

saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE
VOLUME 46, NÚMERO ESPECIAL 3
RIO DE JANEIRO, NOV 2022
ISSN 0103-1104

**PSE: 15 anos
promovendo
saúde na escola**

SAÚDE EM DEBATE

A revista Saúde em Debate é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

EDITORA-CHEFE | EDITOR-IN-CHIEF

Maria Lucia Frizon Rizzotto – Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel (PR), Brasil (<https://orcid.org/0000-0003-3152-1362> – marialuciarizzotto@gmail.com)

EDITORES CIENTÍFICOS | SCIENTIFIC EDITORS

Maria Helena Ruzany – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-7798-7072> – mariahelena.ruzany@gmail.com)
Mariana André Honorato Franzoi – Universidade de Brasília, Brasília (DF), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-6877-4753> – marianafranzoi@unb.br)
Raquel Turci Pedroso – Centro Universitário do Planalto Central Comparecido dos Santos, Brasília (DF), Brasil (<https://orcid.org/0000-0003-0905-5465> – raquel.turci@gmail.com)
Larissa Polejack Brambatti – Universidade de Brasília, Brasília (DF), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-0506-1721> – larissapolejack@hotmail.com)

EDITORES ASSOCIADOS | ASSOCIATE EDITORS

Ana Maria Costa – Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasília (DF), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-1931-3969> – dotorana@gmail.com)
Heleno Rodrigues Corrêa Filho – Universidade de Brasília, Brasília (DF), Brasil (<https://orcid.org/0000-0001-8056-8824> – helenocorrea@uol.com.br)
Leda Aparecida Vanelli Nabuco de Gouvêa – Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel (PR), Brasil (<https://orcid.org/0000-0001-6641-7114> – ledavanelli@gmail.com)
Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato – Universidade Federal Fluminense, Niterói (RJ), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-2646-9523> – lenaurlobato@uol.com.br)
Paulo Duarte de Carvalho Amarante – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil (<https://orcid.org/0000-0001-6778-2834> – pauloamarante@gmail.com)

CONSELHO EDITORIAL | PUBLISHING COUNCIL

Ademar Arthur Chioro dos Reis – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil (<https://orcid.org/0000-0001-7184-2342> – arthur.chioro@unifesp.br)
Alicia Stolkner – Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina (<https://orcid.org/0000-0001-9372-7556> – astolkner@gmail.com)
Angel Martinez Hernaez – Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, Espanha (<https://orcid.org/0000-0002-5122-7075> – angel.martinez@urv.cat)
Breno Augusto Souto Maior Fontes – Universidade Federal de Pernambuco, Recife (PE), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-7285-9012> – brenofontes@gmail.com)
Carlos Botazzo – Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-8646-1769> – cbotazzo@hotmail.com)
Cornelis Johannes van Stralen – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), Brasil (<https://orcid.org/0000-0003-0921-098X> – stralen@medicina.ufmg.br)
Debora Diniz – Universidade de Brasília, Brasília (DF), Brasil (<https://orcid.org/0000-0001-6987-2569> – d.diniz@anis.org.br)
Eduardo Luis Menéndez Spina – Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Mexico (DF), Mexico (<https://orcid.org/0000-0003-1483-0390> – emenendez1@yahoo.com.mx)
Eduardo Maia Freese de Carvalho – Fundação Oswaldo Cruz, Recife (PE), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-8995-6089> – freese@cpqam.fiocruz.br)
Elias Kondilis – Queen Mary University of London, London, England (<https://orcid.org/0000-0001-9592-2830> – kondilis@qmul.ac.uk)
Hugo Spinelli – Universidad Nacional de Lanús, Lanús, Argentina (<https://orcid.org/0000-0001-5021-6377> – hugospinelli09@gmail.com)
Jairnilson Silva Paim – Universidade Federal da Bahia, Salvador (BA), Brasil (<https://orcid.org/0000-0003-0783-262X> – jairnil@ufba.br)
Jean Pierre Unger – Institut de Médecine Tropicale, Anvers, Belgique (<https://orcid.org/0000-0001-5152-6545> – contact@jeanpierreunger.com)
José Carlos Braga – Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-1961-557X> – bragajcs@uol.com.br)
Jose da Rocha Carvalheiro – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-3745-4802> – jrcarval@fiocruz.br)
Kenneth Rochel de Camargo Jr – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil (<https://orcid.org/0000-0003-3606-5853> – kenneth@uerj.br)
Ligia Giovanella – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-6522-545X> – ligiagiovanella@gmail.com)

Luiz Augusto Facchini – Universidade Federal de Pelotas, Pelotas (RS), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-5746-5170> – luizfacchini@gmail.com)
Luiz Odorico Monteiro de Andrade – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-3335-0619> – odorico@saude.gov.br)
Maria Salete Bessa Jorge – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil (<https://orcid.org/0000-0001-6461-3015> – maria.salete.jorge@gmail.com)
Mario Esteban Hernández Álvarez – Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia (<https://orcid.org/0000-0002-3996-7337> – mariohernandez62@gmail.com)
Mario Roberto Rovere – Universidad Nacional de Rosario, Rosario, Argentina (<https://orcid.org/0000-0002-6413-2120> – roveremario@gmail.com)
Paulo Marchiori Buss – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-9944-9195> – paulo.buss@fiocruz.br)
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira – Universidade Federal do Pará, Belém (PA), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-1969-380X> – pttarso@gmail.com)
Rubens de Camargo Ferreira Adorno – Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-8772-3222> – radorno@usp.br)
Sonia Maria Fleury Teixeira – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-7678-7642> – profsoniafleury@gmail.com)
Sulamis Dain – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-4118-3443> – sulamis@uol.com.br)
Walter Ferreira de Oliveira – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-1808-0681> – wfolive@terra.com.br)

EDITORA EXECUTIVA | EXECUTIVE EDITOR

Mariana Chastinet – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Rio de Janeiro (RJ), Brasil (<https://orcid.org/0000-0003-2652-3435> – revista@saudeemdebate.org.br)

EDITORES ASSISTENTES | ASSISTANT EDITORS

Carina Munhoz – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Rio de Janeiro (RJ), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-1615-9177> – carina.revisao@cebes.org.br)
Lucas Agostinho Fernandes – Ministério da Saúde (MS), Brasília (DF), Brasil (<https://orcid.org/0000-0001-8019-6733> – fernandeslucasenf@gmail.com)
Kátia Godoy Cruz – Ministério da Saúde (MS), Brasília (DF), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-9069-2500> – katia.godoy@saude.gov.br)
Priscila Fernandes do Prado Neto – Ministério da Saúde (MS), Brasília (DF), Brasil (<https://orcid.org/0000-0001-9809-7186> – priscilapradoneto@gmail.com)

DIAGRAMAÇÃO E EDITORAÇÃO ELETRÔNICA | LAYOUT AND DESKTOP PUBLISHING

Rita Loureiro (<http://www.apoioacultura.com.br> – rita.loureiro@apoioacultura.com.br)

DESIGN DE CAPA | COVER DESIGN

Alex I. Peirano Chacon

NORMALIZAÇÃO, REVISÃO E TRADUÇÃO DE TEXTO | NORMALIZATION, PROOFREADING AND TRANSLATION

Ana Luísa Moreira Nicolino (inglês/english)
André Faust (inglês/english)
Jean Pierre Barakat (inglês/english)
Lígia Girão (inglês/english)
Mariana Acorse (normalização/normalization)
Wanderson Ferreira da Silva (português e inglês/portuguese and english)

INDEXAÇÃO | INDEXATION

Directory of Open Access Journals (Doaj)
História da Saúde Pública na América Latina e Caribe (Hisa)
Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs)
Periódica – Índice de Revistas Latinoamericanas em Ciências
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal (Redalyc)
Scientific Electronic Library Online (SciELO Brasil e SciELO Saúde Pública)
Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal (Latindex)
Sumários de Revistas Brasileiras (Sumários)

saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE
VOLUME 46, NÚMERO ESPECIAL 3
RIO DE JANEIRO, NOV 2022

APRESENTAÇÃO | PRESENTATION

5 **Promoção da saúde e intersectorialidade na escola: a monumental ambição do Programa Saúde na Escola**

Health promotion and intersectoriality at school: the monumental ambition of the School Health Program

Lucas Agostinho Fernandes, Kátia Godoy Cruz, Juliana Rezende Melo da Silva, Maria Helena Ruzany, Mariana André Honorato Franzoi, Raquel Turci Pedroso, Larissa Polejack Brambatti

ARTIGO ORIGINAL | ORIGINAL ARTICLE

13 **Trajatória dos 15 anos de implementação do Programa Saúde na Escola no Brasil**

Trajectory of the 15 years of implementation of the School Health Program in Brazil

Lucas Agostinho Fernandes, Helena Eri Shimizu, Priscila Fernandes do Prado Neto, Fabiana Vieira Santos Azevedo Cavalcante, Juliana Rezende Melo da Silva, Raphael Câmara Medeiros Parente

29 **A participação juvenil no Programa Saúde na Escola (PSE): uma reflexão sobre o papel da gestão federal**

Youth participation in the School Health Program in Brazil: a reflection on the role of the Federal government

Denise Ribeiro Bueno, Luciana Sepúlveda Köptcke

45 **O Programa Saúde na Escola no Distrito Federal antes e durante a pandemia da Covid-19**

The School Health Program in the Federal District, Brazil, before and during the COVID-19 pandemic

Magda Duarte dos Anjos Scherer, Ruth da Conceição Costa e Silva Sacco, Sumara de Oliveira Santana, Mayra Fernandes Xavier, Helen Altoé Duar Bastos, Nília Maria de Brito Lima Prado, Adriano de Almeida de Lima

62 **Abrangência do Programa Saúde na Escola em Vitória de Santo Antão-PE**

Scope of the School Health Program in the municipality of Vitória de Santo Antão in the State of Pernambuco, Brazil

Priscila Maria da Cruz Andrade, Rayane Tamyres da Silva, Taline de Paiva Pereira, Bruno Rafael Vieira Souza Silva, Ladyodeyse da Cunha Silva Santiago, José Eudes de Lorena Sobrinho, Mirian Domingos Cardoso

72 **Integração das ações do Programa Saúde na Escola entre profissionais da saúde e da educação: um estudo de caso em Belo Horizonte, Minas Gerais**

Integration of School Health Program actions among health and education professionals: a case study in Belo Horizonte, Minas Gerais

Fernanda Piana Santos Lima de Oliveira, Andrea Maria Duarte Vargas, Zulmira Hartz, Sônia Dias, Efigênia Ferreira e Ferreira

-
- 87 Uma análise do processo de trabalho dos profissionais da saúde e educação no PSE**
An analysis of the work process of health and education professionals in the PSE
Paloma Dantas Silva Gonçalves, Suiane Costa Ferreira, Thaís Regis Aranha Rossi
- 103 Percepção de profissionais da saúde e da educação sobre o Programa Saúde na Escola**
Perception of health and education professionals on the School Health Program
Juliane Gonçalves Baroni, Carla Cilene Baptista da Silva
- 116 Programa Saúde na Escola: potencialidades e limites da articulação intersetorial para promoção da saúde infantil**
School Health Program: potential and limits of the intersectoral articulation to promote the health of children
Pamela Camila Fernandes Rumor, Ivonete Teresinha Schuler Buss Heidemann, Jeane Barros de Souza, Gisele Cristina Manfrini, Janaina Medeiros de Souza
- 129 Promoção da Alimentação Adequada e Saudável no âmbito do Programa Saúde na Escola: implementação e contribuição do Programa Crescer Saudável**
Promotion of Adequate and Healthy Eating within the scope of the School Health Program: implementation and contribution of the Healthy Growth Program
Ariene Silva do Carmo, Milena Serenini, Ana Carolina Lucena Pires, Jéssica Pedroso, Ana Maria Cavalcante de Lima, Sara Araújo da Silva, Gisele Ane Bortolini
- 142 Práticas educativas de nutricionistas: perspectivas educativas manifestadas no PSE**
Educational practices of nutritionists: educational perspectives expressed in the PSE
Izabela Cristina Pereira, Hilda Maria Martins Bandeira
- 156 Ações de práticas corporais e atividade física no Programa Saúde na Escola por ciclos de adesão (2014 a 2020)**
Actions of body practices and physical activity in the School Health Program by accession cycles (2014 to 2020)
Sofia Wolker Manta, Fabiana Vieira Santos Azevedo Cavalcante, Daniel Rogério Petreça, Dalila Tusset, Jean Augusto Coelho Guimarães, Juliana Rezende Melo da Silva, Gaia Salvador Claumann
- 166 Implementação do Programa Saúde na Escola: relação com aspectos da saúde bucal dos estudantes**
Implementation of the School Health Program: relationship with aspects of students' oral health
Rafael da Silveira Moreira, Herika de Arruda Mauricio, Lidia Moraes Ribeiro Jordão, Maria do Carmo Matias Freire
- 179 Programa Saúde na Escola: desafios da educação em saúde para prevenir Dengue, Zika e Chikungunya**
School Health Program: health education challenges for the prevention of Dengue, Zika, and Chikungunya
Wania Ribeiro Fernandes, Viviane Rangel de Muros Pimentel, Maria Fátima de Sousa, Ana Valeria Machado Mendonça

190 Programa Saúde na Escola: projeto de intervenção contra a dengue em Matinhos-PR

School Health Program: intervention project against dengue in Matinhos, State of Paraná, Brazil

Eduarda Cristina Poletto Gonçalves, Debora Cynamon Klígerman, Simone Cynamon Cohen, Neilor Vanderlei Kleinubing

201 Violência contra crianças e adolescentes: intervenções multiprofissionais da Atenção Primária à Saúde na escola

Violence against children and adolescents: multidisciplinary PHC interventions in schools

Leilane Lacerda Anunciação, Rosely Cabral de Carvalho, José Eduardo Ferreira Santos, Aisiane Cedraz Morais, Vivian Ranyelle Soares de Almeida, Sinara de Lima Souza

213 A saúde ocular e o Programa Saúde na Escola: uma pesquisa documental

Eye healthcare and the School Health Program: a documentary research

Lucas Agostinho Fernandes, Mariana André Honorato Franzoi, Luciana Sepúlveda Köptcke

REVISÃO | REVIEW

227 Saúde do adolescente na rede federal de ensino brasileira: uma metassíntese

Adolescent health in the Brazilian federal school system: a metasynthesis

Emily Lima Carvalho, Ludmila Anjos de Jesus, Jairo Oliveira dos Santos, Osni Santos Paz, Gabriel Nóbrega Vieira, Robson da Fonseca Neves

244 Programa Saúde na Escola: desafios e possibilidades para promover saúde na perspectiva da alimentação saudável

School Health Program: challenges and possibilities for health promotion from the perspective of healthy eating

Marcia DallaCosta, Rosa Maria Rodrigues, Gabriel Schütz, Solange Conterno

Promoção da saúde e intersectorialidade na escola: a monumental ambição do Programa Saúde na Escola

Lucas Agustinho Fernandes¹, Kátia Godoy Cruz¹, Juliana Rezende Melo da Silva¹, Maria Helena Ruzany², Mariana André Honorato Franzoi³, Raquel Turci Pedroso⁴, Larissa Polejack Brambatti³

DOI: 10.1590/0103-11042022E300

‘PSE: 15 ANOS PROMOVENDO SAÚDE NA ESCOLA’ é resultado da intersectorialidade entre saúde e educação no longínquo compromisso desses setores na implementação do Programa Saúde na Escola (PSE) no Brasil. Trata-se de uma iniciativa do Departamento de Promoção da Saúde da Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde (Depros/Saps/MS) e apoio da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco). Tem como proposta a disseminação do conhecimento sobre a implementação, a gestão intersectorial e as ações do PSE na promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, bem como a atenção à saúde dos estudantes da rede pública de Educação Básica.

Esta edição especial faz parte de uma série de atividades do MS e do Ministério da Educação em comemoração aos 15 anos do PSE, um dos maiores programas intersectoriais da Atenção Primária à Saúde (APS) e da Educação Básica brasileira, alicerçado na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e na Base Nacional Comum Curricular (BNCC)¹.

Desde a publicação do Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007², a trajetória do PSE foi marcada por uma progressiva implantação nos municípios brasileiros, pulverizando a articulação entre esses setores no território nacional e uma implementação condescendente com os contextos institucionais e técnico-conceituais da práxis intersectorial, tanto no dia a dia das equipes de saúde e educação quanto na gestão do programa nos respectivos entes federados^{3,4}.

Ações intersectoriais têm sido utilizadas como estratégias no Sistema Único de Saúde (SUS) para superar a fragmentação gerada pela setorização administrativa e disciplinar das políticas sociais, condição que propicia enfrentamento dos problemas sociais de maneira efetiva e integral, apoiada em um pensamento sistêmico e interdependente das questões de saúde.

A noção de rede social encontra nas relações dos setores a compreensão da complexidade do sistema, tanto no campo pessoal quanto organizacional, ao estabelecer acordos de cooperação. Essa integração dos serviços no âmbito do PSE possibilita promover a saúde e prevenir doenças e agravos no ambiente escolar, assim como incorporar a saúde ao currículo escolar por meio da BNCC ao integrar saberes e experiências, promovendo e almejando, assim, a transetorialidade do programa^{1,4,5}.

Vale destacar que a intersectorialidade é uma das diretrizes e pilares do PSE, e a discussão e o reconhecimento desse conceito no programa são frequentemente apontados em suas normativas e materiais de apoio à implementação^{1,2}.

¹Ministério da Saúde (MS), Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps) - Brasília (DF), Brasil. fernandeslucasenf@gmail.com

²Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

³Universidade de Brasília (UnB) - Brasília (DF), Brasil.

⁴Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos (Uniceplac) - Brasília (DF), Brasil.



Apesar disso, sua apropriação e aplicabilidade no processo de trabalho é um desafio para os gestores e profissionais de saúde e educação, sendo o distanciamento teórico-prático apontado, por vezes, como um problema multifatorial capaz de favorecer a reprodução de práticas setoriais e hierárquicas, o que limita a ruptura dos modelos higienista e biomédico em favor do modelo de promoção da saúde na escola priorizado pelo PSE^{4,6}.

Esse cenário instiga o PSE a mensurar e aperfeiçoar a qualidade da atuação intersetorial, ou de-frontar a ausência dela, além de avaliar e monitorar os mecanismos de implementação de estratégias de promoção da saúde na escola, para inserir alguns elementos, como: a organização de espaços de governança capazes de induzir mudanças burocráticas; o compartilhamento de recursos humanos, financeiros ou administrativos para enfrentar desigualdades e iniquidades sociais e de saúde; o planejamento conjunto que considere o desenvolvimento escolar e a realidade dos territórios; um plano de inclusão da comunidade escolar na identificação de necessidades com efetiva participação dos estudantes; o trabalho em rede e com formação continuada e permanente para adoção de estratégias biopsicossociais de promoção de hábitos saudáveis no espaço escolar; e o permanente acompanhamento e avaliação das ações com vistas à sustentabilidade^{7,8}.

Ressalta-se que esses elementos estão presentes, em maior ou menor grau, na implementação do PSE, a exemplo da histórica constituição dos Grupos de Trabalho Intersetoriais (GTI), da contínua orientação da gestão compartilhada, coordenada, e planejada das ações e dos recursos, e do monitoramento e avaliação das práticas¹. À medida que o programa foi se capilarizando e ganhando espaço na agenda da APS e da Educação Básica, gestores e profissionais da saúde e da educação perceberam uma variável implementação³, cujas barreiras e facilitadores retomam novamente o desafio da intersetorialidade para a efetividade das ações⁹.

Em 2021, o PSE, em parceria com o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), lançou uma Chamada para um projeto de avaliação da efetividade da gestão intersetorial e das ações do programa¹⁰, em desenvolvimento pela Fundação Oswaldo Cruz – Brasília, concebida como uma oportunidade de avaliar, em nível federal, a gestão e ações do PSE e identificar experiências exitosas da práxis intersetorial, sendo uma pesquisa avaliativa de magnitude não realizada até o momento e com potencial de determinar os resultados da implementação do programa no Brasil, de forma a responder a anseios administrativos e acadêmicos, uma vez que se carece de estudos robustos e com instrumentos validados para determinar a efetividade da promoção da saúde na escola¹¹.

Apesar do desafio da atuação intersetorial na lógica e na operacionalização do PSE, considera-se que não há uma estagnação da sua implantação e implementação, pois existe reconhecimento coletivo da sua importância para o desenvolvimento dos estudantes brasileiros. Na percepção de gestores, profissionais e estudantes, o PSE é relevante, mas, sem dúvida, há um caminho a ser trilhado para o rompimento de práticas fragmentadas e a incorporação da promoção da saúde paulatinamente apontada como estratégia promissora em práticas educativas¹²⁻¹⁴.

Nesse aspecto, o Depros/Saps/MS e o Ministério da Educação, em parceria com a Unesco, têm investido na publicação de cadernos e guias temáticos para orientação de profissionais de saúde e educação na realização das ações temáticas do PSE¹⁵. Além disso, por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS), têm sido desenvolvidas metodologias para educação em saúde na rede do PSE, com materiais para os Ensinos Infantil, Fundamental, Médio e Educação de Jovens e Adultos (EJA).

A instrumentalização e a formação dos profissionais de saúde e educação, alinhadas com a BNCC, estão sendo validadas em 18 territórios ao longo do triênio 2021-2023, de forma que a gestão federal do PSE tem fomentado a implementação dessa política por diversas frentes, sustentando o seu papel indutor da mudança de paradigma.

Sem dúvida, o SUS é um projeto aprimorado diariamente por meio da dedicação de incontáveis profissionais de saúde, gestores, pesquisadores e demais representantes da comunidade, e a BNCC, um construto social para calçar a Educação Básica brasileira. O PSE, por sua vez, também é um projeto de 15 anos de constante transformação, amadurecido pela gradual implantação e pelos aprendizados desde sua implementação, digno de um trabalho complexo pelo audacioso desejo de fazer a intersetorialidade no contexto de duas vultosas políticas sociais.

Em comemoração aos 15 anos do PSE, o Depros/Saps/MS, com apoio/parceria da Unesco e do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), escolheu celebrar uma festa de conhecimentos científicos de inovações no campo da intersetorialidade entre saúde e educação por meio da publicação deste número especial da revista 'Saúde em Debate'. Para esta publicação especial, foram submetidos 68 manuscritos e, após extenso e dedicado processo editorial, selecionados 18 artigos inéditos que compreendem pesquisas de campo e revisões da literatura sobre a implementação, a gestão e as ações temáticas desenvolvidas no âmbito do PSE.

Espera-se que este número especial 'PSE: 15 anos promovendo saúde na escola' propicie relevantes reflexões e debates sobre o PSE no Brasil ao longo dessa jovem jornada de 15 anos de existência.

Boa leitura!

Colaboradores

Fernandes LA (0000-0001-8019-6733)*, Cruz KG (0000-0002-9069-2500)*, Silva JRM (0000-0002-0357-9631)*, Ruzany MH (0000-0002-7798-7072)*, Franzoi MAH (0000-0002-6877-4753)*, Pedroso RT (0000-0003-0905-5465)* e Brambatti LP (0000-0002-0506-1721)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Caderno do gestor do PSE. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2022.
2. Brasil. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 5 Dez 2007.
3. Wachs LS, Facchini LA, Thumé E, et al. Avaliação da implementação do Programa Saúde na Escola do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: 2012, 2014 e 2018. Cad. Saúde Pública. 2022 [acesso em 2022 out 17]; 38(6):1-14. Disponível em: <https://www.scielobo.br/j/csp/a/3dcVzH7x3cj6dhBvNMt85PJ/abstract/?lang=pt>.
4. Silva CS. Saúde na escola: intersetorialidade e promoção da saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2019.
5. Junqueira LAP. Intersetorialidade, transectorialidade e redes sociais na saúde. Rev. Adm. Pública. 2000 [acesso em 2022 out 18]; 34(6):35-45. Disponível em:

<https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6346>.

6. Sousa MC, Esperidião MA, Medina MG. A interseccionalidade no Programa Saúde na Escola: avaliação do processo político-gerencial e das práticas de trabalho. *Ciênc. Saúde Colet.* 2017 [acesso em 2022 out 19]; 22(6):1781-1790. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/nGRj8mdvwwZHvy6G76MrjfJ/abstract/?lang=pt>.
7. Silva JL, Domene FM, Shine L, et al. Quadros de referência (frameworks) sobre colaboração interseccional em promoção da saúde. Brasília, DF: Fiocruz; 2022. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/09/1392102/37_rr_depros_interseccionalidade_estruturas.pdf.
8. Prado NMBL, Aquino R, Hartz ZMA, et al. Revisitando definições e naturezas da interseccionalidade: um ensaio teórico. *Ciênc. Saúde Colet.* 2022 [acesso em 2022 out 20]; 27(2):593-602. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/BcgPsrHzCP7SnTgqxc-TBSWw/>.
9. Melo RC. Barreiras e facilitadores na implementação de ações de promoção da saúde em municípios brasileiros. Brasília, DF: Fiocruz; São Paulo: Instituto de Saúde; 2021. [acesso em 2022 out 20]. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/03/1361700/26_rr_depros_promocao_municipios_final.pdf.
10. Brasil. Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovações. Chamada CNPq/DEPROS/SAPS/MS N° 20/2021 - Avaliação nacional da efetividade da gestão interseccional e das ações do Programa Saúde na Escola. 2022. [acesso em 2022 out 20]. Disponível em: http://memoria2.cnpq.br/web/guest/chamadas-publicas?p_p_id=resultadosportlet_WAR_resultadoscnpqportlet_INSTANCE_0ZaM&filtro=resultados&detalha=chamadaDivulgada&idDivulgacao=10442.
11. Lopes IE, Nogueira JAD, Rocha DG. Eixos de ação do Programa Saúde na Escola e Promoção da Saúde: revisão integrativa. *Saúde debate.* 2018 [acesso em 2022 out 20]; 42(118):773-789. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/SNsdFnbvBdfdh76GQYG-DtM/abstract/?lang=pt>.
12. Schneider SA, Magalhães CR, Almeida AN. Percepções de educadores e profissionais de saúde sobre interdisciplinaridade no contexto do Programa Saúde na Escola. *Interface (Botucatu).* 2022 [acesso em 2022 out 20]; 26:1-17. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/dr4YJSfvkxCthHWzNfNgGDL/?format=pdf&lang=pt>.
13. Chiari APG, Ferreira RC, Akerman M, et al. Rede interseccional do Programa Saúde na Escola: sujeitos, percepções e práticas. *Cad. Saúde Pública.* 2018 [acesso em 2022 out 20]; 34(5):1-15. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/d9GHPC4rRF9WJKQxyqmbZCG/abstract/?lang=pt>.
14. Oliveira FPSL, Vargas AMD, Hartz H, et al. Percepção de escolares do ensino fundamental sobre o Programa Saúde na Escola: um estudo de caso em Belo Horizonte, Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018 [acesso em 2022 out 20]; 23(9):2891-2898. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/BDk6KBvzRGsrR89t9YJfB7m/?lang=pt>.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Caderno temático do Programa Saúde na Escola: promoção da atividade física. Brasília, DF: MS; 2022. [acesso em 2022 out 20]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_tematico_pse_atividade_fisica.pdf.

Health promotion and intersectoriality at school: the monumental ambition of the School Health Program

Lucas Agostinho Fernandes¹, Kátia Godoy Cruz¹, Juliana Rezende Melo da Silva¹, Maria Helena Ruzany², Mariana André Honorato Franzi³, Raquel Turci Pedroso⁴, Larissa Polejack Brambatti³

DOI: 10.1590/0103-11042022E3001

'PSE: 15 YEARS PROMOTING HEALTH AT SCHOOL' is the result of the intersectoriality between health and education in the long commitment of those sectors in the implementation of the School Health Program (PSE) in Brazil. It is an initiative of the Department of Health Promotion of the Secretariat of Primary Health Care of the Ministry of Health (DEPROS/SAPS/MS), and supported by the United Nations Educational, Scientific, and Cultural Organization (UNESCO). Its proposal is to disseminate knowledge on the implementation, intersectoral management, and actions of the PSE in health promotion, prevention of diseases and injuries, as well as health care for students in the public Basic Education network.

This special issue is part of a series of activities by the MS and the Ministry of Education to commemorate the 15th anniversary of the PSE, one of the largest intersectoral programs in Primary Health Care (PHC) and Brazilian Basic Education, based on the National Policy of Primary Care (PNAB), the National Health Promotion Policy (PNPS), and the National Curricular Common Base (BNCC)¹.

Since the publication of Presidential Decree No. 6,286, of December 5, 2007², the trajectory of the PSE has been marked by a progressive implementation in Brazilian municipalities, pulverizing the articulation between those sectors in the national territory and a condescending implementation with the institutional and technical-conceptual contexts of intersectoral praxis, both in the daily routine of the health and education teams and in the management of the program in the respective federated entities^{3,4}.

Intersectoral actions have been used as strategies in the Unified Health System (SUS) to overcome the fragmentation generated by the administrative and disciplinary sectorization of social policies, a condition that provides an effective and comprehensive approach to social problems, supported by a systemic and interdependent thinking of the health issues.

The idea of social network finds in the relations of the sectors the understanding of the complexity of the system, both in the personal and organizational fields, by establishing cooperation agreements. This integration of services within the scope of the PSE makes it possible to promote health and prevent diseases and injuries in the school environment, as well as to incorporate health into the school curriculum through the BNCC by integrating knowledge and experiences, thus promoting and aiming at the cross-sectoriality of the program^{1,4,5}.

It is worth noting that intersectoriality is one of the guidelines and pillars of the PSE, and the discussion and recognition of such concept in the program are often mentioned in its regulations and implementation support materials^{1,2}.

¹Ministério da Saúde (MS), Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps) - Brasília (DF), Brasil. fernandeslucasenf@gmail.com

²Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

³Universidade de Brasília (UnB) - Brasília (DF), Brasil.

⁴Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos (Uniceplac) - Brasília (DF), Brasil.



Despite that, its appropriation and applicability in the work process is a challenge for managers and health and education professionals, and the theoretical-practical distance is sometimes pointed out as a multifactorial problem capable of favoring the reproduction of sectorial and hierarchical practices, which limits the rupture of the hygienist and biomedical models in favor of the health promotion model at school prioritized by the PSE^{4,6}.

Such a scenario encourages the PSE to measure and improve the quality of intersectoral action, or to face the absence of it, in addition to evaluating and monitoring the mechanisms for implementing health promotion strategies at school, in order to insert some elements, such as: the organization of spaces of governance capable of inducing bureaucratic changes; sharing human, financial or administrative resources to address social and health inequalities and inequities; joint planning that considers school development and the reality of the territories; a plan to include the school community in the identification of needs with effective student participation; networking and ongoing and permanent training to adopt biopsychosocial strategies to promote healthy habits in the school environment; and the permanent monitoring and evaluation of actions with a view to sustainability^{7,8}.

It is noteworthy that those elements are present, to a greater or lesser extent, in the implementation of the PSE, such as the historical constitution of the Intersectoral Work Groups (GTI), of the continuous orientation of shared, coordinated, and planned management of actions and resources, and of the monitoring and evaluation of practices¹. As the program spread and gained space in the PHC and Basic Education agenda, managers and health and education professionals noticed an implementation variable³, whose barriers and facilitators once again take up the challenge of intersectorality for the effectiveness of actions⁹.

In 2021, the PSE, in partnership with the National Council for Scientific and Technological Development (CNPq), launched a Call for a project to evaluate the effectiveness of intersectoral management and actions of the program¹⁰, under development by the Oswaldo Cruz Foundation – Brasília, conceived as an opportunity to evaluate, at the federal level, the management and actions of the PSE, and to identify successful experiences of intersectoral praxis, being an evaluative research of magnitude not carried out so far and with the potential to determine the results of the implementation of the program in Brazil, in order to respond to administrative and academic concerns, since there is a lack of robust studies and validated instruments to determine the effectiveness of health promotion at school¹¹.

Despite the challenge of intersectoral action in the logic and operationalization of the PSE, it is considered that there is no stagnation of its implementation, as there is collective recognition of its importance for the development of Brazilian students. In the perception of managers, professionals and students, the PSE is relevant, but there is undoubtedly a path to be followed to break up fragmented practices and the incorporation of health promotion, which is gradually pointed out as a promising strategy in educational practices¹²⁻¹⁴.

In that regard, DEPROS/SAPS/MS and the Ministry of Education, in partnership with the UNESCO, have invested in the publication of thematic notebooks and guides to orient health and education professionals in carrying out the thematic actions of the PSE¹⁵. In addition, through the Support Program for Institutional Development of the Unified Health System (PROADI-SUS), methodologies for health education have been developed in the PSE network, with materials for Elementary, Middle, High school, and Youth and Adult Education (EJA).

The instrumentalization and training of health and education professionals, in line with the BNCC, are being validated in 18 territories over the triennium 2021-2023, so that the federal management of the PSE has been encouraging the implementation of this policy on several fronts, supporting its role in inducing a paradigm shift.

Undoubtedly, the SUS is a project that is improved daily through the dedication of countless health professionals, managers, researchers, and other community representatives, and the BNCC, a social construct to pave the way for Brazilian Basic Education. The PSE, in turn, is also a 15-year project of constant transformation, matured by the gradual implementation and the lessons learned since its implementation, worthy of a complex work due to the audacious desire to make the intersectorality in the context of two substantial social policies.

In celebration of the 15th anniversary of the PSE, DEPROS/SAPS/MS, with the support/partnership of the UNESCO and the Brazilian Center for Health Studies (CEBES), chose to celebrate a feast of scientific knowledge of innovations in the field of intersectorality between health and education through the publication of this special issue of the journal 'Saúde em Debate'. For this special publication, 68 manuscripts were submitted and, after an extensive and dedicated editorial process, 18 unpublished articles were selected, comprising field research and literature reviews on the implementation, management, and thematic actions developed within the scope of the PSE.

We hope that this special issue 'PSE: 15 years promoting health at school' will provide relevant reflections and debates on PSE in Brazil throughout this young journey of 15 years of existence.

Enjoy your reading!

Collaborators

Fernandes LA (0000-0001-8019-6733)*, Cruz KG (0000-0002-9069-2500)*, Silva JRM (0000-0002-0357-9631)*, Ruzany MH (0000-0002-7798-7072)*, Franzoi MAH (0000-0002-6877-4753)*, Pedroso RT (0000-0003-0905-5465), and Brambatti LP (0000-0002-0506-1721)* have equally contributed for the elaboration of the manuscript. ■

References

1. Brasil. Ministério da Saúde. Caderno do gestor do PSE. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2022.
2. Brasil. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 5 Dez 2007.
3. Wachs LS, Facchini LA, Thumé E, et al. Avaliação da implementação do Programa Saúde na Escola do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: 2012, 2014 e 2018. Cad. Saúde Pública. 2022 [acesso em 2022 out 17]; 38(6):1-14. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/3dcVzH7x3cj6dhBvNMt85PJ/abstract/?lang=pt>.
4. Silva CS. Saúde na escola: intersectorialidade e promoção da saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2019.
5. Junqueira LAP. Intersectorialidade, transectorialidade e redes sociais na saúde. Rev. Adm. Pública. 2000 [acesso em 2022 out 18]; 34(6):35-45. Disponível em:

<https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6346>.

6. Sousa MC, Esperidião MA, Medina MG. A intersectorialidade no Programa Saúde na Escola: avaliação do processo político-gerencial e das práticas de trabalho. *Ciênc. Saúde Colet.* 2017 [acesso em 2022 out 19]; 22(6):1781-1790. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/nGRj8mdvwwZHvy6G76MrjfJ/abstract/?lang=pt>.
7. Silva JL, Domene FM, Shine L, et al. Quadros de referência (frameworks) sobre colaboração intersectorial em promoção da saúde. Brasília, DF: Fiocruz; 2022. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/09/1392102/37_rr_depros_intersectorialidade_estruturas.pdf.
8. Prado NMBL, Aquino R, Hartz ZMA, et al. Revisitando definições e naturezas da intersectorialidade: um ensaio teórico. *Ciênc. Saúde Colet.* 2022 [acesso em 2022 out 20]; 27(2):593-602. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/BcgPsrHzCP7SnTgqxc-TBSWw/>.
9. Melo RC. Barreiras e facilitadores na implementação de ações de promoção da saúde em municípios brasileiros. Brasília, DF: Fiocruz; São Paulo: Instituto de Saúde; 2021. [acesso em 2022 out 20]. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/03/1361700/26_rr_depros_promocao_municipios_final.pdf.
10. Brasil. Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovações. Chamada CNPq/DEPROS/SAPS/MS N° 20/2021 - Avaliação nacional da efetividade da gestão intersectorial e das ações do Programa Saúde na Escola. 2022. [acesso em 2022 out 20]. Disponível em: http://memoria2.cnpq.br/web/guest/chamadas-publicas?p_p_id=resultadosportlet_WAR_resultadoscnpqportlet_INSTANCE_0ZaM&filtro=resultados&detalha=chamadaDivulgada&idDivulgacao=10442.
11. Lopes IE, Nogueira JAD, Rocha DG. Eixos de ação do Programa Saúde na Escola e Promoção da Saúde: revisão integrativa. *Saúde debate.* 2018 [acesso em 2022 out 20]; 42(118):773-789. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/SNsdFnbvBdfdh76GQYG-DtM/abstract/?lang=pt>.
12. Schneider SA, Magalhães CR, Almeida AN. Percepções de educadores e profissionais de saúde sobre interdisciplinaridade no contexto do Programa Saúde na Escola. *Interface (Botucatu).* 2022 [acesso em 2022 out 20]; 26:1-17. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/dr4YJSfvkxCthHWzNfNgGDL/?format=pdf&lang=pt>.
13. Chiari APG, Ferreira RC, Akerman M, et al. Rede intersectorial do Programa Saúde na Escola: sujeitos, percepções e práticas. *Cad. Saúde Pública.* 2018 [acesso em 2022 out 20]; 34(5):1-15. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/d9GHPC4rRF9WJKQxyqmbZCG/abstract/?lang=pt>.
14. Oliveira FPSL, Vargas AMD, Hartz H, et al. Percepção de escolares do ensino fundamental sobre o Programa Saúde na Escola: um estudo de caso em Belo Horizonte, Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018 [acesso em 2022 out 20]; 23(9):2891-2898. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/BDk6KBvzRGsrR89t9YJfB7m/?lang=pt>.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Caderno temático do Programa Saúde na Escola: promoção da atividade física. Brasília, DF: MS; 2022. [acesso em 2022 out 20]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_tematico_pse_atividade_fisica.pdf.

Trajatória dos 15 anos de implementação do Programa Saúde na Escola no Brasil

Trajectory of the 15 years of implementation of the School Health Program in Brazil

Lucas Agostinho Fernandes^{1,2}, Helena Eri Shimizu¹, Priscila Fernandes do Prado Neto², Fabiana Vieira Santos Azevedo Cavalcante², Juliana Rezende Melo da Silva², Raphael Câmara Medeiros Parente²

DOI: 10.1590/0103-11042022E301

RESUMO O objetivo deste estudo foi analisar a evolução da implementação do Programa Saúde na Escola (PSE) ao longo dos 15 anos no Brasil. Utilizou-se a abordagem metodológica mista, envolvendo a combinação de análise documental e estudo ecológico com dados secundários de 2007 a 2021 registrados no processo histórico de implementação do PSE no Brasil. Observou-se que, nesses 15 anos, o PSE avançou não somente impactando expressivamente no percentual de municípios que aderiram ao Programa, mas também na sua estrutura e formatação, tendo o território como principal lócus do seu desenvolvimento e a articulação entre saúde e educação como a estratégia propulsora de arranjos locais. Ademais, o modelo de gestão intersetorial do PSE auxilia a articulação das redes de saúde e de educação de forma interfederativa. Portanto, esta análise histórica dá um panorama da saúde escolar no Brasil sob o prisma do PSE e prevê a perspectiva de aprimoramento necessária para a continuidade sustentável e qualificada do Programa.

PALAVRAS-CHAVE Serviços de saúde escolar. Colaboração intersetorial. Promoção da saúde. Atenção Primária à Saúde. Política pública.

ABSTRACT *The aim of this study is to analyze the evolution of the implementation of the School Health Program (PSE) over its 15 years in Brazil. A mixed methodological approach was used, involving a combination of document analysis and ecological study with secondary data from 2007 to 2021 recorded in the historical process of implementing the PSE in Brazil. It was observed that in these fifteen years the PSE has advanced not only significantly impacting the percentage of municipalities that joined the Program, but also in its structure and format, having the territory as the main locus of its development, and the articulation between health and education as the driving strategy of local arrangements. Furthermore, the PSE's intersectoral management model helps the articulation of health and education networks in an interfederative manner. Therefore, this historical analysis gives an overview of school health in Brazil from the perspective of the PSE and provides the perspective of improvement necessary for the sustainable and qualified continuity of the Program.*

KEYWORDS *School health services. Intersectoral collaboration. Health promotion. Primary Health Care. Public policy.*

¹Universidade de Brasília (UNB) - Brasília (DF), Brasil.
fernandeslucasenf@gmail.com

²Ministério da Saúde (MS), Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps) - Brasília (DF), Brasil.



Introdução

A interlocução entre os setores saúde e educação é registrada no Brasil desde o século passado, evoluindo de modelos hegemônicos para modelos de saúde escolar mais participativos no final dos anos 1980, influenciada pela discussão global sobre promoção da saúde referendada na I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em 1986. Nesse mesmo período, no Brasil, a V III Conferência Nacional de Saúde, cunhada em um conceito de saúde condizente com o projeto ampliado de cidadania, solidificou o direito social da saúde e da educação garantido na Constituição Federal de 1988. Essa norma, por sua vez, é o grande marco regulamentário das políticas públicas nacionais para cada um desses setores, com previsão de políticas integradas, ou seja, que unem os esforços em prol de ambos os direitos sociais^{1,2}.

O sistema educacional pós-constituente de 1988 já contemplava a integração de diversos temas por meio dos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN). Em 1997, destacaram-se os temas transversais. Nessa abordagem, prescrevia-se o tratamento transversal de temáticas que considerassem problemáticas sociais em relação a ética, saúde, meio ambiente, pluralidade cultural, orientação sexual, trabalho e consumo, de maneira a contemplá-las na escola em sua complexidade. Os PCN terminaram por fixar o tema saúde nos projetos políticos-pedagógicos das escolas e continuam presentes até os dias atuais em livros didáticos e orientações curriculares³. Já o Sistema Único de Saúde (SUS), lançado em 1990 com base na Constituição Federal de 1988 e na VIII Conferência Nacional de Saúde, traz a saúde em um conceito ampliado, elencando a educação como um de seus determinantes e condicionantes¹⁻³.

Algumas iniciativas de saúde escolar em nível nacional da época também favoreceram o diálogo dos setores, e dos Ministérios

da Saúde (MS) e da Educação (MEC), para a construção e consolidação dessa inter-setorialidade. Esse processo foi apoiado por organismos internacionais, como a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (Opas/OMS), ao desenvolver a Iniciativa Regional de Escolas Promotoras de Saúde em 1995, e ao aventar a Rede Latino-Americana de Escolas Promotoras de Saúde em 1996⁴. A proposta das Escolas Promotoras de Saúde da OMS e suas iniciativas ajudaram a refletir sobre o modelo de saúde escolar adotado pelo Brasil e a valorizar as práticas existentes em cada localidade, refletindo, mais tarde, em novas parcerias, como o ‘Projeto Escolas’ entre 1994-1999, o ‘Salto para o Futuro’ de 1999 a 2000, o ‘Saúde e Prevenção nas Escolas’ de 2003 a 2006, e o ‘Programa Mais Educação’ de 2007 a 2016^{1,4,5}.

Vale evidenciar que esses esforços advinham da preocupação pela conquista dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio na região nas Américas, por isso, participaram também outras organizações, como a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), entre outras, em diversas agendas voltadas para o público escolar^{4,5}.

Assim, na década de 2000, o solo estava preparado para a construção de uma proposta genuinamente brasileira de política pública para a saúde escolar, alicerçada nos direitos e na organização própria do Brasil, e com reconhecimento das práticas internacionais sobre o tema, refletido nas suas diretrizes. Portanto, o Programa Saúde na Escola (PSE), instituído em 2007 pelo Decreto Presidencial nº 6.286, foi formulado e estruturado de forma inter-setorial como resposta do governo federal a uma demanda internacional de promoção à saúde e prevenção de doenças de crianças, adolescentes e jovens em idade escolar, e com o objetivo de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica⁶.

No âmbito da saúde, o SUS representa essa garantia da assistência à saúde integral, cuja organização contempla serviços descentralizados e basilares como a Atenção Primária à Saúde (APS), tal qual na educação, a educação básica como segmento que representa o acesso descentralizado aos processos formativos de desenvolvimento pleno e preparo para o exercício da cidadania. Desse modo, o PSE olha para a escola pública como espaço social capaz de movimentar atores do território para um objetivo em comum: o pleno desenvolvimento do estudante. Nesse sentido, desde a sua instituição, em 2007, até os dias atuais, o PSE soma-se a diversos marcos dessa trajetória de responsabilidade pelo desenvolvimento integral do estudante brasileiro.

Considerando o avanço da saúde do escolar no Brasil, em especial, a partir da formalização do PSE, o objetivo deste estudo é analisar a evolução da implementação do Programa no Brasil em seus 15 anos de existência.

Material e métodos

Utilizou-se a abordagem metodológica mista, envolvendo a combinação de análise documental e o estudo ecológico de dados secundários dos sistemas de informação da APS de 2007 a 2021. Essa metodologia foi empregada para que se analisasse o percurso histórico do PSE no Brasil, perpassando pela descrição do processo de implantação e implementação do Programa ao longo dos 15 anos de existência, celebrados em 2022.

O *corpus* documental reuniu manuais, notas técnicas, orientações e atos normativos obtidos por meio da análise dos arquivos disponibilizados pelo Programa no MS e no MEC, bem como pela busca nos sistemas de registro de legislações. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo temática.

Realizou-se a análise descritiva dos dados das adesões ao Programa, quais sejam: número de municípios aderidos, de escolas e de estudantes pactuados, e totais de atividades

realizadas e participantes das ações do PSE. Essas informações foram obtidas por meio da plataforma e-Gestor APS, que congrega os registros constantes no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab) e demais sistemas da APS⁷.

Os dados sobre as atividades realizadas e participantes das ações do PSE compreendem as informações da Ficha de Atividade Coletiva de 2014 a 2021, cuja extração ocorreu em 22 de abril de 2022, de acordo com os métodos adotados no monitoramento do Programa⁹. Foram utilizados, no tratamento dos dados, os *softwares* Microsoft Excel® e Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®). Quanto aos procedimentos estatísticos, foi realizada a estatística descritiva das ações do PSE mediante o cálculo de frequências absolutas e relativas. A distribuição dos municípios aderidos foi realizada por intermédio do uso do aplicativo de georreferenciamento QGIS® versão 3.18.

Ressalta-se que, para as atividades e participantes das ações do PSE de 2008 a 2013, não foi possível extrair os dados dos sistemas de informação do MS e do MEC devido à ausência ou à falta de comparação de informações.

Resultados e discussão

A estrutura e a formatação do PSE têm o território como principal lócus do seu desenvolvimento, e a articulação entre saúde e educação como a estratégia propulsora de arranjos locais para garantir sua realização. Segue, assim, a mesma lógica de estruturação da APS, que tem como diretriz a territorialização, e como atribuição, realizar ações intersetoriais de educação em saúde, conforme a necessidade da população. Esse território vai além da demarcação geográfica e está em constante movimento, sendo produzido e compartilhado pelas redes sociais que o formam. Desse modo, o PSE instaurou essa noção de território compartilhado como o cerne das suas ações, uma vez que a demarcação de território, para as ações do setor saúde e para o setor educação, é

distinta. Para a educação, o território se reduz à escola, com autonomia dentro desse espaço. Já para a saúde, no âmbito da APS, o território se estrutura por meio de horizontalidades que se constituem em uma rede de serviços que deve ser ofertada pelo Estado a todo cidadão, sendo sua organização e operacionalização no espaço geográfico pautadas pelo Pacto Federativo e por instrumentos normativos que asseguram os princípios e as diretrizes do SUS^{1,6,8}.

O modelo de gestão intersetorial do PSE propõe a articulação das redes de saúde e de educação de forma intra e interfederativa, baseado nesse olhar estratégico do território, em processos de cooperação em cada esfera administrativa e entre as três, a partir dos Grupos de Trabalhos Intersetoriais (GTI) federal, estadual e municipal, os quais se configuram como espaços de governança e atuam com autonomia para execução ajustada das propostas do Programa em consonância com as condições e demandas locais, sem prejuízo das identidades técnica e legal do PSE, tendo em vista a superação da fragmentação e a integração de ações entre os setores. Esse espaço de gestão compartilhada adveio da articulação regional e local das experiências de saúde na escola prévias ao PSE, cuja formação elencou representantes da saúde, da educação e da assistência social, e de demais setores locais que sejam necessários para a gestão integral, que permanece presente na coordenação do PSE até os dias atuais^{1,4,5}.

Na esfera federal, a coordenação do programa é compartilhada entre o MS e o MEC. Por isso, o decreto do PSE determinou a constituição de uma comissão interministerial em ato conjunto; e, portanto, houve a criação da Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola (Ciese), por meio da Portaria Interministerial nº 675, de 4 de junho de 2008, com a finalidade de estabelecer diretrizes da política de educação e saúde na escola. Desse modo, esta substituiu a comissão de discussão ampliada sobre a criação de uma Política Nacional de

Educação em Saúde na Escola, criada em 2005, que contava com a participação de representantes do MS, do MEC e de diversas áreas e agências e fundações, como a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), a Fundação Nacional de Saúde (Funasa), a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)^{6,9,10}.

Atualmente, a Ciese não está atuante como foi determinado em portaria, contudo, em substituição e em reconhecimento aos GTI, em nível federal, as reuniões são realizadas entre as áreas de gestão do PSE em cada ministério. No MS, a gestão do Programa encontra-se no Gabinete do Departamento de Promoção da Saúde da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Depros/Saps/MS) – sendo que, anteriormente, já esteve ligada ao então Gabinete do Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS), à Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN/Depros/Saps/MS) e à Coordenação-Geral de Promoção de Atividade Física e Ações Intersetoriais (CGPROFI/Depros/Saps/MS). No MEC, o PSE esteve na Coordenação-Geral de Ações Educacionais Complementares (CGAEC) da Diretoria de Educação Integral, Direitos Humanos e Cidadania (Deidhuc), na então Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade (Secad), passando para a Coordenação-Geral de Educação Integral (CGEI) da Diretoria de Currículos e Educação Integral (DCEI), na Secretaria de Educação Básica (SEB)¹¹ – posteriormente, esteve na Diretoria de Políticas e Regulação da Educação Básica (DPR/SEB/MEC), e encontra-se atualmente na Diretoria de Políticas e Diretrizes da Educação Básica (DPD), especificamente na Coordenação-Geral de Gestão Estratégica da Educação Básica (Cogeb/DPD/SEB/MEC).

Em outro espaço mais amplo e mais técnico da gestão federal, tem-se a participação de representantes de diversas instituições e órgãos federais: o Coletivo Técnico do PSE. Esse Coletivo configura-se como espaço plural de discussão sobre materiais, resultados e produtos do Programa, reunindo áreas técnicas

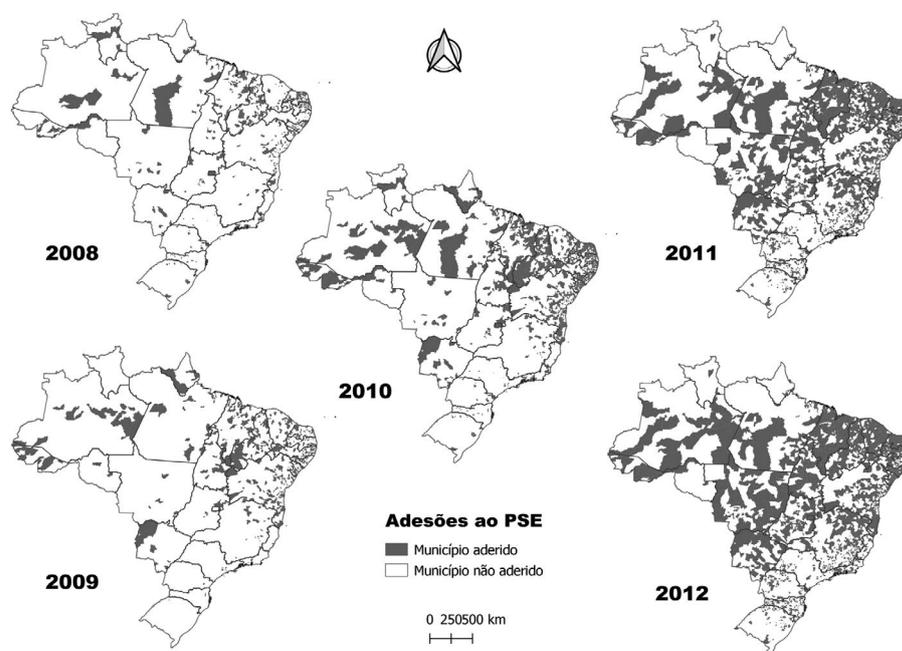
de diversas secretarias do MS, do MEC, do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos e do Ministério da Cidadania, e demais instituições, como: Unesco, Opas/OMS, Unicef, Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE), Instituto Nacional de Câncer (Inca), Fiocruz/Brasília, entre outras.

Dessa forma, o MS e o MEC compõem o GTI federal e têm a responsabilidade de gerir, incentivar e acompanhar a execução do PSE em âmbito nacional, de modo a ser um mobilizador nos estados e no Distrito Federal (DF) para a construção de espaços coletivos, para trocas e aprendizagens contínuas, no intuito de aumentar a capacidade de analisar e intervir nos processos de saúde e educação. O GTI estadual tem a responsabilidade de oferecer apoio institucional e mobilizar os municípios do seu território, já o GTI municipal apoia a implementação do PSE e possibilita a integração e o planejamento conjunto entre as equipes das escolas e as equipes de APS¹⁰.

Adesão ao PSE

Desde o lançamento do PSE, o Programa é pactuado voluntariamente pelos municípios por meio de adesão realizada pelos Secretários Municipais de Saúde e de Educação, conforme regras de participação variadas definidas ao longo dos anos. Em 2008, o PSE foi implantado em um número reduzido de municípios que manifestaram a intenção de participar do Programa, segundo critérios que inicialmente tinham por base o perfil de vulnerabilidade dos estudantes da rede pública de ensino. Esses critérios foram gradativamente modificados e expandidos para o Programa compreender números maiores de municípios. Dessa forma, em 2008 cerca de 11% dos municípios brasileiros participavam do PSE, enquanto, em cinco anos, esse percentual chegou a 44,8% do País. A *figura 1* demonstra a distribuição dos municípios participantes do PSE ao longo dos anos, com concentração inicial predominante nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste.

Figura 1. Distribuição espacial dos municípios aderidos ao PSE de 2008 a 2012. Brasil, 2022

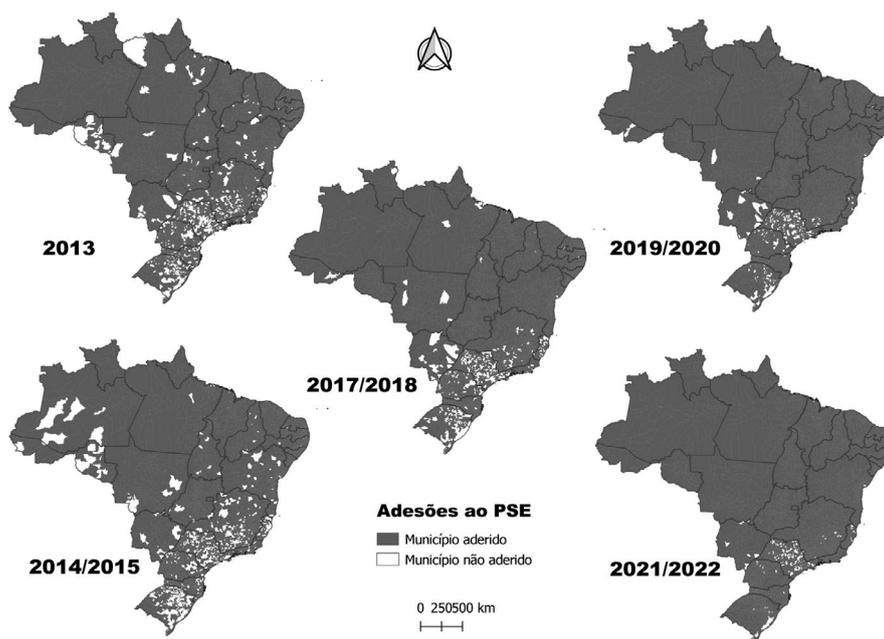


Fonte: elaboração própria.

Desde 2013, o PSE tem se capilarizado, ao permitir que todos os municípios brasileiros realizem a adesão ao Programa, fato que impactou expressivamente no percentual de municípios participantes. Essa ampliação reflete-se nas porcentagens de municípios brasileiros aderidos, a qual alcançou 87,3% do País em 2013 – e o aumento permaneceu nos biênios de 2014/2015, em que 85,9% aderiram; em 2017/2018, com 90,5% de municípios; e em 2021/2022, em que 97,3% do território

encontra-se aderido ao Programa. Já a *figura 2* demonstra o aumento da adesão nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, ao ponto de todos os municípios de determinados estados dessas regiões aderirem ao PSE, enquanto há municípios do Sudeste, principalmente no estado de São Paulo, que permanecem não aderidos. O número total de municípios e as características das adesões são descritas no *quadro 1*.

Figura 2. Distribuição espacial dos municípios aderidos ao PSE de 2013 a 2022. Brasil, 2022



Fonte: elaboração própria.

A adesão ao PSE, em todo esse processo de 15 anos de implementação, envolve a seleção das escolas públicas da rede básica de ensino, do quantitativo de estudantes de todos os níveis de ensino e das equipes de saúde pactuadas. No princípio, era necessária a assinatura de um Termo de Adesão, posteriormente publicado no Diário Oficial, e a elaboração de um projeto municipal para realização das ações, que era

submetido aos órgãos colegiados de gestão para posterior validação do MS e do MEC.

Em 2011, o Termo de Adesão foi substituído pelo Termo de Compromisso Municipal, com o mesmo objetivo do anterior, contudo, nesse instrumento, as ações do programa passaram a ser divididas nos seguintes Componentes: Componente I – Avaliação Clínica Psicossocial (posteriormente, afirmado como Avaliação

das Condições de Saúde); Componente II – Promoção da Saúde e Prevenção de Agravos; e Componente III – Educação Permanente e Capacitação de Profissionais da Saúde e da Educação e Jovens (posteriormente nomeado apenas de Formação). A partir desse momento, não foi mais solicitado o envio de projeto de ação municipal às instâncias de gestão estadual e federal¹².

Os componentes retomavam um conflito entre os paradigmas da saúde escolar biomédica e os de promoção da saúde, especialmente pelo Componente I, que centrava o olhar para a saúde física dos estudantes ao avaliar a saúde bucal, ocular, auditiva, mental, verificação da situação vacinal, ou ainda a detecção precoce de hipertensão arterial. Por outro lado, o Componente II abordava a promoção de atividade física, alimentação saudável, prevenção de violências, bem como incorporava o projeto Saúde e Prevenção nas Escolas, que trabalhava a saúde sexual e reprodutiva e a prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas¹¹. Em 2012, foi realizada uma oficina com a participação do GTI estadual e do Coletivo Técnico para alinhamento conceitual sobre os componentes do PSE e as ações a serem desenvolvidas em cada componente, tais como a mudança dos títulos dos componentes, a retirada da detecção da hipertensão do Componente I e a inclusão das ações de temas como promoção da cultura de paz e direitos humanos, saúde mental e saúde ambiental no Componente II^{10,13}.

Assim, em 2013, estabeleceu-se um elenco de ações essenciais do Programa, de pactuação obrigatória pelos municípios, com base nos

principais Planos e Projetos de Governo então vigentes: Plano Brasil sem Miséria – Ação Brasil Carinhoso; Programa Crack, é Possível vencer; Plano Juventude Viva; Plano Nacional de Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis; Projeto Olhar Brasil; Programa Brasil Sorridente; Linha de Cuidados para Prevenção e Tratamento do Sobrepeso e da Obesidade; Promoção da Cultura de Paz e Direitos Humanos.

Nesse período, o Termo de Compromisso Municipal era disponibilizado anualmente, divulgado nos sítios oficiais para preenchimento pelo Grupo de Trabalho Intersetorial do município, dessa vez sem a exigência de passagem por órgãos colegiados. Já a partir de 2017, e até os dias atuais, a assinatura do Termo ocorre na plataforma e-Gestor APS, disponibilizado no período de adesão ao Programa, de modo bienal¹⁴.

Entre 2008 e 2012, os critérios de adesão eram baseados no Índice de Desenvolvimento Educacional Básico (Ideb); na cobertura de atendimento da Estratégia Saúde da Família (ESF); nos municípios que possuíam em seu território escolas participantes do Programa Mais Educação; e em escolas com mais de 50% de escolares beneficiários do Programa Bolsa Família. Ou seja, apenas os municípios que apresentavam esse perfil poderiam aderir ao PSE até 2012. A partir de 2013, o Programa permitiu que todos os municípios pudessem aderir, e os critérios passaram a ser relativos à adesão de, no mínimo, 50% de escolas consideradas prioritárias – com características específicas baseadas em aspectos de vulnerabilidade social (*quadro 1*).

Quadro 1. Critérios e características de adesão ao PSE de 2008 a 2021. Brasil, 2022

Adesões*	Critérios de adesão	Municípios aderidos	Escolas pactuadas	Estudantes pactuados	Equipes de saúde pactuadas**	Portarias de referência da adesão	Demais portarias do PSE publicadas
2008	100% de cobertura da ESF, Ideb menor ou igual a 2,69, e municípios com escolas participantes do Programa Mais Educação	613	16.470	1.941.763	5.130	Portaria nº 1.861, de 4 de setembro de 2008; e Portaria nº 2.931, de 4 de dezembro de 2008	Portaria Interministerial nº 675, de 4 de junho de 2008
2009	70% de cobertura da ESF e Ideb menor ou igual a 3,1	640	20.422	6.560.649	3.884	Portaria nº 3.146, de 17 de dezembro de 2009	-
2010	70% de cobertura da ESF e Ideb menor ou igual a 4,5, e municípios com escolas participantes do Programa Mais Educação	1.253	36.892	8.502.412	9.014	Portaria Interministerial nº 3.696, de 25 de novembro de 2010; e Portaria nº 3.918, de 10 de dezembro de 2010	Portaria nº 790, de 12 de abril de 2010; Portaria nº 1.537, de 15 de junho de 2010
2011	Programa Mais Educação	2.271	50.545	10.835.238	12.899	Portaria Interministerial nº 1.910, de 8 de agosto de 2011; Portaria Interministerial nº 1.911, de 8 de agosto de 2011; e Portaria nº 3.014, de 20 de dezembro de 2011	-
2012	70% de cobertura da ESF e Ideb menor ou igual a 4,5, municípios com escolas participantes do Programa Mais Educação, e municípios com escolas com mais de 50% de beneficiários do Programa Bolsa Família	2.495	56.157	11.946.778	14.237	Portaria nº 2.693, de 29 de novembro de 2012; e Portaria nº 298, de 28 de fevereiro de 2013	Portaria nº 357, de 1º de março de 2012; Portaria nº 524, de 26 de março de 2012
2013	Todos os municípios com 50% de escolas prioritárias	4.864	80.435	18.726.458	30.068	Portaria Interministerial nº 1.413, de 10 de julho de 2013; Portaria nº 2.608, de 31 de outubro de 2013; e Portaria nº 3.210, de 26 de dezembro de 2013	Portaria nº 364, de 08 de março de 2013; Portaria nº 1.302, de 28 de junho de 2013; Portaria nº 1.835, de 27 de agosto de 2013
2014/ 2015***		4.787	79.167	18.313.214	32.317	Portaria nº 1.067, de 23 de julho de 2015	Portaria nº 220, de 25 de março de 2014; Portaria nº 798, de 17 de junho de 2015; Portaria nº 1.260, de 27 de agosto de 2015; Portaria nº 1.337, de 8 de setembro de 2015
2016*	-	-	-	-	-	-	Portaria nº 2.744, de 16 de dezembro de 2016
2017/ 2018	A cada 2 anos, todos os municípios com 50% de escolas prioritárias	5.040	85.700	20.521.416	36.990	Portaria Interministerial nº 1.055, de 25 de abril de 2017; e Portaria nº 2.706, de 18 de outubro de 2017	Portaria nº 895, de 19 de junho de 2018; Portaria nº 3.662, de 14 de novembro de 2018

Quadro 1. (cont.)

Adesões*	Critérios de adesão	Municípios aderidos	Escolas pactuadas	Estudantes pactuados	Equipes de saúde pactuadas**	Portarias de referência da adesão	Demais portarias do PSE publicadas
2019/ 2020		5.289	91.659	22.425.160	-	Portaria nº 2.264, de 30 de agosto de 2019	Portaria nº 564, de 8 de julho de 2020; Portaria nº 1.857, de 28 de julho de 2020; Portaria nº 2.027, de 7 de agosto de 2020; Portaria nº 2.141, de 14 de agosto de 2020; Portaria nº 2.306, de 28 de agosto de 2020
2021/ 2022		5.422	97.389	23.426.003	-	Portaria nº 1.320, de 22 de junho de 2021	Portaria Interministerial nº 5, de 4 de agosto de 2021

Fonte: elaboração própria.

*Em 2016, não houve adesão. **As equipes de Atenção Primária à Saúde eram vinculadas às escolas pactuadas no momento da adesão, porém, a partir de 2017, não há mais necessidade de vinculação. ***A adesão de 2014 foi mantida no ano de 2015.

Nas adesões de 2013 e 2014/2015, pelo menos 50% do total de estabelecimentos de educação selecionados para participar do Programa deveriam ter as seguintes características para serem considerados escolas prioritárias: creches públicas ou conveniadas; escolas do campo; escolas participantes do PSE no ano anterior; escolas participantes do Programa Mais Educação no ano anterior; escolas que tiveram, no ano anterior, adolescentes matriculados em cumprimento de medidas socioeducativas; escolas que tenham pelo menos 50% dos educandos matriculados pertencentes a famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família. A partir de 2017, esses critérios continuam vigentes para a adesão, exceto os critérios da pactuação prévia e participação do Programa Mais Educação. Esses critérios de vulnerabilidade, acrescidos do aumento da adesão dos municípios ao longo do tempo, permitiram a pactuação de mais de 97 mil escolas e 23 milhões de estudantes na adesão de 2021/2022, o maior resultado do período (*quadro 1*).

Incentivo de custeio do PSE

O incentivo financeiro para manutenção das ações do PSE integra o Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde, ou seja, deve ser utilizado para implementação e manutenção das ações de custeio do Programa, sendo vedada a utilização deste para aquisição de material permanente¹⁵. Esse recurso é repassado, em regra, anualmente pelo MS em parcela única, fundo a fundo, do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, sendo que, de 2008 a 2012, foi repassada uma parcela extra mensal para as equipes da APS que atuaram no PSE. Ademais, houve repasse de recurso também por parte do MEC, voltado para financiamento de materiais para a implementação do PSE.

A partir de 2011, o repasse foi estruturado de modo que 70% do valor total do recurso financeiro do PSE seria pago a partir da assinatura do Termo de Compromisso e os 30% restantes do valor total do recurso financeiro seriam pagos após o cumprimento de 70% das metas municipais pactuadas. Em 2012, com o início do processo de expansão do PSE, foram

estabelecidas faixas de repasse de recurso conforme quantidade de escolares, sendo que, de 1 a 200 estudantes, o valor de R\$ 1 mil anuais, acrescido dessa mesma quantia a cada intervalo. Já em 2013, o repasse da adesão foi realizado em 30% do valor correspondente a uma parcela extra do incentivo repassado para as equipes da APS, e os 70% restantes, mediante o cumprimento das metas municipais pactuadas. Além desses repasses referentes à adesão e ao monitoramento, era previsto repasse referente à realização das atividades da Semana Saúde na Escola, sendo, em 2013, repassado o valor de cerca de R\$ 558,30 por ESF participante.

A Semana Saúde na Escola, instituída pela Portaria nº 357, de 1º de março de 2012, é uma mobilização da comunidade escolar a partir de um tema anual definido por MS e MEC, com o objetivo de chamar a atenção sobre a importância das boas práticas e condições de saúde para a melhoria do desenvolvimento dos estudantes. Foram previstos repasses financeiros entre os anos de 2012 e 2014 para os municípios que manifestassem interesse e informassem as ações realizadas em período definido, no sistema de monitoramento do PSE. Desde 2015, essa mobilização foi redefinida pela Portaria nº 798, de 17 de junho de 2015, passando a ser de livre iniciativa dos entes federados interessados em participar da mobilização, sem necessidade de prévia adesão^{7,10}.

A Portaria Interministerial nº 1.413, de 10 de julho de 2013, que redefiniu a adesão ao PSE e

ampliou a adesão para todos os municípios brasileiros, também alterou os valores e a forma de repasse ao considerar o valor de R\$ 3 mil para o intervalo de 1 até 599 estudantes, e o acréscimo de R\$ 1 mil a cada intervalo de 1 até 199 que superasse 599 estudantes. Os recursos financeiros eram repassados no ato de adesão ao Programa, no percentual de 20% do valor anual pactuado, e os 80% restantes, repassados mediante o alcance de, pelo menos, 50% da meta pactuada. Assim, consolidaram-se a forma de repasse anual na adesão ao Programa e um segundo repasse referente ao cumprimento das metas, conforme monitoramento das ações¹³.

O atual incentivo financeiro está expresso na Portaria Interministerial nº 1.055, de 25 de abril de 2017, cujo valor corresponde a R\$ 5.676,00 para o intervalo de 1 a 600 estudantes e o acréscimo de R\$ 1 mil a cada intervalo de 1 a 800 que supere 600 estudantes, repassado na adesão. Além disso, o repasse referente ao monitoramento condicionado ao cumprimento das metas monitoradas, tendo como base o mesmo valor repassado na adesão^{7,14}. O histórico de repasses até 2021 está representado no *gráfico 1*, que representa essa variação dos repasses, entre valores correspondentes à adesão e ao cumprimento das metas pactuadas. Atualmente esse montante corresponde a cerca de 89 milhões de reais anuais. Com isso, de 2008 a 2021, foram repassados aos municípios mais de R\$ 725 milhões de recurso ordinário do PSE.

Gráfico 1. Histórico de repasses anuais do PSE de 2008 a 2021. Brasil, 2022



Fonte: elaboração própria.

Repasses extraordinários podem ocorrer como descrito na Portaria Interministerial nº 1.055/2017. Nesse sentido, o valor mais expressivo de repasse extraordinário foi o incentivo para a retomada segura das aulas presenciais no contexto da pandemia da Covid-19, um montante de R\$ 454.331.202,00, repassado, em 2020, pela Portaria nº 1.857, de 28 de julho de 2020. Esse repasse em parcela única teve como objetivo o incentivo para realização de atividades de prevenção à Covid-19 no âmbito do PSE, somando-se às demais ações do Programa¹³⁻¹⁶.

Ações do PSE

Em 2017, as ações do PSE deixaram de ser agrupadas em componentes, ficando, na adesão ao PSE, o compromisso com a realização de ações de: combate ao mosquito *Aedes aegypti* (posteriormente adotado o termo saúde ambiental como alinhamento técnico); promoção das práticas corporais, da atividade física e do lazer nas escolas (posteriormente, denominado como promoção da atividade física); prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas (futuramente removido o enfoque no crack em detrimento de outras drogas); promoção da cultura de paz, cidadania e direitos humanos; prevenção das violências e dos acidentes; identificação de educandos com

possíveis sinais de agravos de doenças em eliminação (ou Prevenção de doenças negligenciadas); promoção e avaliação de saúde bucal e aplicação tópica de flúor (ou apenas Saúde bucal); verificação e atualização da situação vacinal; promoção da alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil; promoção da saúde auditiva e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração (ou apenas Saúde auditiva); promoção da saúde ocular e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração (ou apenas Saúde ocular); e direito sexual e reprodutivo e prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (DST/Aids) (renomeado para Saúde sexual e reprodutiva e prevenção do HIV/IST)^{10,14}.

Como elencado, em 2019, a partir das discussões do Coletivo Técnico do PSE, as nomenclaturas das ações foram revisadas, e as novas denominações, adotadas nos materiais e publicações do Programa. Dessa forma, atualmente, o PSE apresenta um rol de 13 ações, sendo as 12 ações elencadas acima mais a ação de prevenção à Covid-19, incluída ao Programa pela Portaria nº 564/Saes/MS, de 8 de julho de 2020, em decorrência da pandemia do novo coronavírus¹⁶.

A ação de saúde mental, prevista no decreto de instituição do PSE e implementada até 2015, teve como foco, inicialmente, a verificação do registro civil dos escolares, posteriormente a

discussão sobre o tema em GTI; contudo, sua abordagem atual ficou restrita às ações de promoção da cultura de paz e direitos humanos, prevenção de acidentes e violências, e prevenção de álcool, tabaco e outras drogas^{6,10-14}.

Monitoramento das ações do PSE

Ao longo da implementação do Programa, o monitoramento das ações e os indicadores de avaliação foram revistos. Entre 2008 e 2010, o monitoramento e a avaliação no PSE envolviam o acompanhamento apenas do planejamento das ações por meio de um formulário *web* do MS (FormSUS), extinto em 2021 pelo próprio MS. A partir de 2011, as ações foram registradas de fato, de acordo com os componentes, por profissionais da saúde e da educação, exclusivamente no módulo do PSE no Sistema Integrado de Monitoramento, Execução e Controle do Ministério da Educação (Simec). Com a criação do Sisab pelo MS, em abril de 2013, os registros do Componente I passam a ser monitorados pelo Sisab enquanto o Componente II era registrado no Simec, até 2015, e as metas eram definidas para cada ação, sendo um quantitativo do número de estudantes pactuados¹⁰.

Apenas em 2017, com a redefinição do Programa pela Portaria nº 1.055/2017, o Sisab tornou-se o único sistema de informação para monitoramento das ações do PSE, cujo registro ocorre apenas por profissionais e gestores da saúde, e os indicadores e metas são definidos por documento orientador de padrões de avaliação para o ciclo da adesão aos quais estão atrelados o repasse de recurso. Desse modo, em 2017, ficou estabelecido que todas as escolas aderidas deveriam realizar ações do Programa e que ações de combate ao *Aedes aegypti* deveriam ser trabalhadas em 100% das escolas. Em 2019, essas metas foram alteradas, sendo que os municípios aderidos precisavam realizar pelo menos uma das ações consideradas prioritárias naquele

ciclo, sendo elas: saúde ambiental, promoção da alimentação saudável, promoção da atividade física, verificação da situação vacinal e prevenção do uso de álcool, tabaco e outras drogas. Em 2021, devido à pandemia e à queda na realização das ações do Programa (mesmo com as possibilidades de realização de atividades remotas ou híbridas), os municípios foram orientados a realizar, no mínimo, ações de prevenção à Covid-19 e, pelo menos, outras duas ações do PSE, conforme planejamento municipal^{7,14}.

O Sisab é um sistema da APS que reúne os dados de informações de saúde validados, cujo registro ocorre por meio da estratégia e-SUS, por intermédio da ferramenta de coleta de dados chamada de Ficha de Atividade Coletiva que apresenta os campos de referência para o monitoramento do PSE⁹. O processo de monitoramento anual foi pouco difundido e apropriado pelos gestores do PSE entre 2014 e 2018, por isso, em 2019 a gestão federal empregou elaboração de notas técnicas nacionais, o envio de relatórios estaduais, e a publicação de estudos utilizando essas bases para transparência e difusão dos processos de monitoramento do Programa¹⁷.

Ao analisar os dados do Sisab (*tabela 1*), observa-se que o quantitativo de atividades e participantes das ações do PSE evoluiu gradativamente de 2014 a 2019, atingindo um maior número de escolas pactuadas, apresentando um percentual de cobertura de 18,8% e 63,3% respectivamente. Essa progressão foi interrompida, em 2020, pela pandemia do novo coronavírus, cujos resultados exprimem o menor valor do período, atingindo apenas 17,8% das escolas pactuadas; todavia, em 2021, esses números voltaram a subir (40,9%). Isso demonstra que o registro das ações realizadas no âmbito do PSE foi ampliado – e o alcance das escolas pactuadas acompanhou o crescimento –, e que, após o primeiro ano da pandemia, esse processo foi retomado, refletindo a melhora do cenário e impulsionado pelas orientações da gestão federal^{7,16}.

Tabela 1. Número absoluto de atividades, participantes e escolas, e percentual de cobertura das ações do PSE de 2014 a 2021*. Brasil, 2022

Variáveis	2014	2015	2017	2018	2019	2020	2021
Atividades das ações do PSE	228.675	347.101	693.462	999.427	1.417.916	135.495	540.200
Participantes das ações do PSE	10.961.177	13.695.398	31.795.291	43.964.215	59.854.094	6.851.005	25.087.567
Escolas que realizaram ações	14.895	22.039	38.349	45.420	58.010	16.290	39.792
Percentual de cobertura das ações nas escolas pactuadas (%)	18,8	27,8	44,7	53,0	63,3	17,8	40,9

Fonte: elaboração própria a partir dos dados do Sisab em abril/2022⁷.

*Em 2016, não houve adesão.

Associação do PSE com a BNCC

Uma importante convergência entre os setores da saúde e da educação, que dialoga com a abordagem das ações do PSE, ocorreu com a publicação da Base Nacional Comum Curricular (BNCC), em 2017, documento que define o conjunto de aprendizagens essenciais que todos os estudantes devem desenvolver ao longo da educação básica, garantindo seus direitos de aprendizagem e desenvolvimento. As ações do PSE estão presentes nas macroáreas saúde e multiculturalismo da BNCC, especialmente no tema contemporâneo transversal ‘saúde – educação alimentar e nutricional’, porém, é possível identificar os temas do PSE em outras macroáreas. Dessa forma, todas as ações de saúde na escola, elencadas ao longo do artigo, e os demais temas da saúde estão contemplados em competências e habilidades dos componentes curriculares da educação básica¹⁸.

A temática saúde está presente na oitava competência da BNCC, em que o estudante, ao final do processo educativo, deve conhecer-se, apreciar-se e cuidar de sua saúde física e emocional, compreendendo-se na diversidade humana e reconhecendo suas emoções e as dos outros, com autocrítica e capacidade para lidar com elas, bem como é discutida em diversas áreas em todas as etapas da educação básica, como ciências da natureza e ciências humanas, a qual, por sua vez, retoma princípios da Política Nacional

de Promoção da Saúde ao abordar a saúde e seus determinantes que transcende a transmissão de conhecimento sobre o processo saúde-doença¹⁹.

Destarte, o tema saúde na BNCC e sua relação com o PSE, não somente no documento, mas também na inserção do Programa na Diretoria de Políticas e Diretrizes da Educação Básica do MEC, bem como no Departamento de Promoção da Saúde do MS, é uma conjuntura favorável para superar o foco nos processos de prevenção de doenças e agravos por meio de práticas fragmentadas²⁰, para um modelo de saúde na escola verdadeiramente pautado nos princípios da promoção da saúde, com vistas à integralidade e ao pleno desenvolvimento dos estudantes, e fruto do trabalho intersectorial em todas as esferas administrativas.

Considerações finais

A abrangência nacional do PSE, presente nesse ciclo 2021/2022 em 97% do território nacional, citada anteriormente, demonstra a potência do trabalho em promoção da saúde, a partir da concepção ampliada de saúde e de educação integral, em que são considerados todos os aspectos da vida. Desse modo, verifica-se a alta aceitação do Programa pelos estados e municípios, constatando que o caminho traçado de respeito às especificidades das diversas realidades brasileiras de infâncias,

adolescências e processos educativos tem-se mostrado efetivo, de acordo com o que preconiza a Política Nacional de Promoção da Saúde.

Nesse sentido, a análise histórica de políticas públicas permite conhecer as estratégias de gestão adotadas para implementação e os impactos gerados na vida da população. Desse modo, o olhar atento ao PSE – em suas nuances e desafios intra e intersetoriais – proposto por este trabalho permitiu a consolidação dos resultados positivos da sua implantação e de seu desenvolvimento nesses 15 anos de existência. Assim, por meio do PSE, o somatório de esforços destas duas áreas – saúde e educação – pelo bem-estar do público infantojuvenil e jovens estudantes constitui-se uma realidade nacional com resultados para o País. Ademais, em consonância com o reconhecimento dessa trajetória, considera-se que esta análise histórica provê a perspectiva de aprimoramento necessária para a continuidade sustentável e qualificada do Programa.

Agradecimentos

Agradecemos o apoio da Debora Estela Massarente Pereira, Kátia Godoy Cruz, Mariana Vilela Vieira, do Ministério da Saúde, e Glaucia Barbosa Pinto de Campos e Maria Luciana da Silva Nóbrega, do Ministério da Educação.

Colaboradores

Fernandes LA (0000-0001-8019-6733)*, Shimizu HE (0000-0001-5612-5695)*, Prado Neto PF (0000-0001-9809-7186)*, Cavalcante FVSA (0000-0003-1409-8662)*, Silva JRM (0000-0002-0357-9631)* e Parente RCM (0000-0001-8735-0967)* contribuíram para concepção da pesquisa, coleta e análise de dados, discussão, escrita e revisão. ■

Referências

1. Silva CS. Saúde na Escola: intersectorialidade e promoção da saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2019.
2. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República; 1988.
3. Bomfim AM, Anjos MB, Floriano MD, et al. Parâmetros curriculares nacionais: uma revisita aos temas transversais meio ambiente e saúde. Trabalho, Educação e Saúde. 2013 [acesso em 2022 abr 9]; 11(1):27-52. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462013000100003>.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2007.
5. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Diretrizes para implantação do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006.
6. Brasil. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República; 2007.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

7. Brasil. Ministério da Saúde. Documento Orientador: Indicadores e Padrões de Avaliação - PSE Ciclo 2021/2022. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2022. [acesso em 2022 abril 27]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/academia/Documento_orientador_2021-2022_PSE.pdf.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 21 Set 2017.
9. Brasil. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 1.820, de 01 de agosto de 2006. Altera os arts 1º, 2º e 3º da Portaria Interministerial nº 749, de 13 de maio de 2005. Diário Oficial da União. 1 Ago 2006.
10. Brasil. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. Caderno do gestor do PSE. Brasília, DF: Ministério da Saúde; Ministério da Educação; 2015.
11. Bueno DR. A gestão federal e o fomento à participação juvenil em iniciativas de promoção à saúde nas escolas. [dissertação]. Brasília, DF: Fundação Oswaldo Cruz; 2020. 128 p. [acesso em 2022 abril 27]. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/49740/denise_bueno_fio_df_mest_2020.pdf;jsessionid=E7FE36C9CDC0B0EF5C531AE5C86323CF?sequence=2.
12. Brasil. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. 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. 8 Ago 2011.
13. Brasil. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. 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. 10 Jul 2013.
14. Brasil. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 1.055, de 25 de abril de 2017. Redefine as regras e os critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola - PSE por estados, Distrito Federal e municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações. Diário Oficial da União. 25 Abr 2017.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. 28 Dez 2017.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Orientações para a Retomada Segura das Atividades Presenciais nas Escolas de Educação Básica no Contexto da Pandemia da Covid-19. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2022. [acesso em 2022 abr 27]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/corona/OrientacaoReaberturaEscolasRedePublicaBasica.pdf>.
17. Fernandes LA, Köptcke LS. Análise da ação de saúde ocular do Programa Saúde na Escola no Brasil de 2014 a 2019: um estudo transversal. Epidemiologia e Serviços de Saúde. 2021 [acesso em 2022 abr 27]; 30(2):1-11. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000200008>.
18. Brasil. Ministério da Educação. Base Nacional Comum Curricular: Educação é a Base. Brasília, DF: Ministério da Educação; 2017. Disponível em: http://basenacionalcomum.mec.gov.br/images/BNCC_EI_EF_110518-versaofinal_site.pdf.
19. Silveira-da-Silva M. Base Nacional Comum Curricular: uma análise sobre a temática saúde. Revista Electrónica de Enseñanza de las Ciencias. 2020 [acesso em 2022 maio 6]; 19(2):320-345. Disponível em: <http://revistas.educacioneditora.net/index.php/REEC/article/view/45>.

20. Lopes IE, Nogueira JAD, Rocha DG. Eixos de ação do Programa Saúde na Escola e Promoção da Saúde: revisão integrativa. *Saúde debate*. 2018 [acesso em 2022 maio 5]; 42(118):773-789. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811819>.

Recebido em 10/05/2022

Aprovado em 09/09/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

A participação juvenil no Programa Saúde na Escola (PSE): uma reflexão sobre o papel da gestão federal

Youth participation in the School Health Program in Brazil: a reflection on the role of the Federal government

Denise Ribeiro Bueno¹, Luciana Sepúlveda Köptcke¹

DOI: 10.1590/0103-11042022E302

RESUMO O presente artigo reflete sobre a participação juvenil no Programa Saúde na Escola (PSE), por meio da análise conceitual e operacional da ideia de participação em seus marcos técnicos e normativos, bem como indaga se o PSE mantém, diminui ou aprimora a participação juvenil, ao compará-lo ao Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE), precursor do Programa. A escola, local que contribui para a formação do indivíduo, conforme diretrizes estabelecidas em lei, deve promover esses espaços de participação, fortalecendo os estudantes em uma perspectiva de reconhecimento da importância do envolvimento desse público nas discussões de modos de vida saudáveis, uma vez que o PSE atua na perspectiva da promoção da saúde. A partir da discussão qualitativa, realizada por meio das análises documental e bibliográfica, bem como a revisão de literatura, identificou-se que a participação juvenil era um dos pilares do SPE, projeto cujas ações foram incorporadas ao PSE, mas que perdeu força ao não ser fomentada no âmbito dos instrumentos legais do programa. A qualificação do diálogo entre todos os membros da comunidade escolar, incluindo-se um dos maiores públicos-alvo do programa, os adolescentes e os jovens, fortalece o reconhecimento do território como ator central na implementação das políticas sociais.

PALAVRAS-CHAVE Participação da comunidade. ADOLEC. Serviços de saúde escolar.

ABSTRACT *This article reflects on youth participation in the PSE, through the conceptual and operational analysis of the idea of participation in its technical and normative frameworks. It also questions whether the PSE maintains, reduces, or improves youth participation, when comparing it to the Health and Prevention in Schools Project, a precursor of the program. The school, a place that contributes to the formation of the individual, according to guidelines established by law, must promote these spaces for participation, strengthening students in a perspective of recognition of the importance of involving this public in discussions of healthy lifestyles, considering that the PSE works from the perspective of Health Promotion. From the qualitative discussion, carried out through documental and bibliographic analysis, as well as the literature review, it was identified that youth participation was one of the pillars of the SPE, a project whose actions were incorporated into the PSE, but which lost strength by not being promoted within the scope of the Program's legal instruments. The qualification of dialogue among all members of the school community, including one of the Program's largest target audiences, the youth, strengthens the recognition of the territory as a central actor in the implementation of social policies.*

KEYWORDS *Community participation. ADOLEC. School health services.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – Brasília (DF), Brasil.
debueno78@gmail.com



Introdução

O Programa Saúde na Escola (PSE), criado pelo Decreto nº 6.286/2007, é a primeira política federal intersetorial a buscar a articulação da saúde e da educação voltada para crianças e adolescentes da rede de educação básica e pública do Brasil. O Programa corrobora o processo de fortalecimento da relação entre as redes da educação e da saúde, na sequência de experiências como a proposta de Escolas Promotoras de Saúde pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) em 1995, o Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE), a partir de 2003, e a criação da Câmara Intersectorial Educação e Saúde (Portaria Interministerial nº 749, de 13 de maio de 2005).

Ao longo dos seus 15 anos de implantação, muitos foram os ajustes necessários para facilitar que tanto a comunidade escolar quanto os profissionais da saúde e educação compreendessem a importância da abordagem intersectorial proposta pelo programa. O reconhecimento da potencialidade da escola e do território do qual faz parte como espaços em que a vida acontece e, também, nos quais o processo saúde-doença se realiza consiste em um desafio permanente que dialoga com as diferentes culturas organizacionais, as reais condições de implementação do PSE no território e com a percepção dos atores sobre como podem relacionar a promoção da saúde e a educação em prol da melhoria das condições de saúde, da qualidade da educação e do desenvolvimento integral de crianças e adolescentes.

Aqui, será analisado em que medida o PSE incorpora a participação juvenil em seu desenho e implementação, bem como discutida a presença conceitual e operacional da ideia da participação do adolescente e do jovem no PSE, ao verificar se o PSE mantém, diminui ou aprimora a participação juvenil. A comparação com o SPE se deve ao fato de o projeto, precursor do PSE, ter perdido espaço na agenda governamental com a criação e institucionalização do programa, em 2007.

PSE, um programa de promoção da saúde na escola

O registro de ações de educação em saúde no espaço escolar remonta aos meados do século XIX no Brasil, propondo a ideia de 'saúde escolar' na perspectiva higienista. Tal abordagem propunha intervenções na arquitetura e mobiliário escolar, na regulamentação e orientação nutricional da merenda escolar, na realização de exames antropométricos e na possível detecção de agravos ou deficiências na população escolar¹⁻³. Essas ideias se desenvolveram e disseminaram, atingindo seu ápice nos anos 1950, em que a escola desempenhava papel de 'agente terapêutico', incluindo a explicação biológica das doenças, todavia desarticulada de um programa escolar². Nos anos 1970, com a publicação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), Lei nº 5.692/71, os temas da saúde foram incluídos de forma compulsória nos currículos escolares, por meio de 'programas de saúde' que formalizaram o poder do Estado no campo da formação e controle dos comportamentos e hábitos individuais preconizados pela já vigente abordagem higienista, remanescente da 'saúde escolar'¹. Cabe sinalizar que todas essas experiências de saúde na escola obedeciam a lógicas setoriais nos planos político, técnico e administrativo, caracterizadas pela descontinuidade, pelo isolamento e sem articulação entre profissionais dos campos da educação e da saúde.

A discussão de saúde para além da ausência de doença, nas lógicas higienista e biológica, ganhou força a partir da segunda metade do século XX, ao se fortalecer o entendimento de que o completo bem-estar da população inclui o indivíduo e a comunidade, o envolvimento multissetorial e as ações locais, regionais e nacionais⁴. Nesse sentido, a partir da década de 1980, as Conferências Internacionais de Promoção da Saúde, o movimento da Reforma Sanitária no Brasil, e a promulgação da Constituição Federal de 1988, que considera

a educação e a saúde como direitos sociais universais, delineiam um novo caminho para as ações de saúde na escola, ao propor uma relação intrínseca entre o desenvolvimento do tema saúde em sala de aula e uma perspectiva de construção da cidadania, o que denota a compreensão da saúde não apenas como um conjunto de hábitos a ser desenvolvido, mas sim a partir da ideia do direito a ser continuamente exercido e ressignificado¹.

A promoção da saúde surge como uma junção dos diversos determinantes da saúde, sendo mais efetivamente incorporada a partir da Lei nº 8.080/90⁴. Ao se descrever, na constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), os princípios que regem a saúde, entre eles, o princípio da integralidade a partir da promoção, proteção e recuperação, caminhava-se para o entendimento de promoção da saúde como um dos pilares da saúde no Brasil⁵.

Assim, em decorrência da evolução do SUS e do fortalecimento do debate da promoção da saúde no Brasil, em 2006, foi aprovada a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)^{6,7}, sendo seus princípios: a autonomia, a equidade, a territorialidade, a participação social, a sustentabilidade, a integralidade, a intersetorialidade e o empoderamento.

A atual PNPS define como promoção da saúde:

[...] um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, que se caracteriza pela articulação e cooperação intersetorial e pela formação da Rede de Atenção à Saúde, buscando se articular com as demais redes de proteção social, com ampla participação e amplo controle social⁶⁽⁷⁾.

O conceito de promoção deve ser relacionado com o de fortalecimento da capacidade individual e coletiva de lidar com a diversidade dos condicionantes da saúde. A promoção vai além de questões técnicas e normativas e destaca a importância

do fortalecimento da saúde, por meio da construção de capacidade de escolha e do uso do conhecimento⁸. Nesse sentido, os setores da saúde e da educação configuram um dos principais parceiros do processo de promoção da saúde. Ademais, as unidades de saúde e as escolas são vistas como espaços que contribuem para a construção de valores pessoais, crenças, conceitos e diferentes maneiras de conhecer o mundo.

Nas escolas, as questões referentes à saúde e relacionadas à educação e não problematizadas ou resolvidas pela escola parecem ter como única alternativa os serviços de saúde. Questões essas que surgem nas salas de aula com diferentes representações: por professores, alunos, familiares, que expressam suas preocupações com melhores condições de saúde e qualidade de vida⁹.

Além disso, levantam como questão a medicalização da vida e a importância de um trabalho promocional compartilhado.

A intersetorialidade e a participação são pilares para uma política que considera os atores envolvidos como protagonistas na transformação individual e do meio em que atuam. Ao considerar o capital simbólico, social e cultural, a promoção da saúde entende o envolvimento das pessoas e seus saberes na discussão de estilos de vida saudáveis, de modo que outros saberes para além dos diplomas educacionais possam ter voz e legitimidade¹⁰⁻¹².

Essa transformação na qual o sujeito é protagonista, ou seja, tem vontade de atuar e modificar seu meio social mais do que ser determinado por ele, acontece em um espaço que não necessariamente é o espaço geográfico. Não é possível entender o território ignorando as relações políticas e econômicas que se estabelecem no modelo capitalista de produção¹³. Tal entendimento é importante para pensar a escola como espaço estratégico para formar cidadãos conscientes e responsáveis por suas escolhas e comportamentos, sendo dispositivo primordial para as ações de promoção da saúde.

Juventude e participação na escola: do que estamos falando?

A definição de adolescência e juventude é um tanto complexa quando se compreende que não há uma unicidade. A questão central que se coloca à sociologia da juventude é a de

[...] explorar não apenas as possíveis ou relativas similaridades entre jovens ou grupos sociais de jovens (em termos de situações, expectativas, aspirações, consumos culturais, por exemplo), mas também – e principalmente – as diferenças sociais que entre eles existem¹⁴⁽⁵⁷⁾.

Como a velocidade das mudanças que ocorrem nas esferas da produção e reprodução da vida social é característica da sociedade contemporânea, os jovens são atores-chave desses processos e interagem com eles, algumas vezes, como protagonistas e beneficiários das mudanças e, por outras vezes, sofrem os prejuízos de processos de ‘modernização’, produtores de novas contradições e desigualdades sociais¹⁵.

No contexto das desigualdades sociais da sociedade brasileira, compreender como e por que os jovens brasileiros participam da construção e da decisão societárias põe em questão a forma como cada um reconhece-se como integrante desse conjunto tão desigual e como se vê implicado nos seus destinos¹⁶.

O sentimento de pertencimento à coletividade depende do reconhecimento e da ação que move cada indivíduo na construção dos laços sociais. Pertencimento e responsabilização imbricam-se e constituem aspectos subjetivos primordiais no processo de assumir-se como membro de uma sociedade, seja ela qual for¹⁷.

Assim, a participação e o empoderamento estão diretamente ligados ao exercício da cidadania e dos direitos humanos, bem como ao reconhecimento de si na dimensão social. Reconhecimento este que impulsiona o indivíduo a atuar nos espaços sociais.

Em uma perspectiva subjetiva, a participação denota a maneira como cada indivíduo busca vincular-se à coletividade e lançar-se em espaços de discurso e de ação no intuito de afirmarem-se como seus membros¹⁷. Na perspectiva dos capitais cultural, social e simbólico, as identidades histórica e cultural orientam a construção do vínculo social. A forma como um jovem se posiciona no macrocosmo social se relaciona com sua história e com o capital cultural, que está na estruturação da experiência subjetiva, em interação com as normas e recursos possíveis vigentes.

Os espaços e os estímulos ao exercício e à aprendizagem da participação, bem como a relação que os jovens têm com o tempo, são variáveis que interferem no seu envolvimento efetivo nas instâncias sociais e políticas. Apesar das condições adversas, a escola pública ainda pode ser considerada como um espaço de realização de atividades coletivas para a juventude pobre, possibilitando algum nível de participação juvenil a partir da condição social¹⁸.

Nesse sentido, vale considerar a expressão ‘protagonismo juvenil’, cujo enfoque é a participação ativa dos jovens, e que assume a ideia de centralidade em programas de promoção da saúde de adolescentes e jovens¹⁹. O protagonismo juvenil, vinculado à noção de ‘empoderamento’ dos jovens, foi ganhando importância no discurso dos organismos multilaterais e de cooperação internacional, tendo sido desenvolvido por educadores que trabalham com jovens que vivem em espaços populares na América Latina²⁰.

A palavra protagonismo vem do grego *proto*, que significa ‘o primeiro’, e *agon*, que significa luta; sendo assim, protagonista é o lutador, o personagem principal. Nas novelas ou peças teatrais, protagonista é o personagem mais importante e a partir do qual parte o enredo da história. Para o dicionário Aurélio, protagonista é aquele que desempenha ou ocupa o primeiro lugar em um acontecimento²¹. No entanto, o termo ‘protagonismo’ pode ser genérico tendo em vista sociedades também genéricas e abstratas, uma vez que essa abordagem

[...] pode levar a simplificações e idealizações tanto das ações quanto dos sujeitos que as desenvolvem. [...] o risco de que suas práticas assumam caráter mais adaptativo do que problematizador, despolitizando o olhar sobre as determinações da pobreza e sua manutenção¹⁸⁽⁴¹⁷⁾.

Por se tratar de expressão incorporada por organismos internacionais no início dos anos 2000, e, no Brasil, um pouco antes desse período, por instituições do terceiro setor como a Fundação Odebrecht, e ainda por não ser unanimidade entre autores e organizações²², adotaremos o termo ‘participação juvenil’ para abordar o processo no qual o adolescente e o jovem participam socialmente das políticas públicas.

A abrangência e a complexidade dos desafios a serem enfrentados vêm mostrando um novo caminho: o da articulação de políticas para valorizar as contribuições setoriais possíveis e necessárias, assim como a participação da sociedade civil, de forma que esse amálgama de capacidades, recursos e responsabilidades possa produzir transformações mais efetivas nas condições geradoras de vulnerabilidade das populações jovens²³. No âmbito das políticas públicas, o fortalecimento da participação juvenil na gestão dos projetos e programas pode garantir alguma sustentabilidade estes, que muitas vezes se enfraquecem, ou até mesmo desaparecem, nas transições de governos¹⁶.

Material e métodos

Foi realizado estudo qualitativo e exploratório, cujo fenômeno analisado foi o papel do gestor federal na promoção da participação juvenil nas políticas de promoção da saúde pesquisadas. A metodologia utilizada foi a análise documental e bibliográfica, bem como a revisão de literatura. As pesquisas bibliográfica e documental deram-se a partir da literatura cinza e nas bases de dados das páginas governamentais oficiais: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino-Americana

e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e Scholar Google.

Ao se analisar ‘como’ a política entrou na agenda, sendo formulada, decidida, implementada e avaliada, é possível se concentrar em um ou mais estágios do ciclo da política, tendo em mente que políticas são resultantes dinâmicas, com etapas nem sempre distintas claramente e permeadas de conflitos, o que torna importante estabelecer as relações de poder, identificar os conceitos e os tipos de política e estabelecer a sua racionalidade²⁴.

Para este trabalho, foi utilizada a pesquisa descritiva e analítica, que tem como objetivo principal o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições. Seu planejamento é, portanto, bastante flexível, de modo que possibilite a consideração dos mais variados aspectos relativos ao fato estudado.

O projeto e o programa escolhidos para este estudo levaram em consideração as políticas de promoção da saúde no período que sucede a redemocratização do País, bem como sua importância na dinâmica de transformação da cultura organizacional do Estado.

Esse projeto foi apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) sob o Parecer nº 3.454.552 e CAAE nº 16566719.3.0000.802, tendo sido aprovado em 15 de julho de 2019.

Resultados e discussão

A análise documental e bibliográfica foi organizada no *quadro 1* abaixo, no qual podemos analisar o contexto de desenvolvimento do SPE e do PSE, bem como conhecer as bases conceituais dessas políticas e comparar o teor dos documentos referentes a essas iniciativas segundo as seguintes dimensões: o grau de formalização e institucionalização, a análise dos principais marcos legais e normativos; a intersetorialidade; a disponibilidade de recursos financeiros, como indicador do grau de relevância da política; e a disseminação e abrangência, verificando o público passível de se beneficiar dos programas em questão.

Quadro 1. Cenário comparativo das iniciativas SPE e PSE

Dimensões/ Iniciativa	SPE	PSE
Principais marcos legais	Não há marcos legais	<ul style="list-style-type: none"> - Decreto nº 6.286/2007 - Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. - Portarias de repasse financeiro MS/GM: nº 2.931/2008; nº 790/2010; nº 3.014/2011; nº 524/2012; nº 2.608/2013; nº 3.210/2013; nº 1.067/2015; nº 1.337/2015; nº 2.744/2016; nº 2.706/2017; nº 3.662/2018, nº 2.264/2019 - Portaria Interministerial nº 1.413/2013 - 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. - Portaria Interministerial nº 1.055/2017 - Redefine as regras e os critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola - PSE por estados, Distrito Federal e municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações.
Atores Envolvidos	MEC (Decoceb/SEB), MS (DHIV/Aids/SVS), Unicef, UNFPA e Unesco	MEC (SEB/Secadi) e MS (CGAN/DAB/SAS e atualmente Depros/Saps)
Recursos financeiros específicos	Não	Sim. Repasse Fundo a Fundo pelo Piso da Atenção Básica (PAB) Variável para custeio das ações
Quem participa?	Todos os municípios brasileiros que definissem um Grupo Gestor Municipal (GGM) e elaborassem um plano de ação municipal	Desde 2013, todos os municípios brasileiros estão aptos a participar mediante Termo de Compromisso Municipal, de adesão bial em período determinado pelo Ministério da Saúde.

Fonte: elaboração própria.

Grau de formalização e institucionalização, intersetorialidade e atores envolvidos

Começando com o aspecto formalização e institucionalização, observa-se que a criação do SPE não foi estabelecida por nenhum marco legal. A sua gestão, a partir da sua idealização em 2003, esteve dividida no âmbito federal entre a saúde e a educação. No Ministério da Saúde, quem acompanhava a agenda eram os técnicos do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS); já no Ministério da Educação, o projeto ficava na Diretoria de Concepções e Orientações Curriculares para Educação

Básica (Decoceb) da Secretaria de Educação Básica (SEB). O projeto era tocado em parceria com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) e a Organização das Nações Unidas para a Educação, à Ciência e a Cultura (Unesco).

Diferentemente do SPE, o PSE foi instituído por decreto presidencial em 2007, iniciando uma nova etapa no fomento à promoção da saúde nas escolas, uma vez que sua proposta abarcava as mais diversas ações, inclusive de prevenção de doenças e agravos.

O que se percebe nos marcos legais é que, ao pensar a estrutura de gestão e ações do PSE, propuseram-se os mesmos mecanismos de gestão do SPE, com articulação intersetorial por meio dos Grupos de Trabalho

Intersetoriais, porém não se incluiu o forte eixo da participação juvenil previsto no SPE.

Assim, estruturalmente, o PSE incorpora as diretrizes de gestão do SPE com fortalecimento das relações intersetoriais e com um escopo de ações muito maior do que o projeto atuava. A presença das agências da ONU no PSE não é referenciada nos marcos legais.

No Ministério da Saúde, o PSE nasce na então Secretaria de Atenção à Saúde, em que, inicialmente, fica vinculado ao Gabinete do Departamento de Atenção Básica (DAB) e, posteriormente, a partir de 2011, dentro da Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN), na qual ficou até 2019 por questões políticas, uma vez que a agenda de promoção da alimentação saudável era uma das maiores agendas positivas do Ministério da Saúde até então, sendo também articulada com o Ministério da Educação e o Fundo Nacional do Desenvolvimento da Educação (FNDE), em que a gestão identificou uma potência na convergência das ações. Potência essa que se consolidou de tal modo no período que o foco de algumas ações e campanhas do PSE foi voltado para o tema: a mobilização ‘Semana Saúde na Escola’ (2012, 2013 e 2014) – campanha que acontece anualmente com um tema definido pelos Ministros e que, até 2015, repassava recursos específicos aos municípios que a realizassem; a ação de fortificação com micronutrientes (NutriSUS); e a elaboração de materiais didáticos e de comunicação.

A partir de 2019, com a reestruturação do Ministério da Saúde e a criação de um Departamento de Promoção da Saúde (Depros) na Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps), o PSE passou pela Coordenação-Geral de Promoção da Atividade Física e Ações Intersetoriais (CGPROFI), estando atualmente no Gabinete do Depros. A lotação do programa nesse espaço de gestão tende a fortalecer sua implementação, uma vez que o PSE é uma estratégia de promoção da saúde e esta estratégia está ligada à participação social.

Recursos financeiros, disseminação e abrangência do SPE e do PSE

O SPE foi pensado de forma intersetorial e extragovernamental, quando os Ministérios da Saúde e da Educação, em parceria com a Unesco, o Unicef e o UNFPA, definiram uma proposta na perspectiva de transformar os contextos de vulnerabilidade que expõem adolescentes e jovens à infecção pelo HIV e à Aids, a outras doenças de transmissão sexual e à gravidez não planejada²⁵.

Para fazer parte do SPE, o município deveria constituir um Grupo Gestor Municipal (GGM), com representantes da saúde, da educação e de outras secretarias e instituições que desenvolvem atividades com a população adolescente e jovem, bem como as organizações juvenis²⁵.

O SPE não repassava recursos específicos para o seu desenvolvimento. Os municípios eram orientados a apresentar o Plano de Ação às Comissões e Câmaras locais a fim de garantir alguma verba do Plano de Ações e Metas (PAM) da Aids, por isso os Planos de Ação não eram submetidos à aprovação da gestão federal²⁵.

Quando, ao final de 2007, o PSE foi instituído pelo Decreto Interministerial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, as agências das Nações Unidas perdem o seu protagonismo uma vez que os documentos oficiais não apontam para essa participação.

Entre 2007 e 2012, para aderir ao PSE, os municípios deviam enviar ao Ministério da Saúde uma Manifestação de Interesse de Adesão ao PSE, (articulada pelos secretários municipais de educação e de saúde), por meio de ofício e por meio eletrônico, em um formulário disponibilizado on-line. A elaboração do projeto do PSE era de responsabilidade do Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTIM), e, para a aprovação, era necessário apresentá-lo ao Conselho Municipal de Saúde e ao Conselho Municipal de Educação, quando houvesse²⁶. Nesse período, só podiam participar do programa os municípios com critérios elegíveis. Esses critérios estavam relacionados com cobertura de Equipes de

Saúde da Família, Índice de Desenvolvimento da Educação e participação no Programa Mais Educação. Critérios esses que foram alterados entre 2007 e 2012 para ampliar a participação de municípios.

A partir de 2013, estabeleceu-se um elenco de ações essenciais, de pactuação obrigatória pelos municípios, com base nos principais planos e projetos de governo vigentes²⁷. As ações essenciais contavam para o alcance de metas e recebimento de incentivo financeiro. Já as ações optativas deviam ser pactuadas pelos municípios e tinham relevância na alteração do estado de vulnerabilidade local, porém não eram contabilizadas para o recebimento do incentivo financeiro²⁷. O ano de 2013 foi de universalização do PSE, ou seja, todos os municípios passaram a ser elegíveis a participar do programa e a receber recursos para esse fim.

Em 2017, o PSE foi reestruturado pela Portaria Interministerial nº 1.055, de 25 de abril de 2017²⁸, para incrementar a adesão dos municípios e do Distrito Federal, com a

otimização das ações e o aumento do valor do incentivo financeiro a ser repassado em cada ano do ciclo bienal.

A presença da participação juvenil no PSE em comparação com o SPE: análise dos marcos legais e iniciativas

De modo a abordar a comparação entre a presença da participação enquanto elemento orientador do PSE e do SPE, foram analisados os documentos identificados pela pesquisa documental nas páginas dos Ministérios da Saúde e da Educação e das agências da ONU parceiras, bem como nas pastas internas do PSE no Ministério da Saúde.

Foram encontrados os materiais do *quadro 2*, apresentado abaixo. No que se refere à natureza dos documentos, as categorias foram definidas a partir do teor do conteúdo e para quem eram direcionados, com olhar para abordagem da participação juvenil, levando-se em conta os elementos que possuíam algo em comum.

Quadro 2. Presença do tema participação nos documentos levantados, segundo a iniciativa, SPE e PSE, conforme público e teor

Documentos	Público	Teor	Aborda participação juvenil? S/N
Iniciativa SPE			
Diretrizes para implantação do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 24 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) 2006	Gestores Estaduais e Municipais da Saúde e da Educação	Documento que norteia a implantação do SPE, discutindo as temáticas abordadas, finalidade do SPE e orienta os gestores estaduais e municipais a efetivar o projeto.	SIM
Saúde e prevenção nas escolas: guia para a formação de profissionais de saúde e de educação / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 160 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) 2006	Profissionais de Saúde de Educação	Documento com proposta de um curso com 7 unidades sobre as temáticas do SPE e planejamento integrado para ser realizado presencialmente, em formato de oficinas.	SIM
Guia Adolescentes e Jovens para a Educação entre Pares, fascículos divididos em 8 temas (2010)	Jovens	Documento contendo 8 fascículos com oficinas e textos sobre as temáticas do SPE, gêneros, metodologias e participação juvenil. Cada fascículo traz oficinas e um capítulo com indicação de filmes e músicas, além de perguntas e respostas sobre cada tema.	SIM

Quadro 2. (cont.)

