Para este autor, Frank foi responsável pela formulação, com maior precisão, de um conceito de polícia médica, apresentando um caráter paternalista e autoritário. Importante salientar que Rosen compreende a polícia médica como:

[...] o conceito referente às teorias, políticas e práticas originadas da base política e social do Estado alemão absoluto e mercantilista, nos séculos XVII e XVIII, para agir na esfera da saúde e bem-estar e para assegurar ao monarca e ao Estado poder e riqueza crescentes (ROSEN, 1979, p. 169).

Em 1800, Franz Anton Mai, também Médico alemão e familiarizado com a obra de Frank, criou o *Entwurf einer Gesetzgebung über die wichtigsten Gegenstände der medizinischen Polizei als Beitrag zu einem neuen Landrecht in der Pfalz*, um código de leis governando todos os aspectos da saúde e pretendendo não só manter, mas promover a saúde. Mai dava grande ênfase à educação, de forma que a primeira lei do código propunha que oficiais de saúde agissem em colégios, instruindo crianças e professores sobre manutenção e promoção da saúde (ROSEN, 1979).

No Brasil, o marco inicial da saúde na escola remete ao século XX. Naquela época, o país vivia um contexto marcado por intensa imigração (ligada à cafeicultura) com uma crítica situação de saúde pública, com a propagação de doenças como varíola, malária, sífilis, tuberculose, hanseníase. Além disso, epidemias de cólera, peste bubônica e febre amarela. Esta propagação era favorecida por diversas questões, como a urbanização, as precárias condições de transporte, saneamento e moradias insalubres (SILVA; BODSTEIN, 2016. FIGUEIREDO; MACHADO; ABREU, 2010).

Neste contexto, surge a lógica de modernização e higienização do espaço urbano propostos por Pereira Passos, Prefeito da cidade do Rio de Janeiro. Dentre suas propostas, encontrava-se a criação da Assistência Médica ao Escolar, um sistema oficial de saúde ligado à Secretaria de Educação do Distrito Federal. Em 1910 foi criado o Serviço de Inspeção Sanitária Escolar da Cidade do Rio de Janeiro, que tinha entre suas principais ações a

vigilância higiênica das escolas; profilaxia de doenças transmissíveis; inspeção médica dos alunos e educação sanitária de alunos e professores (SILVA; BODSTEIN, 2016).

Nos anos de 1920, a compreensão do processo saúde-doença da população brasileira se dava de forma desvinculada às questões sociais, culturais e de políticas públicas, sendo relacionada somente às iniciativas e responsabilidades individuais (PENTEADO; CHUN; SILVA, 2005). Assim, para Lima, citado por Figueiredo, Machado e Abreu (2010), a saúde escolar se deu na intercessão das doutrinas da polícia médica, do sanitarismo e da puericultura, sendo seus exercícios observados, respectivamente, na inspeção das condições de saúde dos envolvidos no ensino; na prescrição a respeito da salubridade dos locais de ensino; e na difusão de regras de viver para professores e alunos.

Valadão (2004) aponta que no Brasil, na década de 1950, a escola começa a ser compreendida como espaço de preparo da criança para a vida social, sendo a saúde dever e responsabilidade individual. Nesta perspectiva, os programas de saúde na escola passaram a ser encarados como proposta para promover a boa aprendizagem entre os alunos, de forma que se podia observar uma hegemonia da visão “biologicista” (SILVA; BODSTEIN, 2016; VALADÃO, 2004). Na década de 1970, “a saúde escolar estava tão fortemente identificada com esse modelo (biologicista) que era frequentemente denominada de medicina escolar, tendo como prioridade os exames físicos em massa e o uso de fichas padronizadas para o registro de saúde” (VALADÃO, 2004, p. 29).

Já na década de 1980, tornou-se clara a necessidade de se buscar estratégias para compreender e enfrentar os problemas de saúde a partir de sua complexidade e suas relações com as condições de vida da população. Ao mesmo tempo em que no contexto mundial travavam-se debates em torno do conceito de promoção da saúde, a 8ª Conferência Nacional de Saúde representou um marco da Reforma Sanitária, da afirmação da associação entre garantia da saúde e demais direitos humanos e de cidadania no Brasil, lançando os fundamentos do Sistema Único de Saúde (PENTEADO; CHUN; SILVA 2005; Ministério da Saúde, 2010).

Neste contexto, vislumbrando as escolas como potentes espaços de educação em saúde e promoção da saúde, alimentou-se o conceito da Escola Promotora da Saúde (EPS) (PELICIONI; TORRES, 1999).

Em 1995, através da Iniciativa Regional da Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), a proposta das Escolas Promotoras da Saúde visava à revisão do conceito de saúde no âmbito escolar, buscando fortalecer a capacidade dos setores Saúde e Educação na promoção da saúde, do bem-estar e da qualidade de vida de alunos, pais, professores e outros

membros da comunidade. (Ministério da Saúde, 2007a; SILVA, 2010). Neste modelo propõe-se a atuação da saúde na escola em uma perspectiva de participação e construção coletivas, fortalecendo a autonomia dos sujeitos e da comunidade. Silva e Bodstein (2016) afirmam que o Brasil não chegou a instituir uma política de saúde na escola com base na EPS, mas valorizou experiências locais em diversos municípios, como Maceió, Curitiba, Palmas e Rio de Janeiro.

Em 2003, os Ministérios da Saúde e da Educação apresentaram o Projeto “Saúde e Prevenção nas Escolas” (SPE), contando com o apoio da Organização das Nações Unidas para a Educação a Ciência e a Cultura (UNESCO) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) no planejamento, execução, monitoramento e avaliação das ações realizadas em âmbito federal, estadual e municipal. Este projeto teve como temática central a saúde sexual e reprodutiva, buscando abordar a sexualidade, a gravidez na adolescência e as doenças sexualmente transmissíveis (DST). Como elementos inovadores, trouxe “a disponibilização de preservativos nas escolas, a integração entre as escolas e as unidades básicas de saúde, respeitando a autonomia dos sistemas educacionais e das escolas, bem como a participação da comunidade no processo” (Ministério da Saúde, 2006, p. 9).

É interessante salientar que o SPE enfatizou como condição intrínseca para a sua implementação a “inclusão de suas diretrizes e estratégias no Projeto Político-Pedagógico das unidades escolares, favorecendo a incorporação da temática ao currículo e o desenvolvimento da cultura de prevenção e promoção à saúde, na experiência escolar cotidiana” (Ministério da Saúde, 2006, p. 15).

Em 2007, buscando avançar no sentido da promoção da saúde nas escolas, o Decreto Presidencial N.º 6.286 instituiu o Programa Saúde na Escola (PSE), uma parceria entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação. Este programa tem como finalidade a contribuição para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica, enfatizando ações de prevenção, promoção e atenção à saúde (BRASIL, 2007).

De acordo com Brandão (2014), é possível inferir que o PSE segue as orientações de um documento da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) chamado *Educación para la salud en el ámbito escolar: una perspectiva integral y guía para la acción basada en la experiencia latino-americana*. Este autor enfatiza que uma das recomendações apresentadas no documento da OPAS é de que governos membros da região das Américas devem:

Establecer conjuntamente entre los Ministerios de Salud y de Educación de los países de América Latina, políticas explícitas y programas, así como los recursos necesarios para implementar un enfoque integral y comprensivo de

educación para la salud en el ámbito escolar, y en colaboración con otros sectores involucrados (OPAS, 1995, p. 3).

No Brasil, o PSE visa contribuir para o fortalecimento de ações na perspectiva do desenvolvimento integral dos estudantes e proporcionar à comunidade escolar a participação em programas e projetos que articulem saúde e educação. Além disso, assim como outros programas e políticas reconhece a escola como um espaço privilegiado para práticas de promoção de saúde e de prevenção de agravos à saúde e de doenças (Ministério da Saúde, 2011).

É importante salientar que o PSE propõe como estratégia a integração de equipes de saúde da família e da educação básica, além de prever em suas diretrizes a territorialidade, a integralidade, interdisciplinaridade e a intersetorialidade (BRASIL, 2007; Ministério da Saúde, 2009, 2011).

O Decreto que institui o PSE, em seu quarto artigo, prevê que as ações em saúde no âmbito do Programa devem considerar atenção, promoção, prevenção e assistência, e serão desenvolvidas articuladamente com a rede de educação pública básica e em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS. Dentre estas ações, estão previstas:

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; XVII - inclusão das temáticas de educação em saúde no projeto político pedagógico das escolas (Decreto N.º 6.286/2007).

Desta forma, é possível ilustrar que apesar de um compromisso expresso do PSE com a promoção da saúde, levando em conta a educação em saúde como um de seus objetivos, grande parte das ações propostas no Programa está ligada a uma lógica assistencial, focada na doença.

A gestão do Programa é compartilhada e ocorre por meio de Grupos de Trabalho Intersetoriais federal, estadual, do Distrito Federal e municipal, que tem suas atribuições definidas na Portaria Interministerial N.º 1.413, de 10 de julho de 2013. Em nível federal, a coordenação do Programa é compartilhada pelos Ministérios da Saúde (no âmbito do Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde) e da Educação (no âmbito do Departamento de Currículos da Secretaria de Educação Básica). Em nível estadual,

o Grupo de Trabalho Intersetorial Estadual (GTI-E) é responsável pela mobilização dos municípios de seu território para a construção de espaços coletivos de trocas e aprendizagem, além de realizar apoio institucional. O Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTI-M), por sua vez, é composto por gestores das Secretarias Municipais de Educação e Saúde, representantes das equipes de saúde da família e das escolas, estudantes e pessoas da comunidade local (BRASIL, 2013; BARROSO; MORAES, 2016).

Em 2008, com a publicação da Portaria 1.861, de 4 de setembro, foram estabelecidos critérios para adesão dos municípios ao programa:

I - Municípios com Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB), no ano de 2005, menor ou igual a 2,69 nos anos iniciais do Ensino Fundamental e que tenham 100% de cobertura populacional por Equipes Saúde da Família; II - Até 20 Municípios em cada estado considerando: a) os menores IDEB nos anos iniciais do Ensino Fundamental, abaixo da média nacional no ano de 2005; b) que tenham 100% de cobertura populacional por Equipes Saúde da Família; III - Municípios que possuam, em seu território, escolas participantes do Programa Mais Educação, considerando somente as escolas especificadas nesse Programa (Portaria Interministerial N.º 1.861/2008).

Naquele momento, apenas os municípios que atendiam as especificações da Portaria poderiam manifestar interesse em aderir ao PSE. Em 2011, a Portaria Interministerial N.º 1.910, de 8 de agosto, trouxe como novidade a definição do Termo de Compromisso Municipal, celebrado entre as Secretarias Municipais de Saúde e Educação, formalizando as metas dos municípios participantes no que diz respeito às ações de prevenção, promoção e atenção à saúde dos escolares, tendo como âmbito o PSE.

Através deste Termo ficaram definidos os parâmetros essenciais de cobertura das ações de prevenção, promoção e atenção à saúde dos escolares, resumidas no **Quadro 1**. O Instrutivo PSE (2011) enfatiza que essas ações devem “ser vistas como um elenco inicial, o que não esgota as possibilidades de ampliação tanto da intersetorialidade, quanto do princípio da integralidade da atenção à saúde e à formação de crianças, adolescentes e jovens” (Ministério da Saúde, 2011, p.14).

Assim, mais uma vez, observa-se uma lógica assistencial e focada na doença, em especial naquelas ações ligadas ao componente I. A partir de 2013, com a publicação da Portaria Interministerial nº 1.413, de 10 de julho de 2013, ocorreu a chamada universalização ao PSE, ampliando a possibilidade de adesão ao programa por todos os municípios do país, podendo estes pactuar as atividades, o número de educandos, de escolas e equipes de Atenção Básica participantes.

Quadro 1 – Plano PSE de metas municipais

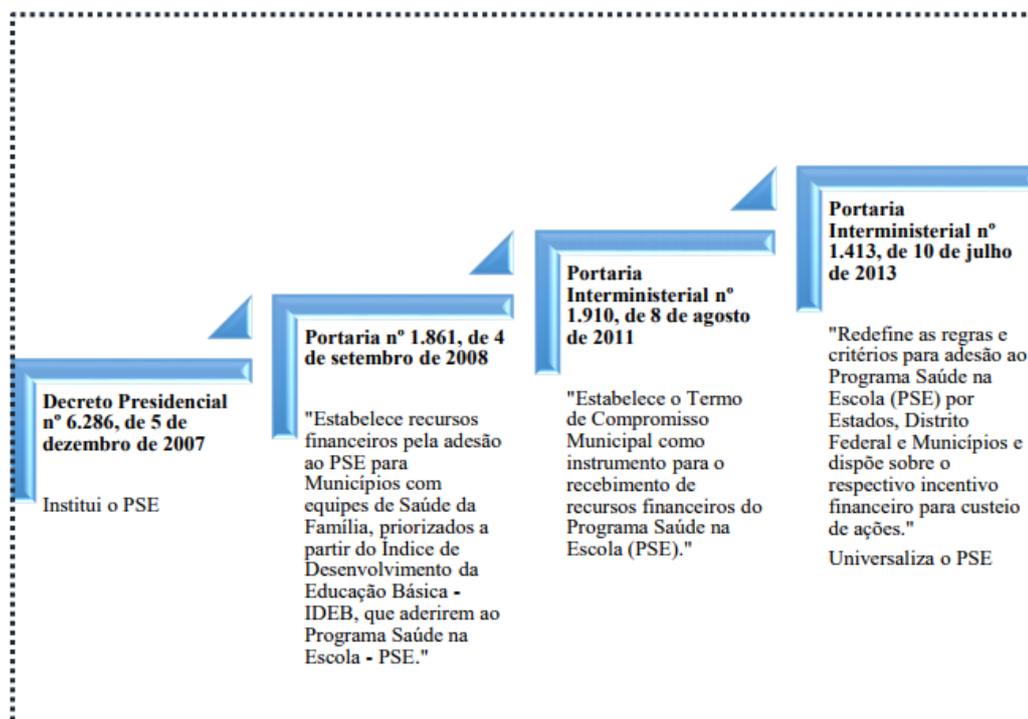
COMPONENTE I - Avaliação Clínica e Psicossocial
<ul style="list-style-type: none"> ● Avaliação antropométrica; ● Atualização do calendário vacinal; ● Detecção precoce de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS); ● Detecção precoce de agravos de saúde negligenciados; ● Avaliação oftalmológica; ● Avaliação auditiva; ● Avaliação nutricional; ● Avaliação da saúde bucal; ● Avaliação psicossocial.
COMPONENTE II - Ações de Promoção da Saúde e Prevenção
<ul style="list-style-type: none"> ● 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, tabaco e outras drogas; ● Promoção da cultura de paz e prevenção das violências; ● Promoção da saúde ambiental e desenvolvimento sustentável.
COMPONENTE III - Educação Permanente e Capacitação de Profissionais da educação e da saúde e de jovens para o PSE
<ul style="list-style-type: none"> ● Educação permanente e capacitação local de profissionais da educação nos temas da saúde e constituição de equipes de saúde que atuarão nos territórios do Programa Saúde na Escola.

Fonte - Adaptado de Ministério da Saúde, 2011.

A linha do tempo a seguir traz de forma resumida as publicações citadas até aqui:

Ao longo dos anos o PSE vem se expandindo e, no momento da escrita desta dissertação, de acordo com dados do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde para o ano de 2017, 5040 municípios brasileiros, nos 27 estados da federação, encontravam-se aderidos ao PSE, tendo finalizado todas as etapas de adesão (Ministério da Saúde, 2017b).

Quadro 2 – Linha do tempo de publicações relacionadas ao PSE



2.3. Promoção da Saúde e Educação em Saúde: aproximações teóricas e divergências conceituais

Conforme abordado no tópico anterior, percebe-se que, ao longo dos anos, as estratégias de intervenção em saúde nas escolas, que inicialmente apresentavam uma perspectiva higienista, avançaram no sentido de contemplar em suas bases os referenciais teóricos da promoção da saúde, ponto de partida que tomo para o debate neste tópico. Buss (2000) descreve a promoção da saúde como uma estratégia que parte de uma concepção ampla do processo saúde-doença e seus determinantes, propondo a articulação de diversos saberes e recursos no enfrentamento de problemas de saúde que afetam as populações. Ainda para este autor, o termo promoção da saúde:

[...] está associado a um conjunto de valores: qualidade de vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, entre outros. Refere-se também a uma combinação de estratégias: ações do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias intersetoriais. Isto é, trabalha com a ideia de

responsabilização múltipla, seja pelos problemas, seja pelas soluções propostas para os mesmos (BUSS, 2000, p. 165-166).

Candeias (1997), por sua vez, em perspectiva semelhante que enfatiza a intervenção em fatores externos ao corpo humano biológico, define a promoção da saúde como:

[...] uma combinação de apoios educacionais e ambientais que visam a atingir ações e condições de vida conducentes à saúde. *Combinação* refere-se à necessidade de mesclar os múltiplos determinantes da saúde (fatores genéticos, ambiente, serviços de saúde e estilo de vida) com múltiplas intervenções ou fontes de apoio. *Educacional* refere-se à educação em saúde tal como acima definida. *Ambiental* refere-se a circunstâncias sociais, políticas, econômicas, organizacionais e reguladoras, relacionadas ao comportamento humano, assim como a todas as políticas de ação mais diretamente relacionadas à saúde (CANDEIAS, 1997, p. 210).

Diversos autores (BUSS, 2000; LOPES et al., 2010; POTVIN; JONES, 2011) defendem que o conceito de promoção da saúde tem suas bases no documento chamado Carta de Ottawa, resultante da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em 1986, em Ottawa, Canadá, e apresentada com a intenção de contribuir para a meta “Saúde para Todos no Ano 2000”.

A Carta de Ottawa contribuiu com o conceito de promoção da saúde em uma perspectiva de atuação comunitária na busca pela melhoria de sua qualidade de vida e saúde, traçando cinco eixos de ação para a promoção da saúde: construção de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis à saúde, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos serviços de saúde (OMS, 1986; LOPES et al., 2010). Este documento foi influenciado por 3 grandes referências: a Declaração de Alma Ata; o conceito de saúde proposto pela OMS – saúde como estado de completo bem-estar biopsicossocial; e o Informe Lalonde – documento oficial do governo do Canadá, publicado em 1974, que identifica o campo da saúde como sendo composto de quatro elementos: biologia humana, ambiente, estilos de vida e sistema de saúde (POTVIN; JONES, 2011). Ao longo dos últimos 30 anos que se sucederam à Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, outras iniciativas multinacionais contribuíram para o aprofundamento e avanços das discussões acerca da promoção da saúde, podendo-se destacar entre elas as Conferências de Adelaide (1988), Sundsvall (1991), Jacarta (1997), México (1999) e Bangkok (2005) (FERREIRA; BUSS, 2002. GOMES, 2012; PAPOULA, 2006).

