



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



Thatiane Feliciano Charles

DESAFIOS E POTENCIALIDADES DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA EM UMA CLÍNICA DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Rio de Janeiro

2023

Thatiane Feliciano Charles

**DESAFIOS E POTENCIALIDADES DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA EM UMA
CLÍNICA DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO**

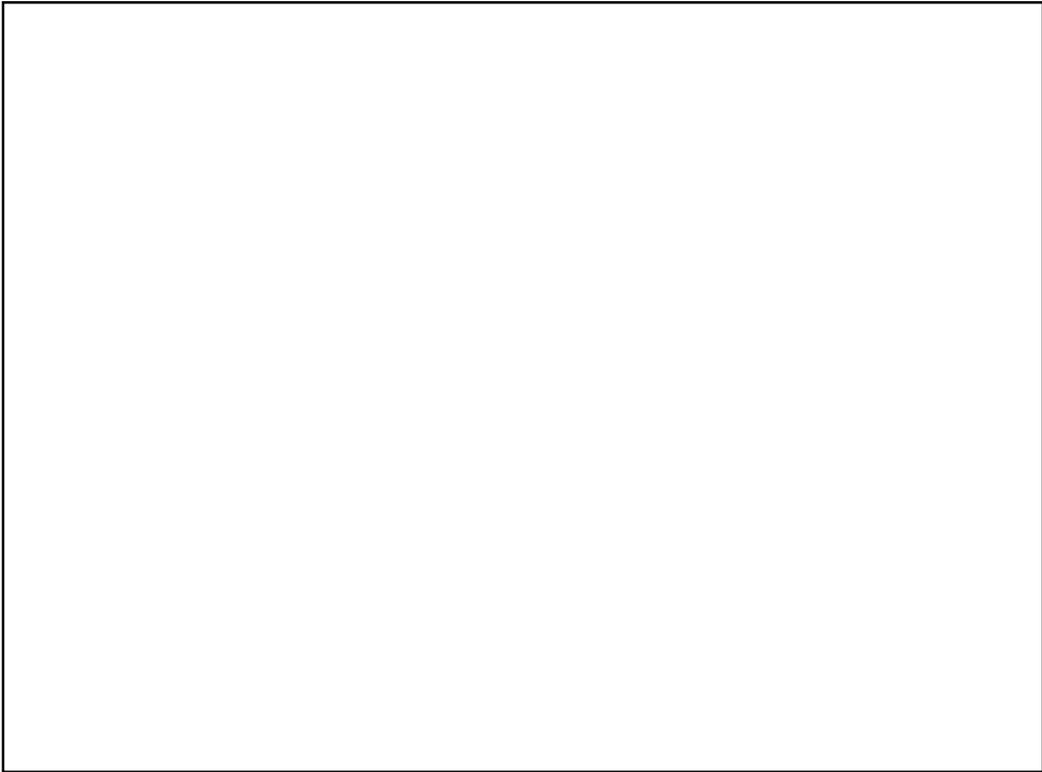
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Atenção Primária à Saúde.

Orientadores: Dr. Eduardo Alexander Júlio César Fonseca
Lucas

Coorientadora: Dra. Maria Kátia Gomes

Rio de Janeiro

2023



Ficha catalográfica

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho primeiramente à Deus, pois sem a direção dEle eu não teria chegado até aqui. Dedico também aos profissionais de saúde da atenção básica, principalmente aos profissionais da unidade básica de saúde que me acolheram com tanto carinho e contribuíram para a leveza deste trabalho.

AGRADECIMENTO

Quando eu olho ao longo do caminho traçado para chegar aqui, vejo que não foi fácil. Tiveram momentos de dificuldades e imprevistos que muitas vezes me fizeram pensar em desistir; ou simplesmente deixar o medo me vencer. Mas Deus em sua infinita bondade e misericórdia me sustentou e guiou na realização desse sonho.

À Deus toda honra, toda glória e todo o louvor.