Documentos	Público	Teor	Aborda participação juvenil? S/N
Conjunto de Materiais: História em Quadrinhos – Saúde e Prevenção nas Escolas (HQ SPE): compreende 6 volumes de histórias em quadrinhos; HQ SPE: um guia para utilização em sala de aula; e CD com o jogo Desafio HQ SPE (2010)	Jovens e profissionais de saúde e educação	As seis revistas que compõem o HQ SPE são histórias em quadrinhos nas temáticas do Projeto e voltada para os adolescentes e jovens. O Guia traz orientações sobre o desenvolvimento de ações de acordo com as temáticas abordadas em cada uma das seis histórias, e o CD traz um jogo que tem o objetivo de fixar os conteúdos abordados.	SIM
Iniciativa PSE			
Cadernos Temáticos: Promoção da Saúde Bucal, Saúde Ocular; Verificação da Situação Vacinal; Saúde e Educação Ambiental; Promoção da Alimentação Saudável e Promoção da Obesidade Infantil; Práticas Corporais, Atividade Física e Lazer; e Direitos Humanos (2015)	Profissionais da Saúde e da Educação	Cada caderno contém orientações sobre como realizar, de forma intersetorial, cada uma das ações do PSE, contextualizando os temas e propõe algumas oficinas.	NÃO
Manual de Adesão ao PSE para os ciclos 2017/2018 e 2019/2020	Gestores Estaduais e Municipais da Saúde e da Educação	Manual com orientações para gestão sobre a adesão ao PSE, com telas contendo passo a passo para realizá-la.	NÃO
Guia de Sugestões de Atividades – Semana Saúde na Escola 2012, 2013 e 2014	Gestores Estaduais e Municipais da Saúde e da Educação/ Profissionais de Saúde e de Educação	Material orientador com sugestões de atividades nos temas da Semana Saúde na Escola dos anos de 2012 a 2015 para serem desenvolvidas não apenas durante a Semana Saúde na Escola, mas ao longo do ano letivo. Os temas foram: 2012 – Alimentação Saudável; 2013 – Alimentação Saudável e Saúde Ocular; 2014 – Práticas corporais, atividade física e lazer numa perspectiva de cultura de paz e direitos humanos.	SIM
Caderno de anotações relatos de experiências da Semana Saúde na Escola 2016 – Versão Preliminar e Caderno de anotações relatos de experiências da Semana Saúde na Escola 2017 – Versão Preliminar	Gestores Estaduais e Municipais da Saúde e da Educação/ Profissionais de Saúde e de Educação	Material informativo com relato de experiências sobre a temática que tem como objetivo compartilhar boas práticas Temas da Semana Saúde na Escola 2016 e 2017: Combate ao <i>Aedes aegypti</i> .	SIM
Orientações Gerais Sobre as Ações de: Promoção da Alimentação Saudável e Promoção da Obesidade Infantil; Práticas Corporais, Atividade Física e Lazer; Saúde Bucal; Doenças em Eliminação; Combate ao Mosquito Aedes; Situação Vacinal; Saúde Ocular; e Saúde Auditiva (todos de 2018)	Gestores Estaduais e Municipais da Saúde e da Educação/ Profissionais de Saúde e de Educação	Documentos que trazem, em linhas gerais, o que a gestão federal entende ser cada uma das ações do PSE. Não tem oficinas ou propostas metodológicas.	NÃO
Formação para Técnicos do SUS – PSE e Academia da Saúde (2018)	Gestores Estaduais e Municipais da Saúde e da Educação	Documento com proposta de curso de formação presencial ou virtual para os programas Saúde na Escola e Academia da Saúde. Temas: gestão, planejamento e monitoramento.	NÃO
Caderno do Gestor PSE (2015)	Gestores Estaduais e Municipais da Saúde e da Educação	Normativo para gestão.	SIM

Quadro 2. (cont.)

Documentos	Público	Teor	Aborda participação juvenil? S/N
Nota Técnica conjunta nº 564/2014 sobre o Plano Juventude Viva	Gestores Estaduais e Municipais da Saúde e da Educação	Orientações para a Ação 'Promoção da Cultura de Paz e Direitos Humanos' do PSE no Plano Juventude Viva e Informativo de parceria entre os Ministérios da Saúde, da Educação, Secretaria Nacional de Juventude (SNJ) e Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (Seppir) no Plano Juventude Viva.	SIM
Documento com ementa do Caderno Temático sobre Participação Social, de junho de 2012	Gestores Federais	Orientações para os técnicos dos Ministérios da Saúde e da Educação para a escrita de caderno temático sobre participação social pensado para compor o conjunto de cadernos temáticos das ações do PSE como tema transversal.	SIM
Divulgação dos resultados do monitoramento das ações do Programa Saúde na Escola do primeiro ano do ciclo 2019/2020;	Gestores Estaduais e Municipais da Saúde e da Educação/ Profissionais de Saúde e de Educação	Nota Técnica com os dados das ações realizadas no ano de 2019 bem como análise das ações prioritárias e dos temas mais trabalhados.	NÃO
Documento Orientador do Ciclo 2019/20 do PSE	Gestores Estaduais e Municipais da Saúde e da Educação/ Profissionais de Saúde e de Educação	Documento com orientações sobre as ações, prioridades e registro no sistema de monitoramento do PSE	NÃO
Indicadores e padrões de avaliação – PSE 2017/2018	Gestores Estaduais e Municipais da Saúde e da Educação/ Profissionais de Saúde e de Educação	Documento elaborado conforme Artigo 13 da Portaria nº 1.055 (O monitoramento e a avaliação do PSE serão realizados por comissão interministerial constituída em ato conjunto dos Ministros de Estado da Saúde e da Educação) para comunicar os indicadores e monitoramento para o período	NÃO
Nota Técnica – Relatório de Processamento/Validação – fichas válidas	Gestores Estaduais e Municipais da Saúde e da Educação/ Profissionais de Saúde e de Educação	Documento com orientações sobre o processo de validação dos dados informados pelos profissionais de saúde no Sisab.	NÃO

Fonte: elaboração própria.

O levantamento encontrou apenas um documento do SPE nas páginas governamentais oficiais (Ministério da Saúde e Ministério da Educação). Os demais estão disponíveis apenas nas páginas de parceiros das Nações Unidas (Unesco e UNFPA) e de outras instituições afins. Já os materiais do PSE foram todos encontrados na página específica para o programa, que está hospedada no sítio do Ministério da Saúde – <https://aps.saude.gov.br/ape/pse> e nas pastas internas do programa, aos quais a pesquisadora teve acesso.

No que se refere à natureza dos documentos, as categorias foram definidas a partir do teor do conteúdo e para quem eram direcionados, com olhar para abordagem da participação juvenil, levando-se em conta os elementos que possuíam algo em comum.

Dos quatro materiais encontrados referentes ao SPE, um é voltado para gestão, um dirigido apenas para os profissionais de saúde e de educação e dois direcionados para apoiar adolescentes e jovens no desenvolvimento de ações de formação para

fortalecimento da participação juvenil nas temáticas do projeto:

1) As Diretrizes para Implementação²⁵ do Projeto e o Guia de Formação de Profissionais de Saúde e Educação, mesmo não tendo foco na participação juvenil, apresentam a questão não em linhas gerais, mas como uma oferta necessária à gestão e efetivação do projeto, sendo incluída nas responsabilidades dos GGM e do Grupo Gestor Estadual, bem como aparece como uma das finalidades do projeto, sendo contextualizada na apresentação e, também, na introdução das Diretrizes de Implementação.

2) O Guia ‘Saúde e prevenção nas escolas: guia para a formação de profissionais de saúde e de educação’²⁹ é um curso constituído por 7 módulos compostos pelos temas de gênero, sexualidade, prevenção das (Doenças Sexualmente Transmissíveis) DST e Aids e planejamento integrado. Todas as oficinas são voltadas exclusivamente para os profissionais de saúde e educação. A orientação de envolvimento dos jovens nas atividades aparece, de forma geral, na apresentação e na introdução, bem como nos comentários de sugestões de encaminhamento das oficinas, porém o texto não desenvolve em quais momentos e como essa participação pode acontecer. É um material adaptado a partir de proposta de formação de profissionais de saúde e de educação de autoria da enfermeira Dra. Marina Marcos Valadão, professora e pesquisadora que atua no campo da saúde e educação popular em saúde, e que colaborou com consultoria para sua elaboração.

3) A série de fascículos do SPE, intitulado ‘Adolescentes e Jovens para a Educação entre Pares’³⁰, é um material dividido em oito cadernos que têm como base fomentar a participação juvenil ofertando metodologias nas temáticas álcool e outras drogas, gêneros, prevenção das DST, HIV e Aids,

raça e etnias e sexualidades e saúde reprodutiva, com cadernos específicos sobre ‘Adolescência, Juventudes e Participação’ e ‘Metodologia de Educação entre Pares’. O foco desses materiais são o adolescente e o jovem e seu protagonismo nas ações que são abordadas pelo SPE.

4) O Conjunto de Materiais ‘História em Quadrinhos – Saúde e Prevenção nas Escolas (HQ SPE)’, o HQ ‘SPE: um guia para utilização em sala de aula’, e CD com o jogo ‘Desafio HQ SPE’ pode ser dividido da seguinte forma: o HQ³¹ é voltado para os adolescentes e jovens, com linguagem acessível e que dialoga com a forma com que o adolescente e jovem se comunica com seus pares; e o Guia para utilização em sala de aula³²⁽¹²⁾, que se propõe a ofertar

[...] instrumentos de apoio a educadores que já desenvolvem, ou querem desenvolver, ações nas áreas da promoção da saúde e da prevenção ao HIV e outras DSTs [...] Sua metodologia, de linha construtivista, prioriza a sala de aula e todos outros espaços em que seja possível, também, educadores, funcionários (as) da escola, as famílias dos (as) alunos (as) e a comunidade do entorno.

Sobre a abordagem da participação juvenil, foram encontrados os seguintes documentos com alguma abordagem no tema:

1) Guia Semana Saúde na Escola. Campanha realizada anualmente desde 2012 com o objetivo de ampliar o reconhecimento das ações planejadas e executadas no âmbito do programa, além do fortalecimento da integração e articulação entre os setores da saúde e da educação no nível local. Cada ano, um tema é escolhido pelos Ministérios da Saúde e da Educação. Os materiais elaborados para as mobilizações de 2012 e 2013^{33,34} possuem um capítulo sobre a participação e protagonismo juvenil e sua importância, com quatro propostas de oficinas para serem realizadas pelos

profissionais da saúde e da educação, mas não falam sobre o envolvimento do adolescente e do jovem nas atividades. Também possuem um capítulo sobre sexualidade e prevenção ao uso de álcool e outras drogas. Os capítulos apresentam o tema e o contextualizam com as ações nas escolas, e ambos estão na parte de atividades optativas. O material de 2014 traz o mesmo capítulo apenas sobre participação juvenil, sem incluir os temas de sexualidade e prevenção ao uso de álcool e drogas. Cabe destacar que algumas oficinas apresentadas nesses aparatos citaram os materiais do SPE como material de apoio.

2) Caderno de anotações: relatos de experiências da Semana Saúde na Escola 2016 e 2017^{28,35} Versão Preliminar. Neste material elaborado para apoiar a realização da Semana Saúde na Escola dos anos de 2016 e 2017, a participação juvenil aparece como tópico no item 'A participação Estudantil na Experiência das Escolas'. O protagonismo juvenil foi também um dos aspectos considerados na seleção de experiências exitosas de combate ao mosquito *Aedes aegypti*, tema da Semana Saúde na Escola de ambos os anos. De acordo com os relatos de experiência, essa estratégia foi nomeada de diferentes maneiras: 'agente mirim', 'jovens educadores ambientais', 'agentes escolares de saúde ambiental' etc.³⁵.

3) Caderno do Gestor, uma publicação de 2015²⁷ que visa comunicar ao gestor as diretrizes do programa. O tema 'participação juvenil' aparece na página 28, no capítulo sobre o Componente III, de Formação: 'b) Formação de jovens protagonistas para o PSE/SPE – Por meio da metodologia de educação de pares, busca-se a valorização do jovem como protagonista na defesa dos direitos à saúde', e não há nenhuma discussão, ao longo de todo o documento, sobre a forma como isso deve acontecer *in loco*.

4) Nota Técnica conjunta nº 564, de 29 de abril de 2014, direcionada à Secretaria

Nacional de Juventude (SNJ), à Secretaria de Política de Promoção da Igualdade Racial (Seppir) e à Secretaria de Políticas de Ações Afirmativas (SPAA) sobre o Plano Juventude Viva. Essa nota interna sugere a incorporação, entre outras temáticas, da discussão do protagonismo/empoderamento juvenil negro no planejamento das ações do PSE, porém, ao mencionar como aconteceria, apenas sugere que as temáticas poderiam ser trabalhadas de várias maneiras, tais como rodas de conversas, contação de histórias, dramatizações, estudo de textos, debate a partir de filmes, documentários, entre outros.

5) Ementa do Caderno Temático sobre Participação Social, documento datado de 22 de junho de 2012, cuja proposta de primeiro tópico versava sobre Protagonismo Juvenil e Saúde na Escola, e os tópicos a seguir tratavam sobre Participação Social, Espaços e formas de participação e controle social por jovens cidadãs e cidadãos no SUS, Determinação social e iniquidades em saúde e Educação Popular em Saúde: outros jeitos de dialogar e promover a participação social e cidadania. Esse material interno não chegou a ter nenhum avanço na sua escrita; e pelo resgate da proposta de elaboração de materiais temáticos no âmbito do PSE, sendo elaborado um caderno para cada uma das ações do programa, a temática da participação social não entraria como um tema de material específico, e sim seria transversal aos demais materiais.

Essa série de cadernos temáticos foi elaborada para algumas ações do PSE, porém, na busca pela questão da participação social ou mesmo da participação juvenil, o material se remete ao do SPE.

O que se observa é que a temática da participação social – e especificamente da participação juvenil – aparece em linhas gerais e como menção nos materiais do PSE. Já nos materiais do SPE, essa questão é amplamente discutida e fomentada inclusive com oferta de metodologias.

Essa referência ao SPE que é utilizada nos documentos do PSE demonstra o forte componente da participação juvenil no antigo projeto e não deixa de ser uma forma de validar essa discussão no âmbito do programa vigente.

Considerações finais

A participação pode ser caracterizada e compreendida de inúmeras maneiras. Participar pode ser uma ação mais ou menos ativa. Segundo Bordenave³⁶, é possível classificar a qualidade da participação segundo o nível de importância das decisões que são partilhadas entre os diferentes atores, que estão tanto na gestão quanto na população que se beneficia ou se prejudica com as decisões.

Assim, são estabelecidos cinco níveis de importância das decisões, que, na análise realizada, foram entendidos como do âmbito da gestão. A formulação da doutrina ou da política é o nível mais fundamental, a definição de objetivos e estratégias entra no segundo nível e a elaboração de programas e projetos é o nível intermediário. Posteriormente, entram a alocação de recursos (Nível 4), a execução das ações (Nível 5) e, no último nível, a avaliação dos resultados³⁶.

Podemos considerar que, no âmbito da gestão, o SPE cumpriu todas os níveis de decisão previstos por Bordenave se considerarmos que a pesquisa realizada pela Unesco, parceira do projeto, foi uma etapa avaliativa e que orientou positivamente as práticas do SPE. Isso também se complementaria pelo estudo realizado pela Fiocruz³⁷ sobre a metodologia da educação entre pares com amostra nas cinco regiões do País. Essa pesquisa da Fiocruz foi realizada no âmbito do PSE, refletindo também os resultados da ação do SPE, uma vez que o material no qual os adolescentes e jovens foram formados para validação foi o Guia de Adolescentes para Educação entre Pares.

A participação social na agenda da saúde pode ser percebida, ao longo do tempo, como uma ideia polissêmica e flexível. Pode significar

a adesão das pessoas a orientações e prescrições de especialistas, na condução de escolhas e modos de viver, a forma de cuidar de si e do outro, a obediência ao 'chamado' para ações coletivas em prol de um bem maior, como nos mutirões para limpar áreas ambientalmente degradadas, controlando criadouros de vetores; ou ainda, na adesão às campanhas de vacinação, cultivando essa consciência social ou coletiva, que Durkheim apontava, no início do século passado, como a liga do tecido social³⁸. No entanto, falamos aqui da participação na perspectiva promocional, que envolve a construção de um sujeito crítico reflexivo, participe da elaboração de soluções para problemas que ele mesmo pode elencar como importantes para si e sua comunidade. Na perspectiva da promoção da saúde, cabe ir além da participação obediente e instrumental, de modo a construir relações mais horizontalizadas, diversas e dialógicas, em que a participação é criativa, pois partilha a cocriação de novas perspectivas de cuidado e de futuro compartilhado no espaço social, entre jovens, profissionais da saúde e da educação.

Os limites e os delineamentos da participação juvenil na atual política de promoção da saúde na escola, trazidos pela análise aqui apresentada, sugerem que a participação deve ser compreendida como pressuposto a ser incluído no planejamento conjunto entre saúde e educação, uma vez que, perpassando o entendimento de promoção da saúde como processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e de saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo³⁹, deve convergir na perspectiva de reconhecimento desses jovens escolares como atores que reconhecem as suas necessidades e podem modificar seu meio.

Para tanto, não se trata apenas de cultivar a reflexividade crítica nos jovens, mas de investir na construção de relações de poder mais horizontalizadas e de qualificar o diálogo entre todos os membros da comunidade escolar (professores, gestores, trabalhadores,

estudantes e familiares), e entre estes e seus diversos parceiros, de modo a reconhecer, efetivamente, o território como ator central na implementação das políticas sociais no País.

A possibilidade de a escola, ao abordar os temas de saúde importantes para a comunidade escolar, tornar-se uma grande caixa de ressonância dos conhecimentos técnicos e científicos, em parceria com as instituições de ciência e tecnologia e com aquelas do ensino superior, é factível. A saúde, como tema gerador para problematizar o território, tem grande potencial para ressignificar o

ensino de ciências físicas, biológicas, sociais e humanas, atravessando os limites disciplinares e contribuindo para a qualidade da educação e sua múltipla atuação sobre as condições de vida e saúde.

Colaboradoras

Bueno DR (0000-0001-9069-4832)* e Köptcke LS (0000-0001-7079-6575)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. Monteiro PHN, Bizzo N. A saúde na escola: análise dos documentos de referência nos quarenta anos de obrigatoriedade dos programas de saúde, 1971-2011. *Revista História, Ciências, Saúde*. 2015 [acesso em 2022 jan 2]; 22(2):411-427. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/pd6KN8hjtZQ5fcs5Yxkr47L/?format=pdf&lang=pt>.
2. Mohr A, Schall V. Rumos da educação em saúde no Brasil e sua relação com a Educação Ambiental. *Cad. Saúde Pública*. 1992; 8(2):199-203.
3. Marcondes RS. Educação em Saúde na Escola. *Rev. Saúde públ.* 1972; 6:89-96.
4. Ferretti CJ, Zibas DML, Tartuce GLBP. Protagonismo juvenil na literatura especializada e na reforma do ensino médio. *Cad. Pesquisa*. 2004; 34(122):411-423.
5. Albuquerque PC, Stotz EN. Popular education in primary care: in search of comprehensive health care. *Interface, Comunic., Saúde, Educ*. 2044; 8(15):259-274.
6. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola. Brasília, DF: MS; 2009. Série B. Textos Básicos de Saúde, Cadernos de Atenção Básica; n. 24.
7. Czeresnia D. Conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012.
8. Cruz DKA. Da promoção à prevenção: o processo de formulação da Política Nacional de Promoção da Saúde no período de 2003 a 2006. [dissertação]. Recife: Fundação Oswaldo Cruz, 2010. 116 p. [acesso em 2022 mar 12]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/35679/1/347.pdf>.
9. Schall V. Educação em saúde no contexto escolar brasileiro: influências sócio-históricas e tendências atuais. In: Monteiro S, Pimenta D, organizadores. *Ciência, Saúde e Educação: o legado de Virgínia Schall*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018.
10. Bourdieu P. What makes a social class? On the theoretical and practical existence of groups. *Berkeley Journal Of Sociology*. 1987; 32:1-49.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

11. Aguiar N, organizador. Desigualdades sociais, redes de sociabilidade e participação política. Belo Horizonte: UFMG; 2007.
12. Catani AM. As possibilidades analíticas da noção de campo social. *Educ. Soc.* 2011 [acesso em 2022 mar 14]; 32(114):189-202. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/es/a/LqyGHhYg69RCRnfJy5pXdsB/?lang=pt>.
13. Santos M. O retorno do Território. In: Santos M. Território: Globalização e Fragmentação. 4. ed. São Paulo: Hucitec: Anpur; 1998. p. 15-20.
14. Dayrell J, Lino N, Leão G. Escola e participação juvenil: é possível esse diálogo? *Educar em Revista.* 2010; 38:237-252.
15. Baquero M. Construindo uma outra Sociedade: o capital social na estruturação de uma cultura política participativa no Brasil. *Rev. Sociol. Polít.* 2003; 21:83-108.
16. Castro LR. Participação Política e Juventude: do mal-estar à responsabilização frente ao destino comum. *Rev. Sociol. Polít.* 2008; 16(30):253-268.
17. Bourdieu P. Razões Práticas: Sobre a Teoria da Ação. 11. ed. Campinas: Papirus; 2011.
18. Weller W. Orientações coletivas e a construção da identidade negra em grupos juvenis na periferia de São Paulo. In: Anais do VI Encontro Nacional de História Oral; 2002 abr 28-30; São Paulo; São Paulo: USP; 2002.
19. Carta de Otawa. In: Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As cartas da promoção da saúde. Brasília, DF: MS; 2002. [acesso em 2022 mar 12]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf.
20. Costa CMA, Tavares MFL, Luiza VL. Escolas Promotoras da Saúde na América Latina: Uma Revisão do Período 1996-2009. *Rev Bras Promoç Saúde.* 2013; 26(1):117-127.
21. Malta DC, Castro AM. Avanços e resultados na implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde. *Bol. técnico SENAC.* 2009; 35(2):63-71.
22. Bressan A. A participação juvenil no Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas: contribuições da análise documental para a identificação de estratégias de promoção da saúde. [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2011. 234 f. [acesso em 2022 abr 5]. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/am/icit/24303/1/aline_bressan_ensp_mest_2011.pdf.
23. Santos LFS, Cardoso TZ, Pereira MCA, et al. A escola como dispositivo social de promoção da saúde. *Rev. FSA.* 2019; 16(2):149-165.
24. Silva CR, Gobbi BC, Simão AA. O uso da Análise de Conteúdo como uma Ferramenta para a Pesquisa Qualitativa: descrição e aplicação do método. *Org. Rurais Agroindustriais.* 2005; 7(1):70-81.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes para implantação do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006.
26. Ferreira IRC, Vosgerau DSR, Moysés SJ, et al. Diplomas Normativos do Programa Saúde na Escola: análise de conteúdo associada à ferramenta ATLAS TI. *Ciênc. Saúde Colet.* 2012; 17(12):3385-3398.
27. Brasil. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. Caderno do Gestor do PSE. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015. [acesso em 2022 fev 20]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_gestor_pse.pdf.
28. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Caderno de Anotações: Relatos de Experiências da Semana Saúde na Escola. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017. Documento interno.
29. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde e prevenção nas escolas: guia para a formação de profissionais de saúde e de Bra-

- sília. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
30. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Adolescentes e Jovens para Educação entre Pares. Saúde e Prevenção nas Escolas, 2010. Fascículos. Brasília, DF: MS; 2010. [acesso em 2022 fev 20]. Disponível em: <https://healtheducationresources.unesco.org/library/documents/adolescentes-e-jovens-para-educacao-entre-pares-saude-e-prevencao-nas-escolas>.
31. Unesco (BR); Unfpa (BR); Unicef (BR); Brasil. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. HQ SPE: Histórias em quadrinhos: Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas. Brasília, DF: MS; 2010.
32. Unesco (BR); Unfpa (BR); Unicef (BR); Brasil. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. HQ SPE: um guia para utilização em sala de aula. Brasília, DF: MS; 2010. [acesso em 2022 fev 23]. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000188264>.
33. Brasil. Ministério da Saúde. Guia de Sugestões de Atividades da Semana Saúde na Escola 2012. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012. [acesso em 2022 fev 23]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/semana_saude_escola_guiia_sugestao_atividades.pdf.
34. Brasil. Ministério da Saúde. Guia de Sugestões de Atividades da Semana Saúde na Escola 2013. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013. [acesso em 2022 fev 23]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_sugestao_atividades_semana_saude_escola.pdf.
35. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Caderno de Anotações: Relatos de Experiências da Semana Saúde na Escola. Contribuições de troca de experiências de ações de identificação e eliminação dos focos do mosquito *Aedes aegypti*, associadas a atividades de educação em saúde ambiental para a promoção de ambientes saudáveis, que estão sendo desenvolvidas pelo Brasil afora. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2016. [acesso em 2022 fev 23]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/caderno_notacoes2016_preliminar.pdf.
36. Bordenave JED. O que é participação?. São Paulo: Brasiliense; 1983.
37. Köptcke LS, Padrão MRAV, Rocha FG, et al. Reflexões sobre o uso de material para educação entre pares no Programa Saúde na Escola. *Com. Ciênc. Saúde*. 2017 [acesso em 2022 mar 3]; 28(2):178-187. Disponível em: <https://revistaccs.escs.edu.br/index.php/comunicacaoemcienciasdasaude/article/view/219>.
38. Durkheim E. Educação e Sociologia. 5. ed. Petrópolis: Vozes; 2014.
39. Nazzari RK. Capital social, cultura e socialização política: a juventude brasileira. In: Baquero M, Cremone D, organizadores. *Capital social: Teoria e Prática*. Unijuí: s.n.; 2006 [acesso em 2019 abr 8]. Disponível em: <http://capitalsocialsul.com.br/capitalsocialsul/arquivos/mt/livro%20capital%20social%202006-.pdf#page=123>.

Recebido em 10/05/2022

Aprovado em 30/08/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

O Programa Saúde na Escola no Distrito Federal antes e durante a pandemia da Covid-19

The School Health Program in the Federal District, Brazil, before and during the COVID-19 pandemic

Magda Duarte dos Anjos Scherer^{1,2}, Ruth da Conceição Costa e Silva Sacco³, Sumara de Oliveira Santana⁴, Mayra Fernandes Xavier³, Helen Altoé Duar Bastos⁴, Nília Maria de Brito Lima Prado⁵, Adriano de Almeida de Lima¹

DOI: 10.1590/0103-11042022E303

RESUMO Esta pesquisa do tipo exploratória descritiva objetivou analisar a execução do Programa Saúde na Escola (PSE) no Distrito Federal, no período anterior e durante a pandemia da Covid-19. Os dados foram produzidos de fevereiro a abril de 2022 mediante pesquisa documental e aplicação de questionário on-line a profissionais das equipes de Atenção Primária à Saúde (APS), no âmbito do Programa de Qualificação da Atenção Primária do Distrito Federal (QualisAPS). Foram acessados os bancos de dados do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, do Sistema de Informação para a Atenção Básica e da Plataforma QualisAPS sobre as ações desenvolvidas de 2018 a 2021, a estruturação do programa e a sua inclusão nos planos de ação das equipes de saúde da família e saúde bucal. Por meio de estatística descritiva e análise de conteúdo, evidenciaram-se ampliação da adesão das escolas ao Programa e predominância de registros referentes à temática saúde bucal e verificação vacinal nos dois períodos, mas com redução quantitativa em decorrência da pandemia. A realidade do Distrito Federal desvela que a inter-relação do PSE com a APS e o apoio do QualisAPS favorecem um processo contínuo de planejamento trazendo perspectivas de fortalecimento das ações.

PALAVRAS-CHAVE Serviços de saúde escolar. Atenção Primária à Saúde. Política de saúde. Covid-19.

ABSTRACT This exploratory descriptive research aims to analyze the implementation of the School Health Program in the Federal District, in the period before and during the COVID-19 pandemic. The data were produced from February to April 2022 through documentary research and application of an online questionnaire with professionals from the Primary Health Care (PHC) teams within the scope of the Primary Care Qualification Program of the Federal District- QualisAPS. The databases of the National Institute of Educational Studies and Research Anísio Teixeira, the Information System for Primary Care and the QualisAPS Platform were accessed on the actions developed from 2018 to 2021, the structuring of the program, and its inclusion in the action plans of family health and oral health teams. Through descriptive statistics and content analysis it was evident an increase in the adherence of schools to the PSE and a predominance of records related to oral health and vaccine verification, in both periods, with quantitative reduction due the pandemic period. The reality of the Federal District reveals that the interrelation of the Program with PHC and the support of QualisAPS enable a continuous planning process, bringing prospects for strengthening the actions.

KEYWORDS School health services. Primary Health Care. Health policy. COVID-19.

¹Universidade de Brasília (UnB) - Brasília (DF), Brasil.
magscherer@hotmail.com

²Centre de Recherche sur le Travail et le Developpement (CRDT), Conservatoire des Arts et Metiers (CNAM) - Paris, França.

³Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Fundação de Apoio à Fiocruz (Fiotec) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

⁴Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) - Brasília (DF), Brasil.

⁵Universidade Federal da Bahia (UFBA), Instituto Multidisciplinar em Saúde - Vitória da Conquista (BA), Brasil.



Introdução

O debate acerca da saúde escolar não é novo. Experiências como as Escolas Promotoras de Saúde (EPS) compõem a agenda de compromissos de agências internacionais desde a década de 1990, objetivando fortalecer intervenções que envolvem atividade multifatorial e inovadora em vários domínios, como currículo, ambiente escolar e comunidade¹.

As EPS fundamentam-se no conceito ampliado da promoção da saúde estabelecido na carta de Otawa e buscam reduzir fatores de risco e criar ambientes que promovam a saúde envolvendo diversos atores na identificação de necessidades locais (*empowerment*), assim como estimular que os escolares assumam papel ativo e crítico nos processos de tomada de decisão sobre assuntos relacionados com a saúde¹.

Diversas iniciativas de priorização da promoção da saúde e da intersetorialidade considerando os determinantes sociais da saúde, aliadas à perspectiva de mudanças organizacionais e sistêmicas, têm sido experimentadas em cenários internacionais^{2,3}.

No Brasil, com base no escopo da promoção da saúde e em articulação com a Estratégia Saúde da Família (ESF), foi instituído, em 2007, o Programa Saúde na Escola (PSE), formalizando parceria entre os Ministérios da Saúde e da Educação. O programa busca contribuir para a atenção integral no contexto da promoção, proteção e atenção à saúde e promover a intersetorialidade, promulgadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS)⁴.

A integralidade e a intersetorialidade são estratégias que oportunizam a melhor efetivação das políticas públicas e enfrentamento da exclusão social. O PSE compartilha dos princípios e diretrizes do SUS e colabora para a formação ampla para a cidadania e o usufruto pleno dos direitos sociais à saúde e à educação⁴.

Em 2017, houve ampliação de esforços para fomentar a participação da comunidade dos territórios adscritos às escolas, envolvendo as equipes de Saúde da Família (eSF) e da educação básica, em uma concepção ampliada da

saúde e seguindo a lógica de ‘escolas promotoras da saúde’⁵.

Contudo, ao se pesquisar a execução do PSE, em experiências locais, observaram-se fragilidades. Dentre elas, destacam-se: incipiência das ações, majoritariamente pontuais e restritas a temas de prevenção de doenças; ações educativas com caráter prescritivo, conduzidas prioritariamente pelo setor saúde; ações pautadas por limitações, particularmente a burocratização dos serviços, o desperdício de tempo de recursos financeiros e humanos, a duplicidade de ações, o que sugere um processo de implementação conduzido pelo não atendimento dos objetivos do programa⁶.

Não obstante, independentemente das fragilidades apontadas, constata-se que o PSE se expandiu por todo o País, sendo a região Norte a que mais executa atividades, seguida das Nordeste, Centro-Oeste, Sul e Sudeste respectivamente, conforme estudo desenvolvido por Machado e colaboradores⁷, sinalizando possibilidades animadoras à sua consolidação.

No ano de 2020, com os impactos da pandemia da Covid-19 no Brasil e a paralisação de aulas presenciais nas escolas, o PSE teve que se adaptar ao contexto pandêmico de isolamento e distanciamento social, e desenvolver suas atividades, prioritariamente, mediadas por tecnologias digitais. Atualmente, além das 12 ações já preconizadas no PSE, foram inseridas as ações sobre ‘Promoção da saúde e prevenção à Covid-19’, que devem ser desenvolvidas conjuntamente pelos setores saúde e educação, com papéis previamente definidos para cada equipe, de forma a complementar os saberes e agregar o aprendizado à comunidade escolar⁸.

Nesse cenário, instigou-se a necessidade de conhecer como se desenvolvem as ações do PSE no Distrito Federal (DF), considerando a incipiência de publicações locais e a importância estratégica do programa para o fortalecimento do protagonismo da Atenção Primária à Saúde (APS), inclusive ante a pandemia. Dessa forma, este estudo tem como objetivo analisar a execução do PSE no DF no período anterior e durante a pandemia da Covid-19.

Material e métodos

Trata-se de pesquisa do tipo exploratória descritiva, realizada no ano de 2022 no DF. A rede de serviços de saúde do DF estrutura-se em 7 Regiões de Saúde (RS) e 33 Regiões Administrativas (RA), que poderiam corresponder a municípios se comparadas com os estados da federação brasileira, onde se distribuem 176 Unidades Básicas de Saúde (UBS) (sendo 10 do tipo Prisional), contemplando 607 eSF, 318 equipes de Saúde Bucal (eSB) e 56 equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), no âmbito da APS.

A rede de ensino público do DF se organiza em 14 Regionais de Ensino (RE), em que se distribuem 753 escolas públicas e conveniadas. Nesse contexto, 120 (37,7%) das UBS possuem escolas do território vinculadas ao PSE⁹.

Os dados foram produzidos por meio de pesquisa documental e aplicação de questionário on-line a profissionais das equipes da APS, no âmbito do Programa de Qualificação da Atenção Primária do DF (QualisAPS). Esse Programa visa fortalecer a APS por meio de três eixos: implantação de um sistema de avaliação; ações de formação; e produção e divulgação de conhecimentos sobre o sistema de saúde do DF¹⁰. O presente estudo insere-se no terceiro eixo, sendo fruto de colaboração entre profissionais da área técnica e da gestão da Secretaria de Estado da Saúde do DF (SES/DF) e de pesquisadores da Universidade de Brasília.

A pesquisa documental consistiu em três etapas:

Na primeira etapa, foi realizada busca no Catálogo de Escolas¹¹ do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep), buscando conhecer como se estrutura o PSE no DF. Os dados são atualizados anualmente, de acordo com o Censo Escolar. São mais de 226 mil escolas que reúnem um universo de mais de 50 milhões de pessoas (estudantes e profissionais da educação). O critério de pesquisa foi o DF no campo Unidade da Federação (UF). O resultado foi exportado em arquivo ‘.csv’. Os dados foram extraídos em 19 de abril de 2022. Esses resultados

foram completados por informações fornecidas pela Secretaria de Estado de Educação (SEE/DF)¹² e pela SES/DF¹³.

Na segunda etapa, foram identificadas as práticas e os temas desenvolvidos no PSE, em Relatório de Atividade Coletiva na Atenção Básica do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab)¹⁴, referentes ao período antes (2018-2019) e durante a pandemia da Covid-19 (2020-2021). Os critérios de pesquisa foram: Unidade Geográfica = Estado; Estados = DF; Competência = janeiro a dezembro de cada ano (2018, 2019, 2020 e 2021); Linha do Relatório = Inep (Escolas/Creche); Coluna do Relatório = Temas para a Saúde/Práticas em Saúde. Os dados foram extraídos em 10 de março de 22.

Na terceira etapa, com o objetivo de analisar a situação atual do desenvolvimento das ações do PSE, foram extraídos dados dos relatórios dos Planos de Ação para a Qualidade (PAQ) – ferramenta de planejamento vinculada ao QualisAPS, na qual as equipes deveriam desenvolver pelo menos quatro dos 45 padrões de qualidade avaliados na etapa de autoavaliação. Para este estudo, identificou-se o quantitativo de equipes que selecionaram o padrão ‘As equipes desenvolvem ações do Programa Saúde na Escola (PSE) em seu território’ para inclusão no PAQ.

De forma complementar, aplicou-se um questionário on-line, via aplicativo Google Forms, disponibilizado por correio eletrônico no mês de abril de 2022 a todos os 542 profissionais cadastrados na Plataforma QualisAPS, cujas equipes estavam em uma UBS considerada referência para uma escola, não necessariamente vinculada ao PSE. Esse procedimento buscou evitar que vários respondentes fossem de uma mesma equipe, trazendo vieses nas análises. O instrumento, com prazo de resposta estipulado em 15 dias, continha questões relacionadas com as 13 ações do PSE e buscou conhecer as que foram desenvolvidas pelas equipes da APS, assim como as parcerias, as metodologias priorizadas, as facilidades e dificuldades para efetivá-las, antes e durante a pandemia da Covid-19. Foram obtidas 17 respostas, sendo 16 respondentes da eSF e 1 da eSB, com participação de todas as sete RS do DF.

Os dados quantitativos foram interpretados por análise estatística descritiva. A análise de conteúdo foi utilizada para análise dos dados qualitativos do questionário e dos documentos selecionados.

Os resultados foram sistematizados ao final em três categorias analíticas: estruturação do PSE no DF; ações do PSE antes e durante a pandemia da Covid-19; perspectivas para o PSE na APS do DF.

O estudo respeitou todos os preceitos éticos para pesquisas com seres humanos, tendo sido aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília e da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde do DF (CAAE 29640120.6.0000.0030).

Resultados

Estruturação do Programa Saúde na Escola no Distrito Federal

No DF, a primeira adesão ao Programa ocorreu em 2009, sendo implementado ininterruptamente. No ciclo 2017/18, havia 258 escolas;

no ciclo 2019/2020, 298; e na última adesão, ciclo 2021/2022, houve ampliação com mais 67 escolas.

As tabelas 1 e 2 apresentam: o número de escolas; o tipo de estabelecimento, se público ou privado; a localização conforme zona rural ou urbana; a distribuição segundo RS e vinculação ao PSE. No DF, há um total de 1.377 escolas públicas e privadas, com predominância do setor público e da área urbana.

Na tabela 1, estão todas as escolas cadastradas no Inep, particulares e públicas. Nas públicas, estão incluídos os Institutos Federais de Brasília (IFB), Colégios Militares, Centro Interescolar de Línguas, Centro de Atenção Integral à Criança, Centro Educacional, Centro de Ensino Especial, Centro de Ensino Fundamental, Centro de Educação Infantil, Centro de Educação de Jovens e Adultos, Centro de Ensino Médio, Centro de Ensino Médio Integrado, Centro de Educação Profissional, Centro de Educação da Primeira Infância, Escola Classe e Jardim de Infância. Nos dados gerados pelo Inep, a RS de 590 escolas, principalmente particulares, não estava disponível e aparece na tabela como ‘Sem informação’.

Tabela 1. Distribuição absoluta (n) e relativa (%) das escolas por Categoria Administrativa, Localização e Região de Saúde quanto à adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE), Distrito Federal, 2021

Adesão ao PSE	Não		Sim		Total	
	n	%	n	%	n	%
Categoria Administrativa/Localização						
Privada	612	44,4%	62	4,5%	674	48,9%
Rural	4	0,3%	1	0,1%	5	0,4%
Urbana	608	44,2%	61	4,4%	669	48,6%
Pública	400	29,0%	303	22,0%	703	51,1%
Rural	32	2,3%	50	3,6%	82	6,0%
Urbana	368	26,7%	253	18,4%	621	45,1%
Total	1.012	73,5%	365	26,5%	1.377	100,0%
Região de Saúde						
Central	82	6,0%	46	3,3%	128	9,3%
Centro-Sul	45	3,3%	29	2,1%	74	5,4%

Tabela 1. (cont.)

Adesão ao PSE	Não		Sim		Total	
	n	%	n	%	n	%
Leste	16	1,2%	45	3,3%	61	4,4%
Norte	79	5,7%	43	3,1%	122	8,9%
Oeste	75	5,4%	64	4,6%	139	10,1%
Sudoeste	89	6,5%	86	6,2%	175	12,7%
Sul	36	2,6%	52	3,8%	88	6,4%
Sem informação	590	42,8%	0	0,0%	590	42,8%
Total	1.012	73,5%	365	26,5%	1.377	100,0%
Coordenação Regional de Ensino						
Brazlândia	21	1,5%	15	1,1%	36	2,6%
Ceilândia	60	4,4%	49	3,6%	109	7,9%
Gama	9	0,7%	45	3,3%	54	3,9%
Guará	20	1,5%	14	1,0%	34	2,5%
Núcleo Bandeirante	27	2,0%	15	1,1%	42	3,1%
Paranoá	14	1,0%	22	1,6%	36	2,6%
Planaltina	50	3,6%	24	1,7%	74	5,4%
Plano Piloto	84	6,1%	44	3,2%	128	9,3%
Recanto das Emas	21	1,5%	14	1,0%	35	2,5%
Samambaia	25	1,8%	40	2,9%	65	4,7%
Santa Maria	28	2,0%	8	0,6%	36	2,6%
São Sebastião	4	0,3%	24	1,7%	28	2,0%
Sobradinho	30	2,2%	20	1,5%	50	3,6%
Taguatinga	43	3,1%	31	2,3%	74	5,4%
Sem informação ou privada	576	41,8%		0,0%	576	41,8%
Total	1.012	73,5%	365	26,5%	1.377	100,0%

Fonte: elaborado com dados do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep)¹¹; Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab)¹⁴.

A *tabela 2* mostra somente as escolas públicas ou conveniadas aptas ao PSE, o que exclui IFB, Colégios Militares e Centro Interescolar de Línguas. Das 753 aptas, 365 tinham adesão

ao PSE em 2021, o que corresponde a 48,5% das escolas. As RA sem UBS que possuem escolas têm como referência UBS de RA próximas.

Tabela 2. Distribuição absoluta de unidades básicas (com e sem Programa Saúde na Escola), número absoluto de equipes de Saúde da Família e de Saúde Bucal, número absoluto de Escolas públicas ou conveniadas, escolas com adesão ao Programa Saúde na Escola, cobertura do PSE por Escola, segundo Região Administrativa e Região de Saúde do Distrito Federal, 2021

RS	RA	UBS	UBS c/ PSE	UBS COB	eSF	eSB	ESC	ESC c/ PSE	ESC COB
Central	Cruzeiro	2	2	100,0%	10	4	10	7	70,0%
	Lago Norte	1	1	100,0%	4	2	5	2	40,0%
	Lago Sul	0	0	--	0	0	4	0	0,0%

Tabela 2. (cont.)

RS	RA	UBS	UBS c/ PSE	UBS COB	eSF	eSB	ESC	ESC c/ PSE	ESC COB
	Sudoeste/Octogonal	0	0	--	0	0	1	1	100,0%
	Plano Piloto	5	4	80,0%	24	13	93	32	34,4%
	Varjão	1	1	100,0%	3	2	2	2	100,0%
	Total Central	9	8	88,9%	41	21	115	44	38,3%
Centro-Sul	Candangolândia	1	1	100,0%	5	3	6	3	50,0%
	Guará	5	4	80,0%	23	11	22	8	36,4%
	Núcleo Bandeirante	2	2	100,0%	7	3	9	4	44,4%
	Park Way	1	0	0,0%	1	1	3	1	33,3%
	Riacho Fundo	2	2	100,0%	10	4	11	5	45,5%
	Riacho Fundo II	5	3	60,0%	16	9	10	2	20,0%
	Scia/Estrutural	2	2	100,0%	12	7	7	6	85,7%
	Sia	0	0	--	0	0	0	0	--
	Total Centro-Sul	18	14	77,8%	74	38	68	29	42,6%
Leste	Itapoã	3	2	66,7%	15	7	4	2	50,0%
	Jardim Botânico	1	0	0,0%	4	0	1	1	100,0%
	PARANOÁ	8	5	62,5%	23	13	30	19	63,3%
	São Sebastião	13	9	69,2%	26	12	27	24	88,9%
	Total Leste	25	16	64,0%	68	32	62	46	74,2%
Norte	Fercal	3	0	0,0%	4	2	10	0	0,0%
	Planaltina	20	13	65,0%	48	27	69	24	34,8%
	Sobradinho	6	6	100,0%	24	16	28	13	46,4%
	Sobradinho II	7	2	28,6%	21	12	10	7	70,0%
	Total Norte	36	21	58,3%	97	57	117	44	37,6%
Oeste	Brazlândia	9	4	44,4%	16	9	32	15	46,9%
	Ceilândia	17	14	82,4%	76	41	107	49	45,8%
	Sol Nascente/Pôr do Sol	1	0	0,0%	4	1	0	0	--
	Total Oeste	27	18	66,7%	96	51	139	64	46,0%
Sudoeste	Águas Claras	2	2	100,0%	7	4	7	4	57,1%
	Arniqueira	0	0	--	0	0	2	2	100,0%
	Recanto das Emas	9	6	66,7%	36	22	36	15	41,7%
	Samambaia	13	12	92,3%	61	37	57	40	70,2%
	Taguatinga	7	6	85,7%	49	23	62	23	37,1%
	Vicente Pires	1	1	100,0%	8	3	2	2	100,0%
	Total Sudoeste	32	27	84,4%	161	89	166	86	51,8%
Sul	Gama	11	11	100,0%	40	17	52	44	84,6%
	Santa Maria	8	5	62,5%	30	13	34	8	23,5%
	Total Sul	19	16	84,2%	70	30	86	52	60,5%
	Total Distrito Federal	166	120	72,3%	607	318	753	365	48,5%

Fontes: elaborado com dados do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep)¹¹; Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab)¹⁴.

Unidades Básicas de Saúde (UBS); UBS com adesão ao PSE (UBS com PSE); percentual de cobertura de UBS com PSE (UBS COB); equipes de Saúde da Família (eSF), equipes de Saúde Bucal (eSB) Escolas públicas ou conveniadas (ESC); Escolas com adesão ao PSE (ESC/PSE); cobertura do PSE por Escola (ESC COB); Região Administrativa (RA); Região de Saúde (RS).

Ações do Programa Saúde na Escola antes e durante a pandemia da Covid-19

No período pré-pandêmico, houve incremento nas práticas registradas entre 2018 e 2019, que passaram de 1.332 para 2.119 (tabela 3), predominando as de Saúde Bucal (SB), como aplicação tópica de flúor e escovação dental supervisionada. Destacam-se incremento dos registros de antropometria e verificação da situação vacinal; e, inversamente, das ações

de saúde ocular, que sofreram decréscimo. Nota-se ausência de registros relativas ao desenvolvimento da linguagem e ao Programa Nacional de Controle do Tabaco e incipiência das práticas de saúde auditiva.

Ao analisar o período pandêmico, em especial, os dados referentes ao ano de 2020, verifica-se redução da maioria das ações, com exceção da escovação dental supervisionada, da aplicação tópica de flúor e da verificação da situação vacinal, que, no ano de 2021, registraram ampliação.

Tabela 3. Quantidade de atividades coletivas relacionadas às práticas em saúde desenvolvidas em escolas do Distrito Federal, com (Sim) e sem (Não) adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE), entre os anos de 2018 e 2021

	2018			2019			2020			2021			Total Geral
	Não	Sim	Total										
Antropometria	13	17	30	19	273	292	1	1	2	9	11	20	344
Aplicação tópica de flúor	219	202	421	213	431	644	4	9	13	33	16	49	1.127
Desenvolvimento da linguagem	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1
Escovação dental supervisionada	319	368	687	324	592	916	10	7	17	43	68	111	1.731
Outro procedimento coletivo	24	67	91	23	98	121	8	3	11	17	28	45	268
Programa Nacional de Controle do Tabaco	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Práticas corporais / atividade física / lazer	12	9	21	18	9	27	3	2	5	4	6	10	63
Saúde auditiva	1	0	1	0	2	2	0	0	0	0	0	0	3
Saúde ocular	32	10	42	4	16	20	0	0	0	0	0	0	62
Verificação da situação vacinal	21	18	39	29	68	97	2	2	4	11	43	54	194

Fonte: elaborado com dados do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep)¹³; Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab)¹⁴.

Com relação aos temas desenvolvidos no PSE (tabela 4) no período pré-pandêmico, prevaleceram a alimentação saudável e a SB. As ações de combate ao mosquito *Aedes aegypti*, saúde mental, autocuidado de pessoas com doença crônica e cidadania e direitos humanos tiveram leve acréscimo. Prevenção da violência e promoção da cultura de paz teve registros em todos os anos analisados. Houve diminuição

dos agravos negligenciáveis e dependência química/tabaco/álcool.

Os resultados evidenciam grande redução dos registros das temáticas no período pandêmico. Em contrapartida, quando se comparam os anos de 2020 e 2021, observa-se, no segundo, crescimento dos registros concernentes à SB, alimentação saudável, saúde mental e saúde ambiental. Covid-19 teve registros apenas em 2021.

Tabela 4. Quantidade de atividades coletivas de temas para a saúde desenvolvidas em escolas do Distrito Federal, com (Sim) e sem (Não) adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE), entre os anos de 2018 e 2021

	2018			2019			2020			2021			Total Geral
	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total	
Agravos negligenciados	38	32	70	7	17	24	0	1	1	5	2	7	102
Alimentação saudável	375	349	724	403	935	1338	31	37	68	90	137	227	2.357
Autocuidado de pessoas com doença crônica	41	7	48	33	44	77	12	16	28	4	7	11	164
Ações de combate ao mosquito <i>Aedes aegypti</i>	54	78	132	120	136	256	25	21	46	19	60	79	513
Cidadania e direitos humanos	11	9	20	29	38	67	5	3	8	4	6	10	105
Dependência química / tabaco / álcool	32	13	45	11	27	38	1	1	2	2	23	25	110
Envelhecimento / Climatério / An-dropausa	8	2	10	4	4	8	1	0	1	0	0	0	19
Plantas medicinais / fitoterapia	0	2	2	1	4	5	0	0	0	1	1	2	9
Prevenção da violência e promoção da cultura da paz	40	13	53	23	45	68	0	5	5	4	13	17	143
Saúde ambiental	20	30	50	23	28	51	6	0	6	11	38	49	156
Saúde bucal	785	895	1.680	722	1391	2113	59	58	117	216	384	600	4.510
Saúde do trabalhador	9	8	17	3	13	16	1	5	6	6	4	10	49
Saúde mental	25	26	51	49	53	102	4	4	8	40	29	69	230
Saúde sexual e reprodutiva	51	40	91	44	55	99	5	13	18	6	15	21	229
Semana saúde na escola	143	82	225	96	123	219	1	7	8	6	20	26	478
Prevenção à Covid-19										8	8	16	

Fonte: elaborado com dados do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep)¹¹; Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab)¹⁴.

A descrição da situação do PSE no período estudado, de 2018 a 2021, foi complementada pelos dados dos formulários on-line respondidos pelos profissionais da APS. No período anterior à pandemia, entre as 12 temáticas prioritárias do PSE, foi mais referida a verificação da situação vacinal (10), seguida pela SB (8) e alimentação saudável e prevenção da obesidade (7). A saúde auditiva não foi mencionada.

Apenas sete respondentes afirmaram ter realizado ações no PSE durante a pandemia, com redução em comparação ao período anterior. As ações de SB (5) estiveram em primeiro lugar, seguidas da verificação da situação vacinal (4), da saúde ambiental (3) e da prevenção à Covid-19 (3). As prevenções ao uso de álcool, tabaco e outras drogas; de saúde

auditiva; e de saúde ocular não foram citadas.

No período estudado, as integrações entre as eSF e eSB, entre distintas eSF e equipe Nasf-AB para o desenvolvimento das ações foram referidas como constantes. Contudo, cabe salientar que nem todas as eSF possuem eSB e Nasf-AB de referência.

Quanto aos profissionais que desenvolveram ações do programa, houve predomínio da atuação do enfermeiro nos dois períodos (12 e 7), destacando-se, também, o agente comunitário de saúde (11) antes da pandemia e o técnico de enfermagem (6) durante a pandemia. As demais profissões que compõem as eSF, eSB e Nasf-AB foram mencionadas em número menor.

Para o desenvolvimento das ações, nos anos de 2018 e 2019, foram empregadas diversas

abordagens, com destaque para palestras, oficinas, teatralizações e vídeos. Nos dois anos posteriores, em face da pandemia, foram utilizadas tecnologias digitais, como envio de vídeos gravados, *folder* e material educativo digital, além do uso de *chat* com os usuários. Embora em menor número, também foram realizadas palestras, teatralização, avaliação bucal e escovação supervisionada durante a pandemia. A comunicação entre as equipes de saúde e as escolas foi mantida por meio de aplicativos para mensagens pessoais devido às medidas de isolamento e distanciamento contra a Covid-19.

Perspectivas para o Programa Saúde na Escola na Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal

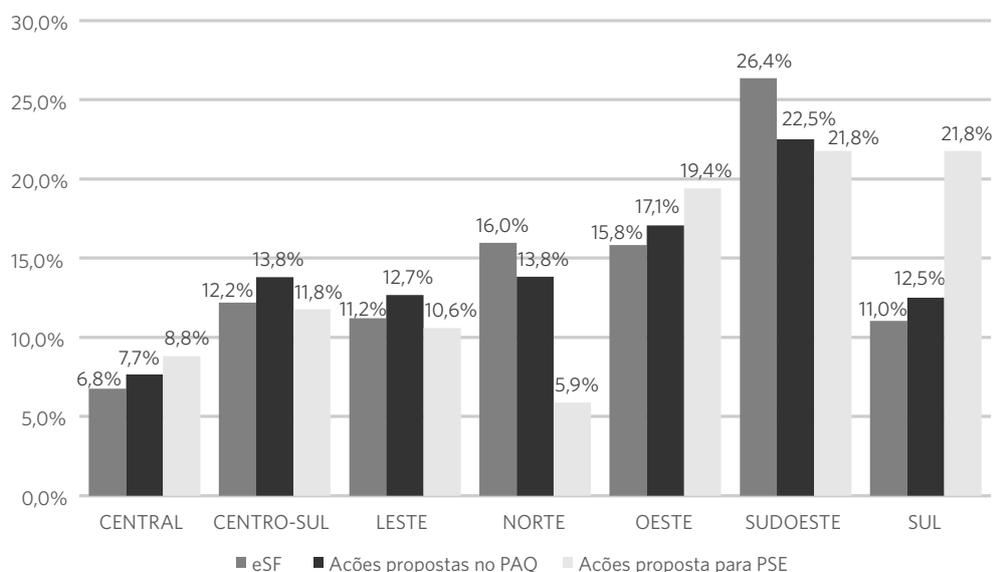
Os profissionais trouxeram aspectos facilitadores e dificultadores para a efetivação das ações do PSE que podem ajudar a traçar perspectivas para fortalecer o programa no DF.

Tanto antes quanto durante a pandemia, as dificuldades se concentraram em questões estruturais, tais como a falta de insumos, recursos humanos, veículo e motorista, sendo citada, para antes da pandemia, a dificuldade de acesso a materiais didáticos e mencionadas, durante a pandemia, a instabilidade e a má qualidade da internet. Outro ponto de destaque foi a dificuldade de liberação pela gerência local para a realização de atividades externas devido à alta demanda nas UBS. Além disso, a falta de interesse da escola em se articular com o setor saúde foi citada por um respondente.

Em contrapartida, foram apontados como facilitadores, nos dois momentos, o engajamento e a parceria das equipes da APS, o interesse, abertura e acolhimento da escola e a disponibilização de *kits* de SB pela SES/DF. Na pandemia, a adaptação da escola às medidas de prevenção à Covid-19 foi vista como um facilitador.

As perspectivas futuras foram sinalizadas pelo número de eSF e eSB que incluíram o PSE nos seus PAQ, que começaram a ser implementados no ano de 2022 (*gráfico 1*).

Gráfico 1. Proporção em relação ao total das equipes de Saúde da Família, total de ações propostas para o Planos de Ação para a Qualidade e total de ações propostas que envolvem o Programa Saúde na Escola, Distrito Federal, 2022



Fonte: elaborado com dados disponibilizados pela Plataforma QualisAPS¹⁰, Secretaria de Saúde do Distrito Federal, 2022.

Do total de 4.148 ações propostas por 603 equipes, 170 (4,1%) delas estão vinculadas ao padrão 'As equipes desenvolvem ações do Programa Saúde na Escola (PSE) em seu território', o que faz com que o PSE esteja em 6º lugar dentre 45 padrões autoavaliados pelas equipes. As ações desenhadas incluem a retomada da articulação com escolas para seleção de temas e elaboração de cronograma; e pactuações internas das equipes com o gestor local da UBS para alocação de recursos humanos e materiais, tais como horário protegido, materiais educativos e transporte sanitário.

Discussão

Os resultados mostram que, a cada ciclo de adesão ao PSE no DF, houve crescimento do número de escolas no programa. Duas iniciativas podem ter contribuído: a instituição de um Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI), pelos setores saúde e educação, com representantes da Fundação Oswaldo Cruz Brasília e Fundo de População das Nações Unidas, em caráter permanente, para planejamento, coordenação, avaliação e monitoramento do PSE; e a formalização do compromisso, entre gestores de UBS e de escolas, de pactuar ações a partir das demandas locais, a cada momento das adesões, como um exercício de fortalecer vínculos¹⁵.

Observa-se predomínio, tanto antes quanto durante a pandemia, dos temas e práticas relacionados com alimentação e nutrição e SB, semelhante ao encontrado no estudo de Souza e Ferreira¹⁶, e destaca-se o aumento da verificação da situação vacinal em 2021, o que coincide com as respostas dos questionários.

O aumento das ações de alimentação saudável no período de 2018 a 2019, e a manutenção da sua realização nos anos 2020 e 2021, poderia ser explicado pela implementação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (1999), da Política Distrital de Alimentação e Nutrição (2021) e do Programa Nacional de Alimentação Escolar (2021), que recomendam a realização de ações de alimentação adequada e saudável

e de monitoramento do estado nutricional e do consumo alimentar no PSE. Além disso, o Ministério da Saúde lançou o Programa Crescer Saudável (2017), que visa contribuir para o enfrentamento da obesidade infantil, o qual foi implantado no DF por meio do Projeto 'Alimenta aí, Galerinha' (2019), induzindo as ações intersetoriais de alimentação saudável, práticas corporais e atividade física e oferta de cuidado às crianças com obesidade¹⁷⁻¹⁹.

A predominância dos temas e práticas relacionados à SB pode estar associada a diversos fatores: à histórica atuação da odontologia nas escolas; ao fato de as eSB serem compostas por profissionais concursados, o que permite a construção de vínculos e a continuidade do cuidado; ao histórico isolamento da eSB²⁰, que fez com que ela mantivesse a escola como um nicho de atuação, bem como à disponibilização de insumos às ações de SB pela SES/DF.

Entretanto, é preciso ponderar que "a SB não se restringe ao núcleo da odontologia, mas abrange o campo de competências e responsabilidades de outras áreas profissionais"²¹⁽²³⁵⁾, conforme direcionamento da política pública com a inserção da eSB na ESF no ano de 2000 e com a publicação das Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal em 2004. Mesmo limitada, a atuação multiprofissional na APS pode estar favorecendo o expressivo número de ações de SB, com destaque para a participação do médico e do agente comunitário de saúde, conforme estudo realizado no DF²¹. No período pandêmico, os dentistas estavam afastados dos seus consultórios, o que pode ter beneficiado a realização de certas atividades, tais como a distribuição de kits de SB.

O declínio nas ações de vacinação, no primeiro ano da pandemia (2020), deve-se, possivelmente, às orientações temporárias da Organização Mundial da Saúde de suspender a vacinação do calendário básico²², à semelhança do observado no estudo de Lopes Júnior et al.²³ em Vitória, no Espírito Santo, Brasil. Entretanto, quando a vacinação de rotina foi retomada, houve receio por parte das famílias de seus filhos se infectarem pelo

Sars-CoV-2, associado à desinformação e ao desinteresse dos usuários²⁴. No segundo ano da pandemia (2021), houve aumento da verificação da situação vacinal, provavelmente devido a estratégias de ampliar a cobertura vacinal e de solicitar o comprovante básico de vacinação no ato da matrícula escolar²⁵. Também pode-se inferir que o retorno às aulas em modelo híbrido, que ocorreu no DF em agosto de 2021, pode ter contribuído para a percepção da necessidade de avaliar a situação vacinal dos escolares antes do retorno às aulas, como medida de mitigação do risco de transmissão de doenças infectocontagiosas.

Em relação às ações de promoção da cultura de paz, cidadania e direitos humanos, prevenção das violências e promoção de saúde mental, que se mostrou com poucos registros, o PSE é uma estratégia importante para desenvolver atividades nesse âmbito de atuação. Para tanto, é necessário que a equipe de saúde possa ir à escola, pois, assim, o discurso fica mais valorizado e faz a diferença no trabalho de promoção da saúde²⁶. Nesse sentido, a dificuldade de liberação pelas gerências locais, mencionada pelos profissionais do DF, precisaria ser superada.

As Práticas Integrativas em Saúde (PIS), preconizadas pela Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde (PDPIS), instituída em 2014, e, especificamente, o Projeto Práticas Integrativas na Escola, de 2019, destacado no cenário nacional, são potentes para fortalecer esse eixo de atuação do PSE. Entre as PIS realizadas na escola, estão a Terapia Comunitária Integrativa e a meditação. Por meio da meditação, no contexto distrital escolar, foi possível verificar que os processos de violências alheias repercutem no campo mental, a partir da assimilação das informações pelas emoções²⁷⁻²⁹.

No que se refere às ações de saúde ambiental, verifica-se que o tema de combate ao mosquito *Aedes aegypti* caracterizava-se como obrigatório no PSE até o ciclo de 2019 e 2020, fato que contribuiu para entrar na rotina das ações das equipes da APS. Além disso, o combate à dengue é uma política de governo intersetorial do DF³⁰.

Sobre as ações relativas às doenças negligenciadas, verificou-se incipiência de registros, apesar de representar um desafio à saúde global. Salienta-se a relevância de elucidar como essa importante questão deve ser incluída no espaço escolar, haja vista o potencial para a redução de desigualdades e, consequentemente, a mitigação das doenças negligenciadas³¹.

A temática saúde reprodutiva e sexual, embora amplamente debatida nas últimas décadas, inclusive por produções derivadas do PSE, ainda está sujeita a estigmas de diversas ‘naturezas’, seja no contexto sociopolítico, seja nas práticas educativas tradicionais no âmbito da APS e no contexto escolar ou no engessamento curricular, que dificultam a abordagem com os adolescentes e interferem na produção social da saúde³².

A redução da acuidade auditiva é um fator limitante para a aprendizagem, podendo prejudicar o desenvolvimento da linguagem, tanto oral quanto escrita, e trazer efeitos deletérios à vida do escolar quando não diagnosticada precocemente³³. No entanto, observou-se número reduzido de ações nessas temáticas no período pesquisado, demonstrando a necessidade do fortalecimento dessas ações no PSE no DF.

Apesar de terem sido realizadas ações de prevenção à dependência química, ao tabaco e ao álcool, não houve registro de ações do programa nacional de controle do tabaco no PSE no período estudado. Essa situação alerta para a necessidade de atenção à temática, uma vez que há evidências de que o uso de álcool e de cigarro está relacionado com o atraso escolar, além de aumentar o risco do desenvolvimento de doenças crônicas e respiratórias que pressionam o sistema de saúde e demandam mais recursos públicos³⁴.

Pode-se inferir que o ambiente escolar no DF ainda não é visto como um espaço de cuidado no que concerne ao tratamento do tabagismo. Em contrapartida, segundo informações do *site* da SES/DF, 28 UBS oferecem esse serviço, indicando que há profissionais capacitados para o desenvolvimento do programa

e para tornar o espaço escolar estratégico para a realização de ações³⁴.

O fato de que apenas 7 respondentes afirmaram ter realizado ações no PSE durante a pandemia, em comparação aos 12 que relataram ações no período anterior, deve-se, provavelmente, às medidas restritivas impostas pela crise sanitária. Corroborando essa hipótese, pôde-se observar que a maioria das ações realizadas durante a pandemia ocorreu no segundo semestre de 2021, momento em que os casos da Covid-19 foram reduzidos e as aulas e as atividades coletivas foram retomadas de forma presencial no DF.

O PSE, pela sua natureza, favorece e ao mesmo tempo pressupõe a cooperação entre as diversas profissões e equipes, intra e intersetorialmente, para que se efetive a integralidade da atenção à saúde escolar. Os resultados do questionário apontam para a existência de integração constante, mas o baixo número de respondentes dificulta inferências. A literatura, apesar de mencionar a incipiente integração no DF, evidencia que a eSB atua com a eSF

[...] na interconsulta, nas reuniões de equipe, nas visitas domiciliares, nas ações intersetoriais focadas em escolares e de educação em saúde individual e de grupos, num meio onde predomina o modelo biomédico. Os agentes comunitários se destacam como facilitadores da integração, enquanto os técnicos de saúde bucal permanecem na invisibilidade²¹⁽²³³⁾.

É imprescindível reiterar a importância do agente comunitário como profissional estratégico na APS, que, desde a implantação da ESF, desenvolve ações vinculadas a programas de Estado, inclusive o PSE³⁵. Entretanto, a Política Nacional de Atenção Básica de 2017³⁶ direcionou para a diminuição do número de agentes e para a reconfiguração da natureza do seu trabalho, tendendo a reduzir a sua inserção nas equipes e a descaracterizar a sua atuação como educador³⁷.

Com relação aos resultados deste estudo, que indicam o protagonismo do enfermeiro e

do técnico de enfermagem, pode-se relacionar ao fato de serem 70% da força de trabalho na saúde no Brasil³⁸, mas também pode ser atribuído ao fato de ter sido o enfermeiro o respondente do questionário. Esse profissional se destaca pela amplitude das suas atividades, tanto gerenciais quanto assistenciais, o que pode afastá-lo das ações de promoção da saúde³⁹. Contudo, estudos recentes apontam a escola como ambiente de intervenção do enfermeiro e a sua influência na educação e promoção da saúde⁴⁰.

Perspectivas para o DF

A participação dos profissionais nos diagnósticos, avaliações e desenho de estratégias de ação é fundamental para a efetivação do PSE. Nesse sentido, o conhecimento e a experiência que eles portam devem ser levados em consideração pelos gestores.

As dificuldades elencadas para o desenvolvimento das práticas do PSE acompanham, de modo geral, o que outros estudos trazem sobre o contexto do programa e da APS, que apontam a deficiência de recursos materiais e humanos, excesso de demandas na UBS, dificuldades em articular-se com os pais dos alunos e a comunidade, e a não participação de toda equipe nas atividades desenvolvidas^{41,42}.

As facilidades parecem seguir aspectos trazidos pela literatura: a articulação intersetorial e a satisfação profissional em executar as atividades do PSE⁴², que são aspectos diretamente associados ao engajamento e a parceria das equipes da APS, ao interesse, a abertura e acolhimento da escola, citados pelos profissionais deste estudo.

Ao se analisar perspectivas futuras, pode-se apontar a relevância que o Programa QualisAPS assumiu nos profissionais e gestores. Ao incluir, entre os padrões de avaliação da qualidade, um padrão sobre a ação das eSF e eSB no PSE, o QualisAPS se torna indutor de reflexão e intervenção nos processos de

trabalho e contribui para a sinalização da necessidade de melhorias nas ações do PSE.

Cabe destacar que este estudo apresenta limitações por ser de natureza descritiva, restringindo a interpretação dos dados e as inferências. Contudo, a escolha metodológica em face da reconhecida escassez de estudos com metodologia semelhante no DF e a triangulação de técnicas de produção dos dados permitiu traçar uma linha de base da situação do PSE e fazer emergir reflexões e perspectivas de ações. Outra limitação que merece ser mencionada é a opção por restringir, ainda que se reconheça a premissa da intersectorialidade para o desenvolvimento do programa, a análise do alcance da implementação do programa apenas pela ótica da APS. A visão e a experiência dos protagonistas da escola poderiam ser objeto de estudos futuros.

Considerações finais

Este estudo é uma iniciativa pioneira que traçou o estado da arte das atividades desenvolvidas no PSE, antes e durante a pandemia da Covid-19, constituindo-se contribuição para o fortalecimento da gestão e da atuação das equipes na promoção da saúde no ambiente da escola pela APS do DF.

A existência de instâncias permanentes de coordenação e acompanhamento do PSE e de políticas públicas que fortaleçam o desenvolvimento das ações preconizadas, bem como o compromisso dos gestores da atenção primária com a inclusão do programa na agenda dos profissionais, são elementos estratégicos para o seu desenvolvimento.

A realidade do DF desvela que a inter-relação do PSE com o QualisAPS admite um processo contínuo, intersetorial e a existência de parcerias locais com a comunidade escolar. Esse contexto fortalece aspectos organizacionais e viabiliza apoio para implementação e planejamento de políticas públicas transversais específicas, nas quais se inclui o PSE na APS do DF.

Colaboradores

Scherer MDA (0000-0002-1465-7949)*, Sacco RCCS (0000-0001-6131-0852)*, Santana SO (0000-0002-8112-7008)*, Xavier MF (0000-0002-1885-9513)*, Bastos HAD (0000-0002-3783-0548)*, Prado NMBL (0000-0001-8243-5662)* e Lima AA (0000-0002-4125-6980)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

- Lee A, Lo A, Li Q, et al. Health-promoting schools: an update. *Appl Health Econ Health Policy*. 2020 [acesso em 2022 abr 19]; 18(5):605-623. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40258-020-00575-8>.
- Gonzalez VB, Antun MC, Soria MLC, et al. Experiencia del Programa Mi Escuela Saludable. *Actual Nutr*. 2015 [acesso em 2022 mar 20]; 16(2): 51-57. Disponível em: <http://www.revistasan.org.ar/index.php>.
- Silva MRI, Almeida AP, Machado JC, et al. Processo de Acreditação das Escolas Promotoras de Saúde em âmbito mundial: revisão sistemática. *Ciênc. Saúde Colet*. 2019 [acesso em 2022 abr 19]; 24(2):475-486. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/3cNYjLpv4TJ63T979rkzVmC/abstract/?lang=pt>.
- Silva CS. Saúde na Escola: Intersetorialidade e Promoção da Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2019.
- Brasil. Portaria Interministerial nº 1.055, de 25 de abril de 2017. Redefine as regras e os critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola - PSE por estados, Distrito Federal e municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações. *Diário Oficial da União*. 26 Abr 2017.
- Lopes IE, Nogueira JAD, Rocha DG. Eixos de ação do Programa Saúde na Escola e Promoção da Saúde: revisão integrativa. *Saúde debate*. 2018 [acesso em 2022 mar 20]; 42(118):773-789. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/SNsdFnbvBdfdh-76GQYGDtM/abstract/?lang=pt>.
- Machado MFAS, Gubert FA, Meyer APGFV, et al. Programa saúde na escola: estratégia promotora de saúde na atenção básica no Brasil. *JHGD*. 2015. [acesso em 2022 mar 29]; 25(3):307-331. Disponível em: pep-sic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v25n3/pt_09.pdf.
- Fettermann FA, Silveira MCS, Escobar TA, et al. Programa de saúde na escola e o alinhamento de ações na prevenção do coronavírus. *Research, Society and Development – RSD*. 2021 [acesso em 2022 mar 29]; 10(5). Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/14686>.
- Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Unidades Básicas de Saúde vinculadas ao Programa Saúde na Escola. Relatório Gerencial: 2022. Brasília, DF: Gerência de Apoio à Saúde da Família; SES/DF; 2022.
- Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Portaria nº 39, de 23 de janeiro de 2019. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde do Distrito Federal, o Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde (Qualis-APS). *Diário Oficial do Distrito Federal*. 23 Jan 2019.
- Brasil. Ministério da Educação, Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Catálogo de Escolas. Brasília, DF: Ministério da Educação; 2022. [acesso em 2022 abr 19]. Disponível em: <https://www.gov.br/inep/pt-br/acesso-a-informacao/dados-abertos/inep-data/catalogo-de-escolas>.
- Distrito Federal. Secretaria de Estado de Educação do Distrito Federal. Escolas da Rede Pública de Ensino do Distrito Federal. Brasília, DF: SEEDF; 2022. [acesso em 2022 abr 19]. Disponível em: <https://www.educacao.df.gov.br/escolas>.
- Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal [homepage na internet]. Informações de Saúde. [acesso em 19 abr 2022]. Disponível em: <http://info.saude.df.gov.br/saude-do-cidadao/cidadao-ubs-unidades-basicas-de-saude/>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica. Relatório de Atividade Coletiva na Atenção Básica. Brasília, DF: MS; 2022. [acesso em 2022 mar 10]. Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br/paginas/acessoRestrito/relatorio/federal/saude/RelSauAtivColetiva.xhtml>.
- Distrito Federal. Portaria Conjunta nº 10, de 13 de abril de 2020. Institui o Grupo de Trabalho Intersectorial – GTI, em caráter permanente, para planeja-

- mento, coordenação, avaliação e monitoramento do Programa Saúde na Escola - PSE, no âmbito do Distrito Federal. Diário Oficial do Distrito Federal. 28 Abr 2020; Seção 1.
16. Souza JC, Ferreira JS. Ações do programa saúde na escola no contexto das equipes de saúde da família. PO:B&S. 2020 [acesso em 2022 maio 6]; 10(35):40-52. Disponível em: https://ojs.3.perspetivasonline.com.br/biologicas_e_saude/article/view/2075.
 17. Diogo SS, Duar HAB, Lamounier MCS, et al. Alimentação aí galerinha, crianças ligadas na alimentação. Projeto de intervenção com estudantes da educação infantil de escolas públicas do DF. In: Anais do Congresso On-line de Educação Alimentar e Nutricional. 2020 dez 14-17. [acesso em 2022 abr 15]. Disponível em: <https://eventos.congresso.me/coean/resumos/8144.pdf>.
 18. Bortolini GA, Pereira TN, Nilson EAF, et al. Evolução das ações de nutrição na atenção primária à saúde nos 20 anos da Política Nacional de Alimentação e Nutrição do Brasil. Cad. Saúde Pública. 2021 [acesso em 2022 abr 15]; 37(supl1):1-19. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/G6SZVPtwGjmBgmBd7JGX3SR/?lang=pt>.
 19. Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Portaria nº 1.192, de 24 de novembro de 2021. Institui a Política Distrital de Alimentação e Nutrição do Distrito Federal. Diário Oficial do Distrito Federal. 24 Nov 2020; Seção 1:64.
 20. Pimentel FC, Albuquerque PC, Martelli PJL, et al. Caracterização do processo de trabalho das equipes de saúde bucal em municípios do estado de Pernambuco, Brasil, de acordo com o tamanho da população: a partir de links da comunidade para a organização dos cuidados clínicos. Cad. Saúde Pública. 2012 [acesso em 2022 abr 15]; 28(supl):146-157. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/js7PsHgNqNSGBwBbJQP6Spc/?lang=pt>.
 21. Scherer CI, Scherer MDA, Chaves SCL, et al. O trabalho em saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: uma difícil integração?. Saúde debate. 2018 [acesso em 2022 mar 31]; 42(2):233-246. Disponível em: [tps://www.scielo.br/j/sdeb/a/VNpzjJxJvP3sDfnMJ8SBjpS/?lang=pt](https://www.scielo.br/j/sdeb/a/VNpzjJxJvP3sDfnMJ8SBjpS/?lang=pt).
 22. Organização Mundial da Saúde (OMS). Princípios norteadores para as atividades de imunização durante a pandemia do vírus COVID-19. Orientação provisória. Brasília, DF: OPAS; 2020. [acesso em 2022 mar 29]. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/en/biblio-1096210>.
 23. Lopes-Júnior LC, Souza TM, Sobreira LB, et al. Analysis of vaccination coverage during the COVID-19 pandemic in Vitória, Brazil. J Hum Growth Dev. 2021 [acesso em 2022 mar 31]; 31(3):387-397. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822021000300003#:text=With%20the%20implementation%20of%20the,out%20at%20FHS%20S%C3%A3o%20Crist%C3%B3v%C3%A3o.
 24. Abbas K, Van Zandvoort K, Clark A, et al. Routine childhood immunisation during the COVID-19 pandemic in Africa: a benefit–risk analysis of health benefits versus excess risk of SARS-CoV-2 infection. The lancet. 2020 [acesso em 2022 mar 31]; 8:e1264-e1272. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(20\)30308-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(20)30308-9/fulltext).
 25. Brasil. Ministério da Saúde. Caderno do gestor do PSE. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015. [acesso em 2022 abr 2]. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTIONw==>.
 26. Hashizume CM. Problematizando o paradigma médico-biologicista na educação: articulações entre educação, saúde e direitos humanos. Educação & Linguagem. 2019 [acesso em 2022 mar 31]; 22(2):5-24. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/EL/article/view/9985>.
 27. Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde: PDPIS. Brasília, DF: Fepecs; 2014.
 28. Agência Brasília. Comitativa conhece práticas integrativas oferecidas pela Saúde em escola. Brasília, DF:

- s.d. [acesso em 2022 maio 1]. Disponível em: <https://www.agenciabrasilia.df.gov.br/2019/05/03/comitiva-conhece-praticas-integrativas-oferecidas-pela-saude-em-escola/>.
29. Sampaio RF. Práticas Integrativas e Complementares em Saúde em Escolares: uma reflexão sobre a saúde emocional dos estudantes. [monografia]. Brasília, DF: Universidade de Brasília; 2019. 51 p. [acesso em 2022 abr 12]. Disponível em: https://bdm.unb.br/bitstream/10483/26342/1/2019_RayaneFerreiraSampaio_tcc.pdf.
 30. Distrito Federal. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Plano para enfrentamento da dengue e outras arboviroses (2020-2023). Brasília, DF: SES; 2020. [acesso em 2022 maio 1]. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/554390/Plano-de-enfrentamento-arboviroses.pdf/8de76d6f-354b-b06b-d723-eed39e6112c8?t=1650308113182#:~:text=O%20objetivo%20central%20%C3%A9%20maximizar,e%20os%20riscos%20de%20epidemia>.
 31. Assis SS, Araújo-Jorge T. Incursões, doenças negligenciadas e a promoção da saúde no Programa Saúde na Escola (PSE): a visão dos gestores locais. *Rev Inter Saúde*. 2021 [acesso em 2022 maio 20]; 8:759-777. Disponível em: http://www.interdisciplinarem-saude.com.br/Volume_29/Trabalho_60_2021.pdf.
 32. Silva ABS, Dos Santos CM, Dias FP, et al. Educação sexual para prevenção da gravidez na adolescência no contexto da saúde escolar: análise integrativa. *Research, Society and Development*. 2021 [acesso em 2022 maio 20]; 10(3):1-12. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/350098904_Educacao_sexual_para_prevencao_da_gravidez_na_adolescencia_no_contexto_da_saude_escolar_analise_integrativa.
 33. Becker KL. Análise do Impacto do Programa Saúde na Escola sobre a Violência e o Consumo de Substâncias Ilícitas dos Jovens nas Escolas Brasileiras. *Análise Econômica*. 2020 [acesso em 2022 maio 20]; 38(76):121-144. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/AnaliseEconomica/article/view/80460>.
 34. Distrito Federal. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Tabagismo. Brasília, DF: SES; s.d. [acesso em 2022 maio 9]. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/tabagismo/>.
 35. Fonseca AF, Morosini MV. O caráter estratégico do Agente Comunitário de Saúde na APS integral. *APS em Revista*. 2021 [acesso em 2022 maio 20]; 3(3):210-223. Disponível em: https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2022/01/NT_ACS-.pdf.
 36. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 21 Set 2017. Seção 1.
 37. Silva TL, Soares AN, Lacerda GA, et al. Política Nacional de Atenção Básica 2017: implicações no trabalho do Agente Comunitário de Saúde. *Saúde debate*. 2020 [acesso em 2022 abr 3]; 44(124):58-69. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/prYWBkrvCywK6Hw5C5TbvQv/?lang=pt>.
 38. Toledo L, David HMSL, Mariz A, et al. Profissionais de Enfermagem: a força de trabalho que sustenta a saúde no país. *A Folha de São Paulo*. 28 maio 2021. [acesso em 2022 abr 19]. Disponível em: <https://saudeempublico.blogfolha.uol.com.br/2021/05/28/profissionais-de-enfermagem-a-forca-de-trabalho-que-sustenta-a-saude-no-pais/#:~:text=A%20enfermagem%20corresponde%20a%2070,enfermagem%20por%20mil%20habitantes%2C%20respectivamente>.
 39. Toso BRGO, Fungueto L, Maraschin MS, et al. Atuação do enfermeiro em distintos modelos de Atenção Primária à Saúde no Brasil. *Saúde debate*. 2021 [acesso em 2022 abr 8]; 45(130):666-680. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/ShNmfkYmzhTVcB-DfYPYgYVF/>.
 40. Bastos PO, Moreira Júnior JJ, Norjosa MES, et al. Atuação do enfermeiro brasileiro no ambiente escolar: revisão narrativa. *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento*. 2021 [acesso em 2022 abr 19]; 10(9). Dis-

ponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/18089>.

41. Silva JRQ, Silva AD, Menegon VGS. A atuação da enfermagem no programa saúde na escola: o desafio do trabalho em rede. *Rev Ele Acervo Saúde*. 2017 [acesso em 2022 maio 2]; 6:461-468. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/7861>.

42. Medeiros ER, Pinto ESG, Paiva ACS, et al. Facilidades e dificuldades na implantação do Progra-

ma Saúde na Escola em um município do nordeste do Brasil. *Rev Cuid*. 2018 [acesso em 2022 maio 2]; 9(2):2127-2134. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2216-09732018000202127&lng=es&nrm=is&tlng=pt.

Recebido em 07/05/2022

Aprovado em 23/08/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Abrangência do Programa Saúde na Escola em Vitória de Santo Antão-PE

Scope of the School Health Program in the municipality of Vitória de Santo Antão in the State of Pernambuco, Brazil

Priscila Maria da Cruz Andrade¹, Rayane Tamyres da Silva¹, Taline de Paiva Pereira¹, Bruno Rafael Vieira Souza Silva¹, Ladyodeyse da Cunha Silva Santiago¹, José Eudes de Lorena Sobrinho¹, Mirian Domingos Cardoso¹

DOI: 10.1590/0103-11042022E304

RESUMO A pesquisa objetivou descrever, por meio de um estudo de avaliação, o alcance do Programa Saúde na Escola (PSE) em Vitória de Santo Antão-PE, no ano de 2016. Os dados foram coletados entre outubro de 2016 e fevereiro de 2017, mediante fonte documental das Secretarias Municipal de Saúde, de Educação e da Gerência Regional de Educação. O município apresentou 52 escolas cadastradas, e 26 realizaram alguma atividade referente ao programa. As ações englobaram atividades do componente I, como, por exemplo, 'Avaliação antropométrica', 'Verificação da situação vacinal', 'Promoção e avaliação da saúde bucal'. As temáticas do componente II também foram verificadas, como 'Promoção das práticas corporais e atividade física', 'Ações de segurança alimentar e alimentação saudável', 'Promoção da saúde ambiental e desenvolvimento sustentável', com foco nas arboviroses. O quantitativo de ações na zona urbana foi superior quando comparada a área rural. Um bom número de escolas cadastradas contrastando com a baixa ativação (implementação) do PSE ou, ainda, um alcance 'muito ruim' dos estudantes permearam as respostas da pesquisa, possibilitando a solidificação de subsídios para o surgimento de questionamentos essenciais às novas intervenções nesse campo de pesquisa e fornecendo outros conhecimentos sobre o programa para o público geral.

PALAVRAS-CHAVE Serviços de saúde escolar. Planos e programas de saúde. Política pública. Avaliação de programas e projetos de saúde.

ABSTRACT *The research aimed to describe, through an evaluation study in 2016, the scope of the School Health Program (PSE) in the municipality of Vitória de Santo Antão State of Pernambuco in the Northeast region of Brazil. Data were collected between October 2016 and February 2017 using documental source from the Municipal Health and Education secretaries and the Regional Education Management. The municipality had 52 registered schools and 26 carried out some activity related to the program. The actions encompassed component I activities such as 'Anthropometric assessment', 'Verification of vaccination status', 'Oral health promotion and assessment', for example. The themes of component II were also verified such as 'Promotion of body practices and physical activity', 'Food safety and healthy eating actions', 'Promotion of Environmental Health and sustainable development', with focus on arboviruses. The number of actions in the urban area was higher when compared to the rural area. A good number of registered schools contrasting with the low activation (implementation) of the PSE, or even a 'very bad' reach of students, permeated the survey answers, enabling the solidification of subsidies of essential questions to new interventions in this research field and providing other knowledges about the program to the general public.*

¹Universidade de Pernambuco (UPE) – Recife (PE), Brasil.
priscila.mcandrade@upe.br

KEYWORDS School health service. Health programs and plans. Public policy. Program evaluation.



Introdução

A adolescência, de maneira geral, é vista como uma etapa da vida pouco provável para os adoecimentos, porém, é uma época em que os determinantes sociais de saúde têm grande impacto¹. Dessa maneira, o processo saúde-doença é influenciado por fatores como acesso à educação, violências e desigualdades sociais predominantemente; e o reflexo negativo de tais condições sobre os adolescentes torna-os indivíduos vulneráveis a agravos e a riscos como, por exemplo, doenças sexualmente transmissíveis e Aids, uso abusivo de álcool e outras drogas, morte por causas externas².

Destarte, pensar a saúde desse grupo populacional com ações inovadoras por meio de intervenções intersetoriais e interdisciplinares é uma prioridade que demanda o direcionamento estratégico de políticas públicas, objetivando propiciar o desenvolvimento integral das potencialidades dos adolescentes em seus aspectos físicos, psíquicos e sociais, assim como a elaboração de intervenções que cultivem os hábitos ou mudanças destes, a fim de reduzir comportamentos considerados de risco para a saúde geral dos jovens¹.

A escola, por ser um âmbito que comporta grande parte dos adolescentes e jovens, tornou-se instrumento ativo de disseminação e incentivo a hábitos e práticas saudáveis, realizadas, em sua maioria, por intermédio de programas e ações de educação em saúde, a exemplo do Programa Saúde na Escola (PSE). Implantado em 2007, é uma estratégia elaborada pelos Ministérios da Saúde e da Educação contemplando a construção de políticas intersetoriais e apresentando, dentre seus objetivos, o enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças, adolescentes e jovens brasileiros³.

Em 2016, período estudado, o PSE era estruturado em cinco componentes que delimitavam as ações a serem desenvolvidas pelos municípios nas escolas, dois destes, os componentes I e II, designavam as ações que deveriam ser abordadas diretamente com o público

inserido em suas instituições de alcance. As ações do primeiro componente referiam-se à avaliação clínica e psicossocial, voltadas à obtenção de informações sobre crescimento, desenvolvimento e saúde mental das crianças, adolescentes e jovens. No componente II, as propostas traziam estratégias de promoção de saúde e prevenção de agravos e doenças, visando contribuir para que os educandos fizessem escolhas mais saudáveis à saúde²⁻⁴.

Os temas e as práticas presentes nos componentes acima citados variavam de verificação do cartão vacinal, avaliação antropométrica, análise da saúde bucal, promoção da cultura de paz, práticas corporais a atividade física, entre outros, e deveriam ser trabalhados em acordo com sua essencialidade nas instituições, não havendo uma rigidez por parte das diretrizes do programa para a abordagem em totalidade.

Em sua concepção, o PSE é tido como a expressão atual das escolas promotoras de saúde no Brasil⁵, estendida em uma política pública que tem, principalmente, a intenção de melhoria da qualidade de vida dos estudantes e seu entorno escolar, por meio da prática continuada da educação em saúde. Hoje, após 15 anos da implantação do PSE no País, os estudos e os interesses sobre ele crescem notoriamente. Ciente do potencial atrelado às entrelinhas dessa estratégia, este estudo descreve o alcance do PSE e as principais temáticas abordadas nas práticas realizadas em Vitória de Santo Antão-PE.

Material e métodos

Trata-se de um estudo de avaliação, baseado em informações de cunho secundário, obtidas mediante fonte documental das Secretarias Municipal de Saúde, de Educação e da Gerência Regional de Educação (GRE) de Vitória de Santo Antão-PE. O PSE, à época, utilizava um sistema de informação próprio para o detalhamento das ações do componente II, que é o Sistema Integrado de Monitoramento, Execução e Controle (Simec), porém, encontrava-se desatualizado, direcionando a

busca de dados para as fontes documentais encontradas nos locais de desenvolvimento do programa.

A coleta foi realizada entre o período de outubro de 2016 e fevereiro de 2017, utilizando os relatórios arquivados nas instituições visitadas. A documentação arquivada fisicamente nas secretarias foi verificada manualmente em busca das descrições dos quantitativos referentes ao número de escolas do município; número de escolas inseridas no PSE; número de alunos de cada instituição, número de alunos que foram contemplados com as ações do PSE no município inteiro e em cada local específico; número de ações desenvolvidas; ações desenvolvidas; Unidades de Saúde da Família (USF) do município atuante no programa e número de escolas participantes e não participantes no PSE.

O alcance foi obtido por meio da relação do quantitativo total de alunos, escolas e ações do

PSE com o número de elegíveis à participação segundo o direcionamento do modelo avaliador de programas RE-AIM. Construído por Glasgow et al.⁶, em 1999, e traduzido e adaptado para a realidade brasileira por Almeida et al.⁷, em 2013, o modelo é um caminho metodológico que busca ajudar pesquisadores e gestores na avaliação e planejamento de programas e políticas de saúde⁸.

É organizado mediante designações e direcionamentos para a realização de avaliações dos aspectos de cinco vertentes diferentes inerentes às políticas e aos programas públicos, que são: Alcance (*reach*), Efetividade ou eficácia (*efficacy or effectiveness*), Adoção (*adoption*), Implementação (*implementation*) e Manutenção (*maintenance*)⁷. O presente estudo se ateve a avaliar o alcance e utilizou a fórmula preconizada pelo método para os cálculos necessários, sendo descrita a seguir:

Equação 1. Cálculo para obtenção da esfera 'alcance'

$$ALCANCE (REACH) = \frac{\text{N}^\circ \text{ de pessoas que participaram}}{\text{N}^\circ \text{ de pessoas elegíveis}}$$

Para a adequação ao objeto de estudo, foram considerados como 'pessoas' as escolas, os temas e os alunos, obtendo, assim, o alcance do programa e suas temáticas no total de escolas do município e no quantitativo de alunos incluídos pelas ações; e definiram-se como 'escolas ativadas' aquelas nas quais alguma ação do PSE foi realizada no ano avaliado.

Os dados foram agrupados de forma a descrever o alcance geral do PSE e suas ações no município, mas também foram fragmentados a ponto de narrar esse alcance em nível de escolas municipais e estaduais, sendo as municipais divididas por zona de localização (rural ou urbana). Para uma organização plausível de entendimento e aproximação com a realidade

do programa, as ações foram expostas em tabelas baseadas pela divisão estabelecida entre os componentes I e II do PSE.

Na análise dos indicadores, estabeleceu-se, pelos pesquisadores, um parâmetro de avaliação do alcance para o estudo, no qual se classificou como Alcance 'Excelente' quando o indicador atingiu entre 0,81 e 1,0; 'Bom', se o atingimento variou de 0,61 a 0,80; 'Regular', se a variação foi de 0,41 a 0,60; 'Ruim', de 0,21 a 0,40; e 'Muito Ruim', se \leq a 0,20. As informações coletadas foram digitadas e analisadas no programa Microsoft Office Excel[®] 2007.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Pernambuco sob CAEE: 56337416.4.0000.5207.

Resultados

No ano de 2016, existiam 74 escolas públicas no município de Vitória de Santo Antão-PE, sendo 26 na zona urbana, 39 na zona rural e 9 de domínio estadual. Do total de escolas, 52 estavam cadastradas no PSE, representando um alcance de 0,70; e destas, 23 realizaram pelo menos uma atividade inerente ao PSE nesse ano, abarcando um alcance geral de

0,36 escolas ativadas na cidade. Ademais, 3 escolas ativadas não faziam parte do cadastro do município.

Na *tabela 1*, está descrito o alcance do PSE no município de acordo com a localização/gestão da escola, em que mostra que o alcance ativo do PSE na localização urbana foi maior do que na rural e apresentou uma melhor classificação no alcance de cadastro quando comparado ao alcance real do programa em todas as esferas.

Tabela 1. Descrição do alcance do PSE no município de Vitória de Santo Antão-PE no ano de 2016

Escolas no Município	Alcance Cadastro				Alcance Ativo		
	Escolas existentes	Escolas cadastradas	Indicador	Classificação	Escolas ativadas	Indicador	Classificação
Municipal Geral	74	52	0,7	Bom	29	0,39	Ruim
Municipal Rural	39	21	0,54	Regular	11	0,28	Ruim
Municipal Urbano	26	24	0,92	Excelente	15	0,58	Regular
Estadual	9	7	0,78	Bom	3	0,33	Ruim

Fonte: elaboração própria.

A *tabela 2* trata do alcance de acordo com os componentes e demonstra que, de forma geral, o município apresentou um bom e excelente alcance para os componentes I

e II respectivamente, entretanto, alcances regular ou ruim nesses componentes quando observados por localização/abrangência.

Tabela 2. Descrição do alcance das ações do PSE nas escolas, por componente, no município de Vitória de Santo Antão-PE

Esfera / Localização	Componente I				Componente II			
	Nº de ações cadastradas	Nº Ações realizadas	Alcance	Classificação	Nº de ações cadastradas	Nº Ações realizadas	Alcance	Classificação
Municipal Geral	7	5	0,71	Bom	8	8	1	Excelente
Municipal Rural	7	2	0,28	Ruim	8	3	0,37	Ruim
Municipal Urbana	7	4	0,57	Regular	8	5	0,62	Bom
Estadual	7	2	0,28	Ruim	8	3	0,37	Ruim

Fonte: elaboração própria.

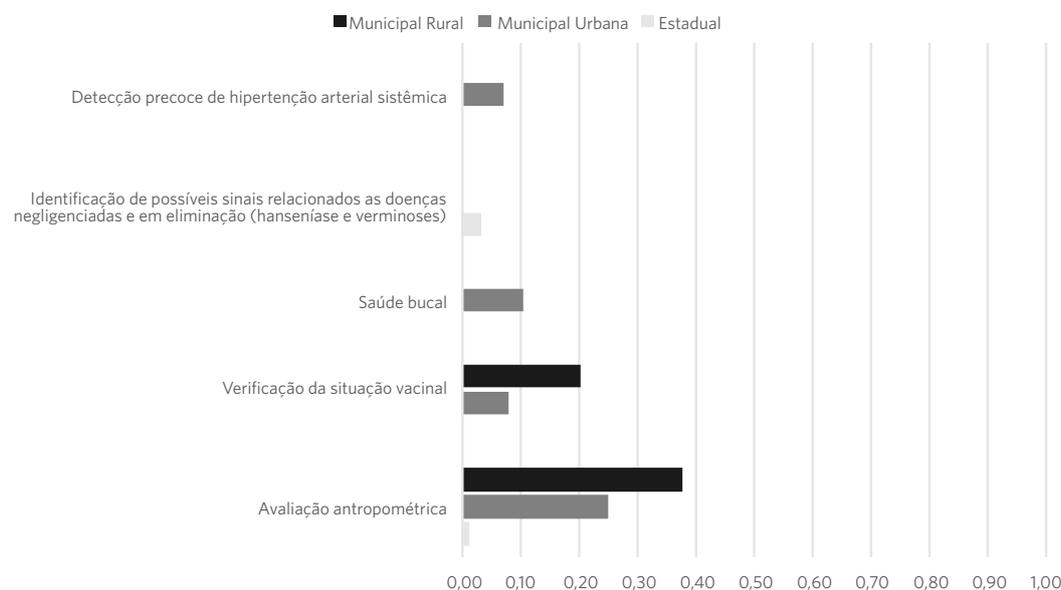
Acerca das atividades inseridas no componente I que foram realizadas (*gráfico 1*), avaliação antropométrica foi uma prática comum às três esferas enquanto verificação da situação vacinal ocorreu nas localizações urbana e rural; saúde bucal e detecção precoce de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) foram trabalhadas apenas na zona urbana, e identificação de possíveis sinais direcionados às doenças negligenciadas (hanseníase e verminoses) foi realizada nos âmbitos estadual e rural.

A classificação do alcance na localização rural mostrou-se ‘Muito ruim’ para o

tema verificação da situação vacinal e ‘ruim’ quando a temática foi avaliação antropométrica. Os demais temas foram ausentes nessa região.

Nas escolas estaduais, os temas abordados foram identificação de possíveis sinais relacionados às doenças negligenciadas e em eliminação (hanseníase e verminoses) e avaliação antropométrica, entretanto, ambas com alcance ‘muito ruim’ entre os alunos. Na esfera urbana, HAS, saúde bucal e situação vacinal apresentaram alcance ‘muito ruim’, e avaliação antropométrica, ‘ruim’.

Gráfico 1. Alcance, em 2016, das ações do componente I do PSE, relativo ao número de alunos participantes nas escolas ativadas de Vitória de Santo Antão-PE, de acordo com tema e esfera/localização da escola



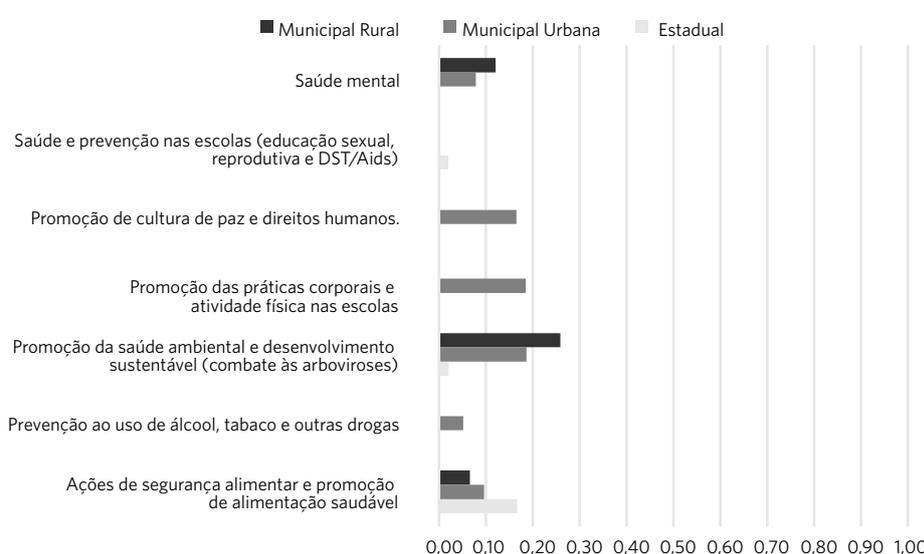
Fonte: elaboração própria.

O componente II (*gráfico 2*) foi alcançado com as temáticas de ações de segurança alimentar e promoção de alimentação saudável em todas as localizações. Saúde mental fez-se presente em escolas da zona rural e urbana, enquanto a temática saúde e prevenção nas escolas com ênfase em doenças sexualmente transmissíveis foi abordada em algumas instituições de nível estadual. As práticas acerca da promoção da cultura de paz e direitos

humanos, assim como prevenção do uso de álcool e outras drogas, aconteceram em escolas da zona urbana (*gráfico 2*)

Nesse componente, os indicadores mostram uma classificação de alcance dos alunos ‘muito ruim’ para todas as temáticas abordadas nas escolas em todas as localizações, exceto quando a temática trabalhada foi prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas, que obteve uma classificação ‘ruim’ na zona urbana.

Gráfico 2. Alcance, em 2016, das ações do componente II do PSE, relativo ao número de alunos participantes nas escolas ativadas de Vitória de Santo Antão-PE, de acordo com tema e esfera/localização da escola



Fonte: elaboração própria.

Discussão

Para a execução do PSE no município no ano da pesquisa, ficou uma pactuação anual por meio de um Termo de Compromisso entre essa instância e o Estado no que diz respeito à responsabilidade de contemplar as escolas que fossem cadastradas. Além disso, as atividades do programa deviam ser realizadas por profissionais de saúde vinculados à Estratégia Saúde da Família (ESF) em conjunto com profissionais integrantes das escolas³.

De acordo com Machado, o programa tem mobilizado ações importantes no território nacional, mesmo não acontecendo de forma homogênea entre as regiões¹³, corroborando os resultados encontrados neste estudo para o alcance geral do PSE no município estudado, apontando para uma disparidade entre as escolas que estavam cadastradas no ano de 2016 e as que realizaram alguma atividade sob a intenção do programa nesse ano, levando a supor que exista uma possível dificuldade em abarcar o quantitativo pactuado.

Um estudo realizado no município de Fortaleza-CE¹⁴ apontou a importância da responsabilidade partilhada entre educação e saúde para a manutenção e execução das ações nas escolas de abrangência do PSE e apresentou essa parceria como fator positivo na superação dos desafios. Nessa perspectiva, o alcance encontrado neste estudo favorece a formulação de questionamentos que precisam de respostas como: educação e saúde têm caminhado juntas proporcionando a intersetorialidade e cumprimento das ações? O número de profissionais é suficiente para contemplar todas as escolas? Como essa organização de demanda anual acontece?

Outro ponto importante percebido foi a diferenciação do alcance entre as zonas urbanas e rurais classificadas como ‘regular’ e ‘ruim’ respectivamente. Se o olhar for geral, ambas precisam ser melhoradas, e quando se especifica a análise para as duas esferas, percebe-se que a necessidade de modificação do alcance em escolas da zona rural é ainda maior. Confabula-se que a dificuldade de acesso e transporte contribua para essa

realidade, e muito já se foi discutido sobre as dificuldades que os alunos de escolas rurais enfrentam em diversos aspectos, como os de infraestrutura, recursos, disponibilidade de professores, questões alimentares, inatividade física, por exemplo¹⁵⁻¹⁷. A respeito do PSE, o que os resultados sugerem é que a possível concretização dos objetivos preconizados pelo programa torna-se ainda mais utópica se o discurso fragmentado e ‘sem solução’ traçado para as escolas rurais, mais uma vez, for ouvido e reafirmado.

Perante todas as questões, emerge mais um fator destoante, várias escolas cadastradas, sejam estaduais, urbanas ou rurais, não foram alcançadas pelas atividades, porém três escolas sem cadastro foram contempladas. As perguntas se refazem no sentido de pensamento de que houve profissionais para tais ações, e por que para as outras escolas, não? E, mais uma vez, a maneira de desdobramento prático do programa no município é posto em questão.

As respostas encontradas neste artigo passaram o alcance de cadastro e atividade das escolas verificando também as relações entre ações preconizadas, abordadas e os diferenciais entre as localizações de alcance destas. Nesse aspecto, se for considerada a comparação direta entre quantidade das ações estabelecidas pelas diretrizes do programa e as abordadas em todo município, o alcance é excelente, visto que Vitória de Santo Antão-PE concretizou, pelo menos uma vez, cinco ações do componente I das sete preestabelecidas e as oito que constituem o componente II durante o ano pesquisado¹⁸.

De maneira recorrente, as localizações apresentaram diferenças, principalmente entre as práticas das zonas urbanas e rurais. Para além dessa diferenciação de esferas, sugere-se uma ausência de unidade para a seleção de quais ações devem ser desenvolvidas. A impressão é que existe uma conveniência norteando as escolhas em detrimento das necessidades de cada local.

As ações de avaliação antropométrica, saúde bucal, detecção precoce de hipertensão arterial, ações de promoção da alimentação

saudável foram alguns dos temas abordados nas ações do município e corroboram os resultados da pesquisa intitulada ‘Programa Saúde na Escola: estratégia promotora de saúde na atenção básica no Brasil’, realizada segundo fontes documentais do Ministério da Saúde em nível nacional, que aponta as ações supracitadas como as predominantes na região Nordeste do País¹³.

Quando se verifica a quantidade de alunos abordados por cada tema nas diferentes localizações, entende-se mais claramente a fragilidade da atuação do PSE. Classificado entre ‘muito ruim’ e ‘ruim’, esse alcance alarma para uma carência que interfere de maneira impactante nas respostas esperadas pelo programa. De acordo com as diretrizes do PSE, os objetivos principais de promoção da saúde e cultivo de hábitos saudáveis serão atingidos de maneira a mudar o panorama da saúde do adolescente no município se o público-alvo participar das ações impreterivelmente⁴. Isso reafirma que concretizar os objetivos de melhoria na qualidade de vida dos envolvidos depende diretamente dessa participação, e a escassez e a pontualidade desta inviabilizam a solidificação das diretrizes do programa.

O baixo alcance de um programa de saúde implantado e pactuado não é realidade apenas para o PSE. Sabe-se que outras intervenções que decidiram por realizar ações pontuais também demonstraram dificuldades em cumprir os objetivos propostos⁹⁻¹².

Esta pesquisa apresenta as limitações dos estudos que utilizam dados secundários e informações documentais, como ausência e qualidades dos dados/informações coletadas.

Embora o PSE possuísse um sistema de monitoramento digital de suas ações em 2016 (Sistema Integrado de Monitoramento, Execução e Controle do Ministério da Educação – Simec)¹⁹, cuja alimentação estava sob a responsabilidade dos gestores estaduais e municipais do programa, esta não era executada de forma rotineira, o que impossibilitou um monitoramento ou avaliação real e confiável a partir dessa ferramenta. A ausência de

informações confiáveis no Simec estadual e municipal direcionou os investigadores a recorrer aos relatórios documentais das equipes de Saúde da Família envolvidas no programa para obter os dados necessários, entretanto, a inexistência de uma padronização dos relatórios das equipes também culminou na deficiência de informações, como a faixa etária dos alunos abordados, a série destes ou a identificação dos profissionais que conduziram as ações, por exemplo.

A alimentação do sistema é fator determinante para a continuidade da pactuação do programa, sendo esta a maneira utilizada para seu acompanhamento e confirmação de funcionamento. O Simec era composto por uma ficha de relatório que possibilitava a descrição de informações, como o profissional que conduziu a ação, o tema trabalhado e a maneira de desdobramento da atividade, porém, não era necessário que todos os itens fossem preenchidos para que o sistema cadastrasse os dados, sendo esta uma hipótese para a escassez de dados que foi observada pelos pesquisadores.

Não obstante as limitações apontadas, este estudo traz contribuições que poderão servir para avaliações mais abrangentes nos níveis estadual e nacional uma vez que usa uma metodologia já bem validada e propõe parâmetros de comparação. Outra contribuição que este estudo traz é apontar a necessidade de ações governamentais que viabilizem a real implementação do programa no País.

Conclusões

O presente artigo é um recorte do PSE no ano de 2016. Discorre sobre a avaliação da educação continuada em saúde; um tema relevante e atual que, em situação de êxito, traz impactos positivos para a estruturação da saúde pública brasileira. É sabido que o

PSE vem sendo implementado em diversas regiões do País e apresenta resultados distintos, contemplando as peculiaridades de objetivos e ações de cada intervenção ao longo do território nacional. Porém, a baixa regularidade, apesar de crescente, das pesquisas que envolvam a avaliação dessa estratégia em um nível regional maior, impede um confronto ou afirmação direta de alguns dos resultados expostos neste manuscrito.

Achados como disparidades regionais relativas ao alcance e realização do PSE, expressas por meio do quantitativo superior de ações na zona urbana do município quando comparada à área rural, assim como um bom número de escolas cadastradas contrastando com a baixa ativação (implementação) do PSE – ou ainda um alcance ‘muito ruim’ dos estudantes, público-alvo do programa –, permearam as respostas da pesquisa; possibilitando a solidificação de subsídios para o surgimento de questionamentos essenciais às novas intervenções científicas nesse campo e fornecendo outros conhecimentos sobre o programa para o público geral.

