

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
EDUCAÇÃO PROFISSIONAL TÉCNICA DE NÍVEL MÉDIO EM SAÚDE COM
HABILITAÇÃO EM GERÊNCIA EM SAÚDE

Rebecca Fernanda Alves Oliveira

OS EFEITOS DO “PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA” NO COTIDIANO DOS
ESTUDANTES DA REDE PÚBLICA DE ENSINO: uma pesquisa bibliográfica.

Rio de Janeiro

2019

Rebecca Fernanda Alves Oliveira

OS EFEITOS DO “PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA” NO COTIDIANO DOS
ESTUDANTES DA REDE PÚBLICA DE ENSINO: uma pesquisa bibliográfica.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Escola Politécnica de Saúde Joaquim
Venâncio como requisito parcial para
aprovação no curso técnico de nível médio em
saúde com habilitação em Gerência em Saúde.

Orientadora: Mariana Lima Nogueira

Rio de Janeiro

2019

Rebecca Fernanda Alves Oliveira

OS EFEITOS DO “PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA” NO COTIDIANO DOS
ESTUDANTES DA REDE PÚBLICA DE ENSINO: uma pesquisa bibliográfica.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Escola Politécnica de Saúde Joaquim
Venâncio como requisito parcial para
aprovação no curso técnico de nível médio em
saúde com habilitação em Gerência em Saúde.

Aprovada em: ___/___/___

BANCA EXAMINATÓRIA

Letícia Batista da Silva – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Grasiele Nespoli – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer em primeiro lugar a Mariana Lima Nogueira, minha orientadora, por todos os ensinamentos e incentivos que me deu durante essa caminhada. O quanto cresci nas nossas horas de orientação não cabem nessa pesquisa. Sou muito grata pelos seus sinceros elogios que me fizeram ter ânimo para continuar me esforçando e também pelo senso crítico marxista que você despertou em mim. Sua sabedoria, coragem e luta me inspiram a não desistir mediante a atual conjuntura do Brasil que tanto nos aflige. Todo meu carinho a você que esteve comigo nesse momento, espero que nossos caminhos se cruzem novamente (...).

Agradeço também a minha família por me apoiar e entender minhas ausências nesses quatro anos. Em especial agradeço ao meu pai, Luciano, quem compartilhou de perto meus esforços para estar onde estou. Pai, eu sou muito grata pelas inúmeras ajudas que você me deu não só esse ano, mas ao longo da minha formação.

Por último agradeço a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), aos professores e a cada amizade que cultivei nesse espaço. Apesar de ter passado por momentos muito difíceis, sou grata pelos ensinamentos que obtive. Muito obrigada professores que estiveram presentes e que fomentaram momentos de luta mais que essenciais para minha formação. As amigas da Poli que ganhei através da luta feminista. Sou muito grata por cada palavra de força e tanta sororidade entre nós nesse último ano.

RESUMO

A pesquisa analisa a implantação do Programa Saúde na Escola (PSE) e os efeitos das ações produzidas na vida dos estudantes da rede pública de ensino. Este Programa é intersetorial (Ministério da Saúde e Ministério da Educação) e por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde pretende contribuir para formação dos escolares. Realizou-se pesquisa bibliográfica de artigos científicos e documentos institucionais oficiais disponíveis nas plataformas: *Scientific Electronic Library Online* (Scielo) e Biblioteca Virtual em Saúde – MS, produzidos entre os anos de 2007 a 2018. No Scielo com os descritores “Programa Saúde na Escola” and “Saúde Escolar” foram encontrados sessenta e um artigos. A partir dos eixos: “implantação do PSE”; e “efeitos do Programa no cotidiano dos estudantes”, foram lidos os títulos e resumos encontrados, totalizando quatorze artigos na íntegra. A implantação do PSE possui desafios dentre eles os principais são: intersetorialidade, gestão compartilhada e modelo de atenção à saúde. Em relação aos efeitos que o PSE tem produzido na vida dos estudantes identifica-se: cuidado, gratidão, autonomia e corresponsabilização. Em geral os ataques que o Sistema Único de Saúde (SUS) vem sofrendo, disputas dos modelos de atenção à saúde e desfinanciamento, contribuem para o seu desmonte e afetam o PSE. O modelo de atenção biomédico ainda é predominante na Atenção Primária, este prioriza as enfermidades do corpo e secundariza os aspectos que constituem determinações do processo saúde-doença. Assim é necessária luta para consolidação, em primeira instância do SUS, e do PSE enquanto política pública de qualidade para população.

Palavras-chave: Programa Saúde na Escola. Saúde Escolar. Educação Básica Pública.

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BH	Belo Horizonte
BVS MS	Biblioteca Virtual em Saúde – Ministério da Saúde
CR	Coordenação Regional
ESF	Estratégia Saúde da Família
GTI	Grupo de Trabalho Intersetorial
GTI-M	Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PPP	Projeto Político-Pedagógico
PSE	Programa Saúde na Escola
Scielo	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 METODOLOGIA	12
3 DESAFIOS, LIMITES E POSSIBILIDADES PARA A IMPLANTAÇÃO DO PSE	20
3.1 INTERSETORIALIDADE	20
3.2 GESTÃO COMPARTILHADA	30
3.3 MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE	36
4 EFEITOS DAS AÇÕES PRODUZIDAS NO ÂMBITO DO PSE NA VIDA DOS ESTUDANTES SEGUNDO A LITERATURA CIENTÍFICA	41
5 CONCLUSÕES	48
REFERÊNCIAS	54

1 INTRODUÇÃO

Desde o meu ensino fundamental tenho tido contato com o cuidado em saúde no ambiente escolar público, por meio de aplicações de flúor até palestras sobre sexualidade. Comparando a outras realidades escolares em que não se é pensado na saúde como parte importante da educação, consigo perceber a suma importância de se levar a saúde à escola, tornando o ambiente escolar um lugar oportuno e essencial para a promoção da saúde e prevenção de agravos.

No ano de 2005, por meio da Portaria Interministerial (MS/MEC nº 749 de 13/05/2005), foi constituída a Câmara Intersetorial entre saúde (Ministério da Saúde - MS) e educação (Ministério da Educação - MEC), a fim de atender as necessidades da população e promover ações de saúde no âmbito escolar. Neste contexto são instituídos diversos programas, entre eles o Programa Saúde na Escola (PSE), criado em 2007.

Este Programa é uma política pública intersetorial entre saúde e educação, que por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde, pretende contribuir para uma formação integral dos estudantes na educação infantil, ensino fundamental e médio, educação profissional e tecnológica e educação de jovens e adultos da rede pública de educação básica brasileira (BRASIL, 2007). Constitui assim, uma articulação entre as ações do MS com as ações do MEC. Para Wimmer e Figueiredo (2005) a intersetorialidade, existente no PSE, contribui para integração das ações de diferentes setores que se complementam e interagem para uma análise mais profunda dos problemas e seus enfrentamentos.

O princípio da intersetorialidade é fundamental para produção da saúde, pois por meio dele é feita uma articulação com outros setores públicos que podem estar relacionados a problemas estruturais, tais que estão enraizados na sociedade brasileira como consequência de um país que por muitos anos foi colonizado, estando assim, grande parte da população, em situações de extrema pobreza, miséria e com condições de vida precárias, não bastando assim programas e ações do setor saúde por si só, mas sim um trabalho em conjunto com outros setores públicos, a fim de conhecer essas questões e desenvolver ações que de fato poderão trazer mudanças para a população. Campos apud Monnerat e Souza (2011) afirmam que a política de saúde brasileira tem se mantido ineficaz ao se deparar com esses problemas estruturais presentes no processo saúde-doença, o que se torna um limite ao produzir saúde.

No Brasil uma grande parte da população vive em situações de vulnerabilidades por se tratar de um país não homogêneo, desigual, dividido em classes sociais o que acarreta riscos mais altos de adoecimento e baixa qualidade de vida. Uma pesquisa do Instituto Brasileiro de

Geografia e Estatística aponta que no ano de 2018 havia 13,5 milhões de pessoas com renda mensal menor que R\$145 reais, “número equivalente à população de Bolívia, Bélgica, Cuba, Grécia e Portugal” (IBGE, 2019).

Apontando a necessidade de haver uma interação entre setores públicos, o MS (2009b) propõe a articulação das áreas da saúde e da educação através do PSE, visando a prevenção de agravos e promoção da saúde propondo melhorar não somente o processo de ensino-aprendizagem, mas também a qualidade de vida dos escolares a partir da produção de autonomia e cidadania.

O referido Programa foi criado por meio de decreto presidencial (BRASIL, 2007) com a intenção de mapear as vulnerabilidades enfrentadas pelos escolares no âmbito da saúde, vulnerabilidades essas que dificultam o processo de ensino-aprendizagem, pretendendo assim, produzir soluções para se enfrentá-las (BRASIL, 2009a). Nesta direção o PSE apresenta os seguintes objetivos:

I - promover a saúde e a cultura da paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde, bem como fortalecer a relação entre as redes públicas de saúde e de educação; II - articular as ações do Sistema Único de Saúde - SUS às ações das redes de educação básica pública, de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis; III - contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos; IV - contribuir para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos; V - fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar; VI - promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes; e VII - fortalecer a participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde, nos três níveis de governo (BRASIL, 2007, p.1).

Estes objetivos apresentam a amplitude do PSE por incluir propostas de diferentes setores (MS e MEC), equipamentos (unidade de saúde e escola), diversos atores (profissionais da saúde, educação, estudantes e familiares) e diferentes níveis da gestão pública (União, Estado e Município).

No ano anterior a criação do PSE, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) houve a elaboração do Pacto pela Saúde que dita formas para se obter, segundo o MS (2006), uma gestão solidária e cooperativa, pensada a partir da junção das três esferas de gestão: União, Estado e Municípios. O Pacto pela Saúde propõe a realização de ações integrais de saúde, tendo como base as diferenças entre cada região. Logo o PSE se enquadra como um programa nesse âmbito da regionalização, uma das diretrizes operacionais do SUS.

O PSE possui gestão compartilhada, conforme o princípio da descentralização do SUS (BRASIL, 1990), dividida por meio de Grupos de Trabalho Intersetoriais (GTI) em cada esfera de gestão (Municipal, Estadual e Federal). Deste modo o planejamento, a execução, o

monitoramento e a avaliação das ações tenderiam a ser feitos de modo coletivo, a partir de compartilhamento de poderes e de articulação de interesses, saberes e práticas das instituições envolvidas (TEIXEIRA; PAIM, 2000), também levando em consideração a influência dos cidadãos.

Para implantação do PSE o município ou Distrito Federal devem realizar o preenchimento do “Termo de Compromisso do PSE”, documento disponível online, no qual é informado quais são as escolas de Educação Básica da rede pública e as equipes de Atenção Básica que realizarão o Programa, tal documento para ser publicado necessita do consentimento dos gestores das respectivas áreas. Caso tenham interesse em desenvolver ações do PSE em escolas da rede estadual de educação ou institutos federais de ensino no território abrangente do município ou o Distrito Federal, os gestores dos citados estabelecimentos de ensinos devem ser articulados e assim assinar o “Termo de Adesão” (BRASIL, 2017c).

As escolas que desenvolverão o PSE serão definidas pelos secretários estaduais e municipais da educação e da saúde em conjunto, considerando as prioridades e metas do Programa. O PSE tem duração de 2 (dois) anos podendo no primeiro ano ser feito ajustes nas informações presentes no “Termo de Compromisso”, seja retirando ou integrando outras escolas. O PSE possui ações previstas para os anos de desenvolvimento do Programa, tais expostas em Portaria Interministerial:

I. Ações de combate ao mosquito *Aedes aegypti*; II. Promoção das práticas corporais, da atividade física e do lazer nas escolas; III. Prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas; IV. Promoção da cultura de paz, cidadania e direitos humanos; V. Prevenção das violências e dos acidentes; VI. Identificação de educandos com possíveis sinais de agravos de doenças em eliminação; VII. Promoção e avaliação de saúde bucal e aplicação tópica de flúor; VIII. Verificação e atualização da situação vacinal; IX. Promoção da alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil; X. Promoção da saúde auditiva e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração. XI. Direito sexual e reprodutivo e prevenção de DST/AIDS; e XII. Promoção da saúde ocular e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração (BRASIL, 2017c, p. 1).

Recomenda-se que as ações do PSE sejam realizadas levando em consideração o contexto social e escolar, diagnóstico local em saúde do escolar e a capacidade operativa em saúde do escolar (BRASIL, 2017c).

O custeio das ações do Programa possui incentivo financeiro do MS por meio do Piso Variável da Atenção Básica. É previsto que o valor de 5.676,00 (cinco mil seiscentos e setenta e seis) reais será repassado anualmente em parcela única para o Distrito Federal e para os municípios que aderirem ao Programa e possuírem de 1 (um) a 600 (seiscentos) educandos inscritos. A cada acréscimo de 1 (um) à 800 (oitocentos) estudantes após o total de 600

(seiscentos), é feito um aumento de 1000 (mil) reais ao valor máximo anual a ser obtido (BRASIL, 2017c).

No segundo ano de implantação do Programa o repasse financeiro ao município será realizado levando em consideração as ações pactuadas na adesão que foram executadas e monitoradas pelo MS. Os indicadores e padrões de avaliação do PSE serão criados pelo MS e o MEC em conjunto com representantes da Comissão Intergestores Tripartite do SUS, sendo disponibilizados em manuais técnicos no início de cada ciclo de adesão (BRASIL, 2017c).

Considerando os relevantes objetivos do Programa e que o mesmo foi criado há 11 anos, o que a literatura científica tem produzido acerca da implantação do PSE? Quais têm sido as principais dificuldades, potencialidades e contradições presentes nesta implantação tendo como referência os objetivos do PSE? Quais são os efeitos das ações produzidas no âmbito do PSE na vida dos estudantes da rede pública de ensino?

Partindo destas questões norteadoras, essa pesquisa possui como objetivo geral analisar, a partir da literatura científica produzida entre os anos de 2007 a 2018, a implantação do Programa Saúde na Escola e os efeitos das ações produzidas na vida dos estudantes da rede pública de ensino, tendo como referência os objetivos do Programa. Nesse sentido construímos os seguintes objetivos específicos que visam analisar: o processo de implantação do PSE considerando seus desafios, limites e possibilidades; quais são os efeitos das ações produzidas no âmbito do PSE na vida dos estudantes da rede pública de ensino; e as dificuldades, potencialidades e contradições do PSE.

O artigo primeiro do decreto que institui o Programa (BRASIL, 2007) afirma que este tem como finalidade contribuir para a formação integral dos estudantes, o que demonstra a relevância do mesmo, pois pretende fazer a articulação entre áreas fundamentais da vida humana, a saúde e a educação. Desta maneira, os objetivos da presente pesquisa visam à análise das dificuldades, potencialidades e contradições do PSE, para assim cooperar, por meio do estudo, com a implantação do Programa, o fortalecimento do mesmo enquanto uma política pública de qualidade e a integração entre as diferentes áreas.

A educação integral é a formação do sujeito como um todo, não apenas do saber intelectual, mas também do seu ser social, o que, por consequência, envolve a saúde. Segundo a lei orgânica do SUS (1990, p.1), saúde não é apenas ausência de doença “a saúde é um direito fundamental do ser humano devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício [...] a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais [...]”. Saúde, portanto, é produto de um processo histórico constituído por determinações e

condicionantes que se relacionam com o modo de produção como se organiza a sociedade. A partir deste entendimento é fundamental a garantia de condições igualitárias de bem-estar físico, mental e social, o que conversa com a proposta da educação integral.

A escola é onde uma parcela da população passa parte da infância até a vida adulta. É onde aprendemos não somente conhecimentos científicos, mas também valores éticos e morais, crenças e conceitos que moldam nosso caráter e nos preparam para vida além dos seus muros.