“Jesus olhou para eles e respondeu: "Para o homem é impossível, mas para Deus todas as coisas são possíveis". (Mateus 19:26)

Agradeço a Deus, a quem é tudo em minha vida.

Ao meu incrível marido, Roberto Freitas, por me apoiar em todas as situações. Seu amor, carinho, paciência e dedicação foram fundamentais para que eu conseguisse concluir esse trabalho. Obrigada por toda entrega a nós. Te amo!

A minha mãe Leila e ao meu padrasto Hermes, que são base em tudo na minha vida. Obrigada por todo tempo de vida dedicado a mim e pelo apoio incondicional que reflete tamanho amor. Vocês são o motivo de ser quem eu sou.

Ao meu pai, Jorge Varanda, pelas inúmeras conversas e cobranças que não me permitiram desistir.

A minha irmã, cunhado e sobrinho pelos momentos de comunhão e alegria que foram refrigerios neste momento.

A minha orientadora Maria Katia Gomes pelos ensinamentos e direcionamentos nesse mundo de descobertas que o mestrado propicia.

Ao meu orientador Alexander Júlio César Fonseca por ser sempre paciente comigo e pelas falas e discussões tão enriquecedoras e necessárias. Obrigada pelas explicações e pelo seu incentivo no intuito de me ajudar a crescer e construir um trabalho melhor.

A todos os queridos colegas da turma de mestrado que me permitiram também crescer e ser alguém melhor com todas suas ideias e debates de opiniões, assim como carinho e risadas nos momentos de confraternizações.

Finalmente, agradeço a unidade básica de saúde que realizei esse trabalho, que me acolheu com tanto carinho, e compartilhou comigo a prática diária para que dela eu traçasse um caminho rumo a novos conhecimentos. Também agradeço a todos que participaram voluntariamente desta pesquisa pela disposição e ensinamentos.

RESUMO

CHARLES, Thatiane Feliciano. Desafios e Potencialidades do Programa Saúde na Escola em uma Clínica da Família no Município do Rio de Janeiro. 2023. 130 f. Dissertação de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Esta dissertação teve como objeto de estudo as ações do Programa Saúde na Escola (PSE) implementadas pelos profissionais de saúde de uma clínica da família nas escolas públicas adstritas ao território da Mangueira. Objetivou analisar a implementação do Programa Saúde na Escola em uma Clínica da Família localizada na área programática 1.0 do município do Rio de Janeiro; identificar as ações desenvolvidas nas escolas municipais adstritas à unidade de saúde; descrever os fatores facilitadores e limitadores para operacionalização do programa; e discutir as estratégias adotadas pelos profissionais para superação das dificuldades enfrentadas no cotidiano da prática profissional. O método utilizado foi o estudo de caso do tipo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 20 profissionais de saúde que atuam no cenário pesquisado. Os dados coletados foram analisados segundo a técnica de análise de conteúdo de Bardin. Ademais utilizou-se dos pressupostos de Geertz para compreensão dos significados culturais que norteiam as ações de promoção da saúde no ambiente escolar pesquisado. Os resultados foram agrupados em três categorias: “Caracterização das ações do PSE desenvolvidas pelos profissionais de saúde no cenário pesquisado”; “Fatores que influenciam na implementação do PSE no cenário pesquisado”; e, “Estratégias desenvolvidas pelos profissionais de saúde na implementação do PSE”. Os resultados apontaram a predominância de ações com enfoque direcionado aos determinantes biológicos e higienistas, confirmando o distanciamento do conceito ampliado de saúde nas práticas de promoção da saúde. As problemáticas encontradas pelos profissionais baseiam-se em vários fatores, entre eles, escassez de recursos materiais e humanos, carência de capacitação e educação continuada, falta de planejamento e infraestrutura organizacional, a violência no território, além do período da pandemia de Covid-19, vivenciado durante o estudo. Por outro lado, emergiu a consolidação do relacionamento entre a saúde e a escola, demonstrando a presença do diálogo intersetorial e a incorporação das ações de saúde no cotidiano escolar. A contribuição e aplicabilidade desse estudo para o

cenário pesquisado consistiu na elaboração de um produto técnico-tecnológico, a saber: uma Cartilha de Recomendações para Implementação do PSE, que permite direcionar o planejamento e a organização para atividades mais efetivas à comunidade escolar. Por fim, podemos concluir que diante dos múltiplos desafios vivenciados pelos profissionais de saúde para a implementação das práticas de promoção da saúde na escola é possível destacar que, a despeito do predomínio higienista destas ações, percebe-se ainda pouco envolvimento na transformação das práticas de cuidado à luz do cuidado integral da criança e do adolescente no contexto escolar.