Colaboradores

Cardoso MD (0000-0002-2256-8874)* contribuiu para a concepção da obra, análise e interpretação dos dados para o trabalho, assim como, para a redação e revisão do texto. Lorena Sobrinho JE (0000-0001-7820-735X)*, Santiago LCS (0000-0003-3118-7018)* e Silva BRVS (0000-0002-6140-6990)* contribuíram igualmente para a redação e revisão do texto. Silva RT (0000-0003-4651-1941)* e Pereira TP (0000-0001-8363-3871)* contribuíram igualmente para a análise e interpretação dos dados para o trabalho. Andrade PMC (0000-0002-7321-2114)* é responsável pela elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Gonzales HR, Machado MMT, Barros MVG, et al. Promoção da saúde em crianças e adolescentes. João Pessoa: Imprell; 2016.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, DF: MS; 2007.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Instrutivo PSE. Brasília, DF: MS; 2011.
4. Brasil. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007: Institui o Programa Saúde na Escola (PSE), e dá outras providências. Diário Oficial da União. 6 Dez 2007.
5. Barbieri AF, Noma AK. Políticas públicas de educação e saúde na escola: apontamentos iniciais sobre o Programa Saúde na Escola (PSE). Maringá: Universidade Estadual de Maringá; 2013. [acesso em 2018 ago 20]. Disponível em: http://www.ppe.uem.br/publicacoes/seminario_ppe_2013/trabalhos/co_01/08.pdf.
6. Glasgow ER, Vogt TM, Boles MS. Evaluating the Public Health Impact of Health Promotion Interventions: The RE-AIM Framework. *Am J Public Health*. 1999; 89(9):1322-7.
7. Almeida FA, Brito FA, Estabrooks PA. Modelo RE-AIM: Tradução e Adaptação cultural para o Brasil RE-AIM framework: Translation and Cultural adaptation to Brazil Modelo RE-AIM: Traducción y Adaptación Cultural para el Brasil. *REFACS*. 2013; 1(1):6-16.
8. Benedetti TRB, Schwingel A, Zajko WC, et al. RE-AIM: uma proposta de avaliação de programas de atividade física. *Rev Kairós Gerontol*. 2014; 17(2):295-314.
9. Cunha DB, Souza BSN, Pereira RA, et al. Effectiveness of a Randomized School-Based Intervention Involving Families and Teachers to Prevent Excessive Weight Gain among Adolescents in Brazil. *Plos one*. 2013; 8(2):e57489.
10. Ferreira IRC, Moysés SJ, França BHS, et al. Percepção de gestores locais sobre a intersetorialidade do programa saúde na escola. *Rev Bras educ*. 2014; 19(56):61-76.
11. Viana FJM, Faúndes A, Mello MB, et al. Fatores associados a sexo seguro entre alunos de escolas públicas em Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2007; 23(1):43-51.
12. Oliveira MAFC, Bueno SMV. Comunicação educativa do enfermeiro na promoção da saúde sexual do Escolar. *Rev. latino-am Enfermagem*. 1997; 5(3):71-81.
13. Machado MFS, Gubert FA, Meyer APGFV, et al. Programa Saúde na Escola: estratégia promotora de saúde na atenção básica no Brasil. *Rev bras crescimento desenvolv hum*. 2015; 25(3):307-312.
14. Santiago LM, Rodrigues MTP, Oliveira Junior ADO, et al. Implantação do programa saúde na escola em Fortaleza-CE: atuação da equipe da estratégia saúde da família. *Rev Bras Enferm*. 2012; 5(6):1026-1029.
15. Muller WA, Silva MC. Barreira à prática de atividade físicas de adolescentes escolares da zona rural do sul do Rio Grande do Sul. *Rev bras ativ fis saúde*. 2013; 18(3):344-346.
16. Barros MS, Fonseca VM, Meio MDBB, et al. Excesso de peso entre adolescentes em zona rural e a alimentação escolar oferecida. *Cad. Saúde Coletiva*. 2013; 21(2):201-208.
17. Lepsen AM, Silva MC. Prevalência e fatores associados à insatisfação com a imagem corporal de adolescentes de escolas do ensino médio da Zona Rural da Região Sul do Rio Grande do Sul, 2012. *Epidemiol serv saúde*. 2014; 23(2):317-325.

18. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde: Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. Brasília, DF: MS; 2010.

DF: MEC; [s.d.]. [acesso em 2015 nov 15]. Disponível em: simec.gov.br.

19. Brasil. Ministério da Educação. Sistema Integrado de Monitoramento Execução e Controle. Brasília,

Recebido em 10/05/2022
Aprovado em 09/09/2022
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Integração das ações do Programa Saúde na Escola entre profissionais da saúde e da educação: um estudo de caso em Belo Horizonte, Minas Gerais

Integration of School Health Program actions among health and education professionals: a case study in Belo Horizonte, Minas Gerais

Fernanda Piana Santos Lima de Oliveira¹, Andrea Maria Duarte Vargas², Zulmira Hartz³, Sônia Dias³, Efigênia Ferreira e Ferreira²

DOI: 10.1590/0103-11042022E305

RESUMO O Programa Saúde na Escola tem como meta a construção de escolas saudáveis. Estudo de caso, de abordagem qualitativa com intenção de identificar e compreender como se comportam, no esforço de integração, profissionais envolvidos no Programa Saúde na Escola, a partir de sua inserção nas atividades preconizadas. Após construção do modelo lógico do programa, foi realizado consenso com experts para elaboração de matriz de indicadores, originando roteiro semiestruturado. Foram realizadas 25 entrevistas, nas Unidades Básicas de Saúde e Escolas de Ensino Fundamental, além das Gerências Regionais da Saúde e da Educação. As práticas foram consideradas multissetoriais, sem soma de esforços e coparticipação efetiva, sendo planejadas por um único setor ou profissional; os gaps existentes são reconhecidos tanto quanto a importância do programa; as práticas acontecem com baixo vínculo entre equipes. A forma fragmentada de perceber os problemas dos escolares dificulta essa integração.

PALAVRAS-CHAVE Colaboração intersetorial. Serviços de saúde escolar. Promoção da saúde. Assistência integral à saúde.

ABSTRACT *The School Health Program aims to build healthy schools. This qualitative case study aimed to identify and understand how professionals involved in the School Health Program behave in the integration based on their inclusion in the recommended activities. The consensus was reached with experts to develop a matrix of indicators after building the Program's logical model, resulting in a semi-structured roadmap. Twenty-five interviews were held in the Basic Health Units, Elementary Schools, and the Regional Health and Education Administrations. The practices were multisectoral, with no combined efforts and effective co-participation, planned by a single sector or professional, the existing gaps are recognized as much as the importance of the program, and the practices are implemented with a low bond between teams. The fragmented perception of students' problems hinders this integration.*

KEYWORDS *Intersectoral collaboration. School health services. Health promotion. Comprehensive health care.*

¹Centro Universitário FIPMoc (UNIFIPMoc) - Montes Claros (MG), Brasil. fernandapiana@gmail.com

²Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) - Belo Horizonte (MG), Brasil. (Ferreira EF in memoriam)

³Universidade Nova de Lisboa (UNL), Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT), Global Health and Tropical Medicine (GHTM) - Lisboa, Portugal.



Introdução

Com o avanço dos conhecimentos sobre os determinantes sociais da saúde, novas estratégias foram e continuam sendo pensadas, para o enfrentamento das iniquidades em saúde. Considerando a complexidade da interrelação desses determinantes, fica evidente a necessidade de um trabalho intersetorial, que permita a corresponsabilização de diversos setores, na redução do nível médio de risco de uma população, bem como o aumento do impacto de intervenções^{1,2}.

Dessa forma, os envolvidos com saúde pública enfrentam o desafio de estabelecer a cooperação entre diferentes setores da sociedade, para promover ações efetivas e sistematizadas para a melhoria da saúde da população³.

O Programa Saúde na Escola (PSE) é uma política intersetorial da saúde e educação, que visa à formação integral dos escolares da educação básica, com o aporte de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde nas escolas. O PSE preconiza a integração entre a educação básica e as equipes de Saúde da Família, articulando políticas e ações de educação e de saúde, com a participação da comunidade⁴. A integração foi considerada, neste artigo, como a oferta de serviços em um mesmo território, incluindo a sustentabilidade das ações por meio da formação das redes de corresponsabilidades, colocando em questão como os serviços estão se relacionando, qual o padrão de comunicação entre as diferentes equipes e serviços, e que modelos de atenção e gestão estão sendo produzidos⁵.

Ante o exposto, pretende-se identificar e compreender como se comportam, no esforço de integração, os profissionais envolvidos, a partir de sua inserção nas atividades preconizadas pelo PSE.

Material e métodos

Segundo Akerman et al.⁶, não existe uma teoria fundamentada sobre a intersetorialidade que

ampare uma avaliação. Cada contexto irá demandar situações diferenciadas de articulação, que permitam o planejamento e a cooperação, com a finalidade de discutir interesses, evitando duplicidade de ações, articulando recursos e conhecimentos. Nesse estudo, a intersetorialidade foi compreendida como a integração, as relações estabelecidas, entre a saúde e a educação para o planejamento, a execução e a avaliação de ações relacionadas com o PSE, levando em consideração as especificidades de cada setor, a presença de envolvimento da comunidade escolar, a concretização de práticas sistematizadas e, ainda, a presença de formação de redes de cooperação para o alcance de sustentabilidade, articulando saberes e experiências¹.

Optou-se pelo estudo de caso⁷, com processo de análise qualitativa de estudos com base empírica⁸, tendo como caso o Programa Saúde na Escola em Belo Horizonte (PSEBH).

O PSEBH se orienta para uma gestão compartilhada entre o Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTI-M), as coordenações regionais (Gerência do Programa Família Escola – Gerbes e Gerência de Assistência à Saúde – Gerasa), as gerências das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as direções das Escolas Municipais de Ensino Fundamental (Emef)⁹. Além disso, atuam no PSEBH uma equipe volante, ligada às UBS, que se responsabiliza principalmente pelo levantamento das necessidades em saúde em cada escola, e o assistente do PSE, executor principal das atividades desenvolvidas na escola, contratado pela própria escola. Dessa maneira, foram incluídos no estudo: entrevistados da gestão, e das áreas de saúde e educação, envolvidos nas ações do PSE.

A pesquisadora principal, que ficou responsável pelas entrevistas, teve seu primeiro contato com os entrevistados a partir desta pesquisa. Portanto, não tinha envolvimento prévio com nenhum deles.

Inicialmente, com base na legislação e normas vigentes para esse programa, foi construído o modelo teórico e lógico do PSE¹⁰,

contemplando aspectos da gestão, formação/capacitação e as atividades previstas. Esse modelo se fundamentou nos seguintes documentos: o Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007⁴, que institui o PSE; o Caderno de Atenção Básica nº 24 – Saúde na Escola¹¹; o Manual Institutivo do PSE¹²; o Manual Operacional do PSEBH⁹; e o Caderno Gestor do PSE⁵.

O modelo teórico e lógico foi uma maneira visual e sistemática de configurar o desenho do funcionamento do PSE, delineando os aspectos básicos, desde o planejamento até os resultados esperados¹³, sendo apresentado na *figura 1*.

A partir desse modelo, foi organizada uma matriz de indicadores que contemplasse a integração profissional. A matriz de indicadores (*quadro 1*) foi validada por meio de um consenso entre profissionais utilizando a Técnica Delphi^{14,15}. Os profissionais foram convidados a participar, de forma intencional, voluntária e oriundos de dois grupos: oito professores-pesquisadores de instituições de ensino, com vivência no tema do estudo; e nove gestores e/ou profissionais do serviço, envolvidos com o PSE, todos considerados *experts* no assunto.

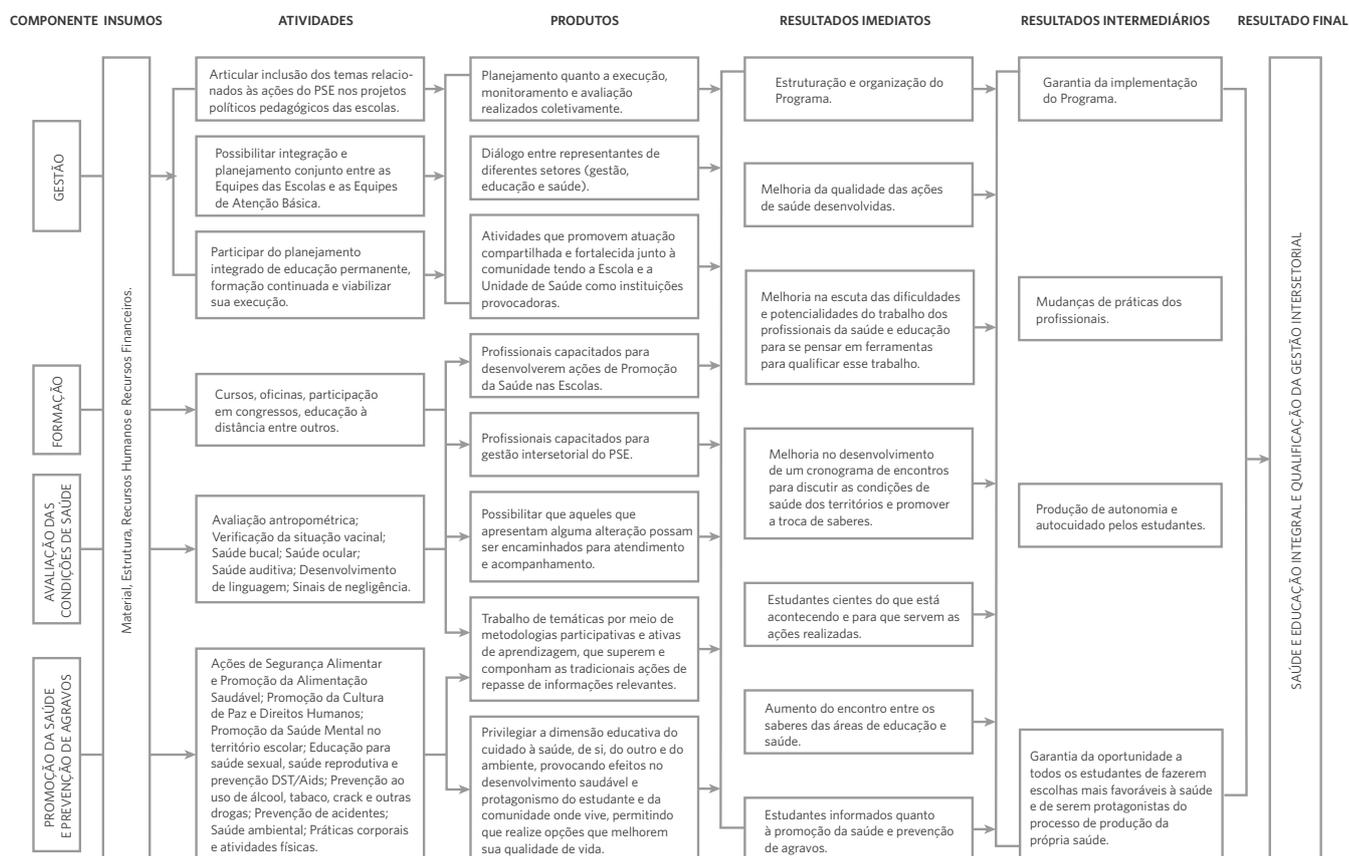
Todas as informações e orientações necessárias aos participantes, além do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foram enviadas previamente por *e-mail*. Em seguida, cada profissional recebeu o documento para a apreciação e análise. Ao final das avaliações qualitativas (imprescindível, necessário ou dispensável) e quantitativa (pontuação de 1 a 4 para cada assertiva), foram calculadas as médias, para aferir a importância atribuída, bem como os desvios-padrão, para verificar o grau do consenso sobre os indicadores apresentados. Foi preciso três rodadas, até se conseguir o consenso para a elaboração de uma matriz relevante de indicadores (*quadro 1*).

Com base nessa matriz, foi elaborado o roteiro semiestruturado, previamente testado em uma entrevista, excluída da amostra do estudo principal. O roteiro tratava da participação da gestão, escola e UBS no planejamento, desenvolvimento e avaliação das atividades pactuadas, tendo como pergunta inicial e norteadora: ‘Você conhece o Programa Saúde na Escola?’.

A amostra foi constituída a partir de duas Emef, das UBS de referência e das respectivas Regionais da Saúde e da Educação, selecionadas intencionalmente, tendo como critérios de inclusão: estar inserida no PSE e apresentar cenários diferentes de desenvolvimento das atividades do PSE. Essa seleção recebeu a concordância das direções das Emef, das gerências das UBS, da Gerasa e da Gerbes.

Foram realizadas 25 entrevistas, com tempo médio de 30 minutos cada, com profissionais das UBS (n=11) e das Emef (n=10) da amostra, além dos profissionais das gerências regionais da saúde e da educação (n=4). Nas escolas, foram entrevistados diretores, assistentes do PSE, professores, coordenadores pedagógicos, coordenadores da escola integrada e cantineiras. Nas UBS, foram entrevistados gerentes, médicos de família e comunidade, enfermeiros, cirurgões-dentistas e técnicos em saúde bucal. A identificação dos entrevistados foi realizada pelos pesquisadores, após as visitas às escolas e às UBS, bem como após a análise dos documentos oficiais com a identificação dos interessados na pesquisa. Nas gerências regionais, foram entrevistados membros da equipe volante de saúde e referências técnicas. Cada entrevistado respondeu às questões do roteiro, a partir de seu lugar no cenário. Todas as entrevistas foram realizadas, gravadas e transcritas por um único pesquisador.

Figura 1. Modelo teórico e lógico do Programa Saúde na Escola, com foco na integração, Belo Horizonte, Minas Gerais, 2017



Fonte: elaboração própria.

Quadro 1. Síntese da matriz de indicadores referentes à integração entre a saúde e a educação, resultado do consenso entre os profissionais, Belo Horizonte, 2017

Dimensão de Análise	Indicadores
Gestão	<p>Participação dos envolvidos na definição e avaliação das diretrizes do programa e estratégias de ações do PSE para o município.</p> <p>Participação dos envolvidos no planejamento, execução e avaliação das atividades do PSE em cada local.</p> <p>Participação na definição do tema a ser trabalhado.</p> <p>Presença e alimentação dos sistemas de monitoramento dos dados gerados pelo PSE.</p> <p>Presença de devolutiva dos resultados e para qual grupo.</p> <p>Presença de acompanhamento dos encaminhamentos.</p> <p>Presença de discussão das demandas dos profissionais.</p> <p>As atividades do PSE não são estorvo às atividades pedagógicas e se incorporaram à rotina escolar, considerando ainda a inclusão dos temas nos projetos pedagógicos das escolas.</p>
Atividades do PSE	<p>Avaliação, identificação e encaminhamento dos escolares com necessidade de cuidado.</p> <p>Discussão das condições de saúde dos escolares para definição de prioridades.</p> <p>Atividades de prevenção e promoção de saúde realizada e metodologias apropriadas.</p>

Quadro 1. (cont.)

Dimensão de Análise	Indicadores
Formação/ Capacitação	Presença de estrutura adequada.
	Presença da participação dos escolares e comunidade nas decisões.
	Presença de capacitação regular para os profissionais envolvidos com o PSE, com cronograma estabelecido e carga horária destinada a esta atividade.

Fonte: elaboração própria.

O material resultante das transcrições foi analisado a partir da leitura sistemática e exaustiva (leitura de impregnação) inicial, feita por dois pesquisadores, o que permitiu a organização dos assuntos para a compreensão das estruturas de relevância apresentadas pelos participantes, em três temas preestabelecidos pela matriz de indicadores⁸. Para auxiliar na análise de conteúdo dos textos, devido ao grande volume de informações, foi utilizado o programa computacional ATLAS.TI 7.5.4⁹ que possibilitou a organização das entrevistas por áreas, saúde e educação, e das falas por meio de *codes*, de acordo com os indicadores previamente identificados, o que permitiu aos pesquisadores identificar e agrupar trechos representativos das falas (*quotations*) que correspondem às unidades de sentido. Posteriormente, foi feita a categorização com a construção das *families*, reagrupando as unidades de sentido de acordo com as dimensões de análise da matriz de indicadores. Após esse processo, foi realizada a exportação das citações (*quotations*) e códigos (*codes*), o que permitiu a análise dos fragmentos expressivos selecionados e a relação estabelecida entre eles.

Para garantir o anonimato, foram utilizadas siglas de acordo com a função de cada participante: A (assistente do PSE), E (profissional da escola), S (profissional da UBS) e G (profissional da gerência). O nome e a localização das UBS e das Emef foram omitidos com a

finalidade de evitar a identificação.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (Coep/UFMG) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (Coep/PBH), CAAE – 39270114.9.0000.5149, em 23 de dezembro de 2014.

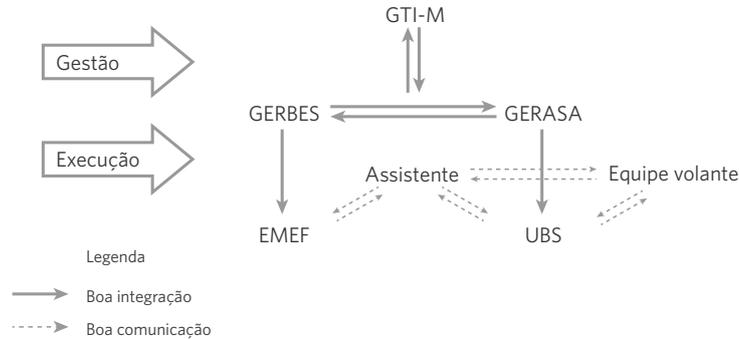
Resultados e discussão

A partir das entrevistas, os dados foram organizados nos três temas preestabelecidos pela matriz de indicadores acordada: 1. Gestão (planejamento de atividades, controle de encaminhamentos, devolutiva de resultados, sistemas de monitoramento e avaliação); 2. Atividades do PSE (execução das atividades, metodologias utilizadas, participação social, relações profissionais e estrutura); 3. Capacitação profissional. Optou-se por organizar a análise levando em consideração os três temas como pontos centrais, sendo discutidos os relacionados dentro de cada um deles.

Gestão

A *figura 2* sistematiza os resultados da pesquisa quanto às relações estabelecidas entre as equipes que atuam no PSE, para o indicador gestão.

Figura 2. Relações estabelecidas entre as equipes que atuam no Programa Saúde na Escola, Belo Horizonte, 2017



Fonte: elaboração própria.

Os participantes da gestão central, GTI-M, Gerbes e Gerasa apresentavam boa integração, expressa nos planejamentos e avaliações relatados, no entanto, esta não se estendeu para os outros níveis da equipe, responsáveis diretos pela execução do programa: Emef, UBS, equipe volante e assistente do PSE. Assim, existe uma comunicação, mas sem integração.

A falta de integração no planejamento das ações das atividades no PSEBH, entre os profissionais que planejavam e os que executavam, dificultou a identificação das atividades que poderiam ser desenvolvidas, com a participação de todos e o atendimento às necessidades dos escolares de acordo com suas faixas etárias¹⁶, como relatado por uma profissional de UBS.

Eu acho que [falta] a reunião de planejamento dos próprios profissionais que ficam lá na escola, com a equipe volante [equipe da saúde, responsável pelo levantamento de necessidades] e com os meus profissionais, que deveriam trazer: olha está apresentando esse tipo de demanda, os alunos precisam dessas ações [...] o que vocês acham [...] construir isso junto. Aí fica tudo muito mais simples. (S).

As gerências das UBS indicavam os profissionais para cada atividade solicitada, de acordo com a demanda apresentada. Essas demandas eram tratadas setorialmente, com

grande preocupação em preservar ‘os papéis’ de cada área. Com essa organização, mantinham-se os envolvidos em suas ‘zonas de conforto’ profissional, inviabilizando a construção de uma agenda operacional efetiva².

No entanto, as orientações da gestão central do programa, representada pelo GTI-M, ainda que involuntariamente, poderiam estar dificultando o processo de integração das equipes locais.

O monitor me comunica e se houver necessidade de uma intervenção quem faz é a referência do PSE da GERASA, porque é a ponte da saúde. Então assim, a gente não fica entrando nem tomando a frente do outro. (G).

As ações [...] elas vêm das diretrizes, vem da SMED [Secretaria Municipal de Educação] e tem que ser aplicadas, tem que ser feitas. Mas a escola também pode criar suas ações, dependendo ali da necessidade do momento, inclusive com a ajuda de professores, que é essencial. (S).

Os relatos indicaram a existência de uma orientação central, um planejamento realizado por um único setor, para ser aplicado aos outros. Configurou-se assim uma rede multissetorial, sem discussão, construção e operacionalização das ações, possivelmente fragmentadas e de pouco impacto¹⁷⁻¹⁹. O setor saúde apresentou pouca participação

no planejamento, mas liderança nas ações. As agendas previamente definidas contribuíram como dificultadores para a implementação de ações integradas, não permitindo estabelecer, pela equipe local, prioridades e sustentabilidade²⁰.

A presença do assistente do PSE (contratado pela própria escola) foi fundamental para a execução das ações de promoção de saúde/prevenção, seja realizando atividades planejadas, seja coletando sugestões dos professores ou repassando e cobrando demandas para a UBS. Porém, a centralização das ações em apenas um profissional demonstrou ausência de trabalho em equipe, dificultando a integração entre saúde e educação²¹, fato destacado por uma profissional da escola.

Vamos direto ao assistente do PSE, ou o professor chega para mim e diz, eu vou lá no assistente para tratar sobre essa e essa demanda. (E).

Aqui, eu gostaria de fazer isso, que era um projeto de ação bucal. Mas nós não temos estrutura física para isso [...]. (A).

Ter um responsável pelas ações nas escolas se estabeleceu e solidificou; e sua ausência por qualquer tipo de afastamento inviabilizava as atividades. De fato, o assistente do PSE se tornou a pessoa central e responsável única pelas atividades da escola.

Com relação ao levantamento de necessidades em saúde bucal, na escola, a organização da agenda da equipe volante era realizada conjuntamente pelas Gerbes e Gerasa, sendo que a comunicação com o assistente do PSE era feita apenas para confirmação dos atendimentos necessários, uma lista repassada diretamente para a equipe de Saúde Bucal (eSB) da UBS que, por isso, não tinha o controle dos encaminhamentos feitos. A Emef também ficava a largo desse movimento. Segundo os profissionais envolvidos, a burocracia dos setores resultava em formalização excessiva e preocupação com o sigilo²².

A gente não dá essa devolutiva para a escola, porque a gente já manda para o distrito. E com certeza o distrito da saúde com o da educação conversam entre si lá. (S).

Não existe essa devolutiva do posto para gente. A gente chama a família e vai cobrando. Aí tem que ver se outro segmento da escola tem acesso a essa informação. (E).

É um desafio para gente do PSE essa questão dos retornos dos encaminhamentos. O retorno que nós temos é o que o monitor passa para gente. É o próprio estudante que diz para eles: eu estive lá no centro de saúde, eu tomei a vacina. (G).

As incertezas eram dissipadas pela ideia de que o outro tinha a informação ou pelo menos deveria ter.

Observou-se que os resultados ficavam restritos à equipe volante, sem compartilhamento com a UBS e a escola, o que impossibilitava o desenvolvimento de ações integradas que contemplasse os problemas presentes¹⁷. Os resultados eram entregues e discutidos somente em nível regional, que compartilhavam essa informação em casos específicos ou quando havia interesse de alguma parte.

Com os professores, o que eu vejo só quando é um caso bem pontual, um aluno. Não da escola como um todo. (E).

Eu não tenho o retorno da volante [equipe] nem das monitoras [assistente]. Para nós não tem retorno não. (S).

Aqui nós fazemos entre nós, mas esse link assim não. A gente faz essa reunião para discutir esses dados aqui na regional, junto com a educação. A discussão é aqui a nível regional. Depois a coordenação regional da educação deve passar para as escolas ou para os monitores. (G).

O monitoramento se mostrou eficaz somente no encaminhamento oftalmológico, realizado e executado pelo próprio assistente

do PSE, responsável pela triagem da acuidade visual dos escolares e por levar as crianças na consulta oftalmológica.

Os sistemas e as ferramentas de monitoramento e avaliação não se mostraram eficazes na construção de indicadores mensuráveis e potentes²³, pois não facilitavam a integração entre os setores²⁴. Na tentativa de melhorar esse quadro, reuniões mensais eram realizadas nos setores saúde e educação separadamente, além de outras semestrais com a presença dos dois setores. Essas últimas, fundamentais para as tomadas de decisões, planejamento das ações, construção de agendas e entendimentos das dificuldades encontradas²⁰, eram realizadas quase exclusivamente na gestão central.

Quando vence esse semestre a gente torna a sentar para poder avaliar o que foi feito, o que não foi feito, as dificuldades, e o que faremos para o novo semestre. (S).

A gente lança na planilha da prefeitura e no e-SUS, mas o e-SUS é bem simples, não se lança muita coisa nele não. (G).

Atividades do PSE

No PSEBH, não se observou parceria entre professores e profissionais da saúde para desenvolverem ações conjuntas. Os professores apenas ‘mantinham’ a ordem dentro da sala de aula, com participação eventual e esporádica. Sua contribuição para a atenção integral à saúde do escolar não era alcançada apesar de sua importância no conhecimento da criança e seu cotidiano^{21,25}.

Os técnicos que vão fazer as atuações, eles têm o contato do professor. Geralmente a ajuda é de organizar, não de executar a atividade proposta. [...] falta realmente uma aproximação, dos professores, de envolvimento. (S).

A gente trabalha independente. Eles não sabem do nosso e a gente não sabe do deles. (S).

[...] vou lá faço a palestra e volto! Não se envolvem. [...] para os profissionais da saúde ficou parecendo uma coisa fora da saúde. [...]. Então não criou esse vínculo. (S).

Então a gente tem uma relação muito boa. A gente se fala o tempo inteiro. [...]. (G).

As ações de promoção da saúde tenderam a ser pontuais, e as de prevenção de agravos, direcionadas a epidemias, não condizendo com os Parâmetros Curriculares Nacionais²⁶. As práticas de promoção de saúde foram fracas, pouco consistentes, parecendo existir uma dificuldade da UBS em realizá-las. Além disso, foi constatada uma priorização pelo serviço assistencial²⁵, em que o foco estava voltado para as avaliações das necessidades em saúde, interferindo na concretização da intersectorialidade²⁷. As decisões sobre a priorização das atividades pareceram estar direcionadas por uma questão de lógica de regulamentação e repasses de recursos²⁸.

[...] E quando tem necessidades de epidemiologia, que é o caso da dengue, que ficou muito urgente na nossa área aqui, que aconteceu bastante ação de promoção da dengue com a gente. (A).

O que existe é essa solicitação: vem falar aqui para mim sobre higiene, vem falar sobre gravidez na adolescência, normalmente eu vou e faço uma palestra. Então assim, é pontual, não é uma coisa sistematizada. (S).

[...] porque a prioridade são os atendimentos [ações assistenciais do programa]. (G).

[...] É um programa, né! Você tem que bater meta. (G).

As ações de promoção de saúde e prevenção de agravos não pareceram centradas nos valores sociais e nas práticas escolares, não sendo relevantes e adequadas às relações sociais existentes e aos conhecimentos e experiências prévias dos escolares²⁹. A educação em saúde realizada no PSEBH se mostrou

pouco efetiva para provocar mudanças de atitudes que levassem a escolhas mais saudáveis para a vida.

Muitas vezes o profissional não sabe falar a linguagem da educação. [...] Os alunos não entendem a fala técnica, as vezes entende, mas com muita dificuldade, tem que explicar novamente. Tinha que ser alguma coisa mais simples. (A).

Se eu te falar que não tem impacto nenhum, a gente vai estar jogando por terra todo um trabalho que a gente faz. Mas é mínimo. (E).

O PSEBH apresentou dificuldade com a mobilização da comunidade, principalmente dos pais e/ou responsáveis pelos escolares, demonstrando preocupação por parte dos envolvidos em atingir essa população, para que as ações tivessem continuidade no ambiente familiar e comunidade³⁰. A demanda da comunidade se limitou a serviços assistenciais, visão médico-centrada, e focada na lógica dos encaminhamentos.

Então fizemos um trabalho, mas na hora de buscar a família, da família entrar no programa, a gente não teve a participação dos familiares. Então o programa ficou perdido. O nosso dificultador são os pais. (S).

Percebo muito isso quando eles precisam de uns óculos, quando eles precisam de um dentista de urgência, e se eles forem ao posto o atendimento é protelado por muito tempo, e pelo PSE eles conseguem isso mais rápido. Inclusive a família sabe disso. (E).

Existe dificuldade em criar um grupo de pais ou moradores capazes de trazer a lógica e a demanda da comunidade local, formando redes para a efetividade e a sustentabilidade das ações²⁰. Além disso, uma estrutura organizacional e uma orientação política de apoio seriam fundamentais para o fortalecimento da avaliação e do treinamento para a realização das atividades³¹, em que a população estaria ativa e assumiria papel de participação e decisão²².

A falta de vínculos entre as equipes no PSEBH inviabilizou a intersetorialidade¹⁷ que, para que

se concretize, necessita de ‘um envolvimento orgânico’ dos profissionais, capaz de gerar relações de corresponsabilidade, e não de poder^{18,27}. Os profissionais envolvidos não podem ser considerados apenas como força de trabalho³².

[...] A direção se a gente precisa de materialidade ela fornece, mas aquele apoio pedagógico de acompanhar, de fazer um processo, isso aí a gente não tem não. Tanto que é na raça. (E).

Algumas críticas foram apresentadas com relação às estruturas disponibilizadas para as ações do PSE, a maioria delas relacionada com estruturas físicas, acessibilidade, disponibilidade de computadores e rede eficiente de internet para o preenchimento dos sistemas de monitoramento²¹. Alguns entrevistados destacaram grande melhoria com relação às condições iniciais.

Temos dificuldade com tamanho de sala, que algumas são minúsculas onde a técnica fica do lado de fora. [...] É o resto, a gente fica com o que sobrou mesmo. A gente tem muito problema também com a informatização porque o sistema cai na escola, o sistema é muito falho. (G).

É um pouco precário. Até tem um local para fazer a escovação, mas estava estragado algumas torneiras, é um pouco difícil, mas dá para fazer. Não dá para fazer tudo de uma vez, né, é complicado. (S).

Formação/capacitação

Segundo as entrevistas, os únicos profissionais que tiveram encontros regulares de capacitação para desenvolver as ações do PSEBH foram os assistentes do PSE. Aos profissionais da equipe volante de saúde, eram disponibilizadas capacitações esporádicas. Não houve relato de capacitação para os profissionais da saúde na UBS e para os profissionais da educação nas escolas. A capacitação de professores apareceu somente para desenvolver projetos específicos. Essa ausência permanente contribuiu para as dificuldades no desenvolvimento das ações, na identificação das

necessidades e capacidades de ação²⁷, além de proporcionar menor familiaridade e proximidade com o conceito e a operacionalização da intersectorialidade³³.

Não existe. Existe na medida que aparece a demanda, como um projeto, por exemplo. O monitor já é diferente. Ele já tem as capacitações estabelecidas. A gente é sempre comunicado... tem reunião dia tal, sempre com capacitação. Isso é necessário para eles. (E).

Não é todo mundo que tem o perfil, e a gente não teve treinamento e eu não tenho perna para treinar. (S).

É uma coisa que eu já até conversei aqui, de ter mais capacitação mesmo. Esse ano a gente fez uma sobre violência, mas foi só. (G).

Em contrapartida, a preocupação e o reconhecimento, por parte dos profissionais, da relevância do programa ficaram evidentes. Os profissionais atribuíram valor ao programa, considerando-o uma boa estratégia para atingir e acompanhar as crianças desde o ensino infantil até o fundamental, mas com preocupação de que o contexto atual de trabalho não permita sua sustentabilidade³⁰.

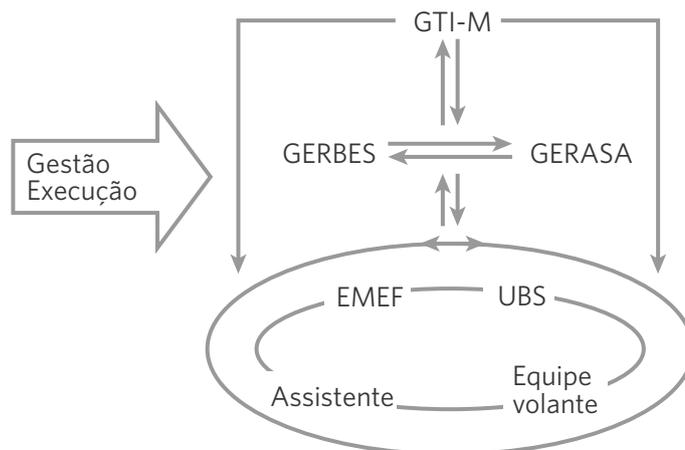
Eu acho importantíssimo o programa, ele tinha que ser uma prioridade e deveria garantir que a educação trabalhasse com a saúde certinho, o ano inteiro. (S).

Então é um programa que tem que continuar e existir, e ele pode ser muito bom, mas tem que ter as pessoas adequadas para isso. Não dá para fazer só para falar que tem. (E).

Como contribuições para a melhoria da integração entre os setores no PSEBH, os autores deste estudo sugerem inicialmente que seja feito um grande esforço no envolvimento de todos, a partir do planejamento.

O modelo observado na *figura 2* pode ser revertido com o enfrentamento desses *gaps*. A *figura 3* apresenta o modelo que pode ser desenhado como meta a ser alcançada, a partir do esforço de todos e compreensão dos limites. Há metas a serem cumpridas e existe a missão premente em investir em ações que efetivamente melhorem o investimento na promoção e saúde dos escolares. No entanto, neste estudo de caso, observou-se claramente o distanciamento entre metas e missão. Esse é o equilíbrio a ser conquistado.

Figura 3. Relações propostas entre as equipes que atuam no Programa Saúde na Escola, Belo Horizonte



Fonte: elaboração própria.

Que essa conquista seja feita, por exemplo, a partir do planejamento coparticipativo entre os envolvidos, entre gestão central e equipe executora e entre as equipes executoras. Ademais, atividades práticas podem iniciar este processo. Por exemplo, começar essa integração a partir do desenvolvimento de mecanismos que permitam melhor acompanhamento dos encaminhamentos realizados nas escolas ou o compartilhamento de informações e a devolutiva dos resultados das ações realizadas para todos os envolvidos. Nesse sentido, o exercício da integração em ações específicas pode ser um caminho.

Com a finalidade de compreender o impacto do programa nos escolares, dois estudos foram desenvolvidos nas escolas participantes. Na faixa etária de 6 a 10 anos, os escolares revelaram ter conhecimento das atividades desenvolvidas e das informações passadas pelo PSE, mas não foi possível garantir mudanças de comportamento³⁴. Na faixa etária de 11 a 14 anos, todas as atividades relacionadas com a assistência à saúde desenvolvidas foram relatadas pelos escolares, porém não se observou o mesmo padrão com relação às atividades relativas à promoção da saúde e prevenção de agravos. O programa não pareceu ser capaz de desenvolver o protagonismo necessário à produção da própria saúde³⁵.

Este é um estudo exploratório, que foi conduzido com a participação de profissionais envolvidos no PSE de duas escolas e duas UBS, tendo a participação das Gerências Municipais da Saúde e da Educação. Apesar da escolha intencional, reconhece-se que é uma parte pequena de um cenário com 127 escolas com PSE já implantado. Entretanto, nesse caso, a opção pelo estudo qualitativo foi adequada e necessária já que se pretendia compreender como se comportam, no esforço de integração, os profissionais envolvidos a partir de sua inserção nas atividades preconizadas pelo PSE. Outra limitação do estudo pode estar relacionada ao material obtido nas entrevistas. Por se tratar de um roteiro baseado no modelo teórico do funcionamento do PSE, as questões

tratadas tiveram predominância de conteúdo operacional/funcional. Apesar disso, existiram perguntas que possibilitaram aos entrevistados colocar suas percepções e opiniões a respeito da integração entre os envolvidos no programa.

Considerações finais

Para o desenvolvimento das ações do PSE, é fundamental que a integração entre as equipes e profissionais envolvidos ocorra e que os entrevistados perceberam os *gaps* existentes, relacionados com a participação do envolvidos tanto da área de saúde quanto da educação. Todavia, ao mesmo tempo, estão cientes da importância desse programa, considerando o quanto os PSE podem reconhecer os determinantes sociais nos processos de saúde e doença.

A interdisciplinaridade está diretamente ligada à prática multiprofissional, que, na maioria das vezes, é orientada pelo modelo biomédico hegemônico. Sendo assim, mesmo cientes da importância do programa, o trabalho é condicionado por questões gerenciais, organizacionais e de recursos para o desenvolvimento das atividades. O trabalho se torna ainda mais complexo quando da atuação em um modelo de saúde sanitária, requerendo desafios no plano das competências e habilidades profissionais³⁶.

As práticas foram percebidas sem soma de esforços e sem coparticipação efetiva, sendo a maioria das ações e serviços prestados planejada por um único setor (Gestão Central) ou um único profissional (assistente do PSE) e aplicada isoladamente ou pelos outros, com baixo ou nenhum vínculo entre as equipes.

Os assistentes do PSE conseguem planejar e executar atividades, dependendo exclusivamente de seu empenho, mas as realizam sem o envolvimento das outras equipes ou profissionais. Assim, tornaram-se os principais responsáveis pela execução das ações previstas do PSE.

Apesar de existir esforço para o estabelecimento de rotinas que permitam a

integração entre os setores, a forma fragmentada de perceber os problemas dos escolares dificulta essa integração. As experiências com relação a iniciativas de construção de parcerias intersetoriais são, muitas vezes, pontuais, sem um planejamento sistemático e não fazem parte do cotidiano dos envolvidos.

Estudos para aprimorar e definir as linhas de ação para o aumento da adesão dos escolares ao PSE, o cumprimento das metas de atendimento e desenvolvimento das ações de prevenção de agravos e promoção da saúde nas escolas, além de relatos de trocas de experiências positivas e negativas para planejar soluções para os problemas permitindo maior integração entre os profissionais, fazem-se necessários.

Na reflexão sobre a sustentabilidade do programa, deve-se dar importância à formação dos professores, diretores de escolas, gestores e profissionais da área da saúde, bem como ao estímulo no envolvimento dos responsáveis pelas escolas, e da comunidade nas tomadas de decisões. Deve-se, ainda, buscar a articulação do programa por intermédio de mecanismos estruturais e organizacionais concretos.

Agradecimentos

Agradecemos à Prof^a. Efigênia Ferreira e Ferreira por sua contribuição à academia, à pesquisa e à odontologia mineira.

Agradecimento à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) pela concessão da bolsa do programa institucional Doutorado Sanduíche no Exterior (PDSE) – Brasília-DF, 70.040-020, Brasil (BEX:10349/14-6), às escolas participantes e aos escolares voluntários.

Colaboradoras

Oliveira FPSL (0000-0002-8826-6852)* e Ferreira EF (0000-0002-0665-211X)* contribuíram igualmente para a concepção, delineamento e redação do manuscrito. Oliveira FPSL, Ferreira EF e Hartz Z (0000-0001-9780-9428)* contribuíram igualmente para a análise e interpretação dos dados do manuscrito. Oliveira FPSL, Vargas AMD (0000-0002-4371-9862)*, Hartz Z, Dias S (0000-0001-5085-0685)* e Ferreira EF contribuíram igualmente para a revisão crítica da literatura sobre o tema e aprovação final do manuscrito. ■

Referências

1. Dubois A, St-Pierre L, Veras M. A scoping review of definitions and frameworks of intersectoral action. *Ciênc. Saúde Colet.* 2015 [acesso em 2022 fev 3]; 20(10):2933-2942. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26465838/>.
2. Kranzler Y, Davidovich N, Fleischman Y, et al. A health in all policies approach to promote active, healthy lifestyle in Israel. *Isr J Health Policy Res.* 2013 [acesso em 2022 fev 3]; 2(1):16. Disponível em: <https://ijhpr.biomedcentral.com/articles/10.1186/2045-4015-2-16>.
3. Lawless AP, Williams C, Hurley C, et al. Health in All Policies: evaluating the South Australian approach to intersectoral action for health. *Can J Public Health.* 2012 [acesso em 2022 fev 3]; 103(supl1):S15-19. Disponível em: <https://www.semanticscholar.org/paper/Health-in-All-Policies%3A-evaluating-the-South-to-for-Lawless-Williams/7857001b0c1f4c0483ae7b70dc85dab24c647160>.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

4. Brasil. Presidência da República. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 5 Dez 2007. [acesso em 2022 fev 3]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm.
5. Brasil. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. Caderno do Gestor do PSE. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015. [acesso em 2022 fev 3]. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_gestor_pse.pdf.
6. Akerman M, Franco de Sá R, Moyses S, et al. Intersectorialidade? Intersetorialidade! Ciênc. Saúde Colet. 2014 [acesso em 2022 fev 3]; 19(11):4291-4300. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/LnRqYzQZ63Hr5G4Hb7WPQLD/?lang=pt>.
7. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 4. ed. Porto Alegre: Bookman; 2010.
8. Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. Ciênc. Saúde Colet. 2012 [acesso em 2022 fev 3]; 17(3):621-626. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>.
9. Belo Horizonte. Prefeitura, Secretaria Municipal de Educação; Secretaria Municipal de Saúde. Manual Operacional do Programa Saúde na Escola (PSE). Belo Horizonte: s.n.; 2014.
10. Champagne F, Brousselle A, Hartz Z, et al. Modelizar as Intervenções. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, et al., editores. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. p. 61-74.
11. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009. (Cadernos de Atenção Básica; n. 24). [acesso em 2022 fev 3]. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_24.pdf.
12. Brasil. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. Manual Institutivo do Programa Saúde na Escola. Brasília, DF: MS; 2013. [acesso em 2022 fev 3]. Disponível em: http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/19_06_2013_16.21.18.880166244cb983df2c85e0bcc746a73b.pdf.
13. Hartz ZMA. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais. Ciênc. Saúde Colet. 1999 [acesso em 2022 fev 3]; 4(2):341-353. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/gwZSxVfbmgQ8zp5p5CyLRwz/?lang=pt>.
14. Becker D, Edmundo K, Nunes NR, et al. Empowerment e avaliação participativa em um programa de desenvolvimento local e promoção da saúde. Ciênc. Saúde Colet. 2004 [acesso em 2022 fev 3]; 9(3):655-667. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/yycxGNqTLfTgcwSg9pcdYvD/?lang=pt>.
15. Deslandes SF, Mendes CHF, Pires TO, et al. Use of the Nominal Group Technique and the Delphi Method to draw up evaluation indicators for strategies to deal with violence against children and adolescents in Brazil. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. 2010 [acesso em 2022 fev 3]; 10(supl1):s29-s37. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/dyct3VC3RWxr-6LH9Nz9dvnB/abstract/?lang=pt>.
16. Silva DS, Ávila MA, Borges CNF. Ações intersectoriais no planejamento político em esporte, lazer, cultura e turismo na gestão municipal de Ilhéus-Ba. Licere. 2012; 15(1):1-40.
17. Silva KL, Rodrigues AT. Ações intersectoriais para promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: experiências, desafios e possibilidades. Rev. Bras. Enferm. 2010 [acesso em 2022 fev 3]; 63(5):762-769. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/FqzM4D-9v75DcPdNrRZJ7NxP/abstract/?lang=pt>.
18. Moretti AC, Teixeira FF, Suss FMB, et al. Intersectorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba (PR). Ciênc. Saúde Colet. 2010 [acesso em 2022 fev 3]; 15(supl1):1827-1834. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/JGYgjZypv9L8dZrPFWzvbvm/?lang=pt>.

19. Pinto BK, Soares DC, Cecagno D, et al. Promoção da saúde e intersetorialidade: um processo em construção. *REME Rev. Min. Enferm.* 2012 [acesso em 2022 fev 3]; 16(4):487-493. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/552>.
20. Magalhães R, Bodstein R. Avaliação de iniciativas e programas intersetoriais em saúde: desafios e aprendizados. *Ciênc. Saúde Colet.* 2009 [acesso em 2022 fev 3]; 14(3):861-868. Disponível: <https://www.scielo.br/j/csc/a/PQrjf759CPwVXzQcbLSq67S/?lang=pt>.
21. Penso MA, Rodrigues Brasil KCT, Arrais AR, et al. A relação entre saúde e escola: percepções dos profissionais que trabalham com adolescentes na atenção primária à saúde no Distrito Federal. *Saúde Soc.* 2013 [acesso em 2022 fev 3]; 22(2):542-553. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/HqsZ9KWgXNRXncJZ5kw6RMh/?lang=pt>.
22. Dias MSA, Parente JRF, Vasconcelos MIO, et al. Intersetorialidade e Estratégia Saúde da Família: tudo ou quase nada a ver? *Ciênc. Saúde Colet.* 2014 [acesso em 2022 fev 3]; 19(11):4371-4382. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/crwbjGhzHJ3vvrN3RDYchRB/abstract/?lang=pt>.
23. Gallo E, Setti AFF. Território, intersetorialidade e escalas: requisitos para a efetividade dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. *Ciênc. Saúde Colet.* 2014 [acesso em 2022 fev 3]; 19(11):4383-4396. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/nBgvDbF-tM6cT8mRXPBGRsnC/abstract/?lang=pt>.
24. Ferro LF, Silva EC, Zimmermann AB, et al. Interdisciplinaridade e intersetorialidade na Estratégia Saúde da Família e no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: potencialidades e desafios. *Mundo saúde.* 2014 [acesso em 2022 fev 3]; 38(2):129-138. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mis-36869>.
25. Sousa MC, Esperidião MA, Medina MG. A intersetorialidade no Programa Saúde na Escola: avaliação do processo político-gereencial e das práticas de trabalho. *Ciênc. Saúde Colet.* 2017 [acesso em 2022 fev 3]; 22(6):1781-1790. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/nGRj8mdvwwZHvy6G76MrjfJ/?lang=pt>.
26. Figueiredo TAM, Machado VLT, Abreu MMS. A saúde na escola: um breve resgate histórico. *Ciênc. Saúde Colet.* 2010 [acesso em 2022 fev 3]; 15(2):397-402. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/XK3j9btfm6xTzQsRYCBgWgr/?lang=pt>.
27. Cavalcanti AD, Cordeiro JC. 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 Med Fam Comunidade.* 2015 [acesso em 2022 fev 3]; 10(37):1-9. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1059>.
28. Lotta G, Favareto A. Desafios da integração nos novos arranjos institucionais de políticas públicas no Brasil. *Rev Sociol Polít.* 2016 [acesso em 2022 fev 3]; 24(57):49-65. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsocp/a/6PNRfxr9CBqBMBHK58b6Hx/?lang=pt>.
29. Higa EFR, Bertolin FH, Maringolo LF, et al. A intersetorialidade como estratégia para promoção da saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. *Interface (Botucatu).* 2015 [acesso em 2022 fev 3]; 19(supl1):879-891. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/8RQXLnVkvYjpdDH6jbB3CGs/?lang=pt>.
30. Soares CJ, Santos PHS, Nery AA, et al. Percepção de enfermeiras da Estratégia de Saúde da Família sobre o Programa Saúde na Escola. *Rev. Enferm UFPE online.* 2016 [acesso em 2022 fev 3]; 10(12):4487-4493. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11514/13397>.
31. Spiegel J, Alegret M, Clair V, et al. Intersectoral action for health at a municipal level in Cuba. *Int J Public Health.* 2012 [acesso em 2022 fev 3]; 57:15-23. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00038-011-0279-z>.
32. Aciole GG. Falta um pacto na Saúde: elementos para a construção de um Pacto Ético-Político entre gestores e trabalhadores do SUS. *Saúde debate.* 2012 [acesso

- em 2022 fev 3]; 36(95):684-694. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Nq5ktkVj4JVdzHFHzT6PvMh/?lang=pt>.
33. Bellini MIB, Faler CS, Scherer PT, et al. Políticas públicas e intersectorialidade em debate. Anais PUCRS. 2014.
34. Oliveira FPSL, Rota Junior C, Vargas AMD, et al. The Perception of Schoolchildren About the Health Program at School Assessed by Drawings and Narratives: A Case Study in Belo Horizonte. Temas em Educação e Saúde. 2021 [acesso em 2022 mar 3]; 17:e021002. Disponível em: <https://periodicos.fclar.unesp.br/tes/article/view/14215>.
35. Oliveira FPSL, Vargas AMD, Hartz ZMA, et al. Percepção de escolares do ensino fundamental sobre o Programa Saúde na Escola: um estudo de caso em Belo Horizonte, Brasil. Ciênc. Saúde Colet. 2018 [acesso em 2022 mar 3]; 23:2891-2898. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/BDk6KBvzRGsrR89t9YJfB7m/?lang=pt>.
36. Scherer MDA, Pires DEP, Jean R. The implementation of interdisciplinarity in the work routine of the family health care team. Ciênc. Saúde Colet. 2013 [acesso em 2022 mar 3]; 18(11):3203-3212. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/NxLM758P8PyYpZZyHdqWNMD/?format=pdf&lang=pt>.

Recebido em 03/03/2022

Aprovado em 26/09/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes). Bolsa do programa institucional Doutorado Sanduíche no Exterior (PDSE) - Brasília-DF, 70.040-020, Brasil (BEX:10349/14-6)

Uma análise do processo de trabalho dos profissionais da saúde e educação no PSE

An analysis of the work process of health and education professionals in the PSE

Paloma Dantas Silva Gonçalves¹, Suiane Costa Ferreira¹, Thaís Regis Aranha Rossi¹

DOI: 10.1590/0103-11042022E306

RESUMO Estudos trazem contribuições sobre o Programa Saúde na Escola, mas poucos investigam o processo de trabalho dos profissionais, a fim de compreender se existe a conformação de projetos inter-setoriais e integrados ou tecnologias como mediadoras nas práticas de trabalho. O presente estudo buscou analisar as práticas dos profissionais em uma Unidade de Saúde da Família, em Salvador-BA. Este estudo de caso, de abordagem qualitativa, envolveu uma Unidade de Saúde e quatro escolas. Os procedimentos para coleta de dados compreenderam entrevistas semiestruturadas, análise documental e observação participante. A construção das categorias de análise ocorreu a partir do referencial teórico do processo de trabalho em saúde de Mendes Gonçalves. Os resultados demonstraram: fragilidades nas relações de parceria entre os agentes; percepção do objeto de trabalho pelos profissionais, predominantemente, como identificação de doenças e saber clínico preponderante em relação ao saber da saúde coletiva. As ações de saúde aproximaram os agentes, mas apresentaram práticas hegemônicas, desarticuladas, setoriais, focadas na doença e executadas, principalmente, por meio de palestras. Não existem projetos integrados e intersetoriais ou tecnologia educacional como recurso auxiliar nas práticas de trabalho. Os produtos, resultantes da participação de todos, trarão contribuições para melhor articulação entre os profissionais que atuam nesses espaços.

PALAVRAS-CHAVE Educação em saúde. Promoção da saúde. Trabalho.

ABSTRACT *Studies contribute to the School Health Program. However, only some investigate the work process of professionals to understand the possible conformation of intersectoral and integrated projects, or technologies as mediators in work practices. The present study sought to analyze the practices of professionals in a Family Health Unit/Primary Health Care unit in Salvador, Bahia, Brazil. This qualitative case study involved a Primary Health Care unit and four schools. The data collection procedures comprised semi-structured interviews, document analysis, and participant observation. The analysis categories were built from the theoretical framework of the health work process by Mendes Gonçalves. The results showed: weak partnership relationships between agents; professionals' perception of the object of work, predominantly identifying diseases and preponderant clinical knowledge vis-à-vis the knowledge of collective health. Health actions gathered the agents, but they presented hegemonic, disjointed, sectoral practices, focused on the disease, and conducted mainly through lectures. No integrated and intersectoral projects or educational technology as an additional resource in the work practices were observed. The products deriving from the participation of all will improve articulation between the professionals working in these spaces.*

¹Universidade do Estado da Bahia (Uneb) - Salvador (BA), Brasil.
palomadsgoncalves@gmail.com

KEYWORDS *Health education. Health promotion. Work.*



Introdução

A escola, ao longo do tempo, apresentou diversas significações no que diz respeito a sua função social, missão e organização na educação em saúde.

O Programa Saúde na Escola (PSE) foi instituído por decreto presidencial em 2007; a responsabilidade orçamentária do Ministério da Saúde com os municípios que aderem ao PSE foi instituída em 2008. Em 2017, foram redefinidas as regras para adesão ao programa, além de dispor sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações¹⁻³. Em 2020, uma portaria foi criada para a transferência de incentivos financeiros para ação de prevenção à Covid-19⁴.

A adesão ao PSE, um processo de pactuação firmados entre os secretários municipais de saúde e educação com os Ministérios da Saúde e da Educação, ocorre a cada dois anos. Esse processo representa as responsabilidades dos setores da saúde e da educação com o desenvolvimento local do PSE. Atualmente, no novo ciclo do PSE (2021-2022), todos os 417 municípios baianos participam do programa⁵.

Estudos⁶ reforçam a importância dos trabalhos multiprofissional e intersetorial na promoção da qualidade das ações realizadas, sendo o trabalho em equipe um atributo que possibilita ampliar as mudanças no trabalho e no cuidado. Assim, o PSE se constitui como uma oportunidade para fazer crescer os princípios da promoção da saúde. Apesar disso, algumas lacunas são observadas e precisam ser superadas. Entre elas, o desconhecimento expressivo sobre o PSE por parte dos profissionais envolvidos⁷⁻⁹.

Além disso, há uma situação paradoxal entre teoria e prática, que envolve a formação dos profissionais que atuam no PSE em ações preestabelecidas e, muitas vezes, não relacionadas ao contexto local com seus determinantes sociais da saúde^{10,11}. O PSE contribui para melhorar a assistência aos estudantes, mas a concepção ampliada de

promoção da saúde ainda não é uma realidade, visto que é desafiante realizar ações multiestratégicas com participação social e empoderamento¹².

As normativas existentes, nos documentos oficiais do programa, apontam parceria da educação e da saúde na maior parte da estruturação do PSE, mas há contradições e iniquidades na participação dos setores – a destacar, a predominância da saúde em áreas como financiamento, adesão e coordenação do programa¹³. Apesar da intersetorialidade e da territorialização serem dimensões valorizadas no plano normativo, ações isoladas e descontínuas são frequentes¹⁴, além dos desafios comunicacionais e na distribuição de poder entre os setores¹⁵. Ressaltam-se a dificuldade de conciliar os tempos institucionais dos vários setores e o diferente envolvimento, que podem impedir a continuidade das ações¹⁶.

Ademais, existe uma compreensão reducionista do programa, no qual o PSE contribui para superar problemas de saúde por meio de diagnóstico e medicalização^{17,18}. O esperado é que projetos da escola se articulem com o PSE, mas se caracterizam como ações assistencialista, sem integração entre os profissionais e com pouco envolvimento dos escolares¹⁹.

Diante do exposto, observou-se que estudos trazem contribuições sobre o PSE. No entanto, poucos investigam o processo de trabalho dos profissionais da saúde e educação, com objetivo de compreender se existe a conformação de projetos integrados e intersetoriais ou tecnologias como recurso auxiliar nas práticas de trabalho.

Logo, este estudo busca contribuir para compreensão de como vem se dando a articulação entre os profissionais da saúde e educação no âmbito do PSE, além dos seus processos de trabalho; assim como ampliar a discussão sobre a construção de projetos integrados e intersetoriais no desenvolvimento das ações e de tecnologias para a mediação das práticas que envolvam os profissionais, escolares e seus familiares.

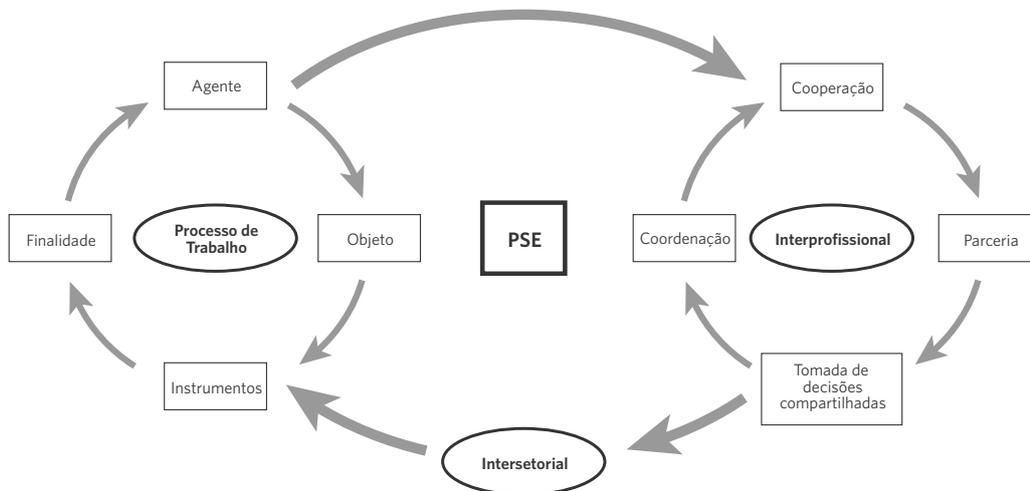
Metodologia

Elementos conceituais

Este estudo adotou, enquanto referências teóricas, uma discussão conceitual acerca do processo de trabalho, intersetorialidade e interprofissionalidade no PSE.

No processo de trabalho em saúde, podem ser analisados os seguintes componentes: objeto do trabalho, instrumentos, finalidade, produto e agentes. Esses elementos foram examinados de forma articulada entre si e em interface com as dimensões da intersetorialidade e interprofissionalidade, pois é nessas relações recíprocas que se configura o Modelo Teórico do Processo de Trabalho no PSE (figura 1).

Figura 1. Modelo teórico do processo de trabalho no Programa Saúde na Escola



Fonte: elaboração própria.

Com a finalidade de compreender a intersetorialidade, utilizaram-se conceitos como o de Junqueira²⁰ ao defender que a intersetorialidade transcende um único setor social, que articula saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações, visando ao desenvolvimento social e superando a exclusão social; associada à compressão de Paim²¹ sobre a intersetorialidade como um dispositivo para articular setores e integrar práticas, reorganizando os processos de trabalho.

Assim como a intersetorialidade, a prática interprofissional é caracterizada como uma abordagem alternativa para a produção de conhecimento. A interprofissionalidade é centrada na colaboração, definida como a interação

interprofissional por meio da aplicação de ferramentas que compreendem: a identidade compartilhada, os objetos em comum, a interdependência, a interação, a responsabilidade compartilhada e as tarefas em equipe²².

Para que a colaboração aconteça, alguns elementos essenciais são necessários: cooperação, coordenação, parcerias e tomada de decisão compartilhada^{23,24}.

Nesta pesquisa, foram considerados agentes do trabalho: os profissionais da saúde e de educação. O representante da gestão e os membros do conselho escolar também integraram o estudo, tendo em vista suas relações com os agentes do trabalho e suas influências no processo de trabalho.

Contexto do território em análise

O município de Salvador-BA é o centro econômico, político e administrativo do estado da Bahia. Sua organização político-administrativa compreende 12 Distritos Sanitários (DS), caracterizados como territórios da saúde.

A Unidade de Saúde da Família (USF) escolhida neste estudo de caso será intitulada pelo nome fictício Mundo de Alice e está localizada no DS de nome fictício Gato Risonho, em Salvador-BA. A escolha dessa unidade justificou-se por ser o posto de trabalho da pesquisadora, além de ser a USF pioneira em habilitar-se no PSE, desde o seu início nesse DS, em 2013.

O PSE não foi a primeira tentativa de articulação entre saúde e educação nesse DS, projetos intersetoriais já ocorriam nas creches, escolas e associações comunitárias do território; muitas vezes, realizadas pelos profissionais da saúde que atuavam nas USF e nos Centros de Referência de Assistência Social (Cras). No entanto, aconteciam sem a ideia da continuidade das ações, e sim pontualmente.

O DS Gato Risonho possui três USF e três unidades básicas tradicionais; todas realizam ações do PSE. Atualmente, 17 unidades educacionais aderiram ao programa nesse DS. Dessas 17, 5 estão ligadas à USF Mundo de Alice, sendo 2 escolas municipais e 3 estaduais. Para essa pesquisa, 4 escolas foram incluídas. Como critério de escolha das escolas, consideraram-se as que tivessem a implantação do programa desde o início, em 2013, no DS Gato Risonho.

Estratégias de produção dos dados

Os procedimentos para a produção de dados se deram a partir de documentos e realização de entrevistas semiestruturadas no período de 2020 a 2021. Os documentos se referem ao decreto presidencial, que versava sobre as diretrizes do PSE e fortalecem a ideia de intersetorialidade.

Para as entrevistas, o DS indicou os profissionais de saúde referência do PSE. Nas escolas, cada gestor escolar indicou o profissional de educação, assim como o membro do conselho que representasse a família. As entrevistas com os membros do conselho justificaram-se para melhor compreender as atividades desenvolvidas, assim como garantir distintos pontos de vista. A entrevista, com o profissional da gestão, foi realizada com a única referência técnica distrital local existente do PSE.

As entrevistas semiestruturadas visaram identificar as percepções e concepções quanto aos desafios e às potencialidades no desenvolvimento das ações no PSE, vivenciadas até o momento da entrevista, em 2021. Além disso, buscaram caracterizar os agentes, os instrumentos, os objetos e as finalidades do processo de trabalho, bem como analisar as relações interprofissionais e intersetoriais dos envolvidos no programa.

Foram realizadas 14 entrevistas, por meio de questões previamente definidas, sendo que uma ocorreu no formato virtual, e as demais, no presencial (*quadro 1*).

Quadro 1. Identificação dos entrevistados e siglas atribuídas

Idade	Ocupação(s)	Cargo/Função	Setor	Escola vinculada	Vínculo	Sigla
39	Historiadora	Professora	Educação	Casulo	Estatutária	A1
50	Matemática	Professora	Educação	Lagarta	Estatutária	A2
58	Matemática e Advogada	Professora	Educação	Borboleta	Estatutária	A3
48	Pedagoga	Professora	Educação	Metamorfose	Estatutária	A4
51	Pedagoga	Professora	Educação	Metamorfose	Estatutária	A5

Quadro 1. (cont.)

Idade	Ocupação(s)	Cargo/Função	Setor	Escola vinculada	Vínculo	Sigla
44	Enfermeira	Enfermeira	Saúde	Borboleta	Estatutária	A6
40	Enfermeira	Enfermeira	Saúde	Casulo	Estatutária	A7
37	Cirurgião-Dentista	Cirurgião-Dentista	Saúde	Lagarta	Estatutária	A8
43	Cirurgiã-Dentista	Cirurgiã-Dentista	Saúde	Metamorfose	Estatutária	A9
44	Autônoma	Membro do conselho escolar	Educação	Lagarta	Não se aplica	A10
43	Auxiliar em serviços gerais	Membro do conselho escolar	Educação	Casulo	Não se aplica	A11
47	Auxiliar de desenvolvimento infantil	Membro do conselho escolar	Educação	Metamorfose	Não se aplica	A12
52	Auxiliar administrativa	Membro do conselho escolar	Educação	Borboleta	Não se aplica	A13
42	Terapeuta Ocupacional	Referência distrital do PSE	Saúde	Não se aplica	Estatutária	A14

Fonte: elaboração própria.

Análise dos dados

Os dados obtidos foram codificados e analisados conforme a matriz de análise construída a partir

das referências conceituais que compõem o processo de trabalho no PSE, assim como fontes de evidências para a intersetorialidade e interprofissionalidade (*quadro 2*).

Quadro 2. Categorias de análise, elementos conceituais e questões norteadoras para a análise do processo de trabalho no Programa Saúde na Escola

Categorias de análise	Elementos conceituais	Questões norteadoras
Processo de Trabalho	Agentes	Quais os profissionais que participam das ações?
		Quais as atribuições e responsabilidades de cada um desses agentes no PSE?
Objeto	Objeto	Agentes
		Há participação ativa de escolares e outros membros da comunidade?
		O que é o PSE?
Finalidades	Finalidades	Objeto
		Qual é a sua percepção quanto as ações desenvolvidas no PSE?
		O que seria um PSE exitoso?
		Quais são os motivos para a realização das ações do PSE?
Instrumentos (materiais e imateriais)	Instrumentos (materiais e imateriais)	Quais os benefícios que o programa traz?
		Quais as potencialidades do PSE na promoção da saúde?
		Quais instrumentos de trabalho são utilizados?
		Há capacitação dos profissionais de saúde e educação para atuarem no PSE?
		Articulação entre os diversos saberes.

Quadro 2. (cont.)

Categorias de análise	Elementos conceituais	Questões norteadoras
Processo de Trabalho	Organização do Processo de trabalho	Como funciona o planejamento e agendamento das ações do PSE? Como se dá o monitoramento das ações? Como se dá avaliação das ações desenvolvidas? Como as ações do PSE são planejadas? Que desafios encontram para organizar o trabalho? Como é lançada a produtividade?
	Produto	Existência de canal de publicização das ações? De que forma o PSE contribui para a saúde dos escolares? Relação entre o percebido em nível local com o estabelecido nas diretrizes do Programa.
Intersetorialidade	Compreensão	Quais as concepções de intersetorialidade?
	Troca de Informações	Monitoramento e avaliação em conjunto?
Interprofissionalidade	Coordenação	Realização de planejamento em conjunto. Como foi definida a participação das escolas e das unidades de saúde?
	Cooperação	Monitoramento e avaliação em conjunto.
	Parcerias	Apoio entre os agentes? Compartilhamento de saberes?
	Tomadas de decisões compartilhadas	Decisões tomadas em conjunto?

Fonte: elaboração própria.

A análise das entrevistas levou em conta a percepção dos sujeitos acerca da intersetorialidade, interprofissionalidade, PSE, assim como a forma de planejamento das ações do programa e os aspectos relacionados com o processo de trabalho desenvolvido entre os profissionais na condução do PSE. A análise também incluiu a percepção sobre o PSE de alguns dos atores-alvo do programa, os quais convivem no contexto real da sua escola e da sua comunidade – nesta pesquisa, os membros do conselho escolar pertencentes às famílias dos escolares.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado da Bahia, parecer nº 4.840.495, antes de atuar no campo de pesquisa, respeitando a resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012²⁵. Os entrevistados participaram da pesquisa após aceitarem e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados

Quem atua no Programa?

Os agentes envolvidos na pesquisa foram os trabalhadores da USF Mundo de Alice e os trabalhadores de quatro escolas. O representante da gestão no DS Gato Risonho e os membros do conselho escolar, que representaram as famílias dos estudantes, também integraram o estudo, tendo em vista suas relações com os agentes do trabalho e suas influências no processo de trabalho.

Dos 4 membros que pertenciam ao conselho, 3 também eram funcionários da escola. Dos 5 profissionais da saúde, incluindo A14, 3 se autodeclararam pardos. Dos 5 profissionais da educação, 3 se autodeclararam pretos, e 2, brancos. Dos 4 membros do conselho, 2 se autodeclararam pretos, e os demais, pardos. Dos

14 entrevistados, 10 possuíam nível superior, e 4, o nível médio. Dos que possuíam nível médio, todos pertenciam ao conselho escolar.

Promoção da saúde dos escolares: uma utopia?

O PSE foi percebido como necessário para a promoção da saúde dos escolares na fala dos entrevistados. Entretanto, um dos entrevistados da saúde relatou que não sabia quais eram as diretrizes do programa e que nunca teve acesso aos documentos que esclareciam o assunto. Observou-se pouco conhecimento sobre as diretrizes do PSE, principalmente, por parte dos membros da comunidade escolar.

Ainda sobre a percepção dos entrevistados sobre o objeto, dois profissionais de saúde relataram que viam no programa uma baixa efetividade em alguns aspectos, entre eles, a dificuldade em encaminhar os escolares para os serviços de saúde especializados quando necessário.

Um dos professores afirmou que o programa era defasado, atuava pontualmente e não incluía todos os escolares. Além disso, a partir de um retorno ao modelo da saúde escolar da década de 1940, no qual não existiam o Sistema Único de Saúde e a Rede de Atenção à Saúde, foi sugerida a integração do PSE ao sistema escolar, em que o profissional da saúde atendesse dentro da escola:

[...] eu vivi numa época, onde existia essa possibilidade. [...] nós tínhamos [...] o dentista dentro da unidade, com o psicólogo, sócio pedagogos [...] a escola supria muito mais quando tinha essa integração dos profissionais afins para a saúde dentro da escola [...] ficava completo. (A3).

Não distante dessa lógica, nas entrevistas dos membros do conselho, percebeu-se que eles possuíam a ideia de cuidado com a saúde voltada, principalmente, às condições de higiene pessoal, referindo-se aos pressupostos assistencialistas de saúde, muito presentes no higienismo:

[...] acredito que seja um programa voltado desde a fase inicial que a criança vem à escola [...] mostrando as crianças como é cuidar. Em relação a lavar as mãos, escovar os dentes, porque tem essa questão das cáries nos dentes. (A12).

As narrativas evidenciaram que os entrevistados percebiam as ações em promoção da saúde como importantes para os escolares. No entanto, houve diferentes percepções quanto às temáticas que mais interessavam e as que mais eram desenvolvidas nas ações do programa.

O PSE indica uma diversidade de ações com temáticas já definidas pelos documentos norteadores, como confirmado pelos profissionais, e que incluem a maioria dos temas de grande interesse e mais frequentemente relatadas pelos entrevistados. Entretanto, as ações propostas pelo PSE são as mesmas para todos do território, sem considerar o perfil epidemiológico de cada comunidade escolar.

Por exemplo, ações voltadas para a saúde mental tiveram destaque como uma das necessidades mais frequentemente relatadas pelos professores e membros do conselho:

[...] nós temos grande quadros aqui de meninas com depressão e que se cortam, [...] deveria ser tratado com o núcleo escolar [...]. Para nos ajudarmos a lidar com a situação. Porque a gente fica sem saber o que fazer [...]. (A1).

No entanto, não é pauta de discussão no programa como tema proposto, nem mesmo apareceu nas narrativas dos trabalhadores da saúde.

Qual a finalidade do programa?

A14 apontou que, para o programa alcançar suas metas, deveria adotar uma prática intersectorial. Ele afirmou que quando crianças e adolescentes são vistos pelos profissionais de saúde dentro de outros contextos, como a escola, é possível observar diversos componentes que interferem na saúde e no desenvolvimento, que não são vistos dentro do

consultório. Além disso, a escola possibilita o uso da criatividade pela inovação e por meio de outras tecnologias, como ferramentas educativas e transformadoras:

[...] por estar junto do professor, do território para ouvir, às vezes, demandas outras [...]. O PSE é potente para isso, também, para a ampliação da rede de trabalho. [...] Eu vejo com essa riqueza das trocas nas relações profissionais [...]. (A14).

Embora existisse esse entendimento, havia uma participação dos profissionais da educação no planejamento das ações do programa? Nas entrevistas, os professores sugeriram que o PSE fosse integrado aos Projetos Político-Pedagógicos (PPP) da escola e discutido entre os membros da comunidade escolar. No entanto, até então, essas sugestões se mostraram presentes apenas no campo das ideias:

[...] inserir no PPP da escola, mesmo, inserir isso como integrado. [...] que aí nós começamos a analisar e a verificar que isso se propaga, se projeta em outras instâncias[...]. Mas, eu não sei como fazer. (A3).

Troca de saberes no PSE

Notou-se que havia uma predominância dos saberes por parte dos trabalhadores da saúde e que os trabalhadores da educação eram auxiliares e, algumas vezes, apoiadores das ações. A maioria das narrativas não demonstrou a participação dos agentes da educação para o planejamento e execução das ações. Ao considerar os membros do conselho, quando questionados se opinavam sobre as ações realizadas na escola, foram unânimes ao responderem que não participavam.

Quando questionados sobre o tipo de metodologia utilizada para realização das ações, a maioria dos profissionais da saúde respondeu que transmitia seus saberes no formato de palestras, muitas vezes, sem reflexões, troca e construção de conhecimento entre os partícipes.

Algumas atividades práticas também foram descritas, como escovação supervisionada, aplicação tópica de flúor, entre outras. Poucas vezes utilizaram jogos, rodas de conversas ou debates que envolvessem entretenimento nas ações. Apesar disso, quando questionados se gostariam de utilizar ou que utilizassem algum tipo de jogo educativo, todos os entrevistados responderam que sim.

Durante a pandemia causada pela Covid-19, o PSE teve grande dificuldade em atuar, já que as escolas permaneceram fechadas para atividades presenciais. À medida que os alunos retornaram ao formato semipresencial, as ações foram retomando aos poucos. Alguns profissionais da saúde utilizaram tecnologias como WhatsApp e outras plataformas, que a escola já utilizava, para compartilhar vídeos educativos que pudessem auxiliar na continuidade das ações.

Os profissionais também relataram que não foram capacitados pela gestão para atuarem no PSE, sendo que a capacitação contribuiria para a apropriação dos saberes que envolvem as temáticas trabalhadas no programa. Ao mesmo tempo, eles relataram que se sentiam muito cobrados pela gestão para executarem as ações e, muitas vezes, faltavam-lhes subsídios imateriais e materiais para tal. Por outro lado, a gestão afirmou que o desligamento ou o remanejamento de profissionais qualificados, para atuarem no PSE, seriam elementos dificultadores.

Quando perguntados quais os recursos tecnológicos e materiais de trabalho utilizados para a realização das atividades educativas, havia um consenso de que eram limitados; e, muitas vezes, para que as ações ocorressem, era preciso utilizar recursos próprios. Um dos entrevistados questionou para onde os recursos financeiros destinados para o programa eram enviados, já que havia necessidade de tanto e era oferecido tão pouco.

A organização do processo de trabalho

Diante da análise das entrevistas, ficou evidente que as características locais de saúde do território não eram utilizadas para o planejamento das ações e que as atividades eram determinadas pelas reuniões em nível central.

Observou-se uma comunicação mais articulada das secretarias de saúde e educação do município, o que pode explicar os resultados obtidos no monitoramento das ações nas escolas municipais como mais fluida e positiva do que nas escolas estaduais, conforme relatos. Vale salientar que as gestões do governo do estado e do município, nesse contexto, são de oposição.

Ao identificar as relações existentes, notou-se que as iniciativas de aproximação sempre ocorriam por meio das equipes da saúde. As equipes chegavam nas escolas para apresentar as ações, discutidas com a direção da escola ou alguns professores, e, posteriormente eram executadas sem qualquer planejamento coletivo com a comunidade escolar. Todavia, sugeriu-se que essa aproximação deveria ser iniciada pela gestão dos setores saúde e educação, como destacado por alguns profissionais, a fim de colaborar para a facilitação dessa articulação.

Com exceção da gestão, nenhum dos entrevistados comentou sobre o monitoramento das ações quando questionados. Segundo A14, o resultado no distrito era positivo pelo número de ações que eram indicadas pela gestão e as que conseguiam ser realizadas, ainda que surgissem adversidades, como o número reduzido de profissionais para execução das atividades e a sobrecarga de trabalho, já que alguns trabalhadores da saúde atuavam sozinhos no programa.

A gestão distrital, anualmente, fazia um relatório com a análise das metas que foram traçadas. Quando as metas não eram alcançadas, chegava-se ao diagnóstico dos

porquês; e, às vezes, o que faltavam eram recursos para solucionar algumas questões.

No aspecto referente ao registro de informações, cabe salientar que todo o lançamento da produtividade no sistema de informação era realizado apenas pelos profissionais de saúde. Eles destacaram que era um processo trabalhoso; por vezes, não conseguiam realizar o registro, e as informações eram subnotificadas.

Existe a construção de práticas que dialoguem com a comunidade escolar e suas necessidades de saúde?

Quando questionados sobre a contribuição do PSE para a saúde dos escolares, os profissionais da educação reconheceram a importância do programa nesse aspecto, além da colaboração na formação escolar e social do indivíduo ao longo da vida.

Notou-se que alguns profissionais da saúde ainda têm uma percepção do programa pautada em práticas curativas, que refletem uma visão biomédica e fragmentada da saúde:

[...]melhora a saúde [...] o médico examinava, solicitava exames. No outro retorno, olhava esses resultados de exame, a gente encaminhava para consultas com oftalmologistas se tivessem alterações. [...] Então, no geral, melhorava a saúde do educando. (A7).

Quanto à publicização das ações, quando ocorria, limitava-se ao WhatsApp. Contudo, no contexto da pandemia, a utilização das redes sociais se tornou mais evidente, o que poderia ajudar na divulgação dessas atividades:

[...] acho que é um trabalho tão importante, de um impacto tão grande. Inclusive, ao longo prazo, porque você está acompanhando aqueles alunos todo ano, [...] mereceria uma publicização maior dessas ações. (A8).

A territorialidade, outro aspecto analisado, não era considerada para realização das ações

visto que cada comunidade escolar representa realidades epidemiológicas diferentes, mas, na prática, não se constataram ações direcionadas a cada território de forma diferenciada.

Quanto à articulação de saberes, não havia participação da comunidade escolar. Os agentes, diretamente envolvidas com o PSE, não tinham suas demandas escutadas e desconheciam o seu papel diante dos objetivos do PSE. Não havia o compartilhamento e a corresponsabilização de saberes entre os envolvidos no programa, sendo que se almeja que tanto o planejamento quanto a execução do PSE sejam pautados pela intersetorialidade.

Intersectorialidade, qual a compreensão?

Uma das professoras não soube responder, as demais compreendiam como integração e troca de saberes entre saúde e educação. Ainda no setor educação, uma das participantes alegou que não havia ações para que, na prática, isso ocorresse e transferiu para o setor saúde a responsabilidade em articular os saberes e práticas.

Ao que parece, o termo intersectorialidade tinha mais clareza em sua compreensão entre os profissionais da saúde, que apontaram uma fragilidade nessa relação desde a gestão. Apesar disso, havia um consenso no entendimento dos trabalhadores da saúde de que essa articulação era que permitia o PSE acontecer.

Nesse cenário de articulação entre todos os setores, um dos trabalhadores da saúde revelou sua compreensão sobre intersectorialidade no processo de trabalho, utilizando uma perspectiva interprofissional:

[...] acho que é exatamente o que ocorre dentro de uma equipe de saúde da família. Esse envolvimento multiprofissional de todos os profissionais envolvidos [...] essa articulação com a escola. [...] que permite acontecer o PSE, permite que as portas se abram para as ações serem feitas. (A8).

Interprofissionalidade: cooperação, coordenação, parcerias e tomadas de decisões compartilhadas nas ações do PSE

Não houve relatos de cooperação no planejamento das ações ou tomadas de decisões compartilhadas entre os agentes. Além disso, a responsabilidade pelas atividades do programa sempre recaía para os profissionais da saúde ou algum agente em específico da educação conforme relato dos entrevistados. Ao que parece, os profissionais da educação não se incluíam como corresponsáveis pelo desenvolvimento das ações, mas apenas como apoiadores.

Semelhantemente ao afirmado pelos professores, os profissionais de saúde confirmaram a atuação do setor educação como coadjuvante nas ações do PSE, àqueles que traziam as demandas para serem executadas e planejadas pelo setor saúde. Não foi observada a inclusão das famílias, como membros pertencentes aos processos de tomadas de decisões, em nenhum momento.

As narrativas dos profissionais da saúde demonstraram uma fragilidade na coordenação por parte das secretarias de saúde e educação. Eles indicaram uma deficiência na comunicação entre essas secretarias além de uma transferência de responsabilidade total aos profissionais de saúde, pela comunicação e esclarecimentos sobre o programa.

No que diz respeito à parceria na realização das ações, percebeu-se que os entrevistados, no geral, indicaram a parceria como um pressuposto para a realização das atividades. Além de ser um termo amplamente utilizado, também era reconhecido como fundamental para a construção de um trabalho colaborativo. No entanto, foram observadas práticas planejadas e executadas, essencialmente, pelos profissionais da saúde.

Discussão

A análise dos dados mostrou fragilidades nas relações de parceria para o planejamento, a execução e o monitoramento das ações do PSE

entre os trabalhadores da saúde, da educação, membros do conselho escolar e representante da gestão; uma vez que estudos evidenciam que a parceria entre os profissionais é fundamental para que o diálogo, o acesso às informações e a reorganização de práticas sejam o foco principal do programa²⁶. Essas fragilidades nas relações podem interferir negativamente no processo de trabalho em questão.

Mendes Gonçalves²⁷ salienta que a apreensão do objeto consiste em identificar as características que permitem a visualização do produto final, antevisto nas finalidades do trabalho. Neste estudo, observou-se que a percepção um pouco mais abrangente do objeto e da finalidade do programa em coerência com o proposto nas diretrizes do PSE esteve mais presente na fala dos profissionais da saúde.

Nesse cenário, o objeto de trabalho foi compreendido como identificação de doenças e atividades baseadas em palestras, que tinham por finalidade a informação para prevenir doença, o que representou um aspecto crítico na obtenção de um produto ampliado, já que reforça o não cumprimento do princípio da integralidade das práticas, baseada na prevenção, promoção e recuperação da saúde. Apesar disso, o programa permitiu a aproximação entre os envolvidos e a possibilidade de acesso às diversas ações e às informações em saúde, que puderam ser benéficas na manutenção da saúde da população nesse território. Por isso, apesar de a integralidade estar presente nos relatos dos profissionais, ainda é um processo em construção.

Logo, o saber clínico foi preponderante em relação ao saber da saúde coletiva, o que dificultou uma ampliação dos meios, finalidades e produtos. Nessa lógica, o presente estudo mostrou que as ações de saúde do PSE adotam práticas hegemônicas, desarticuladas, setoriais, focadas na doença e executadas, principalmente, com abordagens centradas nas palestras e na transmissão de informações de forma unidirecional.

Salienta-se a importância da vinculação das ações desenvolvidas no PSE, por meio de uma construção coletiva do conhecimento, a fim

de melhorar a assistência prestada e ampliar o alcance das atividades²⁷.

Por outro lado, um estudo de revisão integrativa apontou que as ações desenvolvidas nas escolas são pontuais e assistemáticas, apenas como respostas a demandas específicas, o que limita o alcance das ações do programa²⁸, sendo necessária a reestruturação das ações educativas, de forma que o profissional realize avaliações dessas ações, observando a realidade e o interesse da comunidade assistida²⁹.

Quanto à compreensão de que se trata de um trabalho em conjunto e em parceria, foi uma percepção comum. Como esses são fatores importantes para obtenção de bons resultados, tal entendimento pode ser considerado um indicador positivo para a construção de um trabalho colaborativo, a caminho de um trabalho intersetorial^{8,30}.

Apesar dessa compreensão, na prática, os processos decisórios que envolvem a gestão, o planejamento e a execução das ações não ocorrem de forma compartilhada. Esses achados respaldam alguns estudos ao concluir que o PSE possibilitou um maior contato entre os setores, entretanto, aspectos da articulação intersetorial no processo político-gestional e nas práticas mostram fragilidades e limitações^{31,32}.

Fato evidenciado, também, nas narrativas dos profissionais da educação que apontaram não haver no PPP da escola menção ao PSE e ações de saúde na escola. O PPP corresponde a um compromisso construído coletivamente³³. Isso reforçou a compreensão de que o setor educação não tem dado ao PSE a atenção necessária, destacando a fragilidade nas práticas e relações entre os setores.

Paralelo a isso, os entrevistados demonstraram pouco conhecimento conceitual sobre a intersetorialidade e os elementos do trabalho interprofissional que envolvem o processo de trabalho; dada a isso a importância de formações que incluam a discussão atual de intersetorialidade e da participação dos escolares e comunidade, os quais garantem a durabilidade dessas ações, fato já evidenciado por outros

autores^{16,34,35}. No entanto, o que ainda se nota é a escassez de formações e a inexistência de protocolos que auxiliem o desenvolvimento de ações intersetoriais³⁶.

Todavia, ainda que ações de promoção, proteção e atenção à saúde sejam realizadas no PSE, as propostas de promoção da saúde não privilegiam mudanças de comportamento mediante intervenções individuais e autoritárias, e sim por intermédio de uma visão holística da saúde, da determinação social no processo saúde e doença, da intersectorialidade e da participação social³⁷.

Por esse motivo, as relações espaciais com outros cenários, como a família, a comunidade e os serviços de saúde, devem ser identificadas com as condições sociais e os diferentes estilos de vida, por meio da participação de todos³⁸, mesmo sendo a inserção ativa da comunidade no campo um dos desafios do PSE³⁹.

Um estudo revelou que, apesar dos escolares se mostrarem receptivos às ações do PSE, não tiveram a participação necessária que permitisse a responsabilização para a produção da própria saúde⁴⁰. Nesse sentido, assim como identificado no presente estudo, outros autores⁴¹ salientam que vincular ações de saúde ao cotidiano dos escolares é uma tarefa intensa.

Por conseguinte, a necessidade da pactuação de um projeto em comum surge, sobretudo, do reconhecimento de haver diferentes motivações, sendo necessária a busca de relações horizontais, com a quebra de supremacia de um saber sobre o outro⁴².

O cenário de pandemia, no qual o estudo foi desenvolvido, refletiu sobre a necessidade de planejar e desenvolver, conjuntamente, projetos de intervenções adaptados a esta realidade, sendo a utilização das tecnologias uma possibilidade de atividade remota de educação em saúde⁴³.

Dessa forma, pensando nos contextos da pandemia e da pós-pandemia, a possibilidade de criar instrumentos de informação e comunicação como recurso didático na aprendizagem de temas importantes como a Covid-19 e outras doenças pode contribuir para a abordagem de

educação em saúde nas escolas e na articulação intersectorial. Nesse sentido, é possível superar essas questões por meio do conhecimento e permitir o aproveitamento das políticas públicas vinculadas à temática⁴⁴.

Considerações finais

Este trabalho, de natureza qualitativa, apresenta, enquanto limitações, a ausência da percepção dos escolares sobre as atividades do PSE. Outra limitação refere-se ao fato de este estudo ter sido realizado no período pandêmico, o que restringiu o acompanhamento e a operacionalização das ações, sendo necessário estudos futuros que permitam projetar e implementar atividades integradas e intersectoriais.

Observa-se a inexistência de projetos integrados e intersectoriais ou tecnologias como recurso auxiliar nas práticas de trabalho. Para tanto, sugerem-se investimentos em formações para práticas intersectoriais no PSE, a fim de fomentar uma maior articulação entre os agentes envolvidos. Ademais, a interprofissionalidade é pouco presente nas relações de trabalho.

Como sugestão de melhoria do programa, recomenda-se a publicização de ações exitosas, com perspectiva de mostrar aos envolvidos o potencial de produção de saúde por todos eles.

Por fim, o fato de o PSE permitir a ampliação da rede de trabalho e de a escola possibilitar o uso da criatividade pode colaborar para construção de projetos coletivos, para além do ambiente escolar. Nesse sentido, os produtos resultantes da participação de todos trarão contribuições para melhor articulação e práticas entre os profissionais que atuam nesses espaços.

Colaboradoras

Gonçalves PDS (0000-0001-6680-1538)* contribuiu substancialmente para concepção, planejamento, coleta de dados, análise e interpretação de dados, elaboração do

rascunho, revisão crítica e aprovação da versão final. Ferreira SC (0000-0002-9884-5540)* contribuiu substancialmente para planejamento, revisão crítica e aprovação da versão final. Rossi TRA (0000-0002-2561-088X)*

contribuiu substancialmente para concepção, planejamento, interpretação de dados, elaboração do rascunho, revisão crítica e aprovação da versão final. ■

Referências

1. Brasil. Decreto nº 6.286, de 5 dezembro de 2007. Institui o PSE, e dá outras providências. Brasília, 2007. Diário Oficial da União. 6 Dez 2007.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.861, de 4 de setembro de 2008. Estabelece recursos financeiros pela adesão ao PSE para Municípios com equipes de Saúde da Família. Diário Oficial da União. 5 Dez 2008.
3. Brasil. Ministério da Educação; Ministério da Saúde. Portaria nº 1.055, de 25 de abril de 2017. Redefine as regras e critérios para adesão ao PSE e dispõe sobre o incentivo financeiro para custeio de ações. Diário Oficial da União. 26 Abr 2017.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.071, de 18 de novembro de 2020. Altera atributos do procedimento 01.01.01.009-5 prevenção ao covid-19 nas escolas. Diário Oficial da União. 19 Nov 2020.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Painel de adesões. Programa Saúde na Escola - Ciclo 2021-2022. Brasília, DF: MS; 2022.
6. Carrapato JFL, Castanheira ERL, Placideli N. Percepções dos profissionais de saúde da atenção primária sobre qualidade no processo de trabalho. Saúde Soc. S. Paulo. 2018 [acesso em 2022 jan 20]; 27(2):518-530. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/PmjC6YSs8SYzmWLrd7ccHJH/?format=pdf&lang=pt>.
7. Jacóe NB, Aquino NM, Pereira SCL, et al. O olhar dos profissionais de uma Unidade Básica de Saúde sobre a Implantação do Programa Saúde na Escola. Rev Med Minas Gerais. 2014 [acesso em 2022 jan 20]; 24(supl1):43-48. Disponível em: <https://pesquisa.bv-salud.org/portal/resource/pt/lil-71873>.
8. Sousa MC. Saúde na Escola: analisando os caminhos da intersectorialidade. [dissertação]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2014.
9. Soares CJ, Santos PHS, Nery AA, et al. Percepção de enfermeiras da estratégia de saúde da família sobre o programa saúde na escola. Rev de enferm UFPE online. 2016 [acesso em 2022 jan 20]; 10(12):4487-93. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11514/13397>.
10. Marinho MNA, Vieira NFC, Ferreira HS, et al. Programa saúde na escola: dos processos formativos aos cenários de práticas. J Hum Growth Dev. 2018 [acesso em 2022 jan 20]; 28(2):175-182. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/147219/141053>.
11. Lopes IE, Nogueira JAD, Rocha DG. Eixos de ação do Programa Saúde na Escola e Promoção da Saúde: revisão integrativa. Saúde debate. 2018 [acesso em 2022 jan 20]; (118):773-789. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/SNsdFnbvBdfdh76GQYG DtM/?format=pdf&lang=pt>.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

12. Cavalcanti PB, Lucena CMF, Lucena PLC. Programa Saúde na Escola: interpelações sobre ações de educação e saúde no Brasil. *Textos Contextos*. 2015 [acesso em 2022 jan 20]; 14(2):387-402. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/21728/13961>.
13. Ferreira IRC, Moysés SJ, França BHS, et al. Percepções de gestores locais sobre a intersetorialidade no Programa Saúde na Escola. *Rev. Bras. Educ.* 2014 [acesso em 2022 jan 20]; 19(56):61-76. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbedu/a/pqb9Bhm3zyYyjJ4VfP55knt/?format=pdf&lang=pt>.
14. Magalhães R. Constrangimentos e oportunidades para a implementação de iniciativas intersetoriais de promoção da saúde: um estudo de caso. *Cad. Saúde Pública*. 2015 [acesso em 2022 jan 20]; 31(7):1427-1436. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/9nJ3qbDGkYYFyM8wk4FmHDx/?format=pdf&lang=pt>.
15. Köptcke LS, Caixeta IA, Rocha FG. O olhar de cada um: elementos sobre a construção cotidiana do Programa Saúde na Escola no DF. *Tempus*. 2015 [acesso em 2022 jan 20]; 9(3):213-232. Disponível em: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1798/1664>.
16. Farias ICV, Franco de Sá RMP, Figueiredo N, et al. Análise da Intersetorialidade no PSE. *Rev. Bras. Educ. Méd.* 2016 [acesso em 2022 jan 20]; 40(2):261-267. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/39ZTRdxxTHwsQx5hCdjWzjB/?format=pdf&lang=pt>.
17. Cord D, Gesser M, Nunes ASB, et al. As significações de profissionais que atuam no PSE acerca das dificuldades de aprendizagem: patologização e medicalização do fracasso escolar. *Psicol. Ciênc. Prof.* 2015 [acesso em 2022 jan 20]; 35(1):40-53. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/7G9nyym6rhrKYRzFt75Rghb/?format=pdf&lang=pt>.
18. Camargo TS. Promover Saúde, produzir responsabilidade: uma análise do funcionamento do programa saúde na escola em Porto Alegre/RS. In: *Anais do 6. Sem. Bras. de Est. Cult. e Ed.* 2015 [acesso em 2022 jan 20]; (3):1-24. Disponível em: <http://www.2015.sbece.com.br/site/anaiscomplementares>.
19. Leite CT, Machado MFAS, Vieira RP, et al. The school health program: teachers' perceptions. *Invest. Educ. Enferm.* 2015 [acesso em 2022 jan 20]; 33(2):280-287. Disponível em: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/iee/article/view/23008/18954>.
20. Junqueira LAP. Intersetorialidade, transetorialidade e redes na saúde. *Rev Adm pública*. 2000 [acesso em 2022 jan 20]; 34(6):35-45. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6346/4931>.
21. Paim JS. *O que é SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.
22. Reeves S, Pelone F, Harrison R, et al. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017 [acesso em 2022 jan 20]; 6(6):1-15. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000072.pub3/epdf/full>.
23. Orchard CA, King GA, Khalili H, et al. Assessment of interprofessional team collaboration scale (AITCS): development and testing of the instrument. *J Contin Educ Health Prof.* 2012 [acesso em 2022 jan 20]; 32:58-67. Disponível em: https://journals.lww.com/jcehp/Abstract/2012/32010/Assessment_of_Interprofessional_Team_Collaboration.8.aspx.
24. Orchard CA, Pederson L, Read L, et al. Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale: Further Testing and Instrument Revision. *JCEHP*. 2018 [acesso em 2022 jan 20]; 38(1):11-18. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/323590008_Assessment_of_Interprofessional_Team_Collaboration_Scale_AITCS_Further_Testing_and_Instrument_Revision.
25. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466/2012. 12 de dezembro de 2012. *Diário Oficial da União*. 12 Dez 2012. [acesso em 2022 jan 20]. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.

26. Machado MFA, Gubert FA, Meyer APG, et al. Programa saúde na escola: estratégia promotora de saúde na atenção básica no Brasil. *J Hum Growth Dev*. 2015 [acesso em 2022 jan 20]; 25(3): 307-312. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v25n3/pt_09.pdf.
27. Mendes Gonçalves RB. Práticas de saúde e tecnologia: contribuição para reflexão teórica. Brasília, DF: OPS; 1998.
28. Araújo MJA, Nogueira EAM, Santos VR, et al. PSE: experiências, práticas e desafios na atenção primária à saúde. *Research Society and Development*. 2021; 10(10).
29. Coutinho BLM, Feitosa AA, Diniz CBC, et al. Álcool e drogas na adolescência: processo de trabalho no programa saúde na escola. *J Hum Growth Dev*. 2017 [acesso em 2022 jan 20]; 27(1):28-34. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822017000100004&lng=pt&nrn=iso&tlng=pt.
30. Silveira CC, Estermann ED, Félix JM. A generificação da intersectorialidade no PSE. *Rev. bras. Estud. Pedagog.* 2019 [acesso em 2022 jan 20]; 100(255):423-44. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbeped/a/QsFK3V7H56XL7rBKK7RcRsf/?format=pdf&lang=pt>.
31. Sousa MC, Esperidião MA, Medina MG. A Intersectorialidade no Programa Saúde na Escola: avaliação do processo político-gerencial e das práticas de trabalho. *Ciênc. Saúde Colet*. 2017 [acesso em 2022 jan 20]; 22(6):1781-1790. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/nGRj8mdvwwZHvy6G76MrfJ/?format=pdf&lang=pt>.
32. Brambilla KD, Kleb EM, Magro DPL. Cartografia da implantação e execução do PSE: implicações para o processo de desmedicalização. *Rev. Belo Horizonte*. 2020 [acesso em 2022 jan 20]; 1(36):3-14. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/edur/a/CGCSFCswjgpYXCV7FYswHdf/?format=pdf&lang=pt>.
33. Veiga IAP. Projeto Político Pedagógico da Escola: Uma construção possível. 24. ed. Campinas: Papyrus editora; 2009. [acesso em 2022 jan 20]. Disponível em: <https://www.sinprodf.org.br/wp-content/uploads/2014/01/PPP-segundo-Ilma-Passos.pdf>.
34. Medeiros ER, Pinto GSE, Paiva SCA, et al. Facilidades e dificuldades na implantação do Programa Saúde na Escola em um município do NE do Brasil. *Rev Cuid*. 2018 [acesso em 2022 jan 20]; 9(2):2127-2134. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732018000202127.
35. Chiari APG, Ferreira RC, Akerman M, et al. Rede intersectorial do PSE: sujeitos, percepções e práticas. *Cad. Saúde Pública*. 2018 [acesso em 2022 jan 20]; 34(5):1-15. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/d9GHPC4rRF9WJKQxyqmbZCG/abstract/?lang=pt>.
36. Reuter CLO, Santos VCF, Ramos AR. O exercício da interprofissionalidade e da intersectorialidade como arte de cuidar: inovações e desafios. *Esc Anna Nery*. 2018 [acesso em 2022 jan 20]; 22(4):1-8. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/CBWhDD897ThYB7LYBmQmXFg/?format=pdf&lang=pt>.
37. Westphal MF. Promoção da Saúde e Prevenção das Doenças. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akermanm M, et al. *Tratado de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 635-667. [acesso em 2022 jan 20]. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/cid-53915>.
38. Tavares MFL, Rocha RM. Promoção da Saúde e a Prática de Atividade Física em Escolas de Manguinhos – RJ. In: Brasil. Ministério da Saúde. *Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil*. Brasília, DF: MS; 2006. p. 157-168. [acesso em 2022 jan 20]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/escolas_promotoras_saude_experiencias_brasil_p1.pdf.
39. Vieira CEN, Dantas AN, Miranda VMS, et al. School Health Nursing Program: prevention and control of overweight/obesity in adolescents. *Rev Esc Enferm USP*. 2018 [acesso em 2022 jan 20]; 52(5):1-8. Dispo-

- nível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/zxNjzJ7ms48mHccxHxWcDby/?lang=en&format=pdf>.
40. Oliveira LSP, Vargas DMA, Hartz Z, et al. Percepção de escolares do ensino fundamental sobre o PSE: um estudo de caso em BH, Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018 [acesso em 2022 jan 20]; 23(9):2891-2898. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/BDk6KBvzRGsrR89t9YJfB7m/?format=pdf&lang=pt>.
 41. Pereira PLG, Pereira DM, Faria SGR, et al. A implementação do programa saúde na escola em três municípios de MG, Brasil. *Rev de Enf do Centro Oeste Mineiro.* 2020 [acesso em 2021 jan 20]; 10(10):1-11. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/recom/article/view/3566/2447>.
 42. Ellery AEL. Interprofissionalidade na Estratégia Saúde da Família: condições de possibilidade para a integração de saberes e a colaboração interprofissional. [tese]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2012.
 43. Parcianello L, Santos V, Krug MM. Retomada do Programa Saúde na Escola: Intervenção da Residência Multiprofissional na Atenção Primária. *Salão do Conhecimento Inijui.* 2021 [acesso em 2022 jan 20]; 7(7). Disponível em: <https://publicacoeseventos.unijui.edu.br/index.php/salaokonhecimento/article/view/20679>.
 44. Souza APB, Souza AH, Manhães FC. Promovendo ferramentas de informação e comunicação sobre Covid-19 na Escola: pensando educação em saúde em tempos de pandemia. In: *Anais do 7º Congresso Nacional de Educação*; 2021. [acesso em 2022 fev 20]. Disponível em: https://editorarealize.com.br/editora/anais/conedu/2021/TRABALHO_EV150_MDI_SAI19_ID9277_05112021194223.pdf.

Recebido em 10/05/2022

Aprovado em 30/08/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Percepção de profissionais da saúde e da educação sobre o Programa Saúde na Escola

Perception of health and education professionals on the School Health Program

Juliane Gonçalves Baroni¹, Carla Cilene Baptista da Silva²

DOI: 10.1590/0103-11042022E307

RESUMO Este artigo consiste em um estudo de caso que buscou conhecer as percepções de profissionais da saúde e da educação sobre as ações do Programa Saúde na Escola (PSE) de um território periférico da Baixada Santista-SP. Foram entrevistadas três orientadoras educacionais de duas escolas, uma articuladora do PSE, uma acompanhante terapêutica, uma psicóloga, duas enfermeiras e uma agente comunitária de saúde. Após as transcrições das entrevistas, os textos foram submetidos à análise lexográfica e à classificação hierárquica descendente no *software* IRaMuTeQ-R, e, posteriormente, analisados com base nos referenciais teóricos sobre o PSE, a saúde escolar e a intersetorialidade. Os resultados demonstraram que as ações do PSE se concentram na reunião de matriciamento, nos encaminhamentos, verificação vacinal, saúde bucal e saúde ocular. Há escassez de formação contínua, desconhecimento sobre política do PSE e excesso de trabalho. Tais fatores parecem comprometer a contemplação dos objetivos do programa propostos na política, que, atravessado pela pandemia, intensificou os desafios enfrentados. Há um potencial a ser explorado pelo encontro saúde e educação, mas desafios envolvendo os setores, a lógica tradicional de gerenciamento, a abordagem biológica e a participação social precisam ser superados para avançar rumo às propostas intersetoriais de Promoção da Saúde e bem-estar.

PALAVRAS-CHAVE Política de saúde. Serviços de saúde escolar. Atenção à saúde. Proteção social em saúde. Colaboração intersetorial.

ABSTRACT *This article consists of a case study that aimed to identify health and education professionals' perceptions of the School Health Program (PSE) actions in a suburban territory of Baixada Santista, São Paulo. Three educational counselors from two schools, a PSE articulator, a therapeutic companion, a psychologist, two nurses, and a community health worker were interviewed. The transcribed interviews were submitted to lexicographic analysis and descending hierarchical classification in the software IRaMuTeQ-R. They were later analyzed based on the theoretical references on the PSE, school health, and intersectorality. The results showed that the PSE actions focus on the matrix support meeting, referrals, vaccination verification, oral health, and eye health. The inadequate continuing training, poor knowledge of the PSE policy, and overwork compromise the full consideration of the program's objectives, which, traversed by the pandemic, escalated the challenges faced by professionals. There is potential to be explored by the meeting of health and education. However, challenges involving these sectors, the traditional management rationale, the biological approach, and social participation should be overcome to advance towards intersectoral proposals to promote health and well-being.*

KEYWORDS *Health policy. School health services. Delivery of health care. Social protection in health. Intersectoral collaboration.*

¹Prefeitura Municipal de Santos - Santos (SP), Brasil.
juligoncallo@hotmail.com

²Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) - São Paulo (SP), Brasil.



Introdução

Com a intenção de promover, prevenir e atentar às questões da saúde dos estudantes da rede pública, o Programa Saúde na Escola (PSE) foi instituído pelo Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação. Os objetivos do PSE visam promover a saúde e a cultura de paz com o fortalecimento das áreas da saúde e da educação pública, o vínculo das ações do Sistema Único de Saúde (SUS) com as da educação básica pública de forma ampla (comunidade, equipamentos e recursos da localidade); auxiliar na formação integral dos estudantes; fundar um recurso de atenção social que promova a cidadania e o exercício dos direitos humanos, apoiar nos enfrentamentos dos agravos da saúde que podem comprometer o desempenho escolar; conceber uma linha de comunicação entre as unidades de saúde e as escolas; consolidar a participação da comunidade nas políticas de educação e saúde¹.

As aprendizagens de educação em saúde têm sido cada vez mais utilizadas como estratégia para promover a melhora da qualidade de vida da população na atualidade, aparecendo como prioridade nas novas políticas e programas de Estado voltados para o público em vulnerabilidade social, facilitando o acesso universal a educação e saúde por meio de uma rede de atendimento gratuita. Nesse formato, a política nacional de educação e saúde, por meio do PSE, apoia o desenvolvimento de ações de educação, prevenção de risco e Promoção da Saúde (PS) nas demandas oriundas do mapeamento do território, em que o Estado, por intermédio do conhecimento das condições de vida da população, sob um aspecto vigilante, pode melhor gerir e fazer prevenção dos riscos à saúde coletiva. Nesse sentido, a escola, como partícipe do programa, aparece cada vez mais implicada com os problemas sociais, convocada a atuar para o bem-estar da população².

Desse modo, o PSE propõe estratégias para abordar os problemas da localidade, por meio da intersetorialidade e do compartilhamento

de responsabilidades entre os setores, que, acostumados com o isolamento, podem assim ter a chance de fortalecer o vínculo entre saúde e educação. O programa é considerado de suma importância pelos profissionais da saúde e da educação, que reconhecem os benefícios para a qualidade de vida oriundos da inclusão da saúde na escola, interferindo positivamente na educação, melhorando o acesso da população aos serviços de saúde³.

Nessa perspectiva, o PSE propõe o estreitamento de vínculo entre escolas e Unidades Básicas de Saúde (UBS), com o planejamento e a execução de ações conjuntas, em que a escola se estabelece como cenário potente para o trabalho intersetorial e construção de aprendizagens que norteiem decisões e atitudes para maior qualidade de vida⁴. Sendo assim, o PSE se apresenta como chance de ressignificar a escola e mudar os determinantes sociais, favorecendo a produção da cidadania e o empoderamento mediante apresentação, conhecimento, discussão e implantação dos ideais de PS, superando a teoria e vivenciando, de fato, a proposta da política em saúde⁵.

Diante dessa proposição de conjunção entre saúde e educação na promoção de ações que contemplem a integralidade dos educandos oferecendo subsídios para seu pleno desenvolvimento, é de suma importância refletir sobre as percepções dos profissionais envolvidos nessa dinâmica, a fim de compreendê-la e verificar a efetividade das ações proposta pelo programa e aquelas realizadas. A importância da presente pesquisa está no ato de desvelar as percepções dos trabalhadores da saúde e da educação sobre o PSE, conhecendo assim o processo de trabalho intersetorial através da lente dos protagonistas responsáveis pela sua execução em um território periférico de uma cidade do litoral paulista.

Material e métodos

Trata-se de um estudo de caso⁶, de abordagem qualitativa⁷, que envolveu a participação

de profissionais da saúde e da educação que participaram das reuniões de matriciamento na Unidade de Saúde da Família (USF) do território desde o ano de 2019 e que atuavam no contexto do PSE em um território periférico da Baixada Santista, localizado em um município com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,840⁸.

O município utiliza como principal estratégia do PSE a reunião de matriciamento, que é uma produção de saúde, para a socialização e encaminhamentos de casos acolhidos nas unidades de saúde com a saúde mental, em um novo rearranjo incluindo a educação, por meio da participação das escolas.