Além da família, a escola é normalmente o primeiro ambiente em que criamos contato com a sociedade, é onde o educar é feito pela junção de diferentes saberes. Essa fusão de saberes propicia a chamada “cultura escolar”, termo reconhecido pelo MS (2009b) que em cada escola possui um sentido diferente, criando uma rede de significados. A cultura escolar tem influência em outros aspectos da vida, gerando aprendizagens que se propagam para além do ambiente escolar, o que configura o espaço escolar como um importante lugar para o desenvolvimento de um programa de saúde.

Segundo o MS (2009b), a escola é entendida como um lugar propício à prevenção de doenças e promoção da saúde, pois é esperado, além dos processos de ensino-aprendizagem, o desenvolvimento do pensamento crítico e político do sujeito, construindo cidadania e gerando acesso às políticas públicas.

Ver a saúde na escola vai para além do espaço escolar. A saúde faz parte da formação do indivíduo na escola, se admitindo isso ou não. O PSE é uma política pública que regulamenta a entrada de ações de saúde vinculadas ao SUS no ambiente escolar, reconhecendo assim a sua relevância para formação do indivíduo como um todo, considerando o ambiente em que vive e as suas relações. Assim compreendemos que esta pesquisa é necessária para a sociedade, pois pretende enfatizar, por meio do estudo de uma política pública, o PSE, o que a saúde na escola, através do SUS, pode gerar na vida dos estudantes da rede pública de ensino, mostrando sua relevância nesse espaço.

2 METODOLOGIA

Esta é uma pesquisa bibliográfica que possui como base o método dialético, utilizando como estratégia metodológica a pesquisa exploratória.

A dialética é um método de olhar o mundo com um viés crítico, analisando suas contradições e constantes transformações. Desta forma, o método dialético é uma estratégia metodológica em que o estudo é realizado por meio da contraposição entre as questões presentes no objeto de pesquisa, conhecendo suas funções e causas, analisando-as de maneira crítica, considerando a realidade histórica, cultural e social em que se situa (JESUS et al., 2016).

O objeto de pesquisa ao ser analisado a partir do método dialético é entendido como parte de um todo, possuindo diversas realidades que o significam, sendo essencial, ao realizar a análise ter uma *visão de conjunto*, observando e compreendendo o objeto em sua *totalidade*, o que não termina na síntese que se faz, mas sim perpetua, pois sempre há mais realidades além do que já sabemos. Também é possível selecionar o *nível de totalização* que será analisado, podendo ser mais ou menos abrangente (KONDER, 2008).

A totalidade da realidade que envolve o objeto de pesquisa possui contradições concretas, mediações específicas, determinações e relações complexas. Para se obter conhecimento dessa totalidade é necessário analisar primeiro as questões mais complexas e abstratas que rodeiam o objeto a caminho das mais simples e assim voltar das mais simples às mais complexas, que agora são concretas, pois foi investigado as diversas determinações e criado então uma síntese (KONDER, 2008).

Marx apud Konder (2008), afirma que para realizarmos a análise das questões complexas e simples é necessário um entendimento dos conceitos *dimensão imediata* e *dimensão mediata*. O primeiro diz respeito às questões iniciais que percebemos ao olhar o objeto. Já o segundo é descoberto com o passar do estudo, a partir das investigações é percebido as questões mais complexas que significam o objeto. Para leitura das dimensões é essencial fazer uso da *contradição*, partindo para conexões entre realidades distintas que podem ajudar na pesquisa. Konder também afirma que não é possível observar corretamente nenhum aspecto estável da realidade de maneira isolada, mas sim de um modo a entendê-lo enquanto parte do processo de transformação em que se situa, a partir do princípio da contradição.

O método dialético possui como uma de suas características a reflexão crítica e totalizante por meio da leitura de sínteses anteriores, a entendendo não apenas para

levantamento de informações e dados sobre o objeto, mas sim como uma forma de análise profunda do material com o intuito de entender a realidade em que se encontra, as relações que estabelece e as estruturas, tanto ideológicas como teóricas (LIMA; MIOTO, 2007).

Neste sentido a dialética apresenta três leis, observadas por Engels e também defendidas por Marx, que são embasadas no princípio da dialética humana diretamente relacionada à natureza em que se situa, tais são: Primeira lei – Lei da passagem da quantidade à qualidade (e vice-versa); Segunda lei – Lei da interpretação dos contrários; e Terceira lei – Lei da negação da negação (KONDER apud JESUS et al., 2016).

A primeira lei da dialética (lei da passagem da quantidade à qualidade) se refere às mudanças ocorridas no objeto de estudo, sendo discutido, por Konder, como alterações quantitativas e qualitativas que podem ocorrer em períodos diferentes, não obedecendo a um ritmo, sendo assim constantes transformações de quantidade e qualidade, que se referem ao objeto como um todo. Essa lei aborda a necessidade de analisar as transformações que ocorrem no que é pesquisado, não olhando apenas para o objeto, mas sim para o histórico do mesmo, entendendo seus possíveis motivos e causas que o façam ocorrer (JESUS et al., 2016; KONDER, 2008).

A segunda lei da dialética (lei da interpretação dos contrários) diz que a realidade que envolve o objeto de pesquisa se relaciona com o mesmo, sendo essencial para o desenvolvimento da pesquisa o entendimento de que nada pode ser visto isoladamente, e que todos os fatores que cercam ou que estão presentes no objeto, devem ser vistos integralmente no momento da análise crítica para o estudo (JESUS et al., 2016; KONDER, 2008).

A terceira lei (lei da negação da negação) define que as respostas encontradas a partir da pesquisa não são absolutas, pois a realidade é mutável e sujeita a possíveis novas interpretações, sendo assim o que foi produzido é uma síntese, que pode ser confrontada a partir de novos estudos, fazendo com que o conhecimento sobre determinado objeto nunca esgote, sendo sempre passível a novas análises (JESUS et al., 2016; KONDER, 2008).

Essas leis, assim como todo método dialético, serão utilizadas como estratégia ao realizarmos a leitura dos artigos, a fim de garantir um estudo crítico que analisa o objeto em questão no nível de totalização que conseguiremos alcançar e adequado para a pesquisa, sempre se baseando na crítica e autocrítica, revendo as próprias interpretações sobre determinado tema, entendendo que a realidade está sempre mudando, assim como o conhecimento (KONDER, 2008).

A pesquisa bibliográfica é uma metodologia que busca, por meio da análise de diversos estudos, acrescentar ou até modificar a área de conhecimento do objeto de estudo,

apresentando soluções, hipóteses ou interpretações que poderão ser ponto de partida para pesquisas futuras (PIZZANI et al., 2012).

Segundo Salvador apud Lima e Miotto (2007), esse processo metodológico se divide em diferentes etapas a fim de garantir organização e um bom desempenho da pesquisa. Após a elaboração do pré-projeto de pesquisa é feita a confecção da pesquisa. Nessa etapa é realizado o levantamento da bibliografia e o levantamento das questões contidas na bibliografia, o primeiro sendo a coleta da documentação e o segundo o estudo das informações contidas na documentação. A próxima etapa é a análise explicativa das soluções, nela se é feita a leitura reflexiva, não é apenas a escolha do material bibliográfico e sim a compreensão e análise. A última etapa é a síntese integradora que, voltando ao material selecionado, consiste em visualizar soluções para o problema definido, criando assim uma síntese do trabalho.

Para o desenvolvimento da presente pesquisa é realizado um aprofundado levantamento bibliográfico, em artigos científicos de literatura específica e documentos institucionais oficiais sobre o PSE, tendo em vista as especificações dadas pelo tema. O levantamento bibliográfico será realizado por meio de plataformas de dados de acesso livre, como a Biblioteca Virtual em Saúde – Ministério da Saúde (BVS MS) e o *Scientific Electronic Library Online* (Scielo). As bases de dados escolhidas possuem relevância para a pesquisa. Em relação a BVS MS, esta é uma biblioteca em que são publicados documentos produzidos pelo MS, tendo como proposta reunir, organizar e disseminar informações em saúde com destaque na produção institucional (BRASIL, 2014), logo se é esperado encontrar documentos institucionais oficiais sobre o Programa. Porém essa biblioteca não possui acesso aos artigos e debates científicos acerca da implantação do Programa, por isso será utilizado outra base de dados, o Scielo. O Scielo é uma biblioteca eletrônica que possui em seu acervo artigos científicos, dentre esses, artigos sobre o objeto de estudo.

Para realização da busca foram utilizados os descritores: Programa Saúde na Escola *and* Saúde Escolar *and* Educação Básica Pública, como o operador booleano *or* permite que se encontre maior número de artigos foi utilizado, inicialmente, o *and* que possibilita encontrar a intersecção entre os termos em artigos, restringindo assim a busca. Baseando-se no recorte temporal de 2007 a 2018, será feita uma análise crítica dos documentos e artigos escolhidos, para assim se ter uma discussão acerca dos efeitos do Programa Saúde na Escola no cotidiano dos estudantes da rede pública de ensino.

Ao fazermos a busca no Scielo por meio das palavras-chaves citadas acima e do recorte temporal de 2007 a 2018, utilizando o operador booleano *and* o resultado foi de 1

(um) artigo. Portanto utilizamos o operador *or* entre todas as palavras-chaves e obtivemos 2024 (dois mil e vinte quatro) artigos. Considerando o grande quantitativo de artigos, optamos por refinar a busca por meio da supressão do descritor “Educação Básica Pública” e utilizando o operador *and* entre os demais descritores. Foram encontrados 86 (oitenta e seis) artigos, incluímos o filtro idioma selecionando somente artigos em português, assim encontramos 77 (setenta e sete) artigos, destes 16 (dezesesseis) estavam duplicados, totalizando 61 (sessenta e um) artigos.

A partir de dois eixos que dialogam com os objetivos do estudo, a saber: implantação do PSE; efeitos no cotidiano dos estudantes da rede pública de ensino; foram realizados dois processos de seleção dos artigos. A primeira seleção foi feita a partir da leitura dos títulos dos artigos encontrados. Na segunda seleção foram lidos os resumos dos artigos respeitando os primeiros eixos citados. O quadro a seguir apresenta o número de artigos encontrados por ano e o número de resumos a serem lidos na segunda seleção.

Quadro 1: Distribuição do número de artigos por ano e número de resumos acessados.

Ano de publicação	Nº de artigos encontrados	Nº de resumos acessados
2007	-	-
2008	3	-
2009	2	-
2010	2	-
2011	3	-
2012	10	2
2013	7	1
2014	6	1
2015	5	2
2016	5	1
2017	5	2
2018	13	7
Total:	61	16

Fonte: Elaboração própria.

O quadro acima apresenta o número de 16 (dezesesseis) resumos acessados e lidos na íntegra dentre os 61 (sessenta e um) artigos encontrados, ou seja, 45 (quarenta e cinco)

resumos não foram acessados, sendo descartados pelo título. Essa primeira seleção foi possível devido a existência de um grande quantitativo dos artigos não abordar o PSE, mas temas específicos em relação a saúde escolar. Dentre estes, prevalecem os seguintes assuntos: alimentação escolar, nutrição e prevenção da obesidade (11 artigos); programas para intervenção e prevenção da violência e bullying (6 artigos); doenças específicas (5 artigos); prevenção do uso de drogas (4 artigos);

Considerando o número de artigos encontrados, percebe-se que nos primeiros anos de implantação do Programa houve um pequeno quantitativo de artigos publicados, ao passo que no ano de 2018 houve uma maior quantidade de literatura científica produzida.

Após esta primeira seleção foram acessados e lidos 16 (dezesesseis) resumos de artigos que abordam a temática do PSE. Para escolha dos artigos nessa etapa foram criados três eixos: implantação do PSE; efeitos do Programa nos estudantes da rede pública de ensino; e não adequados aos objetivos da pesquisa; como organizado no quadro a seguir:

Quadro 2: Distribuição dos artigos por ano de publicação e eixos

Ano de publicação	Implantação	Efeitos	Não se adéqua
2007-2011	-	-	-
2012	FERREIRA, Izabel do Rocio Costa et al. Diplomas Normativos do Programa Saúde na Escola: análise de conteúdo associada à ferramenta ATLAS TL.	-	-
	SANTIAGO, Lindelvania Matias de et al. Implantação do Programa Saúde na escola em Fortaleza-CE: atuação de equipe da Estratégia Saúde da Família.		
2013	-	FONSECA, Franciele Fagundes et al. As vulnerabilidades na infância e adolescência e as políticas públicas brasileiras de intervenção.	-
2014	FERREIRA, Izabel do Rocio Costa et al. Percepções de gestores locais sobre a intersectorialidade no Programa Saúde na Escola.	-	-
2015	CARVALHO, Fabio Fortunato Brasil de. A saúde vai à escola: a promoção da saúde em práticas pedagógicas.	CORD, Denise et al. As Significações de Profissionais que Atuam no Programa Saúde na Escola (PSE) Acerca das Dificuldades de Aprendizagem: Patologização e Medicalização do Fracasso Escolar.	-
2016	FARIAS, Isabelle Caroline Veríssimo de et al. Análise da Intersetorialidade no Programa Saúde na Escola.	-	-

2017	BRASIL, Eysler Gonçalves Maia et al. Promoção da saúde de adolescentes e Programa Saúde na Escola: complexidade na articulação saúde e educação.	-	-
	FONTENELE, Raquel Malta et al. Construção e validação participativa do modelo lógico do Programa Saúde na Escola.		
2018	MEDEIROS, Eliabe Rodrigues de et al. Facilidades e dificuldades na implantação do Programa Saúde na Escola em um município do nordeste do Brasil.		SOUZA, Elaine Fernanda Dornelas de et al. Construção de modelo lógico na saúde do escolar: experiência do Baixo Amazonas.
	CHIARI, Antônio Paulo Gomes et al. Rede intersetorial do Programa Saúde na Escola: sujeitos, percepções e práticas.	OLIVEIRA, Fernanda Piana Santos Lima de et al. Percepção de escolares do ensino fundamental sobre o Programa Saúde na Escola: um estudo de caso em Belo Horizonte, Brasil.	
	BAGGIO, Maria Aparecida et al. Implantação do Programa Saúde na Escola em Cascavel, Paraná: relato de enfermeiros.		MEDEIROS, Eliane Rodrigues de; PINTO, Erika Simone Galvão. Experience and professional training in the School Health Program.
	LOPES, Iraneide Etelvina; NOGUEIRA, Júlia Aparecida Devidé; ROCHA, Dais Gonçalves. Eixos de ação do Programa Saúde na Escola e Promoção da Saúde: revisão integrativa.		
Total:	11	3	2

Fonte: Elaboração própria

Dos 16 (dezesseis) artigos selecionados, a maioria (onze) trata a respeito da implantação do PSE; 3 (três) sobre os efeitos do Programa na vida dos estudantes da rede pública de ensino, e 2 (dois) não se adequaram aos objetivos da pesquisa.

Em relação ao ano de publicação dos artigos, verifica-se que de 2007 a 2011 não houve nenhum artigo publicado tendo em vista os eixos citados.

3 DESAFIOS, LIMITES E POSSIBILIDADES PARA A IMPLANTAÇÃO DO PSE

O presente capítulo discorre sobre as questões que foram encontradas na leitura dos 11 (onze) artigos indicados no eixo “Implantação do PSE” através da pesquisa bibliográfica.

Durante a leitura dos textos referenciados observamos alguns assuntos fundamentais para discussão acerca dos desafios, limites e possibilidades para a implantação do PSE. Logo dividimos o capítulo em três subeixos que abordam aspectos sobre como tem sido realizada a implantação do Programa, a saber: Intersetorialidade, Gestão Compartilhada e Modelo de Atenção à Saúde.