Palavras-chave: Programa Saúde na Escola; Promoção da Saúde; Estratégia de Saúde da Família.

ABSTRACT

CHARLES, Thatiane Feliciano. Challenges and Potential of the School Health Program in a Family Clinic in the Municipality of Rio de Janeiro. 2023. 130 f. Professional Master's Dissertation in Primary Health Care, Faculty of Medicine, Federal University of Rio de Janeiro.

This dissertation had as object of study the actions of the Health Program at School (PSE) implemented by the health professionals of a family clinic in the public schools linked to the territory of Mangueira. It aimed to analyze the implementation of the Health at School Program in a Family Clinic located in the programmatic area 1.0 of the city of Rio de Janeiro; identify the actions developed in the municipal schools linked to the health unit; describe the facilitating and limiting factors for the program's operation; and discuss the strategies adopted by professionals to overcome difficulties faced in daily professional practice. The method used was the exploratory-descriptive case study, with a qualitative approach. Semi-structured interviews were conducted with 20 health professionals who work in the researched scenario. The collected data were analyzed according to Bardin's content analysis technique. Furthermore, Geertz's assumptions were used to understand the cultural meanings that guide health promotion actions in the researched school environment. The results were grouped into three categories: "Characterization of the PSE actions developed by health professionals in the researched scenario"; "Factors that influence the implementation of the PSE in the researched scenario"; and "Strategies developed by health professionals in the implementation of the PSE". The results pointed to the predominance of actions with a focus directed at biological and hygienist determinants, confirming the distance from the expanded concept of health in health promotion practices. The problems encountered by professionals are based on several factors, among them, scarcity of material and human resources, lack of training and continuing education, lack of planning and organizational infrastructure, violence in the territory, in addition to the period of the Covid-19 pandemic, experienced during the study. On the other hand, the consolidation of the relationship between health and school emerged, demonstrating the presence of intersectoral dialogue and the incorporation of health actions in the school routine. The contribution and applicability of this study to the researched scenario consisted in the elaboration of a technical-technological product, namely: a Booklet of Recommendations for the Implementation of the PSE, which allows directing the planning and organization towards more effective activities

for the school community. Finally, we can conclude that, in view of the multiple challenges experienced by health professionals for the implementation of health promotion practices at school, it is possible to highlight that, despite the hygienist predominance of these actions, there is still little involvement in the transformation of health practices. care in the light of comprehensive care for children and adolescents in the school context.

Keywords: School Health Program; Health Promotion; Family Health Strategy.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Mapa de localização do cenário de estudo.....	39
Figura 2	Distribuição dos profissionais por sexo, março/2021.....	42
Figura 3	Distribuição dos profissionais por tempo de atuação na clínica, março/2021	43
Figura 4	Elementos significativos acerca das ações do PSE realizadas no cenário de estudo.....	49
Figura 5	Elementos significativos acerca dos fatores que influenciam na implementação do PSE.....	61
Figura 6	Elementos significativos acerca das estratégias adotadas conforme as fragilidades.....	76
Figura 7	Teia de significados atribuídos às práticas do PSE no cotidiano profissional.....	89
Figura 8	Teia de ressignificação das práticas do PSE a partir dos anseios e necessidade escolar.....	91

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Diferenças entre as portarias nº 204/GM/MS/2007 e nº 1.055/2017.....	37
Tabela 2	Escolas separadas pelas equipes de referência.....	43
Tabela 3	Caracterização das ações realizadas pelo PSE no cenário estudado....	51