Quadro 3 – Cartas das Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde (1988 - 2005)

CARTA/ ANO	CONCEPÇÃO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE	ESTRATÉGIAS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE/ÁREAS DE ATUAÇÃO
Adelaide – 1988	Mantém a direção estabelecida na Carta de Ottawa.	Políticas Públicas Saudáveis: caracterizam-se pelo interesse explícito de todas as áreas das políticas públicas em relação à saúde e à equidade, e os compromissos com o impacto de tais políticas sobre a saúde da população. Identifica quatro áreas prioritárias para promover ações imediatas: apoio à saúde da mulher; alimentação e nutrição; tabaco e álcool; e criação de ambientes saudáveis.
Sundsvall - 1991	Não refere concepção.	Ambientes favoráveis à saúde: enfatiza a promoção de “ambientes favoráveis”, em seus componentes econômicos e políticos, identificando quatro estratégias no nível da comunidade: reforço da proposta através da ação comunitária, capacitação da comunidade e indivíduos no controle de sua saúde e ambiente, reforço da aliança entre as áreas da saúde e ambiental e mediação de conflitos para assegurar acesso igualitário a ambientes favoráveis à saúde.
Jacarta – 1997	Processo para permitir que as pessoas tenham maior controle sobre sua saúde, e para melhorá-la. A promoção da saúde mediante investimentos e ações, atua sobre os determinantes da saúde para criar maior benefício para os povos, para contribuir de maneira significativa para a redução das iniquidades em questões de saúde, para assegurar os direitos humanos e para a formação do capital social. Sua meta primordial é aumentar as expectativas de saúde e reduzir a brecha quanto à expectativa de saúde entre países e grupos. Define como pré-requisitos para a saúde: paz, abrigo, instrução, segurança social, relações sociais, alimento, renda, direito de voz das mulheres, um ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social, respeito aos direitos humanos e equidade. A pobreza é acima de tudo a maior ameaça à saúde.	Promover a responsabilidade social para com a saúde, aumentar os investimentos no desenvolvimento da saúde, consolidar e expandir parcerias para a saúde, aumentar a capacidade comunitária e dar voz aos indivíduos. Conseguir uma infraestrutura para a promoção da saúde. Conclui que métodos em promoção da saúde que utilizam a combinação das cinco estratégias de Ottawa são mais eficazes que os centrados em uma estratégia, diversos cenários (cidades, comunidades locais, mercados, escolas, locais de trabalho e estabelecimentos de saúde), oferecem oportunidades práticas para a implementação.

México – 1999	Não refere concepção.	Recomenda: colocar a promoção da saúde como prioridade fundamental das políticas e programas locais, regionais, nacionais e internacionais; apoiar a preparação de planos de ação nacionais para promoção da saúde; instituir ou fortalecer redes nacionais e internacionais promotoras da saúde.
Bangkok - 2005	É o processo de capacitação das pessoas para aumentar o controle sobre sua saúde e seus determinantes, e em consequência, melhorar sua saúde.	Identifica ações, compromissos e empenhos necessários para direcionar os determinantes da saúde em um mundo globalizado, através da promoção da saúde. Reconhece que, para fazer outros avanços na implementação das estratégias de promoção da saúde, todos os setores cenários devem atuar para: defesa da saúde baseada em direitos humanos e solidariedade; investir em política sustentável, ações e infraestrutura para apontar os determinantes da saúde; construir espaços para o desenvolvimento de políticas, lideranças, práticas de promoção da saúde, transferência de conhecimento e pesquisa, e literatura de saúde; regular e legislar para assegurar um alto nível de proteção dos danos e possibilitar oportunidades iguais para a saúde e bem estar de todas as pessoas; parcerias e construção de alianças com o setor público, privado, não governamental, organizações internacionais e sociedade civil, para criar ações sustentáveis. Aponta que o setor da saúde tem um papel chave para prover liderança na construção de políticas e parcerias para a promoção da saúde.

Fonte - Adaptado de Papoula, 2006.

De acordo com Papoula (2006), a análise do desenrolar destas conferências permite observar uma ampliação da concepção de promoção da saúde de uma atuação mais restrita às pessoas e comunidade para desenredar uma necessidade ampliada de investimentos e ações sobre os determinantes da saúde.

Assim, tendo em vista as discussões que envolvem o conceito de promoção da saúde e seus desdobramentos, é possível identificar que elas reorganizam os debates acerca da saúde em torno da necessidade de compreensão dos diversos fatores que perpassam e interferem na saúde e na qualidade de vida, tornando-se imprescindível a reflexão sobre os mesmos e a elaboração de estratégias de intervenção que responsabilizem os indivíduos, a comunidade e o Estado. Nesta perspectiva, a educação em saúde passa a ter papel relevante.

Candeias (1999) aponta que confusões entre os termos educação em saúde e promoção da saúde afetam a qualidade de discussões que visam às intervenções sociais em saúde pública. Schall e Struchiner (1999), por sua vez, acreditam que estes conceitos se sobrepõem, apesar de, na prática, serem observados diversos modelos ou diferentes paradigmas de

educação em saúde que condicionam práticas reducionistas (e não promotoras de saúde). Para estas autoras:

[...] uma educação em saúde ampliada inclui políticas públicas, ambientes apropriados e reorientação dos serviços de saúde para além dos tratamentos clínicos e curativos, assim como propostas pedagógicas libertadoras, comprometidas com o desenvolvimento da solidariedade e da cidadania, orientando-se para ações cuja essência está na melhoria da qualidade de vida e na 'promoção do homem' (SCHALL; STRUCHINER, 1999).

Diversos autores têm contribuído para este debate trazendo diferentes compreensões acerca da educação em saúde, de forma que Vasconcelos (2007) compreende como “um campo de práticas e de conhecimento do setor saúde que tem se ocupado mais diretamente com a criação de vínculos entre a ação assistencial e o pensar e fazer cotidiano da população” (VASCONCELOS, 2007, p.18).

Silva apud Valadão, 2004, em revisão dos usos de expressões que relacionam saúde e educação, sistematiza a produção científica sobre o tema em duas vertentes: “educação para a saúde” e “educação popular em saúde”. A primeira vertente privilegiaria ações de controle e prevenção de doenças a partir de mudanças de hábito e intervenções clínicas; enquanto a segunda estaria ligada a ações coletivas sobre determinantes sociais do processo saúde-doença.

Silva et al. (2010) trazem perspectiva semelhante, destacando que o quadro de saúde brasileiro apresenta, atualmente, duas interfaces de relação educativa: a educação tradicional – hegemônica, centralizador do poder no profissional de saúde e que prescreve uma educação de forma vertical, visando a adoção de comportamentos saudáveis, culpabilizando a população; e a educação popular em saúde – que ocorre em uma relação horizontal com os profissionais de saúde, buscando trabalhar pedagogicamente o homem, realizar interlocução de práticas e saberes, fortalecer a autonomia dos indivíduos.

Em uma publicação de 2007, chamada “Caderno de educação popular e saúde”, o Ministério da Saúde afirma que a educação em saúde é inerente às práticas desenvolvidas no âmbito do SUS e, tendo em vista o princípio da integralidade, deve ser desenvolvida em uma perspectiva dialógica e emancipadora, que contribua para a autonomia dos usuários. Neste sentido, é proposta a educação popular em saúde em um plano institucional, transformando as práticas de educação em saúde em práticas pedagógicas.

Vasconcelos (2007) aponta que a prática da educação popular começa a se estruturar no final da década de 1950, através de um movimento de aproximação entre intelectuais e o

mundo popular, buscando relações que superassem a forma autoritária como até então as elites se aproximavam da população. Para este autor, a Educação Popular:

[...] busca trabalhar pedagogicamente o homem e os grupos envolvidos no processo de participação popular, fomentando formas coletivas de aprendizado e investigação, de modo a promover o crescimento da capacidade de análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento. É uma estratégia de construção da participação popular no redirecionamento da vida social (VASCONCELOS, 2007, p.21).

Pulga (2014), por sua vez, afirma que a educação popular “traz um referencial caracterizado pelo diálogo entre os sujeitos, pela educação vista como humanização, pela compreensão integral de ser humano como sujeito constituído por várias dimensões, bem como a busca de matrizes pedagógicas apropriadas à formação destes sujeitos” (PULGA, 2014, p. 123). É importante ainda salientar que o termo “popular” se refere à perspectiva política que esta concepção de educação traz, e não ao público ou clientela popular, como se pode erroneamente interpretar (VASCONCELOS, 2007).

Paulo Freire foi o grande sistematizador teórico da experiência acumulada pelo movimento da educação popular, difundindo-a para o mundo através da sua obra *Pedagogia do Oprimido* (VASCONCELOS, 2007). Para Silva et al. (2010), as últimas décadas têm apresentando um grande desenvolvimento teórico acerca da educação em saúde que, no entanto, não vem sendo traduzido no cotidiano, mantendo-se a prática hegemônica da educação prescritiva.

2.4. O Trabalho em saúde e a intersetorialidade

Karl Marx, em sua obra *O Capital* (2016¹), afirma que o trabalho é um processo em que o ser humano utiliza as forças naturais de seu corpo a fim de se apropriar dos recursos da natureza e imprimir-lhes uma forma que seja útil à vida humana. No processo de trabalho, a atividade exercida pelo homem opera uma determinada transformação sobre um objeto, com uma finalidade, de forma que são três os componentes deste processo:

- 1) O próprio trabalho, que se trata de uma atividade adequada a um fim;
- 2) O objeto do trabalho, que é a matéria sobre a qual se aplica o trabalho;
- 3) O instrumental ou os meios de trabalho, uma coisa ou um complexo de coisas que é inserida pelo trabalhador entre ele mesmo e o objeto, de forma a dirigir sua atividade sobre esse objeto.

¹ Edição atualizada referente ao ano de 2016.

Os produtos do trabalho, visto que possuem uma utilidade e satisfazem uma necessidade, se constituem em valores de uso. Estes produtos podem ainda ser convertidos em valor de troca, uma vez que sejam utilizados para serem trocados por outros produtos. Já os meios de trabalho indicam as condições sociais em que o trabalho é realizado, distinguindo as diferentes épocas econômicas.

Nas sociedades capitalistas, o produto não é propriedade do trabalhador e o processo de trabalho é controlado, de modo que sejam poupadas matéria-prima e instrumental de trabalho. De acordo com Gonçalves (1992), alguns tipos de trabalho são mais facilmente desvinculados de uma ideia geral de trabalho, aparentando formas de atividade distintas, entre esses, um dos mais notáveis, o trabalho em saúde. O autor afirma que todos os processos de trabalho cujo resultado se incorpora imediatamente no próprio vir a ser do homem, ou no vir a ser das condições objetivas de reprodução de suas relações sociais, como são os casos dos trabalhos em educação e saúde, não podem tomar a forma imediata de mercadorias, terão sempre um estatuto especial, por comparação com os processos de trabalho que se objetivam em bens materiais.

Merhy e Franco (2008) explicitam que todo processo de trabalho combina o produto de trabalhos anteriores e o trabalho em ato. Os autores citam o exemplo de um carro, que para ser produzido necessita do trabalho realizado pelo trabalhador, além do aço – que é produto de um trabalho anterior, já que não está pronto na natureza e, mesmo que estivesse, seria necessário trabalho para coletá-lo. Assim, o trabalho em ato é chamado de “trabalho vivo em ato”, enquanto o produto de trabalhos anteriores constitui o “trabalho morto”.

Nos processos de trabalho há arranjos distintos entre o peso das dimensões que expressam o trabalho vivo ou trabalho morto. Na saúde, de forma semelhante à educação, a produção se realiza através do trabalho vivo em ato, que interage com diversos tipos de tecnologias, determinando a produção do cuidado, que é singular. O trabalho em saúde, por não possuir um objeto estruturado – não se constitui em mercadoria passível de comercialização, mas sim em serviços produzidos pelo encontro entre quem produz e quem recebe – e operar com tecnologias de relações, não pode ser globalmente capturado pelo trabalho morto. Deve se pautar no pressuposto de cuidar da vida, de forma que as práticas em saúde defendam a vida e visem à produção social (GONÇALVES, 1992; MERHY; FRANCO, 2008; MERHY, 2014).

Sobre as tecnologias, Schaiber, Mota e Novaes as compreendem como um “conjunto de ferramentas, entre elas as ações de trabalho, que põem em movimento uma ação transformadora da natureza. Sendo assim, além dos equipamentos, devem ser incluídos os

conhecimentos e ações necessárias para operá-los: o saber e seus procedimentos” (SCHAIBER; MOTA; NOVAES, 2008, p. 382). Desta forma, a noção de tecnologia deve incluir não apenas equipamentos e máquinas, mas também certos saberes constituídos para a produção e para organização das ações nos processos produtivos (SCHAIBER; MOTA; NOVAES, 2008; MERHY, 2014).

Para Merhy (2004, 2014), as tecnologias podem ser classificadas em leves, leve-duras e duras. As tecnologias duras compreendem os equipamentos tecnológicos, como máquinas, instrumentos para examinar os pacientes, normas e estruturas organizacionais. As leve-duras são compreendidas como saberes bem estruturados e organizados que as pessoas adquiriram e que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica e a epidemiologia. Este tipo de tecnologia “é leve ao ser um saber que as pessoas adquiriram e está inscrita na sua forma de pensar os casos de saúde e na maneira de organizar uma atuação sobre eles, mas é dura na medida em que é um saber-fazer bem estruturado, bem organizado, bem protocolado, normalizável e normalizado” (MERHY, 2004, p.115). As tecnologias leves, por sua vez, correspondem a um processo de relações que se estabelecem nos encontros entre os trabalhadores da saúde e os usuários, produzida no trabalho vivo em ato, e que gera produção de vínculo, autonomização, acolhimento.

Ainda de acordo com Merhy (2004), apesar de nos últimos séculos o campo da saúde ter se constituído como um campo da construção de práticas cuidadoras em que há uma grande multiplicidade de modelos de ação, sendo o modelo médico de agir hegemônico apenas uma conformação que consiga explorar positivamente as relações entre as diferentes dimensões tecnológicas capazes de produzir qualidade nos sistemas de saúde.

A influência do modelo fragmentado de organização do trabalho tem sido apontada como um dos fatores que dificultam a realização de um trabalho em saúde mais integrador e de melhor qualidade. Considerando-se a realidade e as especificidades do trabalho em saúde, que é desenvolvido por seres humanos para outros seres humanos, e cuja complexidade ultrapassa os saberes de uma única profissão, é que se tem defendido que o trabalho em saúde deve envolver práticas que se identifiquem com a interdisciplinaridade, de forma a possibilitar o exercício de um trabalho mais integrador e articulado, tanto no que diz respeito à compreensão dos (as) trabalhadores (as) sobre o seu próprio trabalho, como no que diz respeito à qualidade do resultado do trabalho (MATOS; PIRES; CAMPOS, 2009).

Para Westphal e Mendes (2000), a fragmentação do conhecimento humano, com especialização exagerada das disciplinas, é herança do projeto iluminista da Idade Moderna, marcado pela consolidação de uma filosofia racionalista e pelo surgimento da ciência. A vida,

no entanto, está tecida em conjunto, de forma que não é possível separá-la. Assim, as disciplinas, em suas clausuras setoriais, não são capazes de dar conta dessa diversidade articulada, de forma que a interdisciplinaridade busca promover a compreensão da complexidade da realidade, superando uma visão restrita de mundo e a fragmentação do conhecimento humano (INOJOSA, 2001. WESTPHAL; MENDES, 2000).

Junqueira (2000, p. 41) aponta que a interdisciplinaridade “consiste em relações entre diversos saberes orientados para uma prática, para a solução de problemas de saúde”, caracterizando-se por uma articulação de políticas sociais que integra saberes e práticas. De acordo com este autor, a noção de interdisciplinaridade surge ligada à ideia de que abordar problemas de saúde apenas pela lógica biologicista pode não responder à complexidade destes problemas.

Inojosa (2001) explicita haver uma preferência pelo uso do prefixo “trans”, que expressaria melhor a ideia de complexidade, de forma que a autora se refere à transdisciplinaridade. A crítica ao prefixo “inter”, neste caso, é feita por acreditar que este poderia significar proximidade, sem necessariamente haver articulação, de forma semelhante ao que ocorreu com a ideia de equipes multidisciplinares – na prática, se limitam a reunião de diversos profissionais com um objeto comum, sem que haja diálogo, mantendo-se cada um em suas respectivas clausuras setoriais.

Ainda para Inojosa (2001), a intersetorialidade é uma expressão da transdisciplinaridade aplicada ao campo das políticas públicas e das organizações, de forma que representa “a articulação de saberes e experiências para a solução sinérgica de problemas complexos” (INOJOSA, 2001, p. 103).

Desta forma, o desenvolvimento de ações intersetoriais diz respeito à atuação entre diferentes serviços e sujeitos, construindo uma concepção de planejamento, execução e controle de serviços que visam garantir às pessoas um tratamento equânime, superando a fragmentação de saberes e práticas (JUNQUEIRA, 2000. GARCIA et al., 2014). Consiste em uma árdua tarefa de superar o trabalho individual e compartimentado, em busca de um trabalho coletivo, levando em conta relações de reciprocidade e cooperação (WESTPHAL; MENDES, 2000).

Para Garcia et al. (2014), para além da saúde, os indivíduos e a coletividade apresentam necessidades em diversas áreas interdependentes, de forma que com a intersetorialidade, busca-se a compreensão da complexidade da realidade (GARCIA et al., 2014). Ações pontuais ou isoladas não são capazes de promover qualidade de vida, fomentar o desenvolvimento social ou superar a exclusão social (INOJOSA, 2001).

Neste sentido, cabe tomar a ideia de determinação social da saúde e sua compreensão como fenômeno eminentemente humano (NOGUEIRA, 2010), fazendo-se imprescindível a articulação intersetorial na busca de soluções compartilhadas e resultados efetivos sobre as condições de saúde da população (GIOVANELLA et al., 2009; GARCIA et al., 2014).

Apesar de apontadas dificuldades na integração dos setores, a ESF é reconhecida como um campo privilegiado para as articulações intersetoriais, devido à maior proximidade dos profissionais com a população e às interações no território de abrangência (ARANTES; SHIMIZU; MERCHAN-HAMANN, 2016). Dentre os parceiros do setor de saúde nas ações intersetoriais, o maior deles tem se mostrado ser o setor educação, reforçando a sua importância no âmbito da promoção da saúde. As escolas constituem espaços potenciais de transformações sociais e de construção de conhecimentos e valores, facilitando atividades de promoção da saúde e de redução de vulnerabilidades (GARCIA et al., 2014).