3.1 INTERSETORIALIDADE

O entendimento da saúde em seu conceito amplo, constituída por determinações históricas e sociais, assim como por condicionantes, gera a necessidade da criação de estratégias que venham a maximizar os impactos das políticas públicas na relação com as condições de vida da população. Pode se compreender a intersetorialidade como estratégia neste sentido, pois a mesma visa à integração entre os serviços de saúde e outros setores, a fim de articular políticas que no âmbito do SUS não são contempladas, quer sejam políticas sociais ou econômicas (BRASIL, 2010a). Neste sentido o PSE é realizado a partir da integração entre o MS e o MEC, objetivando potencializar as ações dos ambos os setores à população que é abrangida.

A intersetorialidade vem sendo debatida em diversas pesquisas sobre o PSE como estratégia fundamental para funcionamento do mesmo, pois a partir da articulação da saúde com outros setores, no caso o da educação, é previsto uma produção de melhores resultados de saúde, visando o enfrentamento das determinações do processo saúde-doença e a realização de ações mais estratégicas de promoção da saúde (MONNERAT; SOUZA, 2011). Mesmo possuindo grande relevância estratégica a intersetorialidade ainda é vista como um desafio para gestores, necessitando um processo de formação que seja capaz de tratar desse tema, para oferecer uma melhor gestão, não só no âmbito do PSE, mas também em toda rede de saúde (CHIARI et al., 2018).

No estudo de Chiari et al. (2018) a pesquisa foi realizada entre 41 gestores municipais do PSE Belo Horizonte/Minas Gerais, entre eles participantes do Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTI-M) e da Coordenação Regional (CR). Já na pesquisa de Farias et al. (2016) em Olinda/Pernambuco, os sujeitos foram os agentes comunitários de saúde

(ACS's) e os professores comunitários, totalizando 19 entrevistados, tais receberam capacitação por meio de oficinas do Programa. A pesquisa de Brasil et al. (2017a) também conta com a participação de outros atores além dos gestores, como médicos, enfermeiros, dentistas e professores, sendo 17 profissionais da saúde e 22 da educação, atuantes no município de Fortaleza/Ceará.

O PSE possui como formato de gestão os Grupos de Trabalho Intersetoriais (GTI), que a partir do princípio da descentralização, pretendem realizar uma gestão compartilhada por meio da troca de saberes. Para o correto funcionamento dos GTI's é necessário ser feita uma articulação intersetorial das redes públicas da Saúde e da Educação, incluindo gestores e funcionários das duas redes (BRASIL, 2015).

O GTI Municipal do PSE (GTI-M) possui atribuições importantes para o funcionamento do Programa, tais expostas na Portaria Interministerial nº 1413/2013. O GTI-M deve ser composto por “gestores das secretarias de Saúde e de Educação, representantes das equipes de Atenção Básica e representante dos educadores que atuarão no PSE, representantes das escolas, dos jovens e das pessoas da comunidade local”, podendo também integrar outras instâncias e áreas para um melhor funcionamento (BRASIL, 2015, p.17).

No PSE de BH o GTI-M possuía arranjos específicos, se tornando um mecanismo de gestão mais amplo do que o proposto na portaria federal, determinando, inclusive, a sua forma de funcionamento, a partir da criação dos mecanismos de coordenação compartilhada. Além das Secretárias Municipais de Saúde e Educação, o GTI-M também era composto, a partir de 2013, pela Secretaria Municipal Adjunta de Segurança Alimentar e Nutricional. Foi relatado na pesquisa uma falta de comunicação entre a CR e o GTI-M, sendo tomadas decisões e criadas pautas para reuniões do Grupo pela CR. Sendo assim há uma concentração de poder que limita o potencial do GTI-M. Os gestores da pesquisa também alegam que quando há divergências na tomada de decisões do GTI-M o assunto é transferido às áreas setoriais, prevalecendo o sistema setorial de gestão, desconsiderando a diretriz da intersectorialidade (CHIARI et al., 2018).

O GTI-M de BH possuía, em sua maioria, participantes da rede de Educação, sendo citada como o setor que mais coordenava as atividades do grupo, além disso, grande parte dos participantes do grupo não soube responder se houve alternância entre os setores na coordenação do GTI-M. Logo pode ocorrer uma disputa de poderes em favor de interesses setoriais, havendo uma centralização do poder no setor que predomina (CHIARI et al., 2018).

O GTI-M é uma instância de gestão que tem como proposta a participação dos setores envolvidos em todos os processos para implementação do PSE, sendo assim uma ferramenta

importante quando falamos sobre intersetorialidade, entretanto sem um apoio institucional e autonomia de decisão do grupo, seu desempenho pode ser limitado (FERREIRA; SILVA apud CHIARI et al., 2018).

O estudo de Ferreira et al. (2014) foi realizado com gestores da área da saúde e da educação com representação em um município de cada região do Brasil. Sendo incluídos Curitiba da região Sul, Rio de Janeiro do Sudeste, Brasília do Centro-Oeste, Olinda do Nordeste e Manaus da região Norte, totalizando dez gestores entrevistados.

Neste estudo entre sete a dez gestores afirmaram terem cumprido cada competência definida nas portarias sobre o GTI-M, mostrando que possivelmente tem ocorrido comprometimento de cada PSE com o funcionamento do Grupo. As competências menos realizadas pelos gestores têm relação com o ambiente escolar, como: “Definição do professor responsável pela articulação das ações de prevenção e promoção da saúde na escola”. Isso possivelmente tem relação com o fato dos profissionais da educação não se sentirem aptos para abordarem temas de prevenção de doenças e promoção da saúde, pois não são diretamente relacionados com as suas formações. Tal aspecto pode apontar um déficit na organização do PSE, pois a educação permanente prevista no Programa tem como objetivo a formação dos profissionais dos dois setores, o que contribuirá para superação desses problemas. No estudo de Farias et al. (2016) essa questão ficou bastante evidente na fala dos profissionais tanto da saúde quanto da educação, afirmando inclusive que ocorreu um processo de formação, mas que não foi o suficiente para realizar as atividades, como no relato de um profissional entrevistado: “E ainda existe uma dificuldade porque fui treinado para fazer o Olhar Brasil em uma hora e não me sinto seguro para isso” (p.263). Os autores ainda mencionam que os professores indagaram mais sobre essa questão, frente aos ACS’s, e afirmaram terem sido capacitados apenas no início do Programa e só após quase cinco anos obtiveram novamente.

Outra competência que não foi efetivada por todos os gestores da pesquisa de Ferreira et al. (2014) foi a “Programação das atividades do PSE que deverão ser incluídas no Projeto Político Pedagógico de cada uma das escolas”. Isso confirma mais ainda a dificuldade da escola de se aproximar dos preceitos da saúde, o que é essencial para a implantação do Programa e também para sustentabilidade das ações. É importante ressaltar que essa dificuldade é válida, mas não deve ser um impedimento para o funcionamento do Programa, já que ela é prevista no processo de implantação, possuindo inclusive um método para superá-la, que seria a educação permanente.

Em estudo nacional sobre o PSE foi relatada predominância do setor saúde na tomada de decisões, expressado por metade dos gestores, incluindo os dois setores envolvidos. Também quando o assunto é intersetorialidade o setor saúde foi apontado por três respondentes como dificultador da ação intersetorial, como exposto no relato de um gestor da pesquisa que afirma haver setorização no modo do setor saúde trabalhar e até mesmo: “[...] abusar de seu protagonismo nas articulações com outros setores [...]” (FERREIRA et al., 2014 p.69).

A pesquisa de Lopes, Nogueira e Rocha (2018) trata-se de uma revisão integrativa da literatura acerca do PSE por meio de artigos científicos de 2007, ano da criação do Programa, a dezembro de 2017, foi realizada leitura completa de 38 artigos. Segundo as autoras tem sido relatado frequentemente, através das pesquisas sobre programas e ações de saúde na escola analisadas na revisão, que há protagonismo do setor saúde frente aos outros setores envolvidos. Os profissionais da saúde normalmente têm apresentado os programas, agindo de forma verticalizada, o que favorece uma hierarquia entre os setores e desvincula as ações dos conteúdos programáticos do currículo escolar. Essa leitura da saúde como protagonista nos processos de gestão pode estar ocorrendo devido o PSE ser visto apenas como ações de saúde no ambiente escolar, dando a entender que o setor educação só participa enquanto um espaço (a escola) para acontecer as atividades, pelo fato dos estudantes estarem lá.

Contudo a escola é um lugar propício para ações de saúde não apenas por ser onde uma parcela da população passa grande parte da vida, mas também por ser um local que incide na formação humana. Assim, a Escola pode ser um lugar de produção de pensamento crítico e político, gerando cidadania e autonomia, quando esses preceitos se perdem o setor educação deixa de ser protagonista junto com o da saúde e se torna apenas um lugar para realização das ações. Se o Programa tem sido realizado dessa maneira há grandes chances das ações estarem sendo desenvolvidas com base no modelo biomédico e biologicista, questão observada na pesquisa de Brasil et al. (2017a), que afirmam que os profissionais entrevistados entendiam que “[...] a promoção da saúde com adolescentes ocorre por meio de procedimentos preventivos e orientação de comportamentos saudáveis, sem associá-los ao contexto sociocultural dos estudantes e ao desenvolvimento da criticidade” (p.6), papel que a escola poderia estar desenvolvendo, se tornando um importante aliado com os profissionais da saúde para construir junto aos educandos senso crítico acerca da própria saúde e também do coletivo.

No estudo de Farias et al. (2016) foi relatado a falta de compreensão dos ACS's acerca do conceito de intersetorialidade, sendo descrita apenas na articulação saúde e educação. A

proposta de educação permanente presente no PSE diz respeito aos saberes práticos de como executar o Programa, entretanto afirmo que a educação que deveria ser feita com esses profissionais, além de abordar temas mais práticos sobre o desenvolvimento das ações, também deveria abordar os temas teóricos, as diretrizes e os princípios que são esperados no Programa, mas que vão além dele, por serem conceitos fundamentais quando pensamos nos dois setores. Assim acrescenta-se conhecimento para os profissionais, melhorando a percepção dos mesmos acerca desses conceitos, o que amplia as possibilidades de uma melhoria nos serviços públicos.

Sobre o modelo de gestão da educação possibilitar a ação intersetorial, também três gestores entrevistados da pesquisa de Ferreira et al. (2014) afirmaram que não possibilita, dizendo que a escola é fechada e o diálogo é difícil. Os autores mencionam que por a escola ser fechada à comunicação o setor saúde acaba manifestando um protagonismo nas ações. Entretanto são exigidas responsabilidades do setor educação, como já expostas, que não são previstas na formação desses profissionais, o que pode dificultar a participação dos mesmos no Programa, ocasionando um protagonismo da saúde. A proposta da educação permanente poderia ajudar esses profissionais se sentirem capacitados para realizarem tais ações, no entanto é necessário investigar se esta ocorre, com qual frequência e com quais objetivos.

Os profissionais entrevistados do PSE de Cascavel/Paraná afirmam que o processo de capacitação para desenvolvimento do Programa foi insuficiente e sem a participação dos trabalhadores da educação, como exposto no relato de um enfermeiro: “Uma tarde de reunião, onde foi todo mundo que participava do PSE. As ACSs [agentes comunitárias de saúde], coordenadora, dentista, enfermeiro [...] eles deram um geralção [...] a gente não teve muita informação [...]” (BAGGIO et al., 2018, p.1633). A capacitação dos profissionais tanto da saúde quanto da educação é um passo importante para sustentabilidade do PSE. Por meio das capacitações é promovida a aproximação entre os distintos profissionais, são compartilhadas possíveis estratégias de alcance do Programa e também é propagado o entendimento das bases conceituais do PSE (BAGGIO et al., 2018).

O levantamento das necessidades do território para as ações do PSE é uma competência prevista a ser realizada no início da implantação do Programa, para assim definir as ações que serão realizadas em cada escola de acordo com as necessidades mapeadas. No âmbito do PSE de distintos municípios brasileiros da pesquisa de Ferreira et al. (2014) nove dos dez gestores entrevistados afirmaram terem realizado tal responsabilidade, contudo quando o assunto é quem realizou esse levantamento, oito citaram os profissionais das escolas e os das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e apenas três citaram a comunidade e estudantes.

Na pesquisa de Carvalho (2015) o padrão se repete, o levantamento de informações sobre a população abrangida para planejamento das ações, foi realizado a partir de observações da comunidade local apenas executado pelos profissionais da saúde e da educação. Esse levantamento é importante não apenas para que as ações sejam feitas com significado para o território abrangente, mas também para que tenham um olhar específico a cada problema social e assim criar estratégias para enfrentá-los da maneira mais pertinente em conjunto com outras áreas e setores, caso necessário. Entretanto não é suficiente que seja feito apenas intersetorialmente, para que tenha sentido à população é necessário que o planejamento das ações também seja realizado em conjunto com a comunidade, estimulando a participação da mesma gerando autonomia e inclusão nas políticas públicas.

As notícias publicadas no Diário Oficial do Município de BH sobre as ações do PSE eram voltadas em sua maioria para ações assistenciais, entre elas avaliações clínicas anuais, como oftalmológicas, nutricionais e de saúde bucal. As ações de promoção da saúde e prevenção de doenças entre os educandos, propostas pelo Programa, foram noticiadas com menor frequência (CHIARI et al., 2018). Lopes, Nogueira e Rocha (2018) também relatam, através do estudo, que as ações do PSE foram majoritariamente centradas na atenção, na prevenção e no controle de comportamentos de risco. Esse maior enfoque nas ações assistenciais do que nas de prevenção de doenças e promoção da saúde, acaba tornando o PSE um instrumento de normatização do modelo biologicista e biomédico¹, reforçando a idéia de saúde como apenas ausência de doença. Se as ações desenvolvidas pelo PSE forem realizadas com uma visão setorial e com saberes isolados, não há intersetorialidade, pois ela tem como intuito, a partir da relação entre os setores, alcançar melhores resultados de saúde, mais efetivos, eficientes ou sustentáveis, o que não acontece quando o setor saúde age sozinho (OMS apud TEIXEIRA; PAIM, 2000).

A intersetorialidade prevista no PSE é relacionada entre os setores saúde e educação, entretanto entre os achados do Programa outras instâncias, áreas ou órgãos podem integrar ao PSE e desenvolver ações mais abrangentes. No PSE de Olinda/Pernambuco os setores governamentais e também não governamentais, desenvolveram ações pontuais no Programa, contudo nenhum setor se integrou formalmente em longo prazo (FARIAS et al., 2016). Saúde

¹ Concepção de saúde restrita à perspectiva biomédica se refere às enfermidades do corpo e secundariza, ou não considera, aspectos que constituem determinações do processo saúde-doença como: condições de vida, classes sociais, acesso aos serviços de saúde e condições econômicas. A perspectiva biomédica não prioriza questões que não se refletem imediatamente a saúde física dos escolares, mas que os afetam, como sofrimento psíquico, violências de diferentes formas, entre outras. Em síntese, o modelo biomédico prioritariamente se apoia em uma “abordagem centrada em características individuais e biológicas do adoecer” (JUNIOR e ALVES, 2007, p.29).

com seu conceito amplo envolvendo outras necessidades além da ausência de doenças, como alimentação, educação, atividades físicas e lazer, faz parte da proposta principal do PSE. Porém o setor saúde, mesmo em parceria com o setor educação, não garante todos esses direitos, sendo necessária uma articulação com outros setores a fim de garantir um impacto maior na vida dos educandos. Mesmo não sendo obrigatória, essa articulação deveria ser tida como essencial para um melhor funcionamento do Programa.