O instrumento utilizado para coleta de dados foi a entrevista, com o interesse de levantar informações autênticas, discorrendo e interagindo sobre o tema por intermédio de um percurso mais livre, seguindo um roteiro semiestruturado de questões, que permite adaptações ao entrevistador partindo de um esquema básico, porém flexível⁹.

Participaram nove mulheres com idade entre 34 e 54 anos, sendo três profissionais da educação, Orientadoras Educacionais (OE), e seis profissionais da saúde, sendo uma articuladora do PSE, uma acompanhante terapêutica do Centro de Atenção Psicossocial Infantil (Capsi), duas enfermeiras da USF, uma psicóloga do Núcleo de Atenção à Saúde da Família (Nasf) e uma Agente Comunitária de Saúde (ACS) da USF.

Foi realizada entrevista semiestruturada individual, por meio de videoconferência. O conteúdo foi gravado para posterior transcrição. Cada entrevista durou, em média, quarenta minutos, e o tempo total de coleta foi de cinco horas e meia.

A abordagem às profissionais foi realizada após comunicação com as chefias, por contato de mensagem de celular entre os meses de março e abril de 2021, pela própria pesquisadora.

Após coleta de dados, foi realizada a transcrição das entrevistas. Para tratamento dos dados, foi utilizado o *software* IRaMuTeQ, que

é gratuito e funciona ancorado ao *software* estatístico R. Essa ferramenta de processamento de dados realiza análises estatísticas textuais. A presente pesquisa utilizou os resultados apresentados pelo IRaMuTeQ da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) ou método de Reinert, que classifica os seguimentos de texto conforme seus vocabulários, repartindo o conjunto deles baseada na frequência das formas reduzidas (palavras lematizadas) para auferir classes de Unidades de Contexto Elementares (UCE) que compreendem os vocábulos agrupados pelo *software* por semelhança e diferença¹⁰.

A análise lexical do *software* apresentou cinco classes, que foram analisadas e nomeadas com base nos referenciais teóricos sobre o PSE, a saúde escolar e a intersetorialidade: Classe 1 – Encaminhamentos; Classe 2 – Relação Intersetorial Saúde e Educação; Classe 3 – Panorama do PSE; Classe 4 – O Acesso à Saúde; Classe 5 – Reflexos do PSE na Comunidade.

A fim de preservar o anonimato, utilizaram-se, ao longo do texto, siglas para identificação das participantes. A coleta de dados teve início após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de São Paulo, com parecer sob o número 4.601.455 CAEE 38641120.7.0000.5505.

Resultados e discussão

O processamento dos dados pelo *software* IRaMuTeQ-R, na opção de análise de estatísticas textuais, apresentou a ocorrência de 30.240 palavras no *corpus* textual, em uma frequência média do aparecimento de 3.360 por texto, com 3.317 número de formas e 816 palavras distintas (hápax). Na análise de especificidade, as variáveis escolhidas, consideraram as formas ativas e complementares, selecionadas pela variável *p (pessoa), com a frequência mínima de dez. O IRaMuTeQ gerou relatório classificando 864 UCE, considerando relevante 78,24% do material; a classificação de segurança segue o padrão de pelo menos 70% do material. Nos resultados,

no título de cada uma das classes, está o número de UCE. A organização gerada pelo programa agrupou os vocábulos em cinco classes ligadas por eixos representada no dendrograma. Com os resultados oriundos da CHD, foi possível verificar as frequências mais importantes e, ao realizar a interpretação do *corpus*, definir as categorias temáticas que emergiram dessa combinação. Com isso, potencializando a investigação por meio das inferências, buscando

compreender as mensagens que se ocultam por trás da frequência da aparição das palavras¹¹. Essas categorias foram nomeadas pela pesquisadora de acordo com a interpretação das palavras agrupadas nas classes e das UCE apresentadas pelo *software*. O IRaMuTeQ realizou a análise textual, e seus resultados foram analisados com base nos referenciais teóricos dos estudos atuais sobre a saúde escolar e a intersetorialidade.

Figura 1. Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente

Classe 3 (20,71%) Panorama do PSE			Classe 2 (19,53%) Relação Intersetorial Saúde e Educação			Classe 5 (17,6%) Reflexo do PSE na Comunidade			Classe 1 (19,53%) Encaminhamentos			Classe 4 (20,86%) Acesso à Saúde		
Palavra	%	χ^2	Palavra	%	χ^2	Palavra	%	χ^2	Palavra	%	χ^2	Palavra	%	χ^2
recurso	100.00	46.77	educação	72.46	119.98	mãe	80.70	170.87	encaminhamento	63.41	53.50	acs	72.73	56.54
santo	87.50	44.52	saúde	46.26	69.79	filho	90.48	79.35	encaminhar	84.21	52.05	mês	86.67	40.25
expectativa	86.67	40.64	intersetorial	100.00	68.32	olhar	60.00	38.90	criança	40.00	42.93	acontecer	64.52	37.51
sentido	65.38	32.86	experiência	100.00	60.54	ligar	68.75	29.56	pse	34.81	36.73	vir	62.07	31.17
abrangente	100.00	31.00	trabalhar	60.38	52.38	aparecer	71.43	28.55	ano	61.29	36.06	marcar	100.00	30.72
político	100.00	27.08	efetivo	93.33	47.48	depressão	100.00	28.34	cer	100.00	33.36	pedir	83.33	28.89
planejamento	73.33	25.87	setor	78.26	46.08	observar	87.50	27.27	tentar	54.84	25.78	enfermeiro	61.54	27.11
gostar	88.89	25.82	profissional	52.11	44.92	aluno	40.98	25.27	avaliação	71.43	24.51	ubs	41.30	26.97
vista	76.92	25.51	executar	92.86	43.66	enxergar	85.71	22.62	atendimento	53.12	24.13	acesso	80.00	21.51
jeito	81.82	25.43	trabalho	65.71	43.43	diferenciado	85.71	22.62	endereco	87.50	23.80	adolescente	80.00	21.51

Fonte: dados da pesquisa.

A *figura 1*, dendrograma, ilustra as classes/ categorias oriundas das segmentações do conteúdo das entrevistas realizado pelo *software* IRaMuTeQ. As classes apresentam trechos dos depoimentos dos participantes da pesquisa, que são identificados com a letra P e um número de um a nove e, ainda, pela sua área de trabalho, saúde ou educação; e serão apresentadas abaixo conforme a sequência que aparecem na *figura 1* (dendrograma):

Panorama do PSE

A classe Panorama do PSE, com 20,71% dos seguimentos aproveitados, apresenta as seguintes palavras mais representativas: 'recurso,

Santos, expectativa, sentido, abrangente, político e planejamento'. Elas remetem a como os sujeitos da pesquisa reconhecem o programa e entendem o seu funcionamento.

O PSE foi o dispositivo que sistematizou o encontro saúde e educação no território por meio da participação da educação nas reuniões de matriciamento em saúde mental, que aconteciam na USF, na qual eram discutidos os casos geralmente trazidos pelas escolas, desdobrando-se em encaminhamentos acordados pelos profissionais, reconhecida como dispositivo de atuação do PSE e instrumento de aproximação dos setores saúde e educação, facilitadora da entrada dos alunos na saúde.

Esse encontro saúde e educação foi encarado como importante vantagem, porém

com certo receio; os profissionais não tinham clareza dos seus papéis na atuação com o programa, relacionavam o funcionamento às demandas pontuais ligadas à vacinação e aos encaminhamentos para a pediatria e/ou outras especialidades, marcadas historicamente por uma estrutura setorial e fragmentada nas propostas das políticas de saúde e educação³.

O grande marco para mim foi desmistificar, primeiro juntar as secretarias educação e saúde no espaço, escutando algumas fragilidades que acontecem nos dois setores e o que juntos podemos fazer para agregar. (P5 Saúde).

No início eu pensei como vai ser isso, a experiência de trabalhar com profissionais de outro setor, porque você fica pensando, saúde e educação, como você vai ser recebido, como a saúde vai nos receber. (P8 Educação).

As principais ações do programa partem de uma proposta em nível central, e não do território, o Grupo de Trabalho Intersetorial municipal (GTI-municipal) se reúne e traça algumas estratégias de ações, e o articulador propaga a saúde e a educação, porém, essas podem e deveriam partir das demandas do território.

A territorialidade é um dos princípios que fundamentam o PSE, que se traduz na efetivação da construção de espaços de convivência social oriundos dessa parceria Estratégia Saúde da Família (ESF) e escolas. O envolvimento dos atores locais nas ações de saúde, mediante suas interpretações e ressignificações, altera potencialmente a capacidade de transformação da realidade⁵.

O PSE tem algumas ações e em Santos tem uma centralização e, algumas coordenações. Na Alemoa é basicamente a reunião de matriciamento em saúde mental, isso quer dizer que é uma reunião que temos a participação de representantes das escolas do território, da UBS, representantes também do CAPS adulto e infantil. (P2 saúde).

Na realidade as definições das ações do PSE e das

prioridades foram feitas mais em nível central, não sei se tivesse sido dada autonomia para os territórios, por exemplo. (P6 saúde).

Coordenado em conjunto pelas Secretarias de Saúde e Educação, o PSE apresenta, na figura da articuladora da saúde, a mediação da relação intersetorial. Elas são reconhecidas pelos profissionais como responsáveis pelo anúncio da programação das reuniões de matriciamento, propagadoras das grandes ações propostas e elemento de auxílio na condução do programa, fazendo a mediação necessária desse encontro da saúde com a educação, que nem sempre é pacífico.

[...] nós da educação tentávamos fazer um trabalho conjunto sempre que fosse necessário com a saúde, mas na maioria das vezes precisamos dessa ajuda do PSE. (P8 educação).

A falta de estrutura para a efetivação da política interministerial é vista como ameaça latente, que compromete a efetivação das propostas. Os recursos humanos e os materiais são elencados como escassos, a figura da articuladora é a mais lembrada; no município, existem 86 escolas, 32 UBS e somente 3 articuladoras para coordenar o PSE, todas do setor da saúde.

A ausência de planejamento também é observada como entrave para a execução do programa¹². As dificuldades no desenvolvimento de ações intersetoriais consideram, entre outros, a redução do conceito de saúde, a formação profissional focada na lógica da especialidade que limita a atuação dos profissionais à sua área, além da sobrecarga de trabalho dentro dos seus setores dificultando a superação do conservadorismo presente nas práticas cotidianas¹³.

Temos políticas, projetos e ideias muito interessantes, mas não temos pessoas para lidar com tudo isso, recursos, evidentemente recursos materiais mesmo, de como que poderíamos ter recursos direcionados para isso. Não temos. (P2 saúde).

[...] não temos gente suficiente para trabalhar. Para organizar tudo isso precisa de pessoas, tudo isso só se faz com pessoas, não temos pessoas o suficiente para dar conta de tudo isso. (P2 saúde).

Relação Intersetorial Saúde e Educação

A classe Relação Intersetorial Saúde e Educação representa 19,53% do *corpus*, e suas palavras mais significativas são: educação, saúde, intersetorial, experiência, trabalhar, efetivo, setor, profissional e executar. Essa categoria evidencia os fatores considerados nessa dinâmica de trabalho intersetorial do programa.

A interação entre UBS/USF e escolas sustenta uma nova perspectiva da saúde escolar, compartilhando atribuições e responsabilidades em uma intervenção consonante e firmada de acordo com as demandas de saúde reais do escolar. Essa relação e a potência das contribuições da educação para a saúde se afirmam como novas possibilidades, tais como as abordadas nas propostas de PS, que superam a visão biológica, ampliando para um panorama integral e social dos sujeitos¹⁴.

A experiência de trabalhar com profissionais de outro setor é vista como positiva; vantagens como conhecer a realidade do outro serviço, estabelecer uma rede de apoio para pensar nos casos, compartilhar saberes e responsabilidades são potências dessa articulação. Porém, são percebidos disparidades e incômodos, verticalização e relações de poder, nas expectativas da educação em relação à saúde, tomadas de decisão e encaminhamentos.

A composição do PSE no território é predominantemente do setor da saúde; a educação, representada somente pelas OE, foi inserida no espaço do matriciamento que é uma produção da saúde; os encontros são na USF, equipamento da saúde, conferindo assim maior importância para o setor. Isso ratifica o resquício da parceria dos Ministérios da Saúde e Educação que apresenta desequilíbrios e

contradições no funcionamento do programa que são protagonizados pelo setor saúde, nas questões que envolvem desde a adesão dos municípios até a divisão de poder, financiamento e responsabilidades das ações¹⁵. A maior repercussão das ações de PS nas escolas deve estar alicerçada na colaboração conjunta da saúde e da educação, e não na transferência da parte de execução de tarefas entre os setores¹⁶.

Do mesmo modo, parece que o descrédito da capacidade de intervenção da educação aumenta a expectativa de uma resolução de problemas dos educandos pelo atendimento na saúde, bem como a frustração de quando os casos não são acolhidos e encaminhados. É comum a expectativa de resoluções milagrosas por parte da saúde, como se a atuação desses profissionais fosse capaz de resolver todos os problemas¹⁷.

A experiência de trabalhar com profissionais de outro setor, nós contamos um pouquinho da nossa história de saúde para educação e o ouvimos também a dificuldade que a educação encontra, porque é muito fácil apontar o que a educação deveria fazer. (P5 saúde).

Experiência de trabalhar com profissionais de outro setor não é fácil não, a saúde nem sempre dá o retorno que a educação espera, que precisamos. Ainda não estão caminhando juntos, a saúde e a educação ainda não caminham junto, é bem distante. (P7 educação).

Apesar da manutenção do diálogo nos encontros mensais, saúde e educação ainda sentem falta de tempo para interagir e contemplar todas as vertentes que um trabalho intersetorial exige.

As formações que diminuíram com o passar do tempo tratavam principalmente sobre aplicação de ações de saúde ao público escolar e do fluxo de encaminhamentos do PSE. Ao mesmo tempo que há uma crítica sobre o desconhecimento do programa, os próprios profissionais não se reconhecem como parte integrante, desfavorecendo a autoria de ações partindo da realidade do território.

Os processos de formação inicial e continuada são imprescindíveis para a implementação das ações previstas e estão prenunciados nas políticas de saúde e educação, sendo a formulação das propostas responsabilidade dos ministérios¹.

A escola e nós da saúde, nunca nos sentamos para conversar sobre o que pode ser feito e articular ações do PSE. Isso não é feito, não tem essa conversa entre saúde e educação. (P1 saúde).

[...] as sugestões para um trabalho intersetorial efetivo entre saúde e educação, é a maior conscientização dos profissionais quanto ao PSE. (P9 educação).

A intersetorialidade não pode ser encarada como responsabilidade isolada de um setor ou profissional, são necessários a formação de uma rede de apoio e o exercício da escuta dos profissionais e setores, para que o trabalho desenvolvido supere o modelo assistencial e auxilie na resolução dos problemas vividos pela população. É notado que as parcerias intersetoriais com esse objetivo são pontuais, ocasionais e não apresentam um planejamento sistematizado¹⁶.

Reflexos do PSE na Comunidade

A classe Reflexos do PSE na Comunidade traz consigo os desdobramentos dos casos mais marcantes que foram discutidos nas reuniões de matriciamento. Representado por 17,6% dos seguimentos classificados, formou-se principalmente em torno das palavras ‘mãe, filho, olhar, ligar, aparecer, depressão, observar e outras’. Essas fornecem indícios sobre os principais atores público-alvo do programa, as ações que precedem a imersão e a incidência de casos de saúde mental.

É interessante como o mesmo caso foi relatado por diversos profissionais, percebido de forma semelhante e exemplificado como resultado exitoso do trabalho intersetorial. Dentro desse contexto, a figura do ACS aparece em evidência na incumbência de fornecer

informações importantes pela proximidade das pessoas da comunidade. A educação também aparece como grande colaboradora na antecipação de problemas e no desvelamento de casos que não são aparentes em consultas e atendimentos na saúde.

[...] durante a reunião de matriciamento, a escola trouxe a questão das faltas e das feridas e, a saúde como já acompanhava a família também trouxe a questão da depressão, que a mãe estava numa gestação e tinha tido uma depressão pós-parto e agora possivelmente teria novamente e, teve mesmo [...]. (P1 saúde).

O território é percebido pelos profissionais como lugar de extrema vulnerabilidade, com a presença de fatores como violência, tráfico de drogas e poluição, o que afeta diretamente a saúde das pessoas. Casos complexos constituídos e acometidos por fatores sociais manifestam-se em problemas de saúde e comportamentos revelados principalmente no ambiente escolar. Apesar da constatação desses fatores de risco, não foi relatada a ocorrência de nenhuma ação direcionada além dos encaminhamentos individuais acordados nas reuniões de matriciamento.

É comum a dificuldade para desenvolver ações correspondentes com o amplo conceito de saúde, pois os problemas tendem a ser individualizados e descolados dos fatores que agregam para sua (re)produção, podendo se desdobrar no reforço da medicalização dos problemas de aprendizagem e comportamento¹³.

O programa é reconhecido como um facilitador para o atendimento na saúde, com o acesso possibilitado por meio dos encaminhamentos oriundos da escola. A USF e as escolas são os únicos equipamentos no território, a partir daí, os encaminhamentos são para outras localidades, até mesmo o Capsi fica a quase 3 km de distância; e apesar desse complicador, a falta de comprometimento dos pais é apontada como dificultadora do processo de adesão ao atendimento, acompanhamento e tratamento dos alunos encaminhados.

O PSE convoca os indivíduos a assumirem o protagonismo e a responsabilidade pela própria saúde, formando sujeitos com habilidades voltadas para proteção da saúde e atuantes nas resoluções de problemas da comunidade, não colocando outros fatores em evidência quando não há a adesão ao encaminhamento/tratamento proposto, sobressaindo a culpabilização da família².

A partir do encaminhamento que é dado para cada situação é que começa a complicar um pouquinho, primeiro pela questão que a família precisa se envolver, a família precisa ter o compromisso e a responsabilidade de levar a criança. (P8 educação).

Apesar do esvaziamento sentido pelos profissionais da saúde e da educação com a suspensão das reuniões de matriciamento durante a pandemia, o PSE continuou atuando, auxiliando as escolas na busca ativa, nos encaminhamentos para especialidades, no acompanhamento e monitoramento dos casos de Covid-19 e nos protocolos de retorno às atividades presenciais.

A pandemia afetou profundamente a comunidade e a rotina dos serviços; a escola passou a desenvolver atividades remotas e esteve à frente da distribuição de cestas básicas às famílias dos alunos, e a USF, a atender a uma demanda muito maior devido aos casos de Covid-19.

As questões de saúde mental foram as principais demandas observadas durante este período. Além disso, os encontros entre os profissionais ocorreram em algumas reuniões de rede, em formato remoto, e a comunicação continuou no período de isolamento social. Ademais, parcerias para o atendimento de casos pontuais foram firmadas.

Infelizmente também aumentou o índice de ansiedade, depressão e automutilação de jovens, então foram essas demandas que me fizeram também articular as ações do PSE remotamente, envolvendo o Capsi, envolvendo a saúde mental. (P5 saúde).

Foram os protocolos de Covid, que a escola já conhece e esse ponto da relação aos grupos para o ensino híbrido que é bem importante. Foi bem importante para escola não cometer erros de estar misturando os alunos. (P7 educação).

Encaminhamentos

Esta classe aborda os aspectos que envolvem os encaminhamentos que partem das reuniões de matriciamento. Compreende 19,53% dos seguimentos classificados principalmente ao redor das palavras ‘encaminhamento, encaminhar, criança, PSE, ano, Centro Especializado de Reabilitação (CER), tentar, avaliação, atendimento e outras’. Abordam as principais demandas do programa, o processo de apresentação e discussão dos casos, os profissionais e os serviços envolvidos, o retorno, as ações, os êxitos e as dificuldades.

Inicialmente, o PSE foi entendido como um conjunto de protocolos de encaminhamentos das crianças pela escola para a UBS/USF e a definição de algumas ações. O primeiro entendimento é que essa integração saúde e educação seria para resolução de queixas pontuais, mas, ao longo do processo, com a participação de todos os profissionais, foi considerado como perspectiva de uma abordagem mais integral dos casos.

Com o PSE, no início do ano, era elaborado um calendário com as datas das reuniões de matriciamento mensais e compartilhado com as escolas. Estas levavam cerca de seis casos de alunos que apresentavam alguma necessidade, geralmente dificuldade de aprendizagem e suspeita de transtornos ou deficiência. A partir disso, nas reuniões, os casos eram apresentados, discutidos, e cada profissional podia acrescentar informações daquela criança, suas percepções; e eram retirados os encaminhamentos que poderiam ser desde para uma atividade esportiva, uma consulta com o pediatra, um encaminhamento para o Capsi ou CER.

A escola trazia as dificuldades, os problemas ou alguma percepção de que aquela criança estivesse com algum problema grave e trazia isso para reunião de matriciamento. (P3 saúde).

Para os profissionais, a reunião é um momento de grande importância, que define os rumos para cada situação; no entanto, é aparente uma expectativa da educação de que os casos sejam acolhidos e encaminhados para o atendimento de especialidades médicas ou terapias, ampliando a rede de apoio daquela criança para outras que não seja só a escola. Também ocorre a percepção de falta de aceitação de alguns casos por parte da saúde, gerando demora no encaminhamento daquela criança. Por outro lado, os profissionais da saúde reclamam da alta demanda partindo da escola e nem sempre conseguem prestar o atendimento imediato dos alunos que chegam à USF por meio de encaminhamento. Isso ocorre geralmente em casos de febre, problemas de pele, diarreia, suspeitas de doenças contagiosas. Os profissionais da saúde, por sua vez, preocupam-se com a questão da expectativa de medicalização, laudos ou encaminhamentos desnecessários que criem rótulos ou sejam oriundos da intenção de controlar comportamentos. No entanto, existem questões burocráticas que exigem o laudo para a escola, por exemplo, para que o aluno tenha direito a um mediador de inclusão e seja assistido por um profissional que acompanhe e atenda às necessidades especiais na rotina do processo de ensino e aprendizagem.

Com viés de controle, o programa projeta a capacidade da condução dos profissionais para prevenir e solucionar problemas oriundos das mais diversas ordens sociais; e o poder médico se constitui, muitas vezes, por meio da medicalização. A aposta na melhoria da produtividade por meio de políticas que articulam setores e que têm impacto direto na vida da população se estabelece mais na ideologia do que na prática, pois utiliza-se das mesmas práticas conservadoras tentando suprir necessidades geradas por esse mesmo sistema que centraliza as ações de saúde no Estado¹⁸.

O evento medicalização no cenário da escola concebe encaminhamentos sem necessidade para a saúde, desdobrando-se em um aumento de diagnósticos de transtornos de ordem mental e comportamental, revelando uma escola que busca a normalização e que não tolera as diferenças⁴.

Para a equilibrada condução do PSE e a construção conjunta do trabalho, seria necessária uma nova estrutura para trabalhar com a política do programa, para transpor ações de controle e monitoramento, realinhando as expectativas possíveis de resolução de problemas por meio da atuação dos profissionais e da comunidade, cabendo ao Estado a resolução daquilo que extrapola a capacidade da equipe¹⁸.

As dificuldades para implementação do PSE são afetadas pela política das instituições, focadas em ações prescritivas e desarticuladas, utilizando técnicas e métodos tradicionais, apresentando dificuldade de articulação intersetorial e falta de participação social¹⁹.

[...] essa reunião de matriciamento fica muito distante porque nós da educação levamos os problemas, mas a saúde acha que é sempre cedo para estar diagnosticando algo, eles muitas vezes não dão o retorno que nós esperamos. (P7 educação).

Nem tudo vai se resolver com a ação do psicólogo, o psicólogo colabora com a execução do PSE levando uma discussão firme a respeito do risco da super medicalização das crianças, do risco de a gente controlar excessivamente as crianças. (P6 saúde).

Como um dos desdobramentos das reuniões de matriciamento, surgem os encaminhamentos para o Capsi, CER e especialidades médicas. A principal objeção é a respeito da demora para o atendimento das crianças por esses serviços, por causa da falta de profissionais e de poucos equipamentos que colaboram para a morosidade. Sendo assim, a resolução dessas questões escapa das mãos dos profissionais, dando a impressão de frustração e de falta de continuidade do trabalho iniciado. O Capsi, apesar da grande demanda e defasagem

de recursos humanos, como participa desse diálogo na reunião de matriciamento, já realiza uma triagem e garante a acolhida para os encaminhamentos, assim como uma devolutiva mais pontual, tendo pelos profissionais o reconhecimento de efetividade e importância.

[...] demanda tem, criança com dificuldade tem muita e às vezes ela vai para uma lista de espera para uma avaliação no CER, geralmente é para onde é encaminhado e fica às vezes o ano inteiro aguardando para passar com o especialista [...]. (P1 saúde).

Às vezes tem a questão da carteirinha de vacinação que a escola faz um levantamento da quantidade de crianças que são vacinadas e que não são. Já existe também uma planilha elaborada pelo PSE que a escola dá a devolutiva. (P8 educação).

Entre as outras ações previstas no PSE, a vacinação é uma das que firma a parceria da escola com a USF, requisito obrigatório no ato da matrícula das escolas do município, sendo que esses dados são compartilhados com a articulação do PSE. A coordenação do PSE propõe algumas ações ao longo do ano, mas dá autonomia para que se desenvolvam outras a partir do território, porém isso não parece tão claro ou possível para os profissionais. No final de cada ano, o PSE envia uma planilha para o levantamento de quais ações foram realizadas.

O Acesso à Saúde

A classe O Acesso à Saúde, formada principalmente ao redor das palavras 'ACS, mês, acontecer, vir, marcar, pedir, enfermeiro e UBS', aparece com a representação de 20,86% do corpus classificado e descreve as principais formas como as famílias acessam ou são acessadas pela saúde, ressaltando a importância atribuída pelo grupo à figura do ACS nessa relação com a comunidade.

O ACS facilita a entrada nos serviços de saúde, pois intermedia a aproximação da comunidade com as equipes da ESF, realizando

seu trabalho no território em que reside, fazendo visitas domiciliares às famílias, levantando informações sobre suas condições de vida e saúde, orientando e apoiando nas questões de saúde com relação ao grupo de trabalho²⁰.

A reunião de matriciamento acontece uma vez por mês, geralmente a escola nos envia um e-mail dizendo quais são as crianças que necessitam ser discutidas na reunião de matriciamento e fazemos o levantamento para ver se são crianças que são acompanhadas pelos ACS. (P1 saúde).

O ACS é reconhecido como o elemento que traz uma visão mais humanizada da família com acesso a um relato mais franco, por causa da proximidade e da familiaridade. Esses profissionais trazem em seus discursos pedidos de ajuda das pessoas; e apesar de valorizados pelo grupo, carregam em sua fala a frustração de casos não resolvidos e a impressão de que algumas vezes o seu relato não é convicto o bastante para mobilizar ações mais efetivas para o atendimento da comunidade.

Esse profissional vivencia o paradoxo de uma dupla atuação, pois reside e trabalha com a população do mesmo território. Suas ações podem gerar expectativas que interferem diretamente nas relações estabelecidas com a comunidade e equipe de trabalho – ao mesmo tempo e de maneira bastante peculiar que possibilita a construção de vínculos que precisam ser gerenciados na dimensão das práticas de cuidado²¹.

Se a criança tem algum problema, nós orientadoras encaminhamos e tem a ACS, que também faz uma parceria legal com a escola. Assim temos acesso, o ACS acaba trazendo a realidade da criança na comunidade. (P7 educação).

É porque está acontecendo alguma coisa. Então tem casos, o ACS fala, o ACS vê e parece como se ficasse desacreditado, acham que não é bem tudo isso, que não é esse o entendimento. (P4 saúde).

Para além das ações do ACS, ao empreender a intersectorialidade como forma de atuação que rompe resistências, agrega alianças e envolve com prioridade as pessoas do território para tratar seus problemas de maneira integrada, elege-se capacidade tanto aos profissionais como à população na busca de soluções que estejam de acordo com sua realidade. Nesse contexto, a comunidade passa a ser sujeito, e não objeto das ações, participando ativamente, colaborando com as organizações públicas, tomando as rédeas da proteção de sua saúde e garantindo a participação social²².

Considerações finais

As percepções dos profissionais demonstraram que o programa instituiu a aproximação dos setores saúde e educação configurando a principal ação com as reuniões de matriciamento em saúde mental com a participação das escolas. As outras ações realizadas no território partem da GTI-municipal e são executadas pelos profissionais em práticas pontuais que envolvem vacinação, ações de saúde ocular e bucal, avaliação antropométrica e outras.

Ao mesmo tempo que é encarada como potência, essa dinâmica também é vista como um entrave, conferindo uma ambiguidade na sua percepção. O compartilhamento das responsabilidades realizado na apresentação dos casos, a troca de informações, e a possibilidade de encontrar apoio são apontados como principal vantagem em trabalhar com o PSE.

A intersectorialidade é percebida como importante metodologia fortalecedora da relação entre os setores, porém, seu conceito aparece reduzido às vantagens de trabalhar junto, tal como a discreta noção do conceito de saúde, sem considerar o contexto local para a proposição de ações e a participação da comunidade.

A pandemia comprometeu o andamento do programa, setorizou ainda mais as ações, afastando os profissionais e delegando tarefas ao PSE de contrapartida, seja de informações sobre os alunos, seja de responsabilidade sobre os protocolos de saúde, bem como de monitoramento dos casos de Covid-19 nas escolas.

O PSE é percebido pelos profissionais tal como a superficialidade do conhecimento que esses apresentam sobre essa política pública e suas diretrizes. A organização no território ainda se configura em práticas tradicionais da saúde escolar com campanhas e monitoramento da saúde aplicados aos estudantes. Não houve menção sobre a consideração do Projeto Político-Pedagógico das escolas no reconhecimento do território ou como base para planejamento das ações.

O PSE agrega potencial possibilidade de PS que pode transcender o panorama biológico e ultrapassar ações sanitárias. Para tanto, é preciso vencer a lógica tradicional de gerenciamento, oferecendo formação para ampliar os conceitos necessários que se traduzam em práticas que oportunizem relações democráticas entre os setores e favoreçam a participação da comunidade, com ações que emergem da análise do contexto local, estejam inseridas nos projetos pedagógicos das escolas e viabilizem, de fato, atenção, prevenção e PS.

Colaboradoras

Baroni JG (0000-0001-7006-0349)* contribuiu para elaboração, concepção, desenho do estudo, análise e interpretação dos dados, elaboração do texto e revisão crítica do conteúdo. Silva CCB (0000-0001-9250-6065)* contribuiu para elaboração, concepção, planejamento e análise do manuscrito; e para a elaboração e revisão da versão crítica do conteúdo. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Presidência da República. Decreto nº 6286, de 5 de dezembro de 2007. Institui O Programa Saúde na Escola e dá outras providências. Diário Oficial da União. 5 Dez 2007.
2. Cargin MT. Programa Saúde na Escola: Um Mecanismo da Biopolítica. In: Anais do V Seminário Nacional de Pesquisa em Educação: ética e políticas; 2014 set; Santa Cruz do Sul. Santa Cruz do Sul: Unisc. 2014. [acesso em 2022 jan 2]. Disponível em: <https://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/sepedu/article/view/12099/1925>.
3. Farias ICV, Sá RMPF, Figueiredo N, et al. Análise da Intersetorialidade no Programa Saúde na Escola. Rev Bras Educação Médica. 2016; 40(2):261-267.
4. Brambilla DK, Kleba ME, Magro MLPD. Cartografia da Implantação e Execução do Programa Saúde na Escola (PSE): Implicações para o Processo de Desmedicalização. Educação Rev. 2020; 36:1-14.
5. Lopes I, Nogueira J, Rocha D. Eixos de ação do Programa Saúde na Escola e Promoção da Saúde: revisão integrativa. Saúde debate. 2018; 42(118):773-789.
6. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 2. ed. Porto alegre: Bookman; 2001.
7. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec Editora; 2014.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Índice de Desenvolvimento Humano. Rio de Janeiro: IBGE; 2020.
9. Lüdke M, André MEDA. Pesquisa em Educação: Abordagens Qualitativas. São Paulo: EPU; 1986.
10. Ratinaud P. IRAMUTEQ: Interface de R pour les Analyses Multimensionnelles de Textes et de Questionnaires. 2009. [acesso em 2021 ago 4]. Disponível em: <http://www.iramuteq.org>.
11. Santos FM. Análise de Conteúdo: a visão de Laurence Bardin. Rev Eletrôn Educação. 2012; 6(1):383-387.
12. Penso MA. A relação entre saúde e escola: percepções dos profissionais que trabalham com adolescentes na atenção primária à saúde no Distrito Federal. Saúde Sociedade. 2013; 2(22):542-553.
13. Cavalcanti PB, Lucena CMF, Lucena PLC. Programa Saúde na Escola: interpelações sobre ações de educação e saúde no Brasil. Textos Contextos. 2015; 14(2):387-402.
14. Antonio MARGM, Mendes RT. Saúde Escolar e Saúde do Escolar. In: Boccaletto EMAMRT. Alimentação, atividade Física e Qualidade de Vida dos Escolares no Município de Vinhedo/SP. Campinas: Ipês Editorial; 2009. p. 7-14.
15. Köpcke L, Caixeta I, Rocha F. O olhar de cada um: elementos sobre a construção cotidiana do Programa Saúde na Escola no DF. Tempus Actas Saúde Colet. 2015; 9:213-232.
16. Silva KL, Rodrigues AT. Ações intersetoriais para promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: experiências, desafios e possibilidades. Rev Bras Enferm. 2010; 63(5):762-769.
17. Collares CAL, Moysés MAA. Preconceitos no Cotidiano Escolar: ensino e medicalização. Campinas: Cortez; 1996.
18. Arouca ASdS. O Dilema Preventivista. Contribuição para a Compreensão e Crítica da Medicina Preventiva. Campinas: Fiocruz; 2003.
19. Santos LFS, Cardoso TZ, Pereira MCA, et al. A Escola como Dispositivo Social de Promoção da Saúde / School as a Social Device for the Promotion of Health. Rev FSA. 2019 [acesso 2022 jan 2]; 16(2):149-165. Disponível em: <http://www4.unifsa.com.br/revista/index.php/fsa/article/view/1734>.

20. Vieira-Meyer APGF. Violência e vulnerabilidade no território do agente comunitário de saúde: implicações no enfrentamento da COVID-19. *Ciênc. Saúde Colet.* 2021 [acesso 2022 jan 2]; 26(2):657-668. Disponível em: <https://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/violencia-e-vulnerabilidade-no-territorio-do-agente-comunitario-de-saude-implicacoes-no-enfrentamento-da-covid19/17810?id=17810&id=17810>.
21. Zambenedetti GEBNS. A via que facilita é a mesma que dificulta: estigma e atenção em HIV-Aids na estratégia saúde da família - ESF. *Fractal Rev Psicol.* 2013 [acesso 2022 jan 2]; 25(1):41-58. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/fractal/a/dgP7Hkb7W98tDTzW9KQb7qS/?lang=pt>.
22. Junqueira LAP. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. *Rev Admin Pública.* 2000 [acesso 2022 jan 2]; 34(6):35-45. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6346>.

Recebido em 10/05/2022

Aprovado em 09/09/2022

Conflitos de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Programa Saúde na Escola: potencialidades e limites da articulação intersetorial para promoção da saúde infantil

School Health Program: potential and limits of the intersectoral articulation to promote the health of children

Pamela Camila Fernandes Rumor¹, Ivonete Teresinha Schulter Buss Heidemann¹, Jeane Barros de Souza², Gisele Cristina Manfrini¹, Janaina Medeiros de Souza¹

DOI: 10.1590/0103-11042022E308

RESUMO O estudo objetivou compreender as potencialidades e os limites da articulação intersetorial do Programa Saúde na Escola para a promoção da saúde infantil, sob a ótica dos profissionais da atenção primária. Pesquisa de abordagem qualitativa, descritiva-exploratória, realizada com 20 profissionais da área da saúde, residentes em quatro municípios da Região da Grande Florianópolis. A coleta de dados foi desenvolvida por meio de entrevistas, no período de novembro de 2020 a março de 2021. Os dados passaram por análise de conteúdo e discutidos à luz do referencial teórico da promoção da saúde. Destacaram-se, como potencialidades, o acompanhamento das condições de saúde dos escolares, a ampliação do acesso à informação, a parceria com outros setores e a criação de vínculos com a comunidade escolar. Os limites evidenciados foram a cobertura parcial da rede escolar, o desconhecimento sobre o programa, a sobrecarga de atividades, os impactos causados pela pandemia da Covid-19, a falta de recursos humanos e de infraestrutura. Conclui-se que há necessidade de fortalecimento do Programa Saúde na Escola enquanto política pública, com vistas à efetivação de ações articuladas entre saúde e educação para o alcance da melhoria da qualidade de vida dos escolares, com atuação sobre os seus determinantes sociais.

PALAVRAS-CHAVE Promoção da saúde. Colaboração intersetorial. Saúde da criança. Atenção Primária à Saúde. Serviços de saúde escolar.

ABSTRACT *The study aimed to understand the potential and limits of the intersectoral articulation of the School Health Program for the promotion of children's health from the perspective of primary care professionals. This research had a qualitative, descriptive-exploratory approach, carried out with 20 health professionals from different professional categories, in four municipalities in the Greater Florianópolis. Data collection was carried out through interviews from November 2020 to March 2021. The data underwent content analysis and discussed according to the theoretical framework of health promotion. It stood out as potential: monitoring the health conditions of schoolchildren, expanding access to health information, partnership with other sectors, and the creation of links with the school community. The limits highlighted were the partial coverage of the school network, the lack of knowledge about the program, the overload of activities, the lack of human resources and infrastructure, and the impacts caused by the COVID-19 pandemic. It is concluded that there is a need to strengthen the School Health Program as a public policy with the purpose of implementing articulated actions between health and education so that they can actually improve schoolchildren's quality of life and act on their social determinants.*

KEYWORDS *Health promotion. Intersectoral collaboration. Child health. Primary Health Care. School health services.*

¹Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) – Florianópolis (SC), Brasil. pamrumor@hotmail.com

²Universidade Federal da Fronteira do Sul (UFFS) – Chapecó (SC), Brasil.



Introdução

O movimento moderno de promoção da saúde vem se desenvolvendo de forma mais vigorosa nos últimos 30 anos, a partir da divulgação da Carta de Ottawa, a qual norteou a elaboração e a implementação de políticas públicas em diversos países, entre eles, o Brasil¹. A adoção da promoção da saúde como elemento redirecionador das políticas do Sistema Único de Saúde (SUS) culminou com a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). A PNPS reafirma a relevância do setor saúde, trazendo como objetivo a promoção da qualidade de vida e a redução de vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados com os seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais².

Com a PNPS, impôs-se a necessidade de sistematizar propostas intersetoriais com vistas à superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais, a fim de produzir efeitos mais significativos na saúde dos indivíduos e das comunidades. Entende-se por intersetorialidade

a articulação de saberes, potencialidades e experiências de sujeitos, grupos e setores na construção de intervenções compartilhadas, estabelecendo vínculos, corresponsabilidade e cogestão para objetivos comuns³.

Esta representa um grande desafio na articulação e no planejamento do processo de trabalho, pois requer respeitar a visão do outro e sua contribuição para a construção de decisões no enfrentamento dos problemas e das situações levantados, sendo uma ação-chave no trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família (ESF)⁴.

Desse modo, a busca por práticas integradas e com abordagens intersetoriais tem sido a estratégia adotada por políticas públicas para o desenvolvimento de ações de promoção à saúde de escolares, considerando que os hábitos, as atitudes e as crenças formados durante a infância têm grandes chances de

serem perpetuados até a vida adulta^{5,6}. Na tentativa de contingenciar as vulnerabilidades às quais o público infantil está exposto, iniciativas direcionadas ao contexto escolar ganharam destaque, especialmente pela educação ser considerada um dos principais determinantes para a saúde, que contribui para o empoderamento dos sujeitos, promovendo seu desenvolvimento pessoal e social e, conseqüentemente, como um instrumento de transformação social⁷.

Nesse sentido, orientada pelo referencial teórico contemporâneo da promoção da saúde e em consonância com as ações propostas na PNPS, que estimula a articulação entre os diferentes setores, os Ministérios da Saúde e da Educação elaboraram e aprovaram a regulamentação do Programa Saúde na Escola (PSE), representando um marco no processo de apropriação do espaço escolar como campo de saúde⁸. Essa política intersetorial, fundamentada nos princípios da integralidade, da territorialidade e da intersetorialidade, visa trabalhar com ações de prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde para colaborar para a formação integral dos escolares, materializando-se na parceria escolas públicas e Unidades Básicas de Saúde (UBS)⁶.

O PSE encontra-se em permanente movimento de ampliação, com um panorama cada vez mais expandido no território brasileiro, sendo o principal programa voltado para atenção à saúde dos estudantes das escolas públicas, dado o seu caráter inovador de ação intersetorial⁸. Cerca de 99,7% dos estudantes brasileiros da educação básica, na faixa etária de 6 a 14 anos, frequentam escolas no País, sendo perceptíveis a importância e o alcance potencial do PSE, visto que a aproximação e a atuação conjunta dos setores saúde e educação, com a participação de estudantes e familiares, possibilitam ações concretas na abordagem das vulnerabilidades e condicionantes sociais do processo saúde-doença⁹⁻¹¹.

No entanto, em virtude do caráter inovador da proposta de ação intersetorial, a sua efetiva operacionalização ainda é um desafio

aos gestores. Conduzir a informação, articular os setores e atores envolvidos, sobrepujar a medicalização da educação, inclusive nas normativas, encadear ações permanentes e integrais com seu monitoramento continuam como adversidades a serem superadas no cotidiano do PSE⁶. Nesse sentido, a realização de estudos sobre o PSE é importante, pois estes permitem estimar o rumo das estratégias adotadas para favorecer a ação intersetorial nos territórios e o alcance da sua utilização para promover a saúde das crianças e suas famílias, em prol da redução das iniquidades sociais.

Diante desse contexto, despontou a seguinte questão de pesquisa: 'Quais as potencialidades e os limites da articulação intersetorial do Programa Saúde na Escola para a promoção da saúde infantil?'. A partir de então, o objetivo do estudo foi compreender as potencialidades e os limites da articulação intersetorial do PSE para a promoção da saúde infantil, sob a ótica dos profissionais da atenção primária.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de cunho descritivo-exploratório, fundamentada nos pressupostos teóricos da promoção da saúde^{3,12}. Foi desenvolvida na Região da Grande Florianópolis, em Santa Catarina, Brasil, envolvendo quatro municípios com o maior contingente populacional: Florianópolis, São José, Palhoça e Biguaçu, os quais possuem adesão ao PSE.

Participaram do estudo 20 profissionais da saúde, sendo que a seleção ocorreu por conveniência, em virtude do envolvimento com a saúde do escolar, indicados pelos coordenadores de cada UBS. Todos os profissionais convidados aceitaram participar do estudo, não havendo recusas. Consideraram-se como critérios de inclusão: ser profissional da saúde e atuar na prática assistencial e/ou gerencial com as crianças escolares de 6 a 10 anos de idade, em instituição pública, independentemente do tipo de vínculo empregatício, com experiência prévia de atuação no PSE.

Optou-se por incluir no estudo várias classes profissionais envolvidas nas ações do PSE da Região da Grande Florianópolis, de nível médio e superior, com vistas a dar voz a esses trabalhadores, de diferentes municípios e realidades. Como critérios de exclusão, adotaram-se: profissionais com lotação inferior a um ano ou que estivessem afastados por férias ou licença de qualquer natureza no período da coleta de dados.

A coleta dos dados foi conduzida por uma das autoras, enfermeira, doutoranda, com experiência nesse tipo de abordagem. Ocorreu no período de novembro de 2020 a março de 2021, por meio de entrevistas individuais. Utilizou-se um roteiro contendo questões semiestruturadas, as quais envolveram temáticas sobre as potencialidades e os limites da articulação intersetorial do PSE e dados sociodemográficos dos participantes. Em virtude das restrições impostas pela pandemia da Covid-19, foram oferecidas duas modalidades para a realização das entrevistas, presencial ou virtual, escolhidas a critério dos participantes.

Para o registro das informações, utilizou-se a gravação de áudio nas entrevistas presenciais, por um aplicativo disponível no *smartphone*; e nos encontros virtuais, por meio do recurso audiovisual disponível na plataforma do Google Meet[®]. Posteriormente, as informações foram transcritas de forma fiel à fala dos participantes, organizadas com auxílio de um editor de texto do programa Google Drive[®] e armazenadas em pastas digitais com acesso limitado às pesquisadoras.

Na sequência, procedeu-se à análise de conteúdo das entrevistas, que compreendeu três etapas: 1) Pré-análise; 2) Exploração do material; 3) Tratamento dos resultados obtidos, inferência e interpretação¹³. Após a transcrição das entrevistas, realizou-se leitura repetida e exaustiva, permitindo assim a ordenação do conjunto dos dados obtidos. Iniciou-se, dessa forma, uma primeira classificação para apreender as estruturas relevantes, possibilitando o desvelamento das categorias empíricas, interpretadas com base no referencial

da promoção da saúde e de literatura atual relacionada com o tema.

O estudo seguiu as normas e as diretrizes previstas nas Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016. A investigação teve início somente após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos de uma Universidade pública de Santa Catarina, protocolada sob o nº 39239820.2.0000.0121, na data de 9 de fevereiro de 2021. O aceite de participação no estudo foi formalizado pelos profissionais com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo assegurado o anonimato mediante a

substituição dos nomes pelas iniciais das palavras ‘Profissionais da Saúde’, com um numeral arábico, por exemplo: PS1, PS2, e assim sucessivamente.

Resultados

Os 20 participantes do estudo eram profissionais da saúde, atuantes na atenção primária, assim especificados por município: 4 de Biguaçu, 5 de São José, 5 de Palhoça e 5 de Florianópolis. A *tabela 1* caracteriza o perfil dos participantes.

Tabela 1. Caracterização dos participantes do estudo. Florianópolis, SC, Brasil, 2021

Característica	Categoria	N
Sexo	Feminino	17
	Masculino	3
Idade	30 - 40 anos	8
	41 - 50 anos	11
	Não informou	1
Profissão	Assistente Social	4
	Enfermeira(o)	4
	Fonoaudiólogo(a)	1
	Médico(a)	5
	Odontólogo(a)	1
	Psicólogo(a)	4
	Técnico(a) em Enfermagem	1
Formação	Graduação	5
	Especialização	12
	Mestrado	3
Tempo de atuação	1 - 5 anos	4
	6 - 10 anos	4
	11 - 15 anos	8
	Acima de 15 anos	4
Vínculo trabalhista	Estatutário	20
	Celetista	0
Área de atuação	Assistencial	16
	Gerencial	4

Fonte: dados da pesquisa, 2021.

A partir da análise de conteúdo, emergiram duas categorias temáticas: 1) Potencialidades da articulação intersetorial do PSE; 2) Limites da articulação intersetorial do PSE, as quais serão apresentadas a seguir.

Como potencialidades, os profissionais evidenciaram o estreitamento das relações entre as equipes de saúde e comunidade escolar, o que beneficiou o programa, melhorando o processo de comunicação entre os setores e favorecendo o alcance de crianças e famílias que, muitas vezes, não eram assistidas pela UBS.

Eu acho uma potência gigantesca essa interação, todos os trabalhos que eu fiz com as equipes no território com as escolas foi sempre muito rica. Então a gente tem inclusive grupo de WhatsApp do PSE que a gente fica ali de suporte, a ideia não é ali ficar atendendo urgência, mas que a gente se comunique, que a gente possa conversar nas situações que precisam. Porque a ideia é realmente a gente dialogar e, entendendo que as situações são complexas, precisam de mais pessoas atuando e mais políticas trabalhando junto sabe, senão a gente não dá conta. (PS9).

A articulação entre esses setores também potencializou o acompanhamento das condições de saúde dos escolares, com avaliação antropométrica, de saúde bucal e verificação da situação vacinal:

Então com as crianças até a 5ª série, mais ou menos uma vez por semestre, a gente faz essa avaliação de triagem de peso, altura, caderneta de vacinação. (PS11).

A gente verificava a caderneta de vacinação, questão da escovação dos dentinhos das crianças, fazíamos medição de peso, estatura das crianças. Também foi feito um estudo do IMC, então do peso e estatura dessas crianças, se tava abaixo, se tava acima. (PS16).

Muitas das avaliações são realizadas pelos profissionais de ambas as áreas, mediante capacitação, como exame de acuidade visual, e

outras são de competência técnica exclusiva da saúde, como os procedimentos odontológicos. Assim, ao identificarem possíveis agravos, os participantes referiram a continuidade do acompanhamento do escolar na rede de saúde quando necessário, por intermédio de marcação de atendimento na UBS.

Ano passado a gente teve algumas ações em relação à obesidade, crianças que foram avaliadas pelo PSE. E aí, conforme a percepção, as crianças que estavam acima do peso e tal, essas crianças foram remetidas para a unidade de saúde para acompanhamento, foram pedidos exames, depois elas vinham para gente avaliar. (PS17).

Outro fator considerado como potencialidade foi a ampliação do acesso à informação em saúde. Dessa forma, evidenciaram que realizam ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, com orientações, visando ao autocuidado dos escolares:

Dentro de cada ano escolar, de uma forma pela idade, a gente foi vendo o que seria mais viável, o tema a ser trabalhado. O primeiro ano recebia escovação e orientação de saúde bucal, segundo ano era higiene e falar sobre verminose, que é doença de exclusão, terceiro ano a gente falava sobre alimentação saudável e atividade física, quarto ano dengue, quinto ano era acidentes e violências. (PS19).

Somado a isso, com vistas a transcender a realização de ações pontuais da equipe de saúde na escola e o foco meramente na doença, mencionaram que buscam atrelar ao currículo escolar os temas do PSE para que sejam trabalhados pelos professores no cotidiano nas atividades pedagógicas:

A educação abraçou muito isso, por conta dos currículos, a gente sempre estimulou pra que as ações de educação em saúde fossem incluídas nos projetos políticos pedagógicos das escolas, em ações transdisciplinares. Então, que alguns assuntos fossem trabalhados na aula de educação física, na aula

de ciências, em outras aulas também, porque não necessariamente o profissional de saúde é que tem que ir lá trabalhar com questões relacionadas à saúde. Um professor bem orientado, bem treinado, bem capacitado, ele consegue trabalhar isso no dia a dia de sala de aula, que vai fazer muito mais diferença na vida daquela criança do que o profissional ir lá, uma vez ou outra no ano, fazer uma palestra e ir embora. (PS5).

Também destacaram as atividades de educação permanente realizadas com os professores, em que buscam abordar prioritariamente as temáticas relativas ao PSE, conforme a realidade e a necessidade de cada instituição.

A ideia é de estar fazendo a capacitação dos professores, para poder capacitar eles e os deixando mais confortáveis para falar sobre higiene, dengue, fazer capacitações sobre cada tema com os professores específicos, da educação física para fazer a antropometria, explicar qual a importância de uma alimentação saudável [...] porque eles já fazem muito esse trabalho dentro da escola, e às vezes, o que precisam é de um apoio, de uma capacitação. (PS19).

A diretora precisou outro dia que eu trabalhasse com alguns professores sobre cuidados com crianças que foram violentadas em casa, como eles iriam trabalhar com essas crianças, como que eles iriam abordar essas crianças, então eu levei uma psicóloga comigo, foi bem legal. (PS18).

De forma ainda incipiente, abordaram que buscam aproximar as famílias em algumas ações desenvolvidas, com vistas a orientá-las e a esclarecer as dúvidas dos pais nos temas que envolvem os cuidados com a saúde e a educação das crianças:

Fui convidada algumas vezes para fazer, que era uma parceria da saúde e da educação pelo PSE, que era escola em família. Então os profissionais se disponibilizavam e iam à noite nas escolas pra fazer conversas com os pais, a gente tinha um cronograma. Assim, por exemplo, eu falava sobre o

estabelecimento de limites, a gente já falou sobre a questão de violência, então várias temáticas, conforme também eles levantavam em determinadas escolas. (PS20).

Como grande potencializador dessa articulação, os profissionais citaram as parcerias estabelecidas, seja da equipe multiprofissional do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (Nasf), seja de outros setores, principalmente os vinculados à Assistência Social, como o Centro de Referência de Assistência Social (Cras).

Uma vez por mês a gente tinha no centro de saúde a reunião do Programa Saúde na Escola junto com as equipes de saúde, representantes de cada equipe, que eu participava, junto com outros profissionais Nasf, junto com o Cras, com representantes das escolas, sempre tinha a presença, ou da coordenadora, ou da orientadora educacional, ou alguma professora. (PS6).

A gente tentava fazer essa avaliação um pouco mais multi, trabalhar em conjunto, integrado com as escolas, assistência social, conselho tutelar, quando necessário, fazia discussão de caso, cada equipe com suas situações. (PS8).

Na segunda categoria, em que os profissionais abordaram sobre os limites da articulação intersetorial do PSE, evidenciou-se que enfrentam cotidianamente limites para a implantação e desenvolvimento do PSE nos municípios estudados. Em alguns locais, os processos de pactuação são recentes, e a cobertura das escolas públicas é parcial, sendo priorizadas as que são vinculadas à rede da prefeitura.

A gente só fez a adesão em 2017, pactuou em torno de 11 escolas, sendo metade centro de educação infantil [creches] e metade centro educacional municipal [escolas] só municipais. Até hoje nunca trabalhamos com estadual, até pelo número enorme que tem e por estarmos começando. (PS19).

No último biênio, de 2019 a 2020, nós tivemos a contratualização mais ampliada no PSE, para todos os bairros do município, incluindo desde escola de ensino básico e em algumas estaduais de ensino médio. (PS12).

Além disso, os profissionais mencionam o desconhecimento sobre o programa ou visões reducionistas sobre ele por parte dos profissionais da educação, com pouca participação no planejamento, execução e discussão das atividades desenvolvidas, geralmente centrada na direção da escola.

A gente teve dificuldade de acesso na escola da nossa área. A gestora lá acreditava que a nossa entrada atrapalhava um pouco a questão da organização deles. Mas, depois ela compreendeu o objetivo e a gente conseguiu fazer várias atividades. (PS13).

No entanto, o maior entrave sinalizado foi a demanda excessiva de atividades designadas à equipe de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS), que, muitas vezes, não consegue priorizar as ações no contexto escolar.

Acho que a gente não tem conseguido trabalhar [o PSE], mas não necessariamente pela escola, mas talvez por uma limitação nossa. Na atenção primária a gente tem muitas demandas de atendimento e cada vez vem mais coisas pra equipe desenvolver. A gente não tava conseguindo dar conta de todas as coisas assim, de grupos, de atendimentos, de vigilância e ações de território. (PS6).

Além disso, atrelaram que a falta de recursos humanos na saúde contribui para agravar essa situação, sobretudo quando relacionados com as equipes multiprofissionais do Nasf, que dão suporte às equipes básicas em muitas ações:

Atualmente eu sou, desde que eu entrei, a única assistente social de todas as unidades de saúde, então a demanda é assim, bem grande, [...] imagina, uma profissional para um município que a gente considera bastante vulnerável. (PS1).

Hoje nós somos quatro psicólogos para toda a atenção básica, então isso é enxugar gelo, assim, é uma demanda gigante, isso que eu ainda divido minha carga horária [...] a gente circula entre as unidades. (PS20).

Outro fator limitador foi a pandemia da Covid-19. Houve uma redução significativa no número de profissionais atuantes presencialmente nas UBS, pois alguns mantiveram-se em teletrabalho por pertencerem ao grupo de risco. Somado a isso, sobrecarregou ainda mais as equipes de saúde que se voltaram para o atendimento dessa demanda, o que interferiu negativamente na execução das atividades do PSE.

Agora na fase da pandemia, a gente não tá indo, não tá mais realizando atividade educativa, tá tudo parado por toda essa questão que a gente tá vivenciando. O nosso foco agora é dentro da unidade, a gente continua com os atendimentos da criança, mas essa parte de educação [em saúde], essa parte da escola, a gente precisou dar uma parada. (PS16).

A gente tinha um planejamento junto com a equipe de saúde e educação, só que infelizmente veio a pandemia e a gente não conseguiu pôr em prática. Mas a gente pretende seguir com esse mesmo planejamento quando melhorar essa situação. (PS1).

Ademais, cabe destacar que, em virtude da emergência pandêmica, foi incorporada como ação prioritária a prevenção ao novo coronavírus. Diante desse cenário, apontaram que houve impacto na oferta das atividades presenciais, o que demandou a adoção de novas estratégias nas modalidades remotas ou híbridas para desenvolver ações neste período:

Nós gravamos um teatro de fantoche que falava das orientações do Covid, formas de transmissão e cuidados de higiene. Esse vídeo foi encaminhado para os diretores das escolas para que eles passassem aos professores e estes multiplicassem para os alunos. (PS4).

A gente tá começando a construir materiais educativos para colocar nos portais educacionais, então, nas plataformas que as secretarias de educação estão usando, seja o Google Classroom, ou o Portal Educacional próprio da Secretaria Municipal de Educação. São materiais educativos para as crianças fazer, desenhar, pintar, vídeos, folhetos, para que isso seja incluído ali dentro dos portais educacionais ou das plataformas que as escolas usam para que as crianças tenham acesso aos conteúdos de saúde. (PS5).

No estudo, identificaram-se mecanismos potencialmente integradores entre a saúde e a educação para promover melhoria nas condições de vida dos escolares. No entanto, há limitações que interferem no processo de implantação e de desenvolvimento das ações do PSE, as quais dificultam a adoção de uma lógica de atuação intersetorial.

Discussão

A escola, como instituição, define-se por sua função de ensino, cujo objetivo é realizar a formação humana, tendo como ponto de partida o reconhecimento das necessidades das pessoas. Espaço de saber que saúde emerge como tema recorrente de aprendizagem, abrindo amplas possibilidades, tais como: ações de diagnóstico clínico e/ou social; estratégias de triagem e/ou encaminhamento aos serviços de saúde especializados ou de atenção básica; atividades de educação e promoção da saúde, que, com a participação da família e o apoio das políticas públicas, deve ser o primeiro contato das crianças sobre o entendimento de saúde^{14,15}.

A inclusão da saúde na escola traz benefícios para a qualidade de vida dos educandos e, conseqüentemente, melhora o acesso dessa população aos serviços de saúde, o que interfere positivamente na educação. Essa relevância é confirmada em um estudo que destaca a escola como um ambiente de importantes interações sociais entre professores, alunos, familiares e

profissionais de saúde. É um espaço do qual emergem diversas demandas e necessidades que podem ser problematizadas em seu contexto mais amplo¹⁶, revelando-se como uma importante potencialidade para a efetivação e a articulação intersetorial do PSE.

O espaço escolar não deve ser utilizado para consultas médicas, com o intuito da medicalização ou de diagnóstico clínico-psíquico dos fracassos do processo ensino-aprendizagem, mas para detecção de sinais e sintomas de agravos em saúde, por sua objetividade e ganho de escala em ambiente coletivo¹⁷. Nesse sentido, torna-se necessário superar a lógica do modelo higienista e preventivista que perdurou na trajetória da educação em saúde, com componentes normativos e conteúdos predefinidos sobre o que deveria ser feito e discutido em saúde nas escolas, com ênfase na mudança de comportamento ou de fatores de risco, em uma perspectiva individual^{6,15}.

Para ampliar o acesso à informação em saúde, mediante propostas que estimulem a capacidade crítica e a autonomia das pessoas, encontra-se na promoção da saúde um contraponto a esse modelo¹⁸. Esta é entendida como um conjunto de estratégias promissoras de enfrentamento dos múltiplos problemas de saúde que afetam os indivíduos e as comunidades, com vistas a diminuir as diferenças nas condições de vida da população por meio de um desenvolvimento social mais equitativo¹⁹. Partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, essa estratégia propõe a articulação de saberes técnicos e populares, com mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, a favor da qualidade de vida¹.

Nesse sentido, reforça-se a importância do PSE, o qual necessita considerar a dimensão escolar e social, bem como o diagnóstico de saúde local do estudante. O programa deve tratar a saúde e a educação integrais como parte de uma formação ampla para a cidadania; permitir a progressiva ampliação das ações executadas pelos sistemas de saúde e educação, em busca da atenção integral de

crianças; e promover a articulação de saberes, a participação de estudantes, pais, comunidade escolar e sociedade em geral na construção e controle social da política pública¹⁷.

Um estudo com representatividade em todo o Brasil avaliou os dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), no ano de 2012, sendo que os resultados apontaram fragilidade das ações políticas para a promoção de saúde do escolar. Identificaram-se significativas desigualdades regionais, entre as quais: as regiões Sul e Sudeste tendem a ter melhores escores e maior proporção de alunos em escolas que contemplam os indicadores de promoção de saúde avaliados²⁰.

A promoção da saúde, portanto, enquanto relevante paradigma na saúde, deve nortear não somente a prática, mas também o ensino dos profissionais, visto que seu ensino se assenta em uma abordagem transdisciplinar, integrativa, que envolve diversas áreas do saber, oportunizando a integração de conhecimentos relevantes à sua prática. Para isso, requer-se uma formação profissional alinhada à construção de capacidades que facilitem a efetivação dos princípios teórico-metodológicos desta, englobando a concepção holística de cuidado, a intersetorialidade, o empoderamento comunitário e a participação social, a busca pela equidade e a atuação sobre os determinantes sociais da saúde²¹.

Destaca-se ainda, na atuação entre os setores da educação e da saúde, que os profissionais podem e devem buscar a formação de parcerias para resolver as dificuldades vivenciadas cotidianamente, a fim de tornar as ações mais efetivas¹⁸. Estas são vistas como uma potencial ferramenta para atuação do PSE, eficiente e viável, capaz de melhorar e/ou resolver diversos problemas por meio da união de esforços de setores e parceiros que, em colaboração com várias áreas do conhecimento, podem aumentar o impacto e a sustentabilidade de qualquer ação desenvolvida²². Nessa perspectiva, todos os profissionais envolvidos no PSE compartilham saberes individuais e coletivos para formar cidadãos críticos e informados, com habilidades

para agir em defesa da vida e de sua qualidade¹⁷, sendo uma importante potencialidade na articulação intersetorial desse programa para a promoção da saúde infantil.

O desenho do PSE propõe a organização e a oferta de serviços em uma determinada área geográfica para que a articulação ocorra entre as equipes de Saúde da Família (eSF) e as escolas do território adstrito¹⁷. Embora a implantação da ESF no Brasil tenha experimentado expressiva expansão de cobertura na última década, com ritmos diferentes entre as regiões e porte populacional dos municípios, existem importantes diferenças na cobertura, no acesso e na oferta de cuidados nas UBS, em parte em função de mecanismos de gestão e das desigualdades sociais do País, com repercussões relevantes no acesso e uso dos serviços de saúde, como a adesão e a implantação do PSE²³. Além do mais, a complexidade do modelo intersetorial e multidisciplinar para construir uma escola promotora de saúde dificulta o desenvolvimento do programa no contexto dos municípios⁶, desvelando-se como fator limitante para a efetivação e articulação intersetorial do PSE.

Ainda que se tenha aproximado o diálogo entre os setores saúde e educação, a relação entre os serviços apresenta fragilidades relacionadas com o envolvimento para formulação, implantação, acompanhamento ou avaliação conjunta das ações no cenário da escola, ratificado pela fala dos profissionais. Um estudo que investigou as práticas vinculadas ao PSE em um município da Bahia verificou que o planejamento, as atividades e as avaliações, mesmo informais, são protagonizados pelo setor saúde, gerando desigualdade no comprometimento, nas responsabilidades e nas decisões tomadas, sendo a participação do setor educação tida como periférica, o que certamente restringe a potencialidade do programa¹⁰.

O desconhecimento sobre o PSE, seus objetivos e a forma de atuação do outro setor, assim como problemas de comunicação entre os profissionais e entre os setores e os diferentes níveis de gestão, são fatores que limitam

a ação intersetorial. Há outras limitações, tais como: incompatibilidades de agendas; excesso de atividades e número reduzido de profissionais; cumprimento de prazos e metas; planejamento centralizado; divergências e desrespeito entre os setores e dificuldade na adoção de novas posturas¹¹. Esses fatores contradizem o paradigma promocional da saúde, que expõe a necessidade de que o processo de produção do conhecimento e das políticas públicas ocorra por meio de construção e gestão compartilhadas¹⁶.

Ressalta-se que a gestão é considerada pelas equipes de saúde um elo entre os demais setores, no entanto, lida com escassos recursos para desempenhar esse trabalho. Nesse sentido, torna-se premente proporcionar meios adequados às equipes e à gestão para executarem suas ações, com influência direta sobre a produção e a qualidade do trabalho em saúde. Dificuldades burocráticas também acontecem, como a ausência ou desconhecimento de como estimular financiamento de ações intersetoriais para concretizá-las⁴, sendo estes outros fatores que podem limitar as ações do PSE.

Vale lembrar que o evento inesperado da pandemia da Covid-19 agravou a sobrecarga dos profissionais, que precisaram readequar as atividades para atender a essa demanda e à necessidade de manutenção do distanciamento social e prevenção do risco de contágio. Um estudo realizado para verificar a atuação do enfermeiro da APS nas ações de cuidado de rotina à saúde da criança durante a conjuntura pandêmica evidenciou que determinadas ações deixaram de ser realizadas, havendo suspensão de atendimentos de rotina para priorização de casos, acolhimento e consulta somente para queixas agudas²⁴, o que também foi mencionado pelos participantes como um fator limitante para a articulação intersetorial do PSE em prol da promoção da saúde infantil. Assim, com vistas a dar continuidade às ações e com a inclusão da temática relacionada com o coronavírus no PSE, um estudo apontou que a adoção de estratégias utilizando o ensino

remoto possibilitaram, de certa forma, a continuidade na integração com as atividades desenvolvidas pelo programa, conforme também verificado neste estudo²⁵.

Ante o exposto, verifica-se que as ações práticas entre saúde e educação carecem de muitos debates, aproximação teórica e outras formas de parcerias para que, juntas, possam substituir o pensamento linear e unidirecional por conhecimentos circulares e multirreferenciais²². No entanto, embora apresente algumas limitações estruturais e gerenciais, evidencia-se o PSE como ferramenta capaz de propiciar melhorias na qualidade de vida dos escolares, com potencialidades que podem repercutir positivamente nas famílias e comunidades¹⁶.

Dessa forma, há necessidade de fortalecimento dessa política pública mediante a incorporação da articulação intersetorial na rotina de gestores e profissionais para que, paulatinamente, adquiram habilidades no desenvolvimento de ações de promoção da saúde realmente impactantes, almejando melhoria das condições de saúde da população⁴. Como limitação deste estudo, aponta-se a dificuldade de conciliar horário para a realização das entrevistas com os profissionais participantes, que, diante das demandas, sobretudo no enfrentamento da pandemia, estavam em uma rotina intensa de trabalho.

Considerações finais

Ao desvelar a percepção dos profissionais acerca da articulação intersetorial do PSE como uma das possibilidades para promover a saúde infantil, identificaram-se potencialidades, tais como: criação de vínculos entre as equipes de saúde e a comunidade escolar; acompanhamento das condições de saúde dos escolares; ampliação do acesso à informação em saúde; maior aproximação das famílias às ações desenvolvidas; e parceria com outros setores.

No entanto, para os participantes deste estudo, existem limites que necessitam ser superados para que ocorram transformações

na realidade, quais sejam: a pactuação dos municípios estudados ainda é recente e com cobertura parcial; o desconhecimento do programa pelos educadores, em uma visão reducionista e com escassa participação no planejamento das atividades; falta de recursos; a intensa demanda dos profissionais atuantes na APS, sobretudo no período pandêmico, o que dificultou o desenvolvimento das ações do PSE no âmbito escolar. Portanto, há necessidade de fortalecimento do PSE enquanto política pública, para a efetivação de ações articuladas entre os setores e o alcance de novas parcerias, para que se possa, de fato, promover a saúde dos escolares e atuar sobre seus determinantes sociais, com repercussões benéficas a toda a comunidade.

O presente estudo não pretendeu esgotar o debate sobre o assunto. Sendo assim, torna-se pertinente e necessário o investimento em novas pesquisas, a fim de aprofundar a

compreensão sobre o trabalho intersetorial. Ademais, considera-se relevante o desenvolvimento de pesquisas futuras abarcando outros atores envolvidos no contexto, como família, educandos, equipes de educação e demais parceiros, no intuito de compreender a visão destes acerca do PSE como uma política de promoção da saúde.

Colaboradoras

Rumor PCF (0000-0002-6272-2071)*, Heidemann ITSB (0000-0001-6216-1633)*, Souza JB (0000-0002-0512-9765)*, Manfrini GC (0000-0003-0445-1610)* e Souza JM (0000-0001-8645-9215)* contribuíram para a produção e análise dos dados, discussão dos resultados, redação do texto, revisão e aprovação da versão final do manuscrito. ■

Referências

1. Buss PM, Hartz ZMA, Pinto LF, et al. Promoção da saúde e qualidade de vida: uma perspectiva histórica ao longo dos últimos 40 anos (1980-2020). *Ciênc. Saúde Colet.* 2020 [acesso em 2021 set 12]; 25(12):4723-35. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/5BJghnvvZyB7GmyF7MLjqDr/abstract/?lang=pt>.
2. Malta DC, Reis AAC, Jaime PC, et al. O SUS e a Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectiva resultados, avanços e desafios em tempos de crise. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018 [acesso em 2021 set 12]; 23(6):1799-1809. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/9mXFmz3J8Y4qjbbKgk8VVVq/?lang=pt>.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde - PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. Brasília, DF: MS; 2014. [acesso em 2021 set 12]. Disponível em: https://bvs-ms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_pnaps.pdf.
4. Silva DJ, Tavares MFL. Ação intersetorial: potencialidades e dificuldades do trabalho em equipes da Estratégia Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro. *Saúde debate.* 2016 [acesso em 2021 set 17]; 40(111):193-205. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/RDFntJXH5zB7ZzJRZtJzCPg/abstract/?lang=pt>.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

5. Silva Junior AJ. Programa saúde na escola: limites e possibilidades intersetoriais. *Interface*. 2014 [acesso em 2021 set 15]; 18(51):799. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/3MNQRVGGZyYDtHYg6TZtbBYg/?lang=pt>.
6. Lopes IE, Nogueira JAD, Rocha DG. Eixos de ação do Programa Saúde na Escola e Promoção da Saúde: revisão integrativa. *Saúde debate*. 2018 [acesso em 2021 set 15]; 42(118):773-89. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/SNsdFnbvBdfdh76GQYG-DtM/abstract/?lang=pt>.
7. Silva MRI, Almeida AA, Machado JC, et al. Processo de Acreditação das Escolas Promotoras de Saúde em âmbito mundial: revisão sistemática. *Ciênc. Saúde Colet*. 2019 [acesso em 2021 set 20]; 24(2):475-86. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/3cNYjLpv4TJ63T979rkzVmC/abstract/?lang=pt>.
8. Vieira LS, Belisário SA. Intersetorialidade na promoção da saúde escolar: um estudo do Programa Saúde na Escola. *Saúde debate*. 2018 [acesso em 2021 set 20]; 42(esp4):120-133. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/dLk74dqxVdGwVJcHLN5DYWj/?lang=pt>.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Pesquisa nacional de saúde do escolar 2019. Rio de Janeiro: IBGE; 2021. [acesso em 2021 dez 15]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101852.pdf>.
10. Souza MC, Esperidião MA, Medina MG. A intersectorialidade no Programa Saúde na Escola: avaliação do processo político-gereencial e das práticas de trabalho. *Ciênc. Saúde Colet*. 2017 [acesso em 2021 set 13]; 22(6):1781-90. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/nGRj8mdvwwZHvy6G76MrjfJ/abstract/?lang=pt>.
11. Chiari APG, Ferreira RC, Akerman M, et al. Rede intersectorial do Programa Saúde na Escola: sujeitos, percepções e práticas. *Cad. Saúde Pública*. 2018 [acesso em 2021 set 20]; 34(5):e00104217. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/d9GHPC4rR-F9WJKQxyqmbZCG/abstract/?lang=pt>.
12. World Health Organization. The Ottawa Charter for Health Promotion. Ottawa: WHO; 1986. [acesso em 2021 abr 21]. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index1.html>.
13. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2016.
14. Ferreira HS, Melo IO, Fernandes KB, et al. Domínio implementação: diálogo entre o CompHP e as ações de promoção da saúde no contexto escolar. In: Machado MFAS, Moreira MRC, Ferreira HS, organizadores. *Promoção da saúde em ambientes educacionais*. Sobral: Edições UVA; 2018. p. 77-104. [acesso em 2021 set 13]. Disponível em: http://www.uvanet.br/edicoes_uva/gera_xml.php?arquivo=promocao_sau_de_ambientes.
15. Silva CS, Bodstein RCA. Referencial teórico sobre práticas intersectoriais em Promoção da Saúde na Escola. *Ciênc. Saúde Colet*. 2016 [acesso em 2021 set 15]; 21(6):1777-1788. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/5QXfQJVsrDVPZY9WwDhmT8z/abstract/?lang=pt>.
16. Farias ICV, Sá RMPF, Figueiredo N, et al. Análise da Intersetorialidade no Programa Saúde na Escola. *Rev. bras. educ. med*. 2016 [acesso em 2021 set 17]; 40(2):261-267. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/39ZTRdxxTHwsQx5hCdjWzjB/?format=pdf&lang=pt>.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Caderno do gestor do PSE. Brasília, DF: MS; 2015. [acesso em 2021 set 16]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_gestor_pse.pdf.
18. Brasil EGM, Silva RM, Silva MRF, et al. Promoção da saúde de adolescentes e Programa Saúde na Escola: complexidade na articulação saúde e educação. *Rev. esc. enferm. USP*. 2017 [acesso em 2021 set 15]; 51:e03276. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/mLtvhfT5dbMgtLHpt5snMKw/abstract/?lang=pt>.

19. Malta DC, Morais Neto OL, Silva MMA, et al. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. *Ciênc. Saúde Colet.* 2016 [acesso em 2021 set 21]; 21(6):1683-1694. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/pWG9W7grqFzzQGszmDKzvr/abstract/?lang=pt>.
20. Horta RL, Andersen CS, Pinto RO, et al. Promoção da saúde no ambiente escolar no Brasil. *Rev Saude Publica.* 2017 [acesso em 2021 set 15]; 51:1-12. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/9wNcrJR3jRgGfKGGrxQGGSP/?lang=pt>.
21. Xavier SPL, Pereira AP, Machado LDS, et al. O Ambiente educacional e a promoção da saúde na formação dos profissionais: uma articulação necessária. In: Machado MFAS, Moreira MRC, Ferreira HS, organizadores. *Promoção da saúde em ambientes educacionais.* Sobral: Edições UVA; 2018. p. 35-54. [acesso em 2021 set 13]. Disponível em: http://www.uvanet.br/edicoes_uva/gera_xml.php?arquivo=promocao_saude_embientes.
22. Santos MAB, Nunes FSF, Melo IO, et al. Análise do domínio parceria na promoção da saúde na escola. In: Machado MFAS, Moreira MRC, Ferreira HS, organizadores. *Promoção da saúde em ambientes educacionais.* Sobral: Edições UVA; 2018. p. 57-74. [acesso em 2021 set 13]. Disponível em: http://www.uvanet.br/edicoes_uva/gera_xml.php?arquivo=promocao_saude_embientes.
23. Malta DC, Santos MAS, Stopa SR, et al. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciênc. Saúde Colet.* 2016 [acesso em 2021 set 15]; 21(2):327-338. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/y3vTNkgw5FkM5nkqQchQzjh/abstract/?lang=pt>.
24. Toso BRGO, Viera CS, Furtado MCC, et al. Ações de Enfermagem no cuidado à criança na atenção primária durante a pandemia de COVID-19. *Rev Soc Bras Enferm Ped.* 2020 [acesso em 2021 set 15]; 20(esp):6-15. Disponível em: <https://journal.sobep.org.br/article/acoes-de-enfermagem-no-cuidado-a-crianca-na-atencao-primaria-durante-a-pandemia-de-covid-19/#:~:text=Uso%20de%20aplicativos%20de%20mensagens,preventivas%20nos%20ambientes%20da%20unidade>.
25. Fettermann FA, Silveira MGS, Escobar TA, et al. Programa de saúde na escola e o alinhamento de ações na prevenção do coronavírus. *RSD.* 2021 [acesso em 2021 set 15]; 10(5):e37810514686. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i1.14686>.

Recebido em 10/05/2022

Aprovado em 19/09/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) - Processo nº MCTI/CNPQ/B426445/2018

Promoção da Alimentação Adequada e Saudável no âmbito do Programa Saúde na Escola: implementação e contribuição do Programa Crescer Saudável

Promotion of Adequate and Healthy Eating within the scope of the School Health Program: implementation and contribution of the Healthy Growth Program

Ariene Silva do Carmo¹, Milena Serenini¹, Ana Carolina Lucena Pires¹, Jéssica Pedroso¹, Ana Maria Cavalcante de Lima¹, Sara Araújo da Silva¹, Gisele Ane Bortolini¹

DOI: 10.1590/0103-11042022E309

RESUMO O objetivo do presente estudo foi mostrar a evolução do percentual de escolas aderidas ao Programa Saúde na Escola (PSE) que realizaram atividade coletiva sobre Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (Paas) ao longo dos últimos cinco anos e verificar se há diferença desse indicador segundo adesão ao Programa Crescer Saudável (PCS). Trata-se de um estudo de delineamento ecológico, desenvolvido com dados cadastrados no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab). Houve incremento na realização de ações coletivas sobre Paas durante o período de 2017 a 2019. Em 2020, houve redução das ações realizadas; e em 2021, houve incremento de ações realizadas em comparação com 2020. Os municípios que receberam recurso financeiro adicional por terem aderido ao PCS apresentaram os maiores percentuais de escolas que realizaram atividades coletivas sobre Paas. A realização das ações de Paas não ocorreu de forma homogênea segundo as macrorregiões brasileiras. Conclui-se que, nos últimos anos, houve o fortalecimento das ações de Paas no âmbito do PSE, com significativa redução dessa ação no contexto da pandemia da Covid-19. O recebimento do recurso adicional do PCS favoreceu o desenvolvimento das ações sobre Paas, o que reforça a importância do repasse financeiro regular.

PALAVRAS-CHAVE Dieta saudável. Promoção da saúde. Serviços de saúde escolar.

ABSTRACT *The study aims to show the evolution of the percentage of schools adhering to the School Health Program (PSE) that carried out a collective activity on the Promotion of Adequate and Healthy Eating (PAAS) over the last five years and verify if there is a difference in this indicator according to adherence to the Healthy Growth Program (PCS). Ecological study, developed with data registered in the Health Information System for Primary Care (SISAB). The performance of collective actions on PAAS from 2017 to 2019 increased. In 2020, there was a reduction in the actions carried out; and in 2021 there was an increase in actions carried out compared to 2020. The municipalities that received additional funds from the PCS had the highest percentages of schools carrying out collective activities on PAAS. The implementation of PAAS actions did not occur homogeneously according to the Brazilian macro-regions. It is concluded that there has been a strengthening of PAAS actions within the scope of the PSE, with a significant reduction of this action in the context of the COVID-19 pandemic. Getting additional resources from the PCS favored the development of actions on PAAS, which reinforces the importance of regular financial transfers.*

KEYWORDS Diet, healthy. Health promotion. School health services.

¹Ministério da Saúde (MS), Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps), Departamento de Promoção da Saúde (Depros), Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN) – Brasília (DF), Brasil.
gisele.bortolini@saude.gov.br



Introdução

A má alimentação é um dos principais fatores de risco relacionados com a carga global de doenças¹. No Brasil, em 2015, esse foi o fator de risco que mais contribuiu para os anos de vida perdidos, sendo superior, inclusive, ao uso de álcool, drogas, tabagismo e inatividade física². Ainda, a alimentação inadequada foi o principal fator de risco para mortes no mundo em 2017³. No País, três em cada dez crianças, aproximadamente, apresentam excesso de peso, sendo uma das condições mais prevalentes entre esse público⁴. Das crianças maiores de 2 anos e dos adolescentes acompanhados na Atenção Primária à Saúde (APS), mais de 80% consumiram pelo menos um alimento ultraprocessado no dia anterior⁴.

Além disso, cumpre destacar que, no Brasil, observa-se um cenário persistente de múltipla carga de malnutrição, no qual há a coexistência em uma mesma população de diferentes agravos nutricionais, como obesidade, desnutrição e carências nutricionais específicas, configurando-se em manifestações simultâneas de insegurança alimentar e nutricional⁵⁻⁸. A Pesquisa de Orçamento Familiar (POF), realizada em 2017-2018, evidenciou um aumento, de forma expressiva, de todos os graus associados à situação de insegurança alimentar no Brasil que vinham em um cenário de redução⁹. Tal cenário foi agravado no País com a pandemia da Covid-19¹⁰.

Nesse sentido, ações de Promoção da Alimentação Adequada e Saudável (Paas) são fundamentais para melhora da situação alimentar e nutricional da população. A Paas visa melhorar a qualidade de vida da população, por meio de ações intersetoriais, voltadas ao coletivo, aos indivíduos e aos ambientes, contribuindo para prevenção e atenção às doenças e agravos relacionados com alimentação e nutrição, incluindo a obesidade¹¹. A Paas, uma das diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), insere-se como eixo estratégico da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)¹¹, sendo as

ações de educação alimentar e nutricional um campo de conhecimento e de prática contínua e permanente, transdisciplinar, intersetorial e multiprofissional que visa promover a prática autônoma e voluntária de hábitos alimentares saudáveis¹².

Ações de Paas no espaço escolar têm mostrado efetividade na mudança de práticas alimentares em crianças, com consequente efeito na prevenção e reversão da obesidade infantil, e têm sido uma das ações amplamente recomendadas por organismos internacionais¹³⁻¹⁷. Assim, considerando os múltiplos determinantes da alimentação e a necessidade do envolvimento de diferentes setores para o desenvolvimento de práticas e escolhas alimentares saudáveis, a escola compreende um espaço privilegiado para a promoção da saúde e para a educação alimentar e nutricional¹³.

Sendo o Programa Saúde na Escola (PSE) uma estratégia de integração dos setores saúde e educação com o objetivo de desenvolver ações de promoção da saúde no âmbito escolar, ele tem o potencial de contribuir para promoção da alimentação saudável e para a reversão do cenário de obesidade infantil, por meio do fomento às ações de educação alimentar e nutricional¹⁸. O PSE tem amplo alcance nacional e, em 2022, conta com a adesão de quase a totalidade dos municípios brasileiros (97,3%), de 97.389 escolas, contemplando 23.426.003 educandos. Atualmente, o PSE é composto por 13 ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, entre elas, a ação de promoção da alimentação saudável e prevenção da obesidade¹⁹, que é fortalecida com repasse adicional de recurso aos municípios que também fizeram a adesão ao Programa Crescer Saudável (PCS).

Considerando o cenário de elevadas prevalências de desfechos negativos relacionados com a alimentação inadequada em crianças e o potencial das ações de Paas para prevenir tal situação, em 2017, foi instituído pelo Ministério da Saúde o PCS, com o objetivo de contribuir para prevenção e atenção à obesidade infantil por meio de ações, a serem realizadas no âmbito do PSE, para as crianças

matriculadas na Educação Infantil (creches e pré-escolas pactuadas) e nas escolas pactuadas de Ensino Fundamental. Em 2022, o PCS conta com a adesão de 4.604 municípios brasileiros, de 87.174 escolas, contemplando 20.891.587 estudantes²⁰. O programa, da mesma forma que o PSE, estabelece incremento financeiro de custeio, repassado de forma direta aos municípios, por meio dos Fundos Nacional e Municipais de Saúde, para apoio à implementação do programa, que inclui o desenvolvimento de ações, entre elas, a realização de atividades coletivas sobre promoção da alimentação adequada e saudável nas escolas do PSE²⁰.

Sendo assim, o objetivo do presente estudo foi analisar a evolução do percentual de escolas aderidas ao PSE que realizaram atividade coletiva sobre a temática de alimentação saudável ao longo dos últimos cinco anos (2017-2021) e verificar a contribuição do repasse de recurso financeiro adicional ao PCS na implementação e no incremento na realização das ações de Paas no âmbito do PSE. Ressalta-se que os resultados do presente estudo contribuirão para a análise da implementação de ações do Ministério da Saúde, como PSE e PCS, em que ambos apresentam atividades coletivas de Paas como ações fomentadas e monitoradas por esses programas. Ademais, análises como esta são fundamentais para oportunizar a reformulação de programas com vistas a aperfeiçoar sua implementação com melhorias ou aprimoramentos, caso necessário.

Material e métodos

Trata-se de um estudo epidemiológico de delineamento ecológico, desenvolvido com dados secundários cadastrados no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab) da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps) do Ministério da Saúde, de domínio público e de livre acesso no meio eletrônico (<https://sisab.saude.gov.br/>)²¹.

Foram extraídas as informações das ações realizadas no âmbito do PSE inseridas por meio da Ficha de Atividade Coletiva do e-SUS Atenção Primária (<https://sisab.saude.gov.br/paginas/acesoRestrito/relatorio/federal/saude/RelSauAtivColetiva.xhtml>). Para a extração dos dados, foi selecionada a opção 'INEP (Escolas/Creche)' em 'Linha do Relatório' e a opção 'Qt atividade coletiva/Número de Participantes' em 'Coluna do Relatório'. Em 'Tipo de Informação', foi selecionada a opção 'Atividade Coletiva', e em 'Temas para a Saúde', foi selecionada a opção 'Alimentação Saudável'. Desse modo, foram extraídas as informações sobre quantidade de atividades coletivas sobre o tema alimentação saudável realizadas por escolas de cada município brasileiro, para os anos de 2017 a 2021. Também foram obtidos dados sobre a quantidade de escolas aderidas ao PSE por município e a relação dos municípios que receberam adicional de recurso financeiro do PCS para os ciclos de 2017/2018, 2019/2020 e 2021/2022, a partir de banco de dados solicitados ao Departamento de Promoção da Saúde (Depros) da Saps do Ministério da Saúde.

A análise descritiva contemplou o cálculo de distribuição de frequências relativas e absolutas para as variáveis categóricas e de média e Intervalo de Confiança (IC) de 95% para as variáveis quantitativas do estudo. Para a comparação das médias dos percentuais de escolas aderidas ao PSE que realizaram pelo menos uma atividade coletiva no ano entre os períodos de 2017 e 2021, utilizou-se a análise de variância (Anova) para medidas repetidas, seguida pelo teste *post-hoc* de Bonferroni. Para comparar as médias segundo o tipo de região brasileira e se recebeu o adicional do recurso financeiro para implementação de ações no âmbito do PCS, foram realizados os testes Anova One Way (seguido do teste *post-hoc* Games-Howell) e T de Student Simples respectivamente.

Os dados obtidos foram analisados com auxílio do *software* Statistical Package for the Social Sciences for Windows Student Version

(SPSS) versão 19.0. Para todas as análises, foi adotado o valor de significância de 5%.

Resultados

Durante o período de 2017 a 2022 houve aumento no número de municípios

participantes do PCS, ampliando seu alcance nacional (10,9% no ciclo de 2017/18; 77,8% no ciclo de 2019/20; e 84,9% no ciclo de 2021/22) (*tabela 1*). Na *tabela 1*, é possível observar o número de municípios que aderiram ao PSE e o total de municípios participantes do PCS que receberam recurso financeiro adicional apoiar a sua implementação.

Tabela 1. Total de municípios brasileiros aderidos ao Programa Saúde na Escola e percentual dos que receberam o recurso adicional para implementação das ações no âmbito do Programa Crescer Saudável, nos ciclos de 2017/18, 2019/20 e 2021/22

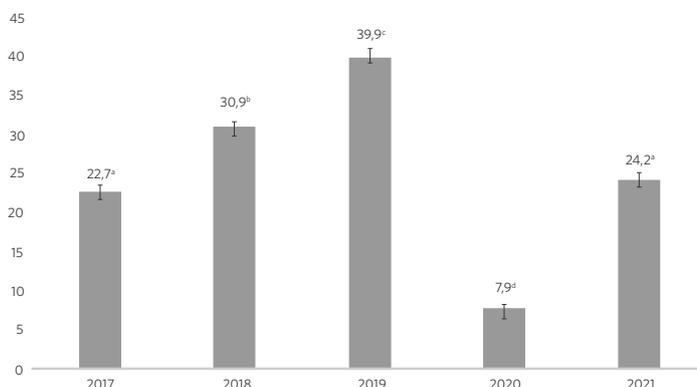
Ciclo	Total de municípios aderidos ao PSE	Percentual de municípios aderidos ao PSE em relação ao total de municípios brasileiros	Número de escolas	Total de municípios que receberam o recurso adicional do PCS	Percentual de municípios que receberam o recurso adicional do PCS ao total de municípios aderidos ao PSE	Número de escolas
2017/2018	5.040	90,5%	85.700	548	10,9%	21.953
2019/2020	5.289	95,0%	91.659	4.118	77,8%	76.374
2021/2022	5.422	97,3%	97.389	4.604	84,9%	87.174

Fonte: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab)²¹.

No *gráfico 1*, observa-se que houve aumento do percentual de escolas aderidas ao PSE que realizaram pelo menos uma atividade coletiva, no ano, sobre a temática de alimentação saudável, considerando o período de 2017 a 2019 ($p < 0,05$). Em 2020, houve o menor percentual de ações coletivas realizadas quando

comparado com todos os anos de avaliação ($p < 0,05$). Em 2021, houve aumento significativo desse percentual em comparação com 2020 ($p < 0,05$), registrando valor semelhante estatisticamente quando comparado com o ano de 2017 ($p > 0,05$).

Gráfico 1. Média (IC 95%) do percentual de escolas aderidas ao Programa Saúde na Escola que realizaram pelo menos uma atividade coletiva por ano sobre a temática de alimentação saudável para os anos de 2017 a 2021



Fonte: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab)²¹.

*p<0,001. Análise de variância (Anova) para medidas repetidas. Médias com pelo menos uma letra em comum não apresenta diferenças estatisticamente significantes segundo o teste *post-hoc* Bonferroni.

Quando feita a comparação dos percentuais de escolas que realizaram atividades coletivas sobre o tema da alimentação saudável segundo região brasileira (tabela 2), foi observado que, em 2017, os maiores percentuais foram encontrados na região Sudeste quando comparado com todas as regiões brasileiras e que o percentual da região Nordeste foi maior do que o da região Norte. Em 2018, a região Sudeste registrou maior percentual do que a Centro-Oeste, a Norte e a Sul; a região Nordeste apresentou maior percentual do que a Centro-Oeste e a Sul; e na região Norte, foi observado maior percentual do que na região Sul. Em 2019,

verificou-se que as regiões Nordeste e Sudeste registraram os maiores percentuais quando comparadas com as demais regiões brasileiras. Em 2020, observou-se que a região Sul apresentou maior percentual em relação às regiões Centro-Oeste, Nordeste e Norte, e sem diferença com a região Sudeste; entretanto, a região Sudeste apresentou maior percentual que a região Nordeste. Além disso, em 2021, a região Sul apresentou maior percentual em relação às regiões Centro-Oeste e Nordeste; contudo, as regiões Norte e Sudeste registraram maiores percentuais em relação à região Nordeste.

Tabela 2. Média (IC 95%) do percentual de escolas aderidas ao Programa Saúde na Escola que realizaram pelo menos uma atividade coletiva por ano sobre a temática de alimentação saudável segundo a região do Brasil. Brasil, 2017-2021

Ano	Região					Valor p*
	Centro-Oeste	Nordeste	Norte	Sudeste	Sul	
2017	19,5 (16,6-22,3) ^{ab}	22,9 (21,6-24,2) ^a	16,6 (14,2-19,0) ^b	27,7 (26,0-29,5) ^c	21,1 (19,2-23,1) ^{ab}	<0,001
2018	25,8 (22,7-28,9) ^{ac}	33,3 (31,9-34,8) ^{bd}	29,3 (26,3-32,3) ^{ad}	36,1 (34,2-38,0) ^b	24,6 (22,2-26,2) ^c	<0,001
2019	37,3 (34,0-40,6) ^a	41,9 (40,4-43,4) ^b	35,4 (32,4-38,4) ^a	46,2 (44,2-48,2) ^b	35,1 (32,7-37,5) ^a	<0,001
2020	6,3 (4,7-8,0) ^{ab}	5,9 (5,2-6,6) ^a	6,8 (5,2-8,4) ^{ab}	9,6 (8,4-10,8) ^{bc}	10,5 (8,9-12,1) ^c	<0,001
2021	21,6 (18,6-24,7) ^{ab}	20,6 (19,2-22,0) ^a	25,4 (22,5-28,4) ^{bc}	27,3 (25,4-29,3) ^{bc}	29,7 (27,3-32,0) ^c	<0,001

Fonte: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab)²¹.

*Teste Anova One Way. Médias com pelo menos uma letra em comum não apresenta diferenças estatisticamente significantes segundo o teste *post-hoc* Games-Howell.

De acordo com a *tabela 3*, foi observado para todos os anos, com exceção do ano de 2017, que os municípios que receberam recurso financeiro adicional do PCS apresentaram os maiores percentuais de escolas que realizaram pelo menos uma atividade coletiva por

ano sobre a temática de alimentação saudável quando comparados aos municípios que aderiram apenas ao PSE e não receberam o recurso financeiro adicional do PCS, como mecanismo de indução para a realização das ações de Paas ($p < 0,05$).

Tabela 3. Média (IC 95%) do percentual de escolas aderidas ao Programa Saúde na Escola que realizaram pelo menos uma atividade coletiva por ano sobre a temática de alimentação saudável segundo o recebimento do recurso adicional do Programa Crescer Saudável. Brasil, 2017-2021

Ano	Receberam adicional do Programa Crescer Saudável		Valor p*
	Não	Sim	
2017	22,4 (21,6-23,3)	24,4 (22,1-26,6)	0,121
2018	29,9 (28,9-30,9)	39,2 (36,5-42,0)	<0,001
2019	24,8 (23,0-26,5)	44,2 (43,2-45,3)	<0,001
2020	4,7 (3,8-5,6)	8,8 (8,1-9,4)	<0,001
2021	16,3 (14,3-18,3)	25,6 (24,6-26,6)	<0,001

Fonte: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab)²¹.

*T de Student Simples.

Discussão

Os achados deste estudo evidenciam e reforçam a contribuição do Ministério da Saúde ao destinar recursos financeiros a programas prioritários, com vistas a apoiar a implementação e a realização de ações, como as atividades coletivas de Paas, no âmbito do PSE e do PCS.

Desde 2019, todos os municípios do País estão aptos a aderir e a participar do PSE e do PCS. A adesão a cada ciclo bianual do PSE/PCS ocorre por meio da plataforma e-Gestor Atenção Básica (AB). No momento da adesão, o gestor deve indicar as escolas da rede pública e creches conveniadas que participarão do PSE, além de poderem realizar adesão ao PCS. Destaca-se que a adesão é um processo de pactuação voluntária de compromissos a serem firmados entre os secretários municipais de saúde e de educação com os Ministérios da Saúde e da Educação. Recomenda-se que as ações sejam desenvolvidas mediante planejamento intersetorial e gestão compartilhada entre a saúde e a educação. A descentralização

de recursos financeiros de custeio para o PSE e o PCS é feita anualmente, em parcela única, com repasse direto proveniente do Fundo Nacional de Saúde, na esfera federal, para os Fundos de Saúde da esfera municipal e do Distrito Federal. O cálculo que define a quantia a ser repassada a cada município é feito a partir do número de educandos pactuados no momento da adesão, e recalculado no segundo ano do ciclo pelo mesmo fator, considerando o desempenho dos municípios nos indicadores monitorados por ambos os programas²².

Destaca-se que a destinação de recursos adicionais ao PCS favoreceu a implementação das ações de Paas no âmbito do PSE, o que reforça a importância de apoio aos municípios por meio do repasse regular financeiro. Além disso, é importante ressaltar que se observou um aumento expressivo do alcance do PCS nos municípios brasileiros, o que mostra o fortalecimento desse programa ao longo dos anos.

O PCS estabelece um conjunto de ações a serem implementadas com o objetivo de contribuir para a prevenção e atenção à obesidade

infantil. Estão entre as ações pactuadas na adesão e monitoradas pelo Ministério da Saúde no âmbito do PCS: a avaliação do estado nutricional e do consumo alimentar de crianças menores de 10 anos; a realização de atendimento individual na APS, em estudantes diagnosticados com obesidade; e a oferta de atividades coletivas de promoção da alimentação adequada e saudável e de atividade física em escolas²⁰. Por se tratar de uma condição de etiologia complexa e multifatorial, a prevenção e a atenção à obesidade infantil devem pautar-se em intervenções multicomponentes e estratégias intersetoriais, que incidam sobre os seus múltiplos determinantes e sobre os ambientes comumente frequentados por crianças, como as escolas. Assim, apesar da liderança que o setor saúde deve assumir para promover essas ações, setores como educação, esporte e lazer, assistência social, segurança alimentar, abastecimento, segurança pública, planejamento urbano, entre outros, são fundamentais para apoiar a alimentação saudável e atividade física, principais determinantes diretos¹³⁻¹⁷.

O presente estudo mostrou que houve o fortalecimento das ações de Paas no âmbito do PSE nos últimos cinco anos. Além disso, a atividade coletiva de Paas está entre as ações mais realizadas do PSE. De acordo com o relatório de monitoramento do último ciclo concluído (ciclo 2019/2020), no primeiro e segundo ano, foram realizadas 1.450.634 e 131.300 ações do PSE respectivamente^{23,24}. A atividade coletiva sobre o tema da alimentação saudável foi a segunda ação mais realizada entre o escopo de ações do PSE, sendo 261.419 e 23.884 atividades realizadas em 2019 e em 2020, nessa ordem, correspondendo a cerca de 18% do total de ações. Apenas a atividade coletiva sobre saúde bucal superou as atividades de Paas. Em 2019 e 2020, respectivamente, 50,8% e 36,6% do total das ações do PSE foram sobre saúde bucal^{23,24}. O alcance das ações de Paas, em todo o País, evidencia a priorização e o reconhecimento, por parte dos gestores e profissionais de saúde, da importância dessa ação em relação ao conjunto de medidas de promoção da saúde realizadas em escolas participantes do PSE.

Sendo a obesidade infantil o agravo nutricional mais prevalente entre crianças, o ambiente escolar é reconhecido como espaço estratégico para o desenvolvimento de ações de monitoramento do estado nutricional, de prevenção e atenção à obesidade infantil e de promoção da saúde¹³⁻¹⁷, uma vez que, no Brasil, mais de 90% das crianças acima de 5 anos e dos adolescentes frequentam a escola²⁵. A avaliação antropométrica, ação fomentada tanto pelo PSE quanto no PCS, constitui-se como uma estratégia fundamental para contribuir para a prevenção e o cuidado da obesidade infantil, uma vez que o monitoramento contínuo permite o diagnóstico precoce dos desvios nutricionais e a intervenção oportuna¹⁴.

Atividades coletivas sobre Paas também se constituem como uma ação importante para a prevenção da obesidade infantil, entre outras doenças e agravos relacionados à má alimentação. O desenvolvimento de habilidades pessoais em alimentação e nutrição implica pensar a educação alimentar e nutricional como processo de diálogo entre profissionais de saúde, de educação e a população, de fundamental importância para o exercício da autonomia e do autocuidado¹¹. Destaca-se que o PSE e o PCS são pautados pela intersetorialidade e consideram os determinantes sociais relacionados com obesidade^{18,20}. Nesse sentido, a responsabilidade das equipes de saúde com relação à Paas deve transcender os limites das unidades de saúde, inserindo-se nos demais equipamentos sociais do território, como escolas e creches, por exemplo¹¹. Além disso, considerando as ações governamentais que visam promover alimentação adequada e saudável no âmbito das escolas, cumpre destacar o papel do Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), que oferece alimentação escolar alinhada às diretrizes oficiais do Ministério da Saúde para alimentação saudável, disponíveis no Guia Alimentar para a População Brasileira, e fomenta a realização de ações de educação alimentar e nutricional a estudantes matriculados na Educação Básica pública²⁶.

Além dos repasses de recursos financeiros no âmbito do PSE e do PCS, que, neste estudo, mostraram-se efetivos na indução e na garantia da realização e priorização dessas ações, outras medidas foram adotadas pelo governo federal para induzir e fortalecer a implementação dos programas em âmbito nacional, como apoio institucional para profissionais e gestores, realização de eventos e oficinas virtuais e disponibilização de vídeos educativos, materiais de apoio, instrutivos, e cursos de formação, por exemplo^{20,27-30}. A disponibilização de instrutivos e materiais facilita e apoia as equipes de saúde e educação na realização de ações, considerando a autonomia dos entes na adaptação das estratégias de implementação, considerando as particularidades e os desafios de cada contexto local.

Nesse sentido, para apoiar a atuação dos gestores, dos profissionais da saúde e da educação envolvidos na agenda do PSE, o Ministério da Saúde lançou cadernos temáticos com o objetivo de apoiar o planejamento, a organização e a implementação de ações de promoção da alimentação adequada e saudável no ambiente escolar, estabelecendo relações com os parâmetros curriculares e valorizando a transversalidade da alimentação. Foram produzidos quatro cadernos temáticos voltados para Creche, Educação Infantil, Ensino Fundamental I e Ensino Fundamental II³¹⁻³⁴. Além desses materiais, desde 2015, o Ministério da Saúde colabora para a construção das Quartas Capas Didáticas dos livros utilizados em escolas públicas, que veiculam mensagens sobre alimentação adequada e saudável para alunos e professores, a partir do Programa Nacional do Livro e do Material Didático (PNLD)³⁵.

Desse modo, sugere-se que os mecanismos comumente utilizados pela gestão federal para impulsionar ações em nível local são potenciais indutores para a sua realização. Os instrumentos mais realizados são o repasse regular de recursos financeiros, o investimento em formação e qualificação profissional, a elaboração e disponibilização de materiais,

instrutivos e apoio técnico institucional aos gestores estaduais e municipais. Este estudo mostrou a contribuição do financiamento na implementação de ações prioritárias, no entanto, a avaliação do uso de materiais e de instrutivos na implementação do PSE e do PCS ainda não foi apreciada no País e precisa ser objeto de futuras pesquisas.

Ademais, os resultados do presente estudo mostraram que a realização das ações de Paas não ocorreu de forma homogênea segundo as macrorregiões brasileiras. Entre os anos de 2017 e 2019, a região Sudeste seguida pela região Nordeste foram as que realizaram o maior número de atividades. Já no período de 2020 e 2021, as regiões Sul e Sudeste foram aquelas que apresentaram melhor desempenho nessa ação. Algumas das hipóteses que podem explicar a diferença da implementação das atividades coletivas de Paas entre as macrorregiões são as desigualdades sociais e regionais no Brasil, priorização da realização das ações de Paas perante outras ações do PSE e a cobertura da APS, com a região Nordeste, seguida da região Sul, apresentando as maiores coberturas da APS³⁶. Além disso, observou-se possível efeito negativo da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (Espin) causada pela Covid-19 que impactou sobremaneira as ofertas educacionais presenciais, uma vez que, em 2020, observou-se o menor percentual de escolas que realizaram ações de Paas quando comparado com todos os anos de avaliação. Tal hipótese pode ser reforçada com as informações do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep), de que o percentual de escolas brasileiras que não retornaram às atividades presenciais no ano letivo de 2020 foi de 90,1% e que as escolas do País ficaram, em média, 279,4 dias sem aulas presenciais em todos os níveis da Educação Básica. A maior média de dias de suspensão das atividades presenciais nas escolas foi no Nordeste (299,2 dias), com destaque para a rede pública (307,1 dias)²⁵.

No ano de 2021, já se observa o aumento do percentual de escolas que realizaram ações de Paas em comparação com 2020. Uma das justificativas para esse aumento pode ser o

avanço da vacinação contra a Covid-19, com consequente melhora do cenário epidemiológico da pandemia, possibilitando a retomada das aulas presenciais. Além disso, destaca-se que o documento orientador para o desenvolvimento das ações do Ciclo 2021/2022 do PSE trouxe orientações para a realização das atividades coletivas em formato remoto, bem como a indicação de materiais que pudessem apoiar as equipes nessas ações¹³. Dentro dessa perspectiva, e tendo vista o tempo necessário para que as equipes de atenção primária e as escolas pudessem se organizar para retomar a atividade de promoção da saúde, em 2021, já se observou novo aumento do percentual de escolas aderidas ao PSE que realizaram pelo menos uma atividade coletiva com a temática de alimentação saudável, retomando ao percentual observado em 2017.

Considerando a possibilidade de as equipes realizarem ações do PSE de maneira remota, conforme o documento orientador do ciclo 2021/2022 do PSE¹⁹, uma das possíveis justificativas que se somam às anteriores descritas é que, das regiões, o fato de Sudeste e Sul registrarem o maior percentual de escolas que realizaram ação de Paas pode ser o melhor acesso a computadores e similares e internet²⁵. Segundo dados do Inep, das 29,9 mil escolas públicas que não têm um computador disponível, 26,3 mil estão localizadas nas regiões Norte (10.245) e Nordeste (16.104), representando 80,5% dos estabelecimentos brasileiros nesta condição. A mesma desigualdade é verificada na distribuição do acesso à internet para uso exclusivamente em atividades administrativas nos estabelecimentos públicos, sendo as regiões Norte e Nordeste as de mais baixo acesso à internet, mesmo que para fins exclusivamente administrativos e não pedagógicos²⁵.

Dentre as limitações do estudo, destaca-se que apenas as atividades coletivas sobre o tema da alimentação saudável registradas adequadamente na ficha de atividade coletiva do e-SUS foram contabilizadas. A ausência do registro no sistema de informações ou o preenchimento inadequado da ficha de atividade

coletiva prejudicam o monitoramento dos dados. Além disso, os dados secundários do Sisab não permitem o registro da modalidade de realização da atividade (remota ou presencial) da temática de cada uma das atividades feitas, bem como da avaliação da qualidade de cada uma das atividades efetuadas.

Outra questão se refere à viabilidade da realização de atividades coletivas no ambiente escolar que demanda uma maior articulação entre os profissionais que atuam no PSE/PCS e educadores para o planejamento das atividades e compartilhamento do calendário de realização das ações. Apesar dos dados revelarem o aumento da oferta de atividades sobre alimentação saudável em 2021 comparado com 2020, a otimização do calendário escolar para superar as lacunas de aprendizagem ocasionadas pela pandemia pode gerar a redução de atividades de promoção da saúde em detrimento de outras atividades educacionais, por exemplo, as que visam à reposição de aulas.

Apesar dessas limitações, o presente estudo tem caráter inovador, mostra a evolução temporal na realização das ações de Paas no âmbito do PSE nos últimos cinco anos e a importância do repasse financeiro adicional na mobilização de gestores e equipes na implementação das ações no âmbito do PCS. A estratégia de estabelecimento de recurso financeiro federal é um potencial indutor no apoio aos municípios para a implementação das atividades coletivas sobre a temática de alimentação saudável no ambiente escolar. Diante disso, constata-se que o PCS é uma estratégia potencializadora das ações de Paas em escolas, o que pode contribuir para a adoção de uma alimentação saudável, a prevenção e o cuidado de escolares em relação à obesidade infantil.

Considerações finais

Nos últimos cinco anos, houve a ampliação das ações de Paas no âmbito do PSE, com significativa redução no ano de 2020 devido ao contexto da pandemia da Covid-19, mas com

tendência de retomada em 2021. A realização das ações de Paas não ocorreu de forma homogênea segundo as macrorregiões brasileiras. Tais achados evidenciam a importância de fomento de políticas e programas de promoção da saúde no Brasil, por meio do estabelecimento de compromissos pactuados entre os entes federados, considerando o atual cenário social, epidemiológico e os agravos prioritários em saúde pública. Além disso, destaca-se a importância do fortalecimento da realização das ações de Paas no âmbito do PSE, considerando que essas ações podem contribuir para a prevenção da obesidade infantil, entre outras doenças e agravos relacionados à má alimentação.

Os municípios que também realizaram adesão ao PCS, e, portanto, receberam recurso financeiro adicional para a implementação desse programa, apresentaram um melhor

desempenho na realização de atividades coletivas sobre Paas em escolas pactuadas no PSE, evidenciando a contribuição dessa estratégia no apoio aos municípios e na priorização de políticas públicas de alcance a públicos prioritários.