3. CAMINHOS METODOLÓGICOS

O ser humano sempre demonstrou preocupação em compreender a realidade ao seu redor, historicamente buscando respostas para os fenômenos da natureza e interpretações para ações que o distingue dos demais seres. Na sociedade Ocidental, é a ciência a forma hegemônica de construção da realidade, de forma que a pesquisa se ocupa do questionamento e da construção desta realidade a partir de problemas da vida prática. Neste contexto, a abordagem qualitativa trata-se de uma forma de aprofundamento no universo dos significados e das crenças, se ocupando de um nível de realidade que não deve ser quantificado (MINAYO, 2009).

Para Haguette (2010), as metodologias qualitativas derivam da convicção de que a ação social é fundamental na configuração da sociedade, e surgem não como oposição às quantitativas, mas como uma necessidade para pesquisadores que consideram a sociedade como uma estrutura que se movimenta mediante a força da ação social individual e grupal. São a ação humana e a interação social os motores da história. Assim, “tanto estruturas quanto microprocessos de ação social devem ser conhecidos, analisados e interpretados, cabendo a cada um a metodologia apropriada” (HAGUETTE, 2010, p.20) e as questões metodológicas estão subordinadas às teorias explicativas eleitas pelo pesquisador como responsáveis pelo funcionamento da sociedade. Minayo (2010) aponta que a pesquisa qualitativa:

[...] se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam (MINAYO, 2010, p.57).

Outros autores salientam ainda que esta abordagem é capaz de interpretar os fenômenos sociais em termos dos sentidos que as pessoas lhes atribuem, estudando as pessoas em seus ambientes naturais (MAYS; POPE, 2009), e é útil para explorar áreas sobre as quais pouco se sabe ou para buscar novos entendimentos sobre áreas conhecidas (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Assim, para a realização da presente pesquisa, optou-se pela aplicação da abordagem qualitativa, corroborando com Minayo (2010) no entendimento de que esta abordagem se conforma melhor às investigações de grupos delimitados e relações.

Com base nos objetivos gerais, trata-se de um estudo exploratório, que, segundo Gil (2002), tem como objetivo principal o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições, proporcionando maior familiaridade com o problema. De acordo com este autor, estudos exploratórios possuem um planejamento flexível, de modo a possibilitar a consideração dos

mais variados aspectos relativos ao fato estudado. Na maior parte dos casos, devido a suas características, assumem forma de pesquisa bibliográfica ou estudo de caso.

Quanto ao delineamento, trata-se um estudo de caso que, ainda de acordo com Gil (2002), consiste no estudo profundo de um ou poucos objetos, de maneira que permita seu detalhado conhecimento e que, no âmbito das ciências sociais, pode ter o propósito de explorar situações da vida real, cujos limites não estão claramente definidos. Sobre os estudos de caso, Yin (2001) defende que:

[...] representam a estratégia preferida quando se colocam questões do tipo "como" e "por que", quando o pesquisador tem pouco controle sobre os eventos e quando o foco se encontra em fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real (YIN, 2001, p.19).

Para Minayo (2010, p.164), estudos de caso são úteis para o conhecimento de características significativas de eventos vivenciados, utilizando estratégias de investigação para “mapear, descrever e analisar o contexto, as relações e as percepções a respeito da situação, fenômeno ou episódio em questão”.

3.1. Universo de estudo

O presente estudo foi desenvolvido em Manguinhos, bairro da Zona Norte do Rio de Janeiro, município que se encontra dividido em 33 Áreas Administrativas. Manguinhos faz parte da Região Administrativa X, junto com outros bairros como Bonsucesso, Ramos e Olaria. Em relação à gestão dos serviços de saúde, o bairro faz da Área de Planejamento (AP) 3.1, uma das mais populosas do município. A **Figura 1** espacializa a Região Administrativa X no município do Rio de Janeiro.

Manguinhos fica às margens da Baía de Guanabara e recebe este nome em referência a uma de suas descrições como antiga área de manguezal. Teve sua área ocupada ao longo do século XX por moradias populares que se instalaram devido a ações individuais e em grupos, ou por meio de políticas públicas habitacionais (FERNANDES; COSTA, 2013).

O processo de urbanização da região foi iniciado em 1886, com a chegada da ferrovia que atravessou terrenos ocupados por fazendas desde 1760. A facilidade de acesso ao local estimulou, ao longo dos anos, a instalação de instituições como Embratel, Refinaria de Manguinhos e o Instituto Soroterápico Federal, criado em 1900, e que em 1972 passou a se chamar Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), como é hoje conhecida (FIOCRUZ, 2017a).

Figura 1 – Espacialização do município do Rio de Janeiro evidenciando a Região Administrativa X



Fonte - Instituto Pereira Passos, 2017.²

Desde 2008, com investimentos provenientes do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), Manguinhos passou por diversas mudanças em seu território físico. Novos conjuntos habitacionais foram entregues e em 2009 foi inaugurado Centro Cívico, uma praça onde foram feitas obras de urbanização e se congregam oito espaços comunitários, segundo dados do Governo do Rio de Janeiro (2017):

- Parque Aquático/Ginásio;
- Biblioteca Parque;
- Centro de Referência da Juventude;
- Centro de Apoio Jurídico;
- Centro de Geração de Renda;
- Unidade de Pronto Atendimento;
- O Colégio Estadual Luis Carlos da Vila;
- Casa da Mulher.

De acordo com dados do Instituto Pereira Passos, o bairro de Manguinhos possuía no ano de 2010 uma população de 36.160 habitantes, sendo o terceiro bairro do município com maior número de moradores por domicílio (PCRJ, 2017).

Segundo o Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil – uma plataforma de consulta ao Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de municípios brasileiros, organizada pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e pela Fundação João Pinheiro (FJP),

² Disponível em: http://portalgeo.rio.rj.gov.br/bairros Cariocas/index_ra.htm. Acesso em 13 de ago. 2017.

baseada nos Censos Demográficos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) – o IDHM de Manguinhos é de 0,792, situando-se abaixo do IDHM do Município do Rio de Janeiro (0,799). O IDHM é um ajuste ao Índice de Desenvolvimento Humano Global, uma medida sintética do desenvolvimento humano que leva em conta três dimensões: educação, saúde e renda (PNUD, 2016).

Ainda quanto ao campo da saúde, Manguinhos apresenta uma alta taxa de mortalidade infantil, 17,7 por mil nascidos vivos no ano de 2015, contra 12,04/1.000 nascidos vivos na média do município (PCRJ, 2017). O bairro possui dois equipamentos de saúde que funcionam na lógica da Estratégia Saúde da Família, totalizando treze equipes de Saúde da Família e uma equipe de Consultório na Rua, que realizam a cobertura de 100% da população residente, além de uma Unidade de Pronto Atendimento (FIOCRUZ, 2016).

No que diz respeito à educação, Manguinhos possui nove equipamentos da rede pública municipal de ensino, com um total de 3.527 alunos matriculados na educação infantil e ensino fundamental no ano de 2015. A taxa de analfabetismo do bairro é a oitava maior do município do Rio de Janeiro (PCRJ, 2017).

Desta forma, percebe-se que Manguinhos pode ser caracterizado como um território de desafios e possibilidades no campo das políticas públicas e da saúde, compreendendo como um fenômeno eminentemente humano, muito além de um fato biológico-natural, e tendo em conta sua determinação social (NOGUEIRA, 2010).

Estive inserida neste território, atuando como médica residente de uma equipe de Saúde da Família (eSF) no período de março de 2014 a fevereiro de 2016, através do Programa Compartilhado de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca e da Universidade Federal do Rio de Janeiro, conforme citado anteriormente. Esta inserção proporcionou aproximação com a realidade da população local, suas condições de saúde, dificuldades e potencialidades. Permitiu ainda que eu observasse diferentes dinâmicas de relações entre as eSF e as escolas em seus respectivos territórios de abrangência, saltando aos olhos a recorrência de relatos dos profissionais das eSF de dificuldades na relação com profissionais da escola, além de insatisfações frequentes das escolas em relação às eSF.

A partir da aplicação de critérios de inclusão e exclusão mencionados abaixo foi selecionada uma eSF de Manguinhos que possui uma única escola em seu território de abrangência e que identifica dificuldades na relação com a equipe desta escola. A aproximação com esta realidade e reconhecimento das dificuldades relacionadas às atividades

de educação em saúde foi possível através da inserção da autora no território, conforme já mencionado.

Crítérios de inclusão:

- Equipe de Saúde da Família de uma Clínica da Família (Unidade de Atenção Primária à Saúde) em Manginhos, que realiza trabalho em saúde nos moldes do PSE na escola de seu território adscrito;
- Possuir uma única escola no território de abrangência;
- Identificação, por parte da eSF, de dificuldades na relação com a equipe da escola.

Crítérios de exclusão:

- Possuir na composição da equipe residentes multiprofissionais;
- Não possuir escolas no território de abrangência;
- Equipe de saúde incompleta por um período maior do que seis meses.

3.2. Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi avaliado e aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery/ Hospital Escola São Francisco de Assis (Parecer 1.792.359); da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca ENSP/FIOCRUZ (Parecer 1.819.004); e da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro SMS/ RJ (Parecer 1.910.626).

Uma vez que a pesquisa possuía diferentes campos de coleta de dados, estando cada um gerenciado por diferentes organizações, a obtenção das autorizações necessárias se constituiu em uma das fases mais difíceis e demoradas da pesquisa. Além da obtenção do parecer favorável dos Comitês de Ética em Pesquisa citados, foi necessária a consecução da anuência de mais de uma instituição. Assim, foi prolongado o tempo desta fase da pesquisa para além do previsto no cronograma inicial, trazendo à tona as adversidades para quem busca produzir pesquisa em saúde e produzindo diversas dúvidas e incertezas. Estes percalços, no entanto, se constituíram também em motores desta produção.

Em todos os momentos da pesquisa, os sujeitos envolvidos foram orientados sobre a mesma e convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Nos dois primeiros momentos da coleta de dados, foi realizada gravação em áudio com a ciência dos participantes, e transcrição para análise posterior.

3.3. Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no período de abril a junho de 2017, em três momentos: 1) grupo focal com a equipe de saúde; 2) entrevistas individuais com a equipe da escola e 3) observação participante de atividades de educação em saúde desenvolvidas pela ESF na escola.

Momento 1: A equipe de saúde

O primeiro momento da coleta de dados consistiu na realização de um grupo focal com a eSF em estudo. O grupo foi realizado maio de 2017, em horário previsto para a reunião de equipe, em um auditório próximo à unidade de saúde, permitindo maior privacidade, com redução de interferências externas. O grupo focal teve duração de uma hora e vinte minutos, tendo sido previamente pactuado com a equipe e com a gerência local.

Neste momento da coleta de dados, a eSF estudada possuía dois médicos residentes do Programa Compartilhado de Residência em Medicina de Família e Comunidade, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca e da Universidade Federal do Rio de Janeiro (sendo um do primeiro e um do segundo ano da residência), uma médica preceptora da residência, uma enfermeira especialista em saúde da família, uma técnica de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde (sendo que uma encontrava-se de licença maternidade), uma cirurgiã-dentista e uma auxiliar de saúde bucal. Todos os membros da equipe, com exceção da médica preceptora que não se encontrava na unidade, participaram da pesquisa.

Optou-se pela técnica do grupo focal por entendê-la como uma forma de valorizar a interação do grupo, explorando seus conhecimentos e experiências sobre o tema (KITZINGER, 1995). Grupos focais visam obter informações, aprofundando a interação entre os participantes, gerando consensos ou explicitando divergências. Tem seu principal valor na capacidade humana de formar opiniões na interação com outros indivíduos (MINAYO, 2010).

Barbour (2009) aponta que a realização de grupos focais com grupos preexistentes é fundamental para a compreensão do contexto real dos participantes envolvidos. Assim, a proposta de incorporar nesta pesquisa grupos preexistentes, no caso com a reunião semanal da eSF, baseia-se no entendimento de que estes grupos são fundamentais para propiciar a compreensão do contexto real em que as atividades destes profissionais ocorrem. O grupo focal foi iniciado através da exibição de uma animação, com duração de, aproximadamente, três minutos, remetendo ao tema do trabalho em equipe. Após o levantamento das impressões dos participantes, seguiu-se a exibição de imagens que remetiam a atividades previstas pelo PSE, levando a um debate que foi guiado conforme as informações do **Quadro 4**:

Quadro 4 - Roteiro para o grupo focal com a equipe de saúde

Momento 1 - Descrição das atividades de educação em saúde desenvolvidas pela equipe
<ul style="list-style-type: none"> ● Com que frequência a equipe desenvolve atividades de educação em saúde na escola? ● Quais os profissionais envolvidos nestas atividades? Como são escolhidos? Há algum critério para esta escolha? ● Há planejamento prévio das atividades? Como é realizado? ● Como são desenvolvidas as atividades na escola?
Momento 2 - Identificação da percepção sobre as atividades realizadas
<ul style="list-style-type: none"> ● Existe algum fator que mobilize a equipe para a realização das atividades? ● A equipe percebe algum resultado das atividades realizadas? ● Consideram que estas atividades devem continuar a ser realizadas?
Momento 3 - Identificação da relação com os profissionais da escola
<ul style="list-style-type: none"> ● Como é realizada a aproximação com a equipe da escola? Quais as barreiras e facilidades identificadas? ● Como percebem a recepção dos profissionais da escola? ● Há participação dos profissionais da escola nas atividades desenvolvidas? O que pensam a respeito desta participação?

Fonte – SÁ, Larissa G. de Souza, 2017.

Momento 2: entrevistas individuais

Para Haguette (2010, p. 81) a entrevista é um “processo de interação social entre duas pessoas na qual uma delas, o entrevistador, tem por objetivo a obtenção de informações por parte do outro, o entrevistado”. Ainda para esta autora, diversos aspectos podem interferir na qualidade dos dados fornecidos pelo entrevistado, sendo fundamental o uso de dados de outras fontes a fim de que se possa analisar a consistência das informações. Minayo (2010) descreve a entrevista semiestruturada como uma modalidade na qual o pesquisador obedece a um roteiro, do qual se apropria fisicamente. Desta forma, optou-se neste trabalho por esta modalidade de entrevista, compreendendo que a apropriação de um roteiro asseguraria a cobertura dos assuntos previstos.

A partir do debate realizado no grupo focal com a eSF foi possível identificar informantes-chave na escola, atores que estão mais fortemente implicados nas interações entre os profissionais das duas equipes (saúde e educação). Foram realizadas três entrevistas semiestruturadas, incluindo a equipe de direção da escola e os professores. Todos os entrevistados receberam esclarecimentos e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As entrevistas foram realizadas entre os meses de maio até junho de 2017, no

ambiente da escola, de acordo com a disponibilidade de cada profissional, de forma a reduzir as interferências na rotina escolar. As entrevistas tiveram duração de aproximadamente 35 minutos cada, perfazendo um total de 95 minutos.

Para esta etapa, levou-se em conta o referencial teórico da entrevista compreensiva, que propõe o envolvimento ativo do entrevistador, provocando o envolvimento do entrevistado, considerando a interpretação do material como elemento decisivo para os resultados (KAUFMANN, 2011). As entrevistas foram realizadas conforme o roteiro do

Quadro 5:

Quadro 5 - Roteiro para as entrevistas com os profissionais da escola

Momento 1 – Caracterização do profissional
<ul style="list-style-type: none"> ● Nome: ● Sexo: ● Profissão: ● Há quanto tempo exerce este trabalho? E neste mesmo local? ● Há quanto tempo tem contato com a eSF?
Momento 2 - Descrição das atividades de educação em saúde desenvolvidas na escola
<ul style="list-style-type: none"> ● Que tipo de atividades de educação em saúde são desenvolvidas nesta escola? Qual a frequência de realização destas atividades? ● Quem são os profissionais envolvidos na realização de atividades de educação em saúde nesta escola? Quais os temas mais frequentemente abordado? ● Como é realizado o planejamento das atividades de educação em saúde desenvolvidas na escola? ● Como são desenvolvidas estas atividades?
Momento 3 – Identificação da percepção sobre as atividades realizadas
<ul style="list-style-type: none"> ● Você identifica algum fator que mobilize a escola para realizar atividades de educação em saúde? ● Você identifica algum resultado das atividades desenvolvidas? ● Você considera que estas atividades devem continuar sendo realizadas?
Momento 4 – Identificação da relação com os profissionais da eSF
<ul style="list-style-type: none"> ● Como é realizada a aproximação com a eSF que realiza atividades de educação em saúde nesta escola? ● Que facilidades e barreiras você identifica nesta aproximação?

Fonte – SÁ, Larissa G. de Souza, 2017.

Momento 3: Observação participante das atividades de educação em saúde desenvolvidas pela eSF na escola.

O terceiro e último momento da coleta de dados deste trabalho constitui-se da técnica da observação participante. Para Angrosino (2009, p. 56), a observação é “o ato de perceber as atividades e inter-relações das pessoas no cenário de campo através dos cinco sentidos do pesquisador”. Assim, o objetivo com o uso da técnica neste trabalho foi o de observar as atividades de educação em saúde realizadas pela eSF em estudo na escola de seu território adscrito, possibilitando uma descrição mais detalhada das mesmas, além das interações dos profissionais da escola e da ESF envolvidos na realização das atividades no período da coleta de dados (entre abril e junho de 2017). A partir do contato realizado com a equipe de saúde e com a escola, foi solicitada a possibilidade de participação da pesquisadora como observadora nas atividades de educação em saúde realizadas na escola pela eSF. Neste período, foi realizada uma única atividade, que contou com a observação participante da pesquisadora. Os dados colhidos a partir do uso da técnica foram registrados em um diário de campo.

3.4. Análise de dados

Os dados colhidos foram reunidos e observados conforme a proposta de Análise de Conteúdo de Bardin (2011), que se trata de:

[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, buscando a compreensão da comunicação para além de seus significados imediatos através da inferência de conhecimentos relativos às condições de produção da mensagem (BARDIN, 2011, p.44).

Franco (2012) reconhece a utilização da análise de conteúdo como um procedimento de pesquisa necessário “no âmbito de uma abordagem metodológica crítica e epistemologicamente apoiada numa concepção de ciência que reconhece o papel ativo do sujeito na produção do conhecimento” (FRANCO, 2012, p.10). De acordo com a proposta de Bardin (2011), a análise de conteúdo é realizada em 3 fases:

- 1) A pré-análise;
- 2) A exploração do material;
- 3) O tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

Para a autora, a pré-análise é uma fase de organização, com escolha dos documentos a serem submetidos à análise, a formulação de hipóteses e dos objetivos. A primeira atividade desta fase consiste na leitura flutuante, o conhecimento do texto, seguida da escolha dos

documentos e da constituição do corpus – o conjunto de documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos e a formulação de hipóteses e objetivos. Segue-se a pré-análise com a referenciação de índices e elaboração de indicadores e com a preparação do material (BARDIN, 2011).