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AP – Área Programática

APS – Atenção Primária à Saúde

CEP – Comitê de Ética e Pesquisa

CMS – Centro Municipal de Saúde

CSE – Centros de Saúde-Escola

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

EqSF – Equipe de Saúde da Família

ESF – Estratégia de Saúde da Família

GTI – Grupo de Trabalhos Intersetoriais

MEC – Ministério da Educação e Cultura

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

OSSs – Organizações Sociais de Saúde

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PCNs – Parâmetros Curriculares Nacionais

PMS – Plano Municipal de Saúde

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNAISC – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente

PNAN – Política Nacional de Alimentação e Nutrição

PNPS – Política Nacional de Promoção da Saúde

PSF – Programa de Saúde da Família

PSE – Programa Saúde na Escola

SF – Saúde da Família

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SISREG – Sistema de Regulação

SMDS – Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social

SME – Secretaria Municipal de Educação

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

TMI – Taxa de Mortalidade Infantil

VD – Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	15
1.1 O CAMINHAR DA PESQUISADORA PELA TEMÁTICA.....	15
1.2 PROBLEMÁTICA DO ESTUDO.....	17
1.3 QUESTÕES NORTEADORAS.....	22
1.4 OBJETO DO ESTUDO.....	22
1.5 OBJETIVOS.....	23
1.5.1 Objetivo Geral.....	23
1.5.2 Objetivos Específicos.....	23
1.6 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA.....	24
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	27
2.1 PROCESSO DE SOCIALIZAÇÃO E O CONCEITO DE CULTURA DE GEERTZ.....	27
2.2 CONCEPÇÃO PEDAGÓGICA.....	29
2.3 PROMOÇÃO DA SAÚDE NO ÂMBITO INTERSETORIAL E INTERDISCIPLINAR.....	30
2.4 HISTÓRICO DA SAÚDE ESCOLAR NO MUNDO E NO BRASIL.....	32
2.5 O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA.....	34
3. ABORDAGEM METODOLÓGICA.....	40
3.1 TIPO DE ESTUDO, NATUREZA, ABORDAGEM E MÉTODO.....	40
3.2 CARACTERIZAÇÃO DO CENÁRIO, DO AMBIENTE E DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	41
3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	45
3.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	46
3.5 TRABALHO DE CAMPO E COLETA DE DADOS.....	46
3.6 DESCRIÇÃO DA ANÁLISE DOS DADOS.....	47
3.7 ELABORAÇÃO DO PRODUTO TÉCNICO-TECNOLÓGICO.....	48
3.8 PROCEDIMENTO ÉTICOS:.....	49

4. CATEGORIZAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS.....	52
4.1 Categoria 1: “ <i>Caracterização das ações do PSE desenvolvidas pelos profissionais de saúde no cenário pesquisado</i> ”.....	54
4.2 Categoria 2: “ <i>Fatores que influenciam na implementação do PSE no cenário pesquisado</i> ”.....	66
4.3 Categoria 3: “ <i>Estratégias adotadas pelos profissionais de saúde na implementação do PSE</i> ”.....	81
4.4 CONTRIBUIÇÕES E APLICABILIDADE DO PRODUTO TECNOLÓGICO PARA O CENÁRIO DO ESTUDO.....	89
4.5 LIMITAÇÕES ENFRENTADAS PELA PESQUISADORA.....	90
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	92
5.1 AS PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE À LUZ DAS POLÍTICAS PÚBLICAS.....	92
5.2 OS SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E A RESSIGNIFICAÇÃO DAS PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	95
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	99
APÊNDICES.....	104
APÊNDICE A – FORMULÁRIO PARA ENTREVISTA NÃO DIRETIVA.....	109
APÊNDICE B – MODELO DIÁRIO DE CAMPO.....	105
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO.....	106
APÊNDICE D – CARTILHA DE RECOMENDAÇÕES PARA IMPLEMENTAÇÃO DO PSE.....	107
ANEXOS.....	109
ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISAS.....	127

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O presente estudo foi proposto no intuito de compreender as problemáticas e as limitações apresentadas para a aplicabilidade do Programa Saúde na Escola (PSE) que são enfrentadas pelos profissionais de saúde de uma clínica da família, no município do Rio de Janeiro.