Colaboradoras

Carmo AS (0000-0002-3421-9495)* coletou e analisou os dados e construiu as tabelas. Carmo AS, Serenini M (0000-0002-2266-2991)*, Pires ACL (0000-0002-2308-0336)*, Pedroso J (0000-0001-5446-4319)*, Lima AMC (0000-0003-0908-7790)*, Silva AS (0000-0002-2605-378X)* e Bartolini GA (0000-0002-7830-9134)* interpretaram os dados e escreveram o artigo. Todas as autoras revisaram e aprovaram a versão final. ■

Referências

1. GBD 2017 Diet Collaborators. Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2019 [acesso em 2022 abr 30]; 393(10184):1958-1972. Disponível em: [https://www.thelancet.com/article/S0140-6736\(19\)30041-8/fulltext](https://www.thelancet.com/article/S0140-6736(19)30041-8/fulltext).
2. Malta DC, Felisbino-Mendes MS, Machado ÍE, et al. Risk factors related to the global burden of disease in Brazil and its federated units, 2015. *Rev Bras Epidemiol*. 2017 [acesso em 2022 abr 30]; 20:217-232. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/M7TDLLMWwp7vrVNs6LS47hC/?lang=en>.
3. Stanaway JD, Afshin A, Gakidou E, et al. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990-2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2018 [acesso em 2022 abr 30]; 392(10159):1923-94. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)32225-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)32225-6/fulltext).
4. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Relatórios públicos do Sisvan. Brasília, DF: MS; 2022. [acesso em 2022 jul 30]. Disponível em: <http://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/index>.
5. Popkin BM, Corvalan C, Grummer-Strawn LM. Dynamics of the double burden of malnutrition and the changing nutrition reality. *Lancet*. 2020 [acesso em 2022 abr 30]; 395(10217):65-74. Disponível em: <https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-67361932497-3/fulltext#:~:text=The%20>

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

double%20burden%20of%20malnutrition%20(DBM)%2C%20defined%20as%20the,it%20differs%20by%20socioeconomic%20level.

6. Dias PC, Henriques P, Anjos LA, et al. Obesidade e políticas públicas: concepções e estratégias adotadas pelo governo brasileiro. *Cad. Saúde Pública* 2017 [acesso em 2022 abr 30]; 33(7):e00006016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Q7r6YWsJSR-5GZ9bJFBr6ckm/abstract/?lang=pt>.
7. Santana DD, Barros EG, Salles-Costa R, et al. Mudanças na prevalência de excesso de peso em adolescentes residentes em área de alta vulnerabilidade de insegurança alimentar. *Ciênc. Saúde Colet.* 2021 [acesso em 2022 abr 30]; 26(12):6189-6198. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2021.v26n12/6189-6198/>.
8. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. Ações de enfrentamento da má nutrição no contexto da pandemia: Portaria GM/MS nº 894, de 11 de maio de 2021 – Capítulo III. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2021.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2017-2018: análise da segurança alimentar no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2020.
10. UNICEF. Ipec – Inteligência em Pesquisa e Consultoria. Impactos Primários e Secundários da COVID-19 em Crianças e Adolescentes Relatório de análise 3ª Rodada. 2021. [acesso em 2022 abr 30]. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/media/15136/file/relatorio_analise_impactos-primarios-e-secundarios-da-covid-19-em-criancas-e-adolescentes_terceira-rodada.pdf.
11. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013.
12. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas. Brasília, DF: MDS; Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional; 2012.
13. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. El sobrepeso en la niñez: Un llamado para la prevención en América Latina y el Caribe. Ciudad de Panamá: UNICEF; 2021.
14. World Health Organization (WHO). Report of the Commission on Ending Childhood Obesity. WHO: Geneva; 2017.
15. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Plano de Ação para Prevenção da Obesidade em Crianças e Adolescentes. Washington, DC: OPAS; 2014.
16. The Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). The Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention. Paris: OECD Health Policy Studies; OECD Publishing; 2019. [acesso em 2022 abr 30]. Disponível em: <https://www.oecd.org/health/the-heavy-burden-of-obesity-67450d67-en.htm>.
17. Shekar M, Popkin B. Obesity: health and economic consequences of an impending global challenge. [S.l.]: World Bank Publications; 2020.
18. Brasil. Presidência da República. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola (PSE), e dá outras providências. Diário Oficial da União. 5 Dez 2007.
19. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. Documento orientador: indicadores e padrões de avaliação - PSE Ciclo 2021/2022. Brasília, DF: MS; 2021. [acesso em 2022 abr 30]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/academia/Documento_orientador_2021-2022_PSE.pdf.
20. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Programa Crescer Saudável. Bra-

- sília, DF: MS; 2022. [acesso em 2022 abr 30]. Disponível em: <http://aps.saude.gov.br/ape/promocao Saudavel/crescersaudavel>.
21. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Relatórios públicos do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab). Brasília, DF: MS; 2022. [acesso em 2022 jul 30]. Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br/>.
 22. Brasil. Ministério da Saúde. Passo a passo para adesão ao Programa Saúde na Escola – Ciclo 2021-2022. Brasília, DF: MS; 2021. [acesso em 2022 abr 30]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/pse/PSE_Passoapasso.pdf.
 23. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde, Coordenação-Geral de Promoção da Atividade Física e Ações Intersetoriais. Nota Técnica Nº 17/2020-CG-PROFI/DEPROS/SAPS/MS, de 04 de maio de 2020 (SEI/MS – 0014647570). Divulgação dos resultados do monitoramento das ações do Programa Saúde na Escola do primeiro ano do ciclo 2019/2020. Brasília, DF: MS; 2020. [acesso em 2022 abr 30]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/academia/NT17_Monitoramento_PSE_2019.pdf.
 24. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. Nota Técnica Nº 10/2021-DEPROS/SAPS/MS, de 29 de abril de 2021 (SEI/MS – 0020274939). Divulgação dos resultados do monitoramento das ações do Programa Saúde na Escola em 2020. Brasília, DF: MS; 2020. [acesso em 2022 abr 30]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/pse/NT_10_monitoramento_pse_2020.pdf.
 25. Brasil. Ministério da Educação, Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Diretoria de Estatísticas Educacionais. O censo escolar 2021: divulgação de resultados. Brasília, DF: Inep; 2021. [acesso em 2022 abr 30]. Disponível em: https://download.inep.gov.br/censo_escolar/resultados/2021/apresentacao_coletiva.pdf.
 26. Brasil. Ministério da Educação. Resolução/CD/FNDE nº 6, de 8 de maio de 2020. Dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar aos alunos da educação básica no âmbito do Programa Nacional de Alimentação Escolar – PNAE. Diário Oficial da União. 8 Maio 2020.
 27. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Instrutivo Programa Crescer Saudável 2021/2022 - Versão Preliminar. Brasília, DF: MS; 2021.
 28. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Programa Saúde na Escola. Brasília, DF: MS; 2022. [acesso em 2022 abr 30]. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/pse>.
 29. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde; Ministério da Educação, Secretaria de Educação Básica. Caderno Temático Programa Saúde na Escola: Segurança Alimentar e Nutricional e Promoção da Alimentação Adequada e Saudável. Brasília, DF: MS; 2015. [acesso em 2022 abr 30]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/caderno_san_paas.pdf.
 30. Brasil. Ministério da Saúde. Caderno temático do Programa Saúde na Escola: alimentação saudável e prevenção da obesidade. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2022.
 31. Brasil. Ministério da Saúde. A creche como promotora da amamentação e da alimentação adequada e saudável: livreto para os gestores. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018. [acesso em 2022 abr 30]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/a_creche_promotora_amamentacao_livreto_gestores.pdf.
 32. Brasil. Ministério da Saúde. Promoção da Alimentação Adequada e Saudável: Educação Infantil. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018. [acesso em 2022 abr 30]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_atividades_educacao_infantil.pdf.

33. Brasil. Ministério da Saúde. Promoção da Alimentação Adequada e Saudável: Ensino Fundamental I. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018. [acesso em 2022 abr 30]. Disponível em: https://alimentacaoescolar.org.br/media/acervo/documentos/caderno_atividades_ensino_fundamental_I.pdf.
34. Brasil. Ministério da Saúde. Promoção da Alimentação Adequada e Saudável: Ensino Fundamental II. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018. [acesso em 2022 abr 30]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/promocao_alimentacao_saudavel_ensino_fundamental_II.pdf.
35. Brasil. Ministério da Educação, Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação. Educação Alimentar e Nutricional: EAN. Brasília, DF: Ministério da Educação; 2022. [acesso em 2022 abr 30]. Disponível em: <https://www.fnde.gov.br/programas/pnae/pnae-eixos-de-atuacao/pnae-educacao-alimentar-nutricional>.
36. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Relatório público do e-gestor AB. Histórico da cobertura da APS. Brasília, DF: MS; 2022. [acesso em 2020 jul 30]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCobertura.xhtml>.

Recebido em 09/05/2022

Aprovado em 15/09/2022

Conflitos de interesse: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Práticas educativas de nutricionistas: perspectivas educativas manifestadas no PSE

Educational practices of nutritionists: educational perspectives expressed in the PSE

Izabela Cristina Pereira¹, Hilda Maria Martins Bandeira¹

DOI: 10.1590/0103-11042022E310

RESUMO A educação em saúde constitui processo de produção do conhecimento que amplia a consciência crítica e reflexiva das pessoas. O objetivo do estudo foi analisar as práticas educativas de nutricionistas no Programa Saúde na Escola relacionadas com as perspectivas educativas. Estudo qualitativo, explicativo, realizado por meio de entrevistas semiestruturadas com 22 nutricionistas em 10 municípios-sede de regiões de saúde do estado do Piauí. As entrevistas foram transcritas e analisadas, segundo análise de conteúdo de Bardin. Após essa análise, foram submetidas ao *software* IRaMuTeQ e apresentadas em nuvens de palavras e análise de similitude. A prática educativa foi relacionada como orientação, repasse e intervenção. O planejamento de ações, o diagnóstico situacional, o tempo e os recursos são considerados nos relatos para execução das práticas. Quanto às condições de saúde, nem sempre as escolas informam aos profissionais as demandas de ações. Para os partícipes, a saúde é protagonista no enfrentamento dessas ações, e há ausência da intersectorialidade entre educação e saúde. As práticas educativas, de modo geral, acontecem pautadas na transmissão do conhecimento, mudanças de comportamentos e de cunho autoritário. O estudo sugere outra perspectiva de educação em saúde, com a participação da sociedade, centrada na autonomia do sujeito.

PALAVRAS-CHAVE Educação em saúde. Promoção da saúde. Nutrição. Serviços de saúde escolar. Pesquisa qualitativa.

ABSTRACT *Health education is a knowledge production process that expands people's critical and reflective awareness. The objective of the study was to analyze the educational practices of nutritionists in the School Health Program related to educational perspectives. This was a qualitative, explanatory study, carried out through semi-structured interviews with 22 nutritionists in 10 host cities of health regions in the state of Piauí, in the Northeast region of Brazil. The interviews were transcribed and analyzed according to content analysis by Bardin. After such analysis, they were submitted to the IRaMuTeQ software and presented in word clouds and similarity analysis. The educational practice was related to guidance, transfer, and intervention. Action planning, situational diagnosis, time, and resources were considered in the reports for carrying out the practices. As for health conditions, schools do not always inform professionals about the demands for actions. For the participants, health is the protagonist in facing these actions and there is a lack of intersectoriality between education and health. The educational practices, in general, are guided by the transmission of knowledge, changes in behavior, and an authoritarian nature. The study suggests another perspective of health education with the participation of society focused on the autonomy of the subject.*

KEYWORDS *Health education. Health promotion. Nutrition. School health services. Qualitative research.*

¹Universidade Federal do Piauí (UFPI), Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comunidade (PPGSC) - Teresina (PI), Brasil.
izabela_cristina256@hotmail.com

Introdução

A educação em saúde constitui processo de produção do conhecimento. Mediada por práticas educativas intencionais, amplia a consciência crítica e reflexiva das pessoas. No campo da saúde, práticas educativas estão intimamente relacionadas com o conceito de saúde¹. Sendo assim, as práticas educativas podem criar possibilidades de promoção da saúde.

Uma política intersetorial com intuito de promover saúde é o Programa Saúde na Escola (PSE), instituído pelo Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Tem a finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde².

O PSE é composto por 13 ações de promoção da saúde e prevenção e doenças, entre elas, a ação de promoção da alimentação saudável e prevenção da obesidade³. Cabe destacar que o Brasil vive uma transição nutricional, principalmente entre crianças e adolescentes com aumento significativo do excesso de peso e obesidade⁴. Diante dessa situação, é necessário estratégias de promoção da alimentação saudável nos ambientes escolares, para transformação desse contexto social epidemiológico.

Melo e Oliveira⁵ ressaltam o despreparo pedagógico de alguns profissionais, assim como a falta de interesse em produzir práticas educativas planejadas. Ademais, um planejamento deficiente pode repercutir em ações pouco eficazes, tornando-se reprodutoras de uma educação tradicional, que, muitas vezes, culpabilizam o indivíduo pelo seu adoecimento.

Nesse ponto de vista, o objetivo deste estudo foi analisar as práticas educativas de nutricionistas no PSE relacionadas às perspectivas educativas.

Material e métodos

Estudo de abordagem qualitativa, do tipo explicativa que envolveu 22 nutricionistas. Tem intencionalidade não apenas de descrição,

mas de explicação, ou seja, compreensão das práticas educativas, no modo como elas são pensadas e realizadas, buscando analisar as causas, as relações e as consequências de fenômeno⁶.

Participaram do estudo dez municípios-sede de regiões de saúde do estado do Piauí: Piripiri (Cocais), Campo Maior (Carnaubais), Teresina (Entre Rios), Valença (Vale do Sambito), Picos (Vale do Rio Guaribas), Oeiras (Vale do Canindé), Floriano (Vale dos Rios Piauí e Itaueiras), Uruçuí (Tabuleiros do Alto Parnaíba), Bom Jesus (Chapada das Mangabeiras) e São Raimundo Nonato (Serra da Capivara).

Os critérios de escolha dos municípios foram: ser município-sede das regiões de saúde do estado do Piauí; desenvolver ações de nutrição no PSE. Em relação à seleção dos partícipes, foram: nutricionistas que desenvolviam atividades de educação alimentar e nutricional no PSE. Foi utilizada a saturação teórica; assim, a partir do momento que dados começaram a se repetir, o número amostral foi fechado⁷.

Para produção dos dados, foram realizadas entrevistas semiestruturadas de forma individual, gravadas com auxílio de um celular, as quais ocorreram entre março e maio de 2020. Houve contato prévio por meio de telefone e pelo aplicativo WhatsApp® com os partícipes para ajustar data, local e horário das entrevistas. Os partícipes versaram sobre sua formação continuada, as ações que desenvolviam no PSE e a quantidade, como entendiam a prática educativa e a sua relação com a promoção da saúde, a metodologia que utilizavam, o contato com outros profissionais, o planejamento de ações e a mobilização com outras secretarias do município e, por fim, a participação da escola e da comunidade nas ações.

Foram realizadas 19 entrevistas presenciais, em 8 municípios, e devido a pandemia do novo coronavírus (Sars-CoV-2), e diante da recomendação de isolamento social preconizado pela Organização Mundial da Saúde e Ministério da Saúde, foi necessário realizar

três entrevistas restantes por videoconferência, via Skype®, a fim de concluir a obtenção dos dados.

Os locais das entrevistas foram determinados pelos profissionais entrevistados ou pelo chefe que autorizou a realização da pesquisa. Ocorreram em consultórios de Unidades Básicas de Saúde (UBS), auditório, biblioteca, sala de reuniões, secretarias de saúde. A duração das entrevistas variou de 6 a 21 minutos, totalizando 4 horas e 49 minutos. Posteriormente, as entrevistas foram transcritas pela pesquisadora e, após as anotações, foram utilizadas para a compilação dos dados.

Foi adotada a análise de conteúdo proposta por Bardin⁸ e utilizado o *software* IRaMuTeQ® (Interface de R pour analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires), especificamente, a nuvem de palavras e a análise de similitude para organização e distribuição dos vocábulos⁹. O referencial teórico foi baseado em Pérez Gómez¹⁰ e Behrens¹¹. Nesta pesquisa, foram consideradas para análise e interpretação dos dados: as perspectivas acadêmica, técnica, prática e dialógica, assim como as concepções pedagógicas contra-hegemônicas e hegemônicas.

Os profissionais foram informados quanto aos objetivos da pesquisa, seus riscos e benefícios e assinaram do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A pesquisa respeitou os princípios éticos, de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, sob o parecer nº 3.563.782.

Resultados e discussão

Caracterização dos partícipes

Participaram do estudo 22 nutricionistas, houve predomínio do sexo feminino (86,36%) (19); quanto ao sexo masculino, totalizou 13,64% (3). Com relação à formação

continuada, 18 partícipes tinham de uma a três pós-graduações *latu sensu*, na sua maioria na área clínica ou saúde da família, além de um partícipe com mestrado, e os outros não possuíam nenhuma pós-graduação.

O tempo de trabalho no PSE variou de 4 meses a 12 anos; e sobre o tipo de vínculo que esses partícipes tinham com os municípios, 68,19% (15) eram concursados e 31,81% (7) tinham vínculo em forma de contrato temporário.

Os demais resultados são apresentados em quatro eixos temáticos: práticas educativas no contexto do PSE; planejamento de ações; necessidades pontuais de promoção da saúde para atender às escolas; e intersetorialidade.

Práticas educativas no contexto do PSE

Os trechos adiante ressaltam a concepção de práticas educativas para os nutricionistas:

Prática educativa pra mim, é uma forma de você poder orientar as pessoas, ajudá-las acerca de algum assunto, não necessariamente, que seja da área, que sou nutricionista. (Nutri 4).

É tudo aquilo, que vai levar informação a algum outro público, que a gente possa repassar informações. (Nutri 10).

Prática educativa seria uma intervenção, né?! Primeiro faria uma avaliação, perceberia a necessidade da mudança. Havendo necessidade, normalmente na nossa área tem [risos] necessidade e a gente vai dar essa orientação. (Nutri 11).

De modo geral, os relatos de nutri 4, 10 e 11 denotam perspectivas acadêmica e técnica, estas, especificamente, no trecho da nutri 10, marcadas com a visão de que a transmissão de informação e o conhecimento técnico sobre alimentação e nutrição fazem parte do que é a prática educativa para esses partícipes. Freire¹², ao focalizar a compreensão das práticas educativas, enfatiza a exigência do rigor

metódico, da pesquisa, da criticidade e de que o ensino não é apenas transferência do conhecimento, pois implica o entendimento da realidade, o comprometimento e o diálogo.

Nesse sentido, as práticas educativas, além de promoverem trocas de conhecimento, exigem a promoção da saúde, portanto, ao serem relacionadas às concepções pedagógicas, são associadas à necessidade de desenvolver práticas educativas contra-hegemônicas que permitem o envolvimento do contexto histórico, sócio e cultural dos partícipes.

Planejamento de ações

A Política Nacional de Promoção da Saúde tem como diretrizes o planejamento de ações, de acordo com o contexto dos territórios, com a finalidade de construir espaços saudáveis como garantia de direitos sociais¹³. Machado et al.¹⁴ destacam, que a falta de planejamento em ações no PSE pode levar ao comprometimento de políticas públicas em âmbitos assistenciais, educacionais e de saúde. Conforme os relatos dos Nutri 2, 8 e 11, o planejamento leva em consideração a análise de indicadores, o diagnóstico situacional, o tempo e os recursos:

Eu acho que, a primeira coisa realmente é você vê os indicadores, né? Então, primeiro a gente tem que ver os indicadores, como é que estão os indicadores. É necessário, que a gente faça a identificação do diagnóstico situacional da população, qual o público, que está necessitando das ações de educação em saúde, das ações, das intervenções, principalmente de nutricionistas com relação as ações de promoção da saúde. Então, eu acho que o primeiro é isso. (Nutri 2).

Primeiro é tempo, né. A gente precisa do tempo pra poder se planejar. (Nutri 8).

Às vezes, a gente pensa em um monte de coisa, mas, aí, na hora que você vai pôr em prática, você vê que não tem como. Aí você tem que procurar, formas mais econômicas, mas que chamem atenção do aluno. (Nutri 11).

Dessa forma, com o diagnóstico situacional da escola ou da comunidade, é possível contar com estratégias, considerando os indicadores do próprio PSE, assim como da realidade na qual as ações acontecem. Outro componente importante refere-se aos recursos necessários à execução das práticas educativas, afirmado pela Nutri 11, que precisam de formas econômicas, mas que chamem atenção dos escolares.

Assim, produzir ações que contemplem os objetivos do programa PSE exige práticas educativas de nutricionistas que tenham aproximação com as perspectivas dialógicas, a fim de buscar a transformação não apenas dos nutricionistas, mas também nos escolares.

A preocupação da Nutri 2 com o diagnóstico situacional para realização das práticas educativas também esteve presente. Dessa forma, é possível haver planejamento de acordo com a necessidade, não somente daquela determinada escola, mas da comunidade. Até porque os escolares podem ser multiplicadores das informações e difundi-las na sociedade.

Nessa lógica, apesar da intenção de planejamento, da escolha das estratégias para serem realizadas, podem surgir lacunas: falta de materiais ou recursos humanos. Assim, há necessidade de angariar recursos, também materiais didáticos, lúdicos e outros para a realização das práticas educativas do PSE. Cabe destacar que, por meio da Portaria nº 1.055, de 25 de abril de 2017, foram redefinidos os critérios para adesão ao Programa; e entre eles, estão a garantia de incentivos financeiros para o custeio das atividades do PSE¹⁵.

Além da necessidade de recursos adequados, é preciso que a concepção pedagógica seja apropriada a fim de promover a relação entre as estratégias e as táticas, visto que, além de escolher um método adequado, é importante detalhar o que for preciso no momento das ações¹.

Dessa maneira, a partir do posicionamento que o nutricionista tiver diante das práticas educativas, cabe evidenciar a relação com as perspectivas educativas que regem o seu trabalho. A Nutri 8 evidencia a falta de materiais para as ações, havendo a necessidade

de investimento da própria profissional, caso queira usar nas práticas educativas:

Porque a gente não tem, não tem EVA, não tem cartolina, não tem nada. Se a gente quiser trabalhar com esses materiais, a gente tem que comprar, infelizmente. (Nutri 8).

Ao indagar os partícipes acerca das estratégias utilizadas para realizar as práticas educativas, diante de perspectivas educacionais no PSE, é apresentado um trecho da entrevista com a Nutri 10:

Sempre a gente trabalha com palestras e avaliação antropométrica, utiliza sempre nas nossas atividades. Toda essa parte de instrumentos e ingredientes, enfim, dependendo da atividade, que a gente vai realizar, a gente tem que falar antes com o nosso superior, né, a secretaria de saúde. (Nutri 10).

O uso de palestras parece se sobrepor a outras formas de metodologias, conforme revela Nutri 10, que se caracterizam como reiterativas. De modo geral, as palestras, na perspectiva tradicional, são frequentes nas práticas educativas, inclusive com características da perspectiva técnica, tendo como solução imediata treinar o escolar para mudança de comportamento alimentar, pautada na dimensão instrumental.

Nessa perspectiva, Behrens¹¹ ressalta que o ensino acadêmico permite que as práticas educativas sejam de forma sequencial, sem envolver outros contextos; segue apenas uma lógica. No relato apresentado (Nutri 10), houve predomínio da perspectiva acadêmica, caracterizada pela transmissão de conteúdos, apoiada na teoria, estável, além de padronizar a metodologia.

Dessa forma, é relacionado às raízes do modelo biomédico, voltado para recuperação de agravos, ao invés de ser focado na promoção da saúde. Corroboram o estudo de Almeida et al.¹⁶ que encontraram a estratégia de palestra, realizada por nutricionistas para

trabalhar educação nutricional em 72,5% das ações. O uso comum de palestras em atividades de educação nutricional como sendo única forma de trabalhar práticas educativas talvez seja reflexo do ensino tradicional, bem como a ideia de ser detentor do conhecimento¹⁷. Nesse sentido, vai de encontro ao que é estabelecido pelo Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional em que, atrelado aos seus princípios, estão a promoção do autocuidado ultrapassando a mera transmissão de conhecimento, devendo ter como requisitos básicos a construção partilhada de saberes¹⁸.

O profissional que se envolve com o problema de uma determinada ação para modificar o contexto, mesmo que haja situações controversas para mudança de realidade, é característico da perspectiva prática¹⁰.

A gente sempre procura trazer uma metodologia, que desperte a atenção do adolescente e da criança. (Nutri 2).

Quando o público é maior, adolescentes, até mesmo adultos, que tem pessoas acima de dezoito anos, eu já faço mais direcionado, explicando, direcionando a alimentação saudável. (Nutri 5).

As partícipes Nutri 2 e Nutri 5 reconhecem a necessidade de analisar suas práticas ao mencionar que procuram metodologias para chamar atenção dos escolares, além da faixa etária que é levada em consideração, para que possam ser construídas metodologias conforme a idade do escolar. Isso porque não cabe a realização da prática educativa apenas com intenção de gerar números e quantidade de ações, mas a importância que é dada para que a prática educativa atinja o objetivo proposto.

O nutricionista, a partir de seu planejamento, busca metodologias de acordo com a realidade do escolar, de forma que tenha interação entre os participantes, tanto o profissional e quanto o escolar, para transformar aquela realidade, conforme apresentado no discurso a seguir:

Então, dependendo do tamanho do público, da faixa etária, a gente faz jogos de tudo, de tabuleiro, que não seja de uma forma cansativa, que não seja de uma forma só expositiva, que seja só a gente, a gente falando, e, também, buscar interação, pra que não fique muito chato, né? (Nutri 8).

Essa visão parece permear a construção para caminhos reflexivos. Nessa direção, ao revelar o aspecto social, considerando a realidade local e do escolar, traz atributos de perspectiva dialógica, que transcende a mera exposição e considera o diálogo com o outro, conforme aborda Nutri 8, ao conceber que a interação é necessária para favorecer a relação dialógica. Um vínculo que articula o desenvolvimento dessas práticas educativas é terem agendas compatíveis para todos os profissionais que estejam envolvidos nas ações¹⁹; o que também pode ser uma estratégia para ajudar no planejamento de ações, e que, a partir desse engajamento, pode haver mudança na construção dessas práticas.

Necessidades pontuais de promoção da saúde para atender às escolas

O PSE prevê que as equipes de saúde da família visitem as escolas que participam do programa periodicamente para que sejam identificadas as necessidades de saúde². Assim, de acordo com o contexto local, as ações de promoção da saúde devem ser realizadas mediante o diagnóstico, conforme pontuado no eixo 2. Nos relatos das entrevistas com as partícipes Nutri 2,10, 6 e 15, são apresentadas algumas situações:

A gente sempre tem essa parceria de tá desenvolvendo alguma ação, não só quando realmente a escola necessita, quando a diretora vê, como também a gente desenvolve duas, três vezes no ano, alguma ação em relação à promoção da alimentação saudável. (Nutri 2).

A gente é que leva até a escola, a escola nem chega até a gente pra dizer quais são as necessidades dela, entendeu. Então a gente que chega lá e muitas vezes

de acordo a necessidade que a gente vê é que a gente vai planejando outras atividades. (Nutri 10).

Eu vejo que a gente com essas ações atende a da escola, mas atende toda população, porque a gente repassa informação, né? (Nutri 6).

O interesse da Secretaria é que seja realizado o PSE pra que a gente alimente o sistema e sejam gerados números, pronto! O interesse é só isso. Inclusive eu acho que a falha é que não tenha continuidade das ações. Que uma ação educativa pontual, ela não tem muito resolutividade, ela tem que ter aquela continuidade. (Nutri 15).

De acordo com os dados apresentados, as quatro partícipes demonstram que o desenvolvimento das ações de promoção da saúde implica contextos determinados, tais como: escola, secretaria, diretores de escola, escolares e população. Conforme revelados pelos trechos acima, o que é ‘repassado’ nas práticas educativas pelos nutricionistas é levado pelos escolares às suas casas.

Para Souza²⁰, os aspectos referentes a alimentação e nutrição não devem ser tratados com práticas pontuais e individuais, pois deve haver a construção participativa entre escola, profissionais e família. Nesse sentido, práticas educativas, a partir dos diálogos entre os profissionais nutricionistas e a comunidade escolar, possibilitam o atendimento das necessidades, conforme as estratégias planejadas pelas secretarias e os profissionais, assim como a consideração das necessidades do contexto social. Na visão da Nutri 15, de certo modo, converge com a perspectiva dialógica ao perceber que ações apenas pontuais não atingem a necessidade dos escolares.

Nessa direção, ações pontuais sem articulação entre os setores tornam-se frágeis, com as possibilidades abstratas de intersectorialidade, comprometendo a perspectiva de prática dialógica das ações do PSE. Veras²¹ realizou estudo em São Benedito-CE com profissionais de educação e saúde para analisar processo de formação sobre características do PSE e

observou que as ações são realizadas somente quando os profissionais de saúde vão até a escola. Além disso, nem sempre há continuidade, evidenciando a ausência e descontinuidade de integração entre educação e saúde.

No discurso da partícipe Nutri 6, é apresentada a importância da efetividade das práticas educativas, tanto para os escolares quanto para a família e a população serem beneficiados. Outro dado relatado foi a questão de que as práticas educativas seriam apenas para gerar números, para as produções, que mensalmente têm que ser informados ao Ministério da Saúde, conforme comenta a Nutri 15, deixando clara a insatisfação quanto à descontinuidade, pois as práticas educativas pontuais para atender a necessidades imediatas não implicam resolutividade.

Um aspecto destacado pela partícipe Nutri 10 é o de que as escolas não consideram as necessidades de realização de alguma prática educativa aos profissionais. Só quando o profissional chega à escola, visualiza essa necessidade e redireciona seu planejamento. Dessa forma, fere um dos princípios das ações de educação nutricional, quanto ao planejamento, avaliação e o monitoramento de ações: processos que têm a participação de todos os envolvidos tendem a provocar melhores resultados, notadamente, a intersetorialidade que constitui construção e troca coletiva de saberes entre os setores de educação e saúde^{18,22}.

As observações dos partícipes fazem alusão às ações de promoção à saúde relacionadas com a nutrição, cujo propósito é a ação e reflexão. Behrens¹¹ pontua que o ensino baseado na realidade social leva tanto o educador quanto a quem é educado a refletir sobre o meio em que vivem. Assim, a urgência de considerar as necessidades dos setores, dos profissionais, dos escolares, assim como a comunidade, a fim de propiciar uma prática educativa no PSE mais dialógica.

Uma das queixas principais é a escassez de profissionais de nutrição para dar conta de todas as atividades que devem ser realizadas nas escolas. As nutricionistas 20 e 21 afirmam

que são numerosas as ações para serem realizadas, no entanto, a quantidade de nutricionistas é insuficiente para atender à demanda, geralmente são apenas uma ou duas profissionais para efetuar todas as atividades de educação nutricional no município, conforme relevam as partícipes:

Porque também a gente não tem perna de tanto profissional pra fazer continuamente. Por isso, quando a gente identifica, a gente traz pra dentro da Atenção Básica, né? Aí envolve os pais, envolve a questão da alimentação escolar na escola, aí a gente busca tudo. (Nutri 20).

É um número muito grande de atividade que a gente tem que desenvolver. Geralmente não dar tempo pra gente voltar para fazer um trabalho continuado. (Nutri 21).

Dessa forma, as necessidades manifestadas dizem respeito à carência de profissionais para desenvolverem ações contínuas que se contrapõem aos quantitativos das atividades a serem desenvolvidas. Diante desse fato, os profissionais recorrem a essas necessidades nos atendimentos das unidades básicas, com a família, com o nutricionista da educação que é responsável pela alimentação escolar, para tentar sanar essa lacuna.

A questão dessas necessidades pontuais leva a pensar na relação com a estratégia do PSE, a compreensão de como serão desenvolvidas essas práticas educativas. Vários fatores devem ser levados em consideração: o olhar crítico de cada profissional para utilizar uma metodologia adequada, propor ações de acordo com o contexto do trabalho, sistematizar o planejamento para que atendam a essas necessidades. Outrossim, uma visão mais específica dos gestores pode articular novos rumos tanto na questão do número de profissionais quanto no planejamento das atividades.

Algumas perspectivas, sejam elas acadêmica, técnica, prática e dialógica, irão depender da relação com a formação, a concepção de prática educativa de PSE de cada profissional

que vai executar a ação. Dessa maneira, a relação das necessidades pontuais com perspectivas educativas adquire caráter tradicional ao serem realizadas apenas para cumprir o que é determinado.

Intersetorialidade

A articulação entre saúde e educação nas práticas educativas do PSE refletem a inter-setorialidade necessária para os desafios de implementação das estratégias de promoção da saúde²³. Além de ser um dos princípios que fundamentam o programa, essa articulação ajuda no compartilhamento de saberes relacionados com alimentação e nutrição.

A relação entre saúde e educação, descrita na literatura, ressalta fragilidades, como a sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde, a falta de comunicação entre os setores, além da ausência de monitoramento das ações^{24,25}. Nos achados deste estudo, conforme foi exposto no eixo anterior, Nutri 20 ressalta que a quantidade de profissionais nutricionistas é insuficiente para realizar ações de caráter contínuo.

Os setores educação e saúde têm agendas distintas, podendo dificultar a realização das ações em conjunto. Segundo Farias et al.²⁴, a colaboração entre educação e saúde necessita de negociação para o enfrentamento de inconformidades desses dois setores. Consequentemente, se não há envolvimento entre as instâncias educação e saúde, impede o monitoramento das ações e freia a perspectiva dialógica.

Para que isso aconteça, o desenvolvimento de capacitação de recursos humanos é uma necessidade, visto que a política do PSE requer ações intersetoriais. Assim, a relevância da prática educativa, mediada pela discussão, pelo diálogo de forma interdisciplinar, agrega à prática educativa a realidade presente no cotidiano, para que as ações sejam desvinculadas de práticas meramente hegemônicas.

Tem assim teoricamente, mas acredito, que na prática não existe não esse planejamento. A meu

ver é muito distante as duas secretarias, não tem essa interligação, não. Principalmente o PSE, só os profissionais da saúde é que atuam. (Nutri 14).

Pra ser sincera, a gente é que se vira nos trinta. A gente vê, que, a gente sente muito, que as secretarias, elas deixam muito a desejar, elas nos deixam muito soltas, enquanto falta de equipamentos, falta de apoio mesmo, de conhecimento, assim, do que é de nossa competência, do que não é de nossa competência. E aqui no nosso município, ele tem ficado basicamente na responsabilidade da Secretaria de Saúde e ele é visto pelos demais profissionais como se fosse uma responsabilidade do nutricionista. (Nutri 15).

Até na teoria tem, né? [risos] Mas a gente percebe que, quando a gente desenvolve alguma atividade no PSE, fica muito a cargo só da Saúde. A saúde reclama, a educação reclama. (Nutri 21).

Sobre a intersetorialidade, esses relatos revelam lacunas entre as Secretarias de Educação e Saúde referidas ao PSE, apresentam negação quanto ao planejamento intersetorial. Os participantes pontuam, ainda, que a existência da parceria entre as duas instâncias só acontece de forma teórica, mas que, no momento de realização das práticas educativas, estas ficam a cargo apenas dos profissionais da saúde, conforme os relatos dos nutricionistas. Também são apresentados pela Nutri 15: a falta de equipamentos, de apoio e o que é de competência do profissional ou não na realização das ações do PSE.

Nesse sentido, a relação educação e saúde marcada nos discursos oficiais parece não representar a realidade escolar, pois, conforme os relatos são apresentados, apenas os nutricionistas da saúde se engajam com as práticas educativas do PSE quanto à promoção de alimentação e nutrição. Com isso, infere-se que há dificuldade no diálogo, na preparação de estratégias compartilhadas entre as duas secretarias.

Essa falta de envolvimento entre os setores pode acarretar práticas educativas isoladas, apenas para cumprir o trabalho. Isso denota

abordagem de forma individual e não necessariamente coletiva, fragilizando a promoção do cuidado, o que pode implicar práticas baseadas em perspectivas acadêmicas ou técnicas, dependendo da estratégia ou tática utilizada, para realização das práticas educativas. Cabe destacar a importância de os dois setores estarem abertos ao diálogo, para encontrar de maneira integrada formas de trabalho em conjunto. Desse modo, estariam próximas às perspectivas dialógicas; e, assim, a contribuição seria tanto para os escolares quanto para os nutricionistas envolvidos e os contextos sociais e culturais.

Uma das formas de postura em relação à intersectorialidade é o uso de capacitações ou atividade de formação contínua sobre o PSE que colaboram para mudança das práticas educativas de profissionais tanto da saúde como da educação, o que são essenciais para aprimorar as ações do Programa²⁶. Outro ponto seria a criação dos Grupos de Trabalhos Intersetoriais (GTI) propostos pelo próprio PSE como uma estratégia para construção, planejamento e execução das ações mediante a articulação por diversos setores, que envolveriam representantes da educação, da saúde e da comunidade²⁷.

A relação intersectorial permite o fortalecimento das políticas públicas de saúde, logo, o engajamento entre os setores educação e saúde e a participação da comunidade não devem

ser apenas atribuídos a um setor específico²⁸. Responsabilizar o setor saúde pela direção das práticas educativas do PSE pode ser indicativo de uma visão enviesada e fragmentada, pois as ações precisam ultrapassar os setores²⁹. A interação entre saúde e educação, seja na escola ou em ambientes dos serviços de saúde, compõe caminho imprescindível para a melhoria e a conquista de qualidade de vida³⁰.

Nuvem de palavras e análise de similitude

Práticas educativas no PSE são importantes para que gestores, profissionais de saúde e educação sejam observadores dos processos, para tornarem-se críticos da sua prática cotidiana³⁰.

Assim, para sistematização das ideias deste estudo, a nuvem de palavras (*figura 1*) organiza os vocábulos em função de sua frequência e traz representações do que os nutricionistas ressaltam sobre prática educativa no PSE, pois são palavras-chave do *corpus*. O termo 'gente' é apresentado e refere-se aos partícipes do estudo, e foi evocado 422 vezes, evidenciado nos discursos. A palavra 'não' deve-se à falta de diálogo entre as Secretarias de Educação e Saúde, à falta de materiais para produção das ações, com a frequência de 158 vezes na transcrição do *corpus* textual.

O conhecimento das perspectivas pedagógicas – como tradicional, técnica, prática e dialógica – contribui para ampliar a compreensão sobre as escolhas teórico-metodológicas, quiçá, superar as limitações de práticas higienistas nas práticas educativas, visto que o entendimento de prática educativa está intrinsecamente relacionado com a formação do profissional.

Colaboradoras

Pereira IC (0000-0001-6703-8087)* e Bandeira HMM (0000-0001-6439-0632)* contribuíram para a concepção/*design* da obra; pesquisa; análise e interpretação de dados para o trabalho; elaboração do trabalho; revisão e aprovação final para publicação. ■

Referências

1. Menezes MFG, Morgado CMC, Maldonado LA, organizadores. Diálogos e práticas em educação alimentar e nutricional. Rio de Janeiro: Rubio; 2019.
2. Brasil. Presidência da República. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 5 Dez 2007. [acesso em 2019 mar 17]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dec_6286_05122007.pdf.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Documento orientador: Indicadores e padrões de avaliação - PSE ciclo 2021/2022. Brasília, DF: MS; 2021. [acesso em 2022 ago 10]. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202103/29115226-documento-orientador-2021-2022-1.pdf>.
4. Barreto Neto AC, Andrade MIS, Lima VLM, et al. Peso corporal e escores de consumo alimentar em adolescentes no nordeste brasileiro. Rev paul pediatr. 2015 [acesso em 2019 out 10]; 33(3):318-325. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-05822015000300318&script=sci_abstract&tlng=pt.
5. Melo LP, Oliveira ALO. Viver Através de Projetos de Saúde: práticas de educação em saúde no Brasil. Educ Realidade. 2017 [acesso em 2019 jun 7]; 42(3):961-980. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2175-62362017005004101&script=sci_abstract&tlng=pt.
6. Richarsdon RJ. Pesquisa Social: métodos e técnicas. 3. ed. 13. reimpr. São Paulo: Atlas; 2011.
7. Flick U. Introdução à pesquisa qualitativa. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
8. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
9. Camargo BV, Justo AM. Iramuteq: um software gratuito para análise de dados textuais. Temas em psicologia. 2013 [acesso em 2020 ago 7]; 21(2):513-518. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2013000200016&lng=pt&nrm=iso.
10. Pérez Gómez AI. A função e formação do professor/a no ensino para compreensão: diferentes perspectivas. In: Sacristán JG, Gómez Pérez AI. Compreender e transformar o ensino. 4. ed. Porto Alegre: ArtMed; 1998.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

11. Behrens MA. O paradigma emergente e a prática pedagógica. 4. ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2010.
12. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 58. ed. Rio de Janeiro; São Paulo: Paz e Terra; 2019.
13. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018. [acesso em 2021 jan 9]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude.pdf.
14. Machado WD, Oliveira KMCP, Cunha CG, et al. Programa Saúde na Escola: um olhar sobre a avaliação dos componentes. *Sanare*. 2016 [acesso em 2021 jan 9]; 15(01):62-68. Disponível em: <https://sanare.em-nuvens.com.br/sanare/article/view/929>.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1.055, de 25 de abril de 2017. Redefine as regras e os critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola - PSE por estados, Distrito Federal e municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017. [acesso em 2022 ago 6]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/pri1055_26_04_2017.html.
16. Almeida GM, Silva SU, Soares GB, et al. Educação Alimentar e Nutricional no exercício profissional do nutricionista atuante no Programa Nacional de Alimentação Escolar: um panorama brasileiro. *Demetra*. 2018 [acesso em 2021 mar 8]; 13(4):851-873. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/36604/27251>.
17. Faqueti A, Fagundes A, Soar C, et al. Segurança alimentar e nutricional com enfoque na intersetorialidade. Florianópolis: CCS; UFSC; 2019. [acesso em 2020 nov 28]. Disponível em: https://cecanesc.pagnas.ufsc.br/files/2019/07/Nutri%C3%A7%C3%A3o_Completa-Final.pdf.
18. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas. Brasília, DF: Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional; 2012. [acesso em 2022 ago 6]. Disponível em: https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/2017/03/marco_EAN.pdf.
19. Fontenele RM, Sousa AI, Rasche AS, et al. Construção e validação participativa do modelo lógico do Programa Saúde na Escola. *Saúde debate*. 2017 [acesso em 2020 nov 28]; 41(esp):167-179. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000500167&lng=en&rm=iso.
20. Souza NP. Avaliação das ações de saúde e nutrição na perspectiva do programa Saúde na Escola. [dissertação]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2012. 125 f.
21. Veras KCBB. Formação de profissionais para o programa saúde na escola: uma pesquisa – ação. [dissertação]. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará; 2017. 144 f. [acesso em 2020 dez 23]. Disponível em: https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=5580069.
22. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas. Brasília, DF: MDS; 2012. [acesso em 2019 jul 11]. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/seguranca_alimentar/marco_EAN.pdf.
23. Cavalcanti PB, Lucena CME, Lucena PLC. Programa Saúde na Escola: interpelações sobre ações de educação e saúde no Brasil. *Textos Contextos*. 2015 [acesso em 2020 nov 17]; 14(2):387-402. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/21728>.
24. Farias ICV, Franco de Sa RMP, Figueiredo N, et al. Análise da Intersetorialidade no Programa Saúde na Escola. *Rev Bras Educ Médic*. 2016 [acesso em 2020

- nov 28]; 40(2):261-267. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022016000200261&lng=en&nrm=iso.
25. Vieira LS, Belisario SA. Intersetorialidade na promoção da saúde escolar: um estudo do Programa Saúde na Escola. *Saúde debate*. 2018 [acesso em 2021 nov 30]; 42(esp4):120-133. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000800120&lng=en&nrm=iso.
26. Veras K, Ferreira H, Lourinho L. Formação de diretores escolares para o programa saúde na escola: uma pesquisa-ação. *Educação Formação*. 2020 [acesso em 2021 jan 26]; 5(2):195-215. Disponível em: <https://revistas.uece.br/index.php/redufor/article/view/898/2491>.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Caderno do gestor do PSE. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2022. [acesso em 2022 ago 6]. Disponível em: <https://admin.atencao-basica.rs.gov.br/upload/arquivos/202205/12105124-caderno-do-gestor-do-pse-2022.pdf>.
28. Silva CS. Saúde na escola: intersectorialidade e promoção da saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2019.
29. Sousa MC, Esperidião MA, Medina MG. A intersectorialidade no Programa Saúde na Escola: avaliação do processo político-gerencial e das práticas de trabalho. *Ciênc. Saúde Colet*. 2017 [acesso em 2019 nov 1]; 22(6):781-1790. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v22n6/1413-8123-csc-22-06-1781.pdf>.
30. Carvalho FFB. A saúde vai à escola: a promoção da saúde em práticas pedagógicas. *Physis Rev Saúde Colet*. 2015 [acesso em 2019 mar 17]; 25(40):207-1227. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312015000401207&script=sci_abstract&tlng=pt.

Recebido em 09/05/2022

Aprovado em 30/08/2022

Conflitos de interesse: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Ações de práticas corporais e atividade física no Programa Saúde na Escola por ciclos de adesão (2014 a 2020)

Actions of body practices and physical activity in the School Health Program by accession cycles (2014 to 2020)

Sofia Wolker Manta¹, Fabiana Vieira Santos Azevedo Cavalcante¹, Daniel Rogério Petreça¹, Dalila Tusset¹, Jean Augusto Coelho Guimarães¹, Juliana Rezende Melo da Silva², Gaia Salvador Claumann¹

DOI: 10.1590/0103-11042022E311

RESUMO A promoção da atividade física integra uma das 13 ações do Programa Saúde da Escola (PSE). O objetivo deste estudo foi descrever as ações de práticas corporais e atividade física registradas em três ciclos de adesão (2014-2015, 2017-2018 e 2019-2020), por região e Unidade Federativa (UF). Por meio de análise descritiva, foram apresentados os números de ações realizadas em cada ano, ciclo, UF e região. Observou-se aumento de municípios e escolas nas adesões a cada ciclo em todas as regiões. Considerando o total de municípios compreendidos em cada região, 100% dos municípios do Nordeste aderiram ao PSE nos dois últimos ciclos. O Sudeste teve a menor proporção de municípios aderidos em todos os ciclos. Em cada ciclo, a maior parte das ações foi realizada no primeiro ano na maioria das UF. Nacionalmente, houve aumento do número de ações em todos os ciclos, com destaque para o Nordeste e o Sudeste. Do primeiro para o terceiro ciclo, esse aumento foi maior no Sudeste e no Sul. Minas Gerais, Bahia, Ceará e Maranhão totalizaram quase metade das ações. Os resultados evidenciaram diferentes nuances na implementação da promoção da atividade física e podem subsidiar tecnicamente gestores e técnicos vinculados ao PSE.

PALAVRAS-CHAVE Exercício físico. Serviços de saúde escolar. Colaboração intersetorial.

ABSTRACT *The promotion of physical activities is one of the 13 actions of the School Health Program. This study aims to describe the actions of body practices and physical activity registered in three accession cycles (2014-2015, 2017-2018, and 2019-2020) by region and Federative Unit (FU). Using descriptive analysis, the number of actions, in each year, cycle, FU, and region were presented. In all regions, the number of municipalities and schools adhering increased in each cycle. When considering the total number of municipalities of each region, 100% of the Northeast region municipalities adhered to the program in the last two cycles. The Southeast region had the lowest proportion of municipalities that adhered to all the cycles. In most FUs, in each cycle, the majority of actions were conducted in the first year. Nationally, there was an increase in the number of actions in all the cycles, mainly in the Northeast and Southeast. From the first to the third cycle, this increase was higher in the Southeast and Southern. Minas Gerais, Bahia, Ceará, and Maranhão comprised almost half of the actions. The results showed different nuances in the implementation of the promotion of physical activity and can technically subsidize the managers and technicians linked to the program.*

KEYWORDS *Exercise. School health services. Intersectoral collaboration.*

¹Ministério da Saúde (MS), Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps), Departamento de Promoção da Saúde (Depros), Coordenação-Geral de Promoção da Atividade Física (CGPROAF) - Brasília (DF), Brasil. sofiawolker@gmail.com

²Ministério da Saúde (MS), Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps), Departamento de Promoção da Saúde (Depros) - Brasília (DF), Brasil.

Introdução

O Programa Saúde na Escola (PSE) foi implementado no Brasil, há 15 anos, pelo Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de setembro de 2007, como uma ação de política pública intersectorial, entre os setores de educação e de saúde¹. O PSE tem como finalidade contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção de agravos e doenças, promoção e atenção à saúde¹. Entre as ações previstas no programa, estão: promoção da atividade física; saúde ambiental; alimentação saudável e prevenção da obesidade; promoção da cultura de paz e direitos humanos; prevenção das violências e dos acidentes; prevenção de doenças negligenciadas; verificação da situação vacinal; saúde sexual e reprodutiva e prevenção do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)/ Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST); prevenção ao uso de álcool, tabaco, e outras drogas; saúde bucal; saúde auditiva; saúde ocular; e prevenção à Covid-19 (incorporada em julho de 2020)².

Especificamente em relação à promoção da atividade física, a literatura científica evidencia os benefícios da prática para a saúde de pessoas de todas as idades. Para a saúde de crianças e de jovens, os benefícios desse comportamento estão relacionados, entre outros, com o desenvolvimento humano, a melhora da socialização, da saúde cardiovascular e da condição física³. Ainda, para esse grupo, a prática de atividade física contribui para o desenvolvimento de habilidades motoras, para a melhora do humor, para a redução da sensação de estresse, para a manutenção do peso corporal saudável e para um melhor desempenho escolar³. Destaca-se que participam do PSE estudantes de todos os níveis de ensino, desde a creche até o ensino de jovens e adultos, sendo os estudantes do Ensino Fundamental os mais prevalentes no programa.

Segundo o ‘Guia de Atividade Física para a População Brasileira’, é recomendado que crianças de até 1 ano de idade realizem, pelo menos, 30 minutos por dia de atividades

físicas que estimulem os movimentos corporais; crianças de 1 a 5 anos de idade devem realizar, pelo menos, 3 horas por dia de atividades físicas em diferentes intensidades; e jovens de 5 a 17 anos de idade devem realizar, pelo menos, 60 minutos por dia de atividades físicas de intensidade moderada a vigorosa, incluindo, no mínimo, 3 dias na semana de atividades para o fortalecimento de músculos e ossos. Para além disso, é recomendado que as escolas ofereçam, pelo menos, 3 aulas de educação física por semana, de, no mínimo, 50 minutos cada³.

Entretanto, dados da Pesquisa Nacional da Saúde do Escolar (PeNSE), publicada em 2019, revelaram que 61,8% dos estudantes brasileiros, de 13 a 17 anos de idade, eram inativos fisicamente⁴. Além disso, 28% relataram não ter tido aulas de educação física escolar na semana anterior à pesquisa. Quanto ao tempo de tela, 38% e 31,2% dos estudantes de 13 a 15 anos de idade e de 16 e 17 anos de idade, respectivamente, permaneciam mais de 2 horas diárias assistindo à televisão⁴.

Diante desse cenário, é imprescindível fomentar ações e políticas que promovam a atividade física no âmbito escolar, principalmente que estejam vinculadas à Atenção Primária à Saúde (APS), lócus de atuação do PSE na saúde, no intuito de incentivar sistemas, sociedades e pessoas mais ativas⁵. Também é necessário instrumentalizar os gestores e os profissionais de educação e de saúde, por meio de documentos orientadores, como o ‘Guia de Atividade Física para a População Brasileira’, as Recomendações para Gestores e Profissionais de Saúde e os Cadernos Temáticos do PSE, produzidos pela gestão federal, tendo como um de seus objetivos o incentivo à oferta de práticas de atividade física na escola.

Considerando a importância do PSE como uma estratégia para a promoção da saúde e para o estímulo à adoção e à manutenção de hábitos saudáveis e ativos por parte dos estudantes, é essencial que os municípios

com adesão e as escolas participantes do programa compreendam a relevância do eixo de promoção da atividade física. Desse modo, é importante identificar os municípios e as escolas que aderiram ao PSE e, entre esses, os que registraram ações de práticas corporais e atividade física, bem como o quantitativo dessas ações realizado. Conhecer o cenário relacionado a esses registros pode auxiliar as gestões federal, estadual e municipal no planejamento e na oferta de ações nessa temática nas diferentes regiões, estados e municípios brasileiros, conforme a realidade e a necessidade local.

O objetivo deste estudo, portanto, foi descrever as ações de práticas corporais e atividade físicas registradas em três ciclos de adesão ao PSE (Ciclo I: 2014-2015; Ciclo II: 2017-2018 e Ciclo III: 2019-2020), por região e Unidade Federativa (UF).

Material e métodos

Este estudo, transversal e descritivo, considera os ciclos bianuais de adesão ao PSE e as ações de práticas corporais e atividade física registradas no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab), principal sistema de informação da APS e sistema de informação utilizado no PSE, no período de 2014 a 2020.

As informações referentes à adesão dos municípios ao programa foram solicitadas ao Departamento de Promoção da Saúde, da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (Saps), do Ministério da Saúde, o qual, após consentimento institucional, disponibilizou a base de dados, em abril de 2022. Os dados cedidos contemplam o número de municípios que aderiram ao PSE e de escolas participantes do programa nos três ciclos de adesão considerados no presente estudo (2014-2015; 2017-2018; 2019-2020). Ressalta-se que, em 2016, o Ministério da Saúde não promoveu adesões ao PSE, por isso o referido ano não foi incluído nas análises deste estudo. Para fins de análise, foi considerada a amostra por UF ($n = 27$) e por

região do País (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul).

Em seguida, a fim de obter o número de registros das ações de práticas corporais e atividade físicas nos ciclos de adesão ao PSE (Ciclos I, II e III), foram consultados os relatórios públicos disponibilizados no (Sisab), por região, disponíveis no *site* <https://sisab.saude.gov.br/>.

O registro das ações realizadas no âmbito do PSE é referente às escolas públicas da rede básica de ensino participantes do programa nos municípios com adesão, mediante a pactuação de um Termo de Compromisso. A partir disso, os gestores municipais de saúde e da educação comprometem-se a atender a um conjunto de metas de cobertura de estudantes beneficiados com o programa². O registro das ações realizadas é efetivado no aplicativo e-SUS APS Atividade Coletiva, por meio da ferramenta Ficha de Atividade Coletiva (FAC). As ações realizadas no programa são informadas pelos profissionais de saúde e de educação, responsáveis pelo seu desenvolvimento. Além disso, as fichas são computadas com o número da Instituição de Ensino (advindo do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira – Inep, e, portanto, denominado número Inep) válido das escolas pactuadas, conforme cada ciclo de adesão ao programa. Os municípios e o Distrito Federal são responsáveis pela informação dos dados registrados.

Após o registro das informações no sistema e-SUS APS, é realizada uma validação automática pela base federal do Sisab. Os processos de validações ocorrem mediante a data de processamento dos dados registrados e enviados no Sisab, conforme o cronograma de fechamento da competência disponibilizado anualmente pela Saps. Posteriormente à validação em sistema, os dados são disponibilizados em forma de relatórios⁶.

Neste estudo, os dados dos registros de ações de práticas corporais e atividade física extraídos do Sisab consideraram a seleção por:

unidade geográfica segundo a região; inclusão de todas as competências por ano; informações do Inep (escolas/creches), por linha; na coluna, a quantidade de atividades coletivas; e aplicação do filtro sobre práticas em saúde para o item práticas corporais/atividade física.

As informações foram exportadas em planilha do *software* Microsoft Excel®. Os dados foram analisados por meio da estatística descritiva (frequência absoluta e relativa). Também foi calculada a evolução das ações de práticas corporais e atividade física (em percentual) entre o Ciclo I e o Ciclo III de adesão ao programa, de acordo com as regiões ([Ciclo III-Ciclo I]/Ciclo I).

Resultados

Conforme apresentado na *tabela 1*, no período analisado (2014 a 2020), houve a adesão de 4.787 municípios e a participação de 79.167 escolas no Ciclo I (2014-2015), de 5.040 municípios e 85.700 escolas no Ciclo II (2017-2018), e de 5.289 municípios e 91.659 escolas no Ciclo III (2019-2020).

Além disso, na *tabela 1*, foi apresentado o quantitativo de adesões de escolas e municípios, estratificadas pelas cinco regiões do Brasil. Destaca-se que os percentuais apresentados são referentes ao número total de municípios que constituem cada região.

Tabela 1. Número e proporção de municípios e número de escolas com adesão ao Programa Saúde na Escola, nos três ciclos analisados, de acordo com a Unidade Federativa e a região do Brasil

Região	Unidade Federativa	Ciclo I (2014-2015)		Ciclo II (2017-2018)		Ciclo III (2019-2020)				
		Municípios	Escolas	Municípios	Escolas	Municípios	Escolas	n	%	n
Centro-Oeste	Distrito Federal	1	100	162	1	100	258	1	100	298
	Goiás	241	98	2.250	246	100	2.512	246	100	2.634
	Mato Grosso do Sul	64	81	720	57	72	628	65	82	740
	Mato Grosso	133	94	1.399	136	96	1.273	139	99	1.533
	Subtotal	439	94	4.531	440	94	4.671	451	97	5.205
Nordeste	Alagoas	102	100	2.143	102	100	2.172	102	100	2.140
	Bahia	399	96	10.171	417	100	11.213	417	100	11.564
	Ceará	184	100	4.613	184	100	4.569	184	100	4.667
	Maranhão	217	100	7.078	217	100	7.486	217	100	7.430
	Paraíba	222	100	3.967	221	99	3.861	222	100	3.677
	Pernambuco	181	98	4.204	185	100	4.872	185	100	4.712
	Piauí	217	97	3.896	222	99	3.600	224	100	3.582
	Rio Grande do Norte	167	100	2.527	167	100	2.325	167	100	2.413
	Sergipe	75	100	1.369	75	100	1.413	75	100	1.437
Subtotal	1.764	98	39.968	1.790	100	41.511	1.793	100	41.622	
Norte	Acre	20	91	381	21	95	422	21	95	430
	Amazonas	55	89	1.321	62	100	1.904	62	100	2.043
	Amapá	16	100	156	16	100	229	16	100	276
	Pará	141	98	3.555	139	97	4.719	144	100	4.987
	Rondônia	35	67	393	52	100	619	52	100	701
	Roraima	15	100	250	14	93	261	15	100	401
	Tocantins	133	96	996	138	99	1.097	139	100	1.136
	Subtotal	415	92	7.052	442	98	9.251	449	100	9.974

Tabela 1. (cont.)

Região	Unidade Federativa	Ciclo I (2014-2015)		Ciclo II (2017-2018)			Ciclo III (2019-2020)				
		Municípios		Escolas		Municípios		Escolas		Municípios	
		n	%	n	n	%	n	n	%	n	
Sudeste	Espírito Santo	52	67	872	53	68	1.150	70	90	1.398	
	Minas Gerais	692	81	7.659	804	94	8.369	842	99	9.200	
	Rio de Janeiro	86	93	3.092	87	95	3.751	92	100	3.975	
	São Paulo	454	70	6.393	439	68	6.502	488	76	7.745	
	Subtotal	1.284	77	18.016	1.383	83	19.772	1.492	89	22.318	
Sul	Paraná	360	90	4.191	342	86	3.891	373	93	4.470	
	Rio Grande do Sul	263	53	2.698	352	71	3.436	437	88	4.481	
	Santa Catarina	262	89	2.711	291	99	3.168	294	100	3.589	
	Subtotal	885	74	9.600	985	83	10.495	1.104	93	12.540	
Total	4.787	86	79.167	5.040	90	85.700	5.289	95	91.659		

Fonte: elaboração própria.

Quanto às ações de práticas corporais e atividade física, no período analisado, houve um total de 121.590 registros no Sisab. Dessas, mais de dois terços foram realizadas nas regiões Nordeste e Sudeste, e mais da metade foram

realizadas somente na região Nordeste. Ainda, considerando o número total de ações em cada ano, observou-se, com exceção do Ciclo II, que a maior parte das ações foi realizada no primeiro ano de cada ciclo (*tabela 2*).

Tabela 2. Número de ações de práticas corporais e atividade física registradas nos sistemas de informação, em cada ano dos três ciclos analisados, de acordo com a região do Brasil

Região	Ciclo I		Ciclo II		Ciclo III		Total geral por região n (%)
	2014	2015	2017	2018	2019	2020	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Norte	678 (6,08)	849 (11,03)	926 (6,62)	2.109 (9,56)	4.027 (6,77)	448 (6,21)	9.037 (7,43)
Nordeste	8.587 (77,03)	5.305 (68,91)	6.797 (48,56)	11.101 (50,32)	28.463 (47,86)	2.154 (29,85)	62.407 (51,33)
Sudeste	959 (8,60)	916 (11,90)	3.915 (27,97)	5.635 (25,54)	16.823 (28,29)	3.116 (43,19)	31.364 (25,79)
Centro-Oeste	426 (3,82)	265 (3,44)	749 (5,35)	1.039 (4,71)	2.280 (3,83)	250 (3,47)	5.009 (4,12)
Sul	497 (4,46)	364 (4,73)	1.609 (11,50)	2.176 (9,86)	7.880 (13,25)	1.247 (17,28)	13.773 (11,33)
Total	11.147	7.699	13.996	22.060	59.473	7.215	121.590

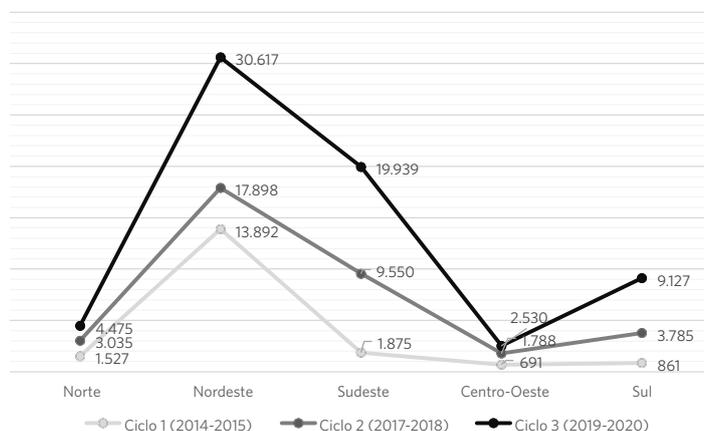
Fonte: elaboração própria.

n: frequência absoluta; %: frequência relativa.

Embora as regiões Nordeste e Sudeste, respectivamente, tenham registrado, nos três ciclos analisados, a maior quantidade de ações de práticas corporais e atividade física, em comparação às demais regiões, o registro dessas ações aumentou, em todos os ciclos, em todas as regiões do País (*gráfico 1*). Nas regiões Sudeste

e Sul, houve aumento de cerca de 960% no número de ações de práticas corporais e atividade física, do primeiro para o terceiro ciclo. Já nas regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste, esse aumento foi de aproximadamente 120%, 193% e 266%, respectivamente, no número de ações dessa natureza, no mesmo período.

Gráfico 1. Número de ações de práticas corporais e atividade física, registradas nos três ciclos analisados, de acordo com a região do Brasil



Fonte: elaboração própria.

Na *tabela 3*, é apresentado o número de ações de práticas corporais e atividade física registrado em cada ano, de cada ciclo analisado, estratificado pelas UF. Considerando o total de ações registradas, em todo o período, verificou-se que a maior parte foi realizada em Minas Gerais (19,15%) – que se configura, também,

como o estado com o maior número de ações da região Sudeste –, no Ceará (12,13%), na Bahia (10,86%) e no Maranhão (10,58) – que são, igualmente, os estados com o maior número de ações da região Nordeste. Nas regiões Centro-Oeste, Norte e Sul, Goiás (2,70%), Pará (2,45%) e Rio Grande do Sul (7,42%) foram os estados com o maior número de ações realizadas.

Tabela 3. Número de ações de práticas corporais e atividade física registradas nos sistemas de informação, em cada ano dos três ciclos analisados, de acordo com as Unidades Federativas

Unidade Federativa	Ciclo I		Ciclo II		Ciclo III		Total geral por estado n (%)
	2014 n (%)	2015 n (%)	2017 n (%)	2018 n (%)	2019 n (%)	2020 n (%)	
Acre	3 (0,03)	30 (0,39)	58 (0,41)	83 (0,38)	151 (0,25)	0 (0,00)	325 (0,27)
Alagoas	715 (6,41)	441 (5,73)	391 (2,79)	1.169 (5,30)	2.714 (4,56)	269 (3,73)	5.699 (4,69)
Amapá	21 (0,19)	6 (0,08)	333 (2,38)	82 (0,37)	100 (0,17)	2 (0,03)	544 (0,45)
Amazonas	139 (1,25)	163 (2,12)	136 (0,97)	978 (4,43)	1.428 (2,40)	68 (0,94)	2.912 (2,39)
Bahia	2.470 (22,16)	997 (12,95)	1.526 (10,90)	2.597 (11,77)	5.450 (9,16)	168 (2,33)	13.208 (10,86)
Ceará	699 (6,27)	953 (12,38)	2.224 (15,89)	2.562 (11,61)	7.591 (12,76)	720 (9,98)	14.749 (12,13)
Distrito Federal	0 (0,00)	0 (0,00)	8 (0,06)	14 (0,06)	17 (0,03)	1 (0,01)	40 (0,03)
Espírito Santo	8 (0,07)	6 (0,08)	42 (0,30)	57 (0,26)	386 (0,65)	124 (1,72)	623 (0,51)
Goiás	206 (1,85)	219 (2,84)	468 (3,34)	683 (3,10)	1.540 (2,59)	163 (2,26)	3.279 (2,70)
Maranhão	1.747 (15,67)	1.422 (18,47)	1.243 (8,88)	2.396 (10,86)	5.610 (9,43)	451 (6,25)	12.869 (10,58)
Mato Grosso	169 (1,25)	45 (0,58)	250 (1,79)	257 (1,17)	477 (0,80)	81 (1,12)	1.279 (1,05)
Mato Grosso do Sul	51 (0,46)	1 (0,01)	23 (0,16)	85 (0,39)	246 (0,41)	5 (0,07)	411 (0,34)

Tabela 3. (cont.)

Unidade Federativa	Ciclo I		Ciclo II		Ciclo III		Total geral por estado n (%)
	2014	2015	2017	2018	2019	2020	
	n (%)	n (%)					
Minas Gerais	621 (5,57)	751 (9,75)	2.783 (19,88)	4.305 (19,51)	12.296 (20,67)	2.533 (35,11)	23.869 (19,15)
Pará	307 (2,75)	122 (1,58)	278 (1,99)	635 (2,88)	1.387 (2,33)	249 (3,45)	2.978 (2,45)
Paraíba	855 (7,67)	449 (5,83)	244 (1,74)	453 (2,05)	1.007 (1,69)	42 (0,58)	3.050 (2,51)
Paraná	206 (1,85)	171 (2,22)	468 (3,34)	483 (2,19)	1.014 (1,70)	371 (5,18)	2.716 (2,23)
Pernambuco	873 (7,83)	562 (7,30)	436 (3,12)	891 (4,04)	2.386 (4,01)	207 (2,87)	5.355 (4,40)
Piauí	365 (3,27)	239 (3,10)	205 (1,46)	444 (2,01)	1.179 (1,98)	146 (2,02)	2.578 (2,12)
Rio de Janeiro	147 (1,32)	30 (0,39)	407 (2,91)	378 (1,71)	631 (1,06)	105 (1,46)	1.698 (1,40)
Rio Grande do Norte	785 (7,04)	194 (2,25)	396 (2,83)	444 (2,01)	1.944 (3,27)	41 (0,57)	3.804 (3,13)
Rio Grande do Sul	162 (1,45)	99 (1,29)	941 (6,72)	1.267 (5,74)	5.820 (9,79)	737 (10,21)	9.026 (7,42)
Rondônia	0 (0,00)	2 (0,03)	14 (0,10)	167 (0,76)	298 (0,50)	61 (0,85)	542 (0,45)
Roraima	0 (0,00)	1 (0,01)	4 (0,03)	25 (0,11)	75 (0,13)	0 (0,00)	105 (0,09)
Santa Catarina	129 (1,16)	94 (1,22)	200 (1,43)	426 (1,93)	1.046 (1,76)	136 (1,88)	2.031 (1,67)
Sergipe	78 (0,78)	48 (0,62)	132 (0,94)	145 (0,66)	582 (0,92)	110 (1,52)	1.095 (0,90)
São Paulo	183 (1,64)	219 (1,68)	683 (4,88)	895 (4,06)	3.510 (5,90)	354 (4,91)	5.754 (4,73)
Tocantins	208 (1,87)	525 (6,82)	103 (0,74)	139 (0,63)	588 (0,99)	68 (0,94)	1.631 (1,34)
Total por ano	11.147	7.699	13.996	22.060	59.473	7.215	Total geral: 121.590
Total por ciclo		18.846		36.056		66.688	

Fonte: elaboração própria.

n: frequência absoluta; %: frequência relativa.

Discussão

São muitos os benefícios da atividade física para todos os ciclos de vida, principalmente nas fases de crescimento e desenvolvimento humano, que coincidem com o período escolar. Nesse sentido, a descrição e a análise de ações de atividade física ofertadas nesse âmbito, por meio de programas como o PSE, são fundamentais para consolidar o que já vem sendo realizado, como parte do cuidado integral em saúde, e para apoiar a justificativa da importância da continuidade e do aperfeiçoamento das políticas públicas.

Neste estudo, os resultados precisam ser interpretados levando-se em consideração o número de municípios com adesão ao programa e de escolas participantes por UF; e, consequentemente, em cada região. Considerando todo o período, cerca de dois terços das ações

registradas provêm das regiões Nordeste e Sudeste. Nesse sentido, é bastante provável que tais regiões tenham se destacado em relação ao maior número de ações realizadas, devido ao maior número de municípios aderidos e de escolas participantes. No entanto, houve aumento no número de registro de ações de práticas corporais e atividade física, em cada ciclo, em todas as regiões. Destaca-se, ainda, que existem outras ações previstas pelo programa que podem, paralelamente, serem ofertadas nos espaços escolares e desenvolvidas em detrimento das práticas corporais e de atividade física, mas, mesmo assim, foi observada uma manutenção no desenvolvimento dessas atividades.

Acerca da maior quantidade de registros de ações de práticas corporais e atividade física, de modo geral, no primeiro ano de cada ciclo, entende-se que tal resultado esteja relacionado

com o critério anual do repasse financeiro⁷. Em todos os ciclos estudados, o montante do recurso repassado aos municípios, no primeiro ano do ciclo, é calculado com base no número de estudantes pactuados pelos municípios, conforme o Termo de Compromisso firmado pelas Secretarias de Saúde e Educação. Já o montante do recurso repassado no segundo ano é estabelecido com base no cumprimento das metas pactuadas para o ciclo, o qual é identificado com base nas ações registradas apenas no primeiro ano do biênio. Cabe destacar que a diferença no número de registros de ações de práticas corporais e atividade física entre o primeiro ano e segundo do ano do Ciclo III (2019-2020) é mais discrepante em relação aos ciclos anteriores. A redução acentuada do número de registros no segundo ano do ciclo em questão pode ser atribuída à pandemia da Covid-19, a qual implicou a restrição de atividades presenciais e, conseqüentemente, a oferta dessas ações nos ambientes escolares.

Tendo em vista que o PSE atingiu em torno de 95% dos municípios brasileiros no último ciclo analisado, o programa pode ser considerado um meio para o fortalecimento das articulações entre escola e saúde; sobretudo no que diz respeito à implementação de práticas de atividade física, seja a partir da oferta das ações compartilhadas nas aulas de educação física, seja nos currículos escolares, no tempo livre dos estudantes ou até mesmo no contraturno escolar¹. Com isso, as ações do programa visam contribuir para o desenvolvimento integral dos estudantes brasileiros, bem como para a inserção desse público nas redes de políticas públicas¹.

Outros programas também colaboram para a oferta de ações de práticas corporais e atividade física no atendimento de crianças e de adolescentes – a exemplo do Programa Academia da Saúde (PAS), que também é uma iniciativa pública federal do Ministério da Saúde. No período de 2015 a 2017, de 35% a 38,8% e de 72,9% a 76,5% dos polos dos PAS, que responderam aos monitoramentos dos anos em questão, registraram ações de práticas

corporais e atividade física para crianças e adolescentes respectivamente⁸. Isso demonstra o papel de protagonismo desses programas no Sistema Único de Saúde (SUS), pois fortalecem as ações da Rede de Atenção à Saúde. No entanto, especificamente em relação ao PSE, entende-se que ele possui grande potencial de alcance de crianças e de adolescentes, uma vez que é desenvolvido no ambiente escolar, no qual parte desse grupo etário permanece quantidade considerável de tempo na semana.

Nessa direção, o incentivo da atividade física, no âmbito escolar, é essencial para contribuir para os comportamentos fisicamente ativos dos adolescentes^{3,9,10}. Há diversos fatores que influenciam os comportamentos dos adolescentes como intrapessoais (por exemplo, idade, sexo, imagem corporal etc.); interpessoais (como suporte dos amigos, familiares e professores); e ambientais (tais como acessibilidade a estruturas para atividade física, segurança dos bairros etc.), que podem impactar na participação em atividades físicas¹¹. Portanto, aproximar ações intersetoriais do setor saúde e educação no desenvolvimento de ações de promoção da atividade física, e que estejam de fácil acesso aos estudantes, poderá contribuir para maior adoção de comportamentos saudáveis.

Os pontos fortes do estudo retratam a descrição das ações de atividade física, considerada, por vezes, uma ação prioritária do PSE, tanto na rotina do programa quanto na Semana Saúde na Escola – instituída em 2012 como um período para a mobilização de uma temática prioritária no ano corrente², com um crescimento na adesão dos municípios no período analisado. Os dados mostram que a ação da atividade física tem sido amplamente desenvolvida nos territórios e, com crescimento exponencial, que tende a fortalecer cada vez mais as estratégias intersetoriais entre a saúde e a educação. A descrição dessas ações por região e UF pode contribuir para que, no cenário nacional, seja possível ampliar a oferta de atividade física por meio do programa, em todos os ciclos de adesões. Dessa

forma, espera-se que as ações sejam ofertadas de forma continuada, para maior alcance e participação dos estudantes em todos os territórios e, conseqüentemente, para a promoção da saúde e melhor qualidade de vida.

Entre as limitações do presente estudo, estão alguns fatores de natureza administrativa. Por exemplo, caso uma escola tenha alteração do número Inep do primeiro para o segundo ano do ciclo, não é possível atualizar o novo número na base de dados do PSE; assim, as ações realizadas nessa escola podem não ser computadas. Por isso, neste estudo, os dados foram analisados por UF e por região, e não por unidade escolar, embora a apresentação dos resultados também tenha incorporado nuances de quantitativo de escolas participantes. Outro aspecto a considerar é que, apesar de o Ministério da Saúde incentivar que os registros das ações sejam realizados mensalmente¹², é permitido o envio retrospectivo dos dados ao Sisab (em até 12 meses posteriores), se enviado dentro do prazo de processamento do quadrimestre. Desse modo, os dados do ciclo 2021-2022 não foram incluídos nas análises do presente estudo devido a não finalização do último quadrimestre. Para além disso, o número reduzido de registros de ações em alguns municípios pode estar atrelado ao uso de sistemas de informações em saúde próprios, que podem gerar conflitos na transmissão dos dados registrados e validados para a base nacional.

Conclusões

Os resultados mostraram aumento no número de adesões de municípios e de escolas participantes nos três ciclos (2014-2015; 2017-2018; 2019-2020), em todas as regiões do Brasil. O aumento no número de registro de ações de práticas corporais e atividade física, em cada ciclo, também foi verificado em todas as regiões. Do primeiro para o terceiro ciclo, esse aumento foi mais expressivo no Sudeste e no

Sul, em comparação com as demais regiões. Além disso, os estados de Minas Gerais, Bahia, Ceará e Maranhão, juntos, somaram quase metade do número de todas as ações realizadas nos três ciclos. De modo geral, ao comparar os registros em cada ciclo de adesão, a maior parte das ações foi realizada no primeiro ano. As informações apresentadas neste estudo podem fomentar maior implementação, manutenção e aumento da oferta de práticas corporais e atividade física pelo programa nos futuros ciclos de adesões. Além disso, estudos futuros podem investigar os tipos de atividades físicas realizadas no tema das práticas em saúde. Essas informações poderiam contribuir para a qualificar a oferta das ações de práticas corporais e atividade física, de acordo com as necessidades e oportunidades do território.

Colaboradores

Manta SW (0000-0002-1059-2471)* e Claumann GS (0000-0002-3859-9106)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. Cavalcante FVSA (0000-0003-1409-8662)* contribuiu para a elaboração da proposta, elaboração do texto, elaboração e revisão crítica do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada. Petreça DR (0000-0002-6006-4861)* contribuiu para a interpretação de dados, elaboração e revisão crítica do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada. Tusset D (0000-0002-2710-2184)* contribuiu para a elaboração do texto, análise e discussão dos resultados e aprovação da versão final a ser publicada. Guimarães JAC (0000-0003-4125-7227)* contribuiu para a elaboração e revisão crítica do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada. Silva JRM (0000-0002-0357-9631)* contribuiu para a elaboração da proposta, elaboração e revisão crítica do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Brasil. Presidência da República. Decreto nº 6.286, de 05 de setembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 5 Set 2007. [acesso em 2022 maio 10]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Caderno do gestor do Programa Saúde na Escola. Brasília, DF: MS; 2022.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Guia de Atividade Física para a População Brasileira. Brasília, DF: MS; 2021.
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Pesquisa. Pesquisa nacional de saúde do escolar: 2019. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE; 2021.
5. Organização Mundial da Saúde. Plano de Ação Global para a Atividade Física 2018-2030. Mais pessoas ativas para um mundo mais saudável. Genebra: OMS; 2018. [acesso em 2022 maio 10]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272721/WHO-NMH-PND-18.5-por.pdf>.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4, de 28 de janeiro de 2021. Institui os prazos para o envio da produção da Atenção Primária à Saúde para o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab) a partir de 1º de janeiro de 2021. Diário Oficial da União. 28 Jan 2021. [acesso em 2022 maio 10]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-4-de-28-de-janeiro-de-2021-301404483>.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Adesão ao Programa Saúde na Escola. Brasília, DF: MS; 2019. [acesso em 2022 maio 10]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/pse/manual_adesao_2019_20.pdf.
8. Wolker SM, Sandreschi PF, Tomicki C, et al. Monitoramento do programa academia da saúde de 2015 a 2017. Rev Andal Med Deporte. 2020 [acesso em 2022 maio 10]; 13(1):16-20. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/337166120_Monitoramento_do_programa_academia_da_saude_de_2015_a_2017.
9. Filho VCB, Pereira WMG, Farias BO, et al. Scoping Review on Interventions for Physical Activity and Physical Literacy Components in Brazilian School-Aged Children and Adolescents. Int. J. Environ. Res. Public Health. 2021 [acesso em 2022 maio 10]; 18(16):8349. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34444097/>.
10. Bandeira AS, Ravagnani FCP, Filho VCB. Mapping recommended strategies to promote active and healthy lifestyles through physical education classes: a scoping review. Int J Behav Nutr Phys Act. 2022 [acesso em 2022 maio 10]; 19(36):1-20. Disponível em: <https://ijbnpa.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12966-022-01278-0.pdf>.
11. Hu D, Zhou S, McHattan ZJC, et al. Factors That Influence Participation in Physical Activity in School-Aged Children and Adolescents: A Systematic Review from the Social Ecological Model Perspective. Int. J. Environ. Res. Public Health. 2021 [acesso em 2022 maio 10]; 18:3147. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/6/3147>.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 135, de 21 de janeiro de 2020. Institui os prazos para o envio da produção da Atenção Primária à Saúde para o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab) referente às competências de janeiro a dezembro de 2020. Diário Oficial da União. 21 Jan 2020.

Recebido em 10/05/2022

Aprovado em 15/09/2022

Conflitos de interesse: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Implementação do Programa Saúde na Escola: relação com aspectos da saúde bucal dos estudantes

Implementation of the School Health Program: relationship with aspects of students' oral health

Rafael da Silveira Moreira^{1,2}, Herika de Arruda Mauricio³, Lidia Moraes Ribeiro Jordão⁴, Maria do Carmo Matias Freire⁴

DOI: 10.1590/0103-11042022E312

RESUMO O estudo objetivou investigar a associação entre a implementação do Programa Saúde na Escola (PSE) e aspectos relacionados com a saúde bucal de adolescentes escolares que frequentam escolas públicas no Brasil. Foi realizado estudo transversal exploratório utilizando dados da Pesquisa Nacional de Saúde Escolar (PeNSE) 2015 em uma amostra de 81.154 estudantes de 13 a 15 anos frequentando escolas públicas das capitais, Distrito Federal e interior. Os dados foram obtidos por meio de questionários respondidos pelos alunos e responsáveis pelas escolas. Foi realizada análise bivariada de associação entre a variável 'implementação das ações do PSE pela escola' (Sim/Não) e aspectos relativos à saúde bucal dos estudantes. Em comparação com escolas sem implementação do PSE, as que haviam implementado o Programa apresentavam melhores indicadores de comportamento (consumo de alimentos com açúcar adicionado, cigarro e álcool); venda de alimentos saudáveis ou com açúcar adicionado; existência de grupo/comitê de saúde, ações do Programa Mais Educação e ações em conjunto com a Unidade Básica de Saúde ($p < 0,05$). Concluiu-se que houve associação entre a implementação do PSE e aspectos mais favoráveis relacionados com a saúde bucal, referentes a alimentação, uso de cigarro e álcool entre os escolares, e ações de saúde e educação nas escolas.

PALAVRAS-CHAVE Saúde do adolescente. Saúde bucal. Inquéritos epidemiológicos. Serviços de saúde escolar.

ABSTRACT *This study aimed to investigate the association between the School Health Program (PSE) implementation and aspects related to the oral health of adolescent students attending public schools in Brazil. An exploratory cross-sectional study was conducted using data from the 2015 National School Health Survey (PeNSE) in a sample of 81,154 students aged 13 to 15 in the capitals, Federal District, and inland cities. Data were retrieved from questionnaires answered by students and those responsible for the schools. We performed a bivariate analysis of the association between the variable 'implementation of PSE actions by the school' (Yes/No) and aspects related to the students' oral health. Compared to schools without PSE implementation, those that had implemented the Program had better behavioral indicators (consumption of sugar-added foods, cigarettes, and alcohol); selling healthy or sugar-added foods; availability of a health group/committee, and actions of the More Education Program and with Primary Health Care Units ($p < 0.05$). We concluded that there was an association between the implementation of the PSE and more favorable aspects related to oral health regarding the students' diet, tobacco use, and alcohol consumption, and school health and education actions.*

KEYWORDS *Adolescent health. Oral health. Health surveys. School health services.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Aggeu Magalhães (IAM) – Recife (PE), Brasil.
rafael.moreira@fiocruz.br

²Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) – Recife (PE), Brasil.

³Universidade de Pernambuco (UPE) – Recife (PE), Brasil.

⁴Universidade Federal de Goiás (UFG) – Goiânia (GO), Brasil.



Introdução

O Programa Saúde na Escola (PSE) é uma política intersetorial no âmbito dos Ministérios da Educação e da Saúde, instituído por Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007¹. A finalidade do PSE é contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde. Tais ações devem ser desenvolvidas articuladamente com a rede de educação pública básica e em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

As ações de saúde bucal propostas no referido decreto são ‘avaliação da saúde e higiene bucal’, as quais foram posteriormente detalhadas na publicação ‘Caderno temático do Programa Saúde na Escola: saúde bucal’²: levantamento dos principais agravos bucais e das necessidades de tratamento, educação em saúde, promoção de alimentação escolar saudável, higiene bucal supervisionada e aplicação tópica de fluoreto. As equipes de saúde bucal (cirurgião-dentista, técnico em saúde bucal e/ou auxiliar em saúde bucal) são responsáveis pelo desenvolvimento das ações técnicas vinculadas à avaliação de saúde bucal dos estudantes, sendo essencial a participação direta de toda a comunidade escolar, bem como de outros profissionais das equipes de saúde atuantes no território compartilhado, para o reconhecimento de necessidades e desenvolvimento de atividades coletivas na escola².

Entre as diretrizes do PSE, estão o monitoramento e a avaliação, visando ao aperfeiçoamento das atividades e à reorientação das intervenções realizadas. Estudos científicos podem contribuir para subsidiar esse processo, porém, poucos têm investigado a efetividade ou o impacto das ações nas escolas ao longo dos anos^{3,4}. Os estudos publicados sobre a saúde bucal no PSE são escassos e com base em levantamento de necessidades odontológicas dos estudantes e relato de experiência em amostras reduzidas de escolas de dois municípios da região Nordeste^{5,6}. Embora esses

estudos descritivos possam ter implicações para o planejamento e a avaliação do programa em nível local, não contribuem para evidenciar a influência do PSE nos aspectos relacionados com a saúde bucal dos escolares.

O PSE se baseia no princípio da integralidade, considerando a saúde e a educação integral como parte de uma formação ampla para a cidadania e o usufruto pleno dos direitos humanos, fortalecendo o enfrentamento das vulnerabilidades que possam comprometer todo o desenvolvimento do estudante. Nesse sentido, destacam-se as práticas de gestão escolar relacionadas com a saúde, que apontam para um potente processo de promoção de qualidade de vida dos estudantes, como os comitês de saúde na escola; ações em conjunto com as Unidades Básicas de Saúde (UBS) de referência do território da escola; e o Programa Mais Educação⁷, uma estratégia do governo federal para induzir a ampliação da jornada escolar e a organização curricular, na perspectiva da Educação Integral.

Outra iniciativa governamental voltada para a saúde dos escolares na primeira década dos anos 2000 é a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), com o intuito de organizar o monitoramento da saúde do escolar e prover informações para o planejamento das políticas públicas. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em parceria com o Ministério da Saúde e o apoio do Ministério da Educação, realizou, desde 2009, quatro edições da PeNSE⁸, a qual compõe o sistema de vigilância dos fatores de risco e proteção das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) do Brasil.

Estudos anteriores^{9,10}, utilizando os dados da PeNSE 2015, mostraram que o potencial de promoção da saúde bucal de escolas das capitais brasileiras foi associado a fatores contextuais das escolas, das capitais e das regiões brasileiras⁹. Escolas com maior potencial de contribuir para a saúde bucal dos escolares apresentaram maior prevalência de comportamentos mais favoráveis – visita anual ao dentista, consumo semanal de refrigerantes

e guloseimas com açúcar, frequência diária de escovação e experimentação de cigarro¹⁰. Contudo, o efeito da implementação do PSE não foi analisado isoladamente, mas como um componente do ‘ambiente escolar promotor de saúde bucal’ proposto nesses estudos. Além disso, a dor dentária e outras variáveis do contexto escolar com possíveis influências na saúde bucal não foram analisadas como desfechos, e suas inclusões podem ampliar o entendimento sobre o efeito do programa.

Outros estudos realizados em localidades brasileiras corroboram os benefícios das ações de promoção da saúde bucal nas escolas. Os resultados revelaram melhores condições de saúde bucal – menores índices de cárie¹¹, traumatismo dentário¹², e condição periodontal¹³ – em adolescentes de escolas que desenvolvem essas ações. O efeito da promoção de saúde pode gerar menor custo ao sistema de saúde, por reduzir a necessidade de tratamento odontológico¹⁴, e deve ser monitorado de forma contínua.

Apesar da evidência da efetividade de programas de base escolar na promoção de saúde bucal dos escolares^{15,16}, estudos em contextos nacionais e locais são necessários para avaliar questões intrínsecas, como a implantação do PSE em escolas brasileiras. Com base na evidência disponível, é esperado que estudantes de escolas que implementam o PSE possuam menor prevalência de dor dentária e comportamentos mais positivos relacionados com a saúde bucal em comparação com aqueles de escolas que não desenvolvem o PSE. Adicionalmente, espera-se encontrar maior prevalência de variáveis do ambiente e da gestão escolar com possível influência positiva na saúde bucal dos escolares que frequentam escolas com o PSE como reflexo das ações desenvolvidas pelas equipes do programa. Os resultados deste estudo, com base em inquérito nacional de saúde em amostra abrangente e representativa de adolescentes do País, podem contribuir para subsidiar a avaliação do PSE, indicando se as ações desenvolvidas apresentaram algum efeito sobre a saúde bucal dos escolares no período estudado.

O presente estudo teve como objetivo investigar a associação entre a presença/implementação do PSE e os aspectos relacionados com a saúde bucal de escolares que frequentam escolas públicas no Brasil.

Material e métodos

Trata-se de um estudo transversal utilizando dados da PeNSE de 2015, realizada pelo Ministério da Saúde e pelo IBGE, que se encontram disponíveis no sítio eletrônico do IBGE. Os dados da PeNSE mais recente, realizada em 2019, não haviam sido disponibilizados até o momento da realização da presente análise.

Todos os dados foram obtidos por meio de questionários eletrônicos autoaplicáveis nas próprias escolas, respondidos pelos alunos e responsáveis pelas instituições. A PeNSE 2015 foi aprovada pelo Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (nº 1.006.467/2015).

A amostragem foi do tipo complexa (por conglomerados), e a amostra foi composta por 102.072 estudantes do 9º ano do Ensino Fundamental de 3.040 escolas públicas (federais, estaduais e municipais) e privadas das 27 capitais brasileiras e do interior (Amostra 1 da PeNSE). A maior parte dos estudantes (88,6%) tinham entre 13 e 15 anos. Mais detalhes sobre a PeNSE 2015 encontram-se em publicação anterior¹⁷. Na presente análise, foram utilizados apenas os dados referentes aos estudantes frequentando escolas públicas, que constituem o público-alvo do PSE. Com a exclusão dos casos com dados faltantes (respostas ‘não sei’ ou ‘não respondeu’) das variáveis selecionadas para a presente análise, a amostra final foi constituída por 81.154 estudantes de 2.424 escolas públicas das capitais, Distrito Federal (DF) e municípios do interior.

A variável ‘implementação das ações do PSE pela escola’ (Sim/Não) foi obtida por meio da seguinte pergunta no questionário da PeNSE: ‘A escola implementa ações do Programa Saúde da Escola (PSE)?’. As demais variáveis foram organizadas em quatro blocos, sendo o primeiro referente às características das escolas. Para

os demais blocos, foram selecionadas variáveis das escolas e dos estudantes com o potencial de influenciar direta ou indiretamente a saúde bucal, com base em estudos anteriores: a) comportamentos dos estudantes relacionados com a saúde bucal e a autopercepção da saúde bucal (experiência de dor dentária nos seis meses anteriores à pesquisa); b) ambiente escolar relacionado com a saúde bucal; e c) práticas de gestão escolar relacionadas com a saúde.

Os seguintes comportamentos relacionados com a saúde bucal foram dicotomizados para a presente análise, de acordo com estudo anterior¹⁰: frequência diária de escovação nos 30 dias que antecederam a pesquisa (< 2 vezes / \geq 2 vezes); visita anual ao dentista (< 1 vez / \geq 1 vez); consumo semanal de alimentos contendo açúcar adicionado – balas/guloseimas e refrigerantes (baixo: \leq 4 dias / alto: \geq 5 dias); e consumo diário de refrigerantes (baixo: \leq 2 vezes / alto: \geq 3 vezes). Nas demais variáveis, foram mantidas as categoriais dicotômicas originais do questionário da PeNSE: sim/não.

As variáveis do ambiente escolar relacionadas com a saúde bucal foram acerca da presença de cantina; oferta e venda de alimentos e bebidas com potencial cariogênico devido ao açúcar adicionado ou alimentos saudáveis (sem açúcar adicionado); presença de banheiros e pias em condições de uso, que podem ser usadas na prática da higiene bucal; proibição de bebidas alcoólicas e tabaco. A presença de registros sobre a saúde dos escolares e de materiais/medicamentos de primeiros socorros, bem como a presença de grupo/comitê de saúde, do Programa Mais Educação e ações em conjunto com as UBS, são indicadores de cuidados integrais à saúde dos escolares na escola, que podem refletir na saúde geral e bucal. A análise dos dados foi efetuada com o auxílio do programa Statistical Package for the Social Sciences® (SPSS) para Windows® (versão 20), utilizando procedimentos descritivos e analíticos, com abordagem exploratória, considerando a amostragem complexa. A distribuição de frequência das variáveis foi inicialmente estimada. Com exceção da ‘região

geográfica’, todas as variáveis com mais de uma categoria de resposta foram dicotomizadas para facilitar a análise e interpretação dos dados. Os casos com categorias de respostas ‘não sei’ foram excluídos.

Em seguida, efetuou-se a análise bivariada de associação entre a variável ‘implementação das ações do PSE pela escola’ e cada uma das variáveis relacionadas com a saúde bucal, por meio do teste Qui-quadrado de Pearson com correção de Rao-Scott, ao nível de significância de 5%. O teste Rao-Scott esclarece se a distribuição da implementação das ações do PSE, segundo as demais variáveis estudadas, é aleatória ou se há um padrão determinado por dependência entre essas variáveis. Procedeu-se à análise de resíduos padronizados para a associação entre os pares de categorias das variáveis selecionadas, que possibilitou a comparação dos padrões característicos de cada categoria. Os resíduos (diferença padronizada entre as contagens observadas e esperadas) resultaram em excesso ou falta de ocorrência, sendo reconhecidos os valores com contagem de excesso positivo superior a 1,96, com nível de significância de 2,5% unicaudal, por se tratar apenas da observação dos excessos.

Resultados

A distribuição da variável ‘Implementação de ações do Programa Saúde na Escola (PSE)’, de acordo com as características das instituições encontra-se na *tabela 1*. Entre as regiões geográficas do País, a Nordeste destaca-se por reunir a maior proporção das escolas que implementam ações do PSE, representando mais de um terço (38,41%) do total. A região Centro-Oeste foi a que apresentou a menor proporção (8,92%). A maioria das escolas nas quais o programa encontrava-se implementado eram localizadas nas capitais (77,76%) e em áreas urbanas (87,35%). Poucas escolas funcionavam em regime de internato e período integral, e esse dado foi mais frequente nas escolas com o PSE.

Tabela 1. Implementação de ações do Programa Saúde na Escola pelas escolas públicas, de acordo com as características das instituições. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, 2015

Características das escolas		Escola implementa ações do PSE		Valor-p**
		Sim (%)	Não (%)	
Região geográfica	Norte	11,56	9,23	0,000
	Nordeste	38,41*	19,22	
	Sudeste	31,74	50,58*	
	Sul	9,37	14,75*	
	Centro-oeste	8,92*	6,22	
Total		100,00	100,00	
Tipo de município	Capital	77,76*	82,44	0,040
	Não capital	22,24	17,56*	
	Total	100,00	100,00	
Situação da escola	Rural	12,65*	7,47	0,001
	Urbana	87,35	92,53*	
	Total	100,00	100,00	
Regime integral	Sim	23,27 *	21,32	0,031
	Não	76,73	78,68 *	
	Total	100,00	100,00	
Regime de internato	Sim	4,23	4,43	0,527
	Não	95,77	95,57	
	Total	100,00	100,00	

Fonte: elaboração própria.

*Na análise de resíduos, ficou evidente que houve discrepância entre as frequências observadas e esperadas das variáveis. Sendo assim, rejeitou-se a hipótese nula e aceitou-se a hipótese da dependência das variáveis com a presença de associação.

**Teste Rao-Scott.

Quanto às variáveis relacionadas com a saúde bucal dos estudantes, houve predomínio de condições mais favoráveis nas escolas com implementação do PSE. Dos sete comportamentos relacionados com a saúde bucal (*tabela 2*), cinco foram mais frequentes nesse grupo de escolas: baixo consumo semanal de balas/guloseimas; baixo consumo semanal de refrigerantes; baixo consumo diário de

refrigerantes; sem experiência de consumo de cigarro e de álcool ($p < 0,05$). A proporção de estudantes que relataram dor dentária nos seis meses anteriores à pesquisa foi baixa, e não houve diferenças significantes entre os dois grupos de escolas. As variáveis frequência de escovação e visita anual ao dentista também não foram associadas ao PSE (*tabela 2*).

Tabela 2. Associação entre implementação de ações do Programa Saúde na Escola pelas escolas públicas e variáveis individuais relacionadas com a saúde bucal dos estudantes. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, 2015

Variáveis individuais relacionadas com a saúde bucal dos estudantes		Escola implementa ações do PSE		Valor-p**
		Sim (%)	Não (%)	
Comportamentos em saúde bucal				
Frequência diária de escovação	< 2 vezes	6,90	7,15	0,463
	≥ 2 vezes	93,10	92,85	
	Total	100,00	100,00	
Visita anual ao dentista	< 1 vez	32,90	31,86	0,173
	≥ 1 vez	67,10	68,14	
	Total	100,00	100,00	
Consumo semanal de balas/guloseimas	Alto (≥ 5 dias)	40,12	42,73 *	0,001
	Baixo (≤ 4 dias)	59,88 *	57,27	
	Total	100,00	100,00	
Consumo semanal de refrigerantes	Alto (≥ 5 dias)	24,65	27,92 *	0,000
	Baixo (≤ 4 dias)	75,35 *	72,08	
	Total	100,00	100,00	
Consumo diário de refrigerantes	Alto (≥ 3 vezes)	29,52	33,50 *	0,000
	Baixo (≤ 2 vezes)	70,48 *	66,50	
	Total	100,00	100,00	
Experiência de consumo de cigarro	Sim	17,92	20,47 *	0,000
	Não	82,08 *	79,53	
	Total	100,00	100,00	
Experiência de consumo de álcool	Sim	52,22	54,79 *	0,005
	Não	47,78 *	45,21	
	Total	100,00	100,00	
Autopercepção da saúde bucal				
Experiência de dor de dente	Sim	24,63	24,40	0,705
	Não	75,37	75,60	
	Total	100,00	100,00	

Fonte: elaboração própria.

*Na análise de resíduos, ficou evidente que houve discrepância entre as frequências observadas e esperadas das variáveis. Sendo assim, rejeitou-se a hipótese nula e aceitou-se a hipótese da dependência das variáveis com a presença de associação.

**Teste Rao-Scott.

Sobre o ambiente escolar relacionado com a saúde bucal, situações mais favoráveis foram encontradas na maioria das escolas (tabela 3). A presença de cantina e a venda de refrigerantes, bebidas açucaradas e biscoitos/bolachas na cantina foram menores nas escolas com o PSE implementado em comparação com as escolas

sem implementação do programa ($p < 0,05$). As escolas com o PSE apresentaram também maior proporção de venda de salada de frutas na cantina e presença de pontos alternativos, e menor proporção de proibição do consumo de bebidas alcoólicas ($p < 0,05$).

Tabela 3. Associação entre implementação de ações do Programa Saúde na Escola pelas escolas públicas e aspectos do ambiente escolar relacionados com a saúde bucal. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, 2015

Ambiente escolar relacionado com a saúde bucal		Escola implementa ações do PSE		Valor-p**
		Sim (%)	Não (%)	
Oferece merenda/almoço	Sim	98,89 *	97,05	0,097
	Não	1,11	2,95 *	
	Total	100,00	100,00	
Possui cantina	Sim	24,98	39,04 *	0,000
	Não	75,02 *	60,96	
	Total	100,00	100,00	
Vende refrigerantes na cantina	Sim	8,81	14,86 *	0,035
	Não	91,19 *	85,14	
	Total	100,00	100,00	
Vende suco na cantina	Sim	67,14	74,39	0,344
	Não	32,86	25,61	
	Total	100,00	100,00	
Vende bebidas açucaradas na cantina	Sim	4,98	11,79 *	0,017
	Não	95,02 *	88,21	
	Total	100,00	100,00	
Vende biscoitos/bolachas na cantina	Sim	6,33	13,51 *	0,001
	Não	93,67 *	86,49	
	Total	100,00	100,00	
Vende balas/guloseimas na cantina	Sim	8,12	10,92	0,270
	Não	91,88	89,08	
	Total	100,00	100,00	
Vende frutas frescas/salada de frutas na cantina	Sim	15,34 *	5,48	0,013
	Não	84,66	94,52 *	
	Total	100,00	100,00	
Tem pontos alternativos*** de vendas	Sim	36,64 *	25,64	0,001
	Não	63,36	74,36 *	
	Total	100,00	100,00	
Vende refrigerantes em pontos alternativos***	Sim	22,21	19,13	0,276
	Não	77,79	80,87	
	Total	100,00	100,00	
Vende suco em pontos alternativos***	Sim	44,45	43,76	0,910
	Não	55,55	56,24	
	Total	100,00	100,00	
Vende bebidas açucaradas em pontos alternativos***	Sim	11,44	12,89	0,527
	Não	88,56	87,11	
	Total	100,00	100,00	
Vende biscoitos/bolachas em pontos alternativos***	Sim	12,31	10,91	0,520
	Não	87,69	89,09	
	Total	100,00	100,00	

Tabela 3. (cont.)

Ambiente escolar relacionado com a saúde bucal		Escola implementa ações do PSE		
		Sim (%)	Não (%)	Valor-p**
Vende balas/guloseimas em pontos alternativos***	Sim	20,68	15,58	0,049
	Não	79,32	84,42	
	Total	100,00	100,00	
Vende frutas frescas/salada de frutas em pontos alternativos***	Sim	9,12	4,88	0,133
	Não	90,88	95,12	
	Total	100,00	100,00	
Tem horta	Sim	29,11	26,18	0,399
	Não	70,89	73,82	
	Total	100,00	100,00	
Tem banheiro em condições de uso	Sim	97,11	96,31	0,376
	Não	2,89	3,69	
	Total	100,00	100,00	
Tem pia em condições de uso	Sim	95,44	95,54	0,919
	Não	4,56	4,46	
	Total	100,00	100,00	
Tem registros sobre a saúde dos escolares	Sim	61,32	55,89	0,146
	Não	38,68	44,11	
	Total	100,00	100,00	
Tem materiais/medicamentos de primeiros socorros	Sim	46,35	47,70	0,725
	Não	53,65	52,30	
	Total	100,00	100,00	
Proíbe consumo de tabaco	Sim	86,46	89,90	0,119
	Não	13,54	10,10	
	Total	100,00	100,00	
Proíbe consumo de bebidas alcoólicas	Sim	88,04	92,34 *	0,017
	Não	11,96 *	7,66	
	Total	100,00	100,00	

Fonte: elaboração própria.

*Na análise de resíduos, ficou evidente que houve discrepância entre as frequências observadas e esperadas das variáveis. Sendo assim, rejeitou-se a hipótese nula e aceitou-se a hipótese da dependência das variáveis com a presença de associação.

**Teste Rao-Scott.

***Pontos alternativos são locais de venda de produtos alimentícios dentro ou na entrada da escola, além da cantina (por exemplo, ambulante/carrocinha).

Todas as práticas de gestão escolar relacionadas com a saúde investigadas foram associadas à implementação do PSE nas escolas. Existência de grupo/comitê de saúde, ações do

Programa Mais Educação e ações em conjunto com UBS foram mais prevalentes no grupo de escolas que haviam implementado o programa (tabela 4).

Tabela 4. Associação entre implementação de ações do Programa Saúde na Escola pelas escolas públicas e práticas de gestão escolar relacionadas com a saúde. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, 2015

Práticas de gestão escolar relacionadas com a saúde		Escola implementa ações do PSE		
		Sim (%)	Não (%)	Valor-p**
Tem grupo/comitê de saúde	Sim	56,26 *	20,27	0,000
	Não	43,74	79,73 *	
	Total	100,00	100,00	
Realiza ações do Programa Mais Educação	Sim	77,43 *	63,26	0,000
	Não	22,57	36,74 *	
	Total	100,00	100,00	
Realiza ações em conjunto com a Unidade Básica de Saúde	Sim	91,37 *	61,96	0,000
	Não	8,63	38,04 *	
	Total	100,00	100,00	

Fonte: elaboração própria.

*Na análise de resíduos, ficou evidente que houve discrepância entre as frequências observadas e esperadas das variáveis. Sendo assim, rejeitou-se a hipótese nula e aceitou-se a hipótese da dependência das variáveis com a presença de associação.

**Teste Rao-Scott.

Discussão

O presente estudo mostrou que a implementação do PSE nas escolas públicas brasileiras está associada a diversos fatores individuais e do ambiente escolar com potencial efeito de proteção para a saúde bucal dos estudantes adolescentes, como menor venda e consumo de alimentos e bebidas que contêm açúcar adicionado, e menor experimentação de cigarro e álcool. Considerando que não há relatos na literatura sobre a efetividade do PSE na promoção da saúde bucal dos estudantes, os achados constituem uma importante contribuição para a busca de evidências. Reforçam ainda que ações de promoção de saúde nas escolas constituem uma oportunidade para a promoção da saúde bucal¹⁸.

Embora a metodologia do presente estudo não permita estabelecer relações causais, as associações encontradas indicam que as ações do programa contribuem para desenvolver ou reforçar estilos de vida saudáveis e práticas do autocuidado entre os estudantes. Ao mesmo tempo, influenciam o desenvolvimento de ações nas escolas que podem contribuir para a criação de ambientes

saudáveis e a adoção das medidas individuais pela comunidade escolar, que possam colaborar para a prevenção das DCNT.

A importância de ações no ambiente escolar foi abordada em estudo de revisão, mostrando que as intervenções de promoção da saúde bucal realizadas em escolas brasileiras têm enfocado mudanças de cunho individual, particularmente na higiene bucal¹⁹. Os resultados do presente estudo apoiam reflexões teórico-práticas capazes de produzir diálogos e ações qualificadas e sensíveis às necessidades de renovação do fazer saúde.

Chama a atenção a ausência de associação entre o PSE e os comportamentos em saúde mais diretamente relacionados com a saúde bucal dos estudantes: frequência diária de escovação e frequência anual de visita ao dentista. Em estudo anterior utilizando dados da PeNSE 2015, somente nas capitais, esses comportamentos foram associados ao indicador de potencial de suporte à promoção da saúde bucal da escola, que incluiu a implementação do PSE e outros fatores das escolas¹⁰. A relação entre ações de educação em saúde bucal na escola e maior frequência de escovação tem sido demonstrada em outros contextos²⁰.

Outro aspecto a ser considerado é que os prováveis efeitos do programa nas escolhas alimentares e no uso de cigarro e álcool, que são fatores de risco comuns para outras doenças crônicas^{21,22}, podem resultar das ações das equipes de atenção primária, as quais nem sempre incluem equipes de saúde bucal. Conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, no PSE, os temas relacionados com a saúde bucal devem ser abordados com ênfase na promoção e atenção à saúde e na prevenção de doenças e agravos, com base no trabalho intersectorial, centrado em ações compartilhadas e corresponsáveis². Esses achados têm implicações para o PSE, mostrando a necessidade de maior atenção às ações educativas sobre temas relacionados mais especificamente com a saúde bucal, bem como a prática da higiene bucal nas escolas, que independem da presença de dentistas ou outros membros das equipes de saúde bucal. Embora a equipe de saúde bucal seja responsável pela supervisão dessas ações, os demais profissionais devem ser orientados quanto à prática correta de higiene bucal como componente da higienização corporal.

A dor dentária, que constitui importante indicador da cárie na infância e na adolescência, também não foi associada à implementação do PSE nas escolas ($p = 0,705$). É possível que o intervalo de sete anos entre os dois inquéritos, de 2008 (ano de início da implementação do programa pelas escolas) até 2015 (ano da realização da PeNSE), não tenha sido suficiente para observar efeitos na condição dentária. Assim, deve-se considerar o risco de viés quanto à sequência temporal na relação entre o PSE nas escolas e a prevalência de dor dentária entre os estudantes, bem como a impossibilidade de inferência causal entre estudos transversais. Ademais, os comportamentos saudáveis observados com maior frequência nas escolas com o PSE podem não ser suficientes para conduzir à menor prevalência de cárie e dor, considerando outros condicionantes individuais e sociais mais amplos²³.

O uso de dados de inquérito nacional de saúde tem implicações para o delineamento e a interpretação dos dados das análises

secundárias como a do presente estudo. A PeNSE fornece um número limitado de variáveis sobre saúde bucal e nenhum indicador clínico de condição de saúde bucal, como a cárie e a condição periodontal. Outrossim, não explora outras questões relacionadas com o PSE, além da sua implantação ou não pelas escolas. Não há dados sobre a frequência com que as ações do PSE, particularmente as ações de saúde bucal, são realizadas nas instituições de ensino. Não obstante, a PeNSE fornece dados com representatividade nacional, obtidos com rigor metodológico por instituições governamentais reconhecidas, possibilitando resultados mais consistentes e menos sujeitos a vieses.

A associação encontrada entre o PSE na escola e todas as práticas de gestão escolar relacionadas com a saúde investigadas pode ser considerada positiva, no contexto das ações intersectoriais preconizadas pelo Programa^{1,2}, em consonância com os princípios da promoção da saúde^{24,25}. A relação com grupo/comitê de saúde, ações do Programa Mais Educação e ações em conjunto com UBS revelam que as escolas que implementaram o PSE estavam mais abertas também a outras iniciativas governamentais que podem resultar em benefícios para a saúde integral dos estudantes. A falta de integração entre os setores saúde e educação nas ações de promoção de saúde em escolas brasileiras foi apontada em estudo de revisão²⁶. A atuação com a UBS era esperada, considerando que as ações do PSE são de responsabilidade das equipes dessas unidades no âmbito da atenção primária do SUS².

Um resultado inesperado foi a menor proporção de escolas com proibição do consumo de bebidas alcoólicas no grupo com implementação do PSE (88,04%), em comparação com as escolas sem o PSE (92,34%). Essa questão deve ser mais bem investigada, buscando elucidar se a resposta negativa por parte dos responsáveis pelas escolas que implementaram o programa indica a não preocupação da instituição com o consumo de álcool ou a não necessidade percebida dessa medida.