A segunda fase, de exploração do material, consiste na aplicação sistemática das decisões tomadas, se as diferentes operações da pré-análise forem convenientemente concluídas (BARDIN, 2011). Mozzato e Grzybovski (2011) afirmam que esta fase:

[...] consiste na exploração do material com a definição de categorias (sistemas de codificação) e a identificação das unidades de registro (unidade de significação a codificar corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade base, visando à categorização e à contagem frequencial) e das unidades de contexto nos documentos (unidade de compreensão para codificar a unidade de registro que corresponde ao segmento da mensagem, a fim de compreender a significação exata da unidade de registro). A exploração do material consiste numa etapa importante, porque vai possibilitar ou não a riqueza das interpretações e inferências (MOZZATO; GRZYBOYSKI, 2011, p. 735).

Por fim, a terceira fase diz respeito ao tratamento dos resultados, podendo o analista propor inferências e interpretações (BARDIN, 2011). Desta forma, neste trabalho, a análise foi realizada através de diversas leituras do material obtido, buscando maior aproximação com o mesmo, sua exploração, com identificação de categorias de análise que possuem significado no contexto dos objetivos propostos para a pesquisa. O *corpus* constitui-se da transcrição dos grupos focais, das entrevistas e do diário de campo da pesquisadora.

Optou-se neste estudo por utilizar a técnica da análise temática que, segundo Bardin, “consiste em descobrir os ‘núcleos de sentido’ que compõem a comunicação” (2011, p. 135). As seguintes categorias foram identificadas a partir da análise temática:

- Um encontro oportuno: a equipe de saúde da família e a escola;
- O papel da saúde na escola;
- Os obstáculos na execução do trabalho em saúde na escola;
- Influências da gestão e das políticas no processo de trabalho;
- Planejamento intersetorial.

Os participantes foram identificados com siglas correspondentes à equipe da qual fazem parte: ED para profissionais da educação e ESF para profissionais da Equipe de Saúde da Família. Os profissionais da eSF foram enumerados de acordo com a ordem em que sua fala aparece na transcrição do grupo focal. Assim, o primeiro profissional foi identificado como ESF1, o segundo como ESF2, e assim por diante. Para os profissionais da educação, foram enumerados de acordo com a ordem em que foram entrevistados: o primeiro

profissional foi identificado por ED1, o segundo por ED2 e o terceiro por ED3. Os trechos do diário de campo da pesquisadora são identificados pela expressão “diário de campo”.

4. CONTOS SOBRE UM ENCONTRO REAL: A SAÚDE, A ESCOLA E UM ESTUDO DE CASO

Tendo em vista que o presente trabalho se trata de um estudo de caso, e que a compreensão do mesmo é fundamental para as análises posteriores, fiz a opção de incluir este capítulo com o objetivo de descrever de forma mais refinada algumas peculiaridades relacionadas ao cenário do caso estudado, a partir das particularidades do PSE no Rio de Janeiro e no bairro de Manguinhos. Abordo, em seguida, a primeira categoria temática que trata do desenvolvimento das ações de educação em saúde realizadas pela ESF estudada na escola de seu território adscrito. Esta conformação foi fundamental para que a descrição do caso pudesse incluir algumas singularidades observadas a partir do levantamento de dados da literatura e dos caminhos metodológicos vivenciados, auxiliando a compreensão do leitor.

4.1. As particularidades do PSE no Rio de Janeiro e em Manguinhos

De acordo com Gomes (2012), as ações de saúde na escola, no município do Rio de Janeiro, foram iniciadas na década de 1990, com a criação da Gerência do Programa de Saúde Escolar, integrada à Secretaria Municipal de Saúde. A partir dos anos 2000, o município integrou às atividades da saúde escolar os referenciais da OPAS sobre as Escolas Promotoras de Saúde, pressupondo o compromisso e a corresponsabilidade de três atores – serviços de saúde, escola e comunidade – no estabelecimento de parcerias para melhoria da qualidade de vida e na otimização de recursos locais (PCRJ, 2008; GOMES, 2012; SILVA, 2010).

Neste sentido, foi proposto um projeto piloto, conduzido pelos gestores da saúde, cujo objetivo era de fortalecer a implementação de ações de promoção da saúde na rede pública municipal de educação. Este projeto propôs a constituição de 10 equipes compostas por profissionais de saúde – odontólogos e acadêmicos de fonoaudiologia e de saúde bucal; e da educação – pedagogos e professores multiplicadores – que atuariam em 100 escolas da rede pública municipal de ensino no período de 2000 a 2001 (SILVA, 2010).

No desenvolvimento das atividades destas equipes, os estagiários coordenavam atividades assistenciais de saúde bucal, ocular e auditiva, enquanto os profissionais da educação, com o papel de dinamizadores de ações, se responsabilizavam pela coordenação das ações como um todo, propondo e coordenando debates com as escolas e suas comunidades sobre a promoção da saúde (SILVA, 2010; GOMES, 2012).

Silva (2010) enfatiza que o relatório final do projeto piloto evidenciou o envolvimento de 120 escolas e cerca de 111.600 alunos, além de ter sido prolongado por um tempo maior do

que o previsto, até 2002. No entanto, para além dos resultados quantitativos, este autor ressalta a importância de dimensionar as contribuições dadas pelo projeto piloto ao programa de saúde escolar do município do Rio de Janeiro, tendo em vista o modelo de Escolas Promotoras da Saúde.

A partir da reeleitura da iniciativa das EPS, em 2008 foi proposto o Plano Municipal de Saúde na Escola e na Creche (PMSEC), prevendo atuação intersectorial das Secretarias Municipais de Saúde, Educação e Assistência Social. O PMSEC tratava-se de um programa distinto do PSE nacional, trazendo como seu objetivo:

Consolidar e ampliar ações de Saúde na Escola e Creche, na forma de atenção integral à saúde das crianças, adolescentes, jovens e adultos das turmas do PEJA, incluindo os profissionais da educação, de acordo com os princípios do SUS: integralidade, universalidade, equidade, descentralização, hierarquização, participação e controle social das ações de saúde (PCRJ, 2008, p. 9).

Importante salientar que, apesar de um programa distinto do PSE, o PMSEC já valorizava, entre suas ações estratégicas, o papel da Estratégia Saúde da Família, propondo o acompanhamento pelas Equipes de Saúde da Família de 100% das crianças e adolescentes no território de sua abrangência; além do desenvolvimento de ações de promoção da saúde em parceria com escolas e creches da rede pública municipal, visando à assistência integral à saúde e priorizando a territorialidade.

Silva (2010) aponta que a adesão oficial do município do Rio de Janeiro ao PSE nacional ocorreu em dezembro de 2007. De acordo com Brandão (2014), no entanto, foi somente no ano de 2011 que se teve declarado em documentos oficiais a participação do município do Rio de Janeiro no PSE nacional. Este autor evidencia que a implantação do PSE no município Rio de Janeiro aconteceu via assinatura de contrato de gestão entre a Prefeitura do Rio de Janeiro, por meio da Secretaria Municipal de Educação, e uma Organização Social de Saúde. O contrato visava o gerenciamento, operacionalização e execução do Programa Saúde nas Escolas, no âmbito da Rede Pública Municipal de Ensino do Rio de Janeiro, por um prazo de 24 meses.

Em 2015, através da Resolução Conjunta N.º 1, publicada no Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro, em 12 de fevereiro, a Secretaria Municipais de Saúde (SMS), a Secretaria Municipal de Educação (SME) e a Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social (SMDS) instituíram as diretrizes do Programa Municipal de Saúde na Escola Carioca, o PSE Carioca.

De acordo com as diretrizes do PSE Carioca, anexo à Resolução citada, o PSE, instituído pelo Decreto Federal N.º 6.286, de 5 de dezembro de 2007, é uma das iniciativas que compunham o Plano Estratégico da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro para o período de 2013 a 2016. Estas diretrizes determinavam que as Unidades de Atenção Primária do município deveriam atuar em todas as unidades escolares por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde. As ações do Programa deveriam ser estruturadas segundo os seguintes componentes:

Quadro 6 – Componentes do PSE Carioca

COMPONENTE I - Avaliação das condições de saúde dos alunos
<ul style="list-style-type: none"> ● Avaliação antropométrica; ● Avaliação de saúde bucal; ● Avaliação psicossocial; ● Saúde Ocular; ● Verificação da situação vacinal; ● Saúde auditiva; ● Identificação de educandos com possíveis sinais de alterações de linguagem oral; ● Identificação de possíveis sinais de agravos à saúde negligenciados e de doenças em eliminação.
COMPONENTE II - Atividades de promoção da saúde, de prevenção de doenças e de proteção social
<ul style="list-style-type: none"> ● Promoção da segurança alimentar e promoção da alimentação saudável ● Promoção da cultura de paz e direitos humanos; ● Promoção da Saúde Mental no território escolar: criação de grupos intersetoriais de discussão de ações de saúde mental no contexto escolar, em articulação com GTI-M; ● Promoção da Saúde Mental no território escolar: criação de grupos de famílias solidárias para encontros e trocas de experiências, com mediação da creche/escola e/ou saúde; ● Promoção da Saúde Mental no território escolar: criação de grupos entre pares para fomento e estímulo ao protagonismo de adolescentes e jovens para administrar conflitos no ambiente escolar; ● Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE): direito sexual e reprodutivo e prevenção das DST/AIDS Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE): prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas; ● Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE): formação de jovens multiplicadores para atuar entre pares nas temáticas do direito sexual e reprodutivo e prevenção das DST/AIDS; ● Promoção das práticas corporais, atividade física e lazer nas escolas; ● Promoção da saúde ambiental e desenvolvimento sustentável; ● Prevenção das Violências e Acidentes; ● Promoção da garantia de direitos das crianças e adolescentes, fortalecendo os vínculos familiares e comunitários.

COMPONENTE III - Educação Permanente e Capacitação dos profissionais da Educação, da Saúde e do Desenvolvimento Social. Temas
<ul style="list-style-type: none"> ● Vigilância alimentar e nutricional ● Promoção da alimentação saudável; ● Direitos sexuais e reprodutivos e prevenção das DST/AIDS; ● Prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas; ● Prevenção de violências desenvolvimento infantil; ● Desenvolver ações de promoção da saúde nas escolas; ● Gestão interesetorial do PSE Carioca.

Fonte - Adaptado do Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro, 2015.

Assim, observa-se que os componentes do PSE Carioca diferem parcialmente em relação ao PSE Nacional, em especial no que diz respeito ao Componente III, trazendo especificações quanto aos temas ao serem trabalhados na educação permanente dos profissionais.

Quanto à governança do Programa Carioca, além do GTI-M, previsto pelo PSE Nacional, o município do Rio de Janeiro trouxe a proposta dos Núcleos de Saúde na Escola e na Creche (NSEC). Os 10 NSEC instituídos foram constituídos por representantes das Coordenadorias de Áreas de Planejamento (CAP) da SMS, das Coordenadorias Regionais de Educação (CRE) da SME e das Coordenadorias de Desenvolvimento Social (CDS) da SMDS. As seguintes competências foram atribuídas aos NSEC:

- Estimular a interlocução da CAP, CRE e CDS e destas com os territórios envolvidos;
- Atuar, intersetorialmente, para estimular a interação local e territorial das escolas diretamente com os serviços de saúde e os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), priorizando a descentralização regional das atividades, a prática de promoção da saúde na escola e o desenvolvimento de ações locais;
- Mapear, no território de abrangência dos NSEC, a relação de escolas, CRAS e outros equipamentos sociais, definindo referências aos serviços que se responsabilizarão pelo acolhimento, encaminhamento e atendimento integral à saúde da comunidade escolar, de acordo com o grau de complexidade e a lógica do SUS;
- Fortalecer e apoiar percursos anteriores e posteriores de encaminhamentos da comunidade escolar aos serviços de saúde, com o propósito de otimizar e racionalizar a demanda em saúde;
- Valorizar experiências em curso, revisar protocolos de atendimento e fluxo de encaminhamentos e, se necessário, facilitar e encaminhar crianças, adolescentes e membros da comunidade escolar para atendimento nos serviços de saúde, respeitando a territorialização das equipes de Atenção Primária à Saúde e a gestão local estabelecida por cada NSEC;
- Fortalecer e acompanhar, regional e localmente, a articulação e a integração das ações do PSE Carioca com os Programas de Saúde da

Criança, Saúde do Adolescente, Saúde da Família, Saúde Bucal, Saúde Mental, Reabilitação, Imunização, Controle do Tabagismo, Prevenção à DST/AIDS, Alimentação e Nutrição, Saúde Ocular, Saúde Auditiva e Fonaudiológica, do Bolsa Família, do Cartão Família Carioca, entre outros, tendo como foco a atenção integral à saúde da comunidade escolar;

- Fortalecer, regional e localmente, a interação da SMS, SME e SMDS com os outros parceiros na atenção integral à saúde da comunidade escolar;

- Garantir a entrega dos materiais educativos relacionados ao PSE para as equipes de saúde e para as escolas, qualificando e acompanhando a sua utilização;

- Apoiar o GTI-M, visando a garantir o atendimento aos princípios e diretrizes do PSE no planejamento, monitoramento, avaliação e subsídios para gestão dos recursos (Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro 2015, p.7).

Atualmente, de acordo com dados do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, para o ano de 2017, o município do Rio de Janeiro encontrava-se aderido ao PSE, tendo pactuadas 1.538 escolas e 979 equipes de Atenção Básica, com uma cobertura de 53.627 alunos (Ministério da Saúde, 2017b).

Quanto a Manguinhos, Gomes (2012) enfatiza que o PSE, neste território, foi marcado por diversos atravessamentos relacionados, entre outros, à adesão ao PSE Nacional e à inserção das atividades assistenciais do projeto municipal, levando a um “direcionamento do programa, onde foram priorizadas essas questões em detrimento das experiências presentes no território e das iniciativas de promoção da saúde nas escolas conduzidas pelo município ao longo de sua trajetória” (GOMES, 2012, p.107).

4.2. Uma equipe de Saúde da Família de uma comunidade vulnerável

A equipe de Saúde da Família, sobre a qual falaremos, atua em uma Clínica da Família (Unidade de Atenção Primária à Saúde do município do Rio de Janeiro) do território de Manguinhos, que conta com seis equipes de Saúde da Família e uma equipe de Consultório na Rua. A unidade de saúde localiza-se às margens de um dos principais eixos viários da zona Norte do município, ao lado da UPA Manguinhos e do centro cívico, inaugurado em 2009. Importante salientar que este centro cívico, apesar de contar com diversos dispositivos potentes para o cuidado e lazer da população, é pouco frequentado pelos moradores locais e, no momento da redação da dissertação, possuía alguns dos equipamentos fora de funcionamento.

Todas as equipes de saúde da família da unidade de saúde possuem em sua composição médicos residentes do Programa Compartilhado de Residência em Medicina de

Família e Comunidade, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca e da Universidade Federal do Rio de Janeiro, além de outros alunos de graduação e pós-graduação inseridos no serviço.

No território de Manguinhos, a gestão da Atenção Básica é de responsabilidade das Teias-Escola Manguinhos, “uma iniciativa de cogestão da saúde em Manguinhos, tendo como base um contrato celebrado entre a Secretaria Municipal de Saúde, a Defesa Civil do Rio de Janeiro e a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) / Fiocruz, por meio de sua fundação de apoio, FIOTEC, em dezembro de 2009” (FIOCRUZ, 2017b).

No momento do contato com esta equipe de saúde, conforme explicitado nos de caminhos metodológicos, a mesma contava com dois médicos residentes do Programa Compartilhado de Residência em Medicina de Família e Comunidade, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca e da Universidade Federal do Rio de Janeiro (sendo um do primeiro e um do segundo ano da residência), uma médica preceptora da residência, uma enfermeira especialista em Saúde da Família, uma técnica de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde (uma encontrava-se de licença maternidade). A equipe de saúde bucal de referência para esta eSF é composta por uma cirurgiã-dentista e uma auxiliar de saúde bucal, atuando na unidade de saúde provendo cuidados em saúde bucal aos pacientes de duas eSF.

A equipe trabalha há sete anos, desde o início das atividades da unidade de saúde do território. Ao longo de todo este período de atuação a equipe de saúde realizou atividades de educação em saúde na escola de seu território adstrito, sendo que estas atividades se intensificaram nos últimos três anos de trabalho (2014 a 2016), em especial com demandas relacionadas ao PSE e à saúde bucal. A equipe considera potente e prazerosa a estratégia de desenvolver atividades voltadas para a saúde na escola. Algumas destas potências serão discutidas mais adiante.

[...] isso é uma coisa que motiva a gente a continuar insistindo nesse contato. Eu fui lá poucas vezes, mas, às vezes que eu fui foram muito boas! (ESF5).

No final de tudo, quando a gente fazia, sempre foi muito legal sabe?! Sempre foi muito produtivo, as crianças sempre participam, elas gostam. É muito legal, muito produtivo (ESF1).

O membro mais antigo da equipe, um agente comunitário de saúde, encontrava-se atuando na mesma há sete anos, desde o início de suas atividades no território. A enfermeira e a técnica de enfermagem atuavam, respectivamente, há seis e cinco anos nesta mesma eSF.

4.3. Uma escola, seus profissionais e seus alunos

A escola abordada nesse estudo faz parte da rede pública municipal de ensino do Rio de Janeiro, estando ligada à terceira Coordenadoria Regional de Educação. Foi inaugurada no ano de 1959. Desde 2015 ela atua como Espaço de Desenvolvimento Infantil (EDI), atendendo crianças na faixa etária de três a seis anos de idade, no período das 7 horas e 30 minutos até às 16 horas e 30 minutos, de segunda à sexta-feira. É curioso observar que, de forma distinta a esta escola, a maior parte das escolas no território de Manguinhos está ligada à quarta Coordenadoria Regional de Educação.

O EDI trata-se de um modelo pensado pela Secretaria Municipal de Educação do Rio de Janeiro para atendimento à primeira infância, unindo em um mesmo espaço físico creche e pré-escola. Tem como objetivo realizar o atendimento das crianças “por meio de uma proposta pedagógica que reconheça e valide a integralidade da criança, isto é, as suas necessidades físicas e de crescimento, psicológicas e emocionais, educativas e cognitivas, assim como seus desejos e interesses” (PCRJ, 2010).

A escola a qual me refiro fica localizada em uma das áreas menos vulneráveis de Manguinhos, rodeada por blocos de apartamentos, próxima a uma praça com quadra de futebol, bem como à unidade de saúde que tem como referência. O espaço físico da escola foi reformado recentemente para atender ao público infantil, de forma que as salas de aula se encontram adaptadas e algumas possuem recursos de multimídia.