Em pesquisa sobre o PSE de Cascavel/Paraná realizada com quinze enfermeiros da Atenção Primária à Saúde (APS), foi estabelecida parceira com um serviço de referência que oferece atendimento para algumas especialidades. Foi até mesmo criada uma lista de espera específica para os estudantes assistidos pelo PSE, como afirma o relato de uma enfermeira: “[...] vai tudo para o CEACRI [Centro Especializado de Atenção à Criança] [...]. [...] a gente consegue encaminhar para o oftalmo, para nutricionista, para fono. Só psicóloga, é o médico que encaminha. [...]. É o Enfermeiro que faz esse encaminhamento.” (BAGGIO et al., 2018, p.1634). Entretanto algumas especialidades possuem grande demora para atender os estudantes, como exposto na fala de outra enfermeira da pesquisa: “[...] oftalmo demorou pelo menos uns quatro meses para a gente começar a agendar essas crianças [...] A parte de nutrição, até hoje essas crianças não tiveram nenhuma resposta [...]” (BAGGIO et al., 2018, p.1634).

O PSE é um programa com a proposta de ampliar o alcance do SUS através das UBS aos estudantes da rede pública de ensino, por meio da atenção em saúde nas escolas é promovida saúde a essa população. Deste modo, as parcerias com outros serviços de referência podem ser feitas, desde que sejam realizadas contrarreferências a fim de aprimorar o cuidado, mas sem desconsiderar o proposto do Programa de manter continuidade na atenção ao escolar a partir da articulação entre escola e UBS.

No recorte do PSE de municípios brasileiros metade dos representantes relatou a participação de outros setores no GTI. A Secretaria de Assistência Social foi bastante citada como membro nos GTI's, e também foi incluída na organização do Programa (FERREIRA et al., 2014). A área da assistência social tem um histórico, tanto com setor saúde, quanto com o da educação, realizando ações no campo social a fim de potencializá-las. A assistência social enquanto pilar da seguridade social contribui para o atendimento das necessidades básicas da população (MONNERAT; SOUZA, 2011), conversa com os objetivos do PSE que abordam o cuidado e o enfrentamento dos problemas sociais existentes da população abrangente, realizando assim ações mais amplas que abordam questões mais estruturais da sociedade, o que ajuda no processo de ensino-aprendizagem e também no saúde-doença.

Na pesquisa de Brasil et al. (2017a) são apresentados empecilhos para realização da intersetorialidade, a saber: precárias condições estruturais do ambiente de trabalho dos profissionais da saúde e da educação, as dificuldades para execução do trabalho em cada setor e o distanciamento entre os profissionais da saúde e da educação.

No município de Fortaleza, o modelo assistencial na APS tem ocorrido com priorização da demanda espontânea frente à cobertura de outras ações esperadas nessas unidades, como os atendimentos agendados, tratamento de doenças crônicas, acompanhamento pré-natal, entre outras necessidades da população. As ações de promoção da saúde foram reduzidas por conta da ocupação dos profissionais com tais demandas, causando insatisfações nos mesmos por não conseguirem realizá-las, como podemos observar no relato de um profissional da saúde:

A gente faz 40 horas semanais aqui e ela é completamente preenchida de modo que você não tem tempo sequer para fazer as atividades de educação em saúde, se você for ver a atenção primária, que é para atender pacientes com quadros crônicos, que é pacientes hipertensos, gestantes para fazer um pré-natal, as crianças para poder fazer uma puericultura (Brasil et al. 2017a, p.4).

A APS tem o papel de articular outros níveis de complexidade da saúde, criando uma rede de atenção, que propõe a integralidade das ações e a continuidade do cuidado (BRASIL, et al., 2017a). Se a rede de atenção do SUS tem se organizado dessa maneira em outras regiões, as ações de promoção da saúde podem não estar ocorrendo no território brasileiro, deixando a população desassistida por não serem atendidas todas as demandas que a saúde em seu conceito amplo deveria abranger.

Em estudo sobre a experiência da implantação do PSE em uma escola estadual no município de Fortaleza/Ceará, os professores reconheciam os problemas que afetavam seus educandos, sendo assim, colaboraram com a equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) para desenvolvimento das ações. Contudo os distintos profissionais se sentiam ansiosos com a possibilidade do não cumprimento das ações por conta do acúmulo das tarefas rotineiras (SANTIAGO et al., 2012).

A APS é constituída por tensionamentos em relação ao modelo de atenção que prioriza o modelo biomédico em detrimento do modelo voltado para a promoção da saúde e determinações do processo saúde-doença (NOGUEIRA, 2017). Esse modelo que tem sido difundido na APS gera um grande desfalque nas ações de promoção da saúde, incluindo o PSE, que são essenciais para enfrentamento das determinações do processo saúde-doença, se tornando um dos empecilhos para efetivação da intersetorialidade no PSE.

O distanciamento entre os profissionais da educação e da saúde também é um dos impedimentos para realização da intersetorialidade, como no relato de um profissional da saúde: “[...] Eu acho o programa importante, agora eu acho assim, que ainda falta uma ligação maior entre os profissionais da educação com os da saúde, porque o programa existe, mas você não vê essa interação” (BRASIL et al., 2017a, p.4). Foi observado pelos autores que o Programa acontecia por meio de atividades pontuais sem o devido planejamento e envolvimento da gestão local do PSE, também não respeitando os objetivos do Programa, prevalecendo a falta de articulação entre os setores, como exposto no relato de um profissional da saúde: “No caso aqui acho que a facilidade é a proximidade da escola, que é uma escola vizinha, você tem um acesso muito fácil, digamos que se tivesse melhor estruturado, porque, assim, a gente precisa também de um feedback” (BRASIL et al., 2017a, p.4).

Outros países, como a Argentina, também possuem dificuldades em efetivar ações de promoção da saúde de maneira intersetorial, realizando ações descontínuas que não favorecem o vínculo entre os setores e desmotiva os próprios participantes, incluindo os educandos (DE LELLIS et al. apud FONTENELLE et al., 2017).

No PSE de Cascavel/Paraná também houve relatos das enfermeiras envolvidas no Programa de que a integração entre os distintos profissionais não ocorreu, afirmando que os profissionais da educação, principalmente das escolas estaduais, não foram receptivos, cordiais e não colaboraram para o desenvolvimento do Programa, como afirma o relato de uma enfermeira: “[...] a escola não tem uma receptividade para isso, eles acham que nós estamos lá atrapalhando o serviço deles [...] não teve interação [...] a gente percebia que estava quebrando a rotina da escola, então a gente se sentia intruso [...]” (BAGGIO et al., 2018, p.1635). Entretanto foi observado pelas autoras do estudo que o PSE começou após um longo período de greve dos professores da rede estadual de educação, fazendo com que a grade curricular fosse reduzida, assim os professores tinham pouco tempo para contemplar todos os conteúdos em falta e uma atividade extracurricular, o PSE, tomaria ainda mais esse tempo.

Os atrasos nos conteúdos previstos para o ano letivo são muitos comuns em algumas escolas, seja por conta da área em que se encontra o colégio, que pode ser um território em que há incursões regulares e confrontos entre as forças armadas do Estado e grupo locais o que acarreta em cancelamento de aulas, seja também pelas precárias condições de saneamento, que podem gerar diversas inundações em certas épocas do ano e também à falta de luz e etc. Outras questões que atrasam os conteúdos programados para o calendário letivo

são as precárias condições de trabalho e estruturais das escolas públicas, que motivam greves estudantis e de trabalhadores. Essas questões influenciam diretamente no desenvolvimento de qualquer atividade que não seja obrigatória, levando os professores e até mesmo a direção da escola repensar no que precisa ser feito e no que deve ser feito, causando sobrecarga de trabalho nesses profissionais, pois precisam lidar com as tarefas que estavam previstas e com as novas atividades que precisam ser feitas.

O não comprometimento por parte da gestão do Programa com a implementação e organização do mesmo também é um dificultador da intersetorialidade. Somam-se a isto, as péssimas condições de trabalho, estruturais e de recursos humanos e as cargas horárias excedentes presentes nos setores da educação e da saúde pública (BRASIL et al., 2017a). Em prol de realizar ações de prevenção, promoção e atenção da saúde a essa população, é necessário que sejam pensados mecanismos de solução para os problemas na atual configuração de trabalho desses profissionais.

Na pesquisa de Medeiros et al. (2018) foi apontado que, na maioria das vezes, os profissionais da saúde subsidiavam financeiramente a execução das atividades e mais da metade dos entrevistados apresentaram a escassez de recursos materiais e financeiros, como a maior dificultadora na implantação do PSE.

A intersetorialidade ainda tem suas dificuldades para ser implementada, os setores em questão possuem suas particularidades, e os profissionais enfrentam graves problemas, como a falta de recursos materiais e humanos, a sobrecarga de trabalho e agendas setoriais distintas, dificultando a sustentabilidade do PSE enquanto um programa intersetorial (FARIAS et al., 2016). É necessário que ocorra um planejamento em conjunto e sistematizado entre os setores saúde e educação a fim de promover a articulação permanente entre eles e partir disso sejam pensadas as ações de cuidado em saúde aos escolares para garantir a efetivação das mesmas como políticas públicas de promoção da saúde e de garantia da qualidade de vida (BAGGIO et al., 2018).

3.2 GESTÃO COMPARTILHADA

A gestão compartilhada vem de contra ponto ao modelo tradicional hegemônico de gestão vertical e centrado em um só líder. Segundo Penedo, Goncalo e Queluz (2019b) esse formato de gestão visa à autonomia dos usuários e profissionais, assim como a corresponsabilização, priorizando a participação dos mesmos desde a idealização até a concretização das ações de saúde.

O modelo de gestão presente no PSE visa à construção compartilhada do planejamento e da execução das ações, mediante as demandas locais. Por este motivo os GTI's precisam ser formados por representantes dos diversos setores envolvidos, da comunidade em que está inserido e também dos educandos, sem esses participantes a gestão deixa de ser compartilhada, o que dificulta a sustentabilidade das ações, já que através da junção é realizado a troca de olhares e saberes (BRASIL, 2015). Assim, os escolares também deveriam ser protagonistas desta construção.

Para os profissionais do PSE de Olinda/Pernambuco todos os atores envolvidos no PSE, direta e indiretamente, são beneficiados pelo Programa, demonstrando o entendimento dos mesmos sobre a importância do PSE para a comunidade local, como, por exemplo, no relato a seguir:

[...] é uma integração entre a escola e os profissionais de saúde no sentido de promover a saúde dentro da escola, ou seja, um contato a mais, uma melhoria na qualidade de vida dos alunos, como também dos pais desses alunos e dos professores porque, quando fazemos essa parceria, quando fazemos esse atendimento, ele não engloba só os alunos, envolve também todos os profissionais dentro da escola e seus familiares (FARIAS et al. 2016, p.263).

Contraditoriamente, mesmo os profissionais entendendo o impacto do Programa para outros sujeitos envolvidos, os familiares, educandos e até membros da comunidade local, não é mencionada a necessidade de tais sujeitos serem participantes ativos na gestão do PSE por meio do GTI-M. Isto também aparece no PSE de BH que há participação dos estudantes e de seus familiares no processo de definição e programação das ações que seriam realizadas (CHIARI et al., 2018). Resultado que também se encontra no PSE de cinco municípios brasileiros, em que apenas quatro gestores entrevistados (de um total de dez) relataram a participação dos estudantes e seus familiares no processo de gestão por meio da definição de prioridades, planejamento e programação de ações locais (FERREIRA et al., 2014). Para que ocorra uma gestão compartilhada no PSE não é suficiente apenas que os representantes dos setores da saúde e da educação estejam envolvidos, a gestão não deve ignorar aqueles que deveriam ser protagonistas das políticas públicas, neste caso, os escolares e seus familiares, pois sem a sua participação as ações dificilmente serão realizadas tendo por referência o princípio da integralidade.

Na pesquisa de Fontenele et al. (2017), realizada com sete gestores do PSE do Rio de Janeiro, foi apresentado o protagonismo juvenil como mecanismo importante para desenvolvimento e execução das ações do Programa, como exposto no relato de um dos gestores: “No momento em que você entender o protagonismo do aluno como uma potencialidade, você melhora o olhar sobre si e sobre o cuidar [...] É uma falha, não promover

a mobilização de lideranças estudantis”. (p. 174). O protagonismo dos educandos no PSE também prevê a promoção de autonomia, cidadania e acesso dos mesmos as políticas públicas.

No PSE de Olinda/Pernambuco os professores e ACS's percebem a importância do Programa enquanto provedor de uma melhora na qualidade de vida dos educandos e também do acesso deles aos serviços de saúde. Entretanto os entrevistados pouco acreditavam no PSE, afirmando que algumas diretrizes não eram seguidas corretamente e certos projetos incompletos e ineficazes, como afirma o relato de um dos profissionais em questão: “Pra que o PSE, se não está tudo amarrado, se realmente não leva ao pé da letra? [...] Então é isso que tenho a dizer do PSE, é um projeto maravilhoso, mas tem defeito” (FARIAS et al., 2016, p.263).

Ainda no PSE de Olinda/Pernambuco a partir do olhar dos professores e ACS's, atores que deveriam participar tanto na gestão por meio do GTI-M, quanto no desenvolvimento das ações, afirmam que a gestão não tem participado de forma significativa nos processos de planejamento, monitoramento, implementação e avaliação do PSE, em desacordo com o que tem sido discutido nas outras pesquisas estudadas em que os respondentes são os próprios gestores. Se a gestão está sendo realizada dessa maneira no caso do PSE de Olinda é justificável o relato de alguns profissionais entrevistados de que algumas diretrizes não estão sendo seguidas corretamente. Já na pesquisa de Baggio et al. (2018) observamos uma hierarquização entre a gestão do PSE e os profissionais que o executam, no caso os enfermeiros, que não sabem informar sobre os critérios de seleção das escolas contempladas pelo Programa e também não possuem retorno, não participam e desconhecem quem realiza o processo de avaliação do PSE, como revela a fala de um enfermeiro da pesquisa: “[...] a gente manda lá pra secretaria, lá pro DIS e eles que organizam lá. Então eu não tenho conhecimento, esse retorno eu não sei te dizer [...]” (p.1634).

Os gestores são peças fundamentais para efetiva implementação do Programa, pois são profissionais de maior influência na área em que atuam e que deveriam ser responsáveis por integrar os dois setores a fim de ser realizada uma gestão compartilhada. Importante ressaltar que o conceito de gestão compartilhada no PSE, não é somente uma articulação entre os diferentes setores, mas sim entre os distintos profissionais dos distintos setores, os educandos, os familiares, outros setores além dos citados e pessoas da comunidade local. A falta de qualquer um desses participantes descaracteriza o proposto do Programa e também dificulta em alguma instância a sua implantação, podendo não gerar os resultados esperados (FARIAS et al., 2016).

Os profissionais entrevistados do PSE de Olinda percebiam um conflito de interesses entre os setores, saúde e educação, muito por as agendas setoriais serem predefinidas sem encaixe das ações do Programa, como explícito no relato de um dos profissionais: “[...] como eu irei fazer com que vocês entrem na sala de aula; porque não é assim, chegar e pronto, existem professoras, existe planejamento, existem horários, e não estar preenchendo ficha de aluno e cadastro de aluno e não estar fazendo exame de aluno, eu não me formei para isso...” (FARIAS et al., 2016, p.265). A falta de disponibilidade nas agendas setoriais também é um empecilho para os gestores entrevistados na pesquisa de Chiari et al. (2018), assim como os da pesquisa de Ferreira et al. (2014), em que foi relatado que apenas seis gestores tinham as reuniões dos GTI’s programadas. É necessário, em prol de manter a organização do Programa e garantir uma gestão compartilhada, ser criada uma agenda intersetorial a fim de planejar as ações e encontros com antecedência, para garantir a articulação e compromisso entre os setores. O PSE é uma estratégia fundamental de prevenção, promoção e atenção à saúde da população abrangida, e deve ser tratado como prioridade junto a outros programas e compromissos dos setores envolvidos.