Os resultados do presente estudo, com base em análises bivariadas, levantam questões e hipóteses a serem analisadas em futuros estudos, contemplando outras variáveis e modelos estatísticos que possibilitem explicar as complexas relações entre os fatores investigados. Estudos longitudinais são recomendados para revelar os possíveis efeitos das ações do programa na saúde bucal dos estudantes, além da influência nos comportamentos relacionados, levando em consideração covariáveis mais amplas. A avaliação das ações específicas de saúde bucal previstas no PSE (educação em saúde, higiene bucal supervisionada e aplicação tópica de fluoreto), não incluídas na PeNSE, pode contribuir para evidenciar a efetividade do programa na saúde bucal dos estudantes.

Considerando que se trata de política pública de saúde, o monitoramento das ações realizadas pelo PSE deve ser feito de maneira sistemática e contínua, permitindo os ajustes necessários e o alcance dos resultados esperados para a comunidade escolar. Há ainda a necessidade de ampliação e fortalecimento da atuação do programa em municípios do interior e áreas rurais.

Conclusões

Houve associação entre a implementação do PSE e aspectos mais favoráveis relacionados com a saúde bucal nas escolas.

Os resultados apresentados evidenciam a associação entre a implementação do PSE e os aspectos mais favoráveis da saúde bucal, incluindo a alimentação, o uso de cigarro e álcool entre os escolares, e as ações de saúde e educação nas escolas. Não obstante, a ausência de associação com aspectos mais diretamente relacionados com a saúde bucal (dor dentária, frequência diária de escovação e visita anual ao dentista) são indicativos de fragilidades no PSE que ainda se fazem presentes. Destarte, os resultados podem contribuir para o processo de avaliação do efeito das ações do PSE na saúde bucal dos estudantes de escolas públicas.

Colaboradores

Moreira RS (0000-0003-0079-2901)* contribuiu para concepção do estudo; análise e interpretação de dados para o trabalho; revisão crítica do manuscrito; e aprovação final da versão a ser publicada. Maurício HA (0000-0002-6645-457X)* contribuiu para concepção do estudo; análise e interpretação de dados para o trabalho; redação do manuscrito; e aprovação final da versão a ser publicada. Jordão LMR (0000-0001-7230-9398)* e Freire MCM (0000-0001-6078-6728)* contribuíram para concepção do estudo; interpretação de dados para o trabalho; redação do manuscrito; e aprovação final da versão a ser publicada. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Brasil. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 6 Dez 2007. [acesso em 2022 abr 28]. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2007/decreto-6286-5-dezembro-2007-565691-publicacao-original-89439-pe.html>.
2. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. Caderno temático do Programa Saúde na Escola: saúde bucal. Brasília, DF: MS; 2022. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_tematico_pse_saude_bucal.pdf.
3. Ataliba P, Mourão L. Avaliação de impacto do Programa Saúde nas Escolas. *Psicol. Esc. Educ.* 2018; 22(1):27-36.
4. Gaze JVM, Robaina JVL. O impacto do Programa Saúde na Escola: uso da Escala Likert para avaliar os resultados das ações de saúde pública nos alunos de uma escola pública do bairro de Ceilândia, Distrito Federal, sob o aspecto do uso de substâncias ilegais. *Rev Espacios.* 2017; 38(45):10.
5. Guidetti E, Almeida MM. Organização da atenção em saúde bucal pelo Programa Saúde nas Escolas: levantamento de necessidades. *Rev. ABENO.* 2014; 13(2):69-75.
6. Silva ARJ. O exercício do Programa Saúde na Escola como prática da Equipe de Saúde Bucal na Atenção Básica: relato de experiência. *Arch. Health Invest.* 2021; 10(5):729-733.
7. Parente CMD. Programa Mais Educação: impactos e perspectivas nas escolas do campo. *Reveduc.* 2017; 11(2):439-454.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. PeNSE - Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar. Rio de Janeiro: IBGE; 2022. [acesso em 2022 maio 8]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/educacao/9134-pesquisa-nacional-de-saude-do-escolar.html?=&t=resultados>.
9. Nery NG, Jordão LMR, Freire MCM. School environment and oral health promotion: The National Survey of School Health (PeNSE). *Rev. Saúde Pública.* 2019; 53:93.
10. Nery NG, Antunes JLF, Jordão LMR, et al. Can the school environment influence oral health-related behaviours? A multilevel analysis of the Brazilian National Adolescent School-Based Health Survey 2015. *Community Dent. Oral Epidemiol.* 2021; 49(1):23-32.
11. Fernández MR, Goettens ML, Ardenghi TM, et al. The role of school social environment on dental caries experience in 8- to 12-year-old Brazilian children: a multilevel analysis. *Caries Res.* 2015; 49(5):548-556.
12. Moysés ST, Moysés SJ, Watt RG, et al. Associations between health promoting schools' policies and indicators of oral health in Brazil. *Health Promot Int.* 2003; 18(3):209-218.
13. Barros VA, Costa SM, Zanin L, et al. Evaluation of an educational activity in the oral health of students. *Int. J. Dent. Hyg.* 2017; 15(1):23-29.
14. Fraihat N, Madae'en S, Bencze Z, et al. Clinical effectiveness and cost-effectiveness of oral-health promotion in dental caries prevention among children: systematic review and meta-analysis. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2019; 16:2668.
15. Kay E, Locker D. A systematic review of the effectiveness of health promotion aimed at improving oral health. *Community Dent. Health.* 1998; 15(3):132-144.
16. Bramantoro T, Santoso CMA, Hariyani N, et al. Effectiveness of the school-based oral health promotion programmes from preschool to high school: A systematic review. *PLoS One.* 2021; 16(8):e0256007.

17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar: 2015. Rio de Janeiro: IBGE; 2016. [acesso em 2022 maio 7]. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv97870.pdf>.
18. Kwan SY, Petersen PE, Pine CM, et al. A. Health-promoting schools: an opportunity for oral health promotion. *Bull. World Health Organ.* 2005; 83(9):677-685.
19. Cezário LRA, Mialhe FB. Promoção da saúde bucal nas escolas brasileiras: revisão integrativa de literatura. Faculdade de Odontologia de Lins/Unimep. 2021; 31(1-2):59-71.
20. Kaewkamnerdpong I, Krisdapong S. The associations of school oral health-related environments with oral health behaviours and dental caries in children. *Caries Res.* 2018; 52(1-2):166-175.
21. Sheiham A, Watt RG. The common risk factor approach: a rational basis for promoting oral health. *Community Dent. Oral Epidemiol.* 2000; 28(6):399-406.
22. Watt RG, Sheiham A. Integrating the common risk factor approach into a social determinants framework. *Community Dent. Oral Epidemiol.* 2012; 40(4):289-296.
23. Freire MC, Nery NG, Jordão LM, et al. Individual and contextual determinants of dental pain in adolescents: evidence from a national survey. *Oral Dis.* 2019; 25(5):1384-1393.
24. World Health Organisation. Ottawa Charter for Health Promotion: First International Conference on Health Promotion Ottawa, 21 November 1986. [acesso em 2022 maio 8]. Disponível em: https://www.healthpromotion.org.au/images/ottawa_charter_hp.pdf.
25. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. 3. ed. Brasília, DF: MS; 2010.
26. Luquez TMS, Saboia VM, Meireles ACM, et al. Ações de promoção da saúde nas escolas brasileiras: uma revisão integrativa. *Res., Soc. Dev.* 2021; 10(1):e57110112112.

Recebido em 10/05/2022
Aprovado em 15/09/2022
Conflitos de interesse: inexistente
Suporte financeiro: não houve

Programa Saúde na Escola: desafios da educação em saúde para prevenir Dengue, Zika e Chikungunya

School Health Program: health education challenges for the prevention of Dengue, Zika, and Chikungunya

Wania Ribeiro Fernandes¹, Viviane Rangel de Muros Pimentel², Maria Fátima de Sousa², Ana Valeria Machado Mendonça²

DOI: 10.1590/0103-11042022E313

RESUMO Este artigo apresenta reflexões sobre estratégias de educação em saúde para prevenção da Dengue, Zika e Chikungunya no âmbito do Programa Saúde na Escola (PSE), visando à atenção integral à saúde de estudantes do ensino público básico nas escolas, em parceria com as Unidades Básicas de Saúde. Trata-se de uma pesquisa nacional, oriunda de um projeto intitulado Arbocontrol, coordenado pela Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, com apoio do Ministério da Saúde, com vistas ao combate e controle das arboviroses decorrentes do *Aedes aegypti*. De abordagem qualitativa, este estudo fundamenta-se no pensamento foucaultiano de biopolítica. Foram entrevistados 158 professores e 117 profissionais de saúde, de 16 municípios, nas 5 regiões brasileiras. Os resultados indicaram que, na execução do PSE, o saber comunitário não se incorpora nas ações. O modelo educacional conteudista estabelece, *a priori*, o que deve ser tratado; e a fragilidade na articulação intersetorial para o planejamento das ações tem dificultado sua eficácia. A educação em saúde ainda é entendida como processo informativo para o autocuidado, fomentado por estratégias biopolíticas de disciplinamento dos corpos dos sujeitos ou na constituição de suas subjetividades para o autocuidado, depositando neles a responsabilidade por sua saúde.

PALAVRAS-CHAVE Serviços de saúde escolar. Educação em saúde. Arbovírus. Prevenção de doenças. Promoção da saúde.

ABSTRACT *This article reflects on health education strategies for the prevention of Dengue, Zika, and Chikungunya within the School Health Program toward comprehensive health care of students of primary public education in schools, in partnership with the Primary Health Care Units. This national research is nested in a project called Arbocontrol and coordinated by the Faculty of Health Sciences of the University of Brasília, with support from the Ministry of Health, to combat and control arboviruses transmitted by Aedes aegypti. This qualitative study is based on the Foucauldian thinking of biopolitics. One hundred fifty-eight teachers and 117 health professionals from 16 municipalities in the five Brazilian regions were interviewed. The results indicated that the implementation of the PSE does not incorporate community knowledge into the actions. The content-oriented educational model establishes, a priori, what should be addressed, and the fragile intersectoral articulation for the planning of actions has hampered its effectiveness. Health education is still understood as an informative process for self-care, fostered by biopolitical strategies of disciplining the bodies of subjects or establishing their subjectivities for self-care, making them accountable for their health.*

KEYWORDS *School health services. Health education. Arboviruses. Disease prevention. Health promotion.*

¹ Universidade Federal do Amazonas (Ufam) - Manaus (AM), Brasil. waniafer@gmail.com

² Universidade de Brasília (UnB) - Brasília (DF), Brasil.



Introdução

A proliferação dos criadouros do mosquito *Aedes aegypti*, que ocorre tanto em residências como em espaços comunitários, principal vetor transmissor da Dengue, Zika e Chikungunya (DZC), decorre de múltiplos fatores condicionantes, como condições climáticas, migração, urbanização sem controle e/ou planejamento e pobreza. Essas arboviroses se constituem, na atualidade, em um dos maiores problemas de saúde pública no País e no mundo.

No Brasil, a dengue ainda é a doença com maior incidência em todos os estados brasileiros. Somente no último ano, os casos prováveis aumentaram 43,5% no território nacional, com 54 casos graves e 10 óbitos confirmados somente no primeiro mês do corrente ano¹.

Tal complexidade, há quase duas décadas atingindo o País com epidemias sazonais, fez com que as políticas públicas buscassem implementar ações intersetoriais integradas como estratégia para a prevenção e o controle das arboviroses, entre as quais, as do Programa Saúde na Escola (PSE), cujas ações teoricamente se estruturam no modelo da Promoção da Saúde (PS) e são dirigidas aos estudantes de escolas públicas brasileiras por meio de parcerias municipais estabelecidas entre as escolas e as Unidades Básicas de Saúde da família (UBS).

O PSE compreende a PS pelo viés da educação integral, cujo conceito abarca proteção, atenção e pleno desenvolvimento da comunidade escolar, a partir de cinco componentes: avaliação das condições de saúde; PS e prevenção de agravos; educação permanente e capacitação de profissionais da educação, da saúde e de jovens; monitoramento e avaliação tanto da saúde dos estudantes como do programa².

No processo de adesão ao PSE o município deve elaborar um projeto – entendido como uma ‘leitura técnica’ da situação municipal no âmbito das ações de educação e saúde – delimitando os territórios segundo a área de abrangência das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), apresentando informações

sobre o diagnóstico situacional, mapeando a Rede de Atenção Básica/Saúde da Família no Sistema Único de Saúde e Redes de Ensino – estadual e municipal; estabelecendo ainda as atribuições tanto das equipes da ESF quanto das escolas, com quantificação do número de escolas, estudantes de cada estabelecimento e as questões prioritárias do perfil desses alunos.

Essa estratégia de articular ações conjuntas entre as equipes da ESF e as escolas da rede pública de ensino parte do pressuposto de que esta última se constitui em espaço privilegiado para disseminação de informação, de construção do conhecimento e de formação de sujeito, possibilitando ampliar o alcance e o impacto das ações relativas aos estudantes, suas famílias e a comunidade.

A PS entende a importância e o protagonismo dos determinantes sociais sobre as condições de saúde da população, razão pela qual suas práticas propõem a articulação entre os saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos públicos, privados, individuais e coletivos no enfrentamento dos problemas de saúde³. Já a confluência entre a educação e a saúde ocorre por meio do encontro desses dois saberes, cujo ponto de atravessamento se dá no corpo do sujeito.

As teorias e as práticas pedagógicas que preconizavam o disciplinamento e o treinamento dos corpos fizeram com que a educação fosse introduzida na área da saúde a partir de modelos intervencionistas calcados na relação informação-ação. Nessa perspectiva, as estratégias de educação em saúde, na atualidade, ainda consistem em adequar comportamentos, implementar hábitos, atitudes e ensinar responsabilidades com saúde, colocando o indivíduo como ponto central para o processo de mudança desejado⁴.

Apoiando-se no pensamento filosófico de Michel Foucault⁵, buscou-se compreender como têm se configurado, nos discursos de profissionais da educação e saúde, os entendimentos sobre práticas de educação em saúde voltadas à prevenção das arboviroses DZC desenvolvidas no PSE, identificando desafios

do programa, entendendo que, na perspectiva foucaultiana, os discursos são práticas que formam sistematicamente os objetos de que falam, ou seja, não apenas nomeiam coisas, mas, sobretudo, estabelecem verdades e orientam estratégias de comportamento, entendendo as práticas discursivas como tudo que pode e deve ser dito relativo a um determinado contexto a partir de uma posição e um momento histórico específicos.

Nessa perspectiva teórica, as práticas discursivas estão impregnadas de relações de poder e saber. Tal entendimento possibilita buscar nos discursos de profissionais de educação e saúde formas e racionalidades de poder. As relações entre formas e racionalidades de poder e os processos de subjetivação os sujeitos (processos de subjetivação se referem tanto a formação do sujeito em cidadãos governáveis quanto da formação da existência individual), foram examinadas por Foucault⁶ a partir da noção de ‘Governamentalidade’ – descrita como o conjunto constituído pelas instituições, os procedimentos, as análises e as reflexões, os cálculos e as táticas que permitem exercer essa forma bem específica, embora muito complexa, de poder e que tem por alvo principal a população; por predominante forma de saber, a economia política; e por instrumento técnico essencial, os dispositivos de segurança –, neologismo por ele criado e advindo da fusão das palavras ‘governar’ e ‘mentalidade’, visando enfatizar a interdependência existente entre as práticas de governo – que se refere ao nível instrumental e abrange os meios pelos quais determinadas políticas são projetadas e implementadas – e as mentalidades que sustentam tais práticas; governamentalidade esta que possibilita examinar as várias e complexas formas pelas quais a verdade é produzida nas esferas: social, cultural e política.

Nessa base, o discurso torna-se importante ferramenta para compreender o que é aceito, regulado, interdito ou estabelecido como verdade no âmbito social, principalmente quando é analisado no cenário escolar – considerado o *locus* ideal para influenciar

significativamente o comportamento, conhecimento, senso de responsabilidade e capacidade de observar, pensar e agir de crianças e adolescentes.

A educação em saúde é apreendida como um processo que instrumentaliza o indivíduo ao desenvolvimento de um olhar mais crítico sobre suas condições de vida, levando-o a buscar alternativas para transformá-la em benefício próprio e de sua comunidade. Esse entendimento se reflete no discurso da educação em saúde no ambiente escolar que tem tido como eixo central o desenvolvimento de uma aprendizagem transformadora de atitudes e hábitos de vida, visando estimular a reflexão sobre o senso de responsabilidade pela saúde individual e coletiva de cada cidadão.

A compreensão de tais concepções é fundamental quando se dirige a atenção para os discursos de profissionais que atuam em estratégias políticas, como o PSE, transversalizadas por leis e decisões, que podem produzir ‘verdades’ ou entendimentos específicos sobre práticas educativas em saúde destinados, neste caso, à prevenção da DZC.

Assim, indaga-se: quando tais profissionais falam de ações e estratégias de educação em saúde para prevenção de arboviroses nas escolas, a quais práticas se referem? Estão suas práticas consonantes com o modelo da PS, preconizado pelo PSE?

Material e métodos

No intuito de possibilitar o alcance dos objetivos delineados neste trabalho, adotou-se a abordagem qualitativa, com desenho de múltiplos casos, sendo analisados dados secundários obtidos de entrevista semiestruturada realizada com 158 professores, aplicada em 16 municípios das cinco regiões brasileiras, entre os anos 2018 e 2019.

Para a escolha amostral, consideraram-se como critérios de inclusão: municípios classificados como urbanos e intermediários adjacentes e remotos, segundo a Classificação

e Caracterização dos Espaços Rurais e Urbanos do Brasil, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano de 2018; adesão ao PSE; e a participação do Levantamento Rápido de Índices para *Aedes aegypti* (LIRAA), nos anos de 2016 e 2017.

A justificativa pela opção do tipo de estudo (múltiplos casos) ancora-se na abordagem de Yin⁷, em que um mesmo estudo pode conter mais de um caso único, e o conjunto dos casos, constituir-se em um projeto de casos múltiplos, possibilitando que o pesquisador centre a atenção em um pequeno número de casos e explore com grande detalhe as facetas dos casos.

Os discursos de professores considerados envolveram apenas aqueles que haviam participado de alguma atividade relacionada com as ações de prevenção e/ou combate ao mosquito *Aedes aegypti* no PSE. Dentro dessa mesma lógica, foram analisados os discursos de técnicos(as) de enfermagem, enfermeiros(as) e de médicos(as) cujo trabalho tivesse vinculação com ações do PSE.

A análise dos dados empíricos apresentados a seguir foi realizada a partir da perspectiva de saber-poder que se institui nas relações entre indivíduos ou grupos – por meio de leis, programas ou mecanismos – que permitem o estabelecimento de noções contemporâneas sobre produção de vida saudável e prevenção da DZC.

Submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde, da Universidade de Brasília, foi aprovado sob o parecer nº 3.504.219.

Resultados e discussão

O Projeto Arbocontrol entrevistou 158 professores, de 52 escolas vinculadas ao PSE previamente indicadas pelos gestores municipais, e 117 profissionais de saúde, sendo 45 técnicos(as) em enfermagem; 31 médicos(as) e 41 enfermeiros(as), nos municípios: Araguaína (TO), Macapá (AP), Vilhena (RO), Campina Grande (PB), Fortaleza (CE), João Pessoa (PB), Anápolis (GO), Caldas Novas (GO),

Planaltina (GO), São Bernardo do Campo (SP), Governador Valadares (MG), Belo Horizonte (MG), Gramado (RS), Cascavel (PR) e Dois Vizinhos (PR), entre os anos de 2018 e 2019.

Para fins deste estudo, do total de professores entrevistados (n = 158), excluiu-se da análise o discurso de 14 profissionais que, por serem recém-contratados ou estarem em funções administrativas, não haviam participado ou não sabiam informar sobre as atividades relativas à prevenção da DZC pelo PSE nas escolas. Assim, foram considerados discursos de 144 professores.

Quanto aos critérios de inclusão dos profissionais de saúde, do total de entrevistados no Projeto Arbocontrol (n = 117), foram analisados discursos de 101 profissionais, sendo 26 médicas(os), 37 enfermeiras(os) e de 38 técnicas(os) em enfermagem, excluindo 16 por não estarem diretamente inseridos em ações educacionais do PSE voltadas à prevenção da DZC.

Por fim, cabe salientar que, embora Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate às Endemias (ACE) sejam absolutamente necessários ao controle e combate às arboviroses DZC, dada a sua notória atuação nessa frente de trabalho, neste estudo, não foram entrevistados profissionais de tais categorias visto que eles não foram convocados pelos órgãos municipais (Secretarias Municipais de Educação e Secretarias Municipais de Saúde) responsáveis por articular as ações do PSE, para as ações educacionais do PSE nas escolas visitadas.

O governo do PSE e seus desafios

A gestão governamental, para Foucault⁶, tem como principal objeto a população. Para tal, necessita atuar nos processos de subjetivação dos sujeitos e suscitar neles o entendimento de que o Estado ou seus representantes são detentores de uma certa verdade sobre os fenômenos que atingem um território e os indivíduos. As formas de governo originam a produção de discursos de verdade

sobre e na sociedade e envolvem práticas de produção de conhecimento. O governmento refere-se, portanto, ao nível instrumental da gestão, aos meios pelos quais determinadas políticas são projetadas e praticadas.

O governo federal vem buscando, há algumas décadas, implementar propostas que pensem a relação entre saúde e escola por um viés mais participativo, que envolva a comunidade escolar a fim de descobrir como a cultura popular representa a saúde, a doença e os modos de cuidar, possibilitando, assim, novos sentidos tanto no dia a dia dos cidadãos quanto nas experiências coletivas.

Em 2006, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde (SGETES/MS) publicou um documento intitulado 'A Educação que Produz Saúde'⁸ com o intuito de mobilizar a comunidade educacional a 'construir' uma escola que produzisse 'saúde' por meio do fortalecimento dos modos participativos, democráticos de pensar e fazer educação em saúde na escola. Tal proposta entendia que, se a comunidade escolar fosse motivada a discutir sobre as causas e possíveis soluções para os problemas de saúde existentes em suas vidas, seria possível produzir novos e inovadores conhecimentos e assim alterar a realidade de qualidade de vida local.

Visando ratificar a proposição da Escola Promotora de Saúde, no ano seguinte, os Ministérios da Saúde e da Educação publicam o Decreto nº 6.286 instituindo o PSE, cuja proposição enfatiza que as práticas de educação em saúde devem considerar os saberes coletivos, ou seja, tudo o que a comunidade sabe e pode fazer para que se produzam aprendizagens significativas e sujeitos informados, capazes de atuar de forma participativa, reflexiva e crítica em defesa da sua qualidade de vida².

Com a finalidade de avançar no enfrentamento das vulnerabilidades sociais, o PSE não só reforça a ideia da escola como espaço privilegiado para práticas de PS e prevenção de agravos como também busca potencializar as ações de educação e saúde por meio de articulação entre escola e unidade de saúde. Tal

estratégia preconiza que os profissionais de saúde e de educação devem adotar uma atitude de empoderamento dos princípios básicos de PS dirigida aos educandos e à comunidade escolar.

Dessa forma, criar um programa de saúde na escola tendo em vista a PS coloca a gestão diante de desafios que vão além da consolidação de parcerias que compreendam e se apropriem dos referenciais da promoção, dos aspectos intrínsecos da intersectorialidade, bem como é preciso considerar que os processos de aprendizagem e o ato de aprender transcendem o espaço formal escolar e que os sujeitos da educação são capazes criar estratégias inovadoras de enfrentamento dos problemas sociais e que precisam ser ouvidos e considerados.

Cabe ressaltar que os desafios de gestão não são detalhados ou abordados de modo mais profundo neste trabalho tendo em vista que os gestores do programa nos municípios não constituíram objeto de pesquisa.

Desafios da implementação do PSE na perspectiva da PS

As questões trazidas pela PS, como a importância de considerar os Determinantes Sociais Gerais de Saúde da população ou o envolvimento da comunidade e seus saberes com o intuito de propiciar ou gerar novos e inovadores conhecimentos capazes de transformar a realidade local, são ainda desafios a serem vencidos no PSE.

O PSE previu em sua estrutura tais princípios. Para tanto, o município deveria realizar uma 'leitura técnica' de saúde, ou diagnóstico situacional, a fim de que fossem identificados as prioridades e os aspectos que precisariam ser redimensionados e/ou qualificados no âmbito das ações de educação e saúde no território. Para esse fim, o município elaboraria um projeto municipal no qual os territórios seriam delimitados segundo a área de abrangência das equipes da ESE, definindo assim o conjunto de escolas vinculadas a essas equipes e que atuariam no PSE em cada território.

Os discursos revelam que os professores das escolas e os profissionais de saúde das equipes de ESF de cada território envolvidos no PSE desconhecem o estabelecimento de metas ou a existência de um plano de ação específico do programa. Na prática, o que se observa nas escolas vinculadas ao PSE é a execução de um modelo educacional conteudista a orientar os planejamentos que estabelecem, *a priori*, o que deve ou não deve ser abordado, excluindo assim a base teórica da PS que norteia o PSE. A comunidade escolar não é reconhecida como sujeito de conhecimento e saberes, e as abordagens utilizadas não integram os saberes da população. Essa estratégia que não considera os determinantes sociais de saúde e não produz novos conhecimentos pôde ser identificada nos discursos de professores dos municípios das cinco regiões do País. A exemplo, destaca-se um, proferido em São Bernardo do Campo:

[...] entregamos pra criança [...] panfletos que vieram da Secretaria sobre os cuidados que devem ter. [...] um papelzinho que tem uns quadradinhos para preencher, por exemplo se na casa dela tinha vaso com pratinho de água e [...] o que elas deveriam fazer [...]. (ESC1PROF2; SBCampo).

Essa concepção de educação em saúde inscrita ainda na perspectiva da transmissão de um conhecimento especializado, normatizado que informa a uma população, cujo saber é ignorado ou desvalorizado, quais comportamentos devem ser instituídos com o objetivo de evitar o adoecimento, ainda se calca na ótica higienista das práticas pedagógicas sanitárias, cujo entendimento é de que dizer às pessoas o que devem fazer para serem saudáveis é o mesmo que educar⁹.

É importante ressaltar que, ao identificar o aspecto de transmissão de um saber presente nos discursos e ações de educação em saúde no PSE, não se ignorou o viés positivo de tais ações. Conforme esclarece Foucault ao se referir às instituições pedagógicas:

[...] não vejo onde está o mal na prática de alguém que, em um dado jogo de verdade,

sabendo mais do que um outro, lhe diz o que é preciso fazer, ensina-lhe, transmite-lhe um saber, comunica-lhe técnicas; o problema é de preferência saber como será possível evitar nestas práticas – nas quais o poder não pode deixar de ser exercido e não é ruim em si mesmo – os efeitos de dominação¹⁰⁽²⁸⁴⁾.

O que se verifica é a permanência da ideia de que a educação em saúde é uma questão que envolve somente informações técnico-científicas adequadas a serem transmitidas e disponibilizadas de forma verticalizada segundo a vontade pessoal e/ou política de sujeitos expostos a determinados agravos à saúde.

O desafio da intersetorialidade como prática no PSE

Historicamente, a convergência dos campos da saúde e da educação se fez como uma estratégia biopolítica destinada a implementar (e garantir) ações de controle coletivos, como prevenção das enfermidades, distribuição demográfica, envelhecimento populacional, entre outros.

Ao ser anunciado como uma política intersetorial, as diretrizes do PSE indicam que esta será sua forma de operacionalização, cuja responsabilidade por sua execução será compartilhada entre os setores da educação e saúde, sendo essa interação sua principal potência. Isso não só evidencia como também configura um modo de fazer educação no âmbito da saúde que demanda adaptabilidade e flexibilidade como estratégias para otimizar recursos de ordens diversa.

Todavia, a fala dos sujeitos das escolas e das unidades de saúde vinculados ao programa leva a supor que existem dois tipos de racionalidades postas em ação: uma decorrente da noção que produziu a maneira pela qual o PSE foi ‘pensado’ ou escrito e que o fez passar pelo escopo teórico da PS, portanto, de ação conjunta que considera o saber da comunidade; e outra colocada em funcionamento com uso de técnica conteudista, na perspectiva

higienista de intervenção, visando ao controle e à normatização das condutas.

Se, na sua estrutura, o PSE não concebe a ação dos profissionais de saúde como a de capacitadores de conhecimento especializado nem a de educadores como sendo aquela que absorve passivamente as orientações e as instruções e repassa para os estudantes e comunidade, não se pode perder de vista que, em torno dos saberes, existe um dispositivo disciplinar que os normaliza e estabelece politicamente uma relação hierárquica entre eles. É necessário, portanto, lembrar que as formas como a norma disciplinar e a norma de regulamentação (biopolítica) se cruzam – e tal cruzamento se dá no campo das práticas e dos saberes que informam a educação ou nas políticas que a atravessam e a agenciam para determinados fins estratégicos – produzem certos efeitos de saber-poder e potencializam novas formas de governamentalidade¹¹.

As falas refletem esse movimento de normalização e hierarquização dos saberes, o lugar de poder estabelecido historicamente entre esses dois campos, assim como a consequente fragilidade da interação colaborativa proposta entre a educação e a saúde na implementação e execução das ações do PSE em todos os municípios pesquisados, como pode-se observar nos excertos dos discursos, a exemplo, proferidos em Vilhena e Planaltina:

[...] Às vezes recebemos [...] profissionais [...] da saúde que vêm até a escola [...]. (ESC3PROF6; Vilhena).

[...]. Vem uma pessoa [...] falando [...] e faz a conscientização da comunidade e a gente [...] dá continuidade ao projeto ao longo ano, dentro de sala. (ESC2PROF2; Planaltina).

No funcionamento do PSE, nos diversos municípios, de alguma forma, o poder disciplinar faz valer seus efeitos; apesar de serem instituições fechadas que distribuem os sujeitos, os efeitos esperados estão no nível da população, e não só do indivíduo.

Na perspectiva biopolítica, a escola pública é convocada a participar a fim de garantir que situações sejam elencadas, que problemas da comunidade sejam mapeados para que o Estado possa conhecer, vigiar, melhor controlar e intervir com relação aos que estão em situação de vulnerabilidade, daí uma escola cada vez mais envolvida com os problemas sociais e atuante nas condições de vida dessa população.

Essa estratégia de governo – direcionada a estudantes de escolas públicas consideradas em situação de vulnerabilidade social –, na tentativa de controlar os riscos, e difundir a responsabilidade sobre si e os outros, requer que todos/as estejam bem-informados/as dos riscos que correm, bem como das ações que devem empreender para minimizar os problemas de saúde. O que se espera com os dispositivos pedagógicos é que sejam utilizados para se protegerem – e se prevenirem – dos riscos, presentes e futuros. Quando associados à mídia, esses dispositivos têm seus efeitos potencializados na medida em que produzem

imagens, significações, enfim, saberes que de alguma forma se dirigem à 'educação' das pessoas, ensinando-lhes modos de ser e estar na cultura em que vivem¹².

Portanto, a mídia não apenas veicula, mas, sobretudo, “constrói discursos e produz significados e sujeitos”¹², conforme explicitado nos discursos dos/as professores, ao externarem:

A gente foi no posto de saúde, pediu panfletos e fizemos a conscientização na rua [...]. (CEI2PROF2; J.Pessoa).

A gente trabalha muito [...] textos informativos [...] pra conscientizar as crianças. [...]. (ESC3PROF2; G.Valadares).

Quando se analisaram os discursos dos profissionais de saúde, apenas duas médicas, de Araguaína/TO, fizeram referência a ações em escola/PSE; e quanto aos enfermeiros(as), em todas as regiões, foi possível identificar

discursos referentes ao PSE. Já entre os técnicos de enfermagem, apenas um, no município de Macapá/AP, fez referência.

Faz-se necessário refletir sobre o elemento-chave da PS que é a participação com entendimento claro sobre o papel das pessoas, grupos e organismos para que se estabeleçam seus objetivos. O PSE não consegue ser efetivo se for proposto ou executado por um único setor. É imprescindível evitar restringir o PSE ao isolamento setorial e/ou atendimento por demandas específicas, conforme identificado:

A única ação que a gente fez recente que envolveu a equipe toda com relação as arboviroses [...] foi no programa do PSE [...] mês passado, que a gente fez o trabalho [...], durante uma semana nas escolas [...]. (ENF2; CaldasNovas).

Os discursos se caracterizam pela ausência do diálogo entre os setores saúde e educação, e as ações ocorrem visando ao atendimento a demandas específicas ou assistenciais. O que pode ser observado nas execuções dessas estratégias no PSE é que elas se estabelecem (re)significadas pelos sujeitos por meio de uma interação verticalizada das secretarias para as escolas, em que o saber médico, da saúde, é preponderante e orienta as estratégias dirigidas à comunidade que é excluída do processo democrático de pensar, planejar, propor ou criar soluções para seus problemas.

Destaca-se que, nos discursos transcritos, não se considera a dimensão reflexivo-crítica proposta pela ação intersetorial, visto que o saber da área da saúde é disciplinar, estabelecido por meio de formulações cujo caráter informativo visa à mudança de comportamento dos sujeitos e que é legitimado e reproduzido no ensino formal, conforme assinalado por Foucault¹³. Segundo esse entendimento, modificar os comportamentos é necessário, pois são os indivíduos, por meio de seus hábitos e atitudes, os responsáveis pelas moléstias que os acometem e por manter a sua saúde.

As ações que deveriam ser estabelecidas pelo Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI),

preconizado no PSE com a função de planejar e articular as ações entre a educação e a saúde, não são evidenciadas em nenhuma das cinco regiões brasileiras¹⁴.

O desafio de educar em saúde no PSE

A divulgação da informação sobre saúde para a população na atualidade é compromisso que visa à democratização do acesso à informação. As novas Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) constantemente criam produtos informativos endereçados a grupos específicos com o intuito de facilitar o diálogo entre o tema e o público.

Admitindo que tanto a informação quanto a educação são elementos importantes para a PS, considera-se necessário enfatizar que informar não significa educar. Enquanto a informação se refere ao conteúdo a ser disponibilizado e que deverá orientar as decisões de gestores e encaminhamentos educacionais, a educação é o estabelecimento de sentido da informação, determinando vínculos entre o modo de pensar e a ação cotidiana dos sujeitos¹⁵.

As estratégias educacionais pensadas na estrutura do PSE e presentes no documento denominado 'Passo a Passo PSE: tecendo caminhos da intersetorialidade', publicado pelo MS¹⁴, preconiza que o trabalho deve envolver professores, funcionários e precisa ter como princípio 'o que eles sabem' e 'o que eles podem fazer'. Destaca a necessidade de desenvolver em cada um dos atores "a capacidade de interpretar o cotidiano e atuar de modo a incorporar atitudes e/ou comportamentos adequados para a melhoria da qualidade de vida"¹⁴⁽⁶⁾. Por fim, ressalta a importância de os profissionais de saúde e educação promoverem nos educandos, professores e funcionários das escolas o empoderamento dos princípios básicos da PS.

Entretanto, pode-se dizer que tal discurso não encontra ressonância nas estratégias adotadas na execução do programa, identificadas como 'palestras educacionais', ações de 'cientificação' ou de 'capacitação' estabelecidas como ações de 'Educação em Saúde', seja nas

UBS ou nas escolas vinculadas ao PSE, conforme evidencia-se nos discursos externados por professores e profissionais de saúde, ao compartilharem:

A questão da prevenção [...] a gente faz texto sobre. [...] tipo uma palestra, [...] mostra videozinho [...]. (ESC3;PROF1; Gramado).

[...] dei uma palestra sobre combate à Dengue lá na escola [...] do bairro que a gente trabalha e [...] falava como é a eliminação dos criadouros [...]. (ENF2; Macapá).

As transcrições possibilitam observar a forma tradicional de apresentar e abordar as questões relativas à prevenção e PS como área especificamente instrumental na qual os sujeitos tornam-se ferramentas para desenvolvimento das ações. Nota-se a relação de poder-saber estabelecido entre profissionais da saúde e da educação em que o papel de ‘educadora/educador’ das(os) enfermeiras(os) e médicas(os) é identificado quando expressam que farão ‘palestras’ reforçado pela fala das professoras que ‘buscam’ o pessoal do ‘Posto’ para dar palestras.

É importante lembrar que um dado discurso instituído trata não só de como se governa, mas também de como se é governado; trata da relação entre o governo dos outros e o governo próprio. Isso porque esse fim só é atingido na medida em que o governo, por meio de um poder que lhe é característico, o biopoder, inscreve-se sobre corpos individuais, produzindo sujeitos, moldando-os, guiando-os e afetando sua conduta de maneira a torná-las pessoas de um certo tipo, que reproduzam determinados saberes. Nesse sentido, o biopoder é colocado em ação ao se desenvolver a prática educativa em saúde nos moldes tradicionais.

Outra estratégia difundida pelas Secretarias de Saúde é o envio de cartazes e *folders* para UBS e escolas, como ferramenta de disseminação da informação. Para os profissionais da educação e da saúde, existe o entendimento de que a informação de ‘fonte qualificada’ é capaz de promover a mudança de comportamento

e/ou adesão da população às práticas de autocuidado. Tal entendimento tem promovido a elaboração verticalizada de materiais, inviabilizando avaliar o efetivo entendimento da comunidade sobre temas tratados. Isso talvez explique a pouca adesão dos sujeitos às ações e estratégias a serem implementadas:

[...] a gente tem todos os informativos, adesivos, folders, cartazes, banners, [...] e tem muita palestra. (ENF1; Anápolis).

[...] a gente distribuía... Assustava que matava, né, que morria, mas não adiantou muito. Só quando teve [...] um surto grande aqui, que [...] se deu mais consciência... (ENF2; Dois Vizinhos).

Tal estratégia biopolítica de utilizar *folders*, cartazes e cartilhas como principal abordagem para incentivar sujeitos e população a ‘consumir’ conhecimentos para o autocuidado atua na produção do ‘*homo economicus*’ que desonera um sistema público de saúde, possibilitando que este se viabilize financeiramente¹⁰. Nesse contexto, a informação, em especial a midiática, é vista como poderosa ‘substância’ capaz de promover mudança de hábitos, cura de doenças, controle de epidemias ou PS.

Considera-se que os produtos midiáticos possuem função formadora, ao produzir significações, e assim como a escola, utilizam-se de técnicas de produção de sujeitos autoanalíticos, autoavaliativos, que possam refletir sobre seus atos, suas sensações, de modo mais fluido e amplo.

Nessa perspectiva, quando se trata de analisar um dispositivo pedagógico, Jorge Larrosa¹⁶, desde o século passado, já alertava para a importância de atentar para a subjetivação na produção pedagógica do sujeito:

[...] a produção pedagógica do sujeito, já não é analisada apenas do ponto de vista da ‘objetivação’, mas também e fundamentalmente do ponto de vista da ‘subjetivação’. Isto é, do ponto de vista de como as práticas pedagógicas constituem e medeiam certas relações determinadas da pessoa consigo mesma¹⁶⁽⁵⁴⁾.

Os modos de subjetivação no PSE, portanto, podem ser entendidos como práticas produtivas desenvolvidas por meio de objetivação dos discursos implementados na escola sobre como os sujeitos-estudantes devem conduzir-se, como devem agir para manterem-se saudáveis e não se tornarem sujeitos de risco, para si, para o Estado e a comunidade.

Considerações finais

A educação em saúde permanece estruturando-se na biopolítica do disciplinamento dos corpos dos sujeitos com seus regramentos ou na constituição das subjetividades dos sujeitos para o autocuidado, com o propósito de adequar ou ajustar os indivíduos a uma determinada 'norma' social que deposita neles a responsabilidade por sua saúde traduzida como necessidade de os sujeitos optarem por hábitos e comportamentos saudáveis.

Se a noção de governamentalidade pensa práticas de governo capazes de operar 'a distância', no que tange às ações do PSE, busca criar locais e pessoas aptas a exercerem uma autonomia regulada, pelas palestras, pelas campanhas, cartazes e *folders*, que estabelecem quais comportamentos são adequados, quem está e quem não está em risco e como devem se conduzir os sujeitos com o intuito de garantir 'o fim' da ameaça: o mosquito.

A lógica dos que executam o PSE nas escolas e nas UBS ainda é a de que educação em saúde é mais um processo informativo e que a 'falta de saúde' seria mais um problema de ordem individual circunscrito no âmbito da não adesão a comportamentos adequados e higienização, como: usar repelentes, não jogar lixo no chão, desvirar ou recolher tampinhas e/ou copos no ambiente, não acumular água em vasos

de planta ou no quintal e manter o ambiente doméstico limpo.

Não são considerados os determinantes sociais e o saber comunitário na análise dos agravos à saúde e implementação de ações de prevenção e PS. Mesmo com as propostas que buscam ampliar a abrangência dos programas educativos, como as estratégias de teatros e caminhadas no bairro com os estudantes, tal ampliação não ocorre com a incorporação de repertório sociocultural da comunidade, restringindo-se à reprodução de conteúdo técnico-científicos ao universo cultural daqueles a quem se deseja ensinar. Continuam-se utilizando estratégias didáticas tecnicamente informadas pelas necessidades específicas de saúde, definindo comportamentos 'corretos' para cidadãos ao invés de se criarem oportunidades de reflexão crítica e de diálogo entre os sujeitos.

Nesse sentido, se a epidemia por DZC é, por definição, coletiva, a sua contenção é configurada como responsabilidade do indivíduo, em suas práticas diárias e cuidado com o ambiente, doméstico e coletivo. Esse caráter multiplicador dirigido às crianças e individualizado no cuidado é uma marca inferida nas ações de professores e profissionais de saúde, e esta é uma prática instaurada pelo biopoder, no governmento da população na medida em que se exerce sobre cada um dos indivíduos, tendo como ponto de articulação: a escola.

Colaboradoras

Fernandes WR (0000-0001-5040-6293)*, Pimentel VRM (0000-0001-9316-2751)*, Sousa MF (0000-0001-6949-9194)* e Mendonça AVM (0000-0002-1879-5433)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Monitoramento dos casos de arboviroses urbanas causados por vírus transmitidos pelo mosquito *Aedes* (dengue, chikungunya e zika), semanas epidemiológicas 1 a 6, 2022. *Boletim Epidemiol.* 2022 [acesso em 2022 fev 20]; 53(6):3-21. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-contudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/edicoes/2022/boletim-epidemiologico-vol-53-no06/view>.
2. Brasil. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola – PSE, e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* 5 Dez 2007. [acesso em 2022 fev 20]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm.
3. Buss PM. Promoção da Saúde da Família. *Rev Bras Saúde Família.* 2002 [acesso em 2022 fev 20]; 2(6):50-63. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0103/IS23%281%29021.pdf.
4. Sabóia VM. Educação em Saúde: a arte de talhar pedras. Niterói: Intertexto; 2003.
5. Foucault M. *A Arqueologia do Saber.* 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2002.
6. Foucault M. *Segurança, Território, População.* São Paulo: Martins Fontes; 2008.
7. Yin RK. *Estudo de caso: planejamento e métodos.* 2. ed. Porto Alegre. Bookman; 2001.
8. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. *A educação que produz saúde.* Brasília, DF: MS; 2006.
9. Castiel LD, Vasconcellos-Silva PR. *Precariedades do Excesso: informação e comunicação em saúde coletiva.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
10. Foucault M. *Ética, sexualidade, política.* 2. ed. São Paulo: Martins Fontes; 2006.
11. Gadelha S. *Biopolítica, governamentalidade e educação: introdução e conexões a partir de Michel Foucault.* Belo Horizonte: Autêntica; 2009.
12. Fischer RMB. *Trabalhar com Foucault: arqueologia de uma paixão.* Belo Horizonte: Autêntica; 2012.
13. Foucault M. *Vigiar e Punir.* Petrópolis: Vozes; 2002.
14. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Passo a passo PSE: Programa Saúde na Escola: tecendo caminhos da intersetorialidade.* Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011.
15. Silva JO. *Educação e saúde: palavras e atos.* Porto Alegre: Dacasa Editora; 2001.
16. Larrosa J. *Tecnologias do eu e educação.* In: Silva TT, organizador. *O Sujeito da educação: estudos foucaultianos.* Petrópolis: Vozes; 1994.

Recebido em 28/04/2022

Aprovado em 19/09/2022

Conflitos de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Ministério da Saúde

Programa Saúde na Escola: projeto de intervenção contra a dengue em Matinhos-PR

School Health Program: intervention project against dengue in Matinhos, State of Paraná, Brazil

Eduarda Cristina Poletto Gonçalves¹, Debora Cynamon Kligerman¹, Simone Cynamon Cohen¹, Neilor Vanderlei Kleinubing²

DOI: 10.1590/0103-11042022E314

RESUMO O Programa Saúde na Escola (PSE) objetiva promover ações de saúde nas escolas por meio de ferramentas pedagógicas desenvolvidas entre a saúde e a educação. Foi realizado um estudo na cidade de Matinhos-PR pelo PSE, na abrangência da escola municipal Luiz Carlos dos Santos, incluindo 60 estudantes dos 5.^{os} anos, no período de março a agosto de 2019. Utilizaram-se características da pesquisa-ação participativa e metodologia da problematização, sendo um tipo de estudo social e qualitativo. Para o levantamento dos dados, utilizou-se o método do Arco de Charles de Magueréz. Como resultado da pesquisa, desenvolveu-se, na escola e na comunidade, uma ferramenta pedagógica, o projeto de intervenção 'Escola, saúde, ambiente e comunidade mobilizados contra o *Aedes aegypti*'. O estudo comprovou que a aplicação de políticas públicas já existentes como o PSE, por intermédio da intersetorialidade, a educação em saúde ambiental e ações de controle vetorial mecânico, sem aplicabilidade de veneno, são medidas apropriadas para prevenção de doenças, como a eliminação de criadouros de vetores; efetivando, assim, o uso da educação em saúde ambiental nas escolas como uma estratégia de promoção da saúde.

PALAVRAS-CHAVE Serviços de saúde escolar. Política pública. Dengue. Saúde pública.

ABSTRACT *The School Health Program (PSE) aims to promote health actions in schools through pedagogical tools developed between health and education. A study was carried out in the city of Matinhos, State of Paraná, Brazil, by the PSE within the scope of the Luiz Carlos dos Santos municipal school including 60 students from the 5th grades, from March to August 2019. Characteristics of participatory action-research and problematization methodology were used, being a type of social and qualitative study. For data collection, the method of Charles de Magueréz Arch was used. As research result, a pedagogical tool was developed at school and in the community', the intervention project 'School, health, environment, and community mobilized against the *Aedes aegypti*'. The study proved that the application of existing public policies such as the PSE, through intersectoriality, environmental health education, and mechanical vector control actions, without applicability of poison, are appropriate actions for the disease prevention, such as the elimination of vector breeding sites; thus, making effective the use of environmental health education in schools as a health promotion strategy.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.
eduardacpoletto@gmail.com

²Universidade Federal do Paraná (UFPR) - Matinhos (PR), Brasil.

KEYWORDS School health services. Public policy. Dengue. Public health.



Introdução

A saúde, sob uma perspectiva ampliada, foi incorporada na educação por meio dos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) em 1997, aplicando o tema da saúde como transversal às disciplinas e às ações no contexto escolar, com ênfase na atenção integral por meio da promoção da saúde, da prevenção de doenças e agravos e da atenção e cuidados à saúde de crianças e adolescentes¹.

A vinculação de saúde e educação como política pública no Brasil se intensificou com a criação do Programa Saúde na Escola (PSE), instituído pelo Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, que tem o principal objetivo de promover ações de saúde nas escolas por meio de estratégias pedagógicas de educação e saúde integral, essencial para produzir autonomia, autocuidado, e participação dos escolares conforme a idade em que se encontram².

O acesso à saúde é considerado uma das fragilidades do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse sentido, a mortalidade infantil pode ser evitada com investimentos na Estratégia Saúde da Família (ESF), voltados para a atenção básica em saúde. Outrossim, medidas de promoção da saúde e prevenção de doenças enfraquecem as iniquidades sociais em saúde, propiciam a redução de doenças e promovem qualidade de vida³.

A Política Nacional de Educação Ambiental instituída pela Lei nº 9.795, de 27 de abril de 1999, estabeleceu a educação ambiental em todos os níveis de ensino, podendo ocorrer por intermédio da produção e divulgação de material educativo e o apoio a iniciativas e experiências locais e regionais. A educação ambiental trata-se de um campo temático transversal ao ensino, portanto, os professores podem adotar uma formação complementar nesse campo para ampliar suas áreas de atuação⁴.

Mohr e Schall⁵⁽²⁰⁰⁾ destacam que, desde 1971, pela Lei nº 5.692/1971, estimulam-se

o conhecimento e a prática da saúde básica e higiene nas escolas,

[...] prioritariamente, através de ações e não de explicações [...], a formação do professor nos domínios da educação ambiental e da educação em saúde é muito deficiente.

Nesse sentido, Lima⁶ apresenta que a escola não é apenas o espaço de ensino.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) destaca que, entre as responsabilidades sanitárias da equipe de saúde, está a educação em saúde. As práticas educativas em saúde trazem a oportunidade de aproximação da escola com a comunidade e os serviços de saúde com o objetivo de promover a atenção integral para as crianças e para os adolescentes inseridos no contexto escolar, saindo dos muros da escola e vivenciando o seu território³.

O artigo considerou o estudo desenvolvido na cidade de Matinhos-PR, sobre um projeto de intervenção sobre a temática da dengue nas escolas. Esse estudo considerou o trabalho real dos profissionais da Secretaria Municipal de Saúde, a vigilância em saúde, bem como a vivência da pesquisadora no serviço de saúde pela gestão municipal do PSE, sendo o resultado da pesquisa de mestrado intitulada: 'Práticas educativas em saúde e ciências ambientais: interface entre atenção primária e escola na promoção da saúde em Matinhos-PR'³.

O objetivo do artigo é demonstrar a aplicabilidade de uma ferramenta pedagógica de intervenção local, estabelecida inter-setorialmente entre as equipes de saúde e de educação, a fim de fortalecer o ensino das ciências ambientais e a promoção da saúde no contexto escolar, com o intuito de promover uma transformação social local³.

Para isso, analisou-se a interface entre saúde e educação no contexto escolar estudado, para desenvolver ações de promoção da saúde; avaliou-se a territorialização da escola, considerando os determinantes sociais e ambientais, e como são desenvolvidas as

práticas educativas em saúde na escola, por meio da Atenção Primária à Saúde (APS), na aplicabilidade do PSE³.

Este artigo, portanto, inicia-se expondo a metodologia utilizada no estudo, demonstra a sua aplicação no método do Arco de Charles Maguerez e descreve cada etapa realizada na investigação das consequências da implantação do PSE. Trata-se de um projeto de intervenção em uma escola no Paraná, na qual se levam em consideração os problemas reais da comunidade, a incidência de dengue. Por fim, destacam-se os resultados e as discussões do estudo de caso, por meio da pesquisa-ação.

Material e métodos

A pesquisa realizada foi exploratória, pois investigou as causas da incidência de dengue na escola, e descritiva⁷, pois detalhou cada etapa do método utilizado na investigação da aplicação do projeto de intervenção, sobrepuesto a uma política pública, o PSE. A pesquisa é do tipo de estudo social, qualitativa, com base na pesquisa-ação⁸, apresentando a metodologia da problematização, utilizando como método para coleta dos dados e obtenção dos resultados o método do Arco de Charles Maguerez⁹.

Figura 1. Método do Arco de Charles Maguerez⁹



Fonte: Bordenave e Pereira⁹.

Esse método se baseia na exposição de um problema que parte da realidade física ou social⁸ de um território. A primeira etapa chama-se 'observação da realidade' e busca uma visão geral do problema. No segundo momento, faz-se o 'levantamento dos pontos-chave', sendo a ocasião em que os pesquisadores, de acordo com seus conhecimentos, apresentam os motivos do problema observado. No terceiro momento, ocorre a 'teorização', sendo o período da discussão teórica, seja de estudos científicos e/ou legislações. No quarto momento, dá-se a 'hipóteses de solução', sendo o andamento para formular ações, atividades,

projetos para solucionar ou tentar solucionar o problema levantado. A última etapa consiste na 'aplicação à realidade', sendo a etapa de colocar em prática, efetivamente, as 'hipóteses de solução'. Por fim, após a aplicação do método⁹, busca-se identificar se ocorreram mudanças significativas no território (realidade).

Local de estudo

A escola Luiz Carlos dos Santos está localizada no município de Matinhos-PR, cidade litorânea. O município tem uma área territorial 116,544 km², com população estimada pelo

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, em 2018, de 34.207 habitantes. Em 2017, tinha 5.229 estudantes matriculados no ensino fundamental conforme Ministério da Educação (MEC) e o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (Inep). Ainda nesse mesmo ano, apresentava 20,75 de taxa de mortalidade em menores de 5 anos (mil nascidos vivos) – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DataSUS)/Secretaria da Saúde do Estado do Paraná (Sesa-PR)¹⁰.

O atendimento de esgoto acontece pela Companhia de Saneamento do Paraná (Sanepar). Em 2018, foi de 29.839 unidades econômicas, sejam casa, apartamento, loja etc.; e o abastecimento de água da Sanepar nesse ano foi de 33.365 unidades econômicas¹¹.

A unidade de saúde de referência territorial da escola é a Unidade Básica de Saúde (UBS) do Mangue Seco – ESF, sendo a distância aproximada de 1 km até a escola. A UBS conta com um médico, uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem e sete agentes comunitários de saúde. O pequeno afastamento entre a escola e a UBS apresenta que problemas distanciais não são empecilhos para as ações de saúde na escola pela equipe da ESF.

De acordo com zoneamento municipal, a escola está inserida em uma Zona Residencial (ZR 1) – e a uma quadra de uma Área de Preservação Permanente (APP)¹². Nesse território apresenta-se uma Zona de Conservação Ambiental (ZCA 1), a qual possui habitações sem loteamento (invasão). Ao lado da escola, está a colônia de pescadores do município.

Realização da pesquisa

Para a obtenção dos resultados, a metodologia baseou-se na observação de problemas territoriais, considerando não o conhecimento, mas a experiência de cada indivíduo para uma construção coletiva de uma solução, ou possível solução para o problema observado. Para Bordenave e Pereira⁹⁽¹⁰⁾, “Uma pessoa só conhece bem algo quando o transforma, convertendo-o também no processo”. De

acordo com os autores, a pesquisa-ação se apresenta como uma prática que propõe soluções e, quando possível, acompanha suas ações correspondentes.

No ano de 2019, foi desenvolvido um monitoramento por armadilhas ovitrampas¹³, uma parceria entre a Secretaria Municipal da Saúde de Matinhos-PR, por meio das ações da vigilância em saúde, a Sesa-PR, por intermédio da 1ª regional de saúde, e a Universidade Federal do Paraná (UFPR), pelo setor de ciências biológicas e o departamento de biologia.

Essa ferramenta faz a identificação de ovos para investigação da infestação do mosquito *Aedes aegypti*, seguindo os protocolos do Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD). O trabalho constituiu-se na instalação de 86 armadilhas mensalmente durante o período de um ano em diferentes imóveis, cobrindo toda a zona urbana do município. As armadilhas mantinham-se no campo durante três dias, sendo, após isso, encaminhadas ao departamento de zoologia da UFPR, para realização da leitura dos ovos.

Na sequência, os territórios eram classificados por grau de risco de infestação, sendo um indicador para as tomadas de decisões e medidas de intervenção. A escola, inserida no Estrato IV, apresentou positividade de 98 ovos, considerado alto risco, alerta (vermelho), para proliferação de mosquitos *Aedes aegypti* naquele local.

A escolha da escola se deu pela análise da situação de saúde da comunidade escolar, diante do quadro epidemiológico que a cidade vivenciava, com aumento significativo na incidência de casos de dengue e fortalecida pelo resultado do monitoramento das armadilhas ovitrampas no território escolar.

O cenário epidemiológico caracterizou a doença viral e reemergente em saúde pública, dengue, como problema central para o desenvolvimento de uma ferramenta pedagógica de ensino, o ensino por projetos, a ser aplicado pelo tema transversal do PSE – saúde ambiental e saúde coletiva, para aquela comunidade.

Cenário de estudo

O cenário de estudo teve como público-alvo professores, estudantes da rede básica de ensino municipal do Ensino Fundamental II e comunidade escolar, sendo a população fonte 3 professores e 3 profissionais da saúde, 60 estudantes dos três 5.^{os} anos na abrangência da Escola Municipal Luiz Carlos dos Santos, da rede básica de ensino, no município de Matinhos-PR, aplicado por meio do PSE.

Os estudantes não foram participantes focais desta pesquisa, porém os dados levantados relativos a eles foram utilizados para investigar o contexto no qual as intervenções colaborativas foram desenvolvidas. Com a finalidade de conhecer os problemas territoriais, elaborar e desenvolver um projeto de intervenção colaborativa, e verificar o contexto das práticas educativas na escola, utilizaram-se os recursos metodológicos de caráter coletivo, como seminários e roda de conversa. Nesses eventos, eram colocadas questões organizativas sobre as práticas educativas em saúde nas escolas usadas pelos professores e profissionais da saúde, que concordaram em participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados e discussão

Na primeira etapa da ‘observação da realidade’, foi verificado no diagnóstico territorial e exposto pelos pesquisadores (saúde) que a questão da dengue era um problema que precisava ser ressaltado nas ações de práticas educativas em saúde na escola, principalmente naquele território, já que o resultado das armadilhas ovitrampas apresentava a escola como ambiente de risco epidemiológico para dengue.

A equipe escolar apresentou, na segunda etapa da ‘observação da realidade’, que a escola e o bairro são de vulnerabilidade social e com alto índice de violência, com influência de tráfico de drogas. Assim, no ‘levantamento dos pontos-chave’, os professores destacaram que

as ações intersetoriais que envolvem setores como a saúde contribuem para o processo de aplicação de ações pedagógicas na escola, tirando dos professores o ‘peso’ de mais trabalho. Eles desejavam essas ações, mais do que capacitações.

Os professores destacaram se sentir sobrecarregados de funções. Os agentes de saúde evidenciaram que faz parte do trabalho de rotina deles realizar ações de educação em saúde ambiental; além disso, demonstraram-se favoráveis à aplicação de atividades na escola e na comunidade. Apontou-se ainda, pelos profissionais da educação, que a maioria dos pais e responsáveis dos estudantes são participativos na escola quando ‘recebem’ algo; assim, analisaram-se estratégias que viessem ao encontro à da realidade local do território, para aproximar o vínculo entre a comunidade, a saúde e a educação.

Após o ‘levantamento dos pontos-chave’, iniciou-se a etapa de ‘teorização’. Assim, os pesquisadores tiveram troca de saberes sobre termos como promoção da saúde, visão ampliada da saúde, interferência das questões ambientais no processo saúde-doença; destacou-se a escola como o espaço no desenvolvimento de práticas educativas em saúde e apropriado para integrar a comunidade e desenvolver ações de educação em saúde, considerando os problemas territoriais, e promover acesso aos serviços de saúde, tais como vacinação, verificação de pressão arterial, testes rápidos para Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), bem como orientações sobre pediculoses e comunicação em saúde e ambiente.

A partir disso, os pesquisadores planejaram ações que pudessem contribuir para a transformação local envolvendo as questões ambientais e de controle vetorial. Como ‘hipóteses de solução’, sugeriu-se a elaboração de projetos, pensando no desenvolvimento de uma ferramenta pedagógica, aplicada por meio das diretrizes do PSE. Ademais, propôs-se a oportunidade de realizar um projeto com os estudantes dos 5.^{os} anos de forma intersetorial

(saúde, ambiente, educação e comunidade), seguida de uma atividade com os pais e responsáveis com ênfase em questões sociais e após uma intervenção na comunidade.

A intervenção, na etapa ‘aplicação à realidade’, foi desenvolvida pelo projeto ‘Escola, saúde, ambiente e comunidade mobilizados

contra o *Aedes aegypti*’. Após esse momento, verificaram-se mudanças provocadas no território, pelos indicadores do monitoramento por ovitrampas, que expuseram, no mês de julho de 2019, a armadilha nº 58, referente à escola, sem nenhum ovo de infestação do mosquito *Aedes aegypti* (figura 2).

Figura 2. Monitoramento da armadilha nº 58, antes e após a intervenção. Indicador da infestação do mosquito *Aedes aegypti*. Círculo demonstra o local da escola no território.



Antes



Depois

Fonte: adaptado de Gonçalves, 2019³.

De acordo com os parâmetros do monitoramento das armadilhas ovitrampas, da secretaria de saúde, a pesquisa apresentou que, antes da intervenção, existia um alto risco para incidência de dengue naquele território (área com fio branco). Após a intervenção, destacou-se a eliminação dos ovos de *Aedes aegypti*, pela eliminação dos criadouros de mosquitos na comunidade e na escola (círculo) de forma mecânica, sem a necessidade de intervenção com venenos.

Barreto¹⁴, em um estudo sobre o uso de armadilha de oviposição, destaca ser um método apropriado para percepção da presença e da variação da densidade populacional de *Aedes aegypti* e que a ovitrampa é uma ferramenta com alta sensibilidade para o acompanhamento da infestação do gênero *Aedes*, apresentando-se, assim, apropriado para o monitoramento de dados em pequenos intervalos e de forma contínua.

Por fim, mediante uma roda de conversa entre os pesquisadores, concluiu-se que os objetivos para solucionar o problema (infestação do mosquito *Aedes aegypti* – causador da doença viral dengue) foram alcançados, apresentou-se que as ações intersetoriais contribuem para o desenvolvimento das práticas educativas em saúde nas escolas e mostraram-se favoráveis à realidade territorial. Foi destacado que, durante as práticas educativas, os estudantes demonstraram interesse nas atividades e apresentaram, de forma lúdica, a sensibilização pelo combate às arboviroses de forma crítica.

Donalísio¹⁵ ressalta a necessidade de pensar novas tecnologias e estratégias de prevenção à dengue, além de um envolvimento articulado na integração das ações de combate à doença. Costa¹⁶ prepondera que o trabalho de combate à dengue deve ser na perspectiva intersetorial, com ações de educação em saúde.

Considera, ainda, que as condições do território (habitação e saneamento básico), como medidas importantes no controle da dengue, exibe também que o monitoramento dos vetores se torna ferramenta importante para o progresso dos programas de controle, uma vez que o controle vetorial é o único método de prevenir epidemias da dengue¹⁶.

Estudos sobre o mapeamento de mosquitos *Aedes spp.* e detecção do vírus dengue em zona urbana do município de Picos, Piauí, exibiram o mês de abril como o de maior número de casos no ano de 2017. Além disso, ressaltaram como resultado que quanto maior a infestação do mosquito, maior potencial de risco de transmissão de dengue. Demonstraram, ainda, que, com temperaturas elevadas, mas escassez de chuvas, os ovos entram em diapausa à espera da ocorrência de contato com a água para que as larvas eclodam. Isso demonstra a necessidade da remoção mecânica de possíveis criadouros de mosquitos, mesmo sem larvas¹⁷.

Maia e colaboradores¹⁷⁽¹⁰⁾ concluem que:

O monitoramento entomológico e da circulação viral são importantes ferramentas para indicar áreas de maior infestação de mosquitos vetores e prevenir futuros surtos, fornecendo subsídios para o planejamento de ações voltadas ao controle e a prevenção de arboviroses através da secretária de saúde e órgãos competentes da região.

Além do monitoramento, a efetividade da educação em saúde nas escolas só se justifica se implementada. Figueiredo¹⁸ evidencia que as pesquisas científicas devem aproximar o PSE com os valores da promoção da saúde e fortalecer a necessidade de práticas em saúde que promovam às crianças e aos adolescentes a participação nas decisões que afetam suas vidas e saúde. Divulga-se, ainda, que o PSE é o campo adequado para experiências inovadoras e de aprendizados, na amplitude de ações intersetoriais e de abordagens complexas voltadas para a coletividade.

Estudos sobre educação ambiental nas escolas apresentam mudanças significativas

quando existem parcerias, ações intersetoriais e sensibilização da comunidade no entorno da escola; porém, reforçam a necessidade da interação entre a comunidade e o poder público. Ressalta-se, ainda, que a escola precisa aproximar a comunidade para que unidos possam lutar para minimizar os problemas ambientais que estão em seu território¹⁹.

Práticas educativas em saúde, como materiais educativos e projetos de intervenções, que consideram o território, bem como sua dinâmica, demonstram sua efetivação e reprodução. Estudos de Poletto e colaboradores²⁰ sobre o uso de ferramentas pedagógicas para desenvolvimento da educação não formal por profissionais da vigilância em saúde de Matinhos-PR apresentam que os profissionais têm dificuldades no desenvolvimento da educação em saúde, como uma educação não formal, pela falta de materiais educativos territoriais, pois, em sua maioria, possuem materiais de nível federal, que não estão de acordo com os problemas locais, destacando-se a necessidade de sua elaboração colaborativa.

Ações comunicativas em saúde são fontes de promoção da saúde e colaboram para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos, visto que, ao identificarem seus problemas de saúde, buscam, juntos, melhorar essas condições. A metodologia da problematização, caracteriza essa ação “não apenas voltada para o ‘saber’, mas para o ‘saber fazer’, partindo da observação das necessidades do real”²⁰⁽¹²⁾ para desenvolver uma solução dos problemas naquela realidade observada. Considerar o território e envolver a comunidade nessa construção fortalecem os saberes da população e profissionais, bem como estimulam a popularização da ciência em seu ambiente²⁰.

As escolas e seus programas contribuem para o desenvolvimento das crianças e influenciam sua saúde. É parte da atenção integral à saúde das crianças, manutenção de vínculo com a família e os serviços de saúde, com oportunidades de enfoque para a promoção da saúde, o que inclui os ambientes favoráveis à saúde, o ambiente construído, a alimentação

complementar, de hábitos e vida saudável, a amamentação, a vacinação, a prevenção de doenças e agravos, promovendo o cuidado em tempo oportuno e desenvolvendo atenção integral à saúde das crianças.

Considerar estudos de conhecimento técnico e aplicado em torno do ambiente construído, dos fatores de risco e no impacto na saúde humana é definido como habitação saudável, uma discussão iniciada antes do movimento de promoção da saúde, no ano de 1982, em Buffalo, Nova York. Em 1992, a Organização Mundial da Saúde (OMS) alinhou uma política de habitação saudável como ferramenta de promoção da saúde²¹.

A habitação saudável é um campo de potencialidade em conhecimento e práticas para aplicação nas estratégias de promoção da saúde, sendo um instrumento de abordagem ampliada da discussão dos problemas relativos à saúde e a qualidade de vida, e traz a escola como uma habitação temporária, sendo esse espaço um contexto habitacional que acompanha o indivíduo em seu desenvolvimento, podendo promover, ou não, um ambiente favorável à saúde^{21,22}.

O primeiro princípio da OMS sobre habitação saudável está relacionado com a proteção contra a exposição aos agentes etiológicos e vetores de doenças infectocontagiosas. Refere-se ao ambiente como um espaço adequado ao número de habitantes, ao acesso de água potável, esgotamento sanitário e o sistema de descarte de resíduos sólidos, para diminuição da transmissão de doenças, principalmente as gastrointestinais e de doenças por vetores como a dengue, a chikungunya e a zika, além de reduzir a proliferação de insetos e roedores²².

Ações como as apresentadas neste artigo vem ao encontro da finalidade da Escola Promotora de Saúde, da OMS, que busca o desenvolvimento da saúde e da educação para a saúde da comunidade escolar, para fazer a escola um local saudável, por meio de ações e serviços de saúde, bem como a elaboração de projetos entre escola e comunidade, estabelecendo políticas e práticas que respeitam

o bem-estar do indivíduo e a sua dignidade, promovendo um ambiente favorável à saúde²³. Esta pesquisa destaca a prevenção de doenças na comunidade escolar, aplicada por meio da iniciativa de ações de promoção da saúde, como, por exemplo, a educação em saúde; e apresenta, assim, um ambiente saudável, a escola e seu entorno, para os estudantes.

Ações de saúde em âmbito escolar são necessárias para promover saúde aos escolares e comunidade seja por meio de ações de promoção da saúde, criação de ambientes favoráveis à saúde, prevenção de doenças ou/e acesso aos serviços de saúde. De acordo com relatório da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), sobre impactos ambientais sobre a saúde de crianças, por grupo de doenças, em 2015, morreram 5,9 milhões de crianças com menos de 5 anos de idade, sendo as doenças transmitidas por vetores, como a malária, uma das principais causas de morte de crianças em todo o mundo²⁴.

O relatório apresentado pela Opas destaca, ainda, que “a redução dos riscos ambientais pode prevenir um quarto das mortes e doenças na infância”²⁴⁽²²⁾, sendo que ações intersetoriais de intervenções preventivas com foco na prevenção primária por meio da diminuição dos riscos ambientais melhoram a saúde das crianças, como também geram economias com cuidados de saúde – para cada US\$ 1 investido em saneamento básico, foram poupados entre US\$ 2 e US\$ 4 nos custos com cuidados de saúde e perdas de produtividade. Além de serem muito benéficas para a saúde, as intervenções que diminuem os riscos ambientais contribuem para os objetivos de desenvolvimento sustentável, o clima, o meio ambiente e o desenvolvimento geral²⁴.

A escola tem competência legal para atuar em temas transversais por meio de parcerias com setores como saúde, por exemplo. Para isso, é necessário compreender como professores e profissionais da saúde se integram para o desenvolvimento das práticas educativas em saúde nas escolas, educação em saúde, tendo como objetivo a promoção da saúde envolvendo os determinantes sociais³.

Trabalhar com projetos e considerar a metodologia da problematização para diagnóstico de um problema territorial para o levantamento das necessidades locais promovem planejamento intersetorial, afetividade, cooperação com o trabalho prestado pelo outro, ativam e socializam o ensino, produzem propósito de ensino e aprendizagem. Poder desenvolver as práticas educativas em saúde e aplicá-las como ensino na escola produzem aos estudantes e, conseqüentemente, à comunidade transformações sociais que irão colaborar com sua qualidade de vida.

Essa avaliação do pertencimento local e da efetividade do projeto de intervenção se apresentou na diminuição e na eliminação de ovos de *Aedes aegypti* no território trabalhado, demonstrado, assim, que as ações de controle vetorial se apresentam com resultados favoráveis nas atividades de remoção mecânica sem utilização de produtos químicos, tão prejudiciais à saúde e ao ambiente, sendo as ações intersetoriais e, principalmente, a educação em saúde ambiental uma ferramenta para eliminação de criadouros de mosquitos, tendo como consequência a prevenção de doenças transmitidas por vetores, como a dengue, que causam epidemias e mortes.

Avalia-se, assim, que as ações intersetoriais na aplicação de políticas públicas já existentes, como o PSE, são favoráveis ao desenvolvimento de estratégias de promoção da saúde e ao ensino das ciências ambientais, fortalecendo a relação saúde e ambiente. Tem-se como resultado as transformações de um território, e traz-se a escola como o local apropriado para aplicação dessas ações.

Dessa forma, a pesquisa difundida neste artigo demonstrou a eficácia na aplicação do PSE na articulação saúde, ambiente e educação, aproximando a comunidade a realizar mudanças significativas em seu entorno. Promoveram-se, dessa forma, ações de saúde pela visão da saúde coletiva, pelo modelo biopsicossocial, para promoção da qualidade de vida na escola e na comunidade, avaliando

seus fatores de risco (dengue); e originou-se um ambiente saudável na escola.

Considerações finais

A escola é o espaço adequado para realização de atividades e ações de promoção da saúde, uma vez que os estudantes ali inseridos identifiquem seus problemas reais e tenham contato com os temas transversais, articulados com diversos setores como o da saúde, por exemplo, inserido às políticas públicas já existentes, como o PSE. Além disso, a escola deve ser um ambiente favorável à saúde, para propiciar promoção da saúde e qualidade de vida à comunidade escolar.

As práticas educativas em saúde nas escolas devem ocorrer por meio de ações intersetoriais na APS, sendo a vigilância em saúde um potente mecanismo de ações de promoção da saúde e aplicação de políticas públicas. Predominou ainda que é necessário sair dos muros da UBS e da escola e ir à comunidade – o PSE se apresenta favorável para esse fim.

A ferramenta pedagógica desenvolvida nesta pesquisa para o ensino das ciências ambientais foi o projeto ‘Escola, saúde, ambiente e comunidade mobilizados contra o *Aedes aegypti*’, o qual poderá ser replicado em qualquer território nacional. Essa metodologia aproxima os estudantes da realidade local e realiza a troca de saberes e pensamento crítico por meio da visita à associação de recicláveis, desenvolvendo o pertencimento local ao promover ações à comunidade que demonstram a necessidade de colaboração da população em ações de prevenção ambiental, como a eliminação de criadouros de mosquitos.

Agradecimentos

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (Capes) – Código de Financiamento 001.

Colaboradores

Gonçalves ECP (0000-0002-5413-9492)* contribuiu para a concepção do artigo, análise e interpretação dos dados, redação do trabalho, revisão e aprovação da versão final do artigo. Kligerman DC (0000-0002-7455-7931)* e

Cohen SC (0000-0001-6228-6583)* contribuíram para a concepção do artigo, revisão e aprovação da versão final do artigo. Kleinubing NV (0000-0003-3611-4985)* contribuiu para a concepção do artigo, análise e interpretação dos dados, revisão e aprovação da versão final do artigo. ■

Referências

1. Brasil. Ministério da Educação, Secretaria de Educação Fundamental. PCNs: Introdução aos Parâmetros Curriculares Nacionais. Brasília, DF: MEC; 1997.
2. Brasil. Presidência da República. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 5 Dez 2007.
3. Gonçalves ECP. Práticas educativas em saúde e ciências ambientais: interface entre atenção primária e escola na promoção da saúde em Matinhos-PR. [dissertação]. Matinhos: Universidade Federal do Paraná; 2019. 128 p. [acesso em 2022 out 24]. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/69403>.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Ambiental para o Setor Saúde. Brasília, DF: Secretaria de Políticas de Saúde; 1999.
5. Mohr A, Schall VT. Rumos da Educação em Saúde no Brasil e sua Relação com a Educação Ambiental. Cad. Saúde Pública. 1992; 8(2):199-203.
6. Lima GZ. Saúde escolar e educação. São Paulo: Cortez; 1985.
7. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6. ed. São Paulo: Atlas; 2008.
8. Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação. 18. ed. São Paulo: Cortez; 2011.
9. Bordenave J, Pereira A. Estratégias de ensino aprendizagem. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1982
10. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. Perfil Avançado do Município de Matinhos. Paraná: IPARDES; 2018. [acesso em 2019 fev 3]. Disponível em: http://www.ipardes.gov.br/perfil_municipal/MontaPerfil.php?codlocal=10&btOk=o.
11. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. Cadernos Municipais. Matinhos: IPARDES; 2018.
12. Brasil. Presidência da República. Lei nº 12.651/2012. Dispõe sobre a proteção da vegetação nativa. 25 Maio 2012.
13. Matinhos. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Geral do Levantamento de Índice Rápido para Aedes aegypti: Vigilância em Saúde. Matinhos: SMS; 2018.
14. Barreto E, Resende MC, Eiras AE, et al. Avaliação da armadilha ovitrampa iscada com atraente natural para o monitoramento de Aedes spp. em Dili, capital do Timor-Leste. Ciênc. Saúde Colet. 2020 [acesso em 2022 jan 15]; 25(2):665-672. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Bh97kZ3yzm6XCFsHFmyb99C/?format=pdf&lang=pt>.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

15. Donalísio MR, Glasser CM. Vigilância entomológica e controle de vetores do dengue. *Rev Bras Epidemiol*. 2002; 5(3):259-272.
16. Costa AR. Análise do controle vetorial da dengue no sertão piauiense entre 2007 e 2011. *Cad. Saúde Coletiva*. 2016 [acesso em 2022 jan 20]; 24(3):275-281. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/bJC757jh5Lkj3YjMf6w5Z4r/?lang=pt>.
17. Maia JCS. Mapeamento de mosquitos *Aedes* spp. e detecção do vírus Dengue em zona urbana do município de Picos, Piauí. *Research, Society Develop*. 2022 [acesso em 2022 jan 20]; 11(1). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/XK3j9btfm6xTzQsRYCBgWgr/?lang=pt>.
18. Figueiredo TAM, Machado VLT, Abreu MMS. A saúde na escola: um breve resgate histórico. *Ciênc. Saúde Colet*. 2010 [acesso em 2022 jan 20]; 15(2):397-402. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/XK3j9btfm6xTzQsRYCBgWgr/?lang=pt>.
19. Lama FNP. Educação e saúde ambientais: atuação dos profissionais das escolas públicas na sensibilização da comunidade para promoção de atitudes sustentáveis. [dissertação]. Taubaté: Universidade de Taubaté; 2016. 104 p.
20. Poletto EC, Klenuing NV, Bossi NS, et al. Ferramentas pedagógicas para desenvolvimento da educação não formal por profissionais da vigilância em saúde de Matinhos – PR. *Divers@ Rev Eletrôn Interdisciplinar*. 2019 [acesso em 2022 jan 20]; 12(1):11-20. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/diver/article/view/61906>.
21. Cohen SC, Bodstein R, Kligermanet DC, et al. Habitação saudável e ambientes favoráveis à saúde como estratégia de promoção da saúde. *Ciênc. Saúde Colet*. 2007 [acesso em 2022 jan 20]; 12(1):191-198. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/kjksLCBLLvb8qPbLfjBqz5p/?lang=pt>.
22. Cohen SC, Cardoso TAO, Navarro MBMA, et al. Habitação saudável e biossegurança: estratégias de análise dos fatores de risco em ambientes construídos. *Saúde debate*. 2019 [acesso em 2022 jan 20]; 43(123):1194-1204. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/pgKQNt4wVmXvZZrLrsSQJfz/?format=pdf&lang=pt>.
23. World Health Organization. *Local action: creating Health Promoting Schools*. Geneva: WHO; UNESCO; 2001.
24. World Health Organization. *World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. Geneva: WHO; 2018.

Recebido em 17/05/2022

Aprovado em 20/09/2022

Conflitos de interesse: inexistente

Suporte financeiro: o presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (Capes) - Código de Financiamento 001

Violência contra crianças e adolescentes: intervenções multiprofissionais da Atenção Primária à Saúde na escola

Violence against children and adolescents: multidisciplinary PHC interventions in schools

Leilane Lacerda Anunciação¹, Rosely Cabral de Carvalho¹, José Eduardo Ferreira Santos², Aisiane Cedraz Morais¹, Vivian Ranyelle Soares de Almeida¹, Sinara de Lima Souza¹

DOI: 10.1590/0103-11042022E315

RESUMO Trata-se de um recorte de uma dissertação de mestrado, com objetivo de descrever o processo de construção de propostas de prevenção, enfrentamento e atenção à violência intrafamiliar e escolar contra crianças e adolescentes estudantes em um bairro periférico de um município do interior baiano. Foi realizado um estudo com abordagem qualitativa, descritiva, exploratória; por meio da pesquisa-ação. Os atores sociais da pesquisa foram a comunidade escolar, a família e profissionais de saúde. Os dados foram coletados pela observação sistemática, rodas de conversas e seminário, utilizados para diagnóstico situacional e desenvolvimento das intervenções. A interpretação dos dados foi realizada pela análise de conteúdo. As atividades desvelaram a relevância do trabalho desenvolvido em rede intersetorial e multiprofissional qualificada, resultando em: mudanças comportamentais de adolescentes na escola e família, protagonismo destes nas oficinas educativas para cultura da paz, implantação de espaço de mediação de conflitos na escola, criação de projeto de atividade física, aproximação de pais à escola e sensibilização quanto a melhores possibilidades de educação doméstica não violentas. Conclui-se que as intervenções iniciaram um movimento de mudança de práticas e de interlocução dos diversos serviços existentes no bairro, resultando em uma construção gradual de territórios de paz na escola e na comunidade.

PALAVRAS-CHAVE Atenção Primária à Saúde. Maus-tratos infantis. Violência doméstica. Estratégias de saúde.

ABSTRACT *This excerpt of a master's thesis aims to describe the construction of proposals for the prevention, combat, and attention to intrafamily and school violence against child and adolescent students in a suburban district of a municipality in the inland region of Bahia, Brazil. A qualitative, descriptive, exploratory study was conducted through action research. The social stakeholders of the research were the school community, the family, and health professionals. Data were collected by systematic observation, conversation circles, and seminars adopted for situational diagnosis and the development of interventions. Data was interpreted through content analysis. The activities revealed the relevance of the work developed in intersectoral and multidisciplinary qualified network, resulting in behavioral changes of adolescents at school and in the family, their leadership in educational workshops for a peace culture, the implementation of a conflict mediation space at school, the establishment of a physical activity project, drawing parents closer to the school, and raising the awareness toward better possibilities of non-violent domestic education. We conclude that the interventions initiated a movement of change of practices and dialogue of the several district services, resulting in a gradual construction of peace territories in the school and the community.*

¹Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) – Feira de Santana (BA), Brasil.
leilanelacerda@hotmail.com

²Universidade Católica de Salvador (UCSal) – Salvador (BA), Brasil.

KEYWORDS *Primary Health Care. Child abuse. Domestic violence. Health strategies.*



Introdução

A articulação entre a família e a escola é uma necessidade incontestável e desafiadora. Os contextos familiar e escolar interagem e mediam, merecendo uma atenção especial, pois constituem os dois principais agentes socializadores no início da vida social da criança e ambientes de desenvolvimento humano nas sociedades ocidentais contemporâneas, sendo imprescindível que a parceria exista e favoreça o desenvolvimento da criança/adolescente^{1,2}.

A família tem fundamental importância na construção do ser humano, considerada um sistema que determina a sua capacidade de funcionar efetivamente e de se beneficiar de experiências nos diferentes cenários em que este vive e cresce. Cada família tem uma peculiaridade e uma forma de funcionar, e isso decorre do processo de organização que esta estabeleceu ao longo do tempo, tendo como referências as suas crenças, seus valores e o entendimento do que poderia ser uma família³.

Isso reverbera discussões conceituais quanto à família, como um grupo sistêmico de pessoas, de encontros entre diferentes gerações, de trocas afetivas, materiais e de convivência que dão sentido à vida daqueles que dela fazem parte, em situações de cooperação e de conflitos, assim como influenciados pelos determinantes sociais em seu entorno. Entretanto, esse sistema se autogoverna a partir de regras por meio das quais se equilibra e se estabiliza⁴⁻⁶. É importante destacar que, em circunstâncias nas quais a solidariedade e a cooperação são valorizadas e promovidas, as famílias dão conta da educação das novas gerações, dos cuidados com seus membros desempregados ou em condições especiais⁶.

Sendo assim, estudar família no ciclo vital necessita de análises do ambiente de desenvolvimento processual do indivíduo, sem deixar de considerá-la como núcleo primário de relações para a aprendizagem humana. Em geral, inicia-se no viver como pessoa de relações, passando pelos diversos rituais inerentes à vida e à cultura, à saúde e à doença, sendo

lançados, cada um ao seu tempo, no mundo das descobertas, que envolvem perdas e ganhos, notadamente, as aprendizagens. Nesse direcionamento, família e escola são pontos de apoio e sustentação ao ser humano, são marcos de referências existenciais⁷.

De semelhante modo, a escola possui significado fundamental para a criança e o adolescente, principalmente para a socialização desses indivíduos, pois é no espaço escolar que são apresentados às diferentes culturas e etnias. No contexto do desenvolvimento humano, a escola possibilita interações contínuas e complexas, em função dos estágios de desenvolvimento do aluno, do ambiente multicultural que abrange a construção de laços afetivos e preparo para inserção na sociedade. Deve também ser pensada em sua função social de reelaboração dos conhecimentos socialmente produzidos, com o intuito de promover a aprendizagem e efetivar o desenvolvimento das funções psicológicas de memória seletiva, criatividade, associação de ideias, organização de conhecimentos formais e informais de interação da pessoa com o ambiente social⁸.

A história da violência contra crianças e adolescentes percorre a trajetória da evolução humana. Pode-se configurá-la como uma relação de poder/dever de proteção do adulto e da sociedade, na qual estão presentes e se confrontam atores com forças, experiências, maturidade, conhecimento e sentimentos desiguais. Consiste em todo ato ou omissão cometidos pelos pais, parentes, outras pessoas e instituições, causando danos físico, sexual e/ou psicológico à vítima, resultando em uma coisificação da infância, privando-as do direito de serem consideradas sujeitos e pessoas em condições especiais de crescimento e desenvolvimento⁹.

Entre os diferentes tipos e naturezas, a violência interpessoal é perpetrada nas relações com o outro. Pode ocorrer entre pessoas do convívio familiar ou não, por isso divide-se em: intrafamiliar, sendo aquela que ocorre nas relações hierárquicas e intergeracionais, entre pais, irmão, filhos, entre outros, consistindo em relações familiares

agressivas, nas quais a violência é tida como ferramenta para solucionar conflitos e até como estratégia educativa, incluindo a falta dos cuidados básicos à criança e ao adolescente, acontecendo em um espaço socialmente reconhecido como de proteção e amor; e comunitária, conceituada como aquela praticada por indivíduos sem laços de parentesco, que podem ser do convívio ou não da vítima, sendo cometida em atos gratuitos, em diversos locais, públicos ou privados, como escolas, serviços de saúde, comunidade, condomínios, entre outros¹⁰.

A convivência em ambientes nos quais ocorrem perenidade da violência por parte dos pais pode ser um fator de perpetuação do comportamento agressivo nos filhos, tornando-os vítimas e/ou possíveis perpetradores, pela naturalização dos atos de violação de direitos à proteção de crianças e adolescentes na presença da violência cotidiana, uma maneira disfuncional de vínculos afetivos, com base na repressão e opressão^{11,12}.

Na perspectiva da saúde mental, essas vítimas tendem a desenvolver um comportamento de baixa autoestima, com deficitária autonomia psicossocial, o que pode acarretar elevação nos números de suicídio, aplicabilidade de recorrentes reações violentas em suas interações sociais, principalmente na escola, e, conseqüentemente, inadaptação à sociedade.

A presença da violência no ambiente escolar inclusivo impõe que os direitos básicos sejam assegurados para a promoção necessária a autonomia, o trabalho, a saúde na perspectiva do conceito ampliado e a promoção de relações sociais igualitárias¹³.

Apreende-se que a ocorrência da violência escolar é conseqüente às desigualdades sociais e todas as suas vulnerabilidades, às diferenças culturais na forma de agir e pensar, de assimilar o mundo, procedendo com a violação dos direitos desses indivíduos e repercutindo no desenvolvimento cognitivo, psicossocial e mental de adolescentes¹⁴.

Esses eventos violentos, apresentando-se de forma física, simbólica ou verbal, vêm se configurando como um fenômeno mundial

complexo e de difícil apreensão. Devido às proporções inéditas que vêm assumindo e às repercussões que ocasionam em suas vítimas, a violência escolar promove a preocupação e aumenta a insegurança de diretores, alunos, professores, pais e sociedade^{15,16}.

Devido à sua magnitude, a violência escolar tem mobilizado as diferentes áreas do conhecimento para formar parcerias que busquem elaborar e implementar distintas estratégias de prevenção, atenção e enfrentamento desse problema no Brasil.

Para tanto, torna-se necessária a formação de redes, constituídas por atores e instituições, governamentais e não governamentais, interdisciplinares e intersetoriais, que funcionem articuladas, sendo resolutivas, com intervenções realmente eficazes, a fim de obter resultados promissores na redução da violência contra a criança e o adolescente.

Entrevendo a prevenção de agravos e a promoção da saúde da criança e do adolescente, na escola, espaço de convivência, aprendizado e formação dessa população, criou-se o Programa Saúde na Escola (PSE), como uma iniciativa intersetorial dos Ministérios da Saúde e Educação, pelo Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007¹⁷, redefinido pela Portaria Interministerial nº 1.055, de 25 de abril de 2017, quanto às regras e aos critérios para adesão ao PSE, e dispõe sobre o incentivo financeiro para custear as ações¹⁸.

Com a implementação do PSE, ratifica-se a importância do trabalho em parceria entre os atores da saúde e da educação no território, em prol da manutenção da saúde das crianças e dos adolescentes, oportunizando esse cenário de encontro desses indivíduos, de protagonismo, produção de cidadania, empoderamento e de mudança dos determinantes dos modos de viver¹⁹.

Salienta-se a importância do setor saúde como protagonista da rede de prevenção, enfrentamento e atenção às situações de violência contra crianças, adolescentes e suas famílias, por meio das ações do PSE, em que a Atenção Primária à Saúde se insere na comunidade escolar com práticas de prevenção

de agravos, promoção da saúde e atenção dos escolares, incluindo a temática da violência e a cultura de paz na escola²⁰.

Este estudo foi motivado pelas experiências da pesquisadora como enfermeira, Referência Técnica local do PSE e pesquisadora do Núcleo Interdisciplinar de Estudos sobre Vulnerabilidade e Saúde (Nievs), da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), das quais se compreende que a escola se constitui em espaço privilegiado de articulação entre comunidade escolar e equipes de saúde da atenção primária.

Neste artigo, discorre-se sobre a seguinte indagação norteadora: como os profissionais da equipe da atenção primária de um bairro periférico e a comunidade escolar de uma escola municipal desse território intervêm ante as situações de violência intrafamiliar e escolar?

Assim sendo, o estudo delineou como objetivo descrever o processo de construção de propostas de prevenção, enfrentamento e atenção à violência intrafamiliar e escolar contra crianças e adolescentes estudantes em um bairro periférico de um município do interior baiano.

Metodologia

Trata-se de um recorte de uma dissertação de mestrado no qual foi realizado um estudo com abordagem qualitativa, descritiva e exploratória, tendo como desenho a pesquisa-ação, que permitiu analisar a problemática a partir da percepção e das ações dos atores do estudo, no que concerne às ações de prevenção, enfrentamento e atenção da violência na escola, desenvolvidas pela atenção primária, compreendida pelas equipes de Saúde da Família (eSF) e Núcleo Ampliado de Saúde da Família (Nasf), comunidade escolar, com engajamento da pesquisadora.

O local do estudo foi um município do interior baiano, considerado como a segunda maior cidade do estado. O campo empírico foi uma escola municipal de um bairro periférico.

A escolha dessa escola se deu devido à sua localização e pelas informações obtidas em contato com a comunidade escolar, Estratégia Saúde da Família (ESF) e Nasf, que desvelaram a necessidade de uma ação conjunta, com vistas a modificar o contexto. Esse bairro foi classificado em 4º lugar, na escala decrescente de avaliação do nível de violência no município, configurando um cenário importante de vulnerabilidade para os moradores daquela região¹⁶.

Os atores sociais deste estudo foram os profissionais da ESF, do Nasf e comunidade escolar, que estavam trabalhando ou estudando nas referidas equipes de saúde e escola municipal daquele bairro, e que desenvolviam ou participavam das ações do PSE, para prevenção, enfrentamento e atenção à violência contra crianças e adolescentes.

Os critérios de inclusão estabelecidos foram: ser profissional de saúde e educação, de ambos os sexos, com qualquer idade, atuantes na eSF, Nasf e comunidade escolar, nos anos de 2013 a 2017, que concordassem em participar voluntariamente.

Como estratégias para aproximação com o campo, inicialmente, agendou-se uma reunião com a diretora e coordenadora pedagógica da escola, em seguida, com profissionais da ESF e Nasf do bairro, para apresentação da proposta de pesquisa-ação.

Posteriormente, visitaram-se as turmas para apresentação aos alunos, quando foi marcada a primeira roda de conversa. Para aproximação com os pais e responsáveis, oportunizou-se a participação em um evento promovido pela escola. Posteriormente, buscou-se estreitar as relações com a comunidade escolar e ESF/Nasf, a todo momento, por meio da participação efetiva em suas rotinas.

Os dados coletados foram de duas naturezas: primários e secundários. Neste artigo, utilizou-se o banco de dados coletados em 2017, oriundos dos registros do diário de campo obtidos por meio da observação sistemática na Unidade Saúde da Família e na escola, das rodas de conversas e do seminário com os atores sociais da pesquisa.

Para melhor entendimento, subdividiram-se as etapas de coleta de dados no campo em dois momentos: fase do diagnóstico situacional ou fase exploratória e fase de planejamento e implementação das ações interventivas, as quais serão discutidas a seguir.

Segundo Thiollent²¹, a fase exploratória consiste em descobrir o campo de pesquisa, os interessados e suas expectativas, e, desse ponto, estabelecer um primeiro levantamento da situação, dos problemas prioritários e de eventuais ações. Para tanto, inicialmente, realizou-se o reconhecimento do campo de pesquisa, atores sociais envolvidos e o levantamento dos problemas ou situações geradoras de desconforto, que caracterizaram a violência na escola, assim como as práticas de saúde e de educação voltadas a prevenção, enfrentamento e atenção dessa problemática. Para isso, utilizou-se a técnica da observação sistemática²².

A observação transversalizou todas as fases do caminho metodológico, já que, durante a coleta de dados, do planejamento e execução das intervenções, a pesquisadora se comportou como observadora do ambiente e dos comportamentos dos atores sociais envolvidos nos acontecimentos cotidianos, registrando no diário de campo, por meio de gravação de áudios, vídeos e fotos, com anuência dos atores.

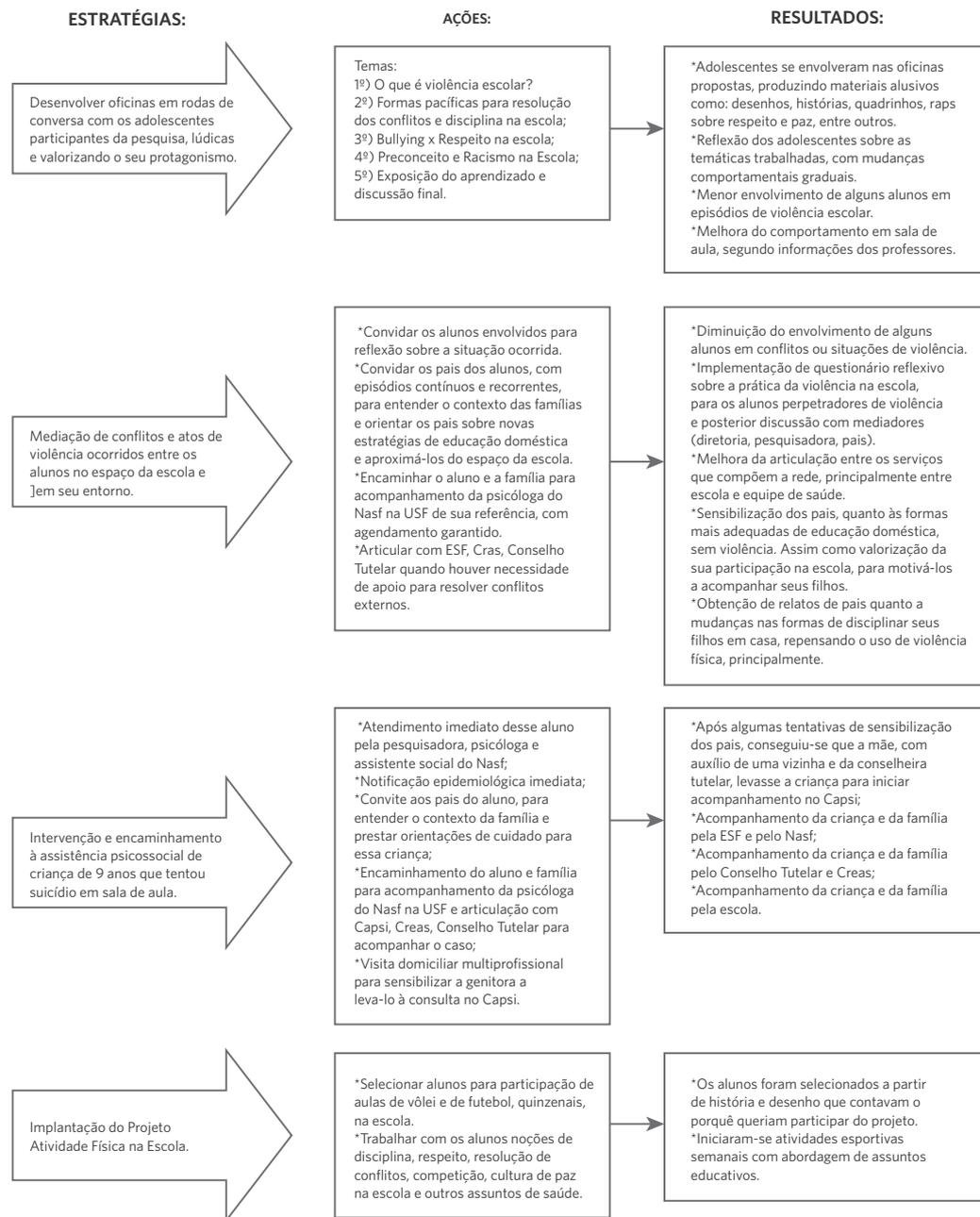
Utilizando as rodas de conversa, aproximaram-se os participantes do objeto da pesquisa, com a construção do diagnóstico situacional da escola e o Planejamento e Programação Local (PPL) voltado a prevenção, atenção e enfrentamento da violência no ambiente escolar.

Inicialmente, as rodas de conversa foram realizadas para elaborar o diagnóstico situacional da violência na escola estudada, sendo um momento restrito à diretoria, à coordenação pedagógica e a alguns professores; discutiu-se sobre as formas de violência que mais ocorriam no ambiente escolar e os principais problemas que eles elegeriam como possíveis desencadeadores das situações de violência naquele contexto.

A partir da seleção dos adolescentes, após consentimento dos pais/responsáveis e assentimento, visitaram-se as turmas para apresentar aos alunos a proposta da pesquisa. Em seguida, marcou-se a primeira roda de conversa temática, delineando as possíveis atividades que seriam desenvolvidas com os adolescentes.

Após o levantamento dos problemas, para o planejamento e a implementação das ações, foi realizada uma nova roda de conversa com os profissionais da ESF e do Nasf, na qual foram apresentados os resultados do diagnóstico inicial e escuta das experiências destes no espaço daquela escola. Assim, delimitaram-se as estratégias e as temáticas que seriam trabalhadas nas atividades interventivas que seriam realizadas com os adolescentes, objetivando a minimização ou a resolução das problemáticas encontradas. Antes da implementação, incluíram-se sugestões da diretoria e da coordenação da escola. As estratégias, as ações e os resultados das intervenções podem ser apreciados resumidamente na *figura 1*.

Figura 1. Plano de intervenção e resultados frente às situações de violência contra a criança e o adolescente no espaço escolar, com repercussões para o espaço intrafamiliar



Fonte: elaboração própria.

Os dados gerados foram analisados a partir do método de análise de conteúdo, que consistiu em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado. Para realizar a análise,

esta foi dividida em três etapas: Pré-análise; Exploração do material; e Tratamento dos resultados, inferência e interpretação²³.

Para realização desta pesquisa, foram adotados os procedimentos éticos da Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde

(CNS), órgão nacional regulador desses aspectos, para consentimento das atividades de pesquisas que envolvam seres humanos²⁴. Da mesma forma, foi respeitada a Resolução nº 510/2016, específica para as Ciências Humanas²⁵. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEFS, nº 1.998.050, CAAE: 63031316.2.0000.0053. De posse dessa anuência, iniciaram-se a coleta de dados e as intervenções no campo selecionado.

Resultados e discussão

Neste item, apresentam-se todos os resultados e discussão das atividades interventivas realizadas com os atores envolvidos na pesquisa.

Foram realizados cinco encontros com os adolescentes, nos turnos de aula, a partir das necessidades diagnosticadas, com duração máxima de duas horas, em que se trabalharam as temáticas: o que é violência escolar para você? Formas pacíficas para resolução dos conflitos; *Bullying* x Respeito; Preconceito e Racismo na Escola; Exposição do aprendizado e discussão final. Ressalta-se que, nas rodas interventivas com os adolescentes, utilizaram-se estratégias e ações que valorizavam o lúdico e o seu protagonismo, com dinâmicas, vídeos curtos, entre outros, nas quais eles participaram ativamente, expressavam-se e reproduziam os conhecimentos por meio de desenhos, histórias em quadrinhos, textos e letra de música.

Ao longo do desenvolvimento dessas atividades, constataram-se, com as observações e os relatos dos professores e outros profissionais da escola, as mudanças comportamentais dos estudantes, com a diminuição de episódios de violência escolar e melhoria das posturas em sala de aula e no pátio durante o recreio.

Durante a fase diagnóstica, identificaram-se uma fragilidade nas relações intersetoriais e dificuldades enfrentadas pelos profissionais da saúde e educação devido ao desconhecimento de como lidar com a violência escolar, como preveni-la, enfrentá-la e assisti-la; e quais as

responsabilidades e potencialidades dos serviços que compõem a rede.

Nos estudos revisados²⁶⁻²⁹, observou-se que a maioria das abordagens dos profissionais de saúde nesses casos reflete a falta de integração entre eles e os diversos setores que deveriam lidar com essas questões, revelando uma qualificação incipiente, tanto na prevenção quanto na atenção e no acompanhamento das vítimas desse fenômeno.

Como estratégia de qualificação da rede local para trabalharem a prevenção, enfrentamento e atenção das situações de violência escolar contra a criança e o adolescente, objetivando estreitar as relações entre os serviços e melhorar sua articulação, organizou-se um seminário intitulado 'Violência Escolar x Cultura de Paz na Escola', no qual discutiram-se os conceitos da violência escolar, as estratégias desenvolvidas por este estudo juntamente com as equipes de educação, ESF e Nasf. Além da participação da comunidade escolar e das equipes de saúde, convidaram-se representatividades dos equipamentos sociais do bairro e do município: do Centro de Assistência Social (Cras); do Centro de Referência Especializada e Assistência Social (Creas); da Secretaria de Prevenção à Violência (Seprev); da Secretaria Municipal de Saúde (Divisão da Atenção Básica e Núcleo de Vigilância de Violências e Acidentes); do Conselho Municipal da Criança e do Adolescente (CMDCA); e do Niev/UEFS.

A diversidade dos integrantes que formam a rede, aliada à correta utilização das informações e dos equipamentos sociais, levou a uma maior cooperação entre os atores. Os encontros foram importantes, pois esses espaços serviram para os profissionais e comunidade escolar trocarem experiências, agregarem mais conhecimento quanto à questão e gerar mais aproximação e articulação entre os componentes da rede³⁰.

Nessa perspectiva, a rede de atenção integral às crianças e adolescentes em situação de violência, em sua agenda de atividades, deve vincular o conhecimento técnico, bem como os saberes dos atores sociais, valorizando o

protagonismo comunitário na elaboração de políticas públicas³⁰.

Entretanto, nessa pesquisa, a equipe multiprofissional (ESF, Naf e Educação) foi capacitada para confrontar e transcender a dimensão biológica do cuidar, que considera a violência contra a criança e o adolescente um processo do qual fazem parte não somente as vítimas, os agressores e os familiares, visto que se constituem espaços de afetos e conflitos permeados por determinantes sociais em seu entorno^{6,31}. Assim, os profissionais puderam ressignificar suas práticas, encontrando novos caminhos para atuação na escola diante dessa problemática.

Desvelou-se também a necessidade de uma rede de apoio social, interinstitucional e inter-setorial que não se limite ao setor saúde e que favoreça a parceria com a comunidade, a fim de que as ações sejam mais efetivas e eficazes para o rompimento do ciclo da violência.

É importante esclarecer que um ponto relevante para o bom andamento do funcionamento da rede é o reconhecimento dos gestores municipais, estaduais e federais quanto à magnitude do problema da violência escolar contra crianças e adolescentes e quanto à importância das redes de prevenção, proteção, enfrentamento e atenção, assumindo e apoiando as ações propostas, inclusive com disponibilidade de recursos para: atividades e campanhas de sensibilização e mobilização locais; elaboração de planos municipais de prevenção, enfrentamento e atenção das diversas formas de violência, conforme a realidade local; formação e qualificação dos profissionais da saúde e demais serviços que integram a rede; e para ampliação e fortalecimento da atenção primária, intermediária e dos serviços de saúde especializados³⁰.

Partindo do entendimento da importância do diálogo e intervenções com ênfase nas famílias, promoveu-se o evento comemorativo do dia do pais, durante o qual fizeram-se duas rodas de conversa abordando sobre o projeto de pesquisa e discutiu-se a temática da violência contra a criança e o adolescente,

com enfoque para as maneiras de fornecer a educação doméstica sem o uso de violência, seja ela psicológica ou física. Utilizaram-se vídeos educativos, dinâmicas de discussão, conseguindo alcançar os objetivos da atividade, tendo em vista os relatos autorreflexivos dos participantes ao final das rodas, como: compromissos com mudanças das práticas educativas em casa, melhor acompanhamento dos estudos dos filhos e aproximação das famílias a escola.

Além de se caracterizarem como espaços de discussão de temáticas voltadas ao fenômeno estudado e de planejamento e execução das ações interventivas, as rodas também foram utilizadas para aplicação da estratégia de mediação de conflitos que aconteciam rotineiramente na escola, nas quais se convidavam alunos envolvidos em situações de violência escolar, com seus pais/responsáveis e integrantes da escola (diretoria, coordenadores, professores) para discutir o fato ocorrido e mediar a resolução amigável da situação, pautadas na cultura de paz, da boa convivência e da não violência.

Em alguns casos de violência entre os alunos, não foi necessária a participação da família, mas o estudante era encaminhado à sala da direção, onde respondia a um questionário reflexivo sobre os seus atos de violência, o qual foi elaborado com a diretora. Após alguns minutos, sentava-se com o aluno e discutia-se com ele suas respostas, criando possibilidades de resolver os conflitos sem uso da violência, resgatando as discussões das rodas de conversas temáticas em que ele havia participado.

Nesses momentos, os alunos pactuavam com os mediadores de conflitos a mudança do comportamento diante de situação de violência, da utilização do diálogo como ferramenta de resolução dos desacordos entre os colegas e que, caso ele fosse vítima, deveria se dirigir ao professor para que este tomasse as providências necessárias para resolver a situação, e não agir de forma violenta revivendo às agressões. As rodas de mediação,

com a participação dos pais/responsáveis, serviram para orientar sobre novas maneiras para educar seus filhos, pautadas no diálogo, e na não violência opressora e estigmatizante, que repercutem no comportamento do adolescente na escola.

Esses novos modos de enfrentamento das situações de violência escolar e doméstica ressoaram na diminuição da recorrência dos casos de violência perpetrada pelos mesmos atores, favorecendo a cultura de paz e as boas relações interpessoais no cotidiano da escola.

Aprimoraram-se a corresponsabilidade e a parceria entre saúde, educação e ação social quando se detectou e impediu uma tentativa de suicídio de uma criança de 9 anos em sala de aula. As intervenções voltadas a esse caso proporcionaram aos trabalhadores o entendimento do seu importante papel na rede de enfrentamento e atenção às violências contra crianças e suas famílias. Desenvolveu-se, portanto, uma atenção ampliada, aliando a proteção à atenção ao estudante e sua família, que passaram a ser acompanhados pelos serviços: de saúde (ESF, Nasf, Centro de Atenção Psicossocial – Caps – infantil, Caps álcool e drogas); de desenvolvimento social (Cras, Creas e Conselho Tutelar); e educação, com a escola monitorando e fornecendo suporte psicopedagógico.

Com o andamento das ações interventivas e fortalecimentos dos vínculos entre profissionais da saúde e educação, identificou-se que a escola possuía materiais esportivos novos e ainda sem utilização, pois não tinham profissional de educação física nem uma quadra poliesportiva.

Diante desse contexto, a profissional de educação física do Nasf se disponibilizou a desenvolver, duas vezes na semana, aulas de vôlei e futebol, a fim de motivar os adolescentes à prática de atividades físicas e promover a valorização de boas condutas disciplinares. Para seleção dos alunos que fariam essas aulas de esportes, fez-se um concurso de histórias e desenhos, no qual eles deveriam contar uma história sobre o porquê mereciam ser escolhidos e desenhar sobre o esporte que desejavam. Essa atividade possibilitou o protagonismo

dos alunos, a criatividade, compromissos com melhores comportamentos interpessoais e com os estudos, discussão e práticas de hábitos de vida saudáveis, entre outros.

Além do cenário da pesquisa, os pesquisadores se inseriram na comunidade escolar e ESF/Nasf por meio da participação efetiva nos planejamentos e ações cotidianas desses cenários, voltados à temática da prevenção, enfrentamento e atenção da violência escolar. Como exemplos, planejaram-se e executaram-se as ações do PSE; realizaram-se interlocução com serviços da Rede de Atenção à Saúde para atendimentos multiprofissionais; bem como visitas domiciliares para intervenção e encaminhamentos de casos de violências escolar; entre outros.

A partir das ações do PSE, o espaço da escola vem assumindo uma importância crescente na promoção da saúde, na prevenção de doenças e na prevenção e intervenção em situações de violência e acidentes entre crianças e adolescentes, fortalecendo seu fundamental objetivo para a preservação da saúde e da educação e estendendo seu potencial educacional no que se refere à qualidade de vida¹⁹.

Ademais, participou-se da organização das atividades educativas e comemorativas na escola: Dia dos Pais; Caminhada do Folclore; Desfile da Primavera; ornamentação para eventos mensais, entre outras ações.

Como explicitado na *figura 1*, salienta-se que as intervenções multiprofissionais foram relevantes para promover a diminuição das situações de violência na escola. Outrossim, repercutiram em prevenção, enfrentamento e atenção à violência no espaço familiar.

Considerações finais

O desenvolvimento desta pesquisa desvelou que o trabalho em rede para intervenções nas situações de violência contra a criança e o adolescente ultrapassa os muros da escola, pois se trata de um fenômeno multicausal que envolve ações intersetoriais.