A diretora da escola possui formação em Pedagogia e exerce o cargo há sete anos, enquanto a maior parte dos professores iniciou sua atuação nesta unidade de ensino nos últimos três anos, depois que a mesma passou a ser um EDI, dedicando-se à educação infantil. No momento da redação da dissertação a escola contava com oito turmas de alunos, todas com um professor responsável em horário integral, totalizando 195 alunos atendidos, também moradores de áreas adjacentes, como Manguinhos e Jacarezinho, bairro próximo. É interessante salientar que, apesar de a escola ter como referência a unidade de saúde sobre a qual falamos anteriormente, grande parte dos alunos tem seus domicílios e famílias que estão nos territórios adscritos de outras unidades de atenção primária à saúde.

O Plano Político-Pedagógico da escola prevê a abordagem, ao longo do ano letivo, de questões relacionadas à saúde, em especial temas voltados à prevenção de doenças endêmicas, como a dengue, à higiene corporal e cuidados com o corpo e à alimentação saudável. Nos primeiros meses do ano, por exemplo, professores e alunos trabalham temas relacionados às arboviroses (dengue, zika, chikungunya) e sua prevenção. No mês de maio é realizada a

semana da alimentação. Esses temas costumam ser trabalhados em sala de aula e em outros momentos da rotina das crianças, como durante os intervalos previstos para alimentação.

[...] a gente tem a semana da alimentação, que tem que ser trabalhada. É... o mês do autocuidado também em agosto sempre tem que ser trabalhado, isso já tem que fazer parte do planejamento anual. A gente tem a questão da higiene, que faz parte da nossa rotina, né?! Do cotidiano escolar, que é escovação, o banho, cuidados de higiene. Aí, alimentação, tem a semana da alimentação, mas a gente tá trabalhando alimentação desde que eles entram aqui, que é uma adaptação da merenda da escola. E cuidados com o corpo, o professor de educação física também entra nessa parte, é uma parceria [...] (ED3).

É interessante perceber que para a equipe da escola as atividades de educação em saúde não estão restritas às realizadas por profissionais de saúde, reconhecendo a potência dos profissionais da educação em trabalhar longitudinalmente e de forma integrada estes temas em toda a escola. Este achado contradiz o encontrado por Venturi (2013) em seu trabalho, em que os professores que desenvolviam atividades de educação em saúde não tinham a percepção de um trabalho integrado com os demais profissionais da escola. No trabalho deste autor, o professor de educação física também foi citado como ator que trabalha a questão da saúde na escola, principalmente voltada ao esporte e cuidados com o corpo.

Por se tratarem de crianças da educação infantil, os temas a serem trabalhados são selecionados em consonância com a faixa etária, no entanto, a perspectiva de educação em saúde parece intimamente relacionada a mudanças de hábitos e prevenção de doenças.

[...] a gente trabalha constantemente. A higiene antes das refeições, após as refeições, a gente sempre trabalha. A parte de piolho, né?! Escabiose! Tem tido casos, entendeu? A gente tá sempre conversando com eles (ED2).

A equipe de direção da escola preenche mensalmente um relatório *online* de monitoramento, onde registra as ações relacionadas à saúde na escola, sejam as ações realizadas pela equipe de saúde, pela escola ou por outros atores externos.

4.4. Um encontro oportuno: a equipe de saúde da família e a escola

As equipes de saúde e educação sobre as quais estamos discutindo apresentam interseção em suas atividades, em geral, ligadas a demandas no âmbito do PSE. Periodicamente a eSF recebe como demanda da gerência da unidade de saúde a realização de atividades na escola. Eventualmente, somando-se a essas atividades solicitadas pela gerência, os profissionais da escola entram em contato com a equipe de saúde ao observarem

necessidades e dificuldades relacionadas à saúde dos alunos, como por exemplo, infestações de pediculose (piolho) e escabiose (sarna).

[...] então agora tá na época da dengue, a gente precisa falar de dengue com as crianças! Então tanto é uma coisa que eles (escola) demandam como é uma coisa que a gente sabe que a gente tem que falar, né, tem que fazer (ESF1).

Assim, é importante pontuar que o trabalho entre essas duas equipes não se restringe às determinações programáticas e que a escola, apesar das dificuldades no trabalho com a equipe de saúde, reconhece esta como parceira potente na atenção às crianças.

O contato entre as duas equipes é inicialmente realizado entre um agente comunitário de saúde e a equipe de direção da escola. Eventualmente, em se tratando de ações de saúde bucal, o contato é realizado diretamente com a dentista da equipe. Este parece ser um consenso entre as duas equipes que reconhecem o papel do agente comunitário de saúde como um elo entre a eSF e o território.

O tema a ser abordado nas atividades e as ações realizadas são discutidos com a direção da escola e, em seguida durante a reunião de equipe semanal. Este planejamento inclui a abordagem metodológica a ser utilizada na realização das atividades.

Nos últimos anos, o planejamento das atividades de educação em saúde tem levado em conta a proposta pedagógica da escola e as sugestões da equipe de educação, buscando a realização de atividades que atendam às necessidades da escola e as possibilidades da faixa etária dos alunos da educação infantil.

[...] porque é criança, né? [...] com os grandes dava tanto pra fazer lúdico, quanto dava pra falar e entregar papel. Com os pequenos não dá, tem que ser lúdico mesmo, que eles são muito pequenininhos. Ela (a diretora da escola) sugeriu. Então, a gente começou a mudar e fazer as coisas. Hoje, a gente faz atividade lúdica, é vídeo, teatrinho [...] (ESF 1).

A gente (equipe da escola) falou pra eles (eSF) o que a gente tava trabalhando, porque eu acho que não pode ser uma coisa que fuja do que a gente tá trabalhando, porque se não fica assim, sem contextualização. A gente trabalha sempre fazendo interligação dos conteúdos, então pra eles (alunos) tem que ter significado, sem significado não flui (ED 1).

Tanto a eSF reconhece a relevância de levar em consideração a proposta dos profissionais da escola no planejamento das atividades, quanto estes identificam a necessidade de apoiar os profissionais da saúde, que em geral não possuem formação voltada para este tipo de abordagem com crianças.

Eles (os alunos) querem o quê? Querem uma brincadeira, um quebra cabeça, um jogo da memória... eles queriam uma coisa lúdica e vinha

outra coisa... porque eles (profissionais da saúde) não tinham essa parte de formação, porque não é a área deles também (ED1).

As dificuldades a que se referem os profissionais estão ligadas às escolhas metodológicas nas atividades que desenvolvem com as crianças, tendo em vista as peculiaridades das questões de aprendizagem nesta faixa etária.

No entanto, Besen et al. (2007) apontam que há uma grande dificuldade dos profissionais de saúde em repensar suas práticas de educação em saúde a partir da perspectiva da promoção da saúde, uma vez que estes tiveram sua formação pautada na lógica do ensino chamado por Paulo Freire de “educação bancária”, aquela que é verticalizada e não problematizadora.

Em geral, são eleitos na reunião de equipe os profissionais da eSF que participarão da atividade e estes se responsabilizam pelo planejamento e execução da mesma, sempre envolvendo agentes comunitários de saúde e outros profissionais da equipe técnica (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, dentista).

[...] não pode ir todo mundo, sempre vai [a enfermeira], mais uns dois ou três ACS, a [técnica de enfermagem]. Então, assim, a gente, o máximo de gente que não estiver em atendimento ou não estiver numa visita domiciliar a gente vai (ESF1).

Cabe valorizar, aqui, a participação de diversas categorias profissionais. De acordo com a PNAB, a educação em saúde é uma atividade de atribuição de todos os profissionais das eSF em seus contatos com indivíduos saudáveis ou doentes (ALVES, 2005). É fundamental que profissionais de saúde estejam dispostos a interagir com usuários e com outros atores sociais na busca da ampliação da participação popular e da autonomia dos indivíduos, assumindo a comunicação como um instrumento terapêutico e de promoção da saúde. Além disso, a participação ampla de diversos profissionais e categorias é importante no sentido de permitir que o processo de aprendizagem mútua entre profissionais de saúde e a comunidade, concebidos na ótica da educação popular em saúde, seja efetivado (ALVES; AERTS, 2011).

A participação dos professores nas atividades desenvolvidas na escola pela eSF é tímida. Estes se responsabilizam por acompanhar os alunos até o local das atividades, mas tem pouca participação ativa no momento das ações ou das discussões com a eSF.

[...] a gente participa na hora que eles estão fazendo a aplicação de flúor, não. Às vezes eles fazem, assim, uma palestra na sala da gente, aí a gente tá ali participando, né? Junto com os alunos, mas na hora da aplicação do flúor, não (ED2).

Eles (os professores) ficam presentes, eles auxiliam, assim, quando uma criança faz bagunça, aí eles chamam, pedem, mas na verdade, não participam (ESF6).

A atividade começou, duas turmas estão na sala, mas só uma professora. Ela está sentada em um canto no final da sala, observa os alunos, mas não participa diretamente da intervenção (Diário de campo).

A maior parte das atividades desenvolvidas na escola pela eSF em questão está ligada a ações de saúde bucal, incluindo escovação supervisionada, aplicação de flúor e avaliação geral da saúde bucal dos alunos, com identificação daqueles que necessitam de tratamento odontológico individual. Nestas atividades, de forma geral, estão envolvidos tanto o dentista, quanto a auxiliar de saúde bucal e os agentes comunitários de saúde.

5. DESCOBERTAS E NOVOS SENTIDOS

5.1. O papel da saúde na escola

No caso estudado, percebe-se que as expectativas da equipe de saúde e da equipe da educação quanto ao papel da saúde na escola são divergentes, o que pode se tornar um ponto de tensão na relação que se produz entre as mesmas. Merhy e Franco (2013) apontam que a saúde é um lugar de tensão permanente, uma vez que há o encontro de vontades de diferentes atores (como trabalhadores, usuários, governo) e os interesses podem ser diversos.

A equipe da saúde parece incluir em suas expectativas a realização de atividades preventivas e assistenciais, como a atualização do cartão de vacinal das crianças e atividades de saúde bucal – escovação e avaliação da saúde bucal dos alunos com levantamento daqueles que necessitam de atendimento individual:

E a gente também vai lá pra olhar cartão, às vezes a gente vai ver a questão da vacinação, do cartão [...] (ESF3).

É um bom momento de a gente de repente captar as crianças que não estão vindo tanto em puericultura atualizar cartão [...] (ESF5).

Na escola [...] teve grupo de escovação, nós identificamos as que precisavam de atendimento, foi anotado o nome [...] (ESF 2).

No entanto, para esta mesma equipe, as ações de natureza educativa em saúde aparecem com destaque, tendo em vista principalmente o potencial multiplicador das crianças na comunidade.

Eles são multiplicadores, gente. Pode ter certeza que o que a gente falar naquele momento, eles vão levar pra casa. E cobrar dos pais (ESF 3).

Os alunos foram interagindo, eram perguntas e respostas. Tirando as dúvidas deles. Eles perguntavam, tiveram muitas dúvidas [...] Depois a agente foi explicando o que era dengue, como pegava, o que eu precisava fazer, prevenção [...] (ESF 1).

Dá pra desconstruir essa coisa do médico, do enfermeiro [...] tirar o medo do jaleco da injeção [...] e entender que é importante escovar os dentes, cuidar da casa [...] amplia o conceito de saúde das crianças (ESF5).

É interessante perceber que, majoritariamente, a perspectiva de educação em saúde dos componentes desta eSF parece ligada à vertente tradicional da educação em saúde, prescritiva, privilegiando ações de controle e prevenção de doenças. Silva et al. (2010) afirmam que este tipo de educação preconiza a adoção de hábitos e comportamentos

considerados saudáveis, mediante o acesso às informações, seja por meio de veículos de comunicação ou por meio do educador.

Morosini, Fonseca e Pereira (2008) expõem a educação em saúde como um dos eixos de sustentação do modelo de promoção da saúde, tendo como desafio a não reprodução da redução do higienismo. As autoras chamam a atenção para a necessidade de se buscar uma concepção das relações entre educação e saúde com base no entendimento de suas dimensões ética, política, cultural e científica, configurando-se como resultado da ação política de indivíduos e da coletividade.

O profissional ESF5 menciona uma concepção diferente de saúde e parece trazer em sua fala o que Besen et al. (2007) chamam de um Estilo de Pensamento³ em Educação em Saúde, caracterizado pela “educação horizontal centrada na doença”. Este profissional compreende sua relação com os usuários em uma perspectiva horizontalizada, questionando a onipotência dos profissionais de saúde, marcante no modelo tradicional de educação em saúde. No entanto, mantém um rigor científico voltado para doenças e para a prevenção, fato que estaria ligado às dificuldades em se superar uma formação em saúde biologicista e fragmentada.

Para estes autores, este Estilo de Pensamento leva os profissionais a manterem a crença de que o comportamento e o estilo de vida dos usuários precisam ser modificados, sendo que a orientação sobre esta necessidade de mudança deve ser realizada sem autoritarismos.

Outro profissional da equipe de saúde, quando questionado sobre a importância das atividades que a eSF realiza na escola, traz uma fala valorizando a questão da prevenção e questionando o papel da medicina, o que parece trazer uma identificação das atribuições da equipe de Saúde da Família, para além do trabalho do médico e da cura de doenças.

É uma estratégia muito de prevenção, né? Que aí quebra aquela coisa de ver a medicina como algo só para cura de doença. Então a criança já vai crescer com aquela ideia diferente (ESF 6).

Esta posição levanta um questionamento quanto à compreensão dos profissionais sobre os temas da prevenção e da promoção da saúde. Czeresnia (2003) busca diferenciar estes dois termos trazendo uma perspectiva de amplitude do conceito de promoção da saúde. Enquanto a prevenção consiste em evitar o surgimento de doenças específicas, resultando na

³ Os autores corroboram Cutolo em sua compreensão de Estilo de Pensamento (EP), que o caracteriza como “modos de ver, entender e conceber, que levam a um corpo de conhecimentos e práticas compartilhados por um coletivo com formação específica” (BESEN et al., 2007, p. 58).

redução de suas prevalências e incidência na população, a promoção se refere a medidas que buscam aumentar a saúde e o bem-estar geral, não se dirigindo a uma determinada desordem.

No que diz respeito às expectativas da equipe da escola estudada sobre a atuação da saúde, percebe-se que, apesar de valorizarem o potencial educativo de algumas ações, tem seu foco de necessidade em ações de caráter assistencial, buscando auxílio, em especial, nos casos de crianças com dificuldades de aprendizagem:

[...] porque assim, eles (eSF) vão vir aqui, a ação vai acontecer, mas eles não vão atingir nossas necessidades específicas. Eles vão atuar. Ótimo, a saúde tá aqui, é diferente, traz outro olhar, vai falar de forma que a gente não fala, mas a minha criança que não tá conseguindo aprender, ela vai continuar não conseguindo aprender. A minha criança, que tem um problema psicológico, ela vai continuar sendo aquela criança. Se a gente tivesse como levar isso pra área da saúde de verdade, que a gente pudesse contar com aquele profissional de verdade, aí sim (ED1).

Eu queria eles mais presentes nas necessidades que a gente tem. Por exemplo, eu tenho crianças que têm problemas comportamentais bem sérios. E aí você fala com a família, pede pra eles irem, às vezes você faz até um encaminhamento, mas não existe esse feedback. [...] Então, a gente assim, eu queria uma parceria maior, até pra ser assim, um canal aberto pra facilitar a vida dessas crianças de uma consulta, que eles não têm, entendeu? (ED3)

Agora que a demanda é grande, é! E cada vez mais precocemente, a gente recebe crianças com problemas que hoje, aos três anos, a gente detecta. Tô te falando, três porque é a idade mais tenra que a gente tem aqui, mas do berçário já se percebe, e que se tivesse um tipo de chance, de acompanhamento, de tratamento, de repente seria aquele adolescente lá na frente que não ia evadir da escola, não ia de repente se envolver com coisas ilícitas, que iria ter uma boa aprendizagem [...] mas, aí, se tivesse a base com apoio sendo trabalhada, um profissional da saúde ajudando [...] (ED3).

Os profissionais ED1 e ED3 apoiam a presença da eSF na escola, desenvolvendo as atividades previstas pelo PSE, entre elas as de educação em saúde, porém, evidenciam em suas falas o descontentamento quanto à relação com setor saúde, uma vez que se sentem pouco apoiados no cuidado com as crianças que apresentam comportamentos considerados inadequados ou problemas de aprendizagem.

Neste ponto, considero fundamental trazer à tona um debate cada vez mais presente na literatura, capaz de gerar novas perspectivas na compreensão do caso estudado: o debate da medicalização e da patologização, em especial da vida escolar. Collares e Moysés (1994) definem o termo medicalização como “processo de transformar questões não-médicas, eminentemente de origem social e política, em questões médicas, isto é, tentar encontrar no campo médico as causas e soluções para problemas dessa natureza” (COLLARES; MOYSÉS, 1994, p. 25).

Desta forma, mais do que o simples uso excessivo de medicamentos, como o termo pode levar a crer, para estas autoras, a medicalização traz consigo uma concepção do processo saúde-doença centrado no indivíduo, privilegiando uma concepção organicista, de forma que as questões medicalizadas perdem sua determinação coletiva. Ainda nesta perspectiva, as questões sociais, políticas, econômica e históricas que influenciam a vida das pessoas passam a ter papel mínimo.

No campo da educação, a conexão entre problemas neurológicos e as dificuldades de aprender ou de se comportar tem sido cada vez mais forte, tanto na perspectiva de profissionais da saúde, quanto de profissionais da educação (MEIRA, 2012), desconsiderando a origem destas dificuldades em fatores que reproduzem na escola os conflitos inerentes à sociedade de classes - como o descompromisso do Estado com a educação do povo e o autoritarismo das políticas públicas educacionais (ZUCOLOTO, 2007).

É fundamental ainda questionar o papel da indústria farmacêutica e seus interesses na perpetuação de discursos medicalizantes. Moysés e Collares (apud LEONARDO; SUZUKI, 2016), por exemplo, apontam que a venda da Ritalina (nome comercial do metilfenidato, frequentemente prescrito nos casos de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade - TDAH) cresceu consideravelmente no Brasil entre os anos de 2000 e 2009.

Collares e Moysés (1994) consideram que, inicialmente, a perspectiva medicalizante na educação era tomada basicamente pelas ciências médicas, concretizada pelos profissionais médicos. Entretanto, mais recentemente este fenômeno tem se ampliado, envolvendo novas áreas e seus respectivos profissionais (Psicólogos, Fonoaudiólogos, Enfermeiros, Psicopedagogos). Desta forma, as autoras propõem a substituição do termo “medicalização” por “patologização”, considerado mais abrangente.

Tomando como base o caso estudando, questiona-se de que forma as expectativas das Equipes de Saúde da Família e dos profissionais da educação podem ser alinhadas no sentido de se construir mudanças nos padrões de saúde e adoecimento das crianças, a partir de políticas e programas como o PSE.