Também foi dito pelos professores e ACS’s que percebiam o diálogo entre os setores, a falta de tempo e a sobrecarga de trabalho como obstáculos, para execução do Programa, como dito no relato: “Às vezes, eles dizem que vai haver uma ação na escola, quando a gente chega no dia a escola não está sabendo ou então a escola está sabendo e a gente não está. Aí às vezes só isso é que complica.” (FARIAS et al., 2016, p.265). O PSE é um programa que promete garantir ações de saúde no ambiente escolar, sendo assim de grande importância aos atores envolvidos. A priorização do PSE enquanto um programa de saúde e educação deve ser feita pelos ministérios envolvidos, pois assim possivelmente também será prioridade para os profissionais, criando a possibilidade de uma melhora no diálogo e também na falta de tempo devido a melhora nas agendas e na organização do trabalho. A sobrecarga de trabalho também será melhorada com a priorização do Programa, pois poderão ser pensadas estratégias de melhoria da execução do mesmo.

Uma possibilidade de solução para a excessiva sobrecarga de trabalho seria a definição de uma equipe para desenvolver as ações do Programa, como o modelo de atuação criado no PSE BH que aparentemente tem funcionado. Em Belo Horizonte foi elaborado um modelo único para realização do PSE, constituindo uma equipe específica chamada “Equipe do PSE”,

formada pelo monitor do PSE², enfermeiro e auxiliar de enfermagem. As equipes do PSE fazem avaliações de saúde dos estudantes, com a proposta de atribuir o primeiro atendimento e aumentar o número de estudantes atendidos (CHIARI et al., 2018). Para alguns gestores entrevistados na pesquisa de Chiari et al. (2018) essas avaliações de saúde são um avanço do PSE BH, contudo para outros são um retrocesso devido a ação ser feita desvinculada do território das equipes da ESF, ainda mais sem a presença dos pais.

A territorialização, umas das diretrizes do SUS, é de grande importância para o funcionamento do Sistema, a partir das demarcações territoriais o planejamento, a programação e o desenvolvimento das ações são realizados especificamente para cada território, a fim de garantir um maior impacto nas determinações e nos condicionantes de cada realidade (BRASIL, 2017b). A territorialidade presente no PSE por meio do SUS é uma ferramenta de estudo ao se pensar nas questões presentes no processo saúde-doença da comunidade local e também de organização ao se definir as escolas em que será realizado o Programa junto com as UBS. Entretanto essa diretriz acaba limitando o alcance do Programa, por nem todos os estudantes serem do mesmo território em que a escola e a UBS atuam, podendo estes não serem atendidos pelas equipes ESF, dificultando até mesmo a realização das referências, caso necessário. As diretrizes do SUS presentes no PSE são fundamentais para efetiva implantação do Programa, entretanto quando impedem o desenvolvimento do mesmo é necessário pensar estratégias, estabelecer limites ou criar arranjos específicos que melhor se adéquem ao que é esperado no PSE.

A territorialização é um desafio para realização do PSE, apresenta-se uma dificuldade na relação entre “a unidade escolar, a unidade de saúde de referência da escola e a unidade de acompanhamento do escolar correspondente ao território adscrito à Unidade de Saúde da Família” (FONTENELE ET AL, 2017, p. 174). Esta dificuldade é expressa também na fala de um gestor entrevistado: “Outra coisa que acho que prejudica é a questão da territorialização, pois você acompanha as escolas do território [...] Na verdade, a EqSF vai fazer a promoção na escola, mas o atendimento individual é preconizado que seja no território onde ele mora” (p. 174).

Quando a equipe do PSE referencia o escolar para sua UBS de origem, não necessariamente é garantida a continuidade do cuidado, pois o escolar fica a mercê do

² De acordo com as publicações no Diário Oficial da União de Belo Horizonte, o monitor do PSE é uma profissão criada com intuito de ampliar e fortalecer o alcance do Programa. Foi garantida formação para tais profissionais por meio de roda de conversas, palestras e oficinas que abordam temas de prevenção de doenças e promoção da saúde, com o propósito de educar. Este profissional, no entanto, não foi citado em nenhum outro artigo, carecendo de maiores informações sobre seu perfil, funções e responsabilidades.

atendimento prestado e das condições estruturais nessa Unidade. Essas questões podem ser impeditivas para o efetivo funcionamento do Programa, pois não garante o acesso dos estudantes aos serviços de saúde. Segundo os autores os gestores entrevistados apresentaram como solução a esse problema o estabelecimento de reuniões locais periódicas entre os profissionais das escolas e das UBS's que são referência para o território em questão, o Rio de Janeiro. Foi proposto que nessas reuniões ocorram trocas de informações sobre os educandos, gerando vínculo e parceria entre os distintos profissionais a fim de promover saúde integral aos escolares (FONTENELE et al., 2017). No entanto acreditamos que a dificuldade das UBS em continuar o trabalho com os jovens diz respeito também à falta de condições financeiras, estruturais e de força de trabalho do SUS, como relatado por alguns entrevistados dos estudos citados.

Ainda na região Sudeste, porém no município de Belo Horizonte, criou-se uma estratégia que pode vir a contribuir para garantia do acesso aos escolares. Neste município foi criada uma equipe específica para realizar as ações de saúde na escola, que apesar de no estudo de Chiari et al. (2018) não ter sido identificado o motivo para essa criação, é possível inferir que as Equipes foram definidas com intuito de ampliar a quantidade de estudantes assistidos pelo PSE, pois em 2010, mesmo ano em que houve a inserção do monitor, o PSE atingiu 100% da cobertura da rede municipal de Ensino Fundamental diurno. Já em 2011, ano da formação e primeira atuação das Equipes do PSE, o Programa ampliou suas ações às Unidades Municipais de Educação Infantil. Isso demonstra que esse modelo de atuação diferenciado foi benéfico para o PSE BH, garantindo um maior alcance dos estudantes, integrando-os ao PSE e conseqüentemente aos serviços de saúde. Sendo assim, esse formato de atuação deve ser futuramente estudado para conhecermos suas potencialidades, empecilhos, desvantagens e vantagens e assim cooperar no processo de implementação do Programa.

Contudo, o funcionamento das Equipes do PSE distantes das equipes da ESF e dos professores, mostra uma falha na intersetorialidade do Programa, pois não é feita uma integração entre as redes. Uma possível solução frente a essa falha na intersetorialidade seria uma reconfiguração das Equipes do PSE incluindo participantes dos dois setores, não realizando apenas ações assistenciais. Considero importante ressaltar a falta da participação dos agentes comunitários de saúde nesse formato de equipe. Os ACS's são profissionais que conhecem o território em que atuam e tem contato com a realidade de vida da população, sendo então peça fundamental para se pensar na saúde de maneira integral, ajudando a

conhecer o contexto em que o educando vive e o contato com eles e assim buscar garantir o proposto de gerar mais promoção da saúde, qualidade de vida.

Chiari et al. (2018) apontam que a atuação das equipes ESF e dos professores tenham sido marginal frente as Equipes do PSE, sendo pouco comentada nas notícias do Diário Oficial do Município e nas respostas dos gestores participantes da pesquisa. No entanto, é importante ressaltar que devido as Equipes do PSE serem um novo modelo de atuação e pela aposta dos gestores municipais e das secretarias municipais de Educação e Saúde, é esperado maior destaque nas notícias e publicações sobre a atuação destas equipes. Cabe afirmar que as equipes ESF e os professores desenvolvem funções importantes no PSE, como por exemplo, nos Projetos Político-Pedagógicos (PPP) das escolas foram incluídos temas de saúde, abordados por meio de “oficinas, rodas de conversa, projetos, feiras, seminários, gincanas, palestras e campanhas, produção de material didático com destaque para o Guia de Promoção à Saúde” (CHIARI, et al., 2018, p.4). Essas ações dependem dos professores para se efetivarem, por serem ações realizadas dentro da escola por intermédio deles e com assessoria dos profissionais de saúde. Igualmente as equipes ESF, quando os educandos precisam ser referenciados, o encaminhamento é feito para a UBS onde o estudante está cadastrado, onde as equipes ESF atuam (BRASIL, 2010b), mostrando a relevância dessa equipe na continuidade do cuidado com os escolares.

É uma das atribuições do GTI-M, em esfera federal, realizar uma articulação da inclusão dos temas propostos pelo PSE nos PPP's das escolas. No município de BH não são todas as escolas que realizam essa prática e também nem todos os gestores participantes da pesquisa de Chiari et al. (2018) a conhecem. A inclusão desses temas nos PPP's é de grande importância, não só para efetiva implementação do Programa, mas também para os escolares, pois garante a eles discussão de temas de saúde na rotina escolar que podem vir a promover cidadania e autonomia.

No PSE BH o processo avaliativo e de monitoramento foram frágeis. Alguns gestores conhecem os instrumentos oficiais do PSE, mas também citam outros instrumentos criados pelo próprio município. Isso dificulta a realização de uma análise crítica sobre o desenvolvimento do Programa (CHIARI et al., 2018).

De acordo com os gestores do PSE BH o diálogo, entre unidades de saúde, escolas e estudantes, foi fortalecido no desenvolvimento do Programa, mostrando que o PSE é um programa intersetorial promissor, que tem capacidade de promover cidadania e uma melhor qualidade de vida nos educandos (CHIARI et al., 2018), desde que seja desenvolvido como prioridade para os respectivos ministérios e também para o Estado, garantindo uma maior

atenção em seus processos e assim efetivá-lo como uma política de estado, seguindo seus objetivos e suas diretrizes, o que só acontece a partir da participação dos gestores, trabalhadores, famílias, estudantes e comunidade local na consolidação do Programa.

3.3 MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE

A palavra modelo possui diversos significados que tangem o campo semântico de norma, exemplo, padrão, referência ou forma. Assim, a polissemia de modelo traz confusão ao falarmos sobre os modelos de atenção à saúde, estabelecendo um sentido de normatização, padronização ou enquadramento. Contudo, ao contrário desses sentidos a palavra modelo, aqui empregada, diz respeito ao modo como algo é realizado, a partir da identificação de traços, fundamentos, lógicas e racionalidades que o orientam. Em sua totalidade o termo modelo de atenção à saúde concerne a como, em uma dada sociedade, são desenvolvidas as ações de atenção à saúde, ou seja, como a assistência, o cuidado, as ações, as intervenções e as práticas no campo da saúde têm sido organizadas (PAIM, 2018; JÚNIOR; ALVES, 2007).

Nos artigos analisados foram poucos os que citaram atividades de promoção da saúde que fogem das produzidas com base no modelo de atenção biomédico. Um exemplo que apresenta este tipo de prática não tradicional, e não predominante produzida no PSE ocorreu em uma escola do estado do Rio de Janeiro onde foi realizada uma peça sobre saúde bucal e também a paródia de uma música de um cantor conhecido sobre o que eles tinham aprendido e deveriam praticar. Segundo o autor essa estratégia facilitou a compreensão dos estudantes e a inserção dos temas de saúde no cotidiano escolar, pois propicia “o encontro entre sua cultura e o conhecimento técnico-científico” (CARVALHO, 2015, p. 1222), fortalecendo a atenção e o cuidado em saúde a esses estudantes.

O conceito de promoção da saúde muitas vezes é confundido com a ideia de promoção de hábitos saudáveis ou até mesmo com a de prevenção de doenças. Contudo a promoção da saúde não é um manual técnico e normativo que dita como controlar doenças, o real conceito de promoção da saúde busca promover o fortalecimento do indivíduo e do coletivo para lidar com as determinações e condicionantes do processo saúde-doença, também visando ações que gerem efeitos nessas questões (CZERESNIA, 2003).

A promoção da saúde prevista no PSE tem sido muitas vezes expressa no Programa de maneira equivocada, sendo aplicada descontextualizada da literatura e se aproximando do conceito de prevenção de doenças. A normativa do PSE pode estar gerando certa incompreensão nos que a executam, pois não há definição clara de alguns conceitos, como o

de promoção da saúde. Logo, é necessário que os documentos que norteiam o PSE sejam objetivos e claros sobre as diretrizes e os princípios do Programa, para que não existam confusões ao executá-los (LOPES; NOGUEIRA; ROCHA, 2018).

O modelo intersetorial e multidisciplinar a que se propõe o PSE é complexo e depende de uma boa conceituação para que tenha mais chances de ser executado. Os impasses entre a teoria e a prática dentro do PSE serão solucionados quando a promoção da saúde, assim como outros conceitos que são fundamentais no Programa forem difundidos no processo de capacitação dos profissionais, pois assim existirá um processo de socialização do conhecimento que visa construir capacidades, corresponsabilidades, gestão compartilhada e ações intersetoriais (BYDLOWSKI; LEFÉVRE; PEREIRA apud LOPES; NOGUEIRA; ROCHA, 2018).

No PSE de Cascavel/Paraná foi observado pelas autoras que os gestores valorizavam os dados das avaliações de saúde dos escolares para alimentar o sistema de informações e assim alcançar a verba, não sendo importante o diagnóstico dos problemas de saúde para criar estratégias de prevenção das doenças e de promoção da saúde do educando, o relato de uma enfermeira do Programa afirma o exposto: “[...] eu não sei se os gestores estão envolvidos [...] estão se importando mais com os números [...] para poder vir verba [...]” (BAGGIO et al., 2018, p.1634).

A falta de recursos materiais e humanos e as péssimas condições estruturais têm gerado sobrecarga de trabalho nos profissionais da APS, interferindo na qualidade das avaliações de saúde dos escolares, exemplificado no relato de uma enfermeira: “[...] espaço nas escolas também dificultou [...] não se tem uma sala específica para fazer um teste visual, que conta muito a claridade, o barulho [...]” (BAGGIO et al., 2018, p.1633). Outros estudos analisados na presente pesquisa também abordam como a falta de recursos materiais e humanos e as condições estruturais afetam diretamente o desenvolvimento do Programa, assim como afetam as atividades na UBS, fazendo com que os atendimentos sejam realizados com pressa, sem o devido cuidado ao usuário e desconsiderando os princípios norteadores do SUS.

Todos os fatores mencionados impulsionam uma reorientação no modelo de atenção da APS que visa a quantidade dos atendimentos, deixando os profissionais saturados de trabalho e mesmo compreendendo a importância do que deveria ser feito, como as atividades de promoção da saúde, acabam não conseguindo realizar, pois bater metas passa a ser mais importante. Podemos então inferir que o PSE e outras ações que não estão no plano de metas das UBS acabam ficando de lado por conta da grande carga horária de trabalho que as ações

assistencialistas ocupam e também pela falta de materiais, profissionais e estrutura, como já citado.

Mesmo após a saúde ser regulamentada como direito universal, através da constituição de 1988, a sua universalização ainda é regida mediante os interesses privatistas e empresariais, que são priorizados pelo Estado. Tem se mantido a gestão privada gerindo os recursos públicos na prestação de serviços de saúde, ocasionando uma expansão da APS, mas por possuir esses mecanismos de gestão são prevalecidos os “interesses do complexo médico-industrial-financeiro existente no país” (NOGUEIRA, 2018, p.4). Neste cenário de valorização dos setores privados à frente do serviço público, são notórias as raízes do sistema capitalista presentes na sociedade brasileira, que criam empecilhos para o efetivo funcionamento da saúde pública, priorizando o movimento do capital a cima de um serviço público de qualidade (NOGUEIRA, 2018).

A revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) no VII Fórum Nacional de Gestão da Atenção, oficializada em setembro de 2017, foi um retrocesso no campo da saúde pública. Nogueira (2018) aponta as propostas apresentadas no relatório do evento:

diferenciação dos regimes de trabalho entre os trabalhadores que compõem as equipes de atenção primária, carga horária e vínculo empregatício; proposta de criação de uma nova categoria profissional que se daria a partir da fusão entre duas categorias profissionais; gestão do trabalho por competências. Assim, enfatiza-se um modelo de atenção médico-centrado, orientado pela lógica curativista, pautada em queixa-conduta (p.4).

Foram implementados instrumentos e processos de avaliação e gestão mercantis que não fortalecem o desenvolvimento da APS, por não considerar as complexidades e particularidades de suas diretrizes e seus princípios. No estudo de Nogueira (2018) foi apresentada, além das questões presentes na atual política da APS, a precarização do trabalho dos ACS's, mostrando os impactos dessa reestruturação da APS pra esses profissionais.

Os ACS's entrevistados relataram a inclusão de mecanismos de avaliação do trabalho que possuíam como método as metas, tais não foram definidas junto a esses profissionais, também não considerando as ações de cuidado e promoção da saúde, o que pode levar a uma redução desse tipo de ação. O tempo das atividades dentro das UBS também foi aumentado frente ao tempo para atuação no território, sendo monitorado pelos indicadores de “produção” (NOGUEIRA, 2018).

Essa reestruturação na APS tem influenciado negativamente nas atividades previstas das UBS, principalmente nas ações de promoção da saúde, que são reduzidas ou até inexistentes, como observado nas pesquisas analisadas. A atuação da APS sobre as questões de determinação social do processo saúde-doença não tem ocorrido, o que descaracteriza o

seu proposto de reorientadora do modelo de atenção à saúde, deixando a população que necessita desse cuidado desassistida (NOGUEIRA, 2018).

O PSE possui como forma de organização para cumprimento das ações previstas três componentes que devem ser executados simultaneamente de maneira processual, a saber: componente um – avaliação clínica e psicossocial, componente dois – promoção e prevenção à saúde; e componente três – formação (BRASIL apud BAGGIO et al., 2018). Segundo as autoras o PSE de Cascavel/Paraná tinha como foco realizar as avaliações das condições de saúde dos escolares, não saindo dos passos iniciais de execução, que seria o componente um. As atividades possuíam curtos prazos de entrega, foram feitos inclusive mutirões para realizar as avaliações, como apresentado no relato de uma enfermeira da pesquisa: “[...] ano passado [...] a gente teve que fazer assim, em questão de uma semana nas escolas [...]” (BAGGIO et al., 2018, p.1633).

Existe uma tensão nos relatos dos profissionais de saúde da pesquisa de Baggio et al. (2018) entre o que eles querem fazer e o que tem que ser feito, também notamos isso em outros estudos analisados. Essa tensão observada nos diz muito sobre o modelo de atenção hegemônico na APS, o modelo biomédico, no qual é prioridade o quantitativo das ações ao invés do qualitativo.

A pesquisa de Carvalho (2015) foi realizada nas Secretárias de Educação e em três escolas de ensino fundamental dos municípios de Duque de Caxias e Nova Iguaçu no Estado do Rio de Janeiro. Foi utilizada como método a observação participante, assim como entrevistas com profissionais da saúde e da educação. No estudo foi observado o cenário de uma ação de saúde em que eram realizadas as medidas de peso corporal, altura e pressão arterial em estudantes do segundo ao quinto ano em um das escolas da pesquisa, o trecho a seguir descreve um recorte dessa ação:

Muitos alunos olham do lado de fora da sala pela parede, que é vazada. Perguntam uns para os outros para que serve a ação de saúde. Dois alunos estão com medo e dizem um para o outro: “é você”, “não, é você”. Um desses alunos pergunta: “vai dar vacina?”. A profissional da fonoaudiologia responde: “vou, no bumbum, preparem-se”. Uma aluna que não está entre os beneficiários da ação entra na sala e pede para “tirar” a pressão; a equipe de saúde responde que o programa só atende crianças de até 13 anos (CARVALHO, 2015, p. 1217).

No relato apresentado existe um distanciamento entre os profissionais da saúde com os estudantes, os profissionais possivelmente não têm visto os escolares como indivíduos, criando uma relação de hierarquia que não favorece a promoção da saúde, pelo contrário reduz as ações ao assistencialismo, pois o estudante não é visto integralmente como um sujeito e sim apenas como receptor das ações. Para sustentabilidade do PSE é necessário que

os profissionais de saúde não o entendam como um programa de ações pontuais de saúde, mas sim como uma estratégia pedagógica de promoção da saúde e contínua de cuidado.

Entretanto o não entendimento do Programa enquanto estratégia pedagógica pode ocorrer pela não familiarização dos profissionais de saúde com práticas pedagógicas no processo de formação, o trecho a seguir reforça esse entendimento: “A profissional da fonoaudiologia se isenta de falar sobre estratégias pedagógicas porque isso é coisa da escola” (CARVALHO, 2015, p. 1217-1218). Essa dificuldade dos profissionais dos setores da saúde e da educação se integrarem ao produzirem as ações junto aos escolares já foi relatada em outras pesquisas analisadas nesse estudo (FERREIRA et al., 2014; FARIAS et al., 2016), mostrando a importância da intersetorialidade e também da educação permanente. Pois a primeira envolve parceria entre os profissionais até mesmo na realização das ações, e a segunda proporciona o entendimento de como devem ser realizadas, ajudando os profissionais a compreenderem a importância das distintas ações em conjunto.

A perspectiva dos profissionais sobre o que é o PSE, o que ele quer alcançar, possui divergências, mesmo a fala de alguns profissionais se aproximar do conceito reconhecido nas normativas do Programa (FARIAS et al., 2016), outros não compreendem o seu conceito amplo (FONTENELE et al., 2017). Isso pode acontecer por conta da baixa qualidade das capacitações oferecidas, que não contribuem para os profissionais compreenderem os objetivos do Programa e sua importância. Outro aspecto que pode constituir este processo é a reestruturação do modelo de atenção da APS, pois como já dito, os profissionais veem as atividades do PSE e as atividades de promoção da saúde como uma tarefa a mais há ser cumprida e as condições que os cercam dificultam ainda mais a realização, tornando o Programa meramente uma intervenção avaliativa nos educandos (BAGGIO et al., 2018).

Portanto, o processo de implantação do Programa possui tensões em relação aos modelos que têm sido produzidos no SUS. Constituem a produção de saúde tanto o modelo biomédico quanto o modelo sanitário, este último se refere a forma de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde mediante campanhas, programas, vigilância sanitária e epidemiológica (PAIM, 2008). Considerando que o PSE ocorre principalmente em UBS e é executado por trabalhadores das equipes ESF, seria importante contribuir para reorientação do modelo de atenção, com ênfase na integralidade, na participação social, nos riscos e nas determinações socioambientais, processo que se apresenta como um desafio para implantação do Programa.

4 EFEITOS DAS AÇÕES PRODUZIDAS NO ÂMBITO DO PSE NA VIDA DOS ESTUDANTES SEGUNDO A LITERATURA CIENTÍFICA

Para produção deste capítulo foram lidos na íntegra os três artigos incluídos através da pesquisa bibliográfica no eixo “efeitos do PSE”, dois deles abordam a percepção de agentes que participam do Programa (escolares e profissionais das áreas da saúde e da educação) e um que trata das políticas públicas brasileiras em relação com as vulnerabilidades na infância e adolescência.

As crianças e os adolescentes por serem dependentes, em geral, de seus responsáveis, estão sujeitos ao ambiente físico e social em que vivem, podendo ser um ambiente desigual socialmente, o que acarreta em situações de vulnerabilidades que afetam a saúde (FONSECA et al., 2013). Ayres apud Fonseca (2013, p.260) afirma que são ferramentas importantes para avaliar situações de vulnerabilidades: “o acesso aos meios de comunicação, a escolarização, a disponibilidade de recursos materiais, a autonomia para influenciar nas decisões políticas e a possibilidade de enfrentar barreiras culturais e de estar livre de coerções violentas ou poder defender-se delas”.

As principais vulnerabilidades presentes na infância e adolescência no Brasil são: complicações relacionadas ao alcoolismo, mesmo que a venda de bebidas alcoólicas não seja permitida para menores de 18 anos o consumo nessa faixa etária é muito comum; brigas entre os responsáveis, o que expõe crianças e adolescentes à violência, muitas vezes diariamente; riscos pertinentes ao lugar de moradia, como a falta de serviços públicos e de áreas destinadas ao lazer, e a proximidade de pontos de venda dominados pelo tráfico de drogas ilícitas; e trabalho e prostituição infantil (FONSECA et al., 2013).

O fracasso escolar por vezes é relacionado aos processos de ensino ou aprendizagem. No entanto, o mesmo costuma ser analisado somente no ponto de vista das dificuldades do aprendizado do educando, não se pensando nas questões determinantes como as condições sociais e o contexto familiar em que vive a criança ou o adolescente, e questões de ordem biológicas (CORD et al., 2015). Também não incluem como possibilidade as dificuldades relacionadas ao método de ensino, as relações interpessoais entre professor e estudante, entre outras questões que não se limitam a responsabilização do educando e do educador.

As situações citadas anteriormente expressam a necessidade de políticas públicas, entre elas o PSE, que visa reconhecer as vulnerabilidades que os escolares estão expostos e propõe gerar ações de promoção, prevenção e atenção a saúde para essa população, produzindo um melhor desenvolvimento escolar, qualidade de vida, autonomia e cidadania.

No estudo feito por Oliveira et al. (2018) são apresentados relatos de estudantes do Ensino Fundamental de duas Escolas Municipais do estado de Minas Gerais, mais especificamente, do município de Belo Horizonte. Já no estudo de Cord et al. (2015), a pesquisa foi realizada entre dez profissionais no âmbito do PSE, os profissionais da educação exerciam as funções de professor, coordenador pedagógico e auxiliar de laboratório, enquanto os profissionais da saúde atuavam nas funções de enfermeiro, técnico de enfermagem e médico.

Entre os relatos foi destacada uma variedade de efeitos do PSE ditos pelos educandos, como: cuidado, gratidão, autonomia e corresponsabilização. Em relação ao cuidado, identificamos diferentes concepções: ampliação da oferta dos serviços de saúde; solução para problemas de saúde; proteção de doenças; e facilitação do acesso aos serviços de saúde.

A concepção de cuidado mais relatada foi a possibilidade de *acesso aos serviços de saúde* pelo fato do profissional de saúde ir à escola e oferecer o atendimento. Essa compreensão pode ser feita, pois quando crianças ou adolescentes demandam cuidados de saúde normalmente buscam os serviços de saúde acompanhados pelos responsáveis (OLIVEIRA, 2018). Acrescenta-se a isto as famílias que possuem dificuldades financeiras, o que acarreta ainda mais empecilhos para os responsáveis levarem os escolares ao serviço de saúde, tarefa de importante cunho, em alguns momentos, para a solução das dificuldades de aprendizagem, como exposto no relato feito por um profissional da saúde: “[...] a mãe não leva, abandona. [...] Então a gente vê que realmente tem um problema, só que a família não [...] Às vezes, não tem condições financeiras de ir levar a criança até o serviço de avaliação” (CORD et al., 2015, p.45).

Outra concepção evidenciada de cuidado foi a *solução de problemas* muitas vezes exposta pelos escolares, como no relato: “[...] o programa me ajudou muito com o meu problema de vista [...] além do oculista, o programa também tem vários outros recursos como o dentista [...]” (OLIVEIRA, 2018, p.2894). Também foi observado nos relatos ênfase aos serviços assistenciais, o que demonstra a visão dos estudantes restrita sobre o conceito de saúde, pois apenas as avaliações clínicas seriam suficientes, assim como as soluções de problemas. As questões de ordem biológica também foram citadas pelos profissionais do PSE como dificultadoras da aprendizagem, porém a maioria das falas era voltada a questões psicológicas, como por exemplo, no relato de um profissional da educação: “se esse lado emocional não é muito bom, assim, não está muito equilibrado, desequilibrou de alguma forma seja lá qual for, afeta no aprendizado. Ela não consegue ter atenção, concentração. E o emocional interfere, sim” (CORD et al., 2015, p.47).

O PSE possui 12 (doze) ações necessárias de serem desenvolvidas para se realizar a adesão ao Programa (BRASIL, 2017c), tais não são previstas no decreto inicial de implantação, mas sim na Portaria Interministerial nº 1.055/2017 que redefine as regras e os critérios de adesão ao Programa. Dentre essas ações nenhuma contempla a saúde mental dos educandos, mesmo que o Programa tenha como objetivo enfrentar as vulnerabilidades da saúde que implicam o pleno desenvolvimento escolar. Segundo Cord et al. (2015), a única referência feita a aspectos psicológicos no Programa é feita no decreto quando assume que uma das ações de atenção, promoção, prevenção e assistência à saúde que pode vir a ser realizada é a avaliação psicossocial.

Foi percebido entre os articuladores do PSE que as dificuldades de aprendizagem relacionadas a questões psicológicas são sobre a personalidade do estudante, normalmente muito agitado, agressivo, hiperativo, apático, com dificuldade de concentração, memorização, interpretação ou com déficit de atenção. Isso mostra a não compreensão de que existem diversos modos de ser e de aprender, logo, também de ensinar, produzindo, no encaminhamento desses educandos à UBS, o início de um processo de homogeneização dos mesmos, que possui como método uma possível medicalização (CORD et al., 2015). A personalidade do estudante muitas vezes é usada como justificativa para suas dificuldades de aprendizagem e de seu ajustamento escolar (SAWAYA apud CORD et al., 2015). Partindo desse entendimento, é possível observar uma expectativa em relação ao perfil do estudante, levando os profissionais a criarem uma concepção de estudante ideal, não podendo ser nem tão agitado, nem tão apático. O depoimento a seguir, de um profissional da educação reforça essa ideia: “entender por que o aluninho tal da turma tal não está acompanhando como os demais; casos de hiperatividade, casos de crianças apáticas que não se envolvem quando o professor tenta envolver e ele não participa” (CORD et al., 2015, p.48).

Entretanto, um efeito demonstrado nos relatos dos escolares foi o de *gratidão* aos profissionais de saúde pelo desenvolvimento de ações do PSE, como: “[...] eles cuidam de nós e isso eu chamo de bondade com as pessoas que precisam deles [...] muito obrigado, pessoas do PSE, por cuidar das pessoas das escolas [...]” (OLIVEIRA, 2018, p.2896). Isso demonstra novamente certo desconhecimento dos escolares sobre seu direito a saúde, pois esta é um direito universal no Brasil. Considerando que os escolares relatam que as ações do PSE dependem da bondade das pessoas que a executam, nos perguntamos: Como se tem sido trabalhado junto aos escolares a perspectiva da saúde como um direito? E que o PSE faz parte de um Sistema Universal de Saúde? Constatamos dentre os objetivos do Programa alguns que se relacionam com a idéia de se trabalhar junto com educandos a saúde como um direito, para

que as ações produzidas no âmbito do PSE não se resumam a ações assistencialistas. Como os seguintes objetivos que se relacionam com o SUS e com direitos humanos:

II - articular as ações do Sistema Único de Saúde - SUS às ações das redes de educação básica pública, de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis; e IV - contribuir para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos (BRASIL, 2007, p.1).

Assim seguimos questionando como a promoção da cidadania, também exposta nos objetivos do programa (BRASIL, 2007), tem sido realizada, pois nos parece que em sua totalidade não foi efetiva.

Ao lermos uma publicação do MS destinada aos gestores do PSE (BRASIL, 2015), encontramos uma ação que se relaciona com a promoção da cidadania dos escolares, a saber: formação de jovens protagonistas para o PSE. No entanto esta se relaciona com a educação permanente em saúde prevista no decreto que regulamenta o Programa, mas não se constitui como uma ação prioritária do mesmo. Assim nos perguntamos, por que o PSE apresenta a educação permanente em saúde como uma ação complementar e não essencial?