É necessário, portanto, que a concepção de rede envolva o suporte, a solidariedade e o compromisso inter-relacional, sendo estes elementos fundamentais para prevenção, enfrentamento e atenção às situações de violência, em direção à construção de uma cultura de paz, pautada no respeito à vida, diversidade, empatia, equilíbrio nas relações de gênero e etnias, fortalecendo o diálogo e assegurando os direitos humanos. Destarte, as instituições devem sair das suas zonas de isolamento, de trabalhos pontuais e disciplinares e pactuar entre si ações conjuntas, multiprofissionais, em prol de resultados mais efetivos ante a violência.

Como contribuições deste estudo, podem-se elencar: o fortalecimento do PSE e do trabalho multiprofissional envolvendo adolescentes e famílias; o fortalecimento do vínculo entre os profissionais que atuavam na rede de serviços locais e vislumbravam enfrentar a problemática da violência contra crianças e adolescentes; a qualificação dos profissionais de saúde e educação quanto à utilização das oficinas e atividades lúdicas para intervir nas situações de violência; a implantação do projeto de atividade física na escola; a proposição de novo modelo de mediação de conflitos no âmbito escolar; e as melhorias na aproximação da família com a escola.

Almeja-se que os resultados deste estudo despertem os profissionais, gestores e as comunidades para a existência da violência contra a criança e adolescente nos espaços que deveriam ser protetores, tanto na escola quanto intrafamiliar, e se posicionem como atores importantes para consolidação das redes de intervenção.

Entre as limitações deste estudo, perceberam-se as dificuldades dos profissionais de saúde e educação em trabalharem a temática da violência contra crianças e adolescentes,

tanto no espaço escolar quanto em seu entorno, tendo em vista a complexidade da temática e do contexto de risco em que todos aqueles atores estão envolvidos. Além disso, a precariedade de vínculos empregatícios dos profissionais de saúde configurou-se como fator que poderia resultar na descontinuidade das atividades implantadas.

Assim sendo, entende-se que este estudo foi importante para intervir ante as situações de violência existentes no espaço escolar e iniciou um movimento de mudança de práticas e de interlocução dos diversos serviços existentes no bairro e no município, revelando suas potencialidades para compor a rede de prevenção, enfrentamento e atenção às situações de violência contra crianças e adolescentes, bem como envolvimento efetivo das famílias; possibilitando a construção gradual de territórios de paz na comunidade escolar.

Colaboradores

Anunciação LL (0000-0003-1567-7025)* contribuiu para concepção e desenho da obra; aquisição, análise e interpretação de dados para o trabalho; redação do trabalho e revisão crítica do conteúdo intelectual; aprovação final da versão a ser publicada. Carvalho RC (0000-0002-1060-2780)*, Santos JEF (0000-0003-2949-6022)* e Souza SL (0000-0001-8003-2093)* contribuíram para concepção e desenho da obra; redação do trabalho e revisão crítica do conteúdo intelectual; aprovação final da versão a ser publicada. Morais AC (0000-0001-9547-6914)* e Almeida VRS (0000-0002-0482-8433)* contribuíram para redação do trabalho e revisão crítica do conteúdo intelectual; aprovação final da versão a ser publicada. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Silva ACS, Alencar JR, Chamon EMQO, et al. Escola e Família: Contextos de Desenvolvimento Humano. *Rev Ciências Humanas*. 2012 [acesso em 2022 fev 2]; 4(1). Disponível em: <https://www.rchunitau.com.br/index.php/rch/article/view/4/3>.
2. Wada MIG, Souza MTSOares. A relação família-escola: Implicações para o processo ensino-aprendizagem. *Interação*. 2019 [acesso em 2022 fev 2]; 22:72-86. Disponível em: <https://periodicos.unis.edu.br/index.php/interacao/article/view/323/289>.
3. Bronfenbrenner U. A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996.
4. Carter B, Mcgoldrick M. As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
5. Minuchin S. Famílias: Funcionamento & Tratamento. Porto Alegre: Artes Médicas; 1990.
6. Petrini G, Cavalcanti TN. Notas para um olhar mais adequado à família e ao adolescente: buscando caminhos para crescer. In: Moreira LVC, Rvbinovich EP, Fornasier RC, organizadores. Adolescente e adolescências: família, escola e sociedade. Curitiba: CRV; 2018.
7. Fernandes ACOG. A família na vida escolar. João Pessoa: UEPB; 2014.
8. Dessen MA, Polonia AC. A família e a escola como contextos de desenvolvimento humano. *Paidéia (Ribeirão Preto)*. 2007; 17(36):21-32.
9. Minayo MCS. Violência contra crianças e adolescentes: questão social, questão de saúde. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant*. 2001 [acesso em 2022 fev 20]; 1(2):91-102. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/mQqmmSTBf77s6Jcx8Wntkgg/abstract/?lang=pt>.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012.
11. Menezes ALT. Mulheres: fruto de dominação e fruta para libertação. In: Marlene NS. Construções e perspectivas em gênero. São Leopoldo: Unisinos; 2000.
12. Lopes LR. Violência intrafamiliar: suas formas e consequências. *Rev Científica Multidisciplinar Núcleo Conhecimento*. 2021; 5(6):161-173.
13. Carvalho RC. Inclusão social em tempos de violência: o lugar da família e da escola. In: Carvalho RC, Iriart MFS, Besnosik MHR, et al. Inclusão social em tempos de violência. Feira de Santana: UEFS Editora; 2016.
14. Giordani JP, Fernando S, Dell'Aglio DD. Violência escolar: percepções de alunos e professores de uma escola pública. *Psicol Esc Educ*. 2017; 21(1):1-9.
15. Fantes CAZ. Fenômeno Bullying: como prevenir a violência nas escolas e educar para a paz. Campinas: Verus; 2005.
16. Priotto EP, Boneti LW. Violência escolar: na escola, da escola e contra a escola. *Rev. Diálogo Educ*. 2009; 9(26):161-179.
17. Brasil. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. Portaria interministerial nº 1.055, de 25 de abril de 2017. Redefine as regras e os critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola - PSE por estados, Distrito Federal e municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações. *Diário Oficial da União*. 25 Abr 2017. [acesso em 2022 fev 2]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/pri1055_26_04_2017.html.
18. Brasil. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o programa saúde na escola e dá outras providências. [acesso em 2020 jan 28]. Disponível em:

- http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=14578%3Aprograma-saude-nas-escolas&catid=194%3Asecad-educacao-continuada&Itemid=817.
19. Lopes IE, Nogueira JAD, Rocha DG. Eixos de ação do Programa Saúde na Escola e Promoção da Saúde: revisão integrativa. *Saúde debate*. 2018 [acesso em 2022 fev 2]; 42(118):773-789. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/SNsdFnbvBdfdh76GQYGDtM/?lang=pt>.
 20. Brasil. Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde na Escola. Brasília, DF: MS; 2010. [acesso em 2020 jan 28]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/programa_saude_na_escola.php.
 21. Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação. 18. ed. São Paulo: Cortez; 2011.
 22. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 6. ed. São Paulo: Atlas; 2019.
 23. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.
 24. Brasil. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*. 12 Dez 2013.
 25. Brasil. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. *Diário Oficial da União*. 7 Abr 2016.
 26. Minayo MCS. *Violência e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
 27. Bezerra KP, Monteiro AIM. Violência intrafamiliar contra a criança: intervenção de enfermeiros da estratégia saúde da família. *Rev Rede Enferm Nordeste*. 2012; 13(2):354-364.
 28. Zanelatto PF, Medeiros M, Santos WS, et al. Violência contra crianças e adolescentes: significados e atitudes por equipes da estratégia saúde da família. *Cienc Enfermeria*. 2012; 18(2).
 29. Santos JS, Yakuwa MS. A Estratégia Saúde da Família frente à violência contra crianças: revisão integrativa. *Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped*. 2015; 15(1):3843.
 30. Anuniação LL, Souza SL, Aguiar MGG, et al. A pesquisa-ação como caminho promissor para intervir frente à violência escolar. Ponta Grossa: Atena Editora; 2019.
 31. Magalhães JRF, Pereira A, Gomes NP, et al. Meanings of intrafamily violence experienced in childhood/adolescence present in the discourses of men. *Rev Bras Enferm*. 2021 [acesso em 2022 fev 2]; 74(3):1-6. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/Sq7M36yskmHKW6Yp6hhYxTz/?lang=pt>.

Recebido em 10/05/2022
Aprovado em 20/09/2022
Conflitos de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve

A saúde ocular e o Programa Saúde na Escola: uma pesquisa documental

Eye healthcare and the School Health Program: a documentary research

Lucas Agostinho Fernandes¹, Mariana André Honorato Franzoi², Luciana Sepúlveda Köptcke³

DOI: 10.1590/0103-11042022E316

RESUMO As intervenções de saúde ocular e a prevenção da cegueira na escola são desenvolvidas desde o século passado no Brasil, acompanhando mudanças de modelos de atenção e de saúde na escola. Trata-se de uma pesquisa qualitativa da técnica de análise documental que teve por objetivo analisar os documentos normativos sobre a temática da saúde ocular no espaço escolar no Brasil, especialmente no âmbito do Programa Saúde na Escola (PSE), e a trajetória histórica das políticas de saúde ocular. Para tratamento dos dados, adotou-se a análise de conteúdo, sendo o *corpus* do estudo constituído de 48 atos normativos. Entre estes foi possível identificar decretos presidenciais, consultas públicas, portarias ministeriais, e portarias interministeriais. Evidenciou-se que a saúde ocular integral e coordenada ainda é um desafio para o Sistema Único de Saúde (SUS), dado pela interrupção de iniciativas que garantem acesso a cuidados e pelo pouco incentivo à realização dessas práticas, em detrimento de outras ações do PSE. Constatou-se ainda que o debate sobre ações de saúde ocular no ambiente escolar é datado anteriormente à Política Nacional de Atenção em Oftalmologia, revelando pioneirismo no trabalho da temática na Atenção Primária à Saúde.

PALAVRAS-CHAVE Saúde ocular. Serviços de saúde escolar. Atenção Primária à Saúde. Sistema Único de Saúde. Política pública.

ABSTRACT *Eye healthcare interventions and prevention of blindness at school have been developed since the last century in Brazil, following changes in models of care and health at school. This is a qualitative research of documentary analysis that aimed to analyze the normative documents on the subject of eye health in schools in Brazil, especially within the scope of the School Health Program (PSE) and the historical trajectory of eye healthcare policies. For data treatment, content analysis was adopted, and the corpus of the study consisted of 48 normative acts. Among the normative acts, it was possible to identify Presidential Decrees, Public Consultations, Ministerial Decrees, and Interministerial Decrees. It became evident that a comprehensive and coordinated eye healthcare is still a challenge for the Unified Health System (SUS) due to the interruption of initiatives that guarantee access to healthcare and the little incentive to carry out these practices in detriment of other PSE actions. It was also found that the debate on eye healthcare actions in the school environment dates back to the National Policy of Care in Ophthalmology, revealing a pioneering work on the subject in Primary Health Care.*

KEYWORDS *Eye health. School health services. Primary Health Care. Unified Health System. Public policy.*

¹Ministério da Saúde (MS)
- Brasília (DF), Brasil.
fernandeslucasenf@gmail.com

²Universidade de Brasília
(UnB) - Brasília (DF),
Brasil.

³Fundação Oswaldo Cruz
(Fiocruz) - Brasília (DF),
Brasil.



Introdução

Dos cinco sentidos humanos, a visão é o mais dominante; e desempenha um papel crucial em todos os aspectos da vida. No mundo, pelo menos 2,2 bilhões de pessoas têm deficiência visual, e cerca de metade desses casos poderiam ter sido evitados ou ainda não foram devidamente abordados. As intervenções para reduzir o risco de adquirir uma condição ou deficiência visual e mitigar o impacto são várias, nos campos da promoção, da prevenção, do tratamento e da reabilitação¹.

Nesse contexto, intervenções em prol da melhoria da saúde dos educandos no âmbito escolar² são empregadas para ofertas de serviços relacionados com a visão e apresentam potencial para resolutividade com custo-benefício³⁻⁵. As iniciativas nesse cenário são ancoradas pela convergência dos sistemas de educação e da saúde e são implementadas em países de baixa e média renda há pelo menos 20 anos³.

No Brasil, as intervenções de saúde ocular e prevenção da cegueira na escola são desenvolvidas desde o século passado, mediante iniciativas regionais, por meio de planos, projetos e campanhas. Uma característica comum dessas intervenções era a natureza preventivista, campañista e distante do atual modelo de promoção da saúde no espaço escolar^{2,6,7}.

Em 2007, a temática foi envolvida na gênese do Programa Saúde na Escola (PSE), a partir do Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Este refere-se a um programa interministerial que tem a finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica⁸, sendo a saúde ocular uma das 12 ações do PSE⁹.

Por ser um dos programas da Atenção Primária à Saúde (APS), logo, dedica-se aos processos envolvendo a promoção da saúde e a prevenção de agravos no território, e serve de porta de entrada para serviços de saúde mais complexos. Os profissionais de saúde e de educação são encorajados ao trabalho intersetorial na forma diretriz de implementação do PSE; por sua vez, as práticas desenvolvidas no âmbito da saúde ocular na

escola devem considerar a articulação entre os serviços de ambos os setores⁸⁻¹⁰.

O PSE representa um marco no desenvolvimento de iniciativas de promoção da saúde ocular e prevenção da cegueira nos contextos da comunidade escolar e da APS, não obstante parte da estrutura operacional da Rede de Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS)^{8,9}.

Assim, o PSE reúne, ao longo de 15 anos de existência, uma série de normativas que versam sobre diversos assuntos, entre essas, a saúde ocular. Todavia, cabe investigar como a saúde ocular é apresentada nessas regulamentações, sua inserção no PSE e a situação dessa temática nesses instrumentos do Estado.

Dessa forma, este estudo objetiva analisar os documentos normativos envolvendo a temática da saúde ocular no espaço escolar no Brasil, especialmente no âmbito do PSE, e a trajetória histórica das políticas de saúde ocular.

Material e métodos

Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo documental que teve como fonte de dados as políticas, os decretos e as demais normativas publicadas sobre a temática da saúde ocular no espaço escolar brasileiro e na administração pública federal.

Não foi estabelecido recorte temporal a fim de evitar a restrição de atos normativos correlatos e de interesse anteriores às ações de saúde ocular preconizadas no nível federal pelas pastas da saúde e educação e, desse modo, incluir essas informações sobre o contexto histórico de implantação e implementação da saúde ocular e do PSE.

Tem como referência técnica a pesquisa documental, que é caracterizada pela busca de informações em documentos que não receberam nenhum tratamento analítico, ou seja, as fontes primárias. Estas, por sua vez, são dados originais, a partir dos quais o pesquisador tem uma relação direta com os fatos a serem analisados¹¹. Nesse escopo, os documentos oficiais constituem geralmente uma fonte fidedigna de

dados, especialmente na análise dos contextos dos atos políticos e do seu alcance¹².

Dessa forma, buscaram-se atos normativos nas plataformas eletrônicas de pesquisa de legislação, a saber: Portal da Legislação Brasileira¹³ e Saúde Legis¹⁴ (sistema de pesquisa de atos normativos do SUS no âmbito da esfera federal). As buscas ocorreram nos dias 16 e 17 de maio de 2020, sendo utilizadas as seguintes palavras-chave: “Programa Saúde na Escola”, “Saúde na Escola”, “Saúde Ocular” e “Oftalmologia”.

Adotou-se a análise de conteúdo para organização e análise de dados, considerando-se as etapas de pré-análise, que compreende a leitura fluante, constituição do *corpus* e formulação de pressupostos; de exploração do material, expresso pela codificação e categorização; e de tratamento dos resultados obtidos, a partir da interpretação suscitada¹⁵.

Os atos normativos foram acessados a partir das versões certificadas no Diário Oficial da União, tendo sido incluídas normativas sobre a regulamentação do PSE e da saúde ocular no âmbito da APS. Os critérios de exclusão foram os atos cuja correspondência original no Diário Oficial da União não fora encontrada, regulamentações de atividade em ambiente hospitalar, de credenciamento de unidades hospitalares, de medicalização e procedimentos médico-cirúrgicos,

bem como a homologação de adesões não relacionadas ao PSE.

Após o acesso da publicação oficial, os atos normativos foram baixados e organizados em uma planilha da Microsoft Excel[®] de acordo com a extração do número da publicação, da sua origem, da tipologia, da data de publicação, da ementa e da informação de vigência da respectiva normativa. Em seguida, procedeu-se à pré-análise, seguida da exploração do material, que foi organizado e categorizado de acordo com o assunto da ementa e do corpo da publicação, para, enfim, serem analisados à luz da história das políticas de saúde escolar no Brasil.

Este estudo compõe uma pesquisa sobre a avaliabilidade da ação de saúde ocular do PSE devidamente aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz Brasília, sob o parecer número 3.858.465 e CAAE número 28560320.0.0000.8027, no dia 27 de fevereiro de 2020.

Resultados e discussão

No total, as buscas retornaram 258 atos normativos. Destes, 48 constituíram o *corpus* do estudo, outros 36 foram identificados como duplicados, e 174, excluídos (*quadro 1*).

Quadro 1. Relação de normativas excluídas da amostra final. Brasília, 2020

Motivo de Exclusão	Número de Normativas
Construção ou credenciamento hospitalar	84
Regulamentação de medicamentos ou procedimentos médico-hospitalares	56
Homologação da adesão municipal ao Projeto Olhar Brasil	14
Repasses de incentivo financeiros fora do contexto da saúde ocular na escola	9
Versões originais não encontradas no Diário Oficial da União	9
Declarações de utilidade pública	2

Fonte: elaboração própria.

Entre os atos normativos, é possível identificar decretos presidenciais, consultas públicas, portarias ministeriais, e portarias interministeriais entre os Ministérios da Saúde e da Educação.

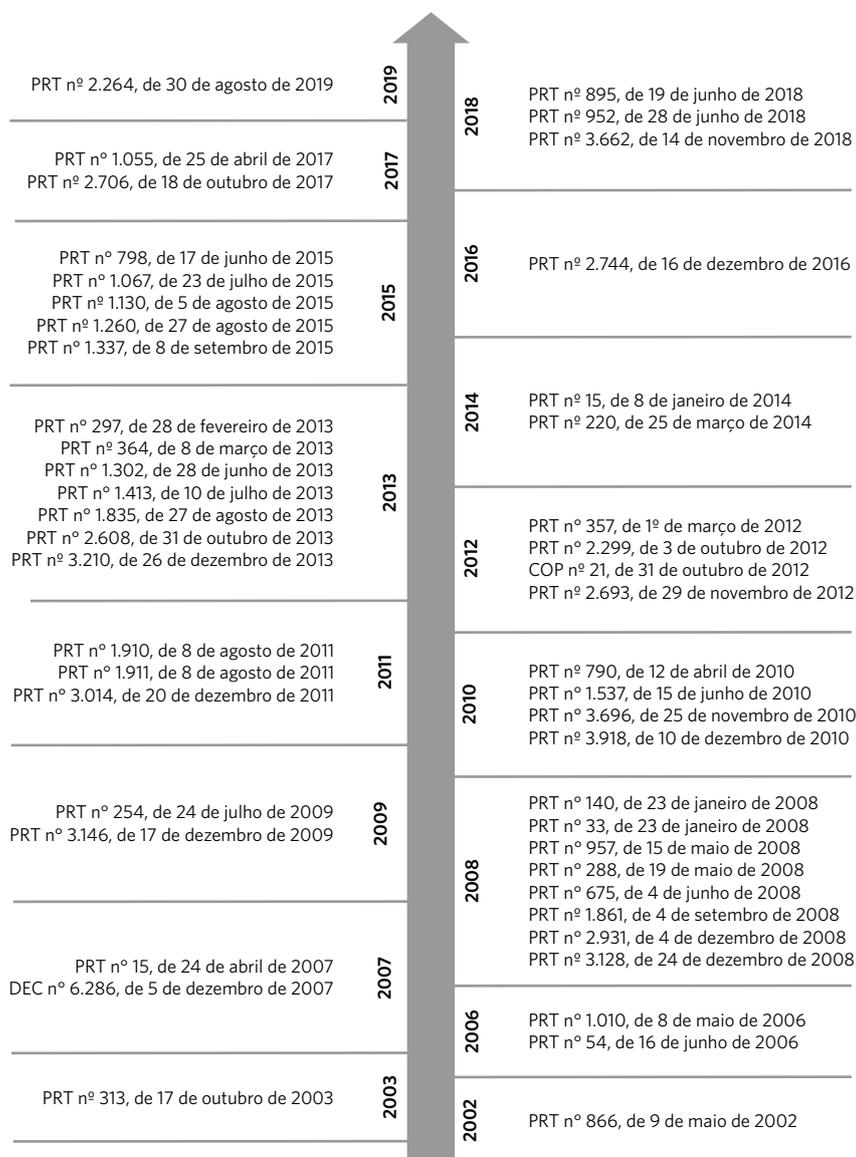
Apesar das buscas não retornarem as portarias de consolidação, fez-se importante considerá-las nas discussões apresentadas. Essas legislações são ordinárias no SUS, cujo objetivo

é regulamentar as práticas administrativas e judiciais das políticas públicas de saúde, bem como possui a constituição como fiel desses processos administrativos. É extenso o número de atos normativos no âmbito do SUS, herança da complexidade da gestão desse sistema, e, por vezes, pode apresentar incoerências com o modelo adotado. Isso demandou a consolidação

desses com auxílio dos conhecimentos e preceitos do direito sanitário¹⁶.

Foi possível identificar limitações nas buscas de atos normativos anteriores aos anos 2000, as quais são relevantes para avaliação de contexto. As normativas retornadas nas buscas e incluídas datam do período compreendido entre 2002 e 2019 (figura 1).

Figura 1. Linha do tempo das normativas do corpus de análise. Brasília, 2020



Fonte: elaboração própria.

DEC - Decreto Presidencial, PRT - Portaria Ministerial, PRI - Portaria Interministerial, COP - Consulta Pública.

Diante da análise dos atos normativos que compuseram o *corpus*, tendo-se o tema como unidade de registro, as categorias elencadas foram ‘Saúde Ocular’, subcategorizada em ‘Iniciativas de atenção à saúde ocular na APS’, e ‘Saúde na Escola’, subcategorizada em ‘Implantação e implementação do PSE no Brasil’ e ‘Ações de saúde ocular no âmbito do PSE’.

Saúde ocular

Segundo as normativas analisadas, em 2002, teve-se a criação das Redes de Assistência em Oftalmologia no SUS, apoiadas pela necessidade de organizar a assistência, estruturar redes, estabelecer fluxos e ampliar o acesso a serviços de oftalmologia. Por redes, entenderam-se serviços ambulatoriais e hospitalares previamente credenciados, cuja premissa permanece vigente, como descrito na Portaria nº 288, de 19 de maio de 2008.

A grande maioria dos serviços de atendimento oftalmológico em países de baixa e média renda são prestados em hospitais secundários ou terciários, que estão localizados principalmente em áreas urbanas, que evidenciam a desigualdade no acesso. Isso destaca a importância de fortalecer a integração dos serviços de atenção oftalmológica na APS e garantir um caminho de referência eficaz para o tratamento oportuno de doenças oculares¹.

A instituição de uma política brasileira voltada para essa temática foi pensada coletivamente por meio da criação de Grupos de Trabalho, que trabalhariam na então Política de Saúde Ocular, em 2003. Todavia, somente em 2008, teve-se a Política Nacional de Atenção em Oftalmologia, que, no contexto da APS, destina-se a realizar ações de caráter individual ou coletivo, voltadas à promoção da saúde e à prevenção dos danos e recuperação, bem como ações clínicas para o controle das doenças que levam a alterações oftalmológicas e às próprias doenças oftálmicas, que possam ser realizadas nesse nível, ações essas que terão lugar na rede de serviços básicos de saúde.

Estratégias de promoção da saúde eficazes resultam em uma mudança de comportamento e promovem concordância aos regimes de tratamento, por isso os profissionais devem pautar suas ações nas esferas da educação em saúde, da prevenção e da proteção da saúde¹⁷ – especialmente no Brasil, em que a oferta de saúde ocular é centrada em uma oferta desordenada de profissionais oftalmologistas no território nacional, os quais apresentam predominância de vínculo com o serviço privado e em níveis heterogêneos de atenção¹⁸.

A promoção da saúde ocular e a prevenção de doenças oftalmológicas foram reforçadas no contexto da APS e ratificadas pela criação das Redes Estaduais de Atenção à Pessoa com Deficiência Visual, em 2008, compostas por ações na APS e nos Serviços de Reabilitação Visual.

A saúde ocular voltada às crianças brasileiras é abordada no estabelecimento dessa rede, inclusive integrando as escolas nesse processo de inclusão, discussão que sucedeu às Diretrizes de Atenção à Saúde Ocular na Infância: Detecção e Intervenção Precoce para Prevenção de Deficiências Visuais no âmbito do SUS, em 2012.

Em 2018, um novo Grupo de Trabalho foi constituído, dessa vez para revisão das Redes de Atenção em Oftalmologia, mas não previu a participação de representantes da APS, como ocorreu no primeiro grupo.

A relevância disso se deve ao papel da APS na redução de barreiras de acesso a cuidados de saúde ocular, sejam de ordem estrutural, financeira e pessoal. A ausência de protagonismo desse nível de atenção perpetua a concentração de cuidados secundários em oftalmologia. Estes, por sua vez, são incapazes de atender às demandas de prevenção, pois, quando muito, diagnosticam condições das quais os usuários não conseguem sustentar o elevado custo do tratamento^{19,20}.

A Estratégia Saúde da Família, no âmbito da APS brasileira, possui uma capacidade de atenção à saúde ocular singular, isso porque os profissionais estão inseridos na comunidade e vivenciam os processos saúde-doença nos diversos espaços sociais.

Assim, a identificação oportuna de problemas oftalmológicos e o adequado encaminhamento dos usuários para os demais níveis de atenção são um dos objetivos de um cuidado integral e coordenado da APS na Rede de Atenção em Oftalmologia²¹.

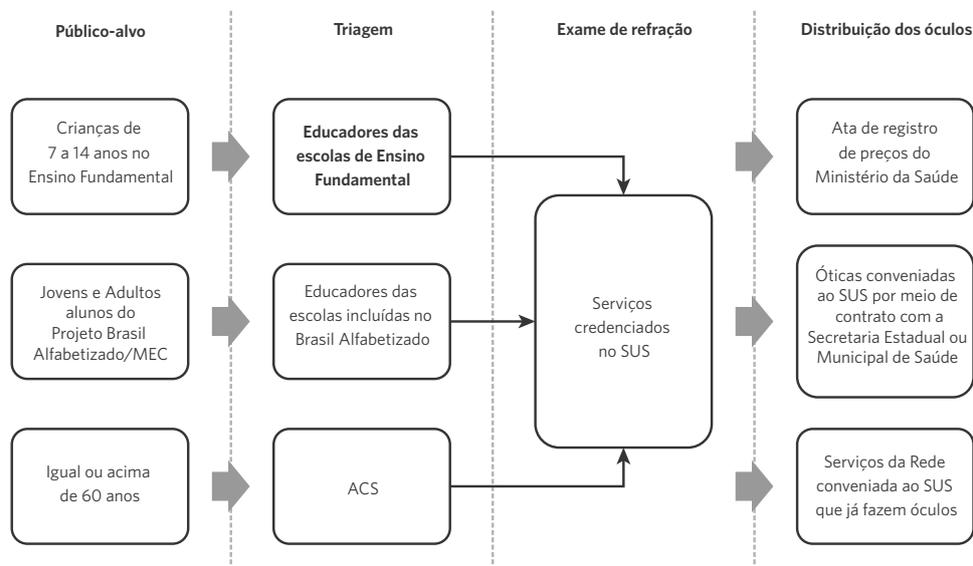
Iniciativas de atenção à saúde ocular na APS

A articulação entre saúde e educação promovida pelo Projeto Olhar Brasil aconteceu paralelamente ao PSE, por meio da Portaria Interministerial nº 15, de 2007, que teve como objetivos identificar e corrigir problemas

visuais relacionados com a refração, visando reduzir as taxas de evasão escolar e facilitar o acesso da população-alvo à consulta oftalmológica e à aquisição de óculos (para crianças da rede pública de Ensino Fundamental, do Programa Brasil Alfabetizado, e a população com idade igual ou superior a 60 anos).

Justificado pelo alto índice de problemas oftalmológicos que afetam a população brasileira – 30% das crianças em idade escolar e a maioria dos adultos com mais de 40 anos (em 2008) –, especialmente aqueles ligados a erro de refração, geralmente são solucionáveis com uso de óculos (*figura 2*).

Figura 2. Modelo teórico do Projeto Olhar Brasil implementado em 2008 no Brasil



Fonte: Portaria MS/SAS nº 33, de 23 de janeiro de 2008²².

ACS – Agente Comunitário de Saúde.

O projeto inicialmente previa a duração de dois anos, mas foi ampliado para quatro anos; e após esse período, em 2012, foi redefinido sem o estabelecimento de vigência.

Ressalta-se que, no início, havia elementos como Ata de Registro de Preços para aquisição dos óculos, bem como o incentivo para adesão dos estados e municípios do Norte e do

Nordeste, os quais não mais aparecem como prioritários nos atos normativos.

O financiamento era realizado pelo Bloco da Média e Alta Complexidade, automaticamente a partir do Fundo de ações Estratégicas e Compensação (Faec), seja para a assistência oftalmológica, seja para o fornecimento dos óculos. Além disso, as produções eram lançadas

exclusivamente nos sistemas ambulatoriais por meio de códigos específicos do projeto, presentes na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais do SUS.

O Projeto Olhar Brasil foi uma importante iniciativa de implementação da Política Nacional de Atenção em Oftalmologia nos diversos níveis de atenção do SUS, pois envolveu a participação dos profissionais da educação e profissionais da APS, para além dos profissionais da atenção especializada²³. Apesar disso, ainda que a Portaria nº 2.299, de 2012, esteja vigente, na prática, o Projeto Olhar Brasil foi descontinuado.

O público do PSE era priorizado na adesão ao Projeto Olhar Brasil e ao Projeto Consultórios Itinerantes, outro que merece atenção. De acordo com a Portaria Interministerial nº 15, de 2013²⁴, que instituiu o Projeto Consultórios Itinerantes de Odontologia e de Oftalmologia, no âmbito do PSE e Programa Brasil Alfabetizado, e dá outras providências, os consultórios itinerantes são veículos adaptados e equipados para o desenvolvimento de ações de atenção à saúde bucal e oftalmológica, compostos por caminhão para locomoção dos baús (o baú oftalmológico possui dois consultórios e um laboratório de montagem de óculos).

Esse projeto almejava expandir a assistência oftalmológica, prevendo, por meio de consultórios oftalmológicos em bases móveis e itinerantes, consultas em parceria com Hospitais Universitários Federais e Instituições Federais de Ensino Superior, como a rede da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh).

Esses eram passíveis de adesão municipal, homologada em portaria, e, também, passavam pelo crivo do Departamento de Atenção Especializada e Temática. Um dos critérios era a rede de atenção insuficiente para atendimento da demanda de assistência oftalmológica, por exemplo, em municípios não homologados ao Projeto Olhar Brasil.

O Projeto Consultórios Itinerantes também não está mais em atividade atualmente. Isso é evidenciado pela portaria de revogação dos códigos da Tabela de Procedimentos que

serviam aos dois projetos, bem como excluiu a adesão de estabelecimentos para esse fim, e finda o financiamento destinado a procedimentos do projeto²⁵.

Saúde na escola

Previamente ao PSE, havia iniciativas de interlocução entre a saúde e a educação presentes nos atos normativos do governo federal. Os Ministros da Saúde e Educação da época reconheciam a escola como um espaço propício à formação de hábitos saudáveis e à construção da cidadania, bem como vislumbravam a promoção da saúde e a prevenção de doenças.

O período coincide com o modelo de saúde na escola denominado de Escolas Promotoras de Saúde, mesmo nome de um programa criado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que permitiu identificar a escola como espaço privilegiado por congregar, por um período importante, crianças e adolescentes, bem como um ambiente de trabalho para professores, outros profissionais e representantes da comunidade²⁶.

O Brasil não instituiu políticas com base nessa proposta da OMS, mas trouxe o modelo da promoção da saúde para o contexto escolar²⁷. A relevância disso se deve ao histórico nacional de adoção de atividades higienistas e de medicina escolar, modelos anteriores a esse e sumariamente pautados pela vigilância de doenças e agravos, e outras atividades de caráter biomédico²⁶.

Como verificado, a saúde na escola não é uma prática recente. Dentre os atos normativos correlatos e localizados por meio de busca manual, pode-se citar a Portaria Interministerial nº 1, de 1993, que instituiu Grupo de Trabalho com a finalidade de propor normas técnicas necessárias ao aperfeiçoamento das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde do escolar no âmbito do SUS.

Outrossim, há a Portaria nº 1.185, de 1997, que instituiu o Grupo Executivo Interministerial para apreciar e aprovar o material a ser veiculado no Programa 'Saúde na Escola' e

‘Educação para Saúde’; e, também, a Portaria Interministerial nº 1.094, de 1997, que estabeleceu um conjunto de atividades de saúde e nutrição, denominadas de ‘Saúde na Escola’, voltadas aos estudantes brasileiros, veiculado por meio da TV Escola. Essas apontam que a discussão de um programa que envolvesse a saúde no ambiente escolar era um anseio da administração pública²⁸⁻³⁰.

É importante considerar que o ano de 2006 ficou marcada pela institucionalização das Políticas Nacional de Atenção Básica e Política Nacional de Promoção da Saúde, trazendo profundas mudanças na organização do modelo de atenção do SUS, hoje consolidadas na Portaria de Consolidação nº 2, de 2017³¹, proporcionando uma janela de oportunidade para programas intersetoriais na APS, como o PSE, que, por sua vez, configura-se como modelo único na história da saúde na escola no Brasil²⁶.

Implantação e implementação do PSE no Brasil

O PSE foi criado em dezembro 2007 pelo Decreto Presidencial nº 6.286, sendo implementado no ano seguinte com o objetivo de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde. Apoia-se na descentralização, na territorialidade, na integralidade, e entre outros, na intersetorialidade como diretrizes de implementação.

A adesão ao PSE era essencialmente municipal, anualmente, por meio da formalização de um Termo de Compromisso, com gestão descentralizada, a qual envolve compromissos da esfera municipal, estadual e federal por meio dos Grupos de Trabalho Intersetoriais.

Essas iniciaram-se restritas a um determinado quantitativo de municípios, de acordo com critérios preestabelecidos, porém houve mudança em 2013, quando todos os municípios brasileiros foram habilitados a aderir ao PSE; e, em 2017, estabeleceu-se duração da vigência por dois anos, conhecido como ciclos de adesão.

As ações previstas no âmbito do PSE consideram a atenção, a promoção, a prevenção e a assistência, compreendem diversas temáticas de interesse à saúde, e devem ser realizadas pelo trabalho intersetorial entre os profissionais da saúde e da educação no âmbito da comunidade escolar e território da APS. O processo de trabalho deve ter a intersetorialidade como diretriz, ou seja, faz-se necessária a interlocução dos saberes dos profissionais da APS e dos profissionais da educação.

Na perspectiva da gestão do programa, a intersetorialidade também deve ser exercida pelos Grupos de Trabalho Intersetoriais, de estados e municípios. Esse princípio é reforçado nos atos normativos ao longo da regulamentação do programa, ao ponto de atualmente ser o principal pilar de sustentação do PSE³².

Por meio da Portaria Interministerial nº 675, os ministérios instituíram a Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola (Ciese) com a finalidade de estabelecer diretrizes da política de educação e saúde na escola, em conformidade com as políticas nacionais de educação e com os objetivos, princípios e diretrizes do SUS. Apesar de permanecer vigente nos atos normativos, a Ciese não possui mais atividade, pelo menos não nos moldes do passado³³. Atualmente, as tratativas são realizadas em eventuais encontros entre as equipes de gestão do PSE nos Ministérios da Saúde e da Educação.

O incentivo financeiro destinado à realização das ações foi historicamente debitado dos cofres do Fundo Nacional de Saúde, enquanto a educação ficava responsável pela impressão e distribuições de materiais gráficos na maioria das vezes. Entretanto, o planejamento orçamentário deveria ser realizado em conjunto com as Secretarias de Educação, por meio dos Grupos de Trabalho Intersetoriais.

Os municípios aderidos são homologados em portaria, cuja finalidade é conjuntamente destinada à definição dos repasses, fundo a fundo, do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, anualmente, em parcela única. Esses faziam parte do Bloco de

Financiamento da Atenção Básica, onerando o Piso da Atenção Básica Variável, sendo no início constituído por uma parcela extra do incentivo mensal repassados às equipes de Saúde da Família; passando a ser valores específicos de acordo com o número de estudantes pactuados a partir de 2013.

Salvo em situações pontuais, esses recursos são repassados no ato da adesão e, depois, após o cumprimento das metas e padrões para implementação das ações. O Ministério da Saúde pode repassar recursos de acordo com as necessidades e interesses da administração, como ocorreu com os pontuais incentivos para realização da Semana Saúde na Escola.

Os recursos são destinados para implementação de todas as ações, todavia, os ministérios definem as ações prioritárias para o monitoramento das ações, que estão atreladas ao recebimento por critérios de desempenho de acordo com a ação. Nas portarias, as ações de combate ao *Aedes aegypti* têm recebido destaque em detrimento das demais. As ações de promoção da alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil também recebem atenção, por meio do Crescer Saudável, uma iniciativa pertencente à agenda da Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição, vinculado ao PSE.

Em 2019, ao todo, foram repassados R\$ 95.556.013,61 como incentivo para implementação do PSE e do Crescer Saudável, na adesão ao ciclo 2019/2020, que, por sua vez, compreendeu um total de 91 mil escolas públicas e creches conveniadas, e corresponde a 22.425.160 milhões de estudantes como principal público-alvo das ações³⁴.

O monitoramento das ações iniciou a partir do Sistema Integrado de Monitoramento do Ministério da Educação (Simec), que dividiu o acompanhamento das ações com o Sistema de Informações em Saúde para a Atenção Básica (Sisab), entre 2013 e 2017, quando passou a ser realizado apenas neste último.

Em 2019, a partir da análise dos dados do Sisab, sabe-se que foram realizadas 1.450.634 atividades das ações do PSE, com participação de 61.413.856 estudantes em uma ou mais

ações, em 4.906 municípios. A ação de saúde ocular correspondeu a 2,81% e totalizou 40.823 dessas atividades³⁵.

Ações de saúde ocular no âmbito do PSE

A temática da saúde ocular aparece como uma ação do PSE desde o princípio, sob a nomenclatura 'avaliação oftalmológica'. No período de 2011 a 2017, as ações do PSE eram segregadas em Componente I – avaliação clínica e psicossocial, tendo a avaliação oftalmológica como linha de ação, e a realização de triagem de acuidade visual (Teste de Snellen) e a identificação de problemas visuais dos escolares como 'atividade'; o Componente II – ações de promoção da saúde e prevenção, da qual a temática não fazia parte; e o Componente III – educação permanente e capacitação de profissionais da educação e da saúde e de jovens para o PSE, que previa a capacitação de profissionais da saúde e educação para aplicação do Teste.

A nomenclatura 'avaliação oftalmológica', conceitualmente, não expressou os objetivos do PSE de que as ações contemplem a promoção, a prevenção e a atenção à saúde, uma vez que a avaliação oftalmológica, de certa forma, faz alusão à avaliação clínica, que é realizada por profissionais específicos e até mesmo de competência da atenção especializada, e não da APS, como descrito nas Portarias nº 288, de 19 de maio de 2008, e nº 3.128, de 24 de dezembro de 2008.

Dessa forma, a interpretação ante o escopo das ações/atividades envolvendo a temática da saúde ocular, historicamente, foi reduzida à triagem oftalmológica e à mensuração da acuidade visual, que, na sua totalidade, não contemplam a atenção integral vislumbrada pelo PSE^{9,32}.

A triagem é uma realidade brasileira, mas também fomentada em outros países. Nos Estados Unidos da América, pelo menos 40 estados exigem a triagem da visão de crianças em idade escolar. Embora os exames de visão

de crianças em idade escolar sejam apoiados por governos de países como Reino Unido, Canadá, Austrália, países do Mediterrâneo Oriental e África do Sul, não são obrigatórios. A falta de legislação leva a exames realizados de maneira *ad hoc* por consultórios particulares, resultando em prestação de serviços não mensurada e inconsistente^{35,36}.

A Portaria Interministerial nº 1.055/2017, que redefiniu as regras e os critérios para adesão ao PSE e outras providências, por sua vez, trouxe a temática da saúde ocular mais para o campo da promoção, com seguinte nomenclatura: ‘Promoção da saúde ocular e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração’. Esta é pormenorizada no ‘Caderno Temático’, e é comumente conhecida como ação de saúde ocular do PSE⁹.

A OMS reconhece que a escola é um ambiente privilegiado para a promoção da saúde, entretanto, quando se leva em consideração a temática da saúde ocular, há evidências de que as intervenções para promoção da saúde dos cuidados com a visão têm recebido menos atenção e investimento do que as de prevenção e tratamento; e, embora essas intervenções se mostrem eficazes em alguns ambientes, mais pesquisas são necessárias^{1,2}.

Dentre algumas menções ao tema nas normativas, cita-se que a saúde ocular foi tema da Semana Saúde na Escola, em 2013, uma mobilização anual para o trabalho intersetorial nas escolas, por meio do PSE, evidenciado na Portaria nº 364, de 8 de março de 2013. Ademais, o PSE e, conseqüentemente, seu rol de ações são considerados na Política Nacional de Atenção à Saúde da Criança, como observado na Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015.

É valioso trazer o papel da Base Nacional Comum Curricular (BNCC) para debate³⁷. A inserção curricular da saúde e da temática da saúde ocular nos currículos escolares é o primeiro domínio para a implementação de intervenções pautadas no *framework* das Escolas Promotoras de Saúde, da OMS, e recomendado nas diretrizes atuais para programas de promoção da saúde ocular na escola²⁻⁵.

Sabe-se que são poucos os documentos destinados à orientação de objetivos educacionais que tratam especificamente do tema da saúde, assim, a menção da saúde ocular na BNCC necessita ser pormenorizada para afirmar a importância do tema em sala de aula^{37,38}. A saúde ocular está inserida no componente curricular das ciências, que têm como habilidades específicas a discussão de hábitos necessários para a manutenção da saúde auditiva e visual considerando as condições do ambiente em termos de som e luz³⁷.

Considerações finais

O acesso aos cuidados de saúde ocular no Brasil perpassa pelas ofertas no espaço escolar como ponto de atenção e parte da APS. A partir deste, evidenciou-se que a saúde ocular integral e coordenada ainda é um desafio para o SUS, dado pela interrupção de iniciativas que garantem acesso à cuidados, como os Projetos Olhar Brasil e Consultórios Itinerantes, e pelo pouco incentivo à realização dessas práticas, em detrimento de outras ações do PSE.

Vale ressaltar também que o debate sobre ações de saúde ocular no ambiente escolar é datado anteriormente à Política Nacional de Atenção em Oftalmologia, sugerindo certo pioneirismo no trabalho da temática na APS.

Uma das limitações deste trabalho é atribuída às ferramentas de buscas, que retornaram um grande volume de atos normativos, porém, deixando passar algumas publicações importantes para entendimento do contexto, haja vista as normativas reunidas por busca manual e utilizadas na discussão. Apesar das fragilidades, essas ferramentas são essenciais para o aprofundamento das questões envolvendo o direito sanitário, especialmente em sistemas universais como o SUS. Além disso, as discussões apresentadas correspondem às interpretações do analista, assim, devem-se considerar as presentes interpretações e reconhecer a amplitude de interpretações possíveis, inclusive do leitor.

As discussões legais e técnicas dos direitos à saúde ocular na APS ainda são escassas, a julgar pela revisão dos atos normativos e literatura atual, sugerindo pouca visão estratégica e de planejamento para a temática no âmbito da APS e da saúde na escola. Também a literatura atual não dispõe de documentos de referência para o trabalho de inserção da saúde ocular nos currículos dos estudantes brasileiros, mesmo diante da observância dos temas de saúde nas diretrizes curriculares da educação básica.

A temática da saúde ocular nas normativas analisadas ficou restrita a atividades de detecção precoce e pouco explorou o potencial da promoção da saúde, bem como reforçou o papel dessas no acesso a serviços e resolutividade desses problemas. Ao sair da perspectiva reducionista da avaliação oftalmológica, o PSE pode se tornar estratégico para implementação de atividades educativas, de promoção da saúde ocular e prevenção da cegueira; outrossim, detecção precoce de condições reversíveis na APS.

O PSE, até o momento, apresenta-se como a política de saúde na escola mais consolidada no SUS, a julgar pelo trabalho ininterrupto de

aperfeiçoamento da gestão dele, de maneira a mudar a concepção das ações, facilitar os processos de adesão e financiamento, entre outros. Também foi possível observar que novos processos envolvendo a gestão do PSE e a implementação da ação de Saúde Ocular foram mais presentes nos anos de 2013 e 2017, o que prescreve reflexões do motivo desses terem se sobressaído, isso, para além da perspectiva normativa, o que demanda uma análise mais apurada de contexto.

Por fim, recomenda-se uma profunda análise da Política Nacional de Atenção em Oftalmologia tendo a consolidação das Redes de Atenção à Saúde como objetivo do SUS, e a APS como prisma do primeiro acesso, da continuidade do cuidado e de ações coordenadas.

Colaboradores

Fernandes LA (0000-0001-8019-6733)*, Franzoi MAH (0000-0002-6877-4753)* e Köptcke LS (0000-0001-7079-6575)* contribuíram para concepção da pesquisa, coleta e análise de dados, discussão, escrita e revisão. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

- World Health Organization. World report on vision. Geneva: World Health Organization; 2019.
- Langford R, Bonell C, Jones H, et al. The World Health Organization's Health Promoting Schools framework: a Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMC public health*. 2015 [acesso em 2020 maio 20]; 15(1):130-137. Disponível em: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-015-1360-y>.
- International Agency for the Prevention of Blindness. Standard school eye health guidelines for low and middle-income countries. London: International Agency for the Prevention of Blindness; 2018. [acesso em 2020 maio 20]. Disponível em: <https://www.iapb.org/wp-content/uploads/Guidelines-School-Eye-Health-Programmes-English-Final.pdf>.
- Burnett A, Yashadhana A, Lee L, et al. Interventions to improve school-based eye-care services in low- and middle-income countries: a systematic review. *Bull World Health Organ*. 2018 [acesso em 2020 maio 20]; 96(10):682-694D. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6238998/>.
- Global Partnership for Education. School Health Integrated Programming. Guidelines for School-based Eye Health Programs. Washington, DC: GPE; 2017 [acesso em 2020 maio 20]. Disponível em: <https://www.globalpartnership.org/sites/default/files/2017-09-ship-guidelines-vision-screening.pdf>.
- Kara-José N, Rodrigues MLV. Saúde Ocular e prevenção da cegueira. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2009.
- Becker TOF, Cortela DCB, Miura H, et al. Avaliação da acuidade visual em escolares do ensino fundamental. *Rev. bras. oftalmol*. 2019 [acesso em 2020 maio 20]; 78(1):37-41. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72802019000100037&lng=en.
- Brasil. Presidência da República. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 5 Dez 2007.
- Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Cadernos temáticos do PSE: Saúde Ocular. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2016. [acesso em 2020 maio 20]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portal-dab/documentos/caderno_saude_ocular.pdf.
- Vieira LS, Belisário SA. Intersetorialidade na promoção da saúde escolar: um estudo do Programa Saúde na Escola. *Saúde debate*. 2018 [acesso em 2020 maio 20]; 42(esp4):120-133. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2018.v42nspe4/120-133/#>.
- Marconi MA, Lakatos EM. Fundamentos da metodologia científica. 6. ed. São Paulo: Atlas; 2008.
- Sá-Silva JR, Almeida CD, Guindani JF. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Rev Bras Hist Ciênc Soc*. 2009 [acesso em 2020 maio 20]; 1(1). Disponível em: <https://periodicos.furg.br/rbhcs/article/view/10351/0>.
- Brasil. Presidência da República. Portal da Legislação. Brasília, DF: Presidência da República; 2020. [acesso em 2020 maio 17]. Disponível em: <http://www4.planalto.gov.br/legislacao/>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Legis. Brasília, DF: MS; 2020 [acesso em 2020 maio 16]. Disponível em: <https://saudelegis.saude.gov.br/saudelegis/>.
- Cavalcante RB, Calixto P, Pinheiro MMK. Análise de Conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. *I&S*. 2014 [acesso em 2020 maio 30]; 24(1). Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/ies/article/view/10000>.
- Bisol J. Desafios da sistematização do direito sanitário: da consolidação normativa ao desenvolvimento teórico e dogmático. *Cad Ibero-American Direito*

- Sanit. 2019 [acesso em 2020 maio 30]; 8(3):173-177. Disponível: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/580>.
17. Williamson S, Seewoodhary R, Dampies L. Effect of poverty on eye health and implications for nursing practice. *Nursing Standard*. 2016 [acesso em 2020 set 7]; 30(50):42-51. Disponível em: <https://journals.rcni.com/nursing-standard/effect-of-poverty-on-eye-health-and-implications-for-nursing-practice-ns.2016.e10014>.
 18. Ottaiano JAA, Ávila MP, Umbelino CC, et al. As condições de saúde ocular no Brasil. São Paulo: CBO; 2019. [acesso em 2020 nov 24]. Disponível em: http://www.cbo.com.br/novo/publicacoes/condicoes_saude_ocular_brasil2019.pdf.
 19. Lima NC, Baptista TWF, Vargas EP. Ensaio sobre 'cegueiras': itinerário terapêutico e barreiras de acesso em assistência oftalmológica. *Interface (Botucatu)*. 2017 [acesso em 2020 set 30]; 21(6):615-627. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000300615&lng=en.
 20. Condessa AM, Giordani JMA, Neves M, et al. Barreiras e facilitadores à comunicação no atendimento de pessoas com deficiência sensorial na atenção primária à saúde: estudo multinível. *Rev. bras. epidemiol.* 2020 [acesso em 2020 set 30]; 23:e200074. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2020000100460&lng=pt.
 21. Fernandes LA, Franzoi MAH. Prevalência de Baixa Acuidade Visual em Crianças de Uma Escola da Rede Pública de Ensino. *Cogitare enferm.* 2020 [acesso em 2020 nov 25]; 25:e67144. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-85362020000100341&lng=pt.
 22. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 33, de 23 de janeiro de 2008. Definir os seguintes objetivos específicos para o Projeto Olhar Brasil. *Diário Oficial da União*. 24 Jan 2008.
 23. Dalia ERC, Campos LM, Teixeira LP, et al. Análise da prevalência dos pacientes que necessitam de óculos em um Hospital Oftalmológico em Goiânia, Goiás, Brasil. *Projeto Olhar Brasil. Rev. bras. oftalmol.* 2017 [acesso em 2020 ago 23]; 76(2):57-60. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72802017000200057&lng=en.
 24. Brasil. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 15, de 10 de outubro de 2013. Institui o Projeto Consultórios Itinerantes de Odontologia e de Oftalmologia, no âmbito do Programa Saúde na Escola - PSE e Programa Brasil Alfabetizado - PBA, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 10 Out 2013.
 25. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 1.660, de 17 de novembro de 2016. *Diário Oficial da União*. 17 Dez 2016.
 26. Silva CS. Saúde na Escola: Intersetorialidade e Promoção da Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2019.
 27. Brasil. Ministério da Saúde. Escolas promotoras de saúde: experiência do Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2007.
 28. Brasil. Ministério da Saúde; Ministério da Educação e Desporto. Portaria Interministerial nº 1, de 17 de agosto de 1993. *Diário Oficial da União*. 18 Out 1993.
 29. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.185, de 25 de agosto 1997. Instituir Grupo Executivo Interministerial para apreciar e aprovar o material a ser veiculado no Programa Saúde na Escola e Educação para Saúde, sua periodicidade e cronograma, bem assim, o material de apoio didático. *Diário Oficial da União*. 26 Out 1997.
 30. Brasil. Ministério da Saúde; Ministério da Educação e Desporto. Portaria Interministerial nº 1.094, de 05 de setembro de 1997. *Diário Oficial da União*. 8 Set 1997.
 31. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. *Diário Oficial da União*. 28 Set 2017.

32. Brasil. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. Caderno do Gestor do PSE. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015.
33. Ferreira IRC, Vosgerau DSR, Moysés SJ, et al. Diplomas Normativos do Programa Saúde na Escola: análise de conteúdo associada à ferramenta ATLAS TI. *Ciênc. Saúde Colet.* 2012 [acesso em 2020 out 13]; 17(12):3385-3398. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=SI413-81232012001200023&lng=en.
34. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Nota técnica - Divulgação dos resultados do monitoramento das ações do Programa Saúde na Escola do primeiro ano do ciclo 2019/2020. Brasília, DF: Secretaria de Atenção Primária à Saúde; 2020. [acesso 2020 ago 5]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/academia/NT17_Monitoramento_PSE_2019.pdf.
35. Shakarchi AF, Collins ME. Referral to community care from school-based eye care programs in the United States. *Surv Ophthalmol.* 2019 [acesso em 2020 set 7]; 64(6):858-867. Disponível em: [https://www.surveyophthalmol.com/article/S0039-6257\(18\)30224-8/fulltext](https://www.surveyophthalmol.com/article/S0039-6257(18)30224-8/fulltext).
36. Metsing I, Hansraj R, Jacobs W, et al. Review of school vision screening guidelines. *African Vision and Eye Health.* 2018 [acesso em 2020 set 7]; 77(1):1-10. Disponível em: <https://avehjournal.org/index.php/aveh/article/view/444/887>.
37. Brasil. Ministério da Educação. Base Nacional Comum Curricular. MEC, 2017. Brasília, DF: Ministério da Educação; 2017. [acesso em 2020 set 7]. Disponível em: http://basenacionalcomum.mec.gov.br/images/BNCC_EI_EF_110518_versaofinal_site.pdf.
38. Monteiro PHN, Bizzo N. A saúde na escola: análise dos documentos de referência nos quarenta anos de obrigatoriedade dos programas de saúde, 1971-2011. *Hist Ciênc Saúde - Manguinhos.* 2015 [acesso em 2020 ago 23]; 22(2):411-428. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/pd6KN8hjtZQ5fcs5Yxkr47L/abstract/?lang=pt>.

Recebido em 15/03/2022

Aprovado em 20/09/2022

Conflitos de interesse: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Saúde do adolescente na rede federal de ensino brasileira: uma metassíntese

Adolescent health in the Brazilian federal school system: a metasynthesis

Emily Lima Carvalho¹, Ludmila Anjos de Jesus², Jairo Oliveira dos Santos³, Osni Santos Paz⁴, Gabriel Nóbrega Vieira⁵, Robson da Fonseca Neves⁵

DOI: 10.1590/0103-11042022E317

RESUMO As instituições da rede federal de ensino possuem equipe de saúde própria e, portanto, têm a possibilidade de desenvolver múltiplas estratégias para a implantação de ações do Programa Saúde na Escola. Este estudo teve por objetivo sistematizar e sintetizar a produção científica desenvolvida por trabalhadores da rede federal de ensino sobre saúde do adolescente no âmbito escolar. Trata-se de uma metassíntese qualitativa realizada a partir de buscas no portal da Biblioteca Virtual em Saúde, da Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações e do Google. A análise de conteúdo foi empregada para análise dos dados. A amostra foi composta por 15 publicações. Assim, quatro unidades temáticas emergiram: integração pedagógica da educação em saúde nos institutos federais; concepção de adolescência e saúde do adolescente no âmbito escolar nos institutos federais; perspectivas do trabalho em saúde nos institutos federais com adolescentes; e facilidades e dificuldades no desenvolvimento da saúde do adolescente no âmbito escolar nos institutos federais. Constatou-se que a produção científica sobre a temática ainda é incipiente. Mesmo em institutos federais, é necessário avançar na metodologia das atividades e nos temas de educação em saúde desenvolvidos. Torna-se necessário estimular o protagonismo juvenil transcendendo os aspectos higienistas e fragmentados da saúde escolar.

PALAVRAS-CHAVE Serviços de saúde escolar. Saúde do adolescente. Promoção da saúde.

ABSTRACT *The institutions of the federal educational network have their own health team and, therefore, have the possibility of developing multiple strategies for the implementation of School Health Program actions. This study aimed to systematize and synthesize the scientific production developed by workers from the federal educational network on adolescent health in the school environment. This is a qualitative meta-synthesis carried out from searches on the Virtual Health Library, Brazilian Digital Library of Theses and Dissertations, and Google. Content analysis was used for data analysis. The sample consisted of 15 publications and 4 thematic units emerged: pedagogical integration of health education in federal institutes; conception of adolescence and adolescent health in the school environment in federal institutes; perspectives of health work in federal institutes with adolescents; and facilities and difficulties in the development of adolescent health in the school environment in federal institutes. It was found that the scientific production on the subject is still incipient. Even in federal institutes, it is necessary to advance in the methodology of activities and in the topics of health education developed. It is necessary to stimulate youth protagonism, transcending the hygienist and fragmented aspects of school health.*

KEYWORDS School health services. Adolescent health. Health promotion.

¹Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia Baiano (IF Baiano) - Governador Mangabeira (BA), Brasil. emily_lima_carvalho@hotmail.com

²Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia Baiano (IF Baiano) - Xique-Xique (BA), Brasil.

³Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia Baiano (IF Baiano) - Itaberaba (BA), Brasil.

⁴Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia Baiano (IF Baiano) - Catu (BA), Brasil.

⁵Universidade Federal da Paraíba (UFPB) - João Pessoa (PB), Brasil.



Introdução

No Brasil, a Saúde Escolar (SE) foi concebida, a partir de 1850, ancorada em uma lógica higienista de inspetoria e controle de doenças. Ao longo do tempo, desenvolveu-se alicerçada nos preceitos do modelo de vigilância à saúde, sendo atualmente regulamentada pelo Programa Saúde na Escola (PSE), que teve origem em 2007^{1,2}. Destaca-se por articular eixos comuns entre saúde e educação, visando fundamentalmente promover a saúde e a cultura de paz, contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos, favorecer a construção de um sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos, além de fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades de saúde que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar, entre outros aspectos³.

Projetado dentro da perspectiva de promoção à saúde em parceria com a Estratégia Saúde da Família, o PSE envolve o trabalho da equipe multiprofissional existente nas Unidades de Saúde da Família dos municípios, atuando em parceria com as escolas de seus territórios. Salienta-se que a escola, de maneira geral, apresenta-se como um local com alta permeabilidade para abordar temas relevantes para a Promoção da Saúde (PS) de crianças, adolescentes e jovens. Assim, o aproveitamento das interfaces de contato entre saúde e educação permite o direcionamento de atividades voltadas para um público específico, de determinada faixa etária, cuja adoção de práticas saudáveis contribuirá para a manutenção de uma boa saúde na vida adulta.

Embora haja a perspectiva de que as iniciativas de PS integrem o currículo escolar, ainda se observa a realização de ações pontuais dos serviços de saúde dos territórios dentro das escolas, abordando assuntos vinculados à lógica preventiva/biomédica. Nesse cenário, chama atenção o desenvolvimento das atividades de SE dentro da rede federal de ensino, em que serviços de atenção à saúde do estudante têm

sido estabelecidos dentro da própria escola com equipe de saúde própria e específica.

Criada em 2008, a Rede Federal de Educação, Ciência e Tecnologia atualmente é composta por 38 Institutos Federais de Educação, Ciência e Tecnologia (IF); dois Centros Federais de Educação Tecnológica (Cefet); 22 Escolas Técnicas vinculadas às Universidades Federais, o Colégio Pedro II e a Universidade Tecnológica do Paraná (UTFPR), totalizando mais de 600 unidades de ensino distribuídas por todo o País⁴.

Em 2010, a partir da criação da Política Nacional de Assistência Estudantil com o objetivo de contribuir para a permanência e êxito dos estudantes na escola, as instituições da Rede Federal de Ensino passaram a dispor de profissionais de saúde para atuação na SE⁵.

A equipe de saúde própria das instituições da rede federal é composta por profissionais diversos, enfermeiras, médicos, odontólogos, nutricionista, psicólogos e assistentes sociais. A composição da equipe multiprofissional de saúde varia entre as instituições de acordo com os profissionais disponíveis em cada unidade de ensino, cujo provimento de cargos se dá mediante concursos públicos.

Esses profissionais, integrando o núcleo da assistência estudantil exclusiva da rede federal, têm a possibilidade de desenvolver múltiplas estratégias direcionadas para a implantação do PSE. Nesse ínterim, destaca-se a possibilidade de mapeamento das questões de maior interesse da comunidade adolescente, com a finalidade de atuar diretamente fomentando ações de PS e prevenção de doenças e agravos de forma perene dentro da escola, além do acompanhamento direto da saúde dos estudantes pelo tempo em que ficam vinculados às instituições, colaborando para a mitigação de vulnerabilidades em saúde que interferem no aprendizado, êxito e permanência.

Pondera-se que, diante da função social e abrangência nacional da rede federal, conhecer a experiência do desenvolvimento das ações de saúde, nesses espaços, pode fornecer subsídios para o aprimoramento do PSE, principalmente

no âmbito da saúde do adolescente, diante das peculiaridades e transformações específicas dessa fase⁶; sobretudo, tendo em vista que a população adolescente corresponde a um quantitativo significativo de estudantes matriculados na rede federal de ensino. Em 2020, a rede federal possuía um quantitativo de mais de 1 milhão de estudantes matriculados, dos quais, 257.099 pertenciam a cursos de Ensino Fundamental II, Ensino Médio, ou Curso Técnico Integrado ao Ensino Médio, conforme dados da plataforma Nilo Peçanha⁷.

Considerando as potencialidades do trabalho em saúde desenvolvido dentro da rede federal, torna-se profícua a realização de uma metassíntese das produções qualitativas desenvolvidas por profissionais de saúde nos últimos 14 anos, trazendo à superfície seu potencial significativo de contribuições para a área de saúde do adolescente na interface da SE, colaborando para a sedimentação da produção científica sobre o tema, desenvolvida nesse âmbito, permitindo sua aplicabilidade em outras instituições de ensino e trazendo visibilidade ao trabalho em saúde desenvolvido dentro da rede federal de ensino do Brasil.

Este trabalho visa responder à seguinte questão: o que a produção científica qualitativa produzida por profissionais de saúde revela acerca da saúde do adolescente no âmbito escolar na Rede Federal de Educação, Ciência e Tecnologia?

Dessa forma, pretende-se sistematizar e sintetizar a produção científica desenvolvida por trabalhadores da rede federal de ensino sobre o tema saúde do adolescente no âmbito escolar.

Material e métodos

Trata-se de uma metassíntese qualitativa, que foi desenvolvida por uma equipe dos seis pesquisadores, autores deste artigo, profissionais da área de saúde, implicados com o tema SE, quatro deles atuando diretamente na SE adolescente na rede federal de ensino.

A metassíntese foi desenvolvida seguindo cinco etapas: 1) seleção de dados; 2) descrição dos fenômenos; 3) integração dos dados; 4) análise dos dados primários; e 5) novas interpretações.

As duas primeiras etapas da metassíntese foram estabelecidas a partir da elaboração do protocolo de pesquisa que foi registrado e publicado na plataforma Open Science Framework (DOI: 10.17605/OSF.IO/AUQGT).

Finalizada a elaboração do protocolo, foram realizadas buscas em bases de dados brasileiras e na literatura cinzenta para a identificação de materiais relevantes para responder à pergunta de pesquisa. O principal portal de buscas escolhido foi a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que integra bases de dados latino-americanos com estudos qualitativos revisados por pares, relevantes para encontrar as evidências buscadas, como a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), a Base de Dados em Enfermagem (BDENF), a Biblioteca Virtual em Saúde do Adolescente (Adolec) e outras, que possibilitam encontrar estudos sobre SE na rede federal de ensino do Brasil em português, inglês ou espanhol. A combinação de descritores utilizados está apresentada nos quadros 1 e 2.

Quadro 1. Uso de descritores integrando saúde do adolescente, saúde no ambiente escolar e institutos federais

Interseção	Saúde do Adolescente	("adolescent health services" OR "serviços de saúde do adolescente" OR "serviços de saúde para adolescentes" OR "assistência estudantil") AND
	Saúde no Ambiente Escolar	("school health services" OR "serviços de saúde escolar" OR "promoção da saúde dos alunos" OR "promoção da saúde dos estudantes" OR "promoção da saúde em ambiente escolar" OR "promoção da saúde em meio escolar" OR "promoção da saúde escolar" OR "promoção da saúde na escola" OR "promoção da saúde no ambiente escolar" OR "promoção da saúde no meio escolar" OR "serviço de saúde baseados na escola") AND
	Institutos Federais	("institutos federais" OR "instituto federal" OR "instituto federal de educação, ciência e tecnologia" OR "rede federal de ensino")

Fonte: elaboração própria.

Quadro 2. Uso de descritores integrando saúde no ambiente escolar, assistência estudantil e institutos federais

Interseção	Saúde no Ambiente Escolar	("school health services" OR "serviços de saúde escolar" OR "promoção da saúde dos alunos" OR "promoção da saúde dos estudantes" OR "promoção da saúde em ambiente escolar" OR "promoção da saúde em meio escolar" OR "promoção da saúde escolar" OR "promoção da saúde na escola" OR "promoção da saúde no ambiente escolar" OR "promoção da saúde no meio escolar" OR "serviço de saúde baseados na escola") AND
	Assistência Estudantil	("assistência estudantil") AND
	Institutos Federais	("institutos federais" OR "instituto federal" OR "instituto federal de educação, ciência e tecnologia" OR "rede federal de ensino")

Fonte: elaboração própria.

Para a complementação dos achados, os termos de busca foram adaptados para busca de produções da literatura cinzenta, englobando os quatro termos principais dessa pesquisa: "saúde escolar", "saúde do adolescente", "assistência estudantil" e "instituto federal". Esses descritores resumidos, principais, foram utilizados para busca na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD) e no Google®.

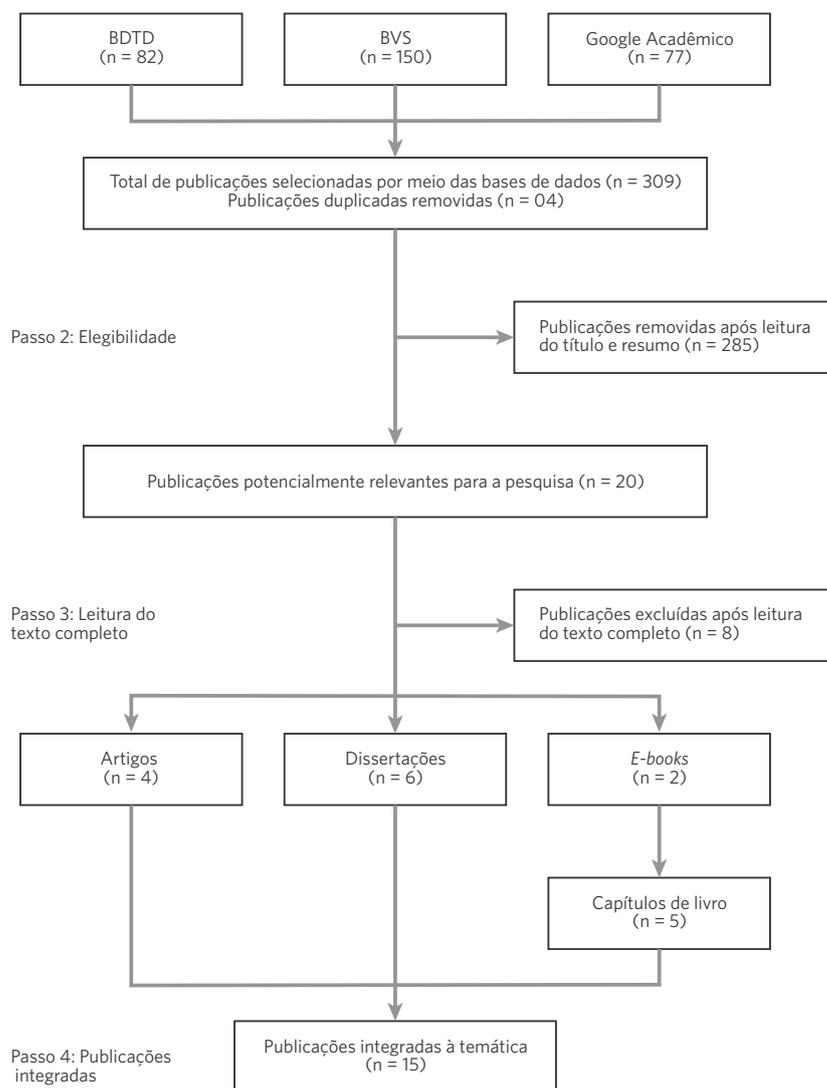
Foram incluídos estudos publicados entre janeiro de 2009 (mês subsequente à lei de criação da rede federal de ensino) e janeiro de 2022, em bases latino-americanas selecionadas, considerando o interesse na realidade brasileira, na revisão por pares, na metodologia qualitativa e no tema: saúde do adolescente no âmbito escolar dentro da rede federal de ensino. Também foram incluídas publicações da literatura cinzenta que compreenderam dissertações de cursos

de pós-graduação *stricto sensu* e capítulos de livro publicados em títulos sobre saúde do adolescente, saúde do escolar ou assistência estudantil. Foram excluídos da metassíntese protocolos, comentários, notas técnicas e diretrizes terapêuticas.

A seleção do material incluído na revisão foi operacionalizada em três etapas principais após a busca dos estudos: seleção por título, seleção por resumo e seleção após leitura integral do material. Em todas as etapas de seleção, o grupo de pesquisadores debateu as inclusões e as exclusões operadas. Em caso de dúvidas, um pesquisador poderia ser requisitado para a tomada de decisão final.

As buscas realizadas retornaram 305 publicações; e, após retirada das duplicadas, o material foi selecionado conforme a *figura 1*, sendo incluídas 15 publicações (4 artigos, 6 dissertações, 5 capítulos de livro).

Figura 1. Fluxograma de seleção das publicações



Fonte: elaboração própria.

Na última etapa, o material que possuísse metodologia compatível foi submetido à avaliação de qualidade por meio do *checklist* Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (Coreq). A avaliação de qualidade foi realizada de forma independente por 4 autores, sendo selecionados 14 itens estratégicos de relevância dentro do Coreq (itens 7, 9-12,14,16,17,25,26, 29-32). Se necessário, divergências entre os autores seriam submetidas a uma quinta avaliação por um pesquisador sênior.

Para a análise do material, foi empregada a análise de conteúdo de Bardin⁸, seguindo as etapas de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. As categorias encontradas na fase de exploração do material foram sistematizadas em reuniões de grupo entre os pesquisadores. A interpretação dos resultados foi concebida de forma reflexiva e crítica, com base na vivência dos pesquisadores na atuação em saúde do adolescente no âmbito da rede federal.

A produção da síntese dos dados ocorreu baseada no formulário de extração de dados

construído com apoio do Excel®, no qual os pesquisadores lançaram as informações relacionadas com a publicação, incluindo profissão dos autores, vinculação institucional, local de realização do estudo e informações sobre amostra e resultados dos estudos.

Por se tratar de um tipo de revisão, foi dispensada a submissão em um Comitê de Ética em Pesquisa; entretanto, todos os aspectos éticos e autorais foram respeitados. Esta pesquisa não recebeu financiamento de qualquer natureza.

Resultados

Após a seleção do conteúdo, chegamos ao montante de 15 publicações (4 artigos, 6 dissertações, 5 capítulos de livro). A maioria dos autores estava vinculada a IF, eram técnico-administrativos (22), e a maior categoria profissional foi da enfermagem (6), seguida dos docentes (4) das áreas de educação física (2), biologia (1) e linguagens (1). Destaca-se também a participação de 4 estudantes na produção de 2 estudos. Quanto ao sexo, houve uma predominância de autoras do sexo feminino (36) em oposição ao sexo masculino (7).

A maior parte das publicações foi realizada a partir de IF localizados na região Nordeste (7), com número menor de pesquisas realizadas nas regiões Norte (1) e Centro-Oeste (nenhum registro). A maioria dos estudos foi publicada em formato de dissertação, e apenas em uma dissertação foi encontrada publicação de artigo relacionado. Quanto aos desenhos metodológicos dos estudos incluídos, 14 eram estudos qualitativos, e 1, estudo qualitativo-quantitativo. Observa-se um número elevado de relatos de experiência (7), o que limita a

aplicação do *checklist* de qualidade Coreq, de maneira que o *checklist* foi aplicado apenas nos produtos oriundos de pesquisas de campo. Nos estudos em que o *checklist* de qualidade foi aplicado, observa-se uma pontuação média a baixa variando de 14 a 24.

Quanto aos participantes das pesquisas, percebe-se um número maior de estudos direcionado ao público estudantil, com algumas pesquisas abordando estudantes, mas sem quantificá-los, indicando a abordagem do estudo em número de turmas ou grupos por série do Ensino Médio. Pelo menos cinco estudos incluem a categoria de profissionais (149), variando de servidores técnico-administrativos envolvidos diretamente na assistência estudantil a servidores docentes vinculados ao ensino.

A partir da análise de conteúdo das produções, foi possível compor quatro unidades temáticas: 1) integração pedagógica da educação em saúde nos institutos federais, que aborda a relevância da incorporação dos temas de saúde do adolescente ao currículo de disciplinas; 2) concepção de adolescência e saúde do adolescente nos institutos federais, que ressalta como são compreendidos esses dois conceitos pelos profissionais e pelos adolescentes assistidos; 3) perspectivas do trabalho em saúde com adolescentes nos institutos federais, que discute como a compreensão dos conceitos de adolescência e de saúde do adolescente operam na prática assistencial; e, por fim, 4) facilidades e dificuldades no desenvolvimento da saúde do adolescente no âmbito escolar nos institutos federais, que apresenta os desafios envolvidos na implementação de ações no âmbito da saúde do adolescente em instituições federais de ensino.

Quadro 3. Síntese dos resultados

Nº	Autor/ano	Tipo de publicação		Categoria dos autores (respectivamente)	Local de realização da pesquisa	Público-alvo/ Participantes	Pontuação Coreq (total: 32)	Unidades temáticas identificadas
		Título	Título					
1	Ancini DMB, 2017 ⁹	Dissertação	Implantação de ações de educação em saúde no Instituto Federal Farroupilha <i>campus</i> Alegrete integradas ao Programa Saúde na Escola	Médica	IF Farroupilha <i>campus</i> Alegrete (IFFar)	80 estudantes do ensino médio e 31 professores	22	1. Apresenta discussão sobre currículo integrado na visão dos docentes; 3. Discute a necessidade de integração ensino/educação em saúde no IF a partir do interesse docente e do apoio do setor de saúde do instituto.
2	Brolini G, 2014 ¹⁰	Dissertação	Educação em saúde no contexto da assistência ao estudante no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Roraima	Enfermeiro	IF Roraima (IFRR)	10 profissionais de saúde que atuam na Coordenação de Assistência ao Estudante do IFRR.	22	1. Problematisa a visão da educação em saúde no ambiente escolar desagregada do ensino curricular; 2. Indica uma visão engessada dos profissionais da assistência estudantil, apontando o público adolescente como passivo nas atividades de educação em saúde; 3. Discute as estratégias adotadas para atividades de educação em saúde, vinculadas à ideia de transmissão de conhecimento.
3	Faial LCM, 2015 ¹¹	Dissertação	Percepções do aluno adolescente sobre a Saúde na Escola: uma perspectiva Merleau-pontiana	Médica	IF Fluminense (IFF), <i>campus</i> Bom Jesus do Itabapoana	34 estudantes	23	2. Apresenta a saúde no ambiente escolar na visão dos adolescentes; 3. Trabalha a perspectiva da construção da proposta do adolescente para a sua história.
4	Alves LMS, 2015 ¹²	Dissertação	Educação Permanente sobre Infecção Sexualmente Transmissível no Instituto Federal Fluminense	Enfermeira	IF Fluminense (IFF) <i>campus</i> Guarus	81 estudantes e 17 servidores	24	3. Aponta o despreparo dos profissionais de educação para o desenvolvimento de ações de saúde acerca das infecções sexualmente transmissíveis; 4. Enfatiza a importância do diálogo para o estabelecimento de vínculo com os adolescentes e promoção de mudanças no estilo de vida.
5	Bezerra GLSP, 2020 ¹³	Dissertação	Alimentação saudável e comportamento alimentar: sentidos e significados para adolescentes escolares	Nutricionista	IF Piauí (IFPI)	13 estudantes	24	1. Ressalta a necessidade de incentivo à interdisciplinaridade com os professores e coordenação pedagógica para inserção de temas transversais no currículo; 3. Desenvolvimento de estratégias que direcionem à crítica, à reflexão e à ação, com o propósito das mudanças de hábitos, visando a promoção da saúde dos adolescentes.
6	Souza FLR, 2020 ¹⁴	Dissertação	Estratégias de práticas de educação em saúde para a formação integral de discentes dos cursos técnicos integrados do Instituto Federal Farroupilha <i>campus</i> Jaguari	Odontóloga	IF Farroupilha (IFFar) <i>campus</i> Jaguari	35 estudantes ensino médio integrado e 16 servidores do IFRS (docentes e profissionais da assistência estudantil)	23	3. Avaliação das ações de educação em saúde com relação ao impacto na formação omnilateral, permanência e êxito dos estudantes; 4. Possibilitou conhecimento sobre as percepções e expectativas da comunidade acadêmica em relação ao serviço de saúde.

Quadro 3. (cont.)

Nº	Autor/ano	Tipo de publicação	Título	Categoria dos autores (respectivamente)	Local de realização da pesquisa	Público-alvo/ Participantes	Pontuação Coreq (total: 32)	Unidades temáticas identificadas
7	Ferreira LS e Borba JS, 2021 ¹⁵	Artigo	A transversalidade da diversidade de gênero e sexualidade na educação em saúde: relato de um projeto de extensão	Docente área de linguagens do IF e agente administrativo de outra instituição.	IF Rio Grande do Sul (IFRS)	Estudantes adolescentes em 16 turmas do ensino médio	N/A Relato de experiência	2. Apresenta o trabalho da temática de gênero numa perspectiva participativa/ ativa dos adolescentes; 4. Aponta desafios relacionados à implementação do plano de ação.
8	Barreto Filho EM, Valente GSC, 2017 ¹⁶	Artigo	Obesidade na adolescência: A interdisciplinaridade como estratégia de Promoção da Saúde	Docente da área de Ed. física do IF e enfermeira	Instituto Federal Fluminense <i>campus</i> Centro	11 professores de ed. física	14	3. Destaca a relevância do trabalho interdisciplinar para adoção de práticas de saúde preventiva na escola.
9	Faial LCM, Silva RMCRA, Pereira ER et al., 2019 ¹⁷	Artigo	A saúde na escola: percepções do ser adolescente	Médica, Enfermeira e psicóloga de outras instituições, docente da área de educação física do IF	Instituto Federal Fluminense	90 estudantes	23	2. Apresentam o ambiente escolar na perspectiva dos sujeitos; e o adolescente como participante que propõe a partir da sua experiência; 3. Indica a necessidade do rompimento da perspectiva do trabalho em saúde com adolescentes vinculado a práticas higienistas.
10	Costa GOP, Sousa IDB, Ferreira RSAI et al., 2021 ¹⁸	Artigo	Conversando sobre higiene com adolescentes escolares: um relato de experiência	Enfermeira do IFMA, demais autores vinculados a outras instituições	Instituto Federal do Maranhão (IFMA)	Estudantes de Ensino Médio	N/A Relato de experiência	4. Relata a experiência de atividade educativa sobre o tema higiene e a necessidade de orientação aos novos estudantes.
11	Farias EJF, Araújo GMS, Oliveira RMA, 2020 ¹⁹	Capítulo de livro	A adolescência na perspectiva de quem cuida	Psicóloga, odontóloga e assistente social	IF Rio Grande do Norte (IFRN)	03 profissionais de saúde atuantes na assistência estudantil	N/A Relato de experiência	2. Apresentam breves reflexões sobre o ser adolescente; 3. Abordam centralmente a experiência da assistência à saúde do público adolescente dentro do IF, considerando sua formação e a prática assistencial.
12	Carvalho EL, Barreto J, Rodrigues D, 2021 ²⁰	Capítulo de livro	O desenvolvimento da extensão como estratégia de promoção à saúde no espaço escolar	Enfermeira e estudantes bolsistas do projeto de extensão	IF Baiano	Projeto 1 - 48 servidores e funcionários, 81 estudantes e 93 pessoas da comunidade externa. Projeto 2 - 743 adolescentes (443 - público interno e 300 - público externo). Projeto 3 - 100 estudantes, 407 familiares e 13 servidores.	N/A Relato de experiência	3. Apresentam estratégias de abordagem da educação em saúde que valorizam o protagonismo do público adolescente e estimulam a criatividade; 4. Apresenta a experiência da realização de três projetos de extensão enfatizando os benefícios e as limitações encontradas ao longo do percurso.

Quadro 3. (cont.)

Nº	Autor/ano	Tipo de publicação		Categoria dos autores (respectivamente)	Local de realização da pesquisa	Público-alvo/ Participantes	Pontuação Coreq (total: 32)	Unidades temáticas identificadas
		Título	Título					
13	Sakai CP, 2021 ²¹	Capítulo de livro	Assistência Estudantil durante a Pandemia do Covid-19: Fortalecimento de vínculos e suporte psicossocial	Psicóloga	IF Baiano	Todas as turmas dos dois cursos de nível superior, 4 de nível Técnico Subsequente e 1 de nível Médio Integrado	N/A Relato de experiência	3. Apresenta estratégia de abordagem da educação em saúde na perspectiva crítico-reflexiva; 4. Aborda a experiência de um projeto realizado no IF no contexto de pandemia, evidenciando os pontos positivos e as dificuldades encontradas.
14	Santos MO, Oliveira MMN, 2021 ²²	Capítulo de livro	Assistência estudantil como estratégia para permanência de estudantes adolescentes grávidas no IF baiano <i>campus</i> Valença	Odontóloga e assistente social	IF Baiano	Adolescentes grávidas das turmas do ensino médio integrado do ano 2019. Que buscaram a Comissão Local de Assistência Estudantil (Clae) ou o Serviço Social do <i>campus</i> Valença	N/A Estudo de caso	2. Demonstra como a compreensão os aspectos de saúde de estudantes adolescentes grávidas pela escola é estratégia fundamental para a permanência e êxito; 3. A implantação da assistência estudantil nos institutos federais de ensino, visa concretizar ações que promovam a qualidade de vida do estudante como um todo; 4. Destaca que uma Política de Assistência Estudantil ampla, efetiva e integrada ao estudante, é possível garantir a permanência e o êxito.
15	Oliveira AB, Schramm GO, Oliveira JR et al., 2021 ²³	Capítulo de livro	Sexualidade em sala de aula: um olhar a partir da integração de saberes	Docente da área de biologia do IF, psicóloga, enfermeiro, estudante de ensino médio, estudante de ensino médio	IF Baiano	Discentes matriculados no primeiro ano dos cursos técnicos integrados ao ensino médio, com faixa etária entre 13 e 15 anos de idade	N/A Relato de experiência	2. Promove reflexões sobre o tema de promoção da saúde, espaço de protagonismo tanto na construção de conhecimento quanto na formação de indivíduo consciente e crítico; 3. Colabora para aproximar os estudantes do serviço de saúde e ampliar a compreensão do papel desses profissionais no contexto escolar; 4. Apresenta estratégia de vinculação ensino-saúde.

Fonte: elaboração própria.

Discussão

O fato de a categoria de enfermagem ter apresentado maior representatividade na autoria das publicações pode indicar maior vinculação da área ao estudo da saúde do adolescente dentro do ambiente escolar. Quando observada a vinculação dos docentes, verifica-se uma participação maior de docentes de disciplinas mais próximas da área de saúde, como biologia e educação física. Além disso, a participação dos estudantes na produção de dois estudos demonstra a consideração da sensibilização do público adolescente por seus

pares, englobando o papel ativo do estudante durante as atividades de educação em saúde, porém ainda em poucos estudos.

Os tipos de publicação encontrados ainda reiteram o potencial que o tema de saúde do adolescente no âmbito escolar possui enquanto campo de pesquisa. Porém, a baixa conversão em publicações (dissertações e capítulos de livro) no formato de artigo científico limita a disseminação das descobertas realizadas pelas pesquisas. Um número significativo de produções em formato de relato de experiência evidencia que o investimento em pesquisas nessa

área ainda é incipiente ou pouco estimulado, ainda em IF, nas quais há equipes exclusivas para desenvolver o trabalho relacionado com a saúde do adolescente no âmbito escolar.

As desigualdades geográficas na produção de pesquisas sobre saúde do adolescente na rede federal de ensino, por sua vez, podem ser reflexo não só do estímulo que é gerado pelas instituições no desenvolvimento de estudos nessa área como também na disponibilização de vagas em editais de pesquisa para a categoria técnico administrativa e a abertura para publicações na área da saúde/assistência estudantil. Pode também ser um reflexo das políticas institucionais de afastamento de servidores para pós-graduação *stricto sensu*, podendo serem limitadoras ou potencializadoras do desenvolvimento de pesquisas em saúde do adolescente no âmbito escolar.

Essas questões são pontos de referência para maior aprofundamento teórico e investimento em pesquisa dentro da área de saúde do adolescente no âmbito escolar, com ênfase na rede federal de ensino que conta com serviços e dispositivos de fomento específicos.

No que tange às categorias sistematizadas, seguem abaixo os principais achados.

Integração pedagógica da educação em saúde nos institutos federais

A educação em SE representa uma oportunidade estratégica para PS e prevenção de riscos e agravos. Na maioria das escolas, o currículo não contempla esse tema como parte do projeto pedagógico dos cursos ofertados. Quando o tema é abordado por professores, geralmente tangenciam de forma superficial como parte de uma disciplina específica do currículo básico. Algumas instituições que possuem profissionais de saúde presentes no quadro funcional geralmente desenvolvem atividades de promoção à saúde de forma extracurricular, buscando estratégias de adesão utilizando diversas ferramentas pedagógicas¹³.

No estudo realizado por Bezerra¹³, foi destacado que os profissionais da assistência

estudantil têm dúvidas quanto à concretização da proposta de currículo integrado. Com base nas respostas dos participantes, observou-se que não percebem a interdisciplinaridade sendo priorizada ou trabalhada de forma direta ao currículo integrado, que os conceitos e ações para algumas disciplinas ainda são trabalhados de forma independente e sem diálogo com o currículo integrado. Esse estudo ainda destaca, na fala dos profissionais, que as práticas de saúde desenvolvidas por eles carecem de espaço na instituição, tanto para sua execução de forma integrada com outros servidores quanto para seu envolvimento nos conteúdos escolares.

Diferindo disso, alguns docentes acreditam que a proposta está presente no currículo integrado, em virtude da presença das questões de saúde em temas transversais e à previsão nos documentos legais dos cursos. Já os discentes entrevistados, nesse estudo, dividem opinião: metade entende as ações de SE como parte de atividades curriculares, e outra parte, como atividades extracurriculares, apenas como ações pontuais de saúde¹³.

Souza¹⁴ destaca que trabalhar o currículo integrado exige empenho e comprometimento das pessoas envolvidas. Há uma necessidade de vinculação com a proposta. Santos e Oliveira²² destacam a importância da assistência estudantil enquanto direito social, nas instituições públicas federais, e as ações de PS como uma estratégia ampla, efetiva e que preza pela integralidade do sujeito. Além de oferecer suporte psicossocial, pedagógico e de saúde, contribuem para que os discentes consigam permanecer e alcançar êxito nos cursos integrados ofertados, mesmo afetados pelas vulnerabilidades em saúde.

Essas ações, além de aproximarem os estudantes do serviço de saúde, colaboram para a ampliação e a compreensão do papel dos profissionais envolvidos no contexto escolar. Ao desenvolver essas atividades na escola de forma participativa, proporciona-se aos adolescentes espaço de protagonismo tanto na construção de conhecimento quanto na

formação de indivíduo consciente e crítico. Assim, destaca-se uma atuação que permite colaborar para a emancipação dos cuidados em saúde e autonomia dos indivíduos²².

Corroborando essa ideia, Oliveira et al.²³ ressaltam que, quando aplicada de forma efetiva, a intervenção de promoção à saúde cumpre seu objetivo por meio da construção do conhecimento centrada na interatividade, em clima de mútuo respeito e afetividade. Também provoca reflexões sobre temas amplos e complexos, que realmente contribuem para a formação do indivíduo, sem encerrar a discussão ou abranger todos os seus aspectos, mas significar algo para o adolescente, além de informação.

Bezerra¹³ discorre que, ao analisar o Projeto Pedagógico dos Cursos (PPC) Técnicos de nível médio, o tema de educação em saúde e alimentação saudável é abordado de forma tangencial em algumas disciplinas que apresentavam alguma temática relacionada. Sugere a necessidade de qualificar os professores para que possam atuar em ações de promoção à saúde, bem como capacitá-los para abordar conteúdos desse tema que nem sempre são correlatos à sua área de formação.

Apesar de alguns temas relacionados com a educação em SE ainda não fazerem parte do currículo escolar das instituições educacionais, incluindo as instituições federais, é essencial o incentivo à interdisciplinaridade com os professores e a coordenação pedagógica para inserção dos temas transversais no Projeto Político-Pedagógico (PPP) dos cursos das instituições¹³.

Concepção de adolescência e saúde do adolescente nos institutos federais

Os estudos indicam que existem distintas concepções sobre o que é ser adolescente e o que está envolvido em cuidar da saúde de adolescentes. Brolini¹⁰, em seu estudo com profissionais ligados à assistência estudantil, constatou que há uma necessidade de direcionamento dos profissionais que atuam na

área, ao observar que muitos vinculavam as ações de educação em saúde promovidas ao adolescente como um ente passivo, optando por metodologias de ensino-aprendizagem voltadas para a transmissão de informações.

Os estudantes, por sua vez, em discussões sobre a adolescência, demonstraram a dificuldade de conciliação entre a condição de ser adolescente-paciente e a saúde no ambiente escolar. Manifestaram a importância do modelo dos serviços de saúde dentro dos IF. Demonstraram sentimentos de confiança proporcionados pelo serviço, quer seja no acolhimento, quer seja no acompanhamento, considerando as mudanças características da fase da adolescência. Em paralelo a isso, evidenciaram ainda preocupação em relação às condições precárias de higiene do ambiente, baixa qualidade nutricional da alimentação escolar e possíveis impactos à saúde¹¹. Demonstraram, assim, uma posição ambígua dentro do espaço escolar: ao tempo que se sentem cuidados pelos serviços ofertados (posição de pacientes), refletem ativamente sobre as condições de saúde ambiental que lhes são ofertadas na educação pública.

Nessa perspectiva, é salutar compreender as impressões dos estudantes sobre o serviço de saúde desenvolvido dentro dos IF a fim de instrumentalizar os profissionais na construção de uma proposta de trabalho com ênfase na proteção, prevenção e promoção à saúde. Os estudos desenvolvidos por Faial¹¹ e por Faial e colaboradores¹⁷, ao trazerem a perspectiva do público estudantil adolescente, observaram a necessidade de aprimoramentos dos serviços de saúde para prover uma assistência humanizada: atender aos três turnos de funcionamento da instituição; ampliar a equipe de profissionais; realizar ações interdisciplinares, com ênfase à saúde mental; adotar práticas pedagógicas em saúde. Tais ajustes passam pela necessidade de provimento de insumos e infraestrutura adequada à prática da SE e capacitação profissional.

A educação em saúde, o cuidado humanizado e a participação da comunidade escolar

e da sociedade são os alicerces para o impulsionamento da SE. Outrossim, o aporte da saúde está na capacidade de ação integrada e articulada, de natureza crítica e reflexiva, educando os adolescentes para os desafios característicos dessa fase^{11,17}. Não obstante, ainda se observa o exercício de uma SE ligada a práticas higienistas e ao modelo biomédico assistencialista, fortalecendo a fragmentação dos indivíduos, contrapondo o ideal de atenção integral à saúde.

Nesse sentido, destaca-se a relevância de que as práticas de SE, dentro dos IF ou não, devem pressupor o protagonismo do ser adolescente sobre sua saúde¹⁷. Para tal, tornam-se necessárias a formulação e a implementação de projetos de capacitação que promovam o aprimoramento de práticas educativas direcionadas à educação em saúde para os profissionais que atuam na área da assistência estudantil, especialmente, no que se refere à diversidade temática e à integração curricular¹⁰.

Perspectivas do trabalho em saúde com adolescentes nos institutos federais

A forma como os profissionais atuam na educação em saúde voltada para o público adolescente tem relação com sua formação profissional. No que se refere aos profissionais de saúde que atuam na saúde estudantil (dentro dos serviços de assistência estudantil), boa parte deles não possui formação específica em SE e são selecionados a partir de concursos públicos que exigem formação generalista.

Na reflexão realizada por Faria, Araújo e Oliveira¹⁹, as profissionais descrevem que o treinamento para o trabalho com adolescentes se apresentou como um ponto cego em suas formações técnicas. Isso demandou o desenvolvimento de estratégias próprias e complementação do estudo de forma autônoma para lidar com uma população heterogênea e com particularidades individuais/grupais bem demarcadas. Nesse sentido, deflagram como ponto de partida para a transposição dessas lacunas

formativas: o acolhimento, a escuta ativa e a colateralidade nas relações com o público adolescente; as habilidades que podem ser aprendidas com o próprio público adolescente durante os atendimentos realizados dentro dos serviços de saúde das instituições federais.

Esse aspecto também resvala na categoria docente. Nos IF, integram o currículo do ensino médio não só as disciplinas propedêuticas, mas também as disciplinas técnicas, e isso tem impacto positivo no potencial para a integração da SE ao currículo do Ensino Médio devido à diversidade temática das disciplinas. Ancini⁹ destaca que existe interesse dos docentes em contribuir para um currículo integrado que favoreça a formação humana integral e que aborde temas de saúde, porém reconhece que há uma necessidade do apoio do corpo técnico de saúde na abordagem de algumas temáticas, pois houve manifestação de interesse apenas em algumas áreas específicas (ciências biológicas, química, matemática, medicina veterinária e educação física).

Barreto Filho e Valente¹⁶ apresentam resultados semelhantes em seu estudo sobre o trabalho interdisciplinar e a prevenção da obesidade na escola. A pesquisa realizada com professores de educação física constata que, apesar de reconhecerem a relevância da disciplina como aliada na prevenção da obesidade, os docentes da área não direcionam sua prática educativa para essa aplicação preventiva, apontando que não se sentiam apoiados para o desenvolvimento de práticas interdisciplinares.

O deslocamento da escola de um espaço apenas de formação acadêmica/técnica para um espaço de instrumentalização para as escolhas de vida, formação integral e proteção do público adolescente passa pela necessidade da superação de concepções engessadas sobre a saúde do adolescente; demandando, inclusive, uma gestão do trabalho que privilegie a criatividade em sua execução, desvinculando-se das ideias fixas de transmissão de conhecimento e hierarquia de aprendizagem provenientes da educação bancária e das limitações formativas dos profissionais¹⁰.

Isso perpassa também pela necessidade de romper com o caráter higienista vinculado ao trabalho em SE²¹, seja pela escolha das temáticas discutidas, seja pela assistência prestada dentro dos serviços em IF, que refletem o modelo biomédico^{11,17,23}, bem como pela necessidade do estabelecimento de parcerias que articulem o ensino, a prática pedagógica e a assistência à saúde do adolescente^{9,16}.

Facilidades e dificuldades no desenvolvimento da saúde do adolescente no âmbito escolar nos institutos federais

As ações de SE vêm enfrentando, para sua implementação, múltiplas fragilidades e desafios ao longo da história². Tais desafios permeiam as concepções das práticas, ainda de forte caráter higienista, a predominância de abordagens biomédicas e a fragmentação das ações.

No âmbito da rede federal, os estudos corroboram essa perspectiva, evidenciando fortalecimentos e fragilidades durante o desenvolvimento das ações de SE. Nesse sentido, os relatos de experiência incluídos neste estudo apontam que os desafios são decorrentes da alta carga horária curricular dos estudantes e das deficiências de recursos financeiros e materiais para a realização das atividades. O tempo reduzido para as atividades e a fragilidade na integração entre saúde e educação prejudicam o desenvolvimento de ações intersetoriais^{15,20,24}.

Sakai²¹ coaduna com essa compreensão e salienta o desafio de construir uma educação em saúde crítica e significativa, ao estabelecer um serviço de escuta dos estudantes durante a pandemia de Covid-19 e ter adesão variável entre os próprios estudantes. Desse modo, Oliveira et al.²³ ressaltam que as ações de saúde devem possibilitar aos estudantes uma posição protagonista na construção do conhecimento e na formação crítica, consciente e reflexiva. Ainda, defendem que, nas ações de SE, a interdisciplinaridade, a integração de saberes

e a metodologia lúdica e participativa são ferramentas que colaboram para a promoção do autocuidado na adolescência.

Apesar das fragilidades a serem superadas, os estudos revelam perspectivas positivas. Santos e Oliveira²² evidenciam uma associação benéfica entre as ações de assistência estudantil, incluindo intervenções de saúde, e a permanência de estudantes adolescentes grávidas na escola, o que contraria as estatísticas relativas à gravidez na adolescência e à evasão escolar. Enquanto Costa et al.¹⁸, no trabalho sobre a temática da higiene com estudantes adolescentes ingressantes, também indicam a relevância da abordagem do tema para contribuir para a prevenção de doenças e promoção da integração dos adolescentes. Percebe-se, então, a potência das ações, com repercussões vantajosas na saúde do adolescente no âmbito escolar.

As produções convergem quanto à necessidade ao estímulo da utilização da metodologia participativa como balizadora das ações. Infere-se, dessa forma, que os relatos de experiência produzidos no contexto da rede federal desvelam caminhos possíveis: o diálogo e a reflexão, transcendendo a simples transmissão de informações.

Destoando de outros achados, que sinalizam a inexistência do planejamento coletivo das ações de saúde, limitando-as a iniciativas isoladas e desarticuladas²⁴, estudos apontam para o planejamento das ações a serem realizadas pelas equipes multiprofissionais de saúde nos IF, mas ainda restrita a esses profissionais, com baixa articulação ao currículo integrado e com docentes.

Assim, em que pese existirem dificuldades, as potencialidades das ações são significativas, sendo necessário o engajamento dos profissionais e gestores no sentido de viabilizar atividades de saúde (nos âmbitos financeiro, estrutural e formativo), e, assim, favorecer a autonomia e a formação integral, colocando o adolescente na centralidade do processo de cuidado à saúde. Nesse contexto, é relevante fortalecer as ações de saúde de forma ampla,

em detrimento de ações pontuais, fragmentadas e de perfil higienista, valorizando os sujeitos como transformadores da sua realidade e seu contexto sociocultural.

Síntese do estudo

As unidades temáticas apresentam a forma como o exercício da saúde é realizado nos IF. A superação de moldes predominantemente higienistas, formadores históricos da SE, apresenta-se como seu desafio estrutural. Alcançar um fazer voltado para PS no ambiente escolar se alinha à mudança de paradigma proposta no PSE e que se faz mais afinado com as perspectivas trazidas pelo Sistema Único de Saúde², promovendo integralidade e cidadania no cuidado em saúde.

No cenário dos IF, com a presença da equipe de saúde nos próprios institutos, espera-se que alguns alinhamentos possam ser mais bem realizados, dada a maior possibilidade de integração entre equipe de saúde e ambiente escolar. Observa-se, no entanto, que essa proposta da saúde do adolescente como um eixo curricular entremeado, superando a visão meramente biológica da adolescência e da saúde do adolescente, assumindo uma perspectiva de saúde integral e integrada e assimilando as questões que atravessam o ambiente escolar, ainda encontra obstáculos.

Claramente, há esforços direcionados para a adoção de práticas de saúde que valorizam a integração curricular e o protagonismo do público adolescente, mas, mesmo nesses espaços, ainda ocorrem dificuldades em implementar uma agenda de decisões curriculares e de práticas situadas, com decisões coletivas que agreguem os adolescentes como agentes ativos nos processos. As unidades temáticas encontradas neste estudo demonstram que buscar uma prática de saúde na escola voltada para PS é desafiador, principalmente em relação à operacionalização, à formação de uma agenda coletiva e à mobilização de diferentes atores para essa prática²⁵.

Dessa forma, as buscas reforçam a importância da integração e trabalho em coletivo entre corpo docente, profissionais da saúde e estudantes para a realização de ações que desenvolvam saúde nesses espaços, compreendendo os estudantes como parte integrante e participativa desse processo, a fim de alcançar a integralidade desses sujeitos. É importante para a educação em saúde na escola reforçar seus preceitos e produzir reflexões sobre determinantes sociais, contextos de violência, situações de risco e contágio, busca pelo bem-estar, direitos sexuais e reprodutivos, entre outras temáticas.

Reforça-se ainda a construção de espaços que propiciem saúde, com garantias de higiene, alimentação e lazer. A PS do adolescente na escola constitui-se instrumento para a construção de debates mais amplos que também integram outros domínios da vida cotidiana: saúde mental, convivência familiar, combate às violências, perspectivas do mercado de trabalho, mobilidade social, participação na vida pública e política; fundamentais para desenvolvimento e a emancipação dos adolescentes dentro de uma formação consciente e cidadã.

Apresenta-se, como limitação deste estudo, a pulverização das temáticas tratadas nas publicações, deixando pouca margem para que outros sentidos e explicações sobre cada tema ganhem relevo.

Conclusões

A partir da análise dos estudos qualitativos sobre saúde do adolescente no âmbito escolar, desenvolvidos dentro das IF, observa-se que, apesar de contar com equipes de saúde próprias, é necessário fortalecer e estimular o protagonismo juvenil. Apontado como desejável, nos estudos, porventura, o protagonismo desvanece na constatação de uma visão de saúde vinculada a práticas higienistas e no exercício de uma educação em saúde por transmissão de conhecimento.

Evidencia-se a necessidade de investir em currículos formativos que compreendam as

temáticas de saúde agregadas ao ensino dentro da escola, assim como à formação profissional do pessoal técnico em saúde e dos professores, que atuam nos IF e que efetivamente demonstram pouca experiência no desenvolvimento de práticas pedagógicas voltadas para o público adolescente.

A carga horária de disciplinas, o investimento em interdisciplinaridade e o engajamento das temáticas de SE nos IF ainda constituem dificuldades. Há necessidade do desenvolvimento de estudos empíricos sobre as contribuições da educação em saúde dentro do contexto da formação técnica e tecnológica e sua relação com o estímulo à adoção do estilo de vida saudável, à autonomia para o exercício de seus direitos de saúde, à emancipação individual e coletiva e ao desenvolvimento da cidadania – e no aprofundamento nas temáticas de saúde voltadas para a saúde mental, para os adolescentes com necessidades específicas e àqueles em grave vulnerabilidade social, sobretudo em contextos de violência de raça e gênero.

Colaboradores

Carvalho EL (0000-0002-1145-9306)* contribuiu para concepção e desenho da pesquisa, obtenção dos dados, análise e interpretação dos dados, redação do manuscrito, revisão crítica do texto, aprovação final do texto e integridade dos resultados apresentados. Jesus LA (0000-0002-4471-6057)* e Paz OS (0000-0002-1126-0620)* contribuíram para obtenção dos dados, análise e interpretação dos dados, redação do manuscrito, aprovação final do texto e integridade dos resultados apresentados. Santos JO (0000-0001-8687-6430)* contribuiu para análise e interpretação dos dados, redação do manuscrito, aprovação final do texto e integridade dos resultados apresentados. Vieira GN (0000-0002-7393-3958)* e Neves RF (0000-0002-3889-560X)* contribuíram para interpretação dos dados, redação do manuscrito, revisão crítica do texto, aprovação final do texto e integridade dos resultados apresentados. ■

Referências

1. Brasil. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 6 Dez 2007.
2. Santos EM, Adinolfi VTS. A saúde escolar do final do século XVIII ao programa saúde na escola, do paradigma do higienismo à saúde coletiva. *Rev Electrón Enseñanza Ciencias*. 2021 [acesso em 2022 abr 2]; 20(3):381-395. Disponível em http://reec.uvigo.es/volumenes/volumen20/REEC_20_3_3_ex1857_615.pdf.
3. Brasil. Ministério da Educação; Ministério da Educação. Brasília, DF: Conselho Nacional de Educação; 2018. [acesso em 2022 fev 10]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/programa-saude-da-escola/195-secretarias-112877938/seb-educacao-basica-2007048997/16795-programa-saude-na-escola-saiba-mais>.
4. Brasil. Ministério da Educação. Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica. Brasília, DF: MEC; 2018. [acesso em 2022 abr 4]. Disponível

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- em: <http://portal.mec.gov.br/rede-federal-inicial/apresentacao-rede-federal>.
5. Mocelin CE. Assistência estudantil como política de proteção social: uma possibilidade de seguridade social ampliada e intersetorial. *Social em Questão*. 2019 [acesso em 2022 abr 14]; 22(45):239-260. Disponível em: http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_45_art_11.pdf.
 6. Queiroz RO, Moroskoski M, Shibukawa BMC, et al. Family and community guidance in adolescence: assessment in the family health strategy. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2021 [acesso em 2022 abr 3]; 29:e3457. Disponível em <https://www.scielo.br/j/rlae/a/8BzQKCPpC7MspKPD88wWVtF/?format=pdf&lang=en>.
 7. Brasil. Ministério da Educação. Plataforma Nilo Peçanha. Brasília, DF: MEC; 2021. [acesso em 2022 fev 20]. Disponível em: <http://plataformanilopecanha.mec.gov.br/>.
 8. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
 9. Ancini DMB. Implantação de Ações de Educação e Saúde no Instituto Federal de Educação Farroupilha Campus Alegrete integradas ao Programa Saúde na Escola. [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2017. 127 p. [acesso em 2022 mar 30]. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/169108/001047136.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
 10. Brolini G. Educação em Saúde no contexto da assistência ao estudante no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Roraima – IFRR. [dissertação]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2013. 68 p. [acesso em 2022 mar 20]. Disponível em: https://repositorio.unifesp.br/bitstream/handle/11600/41911/Disserta%20a7%20c3%a3o_Gilvan%20Brolini.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
 11. Faial LCM. Percepções do aluno adolescente sobre a saúde na escola: uma perspectiva MerleauPontiana. [dissertação]. Niterói: Universidade Federal Fluminense; 2015. 150 p. [acesso em 2022 mar 20]. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/bitstream/handle/1/1646/Ligia%20Cordeiro%20Matos%20Faial.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
 12. Alves LMS. Educação Permanente sobre infecção sexualmente transmissível no Instituto Federal Fluminense. [dissertação]. Niterói: Universidade Federal Fluminense; 2015. 122 p. [acesso em 2022 mar 15]. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/handle/1/1685>.
 13. Bezerra GLSP. Alimentação saudável e comportamento alimentar: sentidos e significados para adolescentes escolares. [dissertação]. Niterói: Universidade de Fortaleza; 2020. 87 p. [acesso em 2022 mar 15]. Disponível em: <https://uol.unifor.br/oul/ObraBdtdSiteTrazer.do?method=trazer&ns=true&obraCodigo=115545#>.
 14. Souza FLR. Estratégias de práticas de educação em saúde para a formação integral de discentes dos cursos técnicos integrados do Instituto Federal Farroupilha Campus Jaguari. [dissertação]. Jaguari: Instituto Federal Farroupilha; 2020. 88 p. [acesso em 2022 mar 12]. Disponível em: <https://arandu.iffarroupilha.edu.br/handle/itemid/112>.
 15. Ferreira LS, Borba JS. A transversalidade da diversidade de gênero e sexualidade na educação em saúde: relato de um projeto de extensão. *Rev. Ed. Popular*. 2021 [acesso em 2022 mar 10]; 20(1):325-342. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/reveducpop/article/view/54896/31732>.
 16. Barreto Filho EM, Valente GSC. Obesidade na adolescência: A interdisciplinaridade como estratégia de Promoção da saúde. *Pensar a Prática*, Goiânia. 2017 [acesso em 2022 mar 5]; 20(4):746-757. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fef/article/view/43364/pdf>.
 17. Faial LCM, Silva RMCRA, Pereira ER, et al. A saúde na escola: percepções do ser adolescente. *Rev Bras Enferm*. 2019 [acesso em 2022 mar 3]; 72(4):1017-26. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/gc5SdqksWXXMqFp3qnR9ZMt/?lang=pt>.
 18. Costa GOP, Sousa IDB, Ferreira RSAI, et al. Conversan-

- do sobre higiene com adolescentes escolares: um relato de experiência. *Research, Society and Development*. 2021 [acesso em 2022 mar 3]; 10(13):e539101321640. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/21640/19203/260041>.
19. Farias EJJ, Araújo GMS, Oliveira RMA. A adolescência na perspectiva de quem cuida. In: Vale D, organizador. *Educação alimentar e nutricional de adolescentes: complexidade, resiliência e autonomia*. Natal: IFRN; 2020. p. 39-60.
 20. Carvalho EL, Barreto J, Rodrigues D. O desenvolvimento da extensão como estratégia de Promoção à Saúde no espaço escolar. In: Carvalho EL, Anjos NB, organizadoras. *Assistência estudantil: as múltiplas interfaces*. Curitiba: Appris; 2021. p. 153-171.
 21. Sakai CP. Assistência Estudantil durante a Pandemia do Covid-19: Fortalecimento de vínculos e suporte psicossocial. In: Carvalho EL, Anjos NB, organizadoras. *Assistência estudantil: as múltiplas interfaces*. Curitiba: Appris; 2021. p. 172-189.
 22. Santos MO, Oliveira MMN. Assistência estudantil como estratégia para permanência de estudantes adolescentes grávidas no IF Baiano Campus Valença. In: Carvalho EL, Anjos NB, organizadoras. *Assistência estudantil: as múltiplas interfaces*. Curitiba: Appris; 2021. p. 108-130.
 23. Oliveira AB, Schramm GO, Oliveira JR, et al. Sexualidade em sala de aula: um olhar a partir da integração de saberes. In: Carvalho EL, Anjos NB, organizadoras. *Assistência estudantil: as múltiplas interfaces*. Curitiba: Appris; 2021. p. 131-152.
 24. Luquez TMS, Saboia VM, Meireles ACM, et al. Ações de promoção da saúde nas escolas brasileiras: uma revisão integrativa. *Research, Society Development*. 2021 [acesso em 2022 fev 1]; 10(1):e57110112112. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/12112>.
 25. Lopes IE, Nogueira JA, Rocha DG. Eixos de ação do Programa Saúde na Escola e Promoção da Saúde: revisão integrativa. *Saúde debate*. 2018 [acesso em 2022 abr 20]; 42(118):773-789. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/SNsdFnbvBdfdhn76GQYGDtM/?lang=pt>.