Considerando-se a expansão do fenômeno da patologização entre profissionais envolvidos com a educação, apontada por Moysés e Collares (1994), e tendo em conta o papel protagonista do setor saúde na promoção da construção de políticas e parcerias para a promoção da saúde, apontado na Carta de Bangkok (2005), parece prudente propor que as Equipes de Saúde da Família possam ser grandes promotoras do debate acerca da medicalização da vida e do fracasso escolar, exercendo seu papel de educadores, não apenas com os alunos, mas também no apoio às equipes de profissionais da educação.

A busca de relações de aprendizado e compreensão mútuas, sobre a qual se referem diversos autores ao citar os referenciais da educação popular em saúde, pode ser estendida às relações com outros profissionais e atores sociais, incluindo, neste caso, os profissionais da educação.

É interessante observar que, apesar de historicamente a perspectiva medicalizante da educação ter sido originada no campo da saúde, a Estratégia de Saúde da Família propõe uma atuação não condizente com este reducionismo das questões da vida real. Merhy (2013), em debate acerca dos modelos assistenciais que operam nos serviços de saúde, aponta que os modos como se organizam a atuação em saúde sofrem implicação social e política, sendo que o modelo que opera nos serviços de saúde é o médico-hegemônico neoliberal, potencial fortalecedor da medicalização.

A ESF, no entanto, uma vez propondo a atuação em equipe multiprofissional de base territorial e com enfoque na família e na comunidade, permite uma compreensão ampliada da situação de vida dos pacientes adscritos e, conseqüentemente, de seus processos de saúde e adoecimento.

Ressalta-se o papel do Agente Comunitário de Saúde (ACS), sendo que para Alves e Aerts (2011) há um descompasso entre as concepções de mundo e as percepções das equipes de saúde e de grupos populares, o que dificulta o trabalho de educação em saúde. O ACS se trata de um dos profissionais integrantes das eSF, que é morador da área onde trabalha, o que o configura como um ator de papel fundamental na articulação entre os saberes científicos e populares em saúde. Este profissional é formado a partir dos referenciais biomédicos, mas ao mesmo tempo, convive com a realidade e as práticas do local onde mora e trabalha, compreendendo seus problemas, necessidades e cultura (NUNES et al., 2002; ALVES; AERTS, 2011). Dentre as atribuições previstas para o ACS na Política Nacional de Atenção Básica, pode-se destacar:

III - Orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;

V - Acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. As visitas deverão ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, mantendo como referência a média de uma visita/família/mês;

VI - Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;

VII - Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade,

por exemplo, combate à dengue, malária, leishmaniose, entre outras, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco (Ministério da Saúde, 2012, p. 49).

Assim, é possível perceber que o trabalho dos ACS é fundamental na concretização da ESF, funcionando como um elo entre a comunidade e o sistema de saúde, contribuindo para o processo de transformação social (TOMAZ, 2002).

As equipes de profissionais da educação, por sua vez, por não possuírem os mesmos recursos que as eSF – em especial o trabalho do ACS – podem apresentar maior dificuldade em reconhecer este contexto multifatorial que cerca os problemas escolares, cabendo, portanto, questionar a concepção de saúde apresentada pelos profissionais da escola e da saúde e como acreditam que esta possa ser alcançada. Esta realidade, mais uma vez, potencializa o protagonismo do apoio do setor saúde aos profissionais da educação, no sentido de reflexão e construção conjunta de estratégias de intervenção, ainda que pontuais e voltadas para as realidades locais.

Ainda quanto aos desafios da educação, Leonardo e Suzuki (2016) observam que os moldes capitalistas de trabalho contribuem para a precarização do ensino, por não se proporcionar aos profissionais da educação as condições mínimas necessárias para exercer seu trabalho de forma plena.

Tendo em vista as potencialidades do trabalho da ESF, que a levou a ser a estratégia para a reorientação do modelo de atenção à saúde no Brasil, é interessante observar que a revisão da produção científica do país revela que “ainda são pouco exploradas as ações essenciais que elevam a ESF à condição de reorientadora do modelo como a exploração do território, a educação em saúde, a participação popular, o planejamento e a avaliação” (SILVA; CASOTTI; CHAVES, 2013, p.224). Esta observação leva à reflexão sobre em que medida a ESF do caso estudado e de outras comunidades vulneráveis de grandes cidades, na realidade em que trabalham, tem conseguido se apropriar destas potencialidades.

Neste contexto, e tendo em vista os debates acerca da determinação social da saúde, parece fundamental questionarmos, enquanto trabalhadores não só da saúde, mas de diversos setores, que objetivos se buscam ao trabalhar a saúde com populações socialmente excluídas e historicamente marginalizadas. Que concepções de saúde, doença e educação carregamos conosco? E, ainda, de que forma podemos aprofundar o debate acerca da promoção da saúde nos contextos de exclusão social?

5.2. Os obstáculos na realização do trabalho em saúde na escola

Nesta categoria temática, busco debater questões identificadas pelos atores envolvidos no estudo como potenciais obstáculos para o desenvolvimento do trabalho em saúde na escola, compreendendo os obstáculos como barreiras que dificultam, mas não necessariamente impedem a progressão do trabalho.

É fundamental salientar que as próprias relações entre os profissionais da ESF e da escola, na forma como se estabelecem, foram identificadas como um grande obstáculo na realização do trabalho em saúde na escola. No entanto, como as demais categorias de análise perpassam e buscam pormenorizar esta dificuldade de relação, ela não será abordada enquanto categoria.

No que diz respeito aos demais obstáculos listados, um dos principais está ligado à questão da territorialização. Historicamente, o conceito de território foi utilizado e estudado por diversas áreas do conhecimento. Na Biologia, buscava definir o local onde uma espécie desempenha suas funções vitais ao longo do seu desenvolvimento. No campo da Geografia, a concepção de território esteve inicialmente associada a uma área delimitada pelas fronteiras nacionais de um Estado, sendo mais tarde proposta a ligação entre território e poder, seja o poder do Estado ou de outros atores da população (MONKEN et al., 2008). Em 1986, Robert Sack traz uma ideia de territorialidade “ligada ao modo como as pessoas utilizam a terra, como elas próprias se organizam no espaço e como elas dão significado ao lugar” (MONKEN et al., 2008, p. 27).

Mais recentemente, com avanço das discussões acerca do tema, a ideia de território passou a incorporar um componente cultural e novas abordagens abriram possibilidade para análises no campo da saúde, particularmente da Atenção Primária à Saúde (MONKEN et al., 2008).

As diretrizes estratégicas do Sistema Único de Saúde brasileiro possuem forte relação com a noção de território, sendo que as divisões territoriais utilizadas neste contexto são “áreas de atuação, de caráter administrativo, gerencial, econômico ou político” (PEREIRA; BARCELLOS, 2006, p. 51). Para Faria (2013), o princípio de universalidade do SUS está diretamente ligado à necessidade de um arranjo territorial na organização dos serviços e das ações, uma vez que a existência de serviços nos territórios é determinante para o acesso da população.

No caso da ESF, a relação entre serviços-território-população é representada pela adscrição de uma população, um conjunto de famílias agregadas geograficamente em uma

área delimitada (PEREIRA; BARCELLOS, 2006, SANTOS; RIGOTTO, 2010, FARIA, 2013). As Unidades de Saúde da Família devem trabalhar com uma área sob sua responsabilidade – o território de abrangência, e cada eSF deve ser responsável por um território com o máximo de 4.000 pessoas. Para a definição deste número deve-se levar em conta o grau de vulnerabilidade das famílias adscritas (Ministério da Saúde, 1997; 2012). Assim, “o território determina o limite de atuação do serviço e a população sob sua responsabilidade” (FARIA, 2013, p. 134). A territorialização trata-se de uma técnica de planejamento que visa delimitar as áreas de atuação das unidades de atenção primária à saúde e das eSF (FARIA, 2013).

A partir da descrição do caso estudado, realizada no capítulo anterior, é possível perceber que a territorialização, como executada na perspectiva do setor saúde, é realizada de forma díspar da educação. A escola é responsável por um grande número de alunos cujas famílias não são adscritas à unidade de saúde de referência para a escola, o que, além de ser um ponto de tensão identificado pelas equipes de saúde e educação na relação que estabelecem entre si, fragmenta o seguimento e o cuidado das crianças.

[...] eu lembro que eu fui, atendi o menininho, conversei sobre a história da família. Aí, eu descobri que ele não morava na nossa área. Ele estudava na nossa área, mas ele era de outra clínica. Aí, eu peguei o endereço, descobri o médico da equipe dele, entrei em contato com o médico por telefone, passei o caso, isso tudo lá da escola, via telefone pra médica [...]. Olha, a gente tá aqui, qualquer coisa, se acontecer alguma coisa com a criança na escola, a gente vai tá disponível, mas o acompanhamento, eu não tenho como fazer o acompanhamento dessa criança, porque a gente não vai acompanhar a família [...] (ESF5).

Eu não sei se o nome é dificuldade, mas a maioria das crianças não é da área da escola e da nossa. A maioria dos alunos é do entorno, que não é a área onde a equipe atua, pouquíssimos.... Eu acho que dificulta essa parte (ESF 6).

Eu não tenho como mandar pra cá (para a Unidade de Saúde), porque aqui eles (ESF) podem fazer um atendimento assim, prioridade, vamos dizer assim, uma situação de urgência, e depois eles encaminham para a unidade de referência porque é a estrutura, não adianta, é a estrutura (ED3).

O profissional ESF5 menciona em sua fala um caso no qual identificou entre os alunos uma criança com uma situação de saúde que necessitava de seguimento, porém, pouco conhecia sobre a família e seu território. Esta questão se tornou um ponto de tensão com a equipe da escola, na medida em que estes profissionais necessitavam de parceria no cuidado com a criança e a Unidade de Saúde de referência para a mesma encontrava-se em outro território.

No mesmo sentido, o profissional ED3 fala sobre a dificuldade de acompanhar o seguimento em saúde de seus alunos, uma vez que este é realizado em outras unidades de saúde. Assim, percebe-se que o recorte territorial, apesar de fundamental no planejamento da organização dos serviços, bem como na compreensão da situação de saúde da população adscrita da ESF, na prática, apresenta desafios para os profissionais, uma vez que território criado pela saúde não é o mesmo enxergado pelos diversos atores sociais que o compõem.

Para Pereira e Barcellos (2006), o recorte territorial realizado na saúde, tendo como único critério a quantidade populacional e sem qualquer proposta de tipificação deste território, limita a eficácia das ações. Ainda para estes autores, as dificuldades em incorporar diferentes concepções de territorialidade na prática de trabalho e nos sistemas de informação da atenção básica prejudicam a intersetorialidade, considerando que existem forças atuantes sobre o território, para além da lógica dos serviços de saúde.

É importante salientar que o obstáculo da territorialização é listado pela eSF enquanto barreira relacionada a questões assistenciais. No campo da educação em saúde, no entanto, ela também pode se constituir enquanto obstáculo, uma vez que na perspectiva da educação popular em saúde, deve-se ter em conta a cultura, a realidade e as necessidades locais. Estas podem ser distintas entre territórios que geograficamente apresentam-se similares. Assim, diversas realidades podem coexistir em uma escola, ou mesmo no território adstrito de uma eSF.

Outra dificuldade listada, tanto pela eSF, quanto pela equipe de profissionais da escola, esteve ligada às particularidades do território em que atua, em especial à violência.

Em 2016 eu ainda consegui fazer no começo, depois, por conta de violência a gente não foi, aquela confusão [...] (ESF3).

Mas, a gente chegou a programar os primeiros seis meses, algumas coisas a gente fez, outras também a gente não fez por conta da violência. Uma vez também a gente programou, não lembrou o quê que foi, chegou lá, a escola tava fechada (ESF 1).

Para além dos diversos casos de violência intrafamiliar⁴, que não são incomuns na rotina da eSF, os profissionais das eSF precisam também lidar com outros tipos de violência que acometem territórios de alta vulnerabilidade social, em geral ligadas ao uso e tráfico de drogas e o combate aos mesmos.

4 Corroboro Minayo ao apontar a violência intrafamiliar como “a que ocorre entre os parceiros íntimos e entre os membros da família, principalmente no ambiente da casa, mas não unicamente. Inclui as várias formas de agressão contra crianças, contra a mulher ou o homem e contra os idosos” (MINAYO, 2005, p.24).

O termo violência tem origem no latim, significando força. Para Minayo (2004; 2005), trata-se de uma questão sócio-histórica que acompanha toda a experiência da humanidade, tornando-se um tema para o setor saúde, pela observação do seu impacto na qualidade de vida dos indivíduos e pela necessidade de cuidados médico-hospitalares que desperta.

No Brasil, Minayo (2005) ainda aponta que o tipo de violência que predomina na opinião pública, e a qual a eSF estudada faz menção, tem múltiplas manifestações que se tornam relevantes nas formas criminais e de delinquências. Neste contexto, o apelo capitalista ao consumo e à falta de oportunidades e perspectivas, em especial para os jovens, oferecem aos pobres uma opção de mercado de trabalho em conflitos ligados à criminalidade e aos negócios ilegais (MINAYO, 2005).

É importante salientar que a violência deve ser compreendida como um fenômeno biopsicossocial dinâmico e complexo, e que em sua configuração “se cruzam problemas da política, da economia, da moral, do Direito, da Psicologia, das relações humanas e institucionais, e do plano individual” (MINAYO, 1994, p.7).

Além das diversas consequências físicas e psicológicas da violência, há cálculos estimando que seus custos diretos representem cerca de 3,3% do Produto Interno Bruto (PIB) brasileiro. Em contrapartida, a violência traz lucros ligados ao comércio lucrativo de armas e drogas e à produção de um aparato de segurança (dispositivos tecnológicos, blindagem de carros, etc.) (MINAYO, 2005).

No Rio de Janeiro, notícias abordam ainda outra consequência deste tipo de violência, os custos relacionados ao fechamento de unidades de saúde por conflitos que afetam a segurança de profissionais e usuários. Em 2016, uma notícia veiculada pelo jornal O Globo apontava que, de janeiro a outubro do mesmo ano, cerca de um terço das unidades básicas de saúde do município do Rio de Janeiro haviam sido fechadas em algum momento devido a tiroteios.⁵

Em 2016 eu ainda consegui fazer no começo, depois, por conta de violência, a gente não foi, aquela confusão (ESF1).

Desta forma, percebe-se que este tipo de violência afeta diretamente o setor saúde, tanto por suas consequências diretas relacionadas à saúde dos indivíduos, quanto por questões estruturais do funcionamento dos serviços de saúde, interferindo no cuidado realizado em uma

5 WERNECK, Antonio. Em dez meses, violência fechou um terço das clínicas e dos postos de saúde do Rio. **O Globo**, Rio de Janeiro, 16 de dez. 2016. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/rio/em-dez-meses-violencia-fechou-um-terco-das-clinicas-dos-postos-de-saude-do-rio-20668742>>. Acesso em 02/09/2017.

perspectiva integral e longitudinal. No caso estudado, ela foi fator determinante na dificuldade de acesso da ESF ao território, impedindo consequentemente, o acesso à escola.

5.3. Influências da gestão e das políticas no processo de trabalho

No desenvolvimento do grupo focal com os profissionais da ESF e da entrevista com os profissionais da escola, surgem algumas questões ligadas à influência que as políticas públicas e as ações de gerência local podem trazer ao processo de trabalho em saúde da ESF na escola.

O PSE se constitui em um eixo estruturante do trabalho em saúde que a ESF desenvolve na escola ao propor a integração entre os setores saúde e educação, visando o desenvolvimento integral dos estudantes da rede pública de ensino. O programa contempla em suas diretrizes ações de cunho assistencial, de prevenção e promoção da saúde, sendo que, conforme já discutido no tópico “O papel da saúde na escola”, as expectativas e necessidades quanto a estes componentes são díspares entre as equipes de saúde e educação estudadas. A equipe relata que, em geral, a cada três meses recebe uma demanda de realização de uma atividade na escola, sem especificações sobre o direcionamento quanto a esta atividade, ficando o planejamento a cargo da própria equipe.

O quê que acontece, a gente tem a gerente que fala: “olha, preciso de um evento na escola”. Ai, durante a reunião de equipe a gente tenta colocar uma coisa única, uma campanha que possa incluir tanto o tema do momento, como a avaliação de saúde bucal (ESF2).

Apesar de considerarem que o PSE seja importante no processo de trabalho da equipe, no sentido de levantar as demandas de integração entre saúde e escola, que poderiam ficar esquecidas devido à sobrecarga de trabalho que a equipe apresenta, afirmam que a presença do Programa não é variável necessária ao desenvolvimento de atos de saúde na escola, que seriam realizados independentes da existência do mesmo.

A gente com certeza iria (na escola, se não existisse o PSE) porque ela demanda muito. Com certeza eles iriam pedir, mesmo que não tivesse. Que eu também não acho ruim! É ela (diretora) que tá na escola, ela sabe o quê que tá acontecendo (ESF1).

Este dado revela uma compreensão da equipe quanto à responsabilidade sanitária que apresentam sobre seu território adscrito, e a relevância do papel que possuem enquanto educadores em saúde. Evidencia, ainda, que percebem a valia de envolver outros atores sociais na compreensão das necessidades do território, apesar de demonstrar pouca proatividade no sentido de buscar estes parceiros. A equipe da escola, por outro lado,

apresenta uma percepção da presença da eSF na escola que não atende às demandas da mesma.

[...] esse tempo que eu tô aqui eu te digo que a presença (da ESF) sempre foi muito pequena. Se concentrava basicamente em aplicação de flúor (ED 3).

Para os profissionais da escola, a presença da eSF, mesmo relacionada à realização de atividades de educação em saúde, é insuficiente. Esta percepção pode estar relacionada à orientação que os profissionais da escola recebem dos órgãos de gestão, que é diferente da orientação recebida pelos profissionais da eSF.

E se eles tivessem essas visitas periódicas, como me informaram que tem que ser, uma vez por mês na escola, que aí essa equipe também pode ver essa criança que eu estou falando, você tem mais facilidade (ED3).

Este dado parece mostrar que a dificuldade de comunicação intersetorial, que existe no nível dos profissionais que executam as políticas de saúde, como os profissionais das eSF, pode ocorrer também em diferentes níveis da gestão do trabalho.

Para Araújo e Cardoso (2007), a comunicação é inseparável do processo de constituição efetiva das políticas públicas, em que estas saem do papel e são apropriadas pela população a que se destinam, sendo a natureza e a qualidade da comunicação determinantes da possibilidade de sucesso da política em questão.