Também foi observado entre os relatos dos escolares o entendimento de que as ações do Programa são feitas predominantemente para *evitar problemas e proteger de doenças*, em detrimento de ações que promovam hábitos saudáveis. Foi observado por Oliveira (2018), em somente uma das escolas pesquisadas, relatos de crianças e adolescentes em que houve aprendizados e cuidados obtidos para prevenção de doenças e promoção da saúde: “[...] eu aprendi a ser mais saudável, agora eu caminho toda terça-feira e eu espero que sempre continue. E eu aprendi a combater a dengue, zica e chicungunha [...]” (OLIVEIRA, 2018, p.2895).

Um ponto importante quando se fala sobre saúde de crianças e adolescentes é a *corresponsabilização* entre escola e família. No estudo de Oliveira et al. (2018) apenas dois relatos entre os estudantes abordaram essa corresponsabilização: “[...] Claro que os pais têm que cuidar e se preocupar com os seus filhos, mesmo a escola tendo esse cuidado com todos nós.” (p.2896). Na pesquisa de Cord et al. (2015) os profissionais envolvidos no PSE também identificam a corresponsabilização como aspecto essencial que influencia no fracasso escolar, entretanto acreditam que isto ocorre devido as famílias supostamente não educarem os filhos de “maneira correta”, não estabelecendo horários para estudo, regras e limites, não orientando nas lições escolares e não participando do desenvolvimento escolar dos mesmos. Entre os articuladores do PSE perpetua-se um modelo ideal de família, presente no discurso

normatizador, tornando a corresponsabilização em culpabilização da família, não relacionando as dificuldades de aprendizagem ao contexto social ou até mesmo ao escolar.

No PSE de Cascavel/Paraná é relatado que quando os enfermeiros identificavam alterações clínicas nos educandos, após o contato com a escola e com os responsáveis do estudante por meio de bilhetes, é realizado o encaminhamento para uma avaliação especializada. A partir daí o responsável deveria comparecer a UBS para pegar o formulário de encaminhamento ao serviço de referência e então comparecer ao serviço com o estudante no dia e hora marcados, como afirma o relato de uma enfermeira: “[...] após a avaliação [...] detectou o problema, foi entregue um bilhete para os pais. Aí, os pais procuram a UBS [...] foi mandado também um bilhetinho para os pais pelas crianças, para vir realizar as vacinas [...]” (BAGGIO et al. 2018, p.1634). Todo esse processo além de demorar a realização do cuidado ao estudante, também pode impedir de acontecer. Como já apresentado, muitas famílias possuem dificuldades para levarem os filhos aos serviços de saúde, quanto mais empecilhos forem criados menos escolares serão assistidos, indivíduos que muitas vezes carecem do cuidado em saúde. Ademais gera uma responsabilização unicamente dos pais pelo encaminhamento do cuidado.

O contexto escolar também foi apontado em algumas falas como produtor do fracasso escolar, mas ainda assim culpabilizando o educando e sua família, conforme o exposto no relato de um profissional da educação: “A dificuldade da criança não é só dela. [...] Depende do ambiente da família onde ela vive, da escola, dos profissionais que trabalham em sala de aula, do envolvimento do professor com a criança, a metodologia que ele utiliza [...]” (CORD et al., 2015, p.48). Em outro relato, feito por um profissional da educação é mostrada a necessidade de intervenção desses profissionais, não apenas ao fazer um possível encaminhamento, mas também de realizar mudanças como, por exemplo, no método de ensino: “só saber que ele [aluno] é diferente por causa disso ou daquilo não vai mudar nada, se continuar se fazendo tudo do jeito que já se fazia. A gente só vai continuar constatando o insucesso da criança” (CORD et al., 2015, p.48).

O vínculo entre escola e UBS se tornou essencial no ponto de vista de todos os profissionais da pesquisa citada anteriormente, reforçando a isenção da escola na produção do fracasso escolar, pois somente a partir do acompanhamento pela equipe de saúde o problema do estudante seria resolvido, como se verifica no relato de um profissional da educação: “[é possível] melhorar pelo menos a qualidade, não só da educação, mas a qualidade de vida da criança, [pois ocorrerá] o acompanhamento que a criança necessita para tentar realmente

superar esse problema” (CORD et al., 2015, p.49). Esse tipo de fala corrobora a culpabilização ou do escolar ou da família pelas dificuldades de aprendizagem.

A visita domiciliar é uma estratégia, utilizada na área da saúde, para se conhecer o contexto social em que as famílias vivem, sendo utilizada principalmente pelos ACS's na ESF. Os profissionais entrevistados do PSE (CORD, 2015) veem os ACS's como profissionais que possuem uma relação hierárquica, vertical e assimétrica com as famílias dos escolares, fiscalizando-as e fornecendo as informações para a escola, produzindo verdades que justificam a não aprendizagem dos estudantes. Entretanto essa troca de informações, além de fazer parte dos objetivos do Programa, é importante para entendimento da realidade do estudante, como explicitado no relato feito por um profissional da educação:

[...] às vezes, na reunião do Posto, eu fico descobrindo que aquele menino mora numa casa que é uma boca de fumo, que é entra e sai dia e noite de gente que vai comprar droga, e esse menino é aquele que dorme na sala de aula, provavelmente porque na casa dele à noite é um entra e sai o tempo inteiro, ele não está com um sono tranquilo [...] (CORD et al., 2015, p.46).

Isso nos faz questionar se a oferta feita de formação para os profissionais da educação tem sido realizada com embasamento crítico, pois como exposto anteriormente, eles vêem essas informações conseguidas através das visitas domiciliares apenas como uma justificativa do comportamento do estudante, não pensando em mecanismos para superar as dificuldades de aprendizagem.

Segundo o Manual Técnico de Adesão e Desenvolvimento das Ações do PSE, publicado pelo MS e MEC (BRASIL, 2018), é responsabilidade das três esferas de governo a realização contínua e permanente de formação para gestores e técnicos da saúde e da educação. Já no decreto que regulamenta as ações do Programa (BRASIL, 2007), afirma-se que é competência dos referidos Ministérios subsidiar propostas de formação para os atores envolvidos na implementação do PSE. Há inclusive a indicação da necessidade de realização de atividades da educação permanente para profissionais da educação e da saúde nos temas relativos ao Programa, como avaliação das condições de saúde de prevenção e de promoção da saúde (BRASIL, 2015).

No entanto a questão da educação permanente foi pouco ponderada nas falas dos articuladores do PSE, sendo somente mencionada a necessidade de formação para que sejam capazes de lidar com dificuldades de aprendizagem. Como o exposto no relato de um profissional da educação: “A dificuldade de aprendizagem deve ser trabalhada dentro da unidade [escolar] e os professores devem ser instrumentalizados para isso” (CORD et al., 2015, p.48). Cabral e Sawaya apud Cord et al. (2015) afirma que, mesmo havendo avanços

teórico-metodológicos sobre os problemas existentes no ambiente escolar, considerando a escola como um contribuinte para os mesmos, os profissionais ainda mantêm o foco de intervenção nos estudantes e seus familiares, fazendo com que o PSE possa contribuir à reativação do processo de medicalização e do discurso biomédico na escola.

Através do estudo observamos que os profissionais entendem o PSE como uma oportunidade para melhorar problemas de aprendizagem ou o “fracasso escolar” dos estudantes. A solução para problemas de saúde e proteção de doenças, concepções de cuidado relatadas pelos estudantes, corroboram esse pensamento. Há valorização dos serviços assistenciais frente à promoção da saúde, sendo mais importante a solução dos problemas que dificultam a aprendizagem dos educandos, do que promover a garantia dos seus direitos, assim como a ampliação do acesso aos serviços de saúde. Os escolares até mesmo identificavam que as ações do PSE eram realizadas para evitar problemas e proteger de doenças, não possuindo acesso ao que de fato o Programa objetiva. Esse modelo biomédico, assistencialista, que tem como intuito domesticar o comportamento dos educandos e que tem sido difundido no PSE, prejudica um real impacto na saúde dos mesmos, pois não tem sido olhada a estrutura dos problemas, ou seja, as determinações do processo saúde-doença, mas apenas as doenças que podem nem existir (SILVA; BODSTEIN, 2016).

Contraditoriamente, apesar do espaço escolar não ser o mais conveniente para se fazer uma pesquisa, já que o ambiente pode incentivar os participantes do estudo a uma “resposta certa” (SPYROU apud OLIVEIRA, 2018), as pesquisas que utilizam do trabalho de campo no âmbito do PSE são necessárias, pois nos apresentam elementos da realidade complexa que constitui a articulação entre os ambientes de saúde e educação.

5 CONCLUSÕES

A presente pesquisa objetivou analisar o processo de implantação do PSE tal como os efeitos das ações produzidas no âmbito do Programa na vida dos escolares. A partir da pesquisa bibliográfica foram lidos na íntegra, e categorizados, artigos científicos que contribuíram para análise dos pontos supracitados, assim como foram acessadas bibliografias da área da saúde coletiva e documentos oficiais do MS que subsidiaram uma análise crítica do que pretende o Programa e das contradições e limites que se apresentam no processo de execução. Para tanto se analisou: o processo de implantação do PSE considerando seus desafios, limites e possibilidades; os efeitos das ações produzidas no âmbito do PSE na vida dos estudantes da rede pública de ensino; e as dificuldades, potencialidades e contradições do Programa.

A partir da análise dos textos sobre o processo de implantação do PSE, desenvolvemos três subeixos que eram mais frequentes nos artigos lidos, que mais influenciavam a implantação do Programa e que se relacionavam com os objetivos presentes na normativa do PSE. Assim, constatamos que o Programa, mesmo em funcionamento, possui diversos desafios, a saber: a dificuldade na efetivação da intersetorialidade, a precária capacitação dos profissionais de ambos os setores, as péssimas condições de recursos estruturais, materiais e humanos, os impasses em realizar a gestão compartilhada, a falta de priorização do governo com o Programa, os empecilhos da territorialização, a reestruturação do modelo de atenção da APS, entre outros. Essas questões presentes no processo de implantação do PSE não devem ser consideradas um impedimento para realização do Programa, pelo contrário, tais devem ser reconhecidas e analisadas, assim como esta e outras pesquisas veem investigando, no intuito de entender esses desafios e criar métodos para superá-los.

A integração entre os setores saúde e educação, tanto do ponto de vista da gestão, como do desenvolvimento das ações foi um dos desafios na intersetorialidade. As dificuldades relacionadas a articulação entre ambos setores, dizem respeito a formação que tem sido oferecida aos profissionais, pois alguns desconhecem a necessidade dessa integração, mas também às questões do trabalho que cada profissional enfrenta em seus respectivos setores, o que muitas vezes os desmotivam para realizar outras atividades. O PSE mesmo possuindo tais questões ainda é possível que seja implementado através da proximidade territorial e também da articulação entre os setores para realizarem as ações. O Programa pode e deve ser firmado enquanto uma política pública de qualidade que por meio dos saberes e da influência dos distintos setores pode ser impactante para a população que abrange.

A gestão compartilhada citada nos artigos possui como maior empecilho a não participação dos educandos, dos seus familiares e nem da comunidade local. A falta desses atores descaracteriza seu significado primordial de ser uma gestão horizontal que visa a participação e a corresponsabilização de todos os sujeitos envolvidos, principalmente aqueles que normalmente são excluídos desses espaços. É necessário que a gestão compartilhada seja estratégia para superação dos problemas que dificultam a implantação do Programa, para que nesse formato sejam previamente discutidas as questões do PSE com os diferentes seguimentos que participam do Programa, tanto aqueles que o executam e os que o formulam, como representantes das secretarias da saúde e da educação, os trabalhadores de ambos os setores, os escolares, familiares e a comunidade local. Logo, a partir da junção de diversos olhares torna-se facilitada a troca de saberes e práticas que considerem a realidade complexa da comunidade local, a fim de realizar uma organização intersetorial e compartilhada (BRASIL, et al., 2017a).

Algumas questões presentes na discussão sobre o processo de implantação do PSE vêm de encontro com a reorganização do modelo de atenção à saúde proposto na APS. Dentre os achados dos artigos analisados observamos certo padrão nas falas dos profissionais da saúde que relatavam uma sobrecarga de trabalho anterior ao PSE, voltada ao cumprimento do plano de metas das UBS's. Essa frequência de relatos nos levou a discussão sobre qual tem sido o modelo de atenção prestado na APS e como o mesmo afeta o Programa. O PSE é realizado majoritariamente por equipes da ESF que atuam nas UBS, assim o modelo que é empregado nessas unidades afeta diretamente o Programa, quer seja pelo trabalho realizado na unidade, que pode ser excessivo de contínua “produção” e que não os deixam com tempo para outras atividades, como o PSE, ou o modo de trabalhar na unidade que prioriza a demanda espontânea e serviços assistencialistas, influenciando a forma de desenvolver o Programa, ou seja, reproduzindo o modelo biomédico.

É possível observar uma discrepância em relação a quantidade de artigos que abordam a implantação do PSE (onze) frente aos de efeitos do Programa na vida dos estudantes (três). Essa diferença dificultou a análise acerca de quais são os efeitos que o PSE tem produzido. Contudo a escassez de artigos que abordam o olhar dos estudantes sobre o PSE pode relatar a falta de protagonismo dada a esses atores que podem não estar sendo considerados primordiais para desenvolvimento teórico e prático do Programa. Partindo desse ponto é necessária reflexão acerca dos motivos que justificam as poucas pesquisas que valorizam as vozes dos estudantes, já que deveriam ser considerados importantes para analisarmos se o PSE tem realizado o que é proposto.

Considerando o exposto e a análise dos textos que tínhamos acesso sobre o tema em questão, compreendemos que os efeitos observados através das falas dos estudantes abordam sobre como tem sido desenvolvido o Programa, com priorização de serviços assistenciais que levam a uma possível medicalização, sem estratégias pedagógicas acerca do que é saúde e seus direitos e culpabilizando as famílias pelas dificuldades de aprendizagem do escolar.

Se o PSE tem sido desenvolvido com base no modelo biomédico, assistencialista, perpetuando uma normatização do comportamento dos estudantes, por meio de uma possível medicalização, sem teor educacional e sem participação de todos os indivíduos que direta ou indiretamente compõem o Programa, ele perde seu sentido fundamental de prevenção, promoção e atenção à saúde, logo, deixa de impactar na saúde da população abrangida a mantendo desassistida.

O PSE não é um programa que visa apenas enfrentar as vulnerabilidades no campo da saúde que afetam o desenvolvimento escolar (BRASIL, 2007), há também objetivos que norteiam o Programa que dialogam diretamente com os educandos, visando a promoção da saúde e de defesa dos direitos humanos, a prevenção de agravos à saúde, a ampliação do alcance e do impacto das ações do SUS, assim como da rede de educação básica pública, e a contribuição à construção da formação integral de escolares. A redução do PSE às ações de cunho assistencialista e biomédico descaracteriza o mesmo, o tornando instrumento de normatização. Por esse motivo é necessário que o PSE seja estudado, não só a implantação como também os efeitos e impactos que ele tem manifestado nos educandos para que assim sejam criadas estratégias para fortalecimento e sustentabilidade do mesmo enquanto uma política pública com significado e qualidade para população, voltada para promoção da saúde.

A saúde em seu conceito amplo levando em consideração as determinações e os condicionantes como “a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais” (BRASIL, 1990), se assemelha à noção de vida. Assim, a promoção da saúde, ou seja, da vida não pode ser reduzida a promoção de hábitos saudáveis, muito menos a prevenção de doenças. A promoção da saúde remete a transformação das condições de vida, necessitando a ação de diversas áreas e setores que devem prezar pela singularidade e autonomia de cada sujeito. Logo, não é possível atribuir a responsabilidade da promoção da saúde para apenas um setor e nem sequer a um único indivíduo, pois assim a mesma será reduzida ou inexistente em seu pleno conceito (CZERESNIA, 2003).