Recebido em 01/05/2022

Aprovado em 18/08/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Programa Saúde na Escola: desafios e possibilidades para promover saúde na perspectiva da alimentação saudável

School Health Program: challenges and possibilities for health promotion from the perspective of healthy eating

Marcia DallaCosta¹, Rosa Maria Rodrigues¹, Gabriel Schütz², Solange Conterno¹

DOI: 10.1590/0103-11042022E318

RESUMO O Programa Saúde na Escola elege a promoção da saúde como diretriz para o desenvolvimento de ações de saúde na escola. O objetivo foi identificar e analisar fortalezas, oportunidades, fragilidades e ameaças ao programa para implementar ações de promoção da saúde que promovem hábitos alimentares saudáveis. Esta revisão, de abordagem qualitativa, selecionou 29 artigos de avaliação do programa, publicados entre 2015 e 2021. Pela Matriz Fofa, a análise agrupou os resultados em: Fortalezas, Oportunidades, Fraquezas e Ameaças. Entre as fortalezas, destacaram-se a proximidade dos setores de saúde e educação e a integração entre escola, unidade de saúde e família. Como oportunidades, observou-se a possibilidade de planejamento intersetorial para promoção da saúde. As fragilidades referem-se à desarticulação intersectorial, à falta de formação e à predominância de ações biomédicas. As ameaças encontradas demonstram a centralização do poder na saúde e a aproximação dos escolares ao serviço de saúde sem uma compreensão ampliada da promoção da saúde, oportunizando a medicalização. Conclui-se que é possível desenvolver ações educativas intersectoriais para promoção da alimentação saudável nos serviços básicos envolvendo os escolares e suas famílias. Essas ações devem ser priorizadas nas agendas públicas a fim de viabilizar sua prática cotidiana nos serviços.

PALAVRAS-CHAVE Promoção da saúde escolar. Promoção da saúde. Colaboração intersetorial. Promoção da saúde alimentar e nutricional.

ABSTRACT *The School Health Program (PSE) elects health promotion as a guideline for developing health actions at school. The aim is to identify and analyze the program's strengths, opportunities, weaknesses, and threats to implement health-promoting actions that promote healthy eating habits. This review, of qualitative approach, comprises 29 articles of evaluation of the program published between 2015 and 2021. By the SWOT matrix, the analysis grouped the results into Strengths, Opportunities, Weaknesses, and Threats. Among the strengths, the proximity of the health and education sectors and the integration between the school, health unit, and family stood out; as opportunities, the possibility of intersectoral planning for health promotion was observed. The weaknesses refer to the intersectoral disarticulation, the lack of training, and the predominance of biomedical actions. The threats found demonstrate the centralization of power in health and the schoolchildren's approach to the health service without a broader understanding of health promotion, providing opportunities for medicalization. It is concluded that it is possible to develop intersectoral educational actions to promote healthy eating in basic services involving schoolchildren and their families. This practice should be prioritized in public agendas in order to enable its daily practice in services.*

KEYWORDS *School health promotion. Health promotion. Intersectoral collaboration. Food and nutritional health promotion.*

¹Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste) – Cascavel (PR), Brasil.
marciacd@uol.com.br

²Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



Introdução

O excesso de peso, caracterizado pelo Índice de Massa Corporal acima da faixa de normalidade¹, apresenta-se como importante problema de saúde pública em grande parte do mundo ocidental, incluindo o Brasil², cujas prevalências registradas em 2020, para adultos, foram de 57,5% e 21,5% de sobrepeso e obesidade respectivamente³. Para adolescentes e crianças, dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, de 2020, revelaram que 31,9% dos adolescentes e 31,7% das crianças entre 5 e 10 anos estavam acima do peso e que, destes, respectivamente, 11,96% e 15,8%, com obesidade⁴. Dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), de 2019, mostraram que, para adolescentes entre 15 e 17 anos, o excesso de peso prevaleceu em 19,4%; e, destes, 6,7% apresentaram obesidade⁵.

Nas últimas décadas, o Brasil foi palco de transformações sociais que acarretaram mudanças em seu padrão de saúde e consumo alimentar. Dados da Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) 2017-2018, ao analisar os últimos 15 anos, mostraram que a disponibilidade de alimentos *in natura* ou minimamente processados e de ingredientes culinários processados nos domicílios brasileiros perdeu espaço para a comida processada e, principalmente, ultraprocessada. Nesse período, os alimentos ultraprocessados subiram de 12,6% para 18,4% das calorias totais disponíveis no domicílio⁶. Nessa vertente – e tendo em vista o aumento das demandas de atenção à saúde, principalmente relacionadas com os agravos que acompanham Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) –, políticas públicas foram instituídas em diferentes países com a intenção de priorizar a Promoção da Saúde (PS) para o enfrentamento da obesidade, por meio de práticas alimentares e modos de vida saudáveis para a população².

Estudos nacionais e internacionais vêm confirmando a associação entre consumo de alimentos ultraprocessados e obesidade, hipertensão, dislipidemia, síndrome metabólica,

entre outras doenças crônicas^{7,8}. Considerando que o consumo desses alimentos vem aumentando no Brasil e no mundo, faz-se necessário medidas governamentais que priorizem a saúde da população², com ações promotoras de modos de vida saudáveis, respeitando a alimentação como um direito social garantido na Constituição Federal Brasileira, na vertente de que a adoção de hábitos alimentares saudáveis deve ser incentivada por políticas públicas. Saúde e alimentação apresentam-se interligadas, sendo a alimentação essencial para a saúde; e um estado de saúde adequado é necessário para o melhor aproveitamento dos alimentos consumidos⁹.

Nesse contexto, em 2007, o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Educação (MEC) criaram o Programa Saúde na Escola (PSE), como uma estratégia intersetorial e interdisciplinar para articular políticas de educação e de saúde destinadas a crianças e adolescentes, para promover atenção integral à saúde para escolares da rede pública de ensino, a partir do envolvimento entre equipes da Atenção Primária à Saúde, educação básica e comunidade escolar¹⁰.

A legislação que orienta a organização do PSE prevê a realização de ações voltadas para a PS, cujo programa estrutura-se em três componentes: avaliação das condições de saúde; PS e prevenção de agravos e; formação^{11,12}. Em 2017, documento orientador do programa reforçou a necessidade de ações promotoras de saúde, de formação continuada e permanente, para fortalecer a relação entre as áreas¹³.

Nesse sentido, o programa é possibilidade para o desenvolvimento de ações de PS na escola, incluindo a Promoção da Alimentação Saudável (PAS), ancorada nas diretrizes do Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE)¹⁴, o qual orienta o emprego da alimentação saudável e adequada, bem como a Educação Alimentar e Nutricional (EAN) para escolares, reforçando o tema alimentação e nutrição e o desenvolvimento de práticas saudáveis de vida. Em 2018, o MEC instituiu que os currículos da Educação Infantil, Ensino

Fundamental e Ensino Médio, além de terem a base nacional comum como eixo estruturante, poderiam incluir, a critério dos sistemas de ensino, temas transversais, os quais teriam caráter complementar à integralização curricular; nesse movimento, a EAN tornou-se um dos temas transversais a ser trabalhado no currículo escolar¹⁵. Em adição, desde 2006, a Portaria Interministerial nº 1.010 [conhecida como a Lei das Cantinas Escolares], instituiu diretrizes para a PAS nas escolas de Educação Infantil, Fundamental e Nível Médio das redes pública e privada¹⁶.

O entendimento de que a escola é um espaço importante para o desenvolvimento de ações promotoras da saúde não é uma novidade; já em 1977, o relatório da IV Conferência Internacional de PS apontou essa potencialidade¹⁷. Atualmente, essas ações pautam-se nas diretrizes do PSE: descentralização e respeito à autonomia federativa; integração e articulação das redes públicas de ensino e de saúde; territorialidade; interdisciplinaridade e inter-setorialidade; integralidade; cuidado ao longo do tempo; controle social; e monitoramento e avaliação permanentes¹³.

Entre as ações de saúde previstas no PSE, a serem desenvolvidas pela rede pública de educação básica e equipes de saúde da atenção básica, apontou-se a implementação da ação 'Promoção da alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil'¹³ como necessidade, tendo em vista que o excesso de peso já é um problema de saúde pública entre os escolares.

Dessa forma, compreender tanto os pontos fortes quanto os pontos fracos envolvidos no processo de implementação das ações de PS no PSE, na perspectiva da PAS para a prevenção da obesidade infantil, justifica a presente pesquisa, a qual pode ampliar o entendimento sobre as políticas públicas, de forma a articular

estratégias para consolidar as fortalezas e minimizar ou reverter as fragilidades, possibilitando aos profissionais envolvidos, bem como à escola, aos estudantes e suas famílias, uma prática que respeita a realidade, a cultura e o espaço que essas pessoas ocupam na sociedade.

Nesse contexto, este estudo teve como objetivo identificar e analisar fortalezas, oportunidades, fragilidades e ameaças ao programa, para implementar ações de PS que promovem hábitos alimentares saudáveis.

Material e métodos

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica de abordagem qualitativa, dividida em duas etapas. A primeira, destinada a selecionar as publicações que seriam incluídas no estudo, foi desenvolvida por meio de revisão narrativa da literatura realizada nas bases de dados SciELO, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) (Lilacs, e Medline), com as palavras-chave: PSE, saúde na escola, saúde escolar, Programa Saúde na Escola e promoção de alimentação saudável na escola. Foram encontrados 63 textos relacionados com o PSE, dos quais 29 foram selecionados (9 da SciELO, 13 da BVS/Lilacs/Medline e 7 localizados em revisões de literatura), por se adequarem aos critérios de inclusão: serem artigos originais; publicados entre 2015 e 2021; referentes ao PSE (incluindo ações de alimentação e nutrição); pertinentes ao tema e ao objetivo do estudo (*quadro 1*). Os demais 34 textos encontrados, após leitura, não foram selecionados por integrarem os critérios de exclusão: teses e dissertações; artigos de revisão; e estudos que avaliaram ação específica de outras áreas no PSE (fisioterapia, fonoaudiologia, odontologia).

Quadro 1. Caracterização dos estudos quanto ao objetivo, local em que foi realizado, abordagem metodológica e principais características de interesse

Referências	Objetivo, local do estudo e abordagem metodológica	principais características de interesse
Carvalho KN, Zanin L, Flório FM, 2020 ¹⁸ .	Identificar as dificuldades do enfermeiro nas ações desenvolvidas no PSE e avaliar a percepção dos alunos sobre o programa. Paranaíba, Piauí. Quanti-qualitativa.	Os enfermeiros destacam que o excesso de atribuições na UBS; a ausência de envolvimento das escolas; a falta de articulação entre as Secretarias de Saúde e Educação; a falta de engajamento de outros profissionais nas atividades desenvolvidas, constitui limitações ao sucesso do PSE.
Suassuna AP, et al., 2020 ¹⁹ .	Identificar as atividades de educação em saúde realizadas nas escolas do ensino médio do município de Natal no estado do RN, bem como verificar as expectativas dos estudantes quanto ao papel dos profissionais de saúde e governantes. Quantitativa.	A ação do PSE na rede pública de Natal-RN, é falha; a educação em saúde nas escolas é incipiente, principalmente ações voltadas à promoção da saúde; os estudantes não reconhecem ações do PSE nas suas respectivas escolas.
Brambilla DK, Kleba ME, Magro MLP, 2020 ²⁰ .	Apresentar uma cartografia da implantação e execução do Programa Saúde na Escola e seus efeitos para o processo de desmedicalização em um município de pequeno porte no sul do Brasil. Qualitativa.	O PSE, por meio da articulação intersetorial (Educação, Saúde e Assistência Social), realizou ações voltadas à atenção integral à saúde que geraram desmedicalização. Entretanto, consideram que a simples aproximação entre os setores saúde e educação, que não envolva práticas refletidas e a corresponsabilização dos diferentes profissionais, pode fortalecer a medicalização da saúde, ao ampliar o acesso dos alunos aos profissionais de saúde.
Rodrigues RM, et al., 2020 ²¹ .	Identificar como estão sendo desenvolvidas as ações dos componentes I, II e III do Programa Saúde na Escola. Oeste do PR. Documental.	Ações do componente I foram expressivamente pactuadas, destacando-se as ações assistenciais. No componente II, pactuaram as ações de promoção da segurança alimentar e alimentação saudável. As atividades do componente III foram as menos pactuadas e realizadas, especialmente nos municípios menores. A implantação do PSE requer organização institucional para o desenvolvimento dos componentes previstos.
Mello MAFC, et al., 2019 ²² .	Identificar as ações de saúde realizadas pelo PSE e descrever os problemas identificados. Oeste do PR. Quantitativa.	Necessidade de investir na formação de profissionais, tendo em vista que os dados disponíveis para a sistematização e análise sugerem discrepâncias nos métodos para a coleta de dados, desqualificando as ações e comprometendo a qualidade das análises, fragilizando a proposição de políticas e ações para enfrentar as condições identificadas. Sugere-se a ampliação do PSE.
Medeiros ER, et al., 2019 ²³ .	Refletir sobre o processo de capacitação dos profissionais do Programa Saúde na Escola mediante a Teoria da Complexidade. Qualitativa.	Necessidade de integrar os profissionais de saúde e educação nas capacitações, as quais requerem processos complexos, porém, a interdisciplinaridade e a intersetorialidade podem dar resolutividade às complexas necessidades do contexto educacional, pelo compartilhamento de saberes entre os profissionais.
Oliveira FPSL, et al., 2018 ²⁴ .	Investigar a percepção que os escolares brasileiros possuem em relação às atividades desenvolvidas pelo Programa Saúde na Escola. Belo Horizonte, MG. Qualitativa.	Escolares relatam atividades relacionadas à assistência à saúde e a dificuldade de acesso, porém, atividades de promoção da saúde e prevenção de agravos não foram citadas. Reconhecem as ações como benesse, para o qual mostram a sua gratidão, não havendo o protagonismo necessário à produção da própria saúde.
Vieira LS, Belisário SA, 2018 ²⁵ .	Analisar o Programa Saúde na Escola no distrito sanitário de uma das capitais brasileiras sob a ótica da intersetorialidade nas ações de promoção da saúde escolar. Qualitativa.	A integração entre a saúde e educação acontecem com ações pontuais e fragmentadas, mas que aos poucos emergem propostas articuladas e comprometidas com a intersetorialidade e promoção de saúde, havendo necessidade de monitoramento e avaliação do programa no âmbito da promoção de saúde.
Moraes AC, et al., 2018 ²⁶ .	Comparar a implementação do Programa Saúde na Escola, nas escolas de ensino fundamental municipais e estaduais em cinco Municípios do Estado do Paraná, Brasil. Qualitativa.	Nas escolas municipais, as ações direcionam aos hábitos nutricionais para uma vida saudável, melhorando a qualidade de vida dos alunos e seus familiares. A intersetorialidade foi um fator de contribuição no cuidado com as demandas dos alunos e atividades de promoção da saúde. Já esse tema não é trabalhado nas escolas estaduais, havendo distanciamento e falta de entendimento entre os setores de saúde e educação, prejudicando a qualidade das ações realizadas. Ambas alegam falta de capacitação dos professores.
Corrêa HW, Toassi RFC, Firmino LB, 2018 ²⁷ .	Compreender, a partir da perspectiva fenomenológica, o significado das ações do Programa Saúde na Escola para equipes de Atenção Primária à Saúde. Porto Alegre, RS. Qualitativa.	Os coordenadores reconhecem a potencialidade do trabalho de prevenção e promoção da saúde realizado pelo PSE, com desafio para o trabalho em redes, devido à grande demanda gerada pelo programa. A escola não se sente inserida nas ações, havendo distanciamento com as famílias e pouca resolutividade das demandas clínicas dos escolares.

Quadro 1. (cont.)

Referências	Objetivo, local do estudo e abordagem metodológica	principais características de interesse
Baggio MA, et al., 2018 ²⁸ .	Compreender a implantação do Programa Saúde na Escola no município de Cascavel, Paraná, frente ao relato de enfermeiros. Qualitativa.	O programa apresenta fragilidades na formação dos profissionais, na estrutura das escolas, recursos humanos e materiais, e incipiente interação intersetorial. As ações do PSE baseiam-se nas avaliações da saúde dos escolares.
Chiari APG, et al., 2018 ²⁹ .	Avaliar a implementação e execução do PSE no Município de Belo Horizonte, Minas Gerais, os mecanismos que favorecem a ação intersetorial e a percepção dos gestores sobre a intersetorialidade. Qualiquantitativa.	Dificuldade na construção do trabalho intersetorial nos campos da gestão e do desenvolvimento das ações do PSE. Pouco compartilhamento de responsabilidades entre os setores, pouco alcance no desenvolvimento da promoção da saúde e sobre seus determinantes. Centralidade de poder nas instâncias superiores de gestão, necessitando dar prioridade aos processos de capacitação e educação permanente que incluam a discussão atual sobre a intersetorialidade, com a participação de estudantes e da comunidade para garantir a sustentabilidade das ações.
Medeiros ER, et al., 2018 ³⁰ .	Identificar as facilidades e dificuldades na implantação do Programa Saúde na Escola em município do nordeste brasileiro. Natal, RN. Quantitativa.	As facilidades mais frequentes foram a articulação intersetorial (38,1%) e a satisfação profissional (24,8%) em executar as atividades do PSE. Já as dificuldades foram: escassez de recursos materiais e financeiros (50,5%), ausência de articulação intersetorial (26,7%) e excesso de atividades no processo de trabalho (17,1%).
Sousa MC, Esperti MA, Medina MG, 2017 ³¹ .	Analisar a ação intersetorial desenvolvida entre os setores saúde e educação no processo de implementação do Programa Saúde na Escola em município de região metropolitana do Nordeste brasileiro. Qualitativa.	Na implementação do Programa, notou-se liderança da saúde, tendo a educação uma atuação periférica. As atividades possuem uma abordagem biomédica, efetivadas por meio de palestras. Entretanto, o programa fortaleceu a relação entre os dois setores, porém a articulação intersetorial no processo político-gerencial e nas práticas mostraram fragilidades e limitações.
Brasil EGM, et al., 2017 ³² .	Analisar o contexto da promoção da saúde com adolescentes na interface saúde e educação focando as ações do Programa Saúde na Escola. Fortaleza, CE. Qualitativa.	A organização da demanda espontânea ocasiona desarmonia nos atendimentos agendados e nas ações de saúde na escola. O desconhecimento dos profissionais sobre o PSE e a falta de planejamento das ações confirmam a desarticulação dos setores educação e saúde, embora sinalizem possibilidades desta prática intersetorial.
Fontenele RM, et al., 2017 ³³ .	Construir e validar o modelo lógico do Programa Saúde na Escola. Rio de Janeiro, RJ. Qualitativa.	A intersetorialidade se apresenta como um desafio a ser vencido pelo programa, tendo como estratégias e recomendações: reuniões locais, com periodicidade, em suas respectivas áreas, e um sistema de informação único para o programa, que possibilite seu uso em tempo oportuno pelas secretarias envolvidas.
Barbieri AF, Noma AK, 2017 ³⁴ .	Analisar a função social do Programa Saúde na Escola com base em estudo de caráter bibliográfico e documental, alicerçado no método materialista histórico. Pesquisa documental.	O PSE, enquanto programa educacional de assistência, exerce papel amenizador frente às manifestações sociais, conservador, integra políticas neoliberais, entretanto, não o desclassifica como importantes iniciativas no âmbito da luta democrática por direitos.
Farias ICV, et al., 2016 ³⁵ .	Conhecer e analisar o processo da intersetorialidade no Programa Saúde na Escola em um município da região metropolitana de Pernambuco. Olinda, PE. Qualitativa.	A operação de uma política intersetorial em um ambiente com atores que possuem agendas setoriais previamente montadas e sem espaço para sua execução, dificulta a conciliação dos tempos institucionais dos setores, impedindo a sustentabilidade das ações. Há escassez de capacitação e educação permanente, além da inexistência de protocolos que norteiem o desenvolvimento de ações intersetoriais. Entretanto, o PSE permitiu aos profissionais de saúde a percepção do seu papel social de educador e possibilitou aos adolescentes maior contato com a equipe da saúde.
Machado WD, et al. 2016 ³⁶ .	Avaliar as ações desenvolvidas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família e seu impacto na melhoria da qualidade de vida dos adolescentes em Sobral. Sobral, CE. Quanti-qualitativa.	Na avaliação dos componentes, o estudo identificou valores relevantes do componente I, quanto a presença de estudantes com alteração de saúde. Já o componente II apresentou números satisfatórios nas ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, o que comprovou o alcance dessas ações desenvolvidas pelas equipes do município com o público adolescente. O PSE é pouco reconhecido entre os educadores.
Soares CJ, et al. 2016 ³⁷ .	Compreender a percepção de enfermeiras da Estratégia de Saúde da Família sobre o Programa Saúde na Escola. Jequié, BA. Qualitativa.	O PSE é entendido como uma política intersetorial com foco de atuação sobre a saúde de crianças da rede pública de ensino, mostrando a limitação de conhecimento dos profissionais sobre o programa. A sobrecarga de trabalho nas ESF, os problemas relacionados à gestão municipal e a carência de parceria com os pais, apresentam-se como fragilidades. Entretanto, reconhecem a sua capacidade para a integralidade em saúde.

Quadro 1. (cont.)

Referências	Objetivo, local do estudo e abordagem metodológica	principais características de interesse
Tusset D, et al. 2015 ³⁸ .	Avaliar a presença dos Domínios das Competências Centrais em Promoção da Saúde nos discursos sobre as práticas realizadas por atores que implementam o PSE bem como na normativa que orienta esse programa no Distrito Federal (DF). Qualitativa.	Foram identificadas limitações para desenvolver práticas numa perspectiva ampliada de promoção da saúde, havendo a necessidade de ampliar a compreensão sobre esses domínios e sobre o tema, com capacitações específicas aos gestores e trabalhadores da saúde e educação, com metodologias educativas de caráter participativo e multidisciplinar, por meio de educação permanente.
Carvalho FFB, 2015 ³⁹ .	Analisar a entrada da saúde no espaço escolar através de ações do Programa Saúde na Escola, classificá-las como práticas pedagógicas e, a partir daí, verificar se elas se alinham com a perspectiva da promoção da saúde. Duque de Caxias e Nova Iguaçu, RJ. Qualitativa.	Nos municípios, a comunidade escolar não participa do planejamento das ações e, a participação dos profissionais das ESF se deu por retroalimentação de informações das ações realizadas. A intersectorialidade foi caracterizada com a assistência social, esporte e lazer, entre outros. As ações de saúde nas escolas alteram a dinâmica escolar e o profissional de saúde pode não estar preparado para interagir com os estudantes fora dos serviços de saúde. O PSE presta apoio à reflexão crítica sobre as limitações administrativas na execução e efetividade das políticas intersectoriais.
Köptcke LS, Cai-xeta IA, Rocha FG, 2015 ⁴⁰ .	Compreender as relações intersectoriais a partir da percepção dos gestores e profissionais dos setores saúde e educação, na implementação do Programa Saúde na Escola, em duas regiões do DF: Gama e Candangolândia. Qualitativa.	O programa potencializa articulação intrasetorial, apresenta desafios comunicacionais e na distribuição de poder entre os setores em todas as esferas. Os Grupos de Trabalho Intersectoriais são importantes no apoio ao trabalho intersectorial. Percebeu-se que o PSE não é prioritário para a saúde e educação, havendo desconexão entre adesão formal e atividades realizadas.
Magalhães R, 2015 ⁴¹ .	Compreender a implementação de ações intersectoriais previstas nos programas Bolsa Família, Saúde da Família e Saúde na Escola, em Manguinhos, zona norte do Município do Rio de Janeiro, Brasil. Qualitativa.	Importância do PSE para a transformação da cultura organizacional do Estado. Os gestores e profissionais da 'ponta' reconhecem a importância da intra e da intersectorialidade, apontando para a necessidade de criação de um setor exclusivo para o desenvolvimento das ações do Programa e consideram positiva a articulação interna, quando ocorre. Apesar da intersectorialidade e a territorialização serem dimensões valorizadas no plano normativo do programa, ações isoladas, superpostas e descontínuas foram frequentes.
Souza NP, et al., 2015 ⁴² .	Verificar o desenvolvimento de atividades de promoção da alimentação adequada e saudável no ambiente escolar, na perspectiva do Programa Saúde na Escola. Pernambuco. Qualitativa.	A educação nutricional como atribuição do PSE é pouco reconhecida. O profissional relata excesso de atribuições, precárias condições de trabalho [recurso físico, material e humano] e ausência de interdisciplinaridade no planejamento e execução das ações do PSE. O programa é estratégico na promoção da saúde e prevenção de doenças, há necessidade de continuidade das ações, reforçados pela importância do nutricionista na atenção primária para ações de promoção da alimentação saudável.
Tavares Leite C, et al. 2015 ⁴³ .	Compreender a percepção que professores têm de um programa de saúde escolar e sua relação com as ações de educação em saúde desenvolvidas na escola. Barbalha, CE. Qualitativa.	Os professores perceberam o PSE como assistencialista, sem integração entre os professores e os profissionais da saúde, para o qual os adolescentes não demonstram interesse. As ações educativas na escola foram percebidas como avaliações clínicas que não se integraram às ações já desenvolvidas na escola.
Cavalcanti PB, Lucena CMF, Lucena PLC, 2015 ⁴⁴ .	Identificar as inconsistências do PSE a partir da sua concepção de promoção à saúde, tendo como contraponto o entendimento da OMS sobre a temática. Pesquisa documental.	As ações de promoção da saúde são curativas e assistenciais, sendo confundidas com as de prevenção. Entretanto, a promoção da saúde parece não ser adotada como centro nuclear do PSE. Há predominância do conceito conservador, que foca na mudança comportamental sem levar em consideração os determinantes sociais.
Machado MFAS, et al. 2015 ⁴⁵ .	Identificar e descrever as ações desenvolvidas pelas Equipes de Saúde da Família no Programa Saúde na Escola, participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Quantitativa.	A capacitação dos profissionais para trabalhar com educação e saúde precisa ser fortalecida. O PSE tem mobilizado ações relevantes, mesmo que isto não tenha se dado de forma homogênea em todas as regiões brasileiras.
Silva ARS, et al. 2015 ⁴⁶ .	Conhecer as políticas públicas de promoção da saúde do adolescente na escola propostas e desenvolvidas sob a responsabilidade dos gestores de educação e saúde do município de Recife, PE. Qualitativa.	O PSE promove assistência integral à saúde e possibilita reflexão sobre as limitações administrativas para práticas intersectoriais. A formação profissional para o cuidado dos adolescentes, e a prática da intersectorialidade no cotidiano dos profissionais da rede de atenção à saúde do município, são necessárias, entretanto, a responsabilidade pelas ações não deve estar centrada nos trabalhadores.

Fonte: elaboração própria.

A segunda etapa da pesquisa apoiou-se na utilização da Matriz Fortalezas, Oportunidades, Fraquezas e Ameaças (Fofa) como ferramenta para seleção, sistematização e análise de dados e informações sobre o PSE contidos nos 29 artigos selecionados.

A Matriz Fofa é uma ferramenta muito utilizada no campo da administração, tendo sido adaptada e instrumentalizada em estudos de planejamento, gestão e avaliação, tanto na análise de políticas quanto da situação de saúde de base territorial e na pesquisa inter-setorial em saúde⁴⁷⁻⁵⁰.

O uso da Matriz Fofa permite uma rápida visualização didática do cenário analisado, proporcionando a análise de elementos positivos e negativos, tanto internos (Fortalezas e Fraquezas próprias do objeto estudado) quanto externos (Oportunidades e Ameaças que, mesmo não sendo parte, podem vir a influenciar o desempenho do objeto estudado). A Matriz Fofa integra a análise gerencial para a formulação de políticas e para a tomada de decisões, uma vez que agrupa os pontos fortes e os pontos fracos, permitindo a avaliação de programas e intervenções nos seus contextos internos e externos (*quadro 2*)⁵¹.

Quadro 2. Relações entre os elementos internos e externos da Matriz Fofa

Matriz de avaliação Fofa aplicado ao PSE		Elementos Internos	
		Fortalezas	Fraquezas
Elementos externos	Oportunidades	Quando os pontos fortes do programa encontram conjunturas positivas de realização, expressam o Potencial em jogo	Conjunturas positivas de realização podem desvelar pontos ainda fracos do programa, o que pode ser lido como um Desafio de superação
	Ameaças	Conjunturas adversas podem comprometer a performance inclusive dos pontos fortes do programa, constituindo-se em alertas a serem considerados	Quando as conjunturas adversas se encontram com pontos fracos do programa, expressam os condicionamentos e restrições na capacidade de resposta

Fonte: elaboração própria.

Para a elaboração da Matriz Fofa, os pontos fortes e fracos foram elencados e organizados de acordo com a maior frequência em que foram relatados nos artigos.

No caso das fortalezas, consideraram-se os pontos fortes destacados nos artigos, que são intrínsecos ao programa e que foram bem avaliados; as oportunidades referem-se às sugestões que os autores apresentaram nas suas discussões; no grupo das fragilidades, foram incluídos os problemas internos detectados pelos pesquisadores nas ações identificadas, os quais dificultam ou mesmo impedem a realização do PSE conforme previsto na legislação; e como ameaças, os fatores externos apontados que servem de advertência para o insucesso do programa.

Para melhor compreensão dos fatores identificados, alguns conceitos foram necessários, conforme segue:

Promoção de Saúde: Conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, que se caracteriza pela articulação e cooperação intrassetorial e intersetorial e pela formação da Rede de Atenção à Saúde, buscando articular com as demais redes de proteção social, com ampla participação e amplo controle social; [...]

Promoção da Alimentação Adequada e Saudável: Conjunto de estratégias que proporcionem aos indivíduos e coletividades a realização de práticas alimentares apropriadas aos

seus aspectos biológicos e socioculturais, bem como ao uso sustentável do meio ambiente; [...]

Intersetorialidade: Processo de articulação de saberes, potencialidades e experiências de sujeitos, grupos e setores na construção de intervenções compartilhadas, estabelecendo vínculos, corresponsabilidades e cogestão para objetivos comuns; [...]

Intrasetorialidade: Exercício permanente da desfragmentação das ações e serviços ofertados por um setor, visando à construção e articulação de redes cooperativas e resolutivas; [...]

Integralidade: Intervenções pautadas no reconhecimento da complexidade, potencialidade e singularidade de indivíduos, grupos e coletivos, construindo processos de trabalho e de cuidado, articulados e integrais².

Resultados e discussão

Os artigos que compõem esta revisão são oriundos de pesquisas realizadas em vários estados brasileiros, integrantes das regiões Nordeste, Sul, Sudeste e Centro-Oeste, além de estudos referentes à legislação do PSE e a dados secundários do MS, incluindo todos os estados brasileiros (*quadro 3*).

A Matriz Fofa expõe a aplicação das categorias organizadas com base na frequência em que as informações foram apresentadas nos artigos em estudo, agrupadas em fatores internos pelos Grupos Fortalezas e Fragilidades; e fatores externos pelos Grupos Oportunidades e Ameaças.

Análise dos fatores internos ao PSE

GRUPO FORTALEZAS

As fortalezas referem-se aos fatores intrínsecos ao PSE, representando os pontos fortes a

serem mantidos, proporcionando uma visão geral de como essas ações estão implementadas no programa. Na revisão aqui apresentada, as fortalezas foram menos expressivas (n = 5) se comparadas às fragilidades (n = 13), mostrando que há desafios para a implementação do programa.

Apesar da insuficiente intersetorialidade, apresentada como principal fator no quadrante das fragilidades, estudos mostram que o PSE aproximou a escola e a unidade de saúde^{20,31,35}, juntamente com a família^{20,28}, favorecendo o diálogo entre os atores³³. Quando efetivada, a intersetorialidade sinalizou um fator de contribuição^{26,32}, permitindo ações planejadas entre os diversos setores^{20,26,41} e, dentro de cada setor (intrasetorial)^{20,40,41}, possibilitando o cuidado integral e ampliando a percepção dos problemas dos escolares^{20,26,36}.

Pesquisa realizada com gestores avaliou o PSE como a única política para assistência integral do escolar, pelo estabelecimento de ações intersetoriais para o atendimento aos adolescentes no âmbito escolar⁴⁶, com potencial capacidade de interferir positivamente na vida desses estudantes²⁹, reorientar para a integralidade em saúde³⁷, com ações direcionadas às suas realidades²⁶. Ademais, segundo Barbieri e Noma³⁴, apresentou-se como importante iniciativa no âmbito da luta democrática por direitos.

A aproximação da atenção básica com a escola possibilitou a identificação de problemas que antes não eram percebidos pelo setor saúde, além de ampliar o contato do escolar com os profissionais e serviços de saúde, e desses, com o seu papel social de educador³⁵. Os alunos reconhecem a importância dos profissionais de saúde^{18,24}, especialmente para identificar seu problema de saúde^{18,36} e encaminhar para consulta clínica^{24,36}.

Por outro lado, os profissionais que atuam no PSE reconhecem a sua potencialidade para ações promotoras de saúde^{20,27,39,42,43}. Estudos indicaram que as ações referentes a 'promoção da saúde e prevenção de agravos' foram as mais pactuadas, com destaque às

ações de ‘promoção da segurança alimentar e alimentação saudável’^{21,22,26,36,42}. É vasta a literatura que traz a intersectorialidade como essencial para as ações do PSE, não sendo essa apenas uma aproximação das áreas, mas sim a inclusão dos profissionais no planejamento das ações, assim como toda a comunidades escolar, de forma que reconheçam a necessidade e a importância dessas ações.

De acordo com análise no Sistema Integrado de Monitoramento, Execução e Controle (Simec), o registro de avaliação antropométrica e as ações de segurança alimentar e alimentação saudável apresentaram as maiores frequências entre as ações preconizadas pelo PSE⁴⁵. Outrossim, o relatório de monitoramento do último ciclo concluído do PSE (ciclo 2019/2020) evidenciou que a atividade coletiva sobre o tema alimentação saudável e prevenção da obesidade foi a segunda ação mais realizada (18,19% do total) entre as ações do PSE⁵².

GRUPO FRAGILIDADES

A identificação de fragilidades contidas no programa é tarefa essencial para que ele seja ajustado em direção a uma maior eficiência. Os estudos mostraram expressiva presença desses fatores, nos quais a desarticulação entre os setores saúde e educação se apresenta com maior relevância, cujas ações comprometem a intersectorialidade e a integralidade, ainda insuficientes^{18,25-33,35,42,43,46}. Identificou-se a falta de protocolos para o desenvolvimento das ações intersectoriais, cujas agendas setoriais já são previamente elaboradas³⁵, havendo desconexão e distanciamento entre os serviços^{26,38,40,43}. Em adição, encontrou-se a falta de planejamento das ações^{32,37}, com pouco envolvimento das escolas^{18,27,36,43} e das famílias no programa, e dos escolares nas decisões^{27,37,39,42}. A intersectorialidade deve alicerçar o planejamento dos gestores, para que seja concretizada na prática, assim como devem ser envolvidos na programação todos os sujeitos da comunidade escolar para que reconheçam, valorizem e se engajem com a saúde escolar.

A falta de capacitação profissional (Formação) para atuar no PSE apresentou-se como um dos principais problemas relatados^{21,22,26,28,29,35,37-39,45,46}, sendo apontada como as ações menos pactuadas pelos municípios^{21,45}. Os estudos identificaram que os profissionais envolvidos com o desenvolvimento do programa não têm a devida compreensão sobre o PSE^{32,36,37} e sobre a PS^{19,38,44}, sugerindo que não tiveram formação em práticas pedagógicas³⁹ e, ainda, há percepções diferentes entre os gestores nas três esferas de governo⁴⁰. Entretanto, Cavalcanti, Lucena e Lucena⁴⁴, ao verificar as inconsistências do PSE, a partir da sua concepção de PS, não identificaram concretamente que esta seja adotada como conceito orientador do próprio programa. A formação dos profissionais envolvidos sobre o tema é essencial para a concretização dessas ações, tendo em vista que, em grande medida, com exceção do nutricionista, os demais profissionais não tiveram em suas formações o conteúdo de Segurança Alimentar Nutricional (SAN), o que dificulta a prática dessas ações.

As poucas ações nomeadas de PS^{19,29,38,41} apresentam-se como assistenciais, curativas, de cunho técnico^{21,25,28,39,41,43,44}. Além disso, seguem modelo preventivista, centrado em ações fragmentadas e individualizadas^{21,38}, ofertadas na forma de palestras com abordagem biomédica³¹, enfocando a mudança comportamental sem levar em consideração as determinações sociais^{29,44}.

Outrossim, os escolares buscam e reconhecem nas ações assistenciais a presença da saúde na escola^{18,19,24,43}, além de compreendê-las como benefício, e não como direito²⁴. Por meio dessas ações, observa-se um número considerável de escolares com alguma alteração na sua saúde^{22,36}, porém, com pouca resolutividade das demandas clínicas diagnosticadas²⁷. A abordagem educativa centrada na doença não vem ao encontro da PS, a qual deve conduzir as ações do PSE.

Já os profissionais da saúde relataram o excesso de atribuições nas suas unidades^{37,46} e a grande demanda gerada pelo PSE^{27,30,42}, o

que, somados à falta de recursos humanos, materiais e estruturais^{28,30,42}, reforça a fragilidade do programa. Em adição, estudos apontam que há centralidade de poder^{29,39}, com predomínio do setor saúde^{31,40,41,44}, no qual o trabalho da escola ocupa espaço periférico³¹. Ademais, falhas no sistema de monitoramento das ações desenvolvidas e avaliação também foram encontradas^{25,45}.

Análise dos fatores externos ao PSE

GRUPO OPORTUNIDADES

As oportunidades aqui apresentadas foram relatadas pelos autores, referindo-se às ações que são possíveis de serem realizadas a partir do programa, mas que ainda não foram totalmente implementadas na rotina dos serviços. Os autores sugerem que o PSE oportuniza a união de diversos setores, a troca de experiências e de saberes^{23,39}, cuja função social da escola (formar cidadãos), pode ser compartilhada pela família e outros serviços, a exemplo da saúde^{19,24,36,38}, fortalecendo vínculos, construindo redes de atenção^{27,29}, possibilitando, dessa forma, um planejamento estratégico institucional para a intersetorialidade. Ainda, o PSE potencializa ações intrassetoriais, ampliando a compreensão da gestão intersetorial, e, com isso, a transformação da cultura organizacional do Estado^{40,41}.

Por meio de programas interministeriais como é o PSE, as instituições encontram espaço para organizar as ações para a PS, de forma planejada, com melhor comunicação e diálogo^{21,22,28,39,40}, oportunizando o trabalho em conjunto^{23,39}. Tendo em vista que a reorganização das agendas, especialmente das áreas da saúde e da educação, é necessária para o alcance da intersetorialidade^{29,44}, essa parceria contribui para o processo de educação permanente dos gestores e trabalhadores, para transformar o modelo assistencial hegemônico da saúde³⁸ (relatado no quadrante fragilidades), em um trabalho direcionado à comunidade¹⁹, minimizando as vulnerabilidades dos

escolares⁴³, com vistas ao empoderamento da comunidade escolar²². Nesse contexto, cada ator tem a possibilidade de atuar de acordo com a sua realidade, seus determinantes sociais, culturais, econômicos, possibilitando à comunidade escolar o trabalho conjuntamente, compartilhando competências e habilidades¹⁹, seguindo o princípio que “ouvir as vozes pode ser um bom ponto de partida”²⁴⁽²⁸⁹⁷⁾.

GRUPO AMEAÇAS

Consideraram-se ameaças os fatores que, mesmo externos, quando presentes, podem colocar em risco a implementação das diretrizes do programa. Destaca-se a fragilidade referente à centralização de poder na área da saúde^{29,31,39-41}, na qual a educação se percebe com atuação periférica³¹, não sentindo-se valorizada²⁷. Sabe-se que o PSE é uma política interministerial, constitui-se em estratégia para a integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de educação e de saúde, com a participação da comunidade escolar, envolvendo as equipes de saúde da família e da educação básica, sob a coordenação de uma Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola (Ciese), organizada em Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI)^{10,13}. Entretanto, o Termo de Compromisso do PSE juntamente com as ações pactuadas, o monitoramento e os relatórios estão disponibilizados de forma desintegrada, em que cada área tem as suas responsabilidades, cujo compartilhamento e divulgação das informações fica a critério de cada município, o que, na maioria das vezes, não é compartilhado entre os setores, ou mesmo acessível ao público – e o mais importante: os incentivos financeiros para custeio das ações são repassados fundo a fundo por intermédio e às expensas do MS, de acordo com o número de alunos inscritos¹³. Nesse formato de estruturação, a educação ocupa posição passiva desde a legislação, o que pode explicar essa fragilidade relatada pelos professores, induzindo uma participação secundária e periférica, comprometendo a intersetorialidade.

O acesso facilitado dos escolares aos profissionais e serviços de saúde, se, por um lado pode ser uma fortaleza, para Brambilla, Kleba, Dal Magro²⁰, por outro, a simples aproximação sem a devida reflexão e responsabilização dos profissionais pode fortalecer a medicalização da saúde ao ampliar o acesso dos alunos aos profissionais, reforçando o modelo biomédico e curativo^{21,24,28,31}, sem a devida compreensão da PS, da intersetorialidade e da integralidade do cuidado. Tendo em vista que os estudos mostram que as ações no PSE seguem modelo biomédico, centrado na doença, sugere-se que as ações realizadas reproduzirão esse modelo, já ultrapassado, não promotor de saúde, campo em que a alimentação saudável está inserida. Acrescente-se a isso o fato de os alunos reconhecerem ações de saúde na escola como assistência clínica, pontual, fragmentada^{21,24,25,28,44}; como benefício, e não como direito, mostrando que os princípios dos direitos sociais, como da saúde

e da alimentação, podem não estar sendo devidamente abordados nesse programa.

A alta demanda de trabalho gerada pelo programa foi relatada por profissionais da saúde, associada à falta de recursos para as ações pactuadas, o que levou um dos estudos a sugerir a criação de um setor exclusivo para desenvolver ações do PSE. Nessa visão, faz-se necessária uma reflexão sobre as diretrizes do programa que trazem a descentralização e o respeito à autonomia federativa; integração e articulação das redes públicas de ensino e de saúde; territorialidade; interdisciplinaridade e intersetorialidade; integralidade; cuidado ao longo do tempo; controle social; e monitoramento e avaliação permanentes¹³, as quais não comportam essa divisão de trabalho, pois não vêm ao encontro das políticas intersetoriais que atuam nos determinantes sociais, culturais, políticos, econômicos, entre outros, mostrando-se como um retrocesso e uma ameaça aos princípios da PS.

Quadro 3. Pontos fortes (fortalezas e oportunidades) e pontos fracos (fragilidades e ameaças) no Programa Saúde na Escola

	Fortalezas	Fragilidades
Fatores Internos ao PSE	<ol style="list-style-type: none"> Fortalece a relação entre saúde e educação, entre outros setores envolvidos, para a intersetorialidade e a integralidade do cuidado; Profissionais da saúde e da educação reconhecem a potencialidade para promoção da saúde, incluindo ações promotoras de alimentação saudável; Integração entre saúde, escola e família; Alunos reconhecem a importância da saúde na escola; Ampliação do contato dos profissionais de saúde com os escolares para melhor percepção dos problemas de saúde. 	<ol style="list-style-type: none"> Desarticulação intersetorial entre as áreas da saúde e da educação (secretarias, profissionais); Incompatibilidade de agendas da saúde e da educação; Falta de capacitação profissional aos envolvidos no 'Programa', para a promoção da saúde no Programa Saúde na Escola; Ações de saúde são assistenciais, curativas/modelo biomédico, isoladas, superpostas e descontínuas; Falta de envolvimento das escolas e dos educadores; Profissionais da saúde reconhecem grande demanda de trabalho gerado pelo Programa Saúde na Escola; Falta de estrutura, recursos humanos e materiais; Centralidade de poder do setor saúde; Desconhecimento e valorização do programa pelos escolares; Falta de envolvimento das famílias; Programa Saúde na Escola não é prioridade das áreas; Promoção de Saúde não está no núcleo do programa e os profissionais não têm a devida compreensão do conceito; Monitoramento, avaliação e sistema de informação deficientes.

Quadro 3. (cont.)

	Oportunidades	Ameaças
Fatores Externos ao PSE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Planejamento estratégico institucional para a intersetorialidade; 2. Elaboração de protocolos intersetoriais; 3. Inclusão de ações de promoção da saúde na agenda pública; 4. Compartilhamento de saberes, experiências e ações entre saúde, educação e família; 5. Trabalho em redes, de forma dialogada; 6. Proximidade dos serviços com os escolares; 7. Potencial articulação intrasetorial. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Centralização de poder na área da saúde; 2. Acesso dos escolares aos serviços de saúde sem a devida compreensão da promoção de saúde, pode reforçar a medicalização da saúde; 3. Deficiente intersetorialidade e integralidade do cuidado reforça modelo biomédico; 4. Criação de um setor exclusivo para desenvolver ações do Programa Saúde na Escola, devido a problemas na demanda espontânea; 5. Alunos procuram ações de saúde assistenciais e de caráter clínico em detrimento das ações promotoras de saúde; 6. Alunos reconhecem as ações de saúde na escola como benefício e não como direito.

Fonte: elaboração própria com base na revisão da literatura.

Considerações finais

O uso da Matriz Fofa na avaliação do PSE possibilitou visualizar os pontos fortes e fracos no programa, elencando elementos que possam contribuir para a análise de seu desenvolvimento para profissionais e gestores de saúde e educação, no intuito de problematizar obstáculos que limitam o desenvolvimento pleno do programa, com vistas à PS e da alimentação saudável, mostrando-se como uma ferramenta importante para uso na avaliação de políticas públicas.

Os estudos mostraram que, quando a intersetorialidade acontece, ela convida os setores para a reflexão, para o diálogo, fazendo a diferença na realização das ações e no envolvimento de toda a comunidade escolar, oportunizando ações educativas que vêm ao encontro da PAS, enquanto estratégias utilizadas para práticas alimentares saudáveis e apropriadas às condições biológicas, sociais e culturais dos indivíduos e coletividades. Nesse contexto, e com base nas fortalezas e oportunidades encontradas nos estudos, pode-se afirmar que é possível desenvolver ações educativas promotoras de alimentação saudável para crianças e adolescentes no âmbito escolar, de modo a envolver a escola, a família, o serviço de saúde e demais áreas que

se fizerem necessárias, mas, principalmente, o escolar em todas as etapas do processo, desde o planejamento até a execução das ações.

A obesidade infantil se apresenta como um importante problema de saúde pública, e sua prevenção está entre as ações a serem desenvolvidas pelo PSE. Além disso, ações educativas promotoras de alimentação saudável estão contempladas no PNAE e na Base Nacional Comum Curricular (BNCC), entre outras iniciativas.

A principal fragilidade no PSE refere-se à desarticulação intersetorial, demonstrando ser o principal problema enfrentado pelos profissionais de saúde e de educação, justificando práticas desarticuladas que podem dificultar ações promotoras de saúde e de alimentação saudável. Entretanto, é importante considerar que o PSE inclui a formação como um dos três componentes estruturantes do programa a partir de 2011, a qual até então estava inserida nas ações de educação permanente em saúde, com menos visibilidade, uma vez que não estava entre os componentes estruturantes. Dessa forma, estudos posteriores são necessários para melhor identificar os efeitos da formação ao longo do tempo.

Em consonância com a legislação do PSE, o GTI, composto pelos atores que compõem

o programa, obrigatoriamente a saúde e a educação, parece não ocupar lugar de destaque para os atores, uma vez que apenas um estudo relatou as dificuldades do GTI no acompanhamento das ações nos municípios, o qual poderia se destacar como um importante instrumento para o trabalho intersetorial, ainda adormecido.

Programas governamentais intersetoriais possibilitam o debate, bem como o acesso a serviços públicos, porém, são incapazes de resolver problemas sociais, econômicos, políticos, que se apresentam como uma luta de forças – de um lado, a saúde da população; de outro, os interesses comerciais da indústria da doença –, cujo ponto de equilíbrio apresenta-se como o maior desafio, para o qual são fundamentais ações estruturais de caráter regulatório, fiscal

e legislativo, a exemplo da obesidade infantil.

Colaboradores

DallaCosta MC (0000-0003-0769-5290)* contribuiu para concepção, aquisição, análise e interpretação, assim como para redação e aprovação final da versão a ser publicada. Rodrigues RM (0000-0002-7047-037X)* contribuiu para a redação do trabalho e revisão crítica do conteúdo e aprovação final da versão a ser publicada. Schütz G (0000-0002-1980-8558)* contribuiu para concepção, redação e aprovação final da versão a ser publicada. Conterno S (0000-0003-2493-8071)* contribuiu para revisão crítica do conteúdo e aprovação final da versão a ser publicada. ■

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011. [acesso em 2020 set 2]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 02, de 28 de setembro de 2017. Anexo I. Dispõe sobre a Política Nacional de Promoção da Saúde. Anexo III. Dispõe sobre a Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Diário Oficial da União. 28 Ago 2017. [acesso em 2022 out 27]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html.
3. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2020: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2020. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2021. [acesso em 2020 set 29]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/vigitel/relatorio-vigitel-2020-original.pdf/view>.
4. Brasil. Ministério da Saúde, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. Relatórios do Estado nutricional dos indivíduos acompanhados por período, fase do ciclo da vida e índice. Brasília, DF:

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- Ministério da Saúde; 2021. [acesso em 2021 dez 14]. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/index>.
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: atenção primária à saúde e informações antropométricas. Rio de Janeiro: IBGE; 2020. [acesso em 2021 jul 10]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101758.pdf>.
 6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de orçamentos familiares 2017-2018: avaliação nutricional da disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2020. [acesso em 2021 jul 10]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101704.pdf>.
 7. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Saúde Brasil 2018: uma análise de situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2019. [acesso em 2020 ago 20]. Disponível em: saude.brasil2018.analise_situacao_saude_doencas_agravos_cronicos.desafios_perspectivas.pdf.
 8. Pan American Health Organization. Ultra-processed food and drink products in Latin America: Trends, impact on obesity, policy implications. Washington: PAHO; 2015. [acesso em 2020 nov 2]. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/7699/9789275118641_eng.pdf.
 9. Ação Brasileira pela Nutrição e Direitos Humanos. Direito humano à alimentação adequada no contexto da segurança alimentar e nutricional. Brasília, DF: ABRANDH; 2010. [acesso em 2020 nov 2]. Disponível em: https://www.redsan-cplp.org/uploads/5/6/8/7/5687387/dhaa_no_contexto_da_san.pdf.
 10. Brasil. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 6 Dez 2007.
 11. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Caderno do Gestor do PSE. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015. [acesso em 2020 ago 5]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_gestor_pse.pdf.
 12. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Passo a passo PSE: Programa Saúde na Escola: tecendo caminhos da intersetorialidade. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011. [acesso em 2021 jul 24]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/passo_a_passo_programa_saude_escola.pdf.
 13. Brasil. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 1.055, de 26 de abril de 2017. 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. 26 Abr 2017.
 14. Brasil. Presidência da República. Lei nº 11.947, de 16 de junho de 2009. Dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar do Programa Nacional de Alimentação Escolar e do Programa Dinheiro Direto na Escola aos alunos da educação básica. Diário Oficial da União. 17 Jun 2009.
 15. Brasil. Presidência da República. Lei nº 13.666 de 16 de maio de 2018. Altera a Lei nº 9.394 de 20 de dezembro de 1996 (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional), para incluir o tema transversal da educação alimentar e nutricional no currículo escolar. Diário Oficial da União. 17 Maio 2018.
 16. Brasil. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 1.010, de 8 de maio de 2006. Institui as diretrizes para a Promoção da Alimentação Saudável nas Escolas de educação infantil, fundamental e nível médio das redes públicas e privadas, em âmbito nacional. Diário Oficial da União. 9 Maio 2006.
 17. Buss PM, Hartz ZMA, Pinto LF, et al. Promoção da saúde e qualidade de vida: uma perspectiva histórica ao longo dos últimos 40 anos (1980-2020). Ciênc.

- Saúde Colet. 2020 [acesso em 2021 out 1]; 25(12):4723-4735. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/5BJghnvvZyB7GmyF7MLjQDr/?format=pdf&lang=pt>.
18. Carvalho KN, Zanin L, Flório FM. Percepção de escolares e enfermeiros quanto às práticas educativas do programa saúde na escola. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2020 [acesso em 2021 dez 1]; 15(42):2325. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2325>.
 19. Suassuna AP, Oliveira SF, Diniz Papa T, et al. Percepções de alunos da rede pública de ensino de Natal/RN sobre educação em saúde na escola. *Rev Ciênc Plural*. 2020 [acesso em 2021 dez 3]; 6(2):66-71. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/19841/12844>.
 20. Brambilla DK, Kleba ME, Magro MLP. Cartografia da implantação e execução do Programa Saúde na Escola (PSE): implicações para o processo de desmedicalização. *Educ Revista*. 2020 [acesso em 2021 dez 1]; 36:1-14. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/edur/a/CGCSFCswjgpYXCV7FYswhDf/?format=pdf>.
 21. Rodrigues RM, Silva GF, Conterno SFR, et al. Implantação dos componentes I, II e III do Programa Saúde na Escola. *J Manag Prim Health Care*. 2020 [acesso em 2020 ago 10]; 12:1-18. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/976>.
 22. Mello MAFC, Rodrigues RM, Conterno SFR, et al. Avaliações de Saúde de Escolares no Programa Saúde na Escola. *Rev Interdisciplinar Estudos Saúde UNIARP*. 2019 [acesso em 2020 set 12]; 2(18):261-277. Disponível em: <https://periodicos.uniarp.edu.br/index.php/ries/article/view/1546/1083>.
 23. Medeiros ER, Feijão AR, Pinto ESG, et al. Professional qualification in the School Health Program from the perspective of Complexity Theory. *Escola Anna Nery*. 2019 [acesso em 2021 dez 3]; 23(3):e20190035. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/Wf89KbbB3PY5m7YfFNQqJpv/?format=pdf&lang=pt>.
 24. Oliveira FPSL, Vargas AMD, Hartz Z, et al. Percepção de escolares do ensino fundamental sobre o Programa Saúde na Escola: um estudo de caso em Belo Horizonte, Brasil. *Ciênc. Saúde Colet*. 2018 [acesso em 2021 dez 3]; 23(9):2891-2898. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/BDk6KBvzRGsrR89t9YJfB7m/?format=pdf&lang=pt>.
 25. Vieira LS, Belisario SA. Intersetorialidade na promoção da saúde escolar: um estudo do Programa Saúde na Escola. *Saúde debate*. 2018 [acesso em 2020 ago 13]; 42(4):120-133. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe4/0103-1104-sdeb-42-spe04-0120.pdf>.
 26. Moraes AC, Reis ACE, Rodrigues RM, et al. Programa Saúde na Escola em instituições de educação básica estaduais e municipais. *Mundo saúde*. 2018 [acesso em 2020 set 15]; 42(3):782-806. Disponível em: <https://revistamundodasaude.emnuvens.com.br/mundodasaude/article/view/120/97>.
 27. Corrêa HW, Toassi RFC, Firmino LB. Programa Saúde na Escola: potencialidades e desafios na construção de redes de cuidado. *Saúde em Redes*. 2018 [acesso em 2019 nov 22]; 4(3):37-47. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/333950911_Programa_Saude_na_Escola_potencialidades_e_desafios_na_construcao_de_redes_de_cuidado.
 28. Baggio MA, Berres R, Gregolin BPS, et al. Introduction of the School Health Program in the city of Cascavel, Paraná State: report of nurses. *Rev Bras Enferm*. 2018 [acesso em 2020 set 20]; 71(supl4):1540-1547. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v71s4/0034-7167-reben-71-s4-1540.pdf>.
 29. Chiari APG, Ferreira RC, Akerman M, et al. Rede intersetorial do Programa Saúde na Escola: sujeitos, percepções e práticas. *Cad. Saúde Pública*. 2018 [acesso em 2020 ago 15]; 34(5):e00104217. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/d9GHPC4rRF9WJKQxyqmbZCG/?format=pdf&lang=pt>.
 30. Medeiros ER, Pinto ESG, Paiva ACS, et al. Facilidades e dificuldades na implantação do Programa Saúde na

- Escola em um município do nordeste do Brasil. *Rev Cuid.* 2018 [acesso em 2020 jul 10]; 9(2): 2127-2134. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v9n2/2346-3414-cuid-9-2-2127.pdf>.
31. Sousa MC, Esperidião MA, Medina MG. A intersectorialidade no Programa Saúde na Escola: avaliação do processo político-gerecncial e das práticas de trabalho. *Ciênc. Saúde Colet.* 2017 [acesso em 2020 maio 22]; 22(6):1781-1790. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002601781&lng=pt&tlng=pt.
 32. Brasil EGM, Silva RM, Silva MRF, et al. Promoção da saúde de adolescentes e Programa Saúde na Escola: complexidade na articulação saúde e educação. *Rev esc enferm.* 2017 [acesso em 2020 nov 13]; 51:1-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342017000100454&lng=pt&nrm=iso.
 33. Fontenele RM, Sousa AI, Rasche AS, et al. Construção e validação participativa do modelológico do Programa Saúde na Escola. *Saúde debate.* 2017 [acesso em 2021 dez 3]; 41(esp):167-179. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/LkbZdCSgP5FTjcHFq3jRBSh/?format=pdf&lang=pt>.
 34. Barbieri AF, Noma AK. A função social do Programa Saúde na Escola: formação para a nova sociabilidade do capital? *Perspectiva.* 2017 [acesso em 2021 dez 1]; 35(1):161-187. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/perspectiva/article/view/2175-795X.2017v35n1p161/pdf>.
 35. Farias ICV, Sá RMPF, Figueiredo N, et al. Análise da Intersetorialidade no Programa Saúde na Escola. *Rev bras educ med.* 2016 [acesso em 2021 dez 3]; 40(2):261-267. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v40n2e02642014>.
 36. Machado WD, Oliveira KMCP, Cunha CG, et al. Programa Saúde na Escola: um olhar sobre a avaliação dos componentes. *Sanare.* 2016 [acesso em 2020 maio 20]; 15(1):62-68. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/929>.
 37. Soares CJ, Santos PHS, Nery AA, et al. Percepção de enfermeiras da estratégia de saúde da família sobre o programa saúde na escola. *Rev enferm UFPE.* 2016 [acesso em 2021 set 10]; 10(12):4487-4493. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revista-enfermagem/article/viewFile/11514/13397>.
 38. Tusset D, Nogueira JAD, Rocha DG, et al. Análise das competências em promoção da saúde a partir do marco legal e dos discursos dos profissionais que implementam o Programa Saúde na Escola no Distrito Federal. *Tempus, actas de saúde colet.* 2015 [acesso em 2021 nov 3]; 9(1):189-204. Disponível em: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1701>.
 39. Carvalho FFB. A saúde vai à escola: a promoção da saúde em práticas pedagógicas. *Physis: Rev Saúde Coletiva.* 2015 [acesso em 2021 dez 1]; 25(4):1207-1227. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/TTdz6ZMxbV7ft8L9KyxkPyr/?format=pdf&lang=pt>.
 40. Kóptcke LS, Caixeta IA, Rochao FG. O olhar de cada um: elementos sobre a construção cotidiana do Programa Saúde na Escola no DF. *Tempus Actas de Saúde Colet.* 2015 [acesso em 2021 dez 3]; 9(3):213-232. Disponível em <https://doi.org/10.18569/tempus.v9i3.1798>.
 41. Magalhães R. Constrangimentos e oportunidades para a implementação de iniciativas intersectoriais de promoção da saúde: um estudo de caso. *Cad. Saúde Pública.* 2015 [acesso em 2021 dez 3]; 31(7):1427-1436. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csp/v31n7/0102-311X-csp-31-7-1427.pdf.
 42. Souza NP, Lira PIC, Andrade LASS, et al. O Programa Saúde na Escola e as Ações de Alimentação e Nutrição: Uma Análise Exploratória. *Rev APS.* 2015 [acesso em 2020 out 22]; 18(3):360-367. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15555/8161>.
 43. Tavares Leite C, Machado MFAS, Vieira RP, et al. Programa de Saúde na Escola: percepções dos professores. *Invest educ enferm.* 2015 [acesso em 2020 nov 13]; 33(2):280-287. Disponível em: <http://www.scie>

lo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072015000200010&lng=en&nrm=iso.

44. Cavalcanti PB, Lucena CMF, Lucena PLC. Programa Saúde na Escola: interpelações sobre ações de educação e saúde no Brasil. *Textos Contextos*. 2015 [acesso em 2020 ago 15]; 14(2):387-402. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/21728>.
45. Machado MFAS, Gubert FA, Meyer APGFV, et al. The health school programme: a health promotion strategy in primary care in Brazil. *J Hum Growth Dev*. 2015 [acesso em 2020 nov 13]; 25(3):307-312. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v25n3/pt_09.pdf.
46. Silva ARS, Monteiro EMLM, Lima LS, et al. Políticas públicas na promoção à saúde do adolescente escolar: concepção de gestores. *Enf Global*. 2015 [acesso em 2021 dez 4]; 14(1):250-285. Disponível em: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/eglobal.14.1.196021>.
47. Gomide M, Schutz GE, Carvalho MAR, et al. Fortalezas, Oportunidades, Fraquezas e Ameaças (Matriz FOFA) de uma Comunidade Ribeirinha Sul-Amazônica na perspectiva da Análise de Redes Sociais: aportes para a Atenção Básica à Saúde. *Cad. Saúde Coletiva*. 2015 [acesso em 2021 dez 8]; 23(3):222-230. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201500030089>.
48. Moreira AEA, Lima NO, Silva CAP, et al. Interprofissionalidade na construção de uma Matriz Fofa para as ações de combate à dengue numa Estratégia Saúde da Família. In: Silva JD, organizadora. *Saúde Pública no Século XXI: uma abordagem multidisciplinar*. Triunfo, PE: Omnes Scientia; 2020. p. 74-84. [acesso em 2022 out 27]. Disponível em: <https://editora-omnisscientia.com.br/editora/artigoPDF/132881611.pdf>.
49. Kummer DC, Silveira RLL. A importância da Matriz SWOT (FOFA) no contexto dos planos estratégicos de desenvolvimento do Rio Grande do Sul. *Rev Jovens Pesquisadores*. 2016 [acesso em 2022 ago 3]; 6(1):101-115. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/jovenspesquisadores/article/view/7250>.
50. Schutz GE, Oliveira MHB. Pesquisa jurídica em saúde: uma proposta metodológica para o levantamento de dados primários. *Reciis*. 2010 [acesso em 2022 ago 3]; 4(5):53-61. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/598/1239>.
51. Borges L. Como Desenvolver uma Matriz ou Análise SWOT (FOFA). [S.l.]: Jornada do gestor; 2013. [acesso em 2022 ago 3]. Disponível: <https://jornadadogestor.com.br/o-que-e/como-desenvolver-uma-matriz-ou-analise-swot-fofa/#1>.
52. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Nota Técnica N° 17/2020-CG-PROFI/DEPROS/SAPS/MS, de 04 de maio de 2020 (SEI/MS – 0014647570). Divulgação dos resultados do monitoramento das ações do Programa Saúde na Escola do primeiro ano do ciclo 2019/2020. Brasília, DF: MS; 2020. [acesso em 2022 ago 2]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/academia/NT17_Monitoramento_PSE_2019.pdf.

Recebido em 16/04/2022

Aprovado em 16/08/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

Saúde em Debate

Instruções aos autores

ATUALIZADAS EM FEVEREIRO DE 2021

ESCOPO E POLÍTICA EDITORIAL

A revista 'Saúde em Debate', criada em 1976, é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) que tem como objetivo divulgar estudos, pesquisas e reflexões que contribuam para o debate no campo da saúde coletiva, em especial os que tratem de temas relacionados com a política, o planejamento, a gestão e a avaliação em saúde. Valorizam-se estudos feitos a partir de diferentes abordagens teórico-metodológicas e com a contribuição de distintos ramos das ciências.

A periodicidade da revista é trimestral, e, a critério dos editores, são publicados números especiais que seguem o mesmo processo de submissão e avaliação dos números regulares.

A 'Saúde em Debate' aceita trabalhos originais e inéditos que aportem contribuições relevantes para o conhecimento científico acumulado na área.

A revista conta com um Conselho Editorial que contribui para a definição de sua política editorial. Seus membros integram o Comitê Editorial e/ou o banco de pareceristas em suas áreas específicas.

Os trabalhos submetidos à revista são de total e exclusiva responsabilidade dos autores e não podem ser apresentados simultaneamente a outro periódico, na íntegra ou parcialmente.

Em caso de aprovação e publicação do trabalho no periódico, os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade da revista, que adota a Licença Creative Commons CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>) e a política de acesso aberto, portanto, os textos estão disponíveis para que qualquer pessoa leia, baixe, copie, imprima, compartilhe, reutilize e distribua, com a devida citação da fonte e autoria. Nesses casos, nenhuma permissão é necessária por parte dos autores ou dos editores.

A 'Saúde em Debate' aceita artigos em *preprints* de bases de dados nacionais e internacionais reconhecidas academicamente como o SciELO *preprints* (<https://preprints.scielo.org>). Não é obrigatória a submissão do artigo em *preprint* e isso não impede a submissão concomitante à revista 'Saúde em Debate'.

A revista adota as 'Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas' - International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), 'Princípios de

Transparência e Boas Práticas em Publicações Acadêmicas' recomendadas pelo Committee on Publication Ethics (Cope): www.publicationethics.org. Essas recomendações, relativas à integridade e padrões éticos na condução e no relatório de pesquisas, estão disponíveis na URL http://www.icmje.org/urm_main.html. A versão para o português foi publicada na Rev Port Clin Geral 1997, 14:159-174. A 'Saúde em Debate' segue o 'Guia de Boas Práticas para o Fortalecimento da Ética na Publicação Científica' do SciELO: <https://wp.scielo.org/wp-content/uploads/Guia-de-Boas-Praticas-para-o-Fortalecimento-da-Etica-na-Publicacao-Cientifica.pdf>. Recomenda-se a leitura pelos autores.

A 'Saúde em Debate' não cobra taxas dos autores para a submissão ou para a publicação de trabalhos, mas, caso o artigo seja aprovado para editoração, fica sob a responsabilidade dos autores a revisão de línguas (obrigatória) e a tradução do artigo para a língua inglesa (opcional), com base em uma lista de revisores e tradutores indicados pela revista.

Antes de serem enviados para avaliação pelos pares, os artigos submetidos à revista 'Saúde em Debate' passam por *softwares* detectores de plágio. Assim, é possível que os autores sejam questionados sobre informações identificadas pela ferramenta para que garantam a originalidade dos manuscritos, referenciando todas as fontes de pesquisa utilizadas. O plágio é um comportamento editorial inaceitável, dessa forma, caso seja comprovada sua existência, os autores envolvidos não poderão submeter novos artigos para a revista.

NOTA: A produção editorial do Cebes é resultado de apoios institucionais e individuais. A sua colaboração para que a revista 'Saúde em Debate' continue sendo um espaço democrático de divulgação de conhecimentos críticos no campo da saúde se dará por meio da associação dos autores ao Cebes. Para se associar, entre no site <http://www.cebes.org.br>.

ORIENTAÇÕES PARA A PREPARAÇÃO E SUBMISSÃO DOS TRABALHOS

Os trabalhos devem ser submetidos pelo site: www.saudeemdebate.org.br. Após seu cadastramento, o autor responsável pela submissão criará seu *login* e senha, para o acompanhamento do trâmite.

Modalidades de textos aceitos para publicação

1. Artigo original: resultado de investigação empírica que possa ser generalizado ou replicado. O texto deve conter no máximo 6.000 palavras.

2. Ensaio: análise crítica sobre tema específico de relevância e interesse para a conjuntura das políticas de saúde brasileira e/ou internacional. O texto deve conter no máximo 7.000 palavras.

3. Revisão sistemática ou integrativa: revisões críticas da literatura sobre tema atual da saúde. A revisão sistemática sintetiza rigorosamente pesquisas relacionadas com uma questão. A integrativa fornece informações mais amplas sobre o assunto. O texto deve conter no máximo 8.000 palavras.

4. Artigo de opinião: exclusivo para autores convidados pelo Comitê Editorial, com tamanho máximo de 7.000 palavras. Neste formato, não são exigidos resumo e *abstract*.

5. Relato de experiência: descrição de experiências acadêmicas, assistenciais ou de extensão, com até 5.000 palavras que apótem contribuições significativas para a área.

6. Resenha: resenhas de livros de interesse para a área da saúde coletiva, a critério do Comitê Editorial. Os textos deverão apresentar uma visão geral do conteúdo da obra, de seus pressupostos teóricos e do público a que se dirige, com tamanho de até 1.200 palavras. A capa em alta resolução deve ser enviada pelo sistema da revista.

7. Documento e depoimento: trabalhos referentes a temas de interesse histórico ou conjuntural, a critério do Comitê Editorial.

Importante: em todos os casos, o número máximo de palavras inclui o corpo do artigo e as referências. Não inclui título, resumo, palavras-chave, tabelas, quadros, figuras e gráficos.

Preparação e submissão do texto

O texto pode ser escrito em português, espanhol ou inglês. Deve ser digitado no programa Microsoft® Word ou compatível, gravado em formato doc ou docx, para ser anexado no campo correspondente do formulário de submissão. Não deve conter qualquer informação que possibilite identificar os autores ou instituições a que se vinculem.

Digitar em folha padrão A4 (210X297mm), margem de 2,5 cm em cada um dos quatro lados, fonte Times New Roman tamanho 12, espaçamento entre linhas de 1,5.

O texto deve conter:

Título: que expresse clara e sucintamente o conteúdo do texto, contendo, no máximo, 15 palavras. O título deve ser escrito em negrito, apenas com iniciais maiúsculas para nomes próprios. O texto em português e espanhol deve ter título na língua original e em inglês. O texto em inglês deve ter título em inglês e português.

Resumo: em português e inglês ou em espanhol e inglês com, no máximo 200 palavras, no qual fiquem claros os objetivos, o método empregado e as principais conclusões do trabalho. Deve ser não estruturado, sem empregar tópicos (introdução, métodos,

resultados etc.), citações ou siglas, à exceção de abreviaturas reconhecidas internacionalmente.

Palavras-chave: ao final do resumo, incluir de três a cinco palavras-chave, separadas por ponto (apenas a primeira inicial maiúscula), utilizando os termos apresentados no vocabulário estruturado (DeCS), disponíveis em: www.decs.bvs.br.

Registro de ensaios clínicos: a 'Saúde em Debate' apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo, assim, sua importância para o registro e divulgação internacional de informações sobre ensaios clínicos. Nesse sentido, as pesquisas clínicas devem conter o número de identificação em um dos registros de ensaios clínicos validados pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis em: <http://www.icmje.org>. Nestes casos, o número de identificação deverá constar ao final do resumo.

Ética em pesquisas envolvendo seres humanos: a publicação de artigos com resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki, de 1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008, da Associação Médica Mundial; além de atender às legislações específicas do país no qual a pesquisa foi realizada, quando houver. Os artigos com pesquisas que envolveram seres humanos deverão deixar claro, no último parágrafo, na seção de 'Material e métodos', o cumprimento dos princípios éticos e encaminhar declaração de responsabilidade no ato de submissão.

Respeita-se o estilo e a criatividade dos autores para a composição do texto, no entanto, este deve contemplar elementos convencionais, como:

Introdução: com definição clara do problema investigado, justificativa e objetivos;

Material e métodos: descritos de forma objetiva e clara, permitindo a reprodutibilidade da pesquisa. Caso ela envolva seres humanos, deve ficar registrado o número do parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Resultados e discussão: podem ser apresentados juntos ou em itens separados;

Conclusões ou considerações finais: que depende do tipo de pesquisa realizada;

Referências: devem constar somente autores citados no texto e seguir os Requisitos Uniformes de Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas, do ICMJE, utilizados para a preparação de referências (conhecidos como 'Estilo de Vancouver'). Para maiores esclarecimentos, recomendamos consultar o Manual de Normalização de Referências (<http://revista.saudeemdebate.org.br/public/manualvancouver.pdf>) elaborado pela editoria do Cebes.

OBSERVAÇÕES

A revista não utiliza sublinhados e negritos como grifo. Utilizar aspas simples para chamar a atenção de expressões ou títulos de obras. Exemplos: 'porta de entrada'; 'Saúde em Debate'. Palavras em outros idiomas devem ser escritas em itálico, com exceção de nomes próprios.

Evitar o uso de iniciais maiúsculas no texto, com exceção das absolutamente necessárias.

Depoimentos de sujeitos deverão ser apresentados em itálico e entre aspas duplas no corpo do texto (se menores que três linhas). Se forem maiores que três linhas, devem ser escritos em itálico, sem aspas, destacados do texto, com recuo de 4 cm, espaço simples e fonte 11.

Não utilizar notas de rodapé no texto. As marcações de notas de rodapé, quando absolutamente indispensáveis, deverão ser sobrescritas e sequenciais.

Evitar repetições de dados ou informações nas diferentes partes que compõem o texto.

Figuras, gráficos, quadros e tabelas devem estar em alta resolução, em preto e branco ou escala de cinza e submetidos em arquivos separados do texto, um a um, seguindo a ordem que aparecem no estudo (devem ser numerados e conter título e fonte). No texto, apenas identificar o local onde devem ser inseridos. O número de figuras, gráficos, quadros ou tabelas deverá ser, no máximo, de cinco por texto. O arquivo deve ser editável (não retirado de outros arquivos) e, quando se tratar de imagens (fotografias, desenhos etc.), deve estar em alta resolução com no mínimo 300 DPI.

Em caso de uso de fotos, os sujeitos não podem ser identificados, a menos que autorizem, por escrito, para fins de divulgação científica.

Informações sobre os autores

A revista aceita, no máximo, sete autores por artigo. As informações devem ser incluídas apenas no formulário de submissão, contendo: nome completo, nome abreviado para citações bibliográficas, instituições de vínculo com até três hierarquias, código Orcid (Open Researcher and Contributor ID) e *e-mail*.

Financiamento

Os trabalhos científicos, quando financiados, devem identificar a fonte de financiamento. A revista 'Saúde em Debate' atende à Portaria nº 206 de 2018 do Ministério da Educação/Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Gabinete sobre citação obrigatória da Capes para obras produzidas ou publicadas, em qualquer meio, decorrentes de atividades financiadas total ou parcialmente pela Capes.

PROCESSO DE AVALIAÇÃO

Todo original recebido pela revista 'Saúde em Debate' é submetido à análise prévia. Os trabalhos não conformes às normas de publicação da revista são devolvidos aos autores para adequação e nova submissão.

Uma vez cumpridas integralmente as normas da revista, os originais são apreciados pelo Comitê Editorial, composto pelo editor-chefe e por editores associados, que avalia a originalidade, abrangência, atualidade e atendimento à política editorial da revista. Os trabalhos recomendados pelo Comitê serão avaliados por, no mínimo, dois pareceristas, indicados de acordo com o tema do trabalho e sua *expertise*, que poderão aprovar, recusar e/ou fazer recomendações de alterações aos autores.

A avaliação é feita pelo método duplo-cego, isto é, os nomes dos autores e dos pareceristas são omitidos durante todo o processo de avaliação. Caso haja divergência de pareceres, o trabalho será encaminhado a um terceiro parecerista. Da mesma forma, o Comitê Editorial pode, a seu critério, emitir um terceiro parecer. Cabe aos pareceristas recomendar a aceitação, recusa ou reformulação dos trabalhos. No caso de solicitação de reformulação, os autores devem devolver o trabalho revisado dentro do prazo estipulado. Não havendo manifestação dos autores no prazo definido, o trabalho será excluído do sistema.

O Comitê Editorial possui plena autoridade para decidir sobre a aceitação final do trabalho, bem como sobre as alterações efetuadas.

Não serão admitidos acréscimos ou modificações depois da aprovação final do trabalho. Eventuais sugestões de modificações de estrutura ou de conteúdo por parte da editoria da revista serão previamente acordadas com os autores por meio de comunicação por *e-mail*.

A versão diagramada (prova de prelo) será enviada, por *e-mail*, ao autor responsável pela correspondência para revisão final, que deverá devolver no prazo estipulado.

OS DOCUMENTOS RELACIONADOS A SEGUIR DEVEM SER DIGITALIZADOS E ENVIADOS PELO SISTEMA DA REVISTA NO MOMENTO DO CADASTRO DO ARTIGO.

1. Declaração de responsabilidade e cessão de direitos autorais

Todos os autores e coautores devem preencher e assinar a declaração conforme modelo disponível em: <http://revista.saudeemdebate.org.br/public/declaracao.doc>.

2. Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

No caso de pesquisas que envolvam seres humanos, realizadas no Brasil, nos termos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro

de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, enviar documento de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde o trabalho foi realizado. No caso de instituições que não disponham de um CEP, deverá ser apresentado o documento do CEP pelo qual ela foi aprovada. Pesquisas realizadas em outros países, anexar declaração indicando o cumprimento integral dos princípios éticos e das legislações específicas.

DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA A SER ENVIADA APÓS A APROVAÇÃO DO ARTIGO

1. Declaração de revisão ortográfica e gramatical

Os artigos aprovados deverão passar por revisão ortográfica e gramatical feita por profissional qualificado, com base em uma lista de revisores indicados pela revista. O artigo revisado deve vir acompanhado de declaração do revisor.

2. Declaração de tradução

Os artigos aprovados poderão ser traduzidos para o inglês a critério dos autores. Neste caso, a tradução será feita por profissional qualificado, com base em uma lista de tradutores indicados pela revista. O artigo traduzido deve vir acompanhado de declaração do tradutor.

Endereço para correspondência

Avenida Brasil, 4.036, sala 802
CEP 21040-361 - Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ),
Brasil
Tel.: (21) 3882-9140/9140
Fax: (21) 2260-3782
E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

Saúde em Debate

INSTRUCTIONS TO AUTHORS

UPDATED IN FEBRUARY 2021

SCOPE AND EDITORIAL POLICY

The journal 'Saúde em Debate' (Health in Debate), created in 1976, is published by Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) (Brazilian Center for Health Studies), that aims to disseminate studies, researches and reflections that contribute to the debate in the collective health field, especially those related to issues regarding policy, planning, management, work and assessment in health. The editors encourage contributions from different theoretical and methodological perspectives and from various scientific disciplines are valued.

The journal is published on a quarterly basis; the Editors may decide on publishing special issues, which will follow the same submission and assessment process as the regular issues.

'Saúde em Debate' accepts unpublished and original works that bring relevant contribution to scientific knowledge in the health field.

The journal has an Editorial Board that contributes to the definition of its editorial policy. Its members are part of the Editorial Committee and/or the database of referees in their specific areas.

Authors are entirely and exclusively responsible for the submitted manuscripts, which must not be simultaneously submitted to another journal, be it integrally or partially. It is Cebes' policy to own the copyright of all articles published in the journal.

In case of approval and publication of the work in the journal, the copyrights referred to it will become property of the journal, which adopts the Creative Commons License CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>) and the open access policy, so the texts are available for anyone to read, download, copy, print, share, reuse and distribute, with due citation of the source and authorship. In such cases, no permission is required from authors or publishers.

'Saúde em Debate' accepts preprints from national and international databases that are academically recognized, such as SciELO Preprint (<https://preprints.scielo.org>). The submission of preprints is not mandatory and doing it does not prevent the concomitant submission to the 'Saúde em Debate' journal.

The Journal adopts the 'Rules for the presentation of papers submitted for publication in medical journals' - International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), 'Principles of Transparency and Good Practice in Academic Publications' recommended by the Committee on Publication Ethics (Cope): www.publicationethics.org. These recommendations, regarding the integrity and ethical standards in the research's development and the reporting, are available in the URL http://www.icmje.org/urm_main.html. The portuguese version was published in Rev Port Clin Geral 1997, 14:159-174. 'Saúde em Debate' follows the SciELO's 'Guide to Good Practices for the Strengthening of Ethics in Scientific Publishing': <https://wp.scielo.org/wp-content/uploads/Guia-de-Boas-Praticas-para-o-Fortalecimento-da-Etica-na-Publicacao-Cientifica.pdf>. Authors are advised to read.

No fees are charged from the authors for the submission or publication of articles; nevertheless, once the article has been approved for publication, the authors are responsible for the language proofreading (mandatory) and the translation into English (optional), based on a list of proofreaders and translators provided by the journal.

Before being sent for peer review, articles submitted to the journal 'Saúde em Debate' undergo plagiarism-detecting softwares Plagiarisma and Copyspider. Thus, it is possible that the authors are questioned about information identified by the tool to guarantee the originality of the manuscripts, referencing all the sources of research used. Plagiarism is an unacceptable editorial behavior, so if its existence is proven, the authors involved will not be able to submit new articles to the journal.

NOTE: Cebes editorial production is a result of collective work and of institutional and individual support. Authors' contribution for the continuity of 'Saúde em Debate' journal as a democratic space for the dissemination of critical knowledge in the health field shall be made by means of association to Cebes. In order to become an associate, please access <http://www.cebes.org.br>.

GUIDELINES FOR THE PREPARATION AND SUBMISSION OF ARTICLES

Articles should be submitted on the website: www.saudeemdebate.org.br. After registering, the author responsible for the submission will create his login name and a password.

When submitting the article, all information required must be supplied with identical content as in the uploaded file.

Types of texts accepted for submission

1. Original article: result of scientific research that may be generalized or replicated. The text should comprise a maximum of 6,000 words.

2. Essay: critical analysis on a specific theme relevant and of interest to Brazilian and/or international topical health policies. The text should comprise a maximum of 7,000 words.

3. Systematic or integrative review: critical review of literature on topical theme in health. Systematic review rigorously synthesises research related to an issue. Integrative review provides more comprehensive information on the subject. The text should comprise a maximum of 8,000 words.

4. Opinion article: exclusively for authors invited by the Editorial Board. No abstract or summary are required. The text should comprise a maximum of 7,000 words.

5. Case study: description of academic, assistential or extension experiences that bring significant contributions to the area. The text should comprise a maximum of 5,000 words.

6. Critical review: review of books on subjects of interest to the field of public health, by decision of the Editorial Board. Texts should present an overview of the work, its theoretical framework and target audience. The text should comprise a maximum of 1,200 words. A high resolution cover should be sent through the journal's system.

7. Document and testimony: works referring to themes of historical or topical interest, by decision of the Editorial Board.

Important: in all cases, the maximum number of words includes the body of the article and references. It does not include title, abstract, keywords, tables, charts, figures and graphs.

Text preparation and submission

The text may be written in Portuguese, Spanish or English. It should be typed in Microsoft® Word or compatible software, in doc or docx format, to be attached in the corresponding field of the submission form. It must not contain any information that makes it possible to identify the authors or institutions to which they are linked.

Type in standard size page A4 (210X297mm); all four margins 2.5cm wide; font Times New Roman in 12pt size; line spacing 1.5.

The text must comprise:

Title: expressing clearly and briefly the contents of the text, in no more than 15 words. The title should be in bold font, using capital letters only for proper nouns. Texts written in Portuguese and Spanish should have the title in the original idiom and in English. The text in English should have the title in English and in Portuguese.

Abstract: in Portuguese and English or in Spanish and English, comprising no more than 200 words, clearly outlining the aims, the method used and the main conclusions of the work. It should not be structured, without topics (introduction, methods, results etc.); citations or abbreviations should not be used, except for internationally recognized abbreviations.

Keywords: at the end of the abstract, three to five keywords should be included, separated by period (only the first letter in capital), using terms from the structured vocabulary (DeCS) available at www.decs.bvs.br.

Clinical trial registration: 'Saúde em Debate' journal supports the policies for clinical trial registration of the World Health Organization (WHO) and the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), thus recognizing its importance to the registry and international dissemination of information on clinical trial. Thus, clinical researches should contain the identification number on one of the Clinical Trials registries validated by WHO and ICMJE, whose addresses are available at <http://www.icmje.org>. Whenever a trial registration number is available, authors should list it at the end of the abstract.

Ethics in research involving human beings: the publication of articles with results of research involving human beings is conditional on compliance with the ethical principles contained in the Declaração de Helsinki, of 1964, reformulated in 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 and 2008, of the World Medical Association; besides complying with the specific legislations of the country in which the research was carried out, when existent. Articles with research involving human beings should make it clear, in the last paragraph of the 'Material and methods' section, the compliance with ethical principles and send a declaration of responsibility in the act of submission.

The journal respects the authors' style and creativity regarding the text composition; nevertheless, the text must contemplate conventional elements, such as:

Introduction: with clear definition of the investigated problem and its rationale;

Material and methods: objectively described in a clear and objective way, allowing the reproductibility of the research. In case it involves human beings, the approval number of the Research Ethics Committee (CEP) must be registered;

Results and discussion: may be presented together or separately;

Conclusions or final considerations: depending on the type of research carried out;

References: only cited authors should be included in the text and follow the Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals, of the ICMJE, used for the preparation of references (known as 'Vancouver Style'). For further clarification, we recommend consulting the Reference Normalization Manual (<http://revista.saudeemdebate.org.br/public/manualvancouver.pdf>) prepared by the Cebes editorial.

NOTES:

The journal does not use underlines and bold as an emphasis. Use single quotes to draw attention to expressions or titles of works. Examples: 'gateway'; 'Saúde em Debate'. Words in other languages should be written in italics, except for proper names.

Avoid using capital letters in the text, except for absolutely necessary ones.

Testimonials of subjects should be presented in italics and in double quotation marks in the body of the text (if less than three lines). If they have more than three lines, they should be written in italics, without quotes, highlighted in the text, with a 4 cm backspace, simple space and font 11.

Footnotes should not be used in the text. If absolutely necessary, footnotes should be indicated with sequential superscript numbers.

Repetition of data or information in the different parts of the text should be avoided.

Figures, graphs, charts and tables should be supplied in high resolution, in black-and-white or in gray scale, and on separate sheets, one on each sheet, following the order in which they appear in the work (they should be numbered and comprise title and source). Their position should be clearly indicated on the page where they are inserted. The quantity of figures, graphs, charts and tables should not exceed five per text. The file should be editable (not taken from other files) and, in the case of images (photographs, drawings, etc.), it must be in high resolution with at least 300 DPI.

In case there are photographs, subjects must not be identified, unless they authorize it, in writing, for the purpose of scientific dissemination.

Information about authors

The journal accepts a maximum of seven authors per article. Information should be included only in the submission form, containing: full name, abbreviated name for bibliographic citations, linked institutions with up to three hierarchies, ORCID ID (Open Researcher and Contributor ID) code and e-mail.

Funding

The scientific papers, when funded, must identify the source of the funds. The "Saúde em Debate" Journal meets the Ordinance nº 206 of 2018 from the Ministério da Educação/Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Gabinete sobre Citação obrigatória da Capes, for any work made or published, in any medium, resulting from activities totally or partially funded by Capes.

ASSESSMENT PROCESS

Every manuscript received by 'Saúde em Debate' is submitted to prior analysis. Works that are not in accordance to the journal publishing norms shall be returned to the authors for adequacy and new submission. Once the journal's standards have been entirely met, manuscripts will be appraised by the Editorial Board, composed of the editor-in-chief and associate editors, for originality, scope, topicality, and compliance with the journal's editorial policy. Articles recommended by the Board shall be forwarded for assessment to at least two reviewers, who will be indicated according to the theme of the work and to their expertise, and who will provide their approval, refusal, and/or make recommendations to the authors.

'Saúde em Debate' uses the double-blind review method, which means that the names of both the authors and the reviewers are concealed from one another during the entire assessment process. In case there is divergence between the reviewers, the article will be sent to a third reviewer. Likewise, the Editorial Board may also produce a third review. The reviewers' responsibility is to recommend the acceptance, the refusal, or the reformulation of the works. In case there is a reformulation request, the authors shall return the revised work until the stipulated date. In case this does not happen, the work shall be excluded from the system.

The Editorial Board has full authority to decide on the final acceptance of the work, as well as on the changes made.

No additions or changes will be accepted after the final approval of the work. In case the journal's Editorial Board has any suggestions regarding changes on the structure or contents of the work, these shall be previously agreed upon with the authors by means of e-mail communication.

The typeset article proof will be sent by e-mail to the corresponding author; it must be carefully checked and returned until the stipulated date.

MANDATORY DOCUMENTATION TO BE DIGITALIZED AND SENT THROUGH THE JOURNAL'S SYSTEM AT THE MOMENT OF THE ARTICLE REGISTER

1. Declaration of responsibility and assignment of copyright

All the authors and co-authors must fill in and sign statement following the models available at: <http://revista.saudeemdebate.org.br/public/declaration.docx>.

2. Approval statement by the Research Ethics Committee (CEP)

In the case of researches involving human beings, carried out in Brazil, in compliance with Resolution 466, of 12th December 2012, from the National Health Council (CNS), the research approval statement of the Research Ethics Committee from the institution where the work has been carried out must be forwarded. In case the institution does not have a CEP, the document is-sued by the CEP where the research has been approved must be forwarded. Researches carried out in other countries: attach declaration indicating full compliance with the ethical principles and specific legislations.

MANDATORY DOCUMENTATION TO BE SENT AFTER APPROVAL OF THE ARTICLE

1. Statement of spelling and grammar proofreading

Upon acceptance, articles must be proofread by a qualified professional to be chosen from a list provided by the journal. After proofreading, the article shall be returned together with a statement from the proofreader.

2. Statement of translation

The articles accepted may be translated into English on the authors' responsibility. In this case, the translation shall be carried out by a qualified professional to be chosen from a list provided by the journal. The translated article shall be returned together with a statement from the translator.

Correspondence address

Avenida Brasil, 4.036, sala 802
CEP 21040-361 - Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Tel.: (21) 3882-9140/9140
Fax: (21) 2260-3782
E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

Saúde em Debate

Instrucciones para los autores

ACTUALIZADAS EN FEBRERO DE 2021

ALCANCE Y POLÍTICA EDITORIAL

La revista 'Saúde em Debate' (Salud en Debate), creada en 1976, es una publicación del Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes). Su objetivo es divulgar estudios, investigaciones y reflexiones que contribuyan para el debate en el campo de la salud colectiva, en especial aquellos que tratan de temas relacionados con la política, la planificación, la gestión y la evaluación de la salud. La revista le otorga importancia a trabajos con abordajes teórico-metodológicos diferentes que representen contribuciones de las variadas ramas de las ciencias.

La periodicidad de la revista es trimestral. Y de acuerdo al criterio de los editores son publicados números especiales que siguen el mismo proceso de sujeción y evaluación de los números regulares.

'Saúde em Debate' acepta trabajos originales e inéditos que aporten contribuciones relevantes para el conocimiento científico acumulado en el área.

La revista cuenta con una Junta Editorial que contribuye para la definición de su política editorial. Sus miembros son integrantes del Comité Editorial y/o del banco de árbitros en sus áreas específicas.

Los trabajos enviados a la revista son de total y exclusiva responsabilidad de los autores y no pueden ser presentados simultáneamente a otra, ni parcial ni integralmente.

En el caso de la aprobación y publicación del artículo en la revista, los derechos de autor referidos al mismo se tornarán propiedad de la revista que adopta la Licencia Creative Commons CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>) y la política de acceso abierto, por lo tanto, los textos están disponibles para que cualquier persona los lea, baje, copie, imprima, comparta, reutilice y distribuya, con la debida citación de la fuente y la autoría. En estos casos, ningún permiso es necesario por parte de los autores o de los editores.

La 'Saúde em Debate' acepta artículos en *preprint* de bases de datos nacionales e internacionales reconocidos académicamente como el SciELO *Preprints* (<https://preprints.scielo.org>). No es obligatoria la proposición del artículo en *preprint* y esto no impide el envío simultáneo a la revista Saúde em Debate.

La revista adopta las 'Reglas para la presentación de artículos propuestos para publicación en periódicos médicos' - International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), 'Principios de transparencia y buenas prácticas en las publicaciones académicas' recomendadas pelo Committee on Publication Ethics (Cope): www.publicationethics.org. Esas recomendaciones, con respecto a la integridad y los estándares éticos al realizar y reportar investigaciones, están disponibles en la URL http://www.icmje.org/urm_main.html. La versión en portugués fué publicada en Rev Port Clin Geral 1997, 14: 159-174. La 'Saúde em Debate' sigue el 'Guía de Buenas Prácticas para el Fortalecimiento de la Ética en la Publicación Científica' de SciELO: <https://wp.scielo.org/wp-content/uploads/Guia-de-Boas-Praticas-para-o-Strengthening-of-Ethics-in-Publication-Scientific.pdf>. Se recomienda a los autores la lectura.

'Saúde em Debate' no cobra tasas a los autores para la evaluación de sus trabajos. Si el artículo es aprobado queda bajo la responsabilidad de estos la revisión (obligatoria) del idioma y su traducción para el inglés (opcional), teniendo como referencia una lista de revisores y traductores indicados por la revista.

Antes de que sean enviados para la evaluación por los pares, los artículos sometidos a la revista 'Saúde em Debate' pasan por *softwares* detectores de plagio. Así es posible que los autores sean cuestionados sobre informaciones identificadas por la herramienta para garantizar la originalidad de los manuscritos y las referencias a todas las fuentes de investigación utilizadas. El plagio es un comportamiento editorial inaceptable y, de esa forma, en caso de que sea comprobada su existencia, los autores involucrados no podrán someter nuevos artículos para la revista.

NOTA: La producción editorial de Cebes es el resultado de apoyos institucionales e individuales. La colaboración para que la revista 'Saúde em Debate' continúe siendo un espacio democrático de divulgación de conocimientos críticos en el campo de la salud se dará por medio de la asociación de los autores al Cebes. Para asociarse entre al *site* <http://www.cebes.org.br>.

ORIENTACIONES PARA LA PREPARACIÓN Y LA SUJECCIÓN DE LOS TRABAJOS

Los trabajos deben ser presentados en el *site*: www.saudeemdebate.org.br. Después de su registro, el autor responsable por el envío creará su logín y clave para el acompañamiento del trámite.

Modalidades de textos aceptados para publicación

1. Artículo original: resultado de una investigación científica que pueda ser generalizada o replicada. El texto debe contener un máximo 6.000 palabras.

2. Ensayo: un análisis crítico sobre un tema específico de

relevancia e interés para la coyuntura de las políticas de salud brasileña e internacional. El trabajo debe contener un máximo de 7.000 palabras.

3. Revisión sistemática o integradora: revisiones críticas de la literatura de un tema actual de la salud. La revisión sistemática sintetiza rigurosamente investigaciones relacionadas con una cuestión. La integrativa proporciona una información más amplia sobre el tema. El texto debe contener un máximo de 8.000 palabras.

4. Artículo de opinión: exclusivamente para autores invitados por el Comité Editorial, con un tamaño máximo de 7.000 palabras. En este formato no se exigirán resumen y abstract.

5. Relato de experiencia: descripciones de experiencias académicas, asistenciales o de extensión con hasta 5.000 palabras y que aporten contribuciones significativas para el área.

6. Reseña: reseñas de libros de interés para el área de la salud colectiva de acuerdo al criterio del Comité Editorial. Los textos deberán presentar una visión general del contenido de la obra, de sus presupuestos teóricos y del público al que se dirigen, con un tamaño de hasta 1.200 palabras. La portada en alta resolución debe ser enviada por el sistema de la revista.

7. Documento y declaración: a criterio del Comité Editorial, trabajos referentes a temas de interés histórico o coyuntural.

Importante: en todos los casos, el número máximo de palabras incluye el cuerpo del artículo y las referencias. No incluye título, resumen, palabras-clave, tablas, cuadros, figuras y gráficos.

Preparación y sujeción del texto

El texto puede ser escrito en portugués, español o inglés. Debe ser digitalizado en el programa Microsoft®Word o compatible y grabado en formato doc o docx, para ser anexado en el campo correspondiente del formulario de envío. No debe contener ninguna información que permita identificar a los autores o las instituciones a las que se vinculan.

Y digitalizado en hoja patrón A4 (210x297mm), margen de 2,5 en cada uno de los cuatro lados, letra Times New Roman tamaño 12, espacio entre líneas de 1,5.

El trabajo debe contener:

Título: que exprese clara y sucintamente el contenido del texto en un máximo de 15 palabras. El título se debe escribir en negritas,

sólo con iniciales mayúsculas para nombres propios. El texto en español y portugués debe tener el título en el idioma original y en Inglés. El texto en Inglés debe tener el título en Inglés y portugués.

Resumen: en portugués y en Inglés o Español y en Inglés con no más de 200 palabras, en el que queden claros los objetivos, el método utilizado y las principales conclusiones. Debe ser no estructurado, sin emplear tópicos (introducción, métodos, resultados, etc.), citas o siglas, a excepción de abreviaturas reconocidas internacionalmente.

Palabras-clave: al final del resumen, debe incluirse de tres a cinco palabras-clave, separadas por punto (sólo la primera inicial mayúscula), utilizando los términos presentados en el vocabulario estructurado (DeCS), disponibles en: www.decs.bvs.br.

Registro de ensayos clínicos: la revista 'Saúde em Debate' apoya las políticas para el registro de ensayos clínicos de la Organización Mundial de Salud (OMS) y del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconociendo su importancia para el registro y la divulgación internacional de informaciones de los mismos. En este sentido, las investigaciones clínicas deben contener el número de identificación en uno de los registros de Ensayos Clínicos validados por la OMS y ICMJE y cuyas direcciones están disponibles en: <http://www.icmje.org>. En estos casos, el número de la identificación deberá constar al final del resumen.

Ética en investigaciones que involucren seres humanos: la publicación de artículos con resultados de investigaciones que involucra a seres humanos está condicionada al cumplimiento de los principios éticos contenidos en la Declaração de Helsinki, de 1964, reformulada en 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 y 2008 de la Asociación Médica Mundial, además de atender a las legislaciones específicas del país en el cual la investigación fue realizada, cuando las haya. Los artículos con investigaciones que involucrar a seres humanos deberán dejar claro en la sección de material y métodos el cumplimiento de los principios éticos y encaminar una declaración de responsabilidad en el proceso de sometimiento.

La revista respeta el estilo y la creatividad de los autores para la composición del texto; sin embargo, el texto debe observar elementos convencionales como:

Introducción: con una definición clara del problema investigado, su justificación y objetivos;

Material y métodos: descritos en forma objetiva y clara, permitiendo la replicación de la investigación. En caso de que ella involucre seres humanos, se registrará el número de opiniones aprobatorias del Comité de Ética en Pesquisa (CEP);

Resultados y discusión: pueden ser presentados juntos o en ítems separados;

Conclusiones o consideraciones finales: que depende del tipo de investigación realizada;

Referencias: Deben constar sólo los autores citados en el texto y seguir los Requisitos Uniformes de Manuscritos Sometidos a Revistas Biomédicas del ICMJE, utilizados para la preparación de referencias (conocidos como 'Estilo de Vancouver'). Para mayores aclaraciones, recomendamos consultar el Manual de Normalización de Referencias (<http://revista.saudeemdebate.org.br/public/manualvancouver.pdf>).

OBSERVACIONES

La revista no utiliza subrayados ni negritas para resaltar partes del texto. Utiliza comillas simples para llamar la atención de expresiones o títulos de obras. Ejemplos: 'puerta de entrada'; 'Salud en Debate'. Las palabras en otros idiomas se deben escribir en cursivas, con la excepción de nombres propios.

Se debe evitar el uso de iniciales mayúsculas en el texto, con la excepción de las absolutamente necesarias.

Los testimonios de sujetos deberán ser presentados igualmente en cursivas y entre comillas dobles en el cuerpo del texto (si son menores de tres líneas). Si son mayores de tres líneas, deben escribirse en de la misma manera, sin comillas, desplazadas del texto, con retroceso de 4 cm, espacio simple y fuente 11.

No se debe utilizar notas al pie de página en el texto. Las marcas de notas a pie de página, cuando sean absolutamente indispensables, deberán ser numeradas y secuenciales.

Se debe evitar repeticiones de datos o informaciones en las diferentes partes que componen el texto.

Las figuras, gráficos, cuadros y tablas deben estar en alta resolución, en blanco y negro o escala de grises, y sometidos en archivos separados del texto, uno a uno, siguiendo el orden en que aparecen en el estudio (deben ser numerados y contener título y fuente). En el texto sólo tiene que identificarse el lugar donde se deben insertar. El número de figuras, gráficos, cuadros o tablas debe ser de un máximo de cinco por texto. El archivo debe ser editable (no extraído de otros archivos) y, cuando se trate de imágenes (fotografías, dibujos, etc.), tiene que estar en alta resolución con un mínimo de 300 DPI.

En el caso del uso de fotografías, los sujetos involucrados en estas no pueden ser identificados, a menos que lo autoricen, por escrito, para fines de divulgación científica.

Información sobre los autores

La revista acepta, como máximo, siete autores por artículo. La información debe incluirse sólo en el formulario de

sometimiento conteniendo: nombre completo, nombre abreviado para citas bibliográficas, instituciones a las que están vinculados con hasta tres jerarquías, código ORCID ID (Open Researcher and Contributor ID) y correo electrónico.

Financiación

Los artículos científicos, cuando reciben financiación, deben identificar la fuente de financiamiento. La revista 'Saúde em Debate' cumple con la Ordenanza N° 206 de 2018 del Ministério da Educação/Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Gabinete sobre Citação obrigatória da Capes, para obras producidas o publicadas, en cualquier medio, que resulten de actividades financiadas total o parcialmente por la Capes.

PROCESO DE EVALUACIÓN

Todo original recibido por la revista 'Saúde em Debate' es sometido a un análisis previo. Los trabajos que no estén de acuerdo con las normas de publicación de la revista serán devueltos a los autores para su adecuación y una nueva evaluación.

Una vez cumplidas integralmente las normas de la revista, los originales serán valorados por el Comité Editorial, compuesto por el editor jefe y por editores asociados, quienes evaluarán la originalidad, el alcance, la actualidad y la relación con la política editorial de la revista. Los trabajos recomendados por el comité serán evaluados, por lo menos, por dos árbitros indicados de acuerdo con el tema del trabajo y su experticia, quienes podrán aprobar, rechazar y/o hacer recomendaciones a los autores.

La evaluación es hecha por el método del doble ciego, esto es, los nombres de los autores y de los evaluadores son omitidos durante todo el proceso de evaluación. En caso de que se presenten divergencias de opiniones, el trabajo será encaminado a un tercer evaluador. De la misma manera, el Comité Editorial puede, a su criterio, emitir un tercer juicio. Cabe a los evaluadores, como se indicó, recomendar la aceptación, rechazo o la devolución de los trabajos con indicaciones para su corrección. En caso de una solicitud de corrección, los autores deben devolver el trabajo revisado en el plazo estipulado. Si los autores no se manifiestan en tal plazo, el trabajo será excluido del sistema.

El Comité Editorial tiene plena autoridad para decidir la aceptación final del trabajo, así como sobre las alteraciones efectuadas.

No se admitirán aumentos o modificaciones después de la aprobación final del trabajo. Eventuales sugerencias de modificaciones de la estructura o del contenido por parte de los editores de la revista serán previamente acordadas con los autores por medio de la comunicación por *e-mail*.

La versión diagramada (prueba de prensa) será enviada igualmente por correo electrónico al autor responsable por la correspondencia de la revisión final y deberá devolverla en el plazo estipulado.

LOS DOCUMENTOS RELACIONADOS A SEGUIR DEBEN SER DIGITALIZADOS Y ENVIADOS POR EL SISTEMA DE LA REVISTA EN EL MOMENTO DEL REGISTRO DEL ARTÍCULO

1. Declaración de responsabilidad y cesión de derechos de autor

Todos los autores y coautores deben llenar y firmar la declaración según el modelo disponible en: <http://revista.saudeemdebate.org.br/public/declaracion.docx>.

2. Dictamen de Aprobación del Comité de Ética en Investigación (CEP)

En el caso de investigaciones que involucren a seres humanos realizadas en Brasil, en los términos de la Resolución 466 del 12 de diciembre de 2012 del Consejo Nacional de Salud, debe enviarse el documento de aprobación de la investigación por el Comité de Ética en Investigación de la institución donde el trabajo fue realizado. En el caso de instituciones que no dispongan de un CEP, deberá presentarse el documento del CEP por el cual fue aprobada. Las investigaciones realizadas en otros países, deben anexar

la declaración indicando el cumplimiento integral de los principios éticos y de las legislaciones específicas.

DOCUMENTOS OBLIGATORIOS QUE DEBEN SER ENVIADOS DESPUÉS DE LA APROBACIÓN DEL ARTÍCULO

1. Declaración de revisión ortográfica y gramatical

Los artículos aprobados deberán ser revisados ortográfica y gramaticalmente por un profesional cualificado, según una lista de revisores indicados por la revista. El artículo revisado debe estar acompañado de la declaración del revisor.

2. Declaración de traducción

Los artículos aprobados podrán ser, a criterio de los autores, traducidos al inglés. En este caso, la traducción debe ser hecha igualmente por un profesional cualificado, siempre de acuerdo a una lista de traductores indicados por la revista. El artículo traducido debe estar acompañado de la declaración del traductor.

Dirección para correspondencia

Avenida Brasil, 4.036, sala 802
CEP 21040-361 – Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil
Tel.: (21) 3882-9140/9140
Fax: (21) 2260-3782
E-mail: revista@saudeemdebate.org.br

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES)

DIREÇÃO NACIONAL (GESTÃO 2022)

NATIONAL BOARD OF DIRECTORS (YEAR 2022)

Presidente: Lucia Regina Florentino Souto
Vice-Presidente: (vacância)
Diretor Administrativo: Carlos Fidelis da Ponte
Diretora de Política Editorial: Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato
Diretores Executivos: Ana Maria Costa
Heleno Rodrigues Corrêa Filho
Maria Lucia Freitas Santos
Ronaldo Teodoro dos Santos (Ad hoc)

CONSELHO FISCAL | FISCAL COUNCIL

Ana Tereza da Silva Pereira Camargo
Claudia Travassos
Victória S. L. Araújo do Espírito Santo

Suplentes | Substitutes

Iris da Conceição
Jamilli Silva Santos
Matheus Ribeiro Bizuti

CONSELHO CONSULTIVO | ADVISORY COUNCIL

Claudimar Amaro de Andrade Rodrigues
Cornelis Johannes van Stralen
Cristiane Lopes Simão Lemos
Itamar Lages
José Carvalho de Noronha
José Ruben de Alcântara Bonfim
Livia Millena B. Deus e Mello
Lizaldo Andrade Maia
Maria Edna Bezerra Silva
Maria Eneida de Almeida
Maria Lucia Frizon Rizzotto
Matheus Falcão
Rafael Damasceno de Barros
Sergio Rossi Ribeiro

SECRETÁRIO EXECUTIVO | EXECUTIVE SECRETARY

Carlos dos Santos Silva

SETOR FINANCEIRO | FINANCIAL SECTOR

Marco Aurélio Ferreira Pinto

EQUIPE DE COMUNICAÇÃO | COMMUNICATION TEAM

Xico Teixeira
Francisco Barbosa

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Avenida Brasil, 4036 - sala 802 - Manguinhos
21040-361 - Rio de Janeiro - RJ - Brasil
Tel.: (21) 3882-9140 | 3882-9141 Fax.: (21) 2260-3782

Site: www.cebes.org.br • www.saudeemdebate.org.br
E-mail: cebes@cebes.org.br • revista@saudeemdebate.org.br

A revista Saúde em Debate é
associada à Associação Brasileira
de Editores Científicos



Saúde em Debate: Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes - n.1 (1976) - São Paulo: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes, 2022.

v. 46. n. especial 3; 27,5 cm

ISSN 0103-1104

1. Saúde Pública, Periódico. I. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes

CDD 362.1

cebes
Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

www.cebes.org.br

www.saudeemdebate.org.br