Quanto ao papel que a política e as propostas gerenciais representam no trabalho que esta equipe desenvolve na escola, é interessante perceber que, para os profissionais, estas se constituem mais em incentivadoras do que produtoras de enrijecimento do processo de trabalho. Cabe, no entanto, questionar se a equipe possui espaço para discutir se o desenvolvimento destas atividades no cenário escolar, apesar de importantes em um contexto de desenvolvimento integral das crianças, de fato se constitui em prioridade frente ao cenário no qual atua e à população para a qual presta cuidados.

Ao exercer trabalho vivo, os profissionais de saúde são dotados de um potencial criativo, que possibilita a invenção de novos processos de trabalho ou mesmo a abertura do trabalho existente em outras direções não pensadas (MERHY, 2014). Assim, é fundamental que haja coresponsabilização entre profissionais, usuários e gestores na elaboração, execução e monitoramento de políticas públicas em saúde, tendo em mente que cada território possui suas particularidades, prioridades e que decisões centralizadas correm o risco de não contemplar a complexidade de cada realidade.

Merhy (2014), no entanto, aponta que a história das teorias administrativa e gerenciais tem sido a produção de tecnologias leve-duras, visando à captura do trabalho vivo,

transformando-o em morto, ao passo que Scherer, Pires e Schwartz (2009) afirmam que as atuais formas de organização e de gestão do trabalho continuam repousando sobre princípios que sacrificam a subjetividade.

Neste ponto, faço um adendo para corroborar Paim e Teixeira (2006) em sua compreensão de política de saúde como:

A resposta social (ação ou omissão) de uma organização (como o Estado) diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações e seus determinantes, bem como em relação à produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde humana e o ambiente. Política de saúde abrange questões relativas ao poder em saúde (Politics), bem como as que se referem ao estabelecimento de diretrizes, planos e programas de saúde (Policy). Assim, a palavra política na língua portuguesa expressa tanto as dimensões do poder quanto as diretrizes (PAIM; TEIXEIRA, 2006, p. 74).

Ainda para Merhy (2014), a combinação ótima entre a eficiência das ações em saúde e a produção de resultados centrados nas necessidades dos usuários se constitui em grande desafio para o gerenciamento do cuidado em saúde, sendo, para isto, necessário se obter uma combinação ótima entre a capacidade de produzir procedimentos com a de produzir cuidado.

Este gerenciamento deve incluir também o gerenciamento da própria equipe de saúde sobre seu processo de trabalho, planejando e executando ações de acordo com as necessidades da população sobre a qual possui responsabilidade sanitária. Assim, é fundamental que ações de educação em saúde no território, como no caso estudado, que leva em conta as ações na escola, estejam sempre em mente no planejamento das eSF. É de suma importância, no entanto, que as atividades assistenciais, como as consultas médica e de enfermagem, não sejam colocadas de lado neste processo de trabalho. Há que se produzir um equilíbrio, difícil, porém, possível.

Desta forma, espera-se tanto um processo gerencial descentralizado de apoio e estímulo, que fortaleça a potência criativa do trabalhador de saúde – e não de cobranças de prazos e metas que não adquirem sentido para o trabalho – quanto à proatividade das equipes de Saúde da Família, refutando a tradição da nossa sociedade, apontada por Araújo e Cardoso (2007), de sempre esperar pelo que “vem de cima”. É necessário que os gestores sejam capazes de compreender que o trabalhador da saúde opera com sua subjetividade em todo o processo de trabalho, até mesmo no manejo de instrumentos e protocolos (FRANCO, 2013b).

Ademais, a despeito da atual hegemonia de um modelo assistencial na saúde médico centrado, voltado ao trabalho do profissional médico e ao uso das tecnologias duras e leves de trabalho, as atividades de educação em saúde nas escolas se constituem em importante espaço de prática e desenvolvimento de tecnologias leves, de trabalho vivo em ato.

Incorporam tanto aspectos relacionais com os próprios estudantes, quanto com a equipe de profissionais da educação, que devem se traduzir em parceiros no fortalecimento da defesa à vida e na produção de autonomia, que são a finalidade, em última instância, dos serviços de saúde.

5.4. Planejamento e atuação intersetorial

Tanto a equipe de saúde, quanto os profissionais da escola estudada identificam que um ponto de tensão no trabalho que a eSF exerce na escola está representado pela dificuldade em realizar planejamento conjunto das ações a serem realizadas. Conforme já discutido, a eSF, em geral, segue as orientações da equipe da educação na escolha da proposta metodológica, assim como dos temas de trabalho quando já foram pensadas as atividades de educação em saúde. No entanto, o planejamento costuma ocorrer apenas pontualmente, quando surgem demandas, sem que haja um planejamento longitudinal. Este aparece como uma grande necessidade para os profissionais da escola.

[...] a gente tinha que ter uma reunião no início do ano pra planejar todas as ações. Mandeí recado, porque os agentes, né, moram aqui, aí eu tô passando, eu vejo ó, fala com eles, preciso que vocês venham lá, que a gente precisa fazer planejamento! [...] E agora se você me perguntar quando eles voltam, eu não sei te dizer. Por quê? Porque não existe um planejamento. Teria que ter um planejamento anual (ED3).

A eSF também identifica a importância deste planejamento conjunto e, além de concluir que é fundamental para que possam exercer um trabalho que atende às necessidades da escola, propõe que esta poderia ser uma estratégia de redução na tensão da relação com a escola, uma vez que seriam capazes de compreender as demandas e dificuldades uma da outra.

Acho que é possível, também, marcar uma reunião lá. Da gente ir lá, os dois, uma aqui e uma lá, pra gente entender a dinâmica deles, e eles entenderem a nossa (ESF 1).

Esta percepção trazida pelo profissional ESF1 revela que as relações que estas equipes estudadas estabelecem entre si vêm sendo pautadas por pouca comunicação e incompreensão mútua do trabalho exercido pelo outro, evidenciando uma fraqueza de vínculos entre as equipes.

Farias et al. (2016) apontam que o diálogo entre os setores saúde e educação ainda se apresenta como grande desafio para o PSE, justificada, no ponto de vista de profissionais da saúde, pela falta de tempo e pela sobrecarga de trabalho. Para estes autores, a

intersetorialidade é um processo difícil, que exige a habilidade de lidar com conflitos e divergências. Além disso, a baixa participação em ações intersetoriais tem sido reconhecida por profissionais da ESF como um problema no enfrentamento das vulnerabilidades nos territórios (GIOVANELLA et al., 2009).

Tendo em vista que a intersetorialidade pode ser compreendida como “articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar efeito sinérgico em situações complexas, visando o desenvolvimento social, superando a exclusão social” (JUNQUEIRA; INOJOSA apud JUNQUEIRA, 1997, p.37), o planejamento intersetorial, no caso estudado, seria capaz de produzir relações que frutificassem atividades da eSF “com” a escola, para além de atividades “na” escola, potencializando o poder transformador que os setores saúde e educação são capazes de exercer na realidade social. Para tanto, é necessário estar atento às tensões e às disparidades de expectativas e forças entre os diferentes setores.

Para Franco (2013a), a ideia de integralidade nos serviços de saúde pressupõe a necessidade de processos em rede, de forma que a constituição de relações com outros setores e serviços de saúde é fundamental para um trabalho que visa à produção de cuidado. Ainda para este mesmo autor (2013b), o trabalhador da saúde tudo pode enquanto potência, uma vez que é ele próprio quem determina a organização de seu processo produtivo, dispondo da liberdade para produzir um cuidado prescritivo ou cuidador. Esta decisão é tomada conforme sua intencionalidade e sua proposta ética e política para o cuidado em saúde.

Citando Deleuze e Espinosa, Franco (2013b) aponta que os corpos, ao encontrarem-se, possuem a capacidade de se afetarem mutuamente, produzindo “paixões alegres” e “paixões tristes”, algo que não é visto, mas sentido, e que afeta fortemente esses corpos, aumentando a potência vital nos casos de produção de alegria.

Assim, é imprescindível que na ESF sejamos capazes de formar e abarcar cada vez mais profissionais que possuam uma postura direcionada à produção do cuidado, e que sejam capazes de produzir conexões e vínculos produtores de potência vital, não apenas com usuários, mas também com parceiros intra e intersetoriais. Aqui, mais uma vez, se fala em trabalho vivo e em seu potencial caótico e revolucionário, conferido pela formação de redes e conexões que se abrem em múltiplas direções (FRANCO, 2013a).

Sobre a criação de um espaço que permita o planejamento conjunto entre as equipes, no caso estudado, tanto os profissionais da saúde, quanto os da educação identificam que o mesmo já existe, mas precisa ser mais bem aproveitado. Para a equipe de saúde, é

fundamental que estes espaços de planejamento envolvam o maior número de profissionais possível, incluindo professores e equipe de direção da escola.

Eu acho assim, também, uma outra coisa que eu já pensei. Quando a gente vai lá (na escola) programar, quando tem reunião com a gente, a gente vai lá. Então, assim, poderia ter outros professores [...]. Como a gente vai (dentista), vai (enfermeira), vai ACS, podia ter mais gente da própria escola, até pra dar ideia [...] (ESF1).

É também interessante perceber que os profissionais da eSF compreendem a importância da participação de todos os membros desta equipe não apenas no trabalho desenvolvido na escola, conforme já abordado, mas também no planejamento.

A gente conversa em reunião de equipe [...] é... olha, a gente tem atividade pra fazer, como a gente vai fazer? A gente já organiza. Aí, cada um faz uma coisa (ESF1).

No entanto, apesar de ser clara a valorização que a equipe traz ao trabalho do ACS, tanto o planejamento quanto a atuação na escola, sempre envolvem a participação de profissionais de nível superior, chamando atenção para questões que podem envolver relações de poder dentro da própria equipe e que, em diversos momentos, não se tornam nítidas ou conscientes pelos profissionais. Este achado se assemelha ao relato de Cavalcanti e Cordeiro (2015), que encontraram em seu trabalho dados sugerindo que os profissionais das eSF compreendiam a intersetorialidade como uma atribuição dos profissionais de nível superior.

No contexto do desenvolvimento da educação em saúde, no entanto, Morosini, Fonseca e Pereira (2007), defendem que todo trabalhador da saúde desempenha um papel educativo, uma vez que o trabalho em saúde exige reflexão e ação visando à transformação da realidade, componentes básicos do trabalho em educação. Ademais, uma importante parcela do trabalho do ACS se constitui em trabalho educativo e é fundamental que estes reconheçam este papel e assumam concepções de educação que auxiliem a população a se enxergar como construtoras da sociedade.

Por fim, para Silva e Rodrigues (2010), o processo de caminhada em direção à intersetorialidade se encontra em fase de construção de conceitos, atitudes e metodologias que viabilizem sua aplicação. Sendo um processo de transformações nos modos de pensar e agir historicamente estabelecidos, não pode ocorrer em curto espaço de tempo. Neste contexto, o reconhecimento da complexidade dos problemas em saúde e o início do diálogo intersetorial devem ser compreendidos como avanços significativos, frente aos desafios que ainda estão por vir.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Era uma sexta-feira. Não sexta-feira treze, mas uma sexta-feira de poucas esperanças para quem acredita no fortalecimento do SUS. Uma semana difícil, um cenário político difícil, notícias difíceis. Resistência.

Contudo, era mais uma sexta-feira atribulada na Clínica da Família. Já próximo ao final do dia, uma paciente procura a Unidade. Queixa: dor nas costas. Muitos outros pacientes já aguardavam atendimento, mas como é difícil dizer “não” à dor. Cada um sabe onde aperta seu calo. Depois de mais de uma hora de espera (ou talvez duas, não tenho certeza), Dona Maria adentra o consultório. Sessenta e quatro anos, semblante sereno, sorriso manso. Muita história para contar.

- Boa noite, Dona Maria. Como posso ajudar a Senhora hoje?

Dona Maria tinha uma dor nas costas. Mas tinha muito mais do que isso. Tinha uma longa história de vida. Viera ainda muito jovem do Nordeste acompanhando o marido, com o sonho de construir a vida no Rio de Janeiro. Sem família na cidade e trabalhando em casa, se apegara muito aos três filhos que vieram da união do casal. Vivia para a família. Sempre foi assim.

Há quinze meses, Leandro, o filho mais velho, falecera. Mais uma vítima de violência, mais uma família dilacerada. Dona Maria não conseguia superar a perda do filho. Desde então, muita coisa havia perdido o sentido: a casa onde morava, o relacionamento com marido, as atividades diárias, a vontade de viver. A cabeça doía, as costas doíam, o corpo falava.

Pensei em como seria a sensação de perder um filho. Espero não experimentar. Mas Dona Maria me pedia ajuda. Pensei em medicamento, será que iria ajudar?

Assim como Dona Maria havia dividido comigo sua angústia, dividi com ela a minha por não ter certeza sobre a melhor forma de ajudá-la. Discutimos as possibilidades e os recursos disponíveis, entre eles o uso do medicamento. Dona Maria mantinha seu semblante sereno, ouvia, balançava a cabeça, encolhia o corpo. Decidimos juntas que não era a hora da medicação.

Um pouco insegura com a decisão, pedi a paciente que retornasse em alguns dias para acompanhar sua evolução. Antes que fosse embora, pedi um abraço e recebi um abraço apertado, com um sussurro de “que abraço gostoso”!

Quinze dias depois reencontro Dona Maria. Contou que tinha voltado à igreja, onde se sentiu cuidada e amparada. Contou que seu marido fizera questão de acompanhá-la nas caminhadas no final da tarde, que eu havia proposto, e como isso foi importante para acreditar em seu relacionamento. Contou que amava seus filhos, sua família, e por isso seguiria em frente. A ferida da perda do filho ainda doía, a cabeça e as costas doíam menos, a vontade de viver não era a mesma, mas sabia que havia um horizonte. Agradeceu pela Clínica da Família, agradeceu por nosso encontro, por ser ouvida e por falar. Pediu para voltar mais algumas vezes.

E eu, soube que estava exatamente no lugar onde deveria estar. A resistência continua. ”

Iniciando o fim. Fiz a opção de introduzir estas últimas considerações trazendo a narrativa acima, porque acredito que ela seja capaz de aflorar um tema que permeia toda esta dissertação: o poder que possui o encontro e as relações humanas quando pensamos em saúde. Apesar de a narrativa se referir à relação que se institui entre um profissional de saúde e um usuário, creio que possamos levar a reflexão semelhante às relações que estabelecemos em nosso meio de trabalho, quando este possui o objetivo de produzir cuidado para a população.

Nestes caminhos de produção de cuidado e autonomia podemos atrelar o diálogo que se tem feito entre a saúde e a educação – marcado por divergências e aproximações nas concepções que carregamos sobre educação e saúde, e na forma como utilizamos estas concepções na construção de um trabalho transformador da realidade. A aproximação entre estes dois conceitos pode ser realizada não apenas pela promoção da saúde nas escolas, espaço potente para a realização deste diálogo, como também por meio da educação em saúde em diversos ambientes comunitários, buscando trabalhar a integralidade, construir com a população diálogos que contemplem a condição de determinação social da saúde e fortaleçam sua autonomia.

Este trabalho mostrou que, no contexto de interação entre a saúde e a educação, o Programa Saúde na Escola tem sido relevante no sentido de incentivar a interlocução e a atuação conjunta de uma equipe de Saúde da Família e de profissionais de uma escola da rede pública, visando o desenvolvimento integral dos estudantes através da proposta de ações de caracteres diversos, entre elas as de educação em saúde. No entanto, o desenvolvimento do programa ainda apresenta na prática dos profissionais grandes desafios.

A saúde, a intersetorialidade, a educação popular, muito além do que construídas por políticas públicas e diretrizes, se erguem a partir de relações humanas, de paixões, de vontade, de intencionalidades, de trabalho vivo. Assim, é fundamental que possamos seguir adiante no debate e nas reflexões que cercam estes temas, encontrando na paixão pelo trabalho e nas relações que produzimos com usuários e com demais trabalhadores, a inspiração necessária.

Na produção desenvolvida ao longo desta dissertação, fica claro que, tanto os profissionais da ESF, quanto os profissionais da escola estudada, apesar de diferentes expectativas e dificuldades no cotidiano do trabalho, possuem um interesse fundamental em comum: favorecer o desenvolvimento dos alunos, foco da interseção entre essas duas equipes. É necessário que sejamos capazes de reconhecer nestes possíveis alinhamentos de interesses a força motora para a produção de relações intra e intersetoriais produtoras de potência vital, tendo em mente que estes alinhamentos só podem ser evidenciados quando há comunicação e

planejamento. Além disso, enquanto profissionais do nível mais capilarizado do sistema de saúde, carecemos da criação de redes cada vez mais complexas e mais fortes, reconhecendo nos próprios usuários e nos profissionais dos demais setores a parceria necessária na busca de ações que visem a melhoria das condições de saúde da população.

Para finalizar, gostaria de enaltecer o poder que traz o desenvolvimento da pesquisa qualitativa em saúde, uma vez que, ao longo da progressão deste trabalho, fui capaz de observar ressignificações por parte dos profissionais envolvidos e pequenos rearranjos na micropolítica das relações estabelecidas entre estas duas equipes pesquisadas, no sentido de pensar em estratégias que possam aperfeiçoar e valorizar o trabalho realizado.

Assim, fica aqui registrado o desejo de que, para além de qualquer resultado encontrado ou análise realizada, este trabalho seja capaz de nos mobilizar e reacender nossas esperanças, nos recordando a capacidade que cada um de nós possui em construir uma sociedade mais justa e solidária.

REFERÊNCIAS

- ALVES, Gehysa Guimarães; AERTS, Denise. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 319-325, Jan., 2011.
- ALVES, Vânia Sampaio. 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, fev. 2005.
- ANGROSINO, Michael. **Etnografia e observação participante**. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- ARANTES, Luciano José; SHIMIZU, Helena Eri; MERCHAN-HAMANN, Edgar. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1499-1510, maio 2016.
- ARAÚJO, Inesita Soares de; CARDOSO, Janine Miranda. **Comunicação e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- BARBOUR, Rosaline. **Grupos focais**. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- BARDIN, Lawrence. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BARROSO, Adonisa Aires; MORAES, Geridice Lorna Andrade de. Desafios do Programa Saúde da Escola – PSE. In: FROTA, Mirna Albuquerque; SILVA, Raimunda Magalhães da (Org.). **Promoção da Saúde na Integralidade do Cuidado**. Rio de Janeiro: DOC Saberes, 2016.
- BATISTELLA, Carlos. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: FONSECA, Angélica Ferreira; CORBO, Anamaria D’Andrea (Org.). **O território e o Processo Saúde-Doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 51-86.
- BESEN, Candice Boppré et al. A estratégia saúde da família como objeto de educação em saúde. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 57-68, Abril 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902007000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 30 ago. 2017.
- BRANDÃO, Roberto Eduardo Albino. **A implementação do Programa Saúde na Escola no território de Manguinhos (RJ): estratégias de privatização na política pública**. 2014. 144 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2014.
- BRASIL. Decreto 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2007. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm>. Acesso em 18 jun. 2016.
- _____. Lei 10.172, de 9 de janeiro de 2001. Aprova o Plano Nacional de Educação - PNE e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110172.htm>. Acesso em 18 jun. 2016.