Atualmente o Brasil encontra-se em uma conjuntura de ataques aos direitos sociais, a seguridade social e as políticas públicas como educação e saúde. O SUS em particular vem

sofrendo diversos ataques que contribuem para o seu desmonte. Durante o desenvolvimento da presente pesquisa foi aprovada uma portaria que altera o modelo de financiamento da APS, deixando de ser per capita, ou seja, por pessoa, para ser por capitação ponderada, isto é, pela quantidade de usuários cadastrados nas equipes ESF e nas equipes da APS. Também será considerado o desempenho dos profissionais e as ações estratégicas, valorizando o quantitativo da “produção de saúde” (BRASIL, 2019a). O financiamento voltado apenas para população cadastrada será extremamente prejudicial em áreas de baixa renda, pessoas que não possuem moradia, CPF ou Cartão Nacional do SUS não serão consideradas no novo financiamento, o que pode gerar cortes no financiamento existente e desassistência da classe trabalhadora que utiliza os serviços públicos da APS.

Outro desafio que a saúde pública vem enfrentando trata-se da Emenda Constitucional 95/2016 que limitou os gastos públicos pelos próximos vinte anos. Pesquisas apontam que no primeiro ano de sua vigência o aumento esperado na transferência de recursos para APS já sofreu diminuição, reduzindo o subfinanciamento já presente no SUS a um desfinanciamento que caminha para aprofundar a privatização da saúde. A revisão da PNAB em 2017 também reforça esse movimento de privatização da saúde, intensificando na APS o modelo biomédico, assistencialista que valoriza os procedimentos e serviços especializados voltados para a medicalização e entendidos como mercadoria (MENDES; CARNUT; GUERRA, 2018).

Esse desmonte gradual do SUS nos faz questionar sobre qual será o futuro de programas como o PSE, que oferecem o acesso à saúde a populações que carecem de seus direitos. O financiamento a princípio não será afetado, contudo, como já mencionado na pesquisa, os profissionais que desenvolvem o Programa se sentirão desmotivados para realizar o mesmo, pois a partir do novo financiamento o desempenho dos profissionais, contabilizados por meio das metas e das ações estratégicas, também será parâmetro para o repasse financeiro. Logo, se o PSE e outros programas da saúde pública não fizerem parte das metas, tais serão reduzidos ou inexistentes.

Nas pesquisas analisadas para construção do presente estudo não foi citado o funcionamento do repasse financeiro federal para os municípios que implantam o PSE, mesmo que alguns problemas na implantação do Programa tenham relação com a falta de recursos. Isso nos leva a questionar se o mesmo tem ocorrido, se a quantia repassada abrange a necessidade de cada território onde ocorre o PSE, ou como tem sido o gerenciamento desse recurso. O financiamento para o Programa é previsto por meio de Portaria Interministerial nº 1.055/2017 e de responsabilidade do MS, a falta desse recurso pode dificultar em alguma

instância o desenvolvimento do Programa. Isto aponta para a necessidade de artigos que abordem esta temática.

Se o PSE é um programa que oferece atenção a uma parcela da população muitas vezes com condições precárias de vida e que o mesmo possui diversos desafios que não dependem unicamente dos profissionais que o executam, afirmamos que o Programa não tem recebido a devida importância dos Ministérios da Saúde e da Educação tanto no que se refere à oferta de formação para os trabalhadores que executam o Programa, mas também à falta de condições estruturais das UBS e das escolas. Acrescentando-se a isso o número insuficiente de trabalhadores, posto que os mesmos, por estarem assobrecidos de atribuições, consideram, por vezes, o PSE como um trabalho a mais, um trabalho extra. Tais questões atravessam a política pública e criam empecilhos para a efetiva implementação do PSE.

A atual conjuntura do Brasil, enquanto um país capitalista que favorece as grandes indústrias e empresas cria impedimentos para manter uma política pública de Estado, de qualidade, para a população sendo o movimento do capital mais importante do que criar soluções para as questões estruturais que possuímos enquanto classe trabalhadora e juventude que integra esta classe. A manutenção do modo de produção na lógica do lucro se dá à custa do sofrimento de grande parte da população trabalhadora que possui condições precárias de vida, população que se mantém trabalhando excessivamente a fim de melhorar estas condições, uma falácia do capitalismo que mantém o sistema em funcionamento. Logo é de maior interesse do Estado capitalista gerar lucro por meio de exames e procedimentos e propagar o modelo biomédico, o que acaba desvalorizando a promoção da saúde e os demais programas ou políticas públicas que a apresentam como prioridade.

Contraditoriamente o PSE enquanto um programa que visa à prevenção, promoção e atenção à saúde dos estudantes da rede pública de ensino tem contribuído a um processo de medicalização e normatização de seus atores, sendo realizado com base no modelo biomédico de atenção. Assim, mesmo sendo um programa com propostas que almejam saúde à população que abrange, o mesmo tem sido um instrumento de perpetuação de métodos que a saúde pública vem produzindo. Logo, são necessários esforços para entendermos como tem ocorrido o PSE e assim construir uma possível reestruturação do Programa, não apenas nas suas normativas, mas principalmente no modo com tem sido realizado. Contudo isso só será possível a partir do entendimento de como a saúde pública, através do SUS, tem sido executada.

Apesar do atual quadro de desmonte do sistema público e universal de saúde brasileiro, assim como das políticas de seguridade social, são necessários esforços e lutas por

parte da população para fortalecimento dessas políticas. O PSE enquanto parte do SUS na APS também sofrerá com os ataques, assim como já vem sofrendo com a influência do sistema capitalista que dita os modelos de atenção à saúde voltados para os serviços assistenciais e o movimento do capital. Os desafios que cercam as políticas públicas, como o entendimento de que são gastos e não investimentos, não são determinantes irreversíveis, pelo contrário, reforçam o movimento de luta contra o sistema capitalista que busca afirmar a privatização do SUS e a mercantilização da saúde. Logo, a luta, mais do nunca, se faz necessária. A união dos diferentes movimentos sociais nas ruas pressionando os atuais governantes do Brasil precisa continuar acontecendo, para assim consolidar o fortalecimento do SUS como um sistema 100% estatal e de qualidade, assim como suas políticas públicas.

REFERÊNCIAS

BAGGIO, Maria Aparecida et al. Implantação do Programa Saúde na Escola em Cascavel, Paraná: relato de enfermeiros. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, supl. 4, p. 1540-1547, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018001001540&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 5 set. 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Pactos pela Saúde**. 2006. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/webpacto/index.htm>>. Acesso em: 10 out. 2018.

BRASIL, Eysler Gonçalves Maia et al. Promoção da saúde de adolescentes e Programa Saúde na Escola: complexidade na articulação saúde e educação. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 51, e03276, 2017a. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342017000100454&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Educação. **Programa Saúde nas Escolas**. 2009a. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/component/content/article?id=14578:programa-saude-nas-escolas>>. Acesso em: 10 set. 2018.

_____. Ministério da Saúde; Biblioteca Virtual em Saúde. **O que é a BVS**. 16 de Setembro de 2014. Disponível em: <<http://bvs.saude.gov.br/o-que-e-a-bvs-ms>>. Acesso em: 19 mar. 2019.

_____. Ministério da Saúde; Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017b. 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). In: **Diário Oficial da União**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 24 jul. 2019.

_____. Ministério da Saúde; Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019a. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. **Diário Oficial da União**, 13 nov. 2019. Seção: 1, p.97. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>>. Acesso em: 25 nov. 2019.

_____. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. **Caderno do gestor do PSE**. Brasília, DF: **Ministério da Saúde**, 2015. 68p.: il. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_gestor_pse.pdf>. Acesso em: 03 maio 2019.

_____. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. Manual técnico de adesão e desenvolvimento das ações do Programa Saúde na Escola. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2018. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/pse/manual_PSE_MS_MEC.pdf>. Acesso em: 03 maio 2019.

_____. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola. Brasília, DF: **Ministério da Saúde**, 2009b, p.96. Série B. Textos Básicos de Saúde. Cadernos de Atenção Básica, n. 24. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_24.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2018.

_____. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2. ed. 5. reimp. Brasília: **Editora do Ministério da Saúde**, 2010. 44 p. : il. color. Série B. Textos Básicos de Saúde. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2019.

_____. Ministro de Estado da Educação; Ministro de Estado da Saúde. Portaria Interministerial nº 1.055, de 25 de abril de 2017c. 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. In: **Diário Oficial da União**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/pri1055_26_04_2017.html>. Acesso em: 24 out. 2019.

_____. Ministro de Estado da Saúde; Ministro de Estado da Educação. Portaria Interministerial MS/MEC nº 749 de 13 de maio de 2005. Constitui a Câmara Intersetorial para a elaboração de diretrizes com a finalidade de subsidiar a Política Nacional de Educação em Saúde na Escola. In: **Diário Oficial da União**. Disponível em: <http://www.normasbrasil.com.br/norma/portaria-interministerial-749-2005_192837.html>. Acesso em: 26 nov. 2018.

_____. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. PSE tem crescimento de 300% no atendimento aos alunos. **Diário Oficial do Município**, Ano XVI, Edição n.: 3732. 27 de dezembro de 2010b. Disponível em: <<http://portal6.pbh.gov.br/dom/iniciaEdicao.do?method=DetalheArtigo&pk=1049618>> Acesso em: 26 jun. 2019.

_____. Presidência da República. Decreto nº 6.286, 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. In: **Diário Oficial da União**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6286.htm>. Acesso em: 25 set. 2018.

_____. Presidência da República. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. In: **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. p. 018055. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 27 ago. 2018.

CARVALHO, Fabio Fortunato Brasil de. A saúde vai à escola: a promoção da saúde em práticas pedagógicas. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1207-1227, Dec. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312015000401207&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 out. 2019.

CHIARI, Antônio Paulo Gomes et al. Rede intersetorial do Programa Saúde na Escola: sujeitos, percepções e práticas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 5, e00104217, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000505009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 jun. 2019.

CORD, Denise et al. As Significações de Profissionais que Atuam no Programa Saúde na Escola (PSE) Acerca das Dificuldades de Aprendizagem: Patologização e Medicalização do Fracasso Escolar. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 35, n. 1, p.40-53, mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932015000100040&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 abr. 2019.

CZERESNIA, D; FREITAS CM (org.). Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: **Ed. Fiocruz**, 2003. p.39-53.

FARIAS, Isabelle Carolline Veríssimo de et al. Análise da Intersetorialidade no Programa Saúde na Escola. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 2, p.261-267, June 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022016000200261&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 jul. 2019.

FERREIRA, Izabel do Rocio Costa et al. Diplomas Normativos do Programa Saúde na Escola: análise de conteúdo associada à ferramenta ATLAS TI. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 12, p. 3385-3398, Dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001200023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 out. 2019.

_____, Izabel do Rocio Costa et al. Percepções de gestores locais sobre a intersetorialidade no Programa Saúde na Escola. **Rev. Bras. Educ.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 56, p.61-76, mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-24782014000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 jul. 2019.

FONSECA, Franciele Fagundes et al. As vulnerabilidades na infância e adolescência e as políticas públicas brasileiras de intervenção. **Rev. paul. pediatr.**, São Paulo, v. 31, n. 2, p.258-264, jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822013000200019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 abr. 2019.

FONTENELE, Raquel Malta et al. Construção e validação participativa do modelo lógico do Programa Saúde na Escola. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. spe, p. 167-179, mar. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000500167&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 10 set. 2019

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Extrema pobreza atinge 13,5 milhões de pessoas e chega ao maior nível em 7 anos**. 2019. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/25882-extrema-pobreza-atinge-13-5-milhoes-de-pessoas-e-chega-ao-maior-nivel-em-7-anos>>. Acesso em: 20 dez. 2019.

JESUS, André Tavares de et al. **Dialética**: aplicações na metodologia da pesquisa científica. Jerônimo Monteiro, jun. 2016. Disponível em: <<http://files.wendelandrade.webnode.com.br/200000275-d13f4d2391/Dial%C3%A9tica.pdf>> Acesso em: 06 jun. 2019.

JÚNIOR, Aluísio Gomes da Silva; ALVES, Carla Almeida. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. p.27, 29. In: Morosini, Márcia Valéria G. C. Organizado por Márcia Valéria G. C. Morosini e Anamaria D'Andrea Corbo. Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: **EPSJV/Fiocruz**, 2007, p.240. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/l26.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2019.

KONDER, Leandro. O que é a dialética. São Paulo: **Brasiliense**, 2008. Coleção Primeiros Passos: 23.

LIMA, Telma Cristiane Sasso de; MIOTO, Regina Célia Tamasso. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. **Rev. katálysis**, Florianópolis, v. 10, n. esp. p.37-45, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802007000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 mar. 2019.

LOPES, Iraneide Etelvina; NOGUEIRA, Júlia Aparecida Devidé; ROCHA, Dais Gonçalves. Eixos de ação do Programa Saúde na Escola e Promoção da Saúde: revisão integrativa. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 118, p.773-789, set. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000300773&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 set. 2019.

MEDEIROS, Eliabe Rodrigues de et al. Facilidades e dificuldades na implantação do Programa Saúde na Escola em um município do nordeste do Brasil. **Rev Cuid**, Bucaramanga, v. 9, n. 2, p.2127-2134, ago 2018. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732018000202127&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 14 ago. 2019.

MONNERAT, Giselle Lavinias; SOUZA, Rosimary Gonçalves de. Da Seguridade Social à intersectorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil. **Rev. katálysis**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p.41-49, jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802011000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 jun.2019

NOGUEIRA, Mariana Lima. **Impactos do neoliberalismo na política de saúde: a precarização do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e a política de Atenção Básica à Saúde no Brasil**. Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)/Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio Disponível em: <<http://www.convencionosalud2018.sld.cu/index.php/convencionosalud/2018/paper/download/2131/847>>. Acesso em: 22 out. 2019.

OLIVEIRA, Fernanda Piana Santos Lima de et al. Percepção de escolares do ensino fundamental sobre o Programa Saúde na Escola: um estudo de caso em Belo Horizonte, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p.2891-2898, set. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000902891&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 abr. 2019.

PAIM, Jairnilson. Modelos de Atenção a Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, Ligia (Orgs. et.al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p.547-575.

PENEDO, Rafaela Mossarelli; GONCALO, Camila da Silva; QUELUZ, Dagmar de Paula. Gestão compartilhada: percepções de profissionais no contexto de Saúde da Família. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 23, e170451, 2019b. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832019000100201&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 26 nov. 2019.

PIZZANI, Luciana et al. A arte da pesquisa bibliográfica na busca do conhecimento. **RDBCI: Revista Digital de Biblioteconomia e Ciência da Informação**, Campinas, SP, v. 10, n. 2, p.53-66, jul. 2012. ISSN 1678-765X. Disponível em: <<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/rdbci/article/view/1896>>. Acesso em: 18 mar. 2019.

SANTIAGO, Lindelvania Matias de et al. Implantação do Programa Saúde na escola em Fortaleza-CE: atuação de equipe da Estratégia Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 65, n. 6, p. 1026-1029, dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000600020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 out 2019.

TEIXEIRA, Carmen Fontes; PAIM, Jairnilson Silva. Planejamento e programação de ações intersetoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida. **Rev. de Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p.63-80, jan. 2000. ISSN 1982-3134. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6348/4933>>. Acesso em: 27 nov. 2018.

WIMMER, Gert Ferreira; FIGUEIREDO, Gustavo de Oliveira. Ação coletiva para qualidade de vida: autonomia, transdisciplinaridade e intersetorialidade. **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p.145-154, mar. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000100022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 nov. 2018.