O PSE foi instituído, por meio do Decreto n° 6.286, de 5 de dezembro de 2007, e tem como finalidade contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica. Segundo preconizam os parâmetros curriculares nacionais (PCNs), os educandos do nosso país – dentre muitas outras habilidades – deveriam ser capazes de situar-se no mundo como cidadãos conscientes de seus direitos e deveres políticos, civis e sociais, capazes de adotar, no dia-a-dia, atitudes de solidariedade, cooperação e repúdio às injustiças e que, especificamente em relação à saúde, estejam aptos a “conhecer o próprio corpo e dele cuidar, valorizando e adotando hábitos saudáveis como um dos aspectos básicos da qualidade de vida e agindo com responsabilidade em relação à sua saúde e à saúde coletiva” (BRASIL, 1998).

No entanto, a mera existência do programa não significa necessariamente o alcance de suas metas e objetivos, nem a efetividade das práticas de suas ações. É necessário o conhecimento aprofundado da realidade vivenciada por todos os envolvidos e pesquisas que evidenciem essas fragilidades e proponham possíveis estratégias a serem adotadas para superar os desafios impostos pelo cotidiano da prática profissional.

1.1 O CAMINHAR DA PESQUISADORA PELA TEMÁTICA

O trabalho realizado nesta pesquisa permeou um longo caminho de descobertas e questionamentos. Iniciado no período da graduação em Farmácia Industrial pela Universidade Federal Fluminense, na qual a busca pela aquisição de conhecimentos e habilidades técnicas permitiu-me aprofundar nas relações de cuidado e contribuir para uma melhoria da qualidade de vida das pessoas.

Nesse trajeto, busquei-me direcionar pelos caminhos que intuitivamente eu achava que me levariam à realização do desejo pessoal de cuidar. Após minha formação, deixei a indústria na qual trabalhava para atuar na área hospitalar e me

aprofundar nos conhecimentos de assistência ao paciente por meio da realização de uma pós-graduação em farmacologia clínica e farmácia hospitalar.

Em 2011, com a expansão da estratégia de saúde da família no Rio de Janeiro, fui aprovada para trabalhar numa clínica da família que estaria inaugurando na zona oeste, na cidade do Rio de Janeiro. Era um trabalho novo e de aprendizado diário, atendíamos pacientes com diversas necessidades, visitávamos seus domicílios, estreitamos laços e trabalhávamos em grupo e multidisciplinarmente. Realizei uma pós-graduação em saúde pública, apresentando o trabalho de conclusão de curso sobre a atuação do farmacêutico no programa de controle do tabagismo nas unidades básicas de saúde.

Nesse período, realizamos o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, mesmo que de forma empírica, na busca de orientar e capacitar a população para o enfrentamento dos seus problemas de saúde. Embora o território apresentasse uma maior demanda de usuários idosos e com doenças crônicas não transmissíveis que direcionava nossas atividades para grupos, palestras e atividades voltadas à obesidade, diabetes, dislipidemia, hipertensão e antitabagismo, foram nas atividades realizadas nas escolas que percebi as maiores fragilidades.

A percepção da vulnerabilidade no desenvolvimento da criança, identificada pela sua especificidade física, social, emocional e intelectual, geraram meus primeiros passos na busca de novas temáticas na área de saúde da criança, buscando contribuir para inovações no assistir/cuidar de crianças no contexto comunitário.

Ao mudar meu local de trabalho para área central do Rio de Janeiro, pude constatar uma enorme diferença na demanda dos serviços, anteriormente caracterizado por uma população em maioria idosa, e atualmente atuando em um território violento, de maioria jovem, com demanda de abuso de drogas, gravidez na adolescência e doenças sexualmente transmissíveis.