_____. Portaria Interministerial 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**. Brasília, 2008. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1861_04_09_2008_rep.html>. Acesso em 09 ago. 2017.

_____. Portaria Interministerial nº 1.413, de 10 de julho de 2013. Redefine as regras e critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE) por Estados, Distrito Federal e Municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/pri1413_10_07_2013.html>. Acesso em 09 ago. 2017.

_____. Portaria Interministerial nº 1.910, de 8 de agosto de 2011. Estabelece o Termo de Compromisso Municipal como instrumento para o recebimento de recursos financeiros do Programa Saúde na Escola (PSE). **Diário Oficial da União**. Brasília, 2011. Disponível em <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria1910_08082011.pdf>. Acesso em 09 ago. 2017.

BUDÓ, Maria de Lourdes Denardin et al. Percepções sobre violência no cenário de uma unidade de saúde da família. **Cogitare Enferm.**, v. 17, n.1, p. 21-28, Jan/Mar 2012.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; GUTIÉRRE, Adriana Coser; GUERRERO, André Vinicius Pires; CUNHA, Gustavo Tenório. Reflexões sobre a atenção básica e a estratégia de saúde da família. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; GUERRERO, André Vinicius Pires (Org.). **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo, Hucitec, 2010. Disponível em: <http://andromeda.ensp.fiocruz.br/teias/sites/default/files/biblioteca_home/manual_das_praticas_de_atencao_basica%5B1%5D.pdf>. Acesso em 18 ago. 2017.

CANDEIAS, Nelly Martins Ferreira. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 209-213, abril 1997. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 ago. 2017.

CAVALCANTI, Alana Diniz; CORDEIRO, Joselma Cavalcanti. As ações intersetoriais na Estratégia de Saúde da Família: um estudo da representação do conceito de saúde e de suas práticas na Atenção Básica. **Rev. Bras. Medicina de Família e Comunidade**, v. 10, n. 37, p. 1-9, out./dez. 2015.

COLLARES, Cecília Azevedo Lima.; MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso. A Transformação do Espaço Pedagógico em Espaço Clínico (A Patologização da Educação). **Publicação Série Ideias**, São Paulo, v. 23, p. 25-31, 1994. Disponível em: <http://www.crmariocovas.sp.gov.br/pdf/ideias_23_p025-031_c.pdf>. Acesso em 21 ago. 2017.

CZERESNIA, Dina. O conceito de saúde e a diferença entre promoção e prevenção. In: Czeresnia D, Freitas CM (org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. Disponível em: <<http://www.fo.usp.br/wp-content/uploads/AOconceito.pdf>>. Acesso em 02 set. 2017.

Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro, Ano XXVIII, n. 223, 12 fev. 2015, p. 5-26. Disponível em: <http://doweb.rio.rj.gov.br/visualizar_pdf.php?edi_id=2677&page=1>. Acesso em 14 ago. 2017.

FARIA, Rivaldo Mauro de. A territorialização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde e a construção de uma perspectiva de adequação dos serviços aos perfis do território. **Hygeia, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, Uberlândia, v. 9, n. 16, p. 131-147, jun. 2013.

FARIAS, Isabelle Carolline Veríssimo de et al. Análise da intersetorialidade no Programa Saúde na Escola. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 2, p. 261-267, jun. 2016.

FERNANDES, Tania Maria; COSTA, Renato Gama-Rosa. **As comunidades de Manguinhos na história das favelas no Rio de Janeiro**. Revista Tempo, Rio de Janeiro, v.19, n.34, p. 117-133, Jan./jun. 2013.

FERREIRA, José Roberto; BUSS, Paulo Marchiori. Atenção primária e promoção da saúde. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

FIGUEIREDO, Túlio Alberto Martins de; MACHADO, Vera Lúcia Taqueti; ABREU, Margaret Mirian Scherrer de. A saúde na escola: um breve resgate histórico. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 397-402, mar. 2010.

FRANCO, Maria Laura Puglisi Barbosa. **Análise de Conteúdo**. 4 ed. Brasília: Liber Livro, 2012.

FRANCO, Túlio Batista. As redes na micropolítica no processo de trabalho em saúde. In: MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Tulio Batista (org.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013a.

FRANCO, Túlio Batista. O trabalhador de saúde como potência: ensaio sobre a gestão do trabalho. In: MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Tulio Batista (org.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013b.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. 59 ed. Rio de Janeiro: Paz e terra, 2015.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Laboratório Territorial de Manguinhos. **História do Bairro de Manguinhos**. Disponível em <http://www.conhecendomanguinhos.fiocruz.br/?q=historias_manguinhos>. Acesso em 12 ago. de 2017a.

_____. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Teias Escola Manguinhos. **Quem somos**. Disponível em: <<http://andromeda.ensp.fiocruz.br/teias/quem-somos>>. Acesso em 13 ago. 2017b.

_____. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Teias Escola Manguinhos. **Caracterização do Território**. Disponível em: <<http://andromeda.ensp.fiocruz.br/teias/saudedafamilia>>. Acesso em 06 jun. 2016.

- GARCIA, Leandro Martin Totaro et al. Intersetorialidade na saúde no Brasil no início do século XXI: um retrato das experiências. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 966-980, dez 2014.
- GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- GIL, Célia Regina Rodrigues. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, jun. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000600006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 30 ago. 2017.
- GIOVANELLA, Ligia et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 783-794, Junho, 2009.
- GOMES, Livia Cardoso. **O desafio da intersectorialidade**: a experiência do programa saúde na escola (PSE) em Manguinhos, no município do Rio de Janeiro. 2012. 173 f. Mestrado (Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012.
- GONÇALVES, Ricardo Bruno Mendes. **Práticas de Saúde**: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde (CEFOP), 1992.
- GOVERNO DO RIO DE JANEIRO. **PAC Comunidade Complexo de Manguinhos – urbanização**. Disponível em <<http://www.rj.gov.br/web/informacaopublica/exibeconteudo?article-id=1036918>>. Acesso em 13 ago. 2017.
- HAGUETTE, Teresa Maria Frota. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 12 ed. Petrópolis: Vozes, 2010.
- HARZHEIM, Erno; MENDONÇA, Claunara Schilling. Estratégia Saúde da Família. In: DUNCAN, Bruce B. **Medicina Ambulatorial**: Condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.
- INOJOSA, Rose Marie. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersectorialidade. **Cadernos FUNDAP**, n. 22, p. 102-110, 2001. Disponível em: <http://lcead.nutes.ufrj.br/constructore/objetos/Sinergia%20em%20pol%edticas%20e%20servi%e7os%20p%fablicos_%20desenvolvimento%20social%20com%20intersectorialidade.pdf>. Acesso em 06/09/2017.
- JUNQUEIRA, Luciano A. Prates. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. **RAP**, Rio de Janeiro, v.34, n. 6, p. 35-45, nov./dez., 2000.
- JUNQUEIRA, Luciano A. Prates. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersectorialidade. **Saúde e Soc.**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 31-46, dez. 1997.
- KAUFFMANN, Jean-Claude. **A Entrevista Compreensiva**: um guia para pesquisa de campo. Petrópolis: Vozes; Maceió: Edufal, 2013.
- KITZINGER, Jenny. Qualitative Research: Introducing focus groups. **BMJ**. Londres, v. 311, p. 299-302, jul. 1995.

- KUSCHNIR, Rosana; CHORNY, Adolfo Horácio. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, Ago. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232010000500006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 26 de maio de 2016.
- LAVRAS, Carmen. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, dez. 2011.
- LEONARDO, Nilza Sanches Tessaro; SUZUKI, Mariana Akemi. Medicalização dos problemas de comportamento na escola: perspectivas de professores. **Fractal, Rev. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 46-54, abril 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922016000100046&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 ago. 2017.
- LOPES, Maria do Socorro Vieira et al. Análise do conceito de promoção da saúde. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 3, p. 461-468, Set. 2010.
- MARX, Karl. **O capital: crítica da economia política: livro I**. 34ª Edição. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2016.
- MATOS, Eliane; PIRES, Denise Elvira Pires de; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para a constituição de novas formas de organização do trabalho em saúde. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 62, n. 6, p 863-869, nov/dez 2009.
- MATTA, Gustavo Correa; MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães. Atenção Primária à Saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França (Org.). **Dicionário de Educação Profissional em Saúde**. 2 ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.
- MAYS, Nicholas; POPE, Catherine. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- MEIRA, Marisa Eugênia Melillo. Para uma crítica da medicalização na educação. **Psicol. Esc. Educ.** Maringá, v. 16, n. 1, p. 136-142, junho 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572012000100014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 ago. 2017.
- MENDES, Eugênio Vilaça. Agora mais do que nunca - uma revisão bibliográfica sobre Atenção Primária à Saúde. In: Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Oficinas de Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados**. Brasília: CONASS, 2009. Disponível em: <<http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/03/Agoramaisquenunca.pdf>>. Acesso em: 28 mai. 2016.
- MERHY, Emerson Elias. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Tulio Batista (org.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013.
- MERHY, Emerson Elias. **A saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato**. 4 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
- MERHY, Emerson Elias. O Ato de Cuidar: a Alma dos Serviços de Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Ver – SUS Brasil**: cadernos de textos. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, p.108-13.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. Por uma composição técnica do trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. In: MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Tulio Batista (org.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. 1ª Edição. São Paulo: Hucitec, 2013.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. Trabalho em Saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França (Org.). **Dicionário de Educação Profissional em Saúde**. 2 ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 28 ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. A difícil e lenta entrada da violência na agenda do setor saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n.3, p. 647-647, Mai/Jun. 2004.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: Pesquisa qualitativa em saúde. 12 ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, supl. 1, p. S7-S18, 1994. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1994000500002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 09 jul. 2017.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Violência: Um problema para a saúde dos brasileiros. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE / MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Caderno do Gestor do PSE**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição. **Nota Técnica 69/2017** – CGAN/DAB/SAS/MS. 02 de maio de 2017a.

_____. Departamento de Atenção Básica. **Painel de adesões Programa Saúde na Escola** – 2017b. Disponível em <<http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/pse/relatorio>>. Acesso em 12 ago. 2017.

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

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Instrutivo PSE**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

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

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Diretrizes para implantação do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. Edição, Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. **Saúde da Família**: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

MINISTRY OF HEALTH. **Interim report on the future provision of medical and allied services**. London, 1920. Disponível em: <<http://www.sochealth.co.uk/history/Dawson.htm>>. Acesso em 25 de mai. 2016.

MONKEN, Mauricio et al. O território na saúde construindo referências para análises em saúde e ambiente. In: MIRANDA, Ary Carvalho de; BARCELLOS, Christovam; MOREIRA, Josino Costa; MONKEN, Mauricio. **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

MOROSINI, Márcia Valéria; FONSECA, Angélica Ferreira; PEREIRA, Isabel Brasil. Educação em saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França (Org.). **Dicionário de Educação Profissional em Saúde**. 2 ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

MOROSINI, Márcia Valéria; FONSECA, Angélica Ferreira; PEREIRA, Isabel Brasil. Educação e Saúde na prática do agente comunitário. In: MARTINS, Carla Macedo; STAUFFER, Anakeila de Barros (org.). **Educação e Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

MOZZATO, Anelise Rebelato; GRZYBOVSKI, Denize. Análise de conteúdo como técnica de análise de dados qualitativos no campo da administração: potencial e desafios. **RAC**. Curitiba, v. 15, n. 4, p. 731-747, jul./ago., 2011.

NOGUEIRA, Roberto Passos (Org.). **Determinação social da saúde e reforma sanitária**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. Disponível em: <<http://www.cebes.org.br/media/File/Determinacao.pdf>>. Acesso em 06 jun. 2016.

NUNES, Mônica de Oliveira et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1639-1646, dez 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS) 1986. Carta de Ottawa. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Declaração de Alma-Ata. Alma-Ata: OMS, 1978. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em 21 mai. 2016.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Educación para la salud en el ámbito escolar**: una perspectiva integral y guía para la acción basada en la experiencia latinoamericana. Washington: OPS, 1995. (Série HSS/SILOS, n. 37). 110 f. Disponível em: <http://www.bvsde.paho.org/bvsdeescuelas/fulltext/eps-silos37/EPS_SILOS_CONT.pdf>. Acesso em 13 jul. 2017.

PAIM, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Carmem Fontes. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. esp., p. 73-78, ago., 2006.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). **Renewing Primary Health Care in the Americas**: A Position Paper of the Pan American Health Organization/ World Health Organization (PAHO/WHO). Washington, D.C: PAHO, 2007. Disponível em: <<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s19055en/s19055en.pdf>>. Acesso em 28 mai. 2016.

PAPOUOLA, Suzana Rezende. **O processo de trabalho intersetorial das Equipes de Saúde da Família no município de Petrópolis-RJ**: fatores restritivos e facilitadores. 2006. 186p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2006.

PEDUZZI, Marina. **Equipe multiprofissional de saúde**: a interface entre trabalho e interação. 1998. Tese (Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 1998.

PELICIONI, Maria Cecília Focesi; TORRES, André Luis. **A escola promotora de saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1999. p.12.

PENTEADO, Regina Zanella; CHUN, Regina Yu Shon; SILVA, Reginalice Cera da. Do higienismo às ações promotoras de saúde: a trajetória em saúde vocal. **Distúrbios da Comunicação**, São Paulo, v.17, n.1, p. 9-17, abr., 2005.

PEREIRA, Martha Priscila; BARCELLOS, Christovam. O território no Programa de Saúde da Família. **Hygeia, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, Uberlândia, v. 2, n. 2, p. 47-55, jun., 2006.

PINHEIRO, Roseni; LUZ, Madel Therezinha. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubem Araújo de (Org.) **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2003. p.7-34.

POTVIN, Louise; JONES, Catherine M. Twenty-five Years After the Ottawa Charter: the critical role of health promotion for public health. **Can J Public Health**, v. 102, n.4, p. 244-248, jul.-aug. 2011. Disponível em <<https://journal.cpha.ca/index.php/cjph/article/viewFile/2725/2451>>. Acesso em 17 ago. 2017.

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO (PCRJ). Instituto Pereira Passos. **Bairros Cariocas**. Disponível em <http://portalgeo.rio.rj.gov.br/bairros Cariocas/index_bairro.htm>. Acesso em 13 ago. 2017a.

_____. Secretaria Municipal de Educação. Gerência Especial de Educação Infantil. Espaço de Desenvolvimento Infantil – EDI – Modelo Conceitual e Estrutura. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em <<http://www0.rio.rj.gov.br/sme/downloads/coordenadoriaEducacao/2viaEDI.pdf>>. Acesso em 14/08/2017.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Educação. Secretaria Municipal de Assistência Social. **Plano Municipal de Saúde na Escola e na Creche do Rio de Janeiro**. 2008. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/138480/DLFE-3191.pdf/pmsec_2008.pdf>. Acesso em 12 ago. 2017.

PULGA, Vanderléia Laodete. A Educação Popular em Saúde como referencial para as nossas práticas na saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **II Caderno de educação popular em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

ROSEN, George. **Da polícia médica à medicina social**: ensaios sobre a história da assistência médica. Rio de Janeiro: Graal; 1979.

SANTOS, Alexandre Lima; RIGOTTO, Raquel Maria. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. **Trab. educ. saúde** (Online), Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 387-406, nov., 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462010000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 27 ago. 2017.

SCHAIBER, Lilia Blima; MOTA, André; NOVAES, Hillegonda Maria Dutilh. Tecnologias em Saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França (Org.). **Dicionário de Educação Profissional em Saúde**. 2 ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

SCHALL, Virgínia T.; STRUCHINER, Miriam. Educação em saúde: novas perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 2, p. S4-S6, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X1999000600001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 jun. de 2016.

SCHERER, Magda Duarte dos Anjos; PIRES, Denise; SCHWARTZ, Yves. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 721-725, ago, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000400020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 05 set. 2017.

SILVA, Carlos dos Santos. **Promoção da saúde na escola**: modelos teóricos e desafios da intersectorialidade no município do Rio de Janeiro. 2010. 198f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2010.

_____; BODSTEIN, Regina Cele de Andrade. Referencial teórico sobre práticas intersectoriais em Promoção da Saúde na Escola. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1777-1788, jun., 2016.

SILVA, Cristiane Maria da Costa et al. Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2539-2550, ago., 2010 .

SILVA, Kênia Lara; RODRIGUES, Andreza Trevenzoli. Ações intersectoriais para promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: experiências, desafios e possibilidades. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 5, p. 762-769, out. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000500011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 set. 2017.

SILVA, Livia Angeli; CASOTTI, Cezar Augusto; CHAVES, Sônia Cristina Lima. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 221-232, Jan. 2013. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000100023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 28 ago. 2017.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p. Disponível em:

<http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=14609>. Acesso em: 20 mai. 2016.

STRAUSS, Anselm; CORBIN, Juliet. **Pesquisa qualitativa:** Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento da teoria fundamentada. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

TAKEDA, Silvia. A organização de serviços de atenção primária à saúde. In: DUNCAN, Bruce B. et al (Org.). **Medicina ambulatorial:** condutas de atenção primária baseadas em evidência. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 19-32.

TOMAZ, José Batista Cisne. O agente comunitário de saúde não deve ser um "super-herói". **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 6, n. 10, p. 84-87, fev. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832002000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 26 ago. 2017.

VALADÃO, Marina Marcos. **Saúde na Escola: um campo em busca de espaço na agenda intersetorial.** 2004. 154 f. Tese (Doutorado em Serviços de Saúde) - Departamento de Prática de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. Educação popular: instrumento de gestão participativa dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

VASCONCELOS, Eymard Mourão. Redefinindo as práticas de Saúde a partir de experiências de Educação Popular nos serviços de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação,** São Paulo, v.5, n.8, p. 121-126, fev. 2001.

VENTURI, Tiago. **Educação em saúde na escola:** investigando relações entre professores e profissionais de saúde. 2013. 238 p. Dissertação (Programa de Pós-graduação em Educação Científica e Tecnológica) - Centro de Ciências Físicas e Matemática, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

WESTPHAL, Marcia Faria; MENDES, Rosilda. Cidade saudável: uma experiência de interdisciplinaridade e intersetorialidade. **RAP,** Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 47-61, nov/dez, 2000.

YIN, Robert K. **Estudo de caso:** planejamento e métodos. 2 ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

ZUCOLOTO, Patrícia Carla Silva do Vale. O médico higienista na escola: as origens históricas da medicalização do fracasso escolar. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.,** São Paulo, v. 17, n. 1, p. 136-145, abr. 2007.