A motivação para esse trabalho veio primeiramente pela demanda de ações educativas para redução de danos no território. Gerou-me inquietação por ter identificado uma população de crianças e adolescentes que não estavam presentes na unidade de saúde. Questionei-me como a unidade de saúde atinge essa população jovem do território. Quais as ações eram realizadas pela unidade para atender a necessidade dessa população? Qual a relação existente entre a unidade de saúde e as escolas municipais? Como o Programa Saúde na Escola era aplicado na prática?

Movida pela percepção de uma dicotomia entre o plano da teoria e da prática, na perspectiva das questões que surgiram, emergiu a necessidade de aprofundar meus conhecimentos acerca da temática que envolve as políticas públicas e sociais no contexto da saúde escolar. Em que pese à complexidade, dinamismo e contradições que envolvem a formulação das diretrizes governamentais no âmbito do Ministério da Saúde (MS), secretarias estaduais e municipais; e a operacionalização dessas políticas de atenção à saúde do escolar na realidade dos serviços de atenção primária.

1.2 PROBLEMÁTICA DO ESTUDO

O ato de pesquisar envolve o conhecimento político e social produzido pelas transformações históricas e que nos trazem até os dias atuais. É necessário o entendimento da relação passado-presente para compreensão das políticas públicas de proteção à criança e ao adolescente implementadas atualmente pelos municípios.

Ao considerar o conceito mais abrangente de saúde com suas diversas dimensões e múltiplos fatores causais, e, ainda compreender a criança e adolescente como sujeitos de direitos, credores de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana e da proteção integral e especial, há o direcionamento de esforços governamentais às políticas assistenciais.

No entanto, é possível verificar as problemáticas e as limitações relacionadas a aplicabilidade das políticas públicas, em nosso caso específico, da implementação do PSE. Principalmente no que pese o desenvolvimento das ações em conformidade com o paradigma de prevenção e educação em saúde, que promove a qualidade de vida da população, e é um dos pilares da promoção da saúde, visto que é notória a presença de um modelo biomédico com foco na doença (LUCAS, 2013).

Na presença de desafios tão complexos e plurais que envolvem o cuidado integral da criança e do adolescente é possível verificar diversos fatores que contribuem para a realidade dos serviços de educação em saúde voltados às crianças e aos adolescentes. Neste particular, para melhor compreensão da problemática, iremos abordar 3 dimensões – Política ou Governamental, Socioeconômica e Humana ou Cultural – que se relacionam integrando um conjunto de práticas que envolve vários níveis de realidade e possuem uma estreita relação entre si.

Dimensão Política ou Governamental

No que tange a política de proteção à criança e ao adolescente, temos a promulgação da Constituição Federal do Brasil, em 5 de outubro de 1988, que declara em seu artigo 227, que:

“É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão” (BRASIL, 1988).

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), na Lei Federal nº 8.069, de 13 de julho de 1990, foi a lei complementar que veio para definir os direitos da criança e do adolescente, prever métodos e instrumentos de exequibilidade aos novos princípios constitucionais de gestão e para garantia das efetivações dos novos conteúdos. Com ele surgem os Conselhos e os Fundos dos Direitos da Criança e do Adolescente, municipal, estadual e nacional e o Conselho Tutelar, apenas no âmbito municipal, órgãos obrigatórios em todos os Municípios, sob pena de necessária ação judicial garantidora da proteção (BRASIL, 1990).

Em 2015, foi instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) tendo como base o Programa de Atenção Integral de Saúde da Criança (PAISC), criado em 1984, que tinha como finalidade o desenvolvimento de um conjunto de ações básicas de saúde com enfoque na prevenção e promoção da saúde de forma integral da criança (BRASIL, 2015; BRASIL, 1984).

Apesar da robustez do arcabouço legal das políticas públicas que envolvem as crianças e os adolescentes, ainda temos o acesso e a garantia da atenção integral muito aquém do desejado. Esse fato impacta, diretamente, os grupos em vulnerabilidade social, pois observa-se que essas desvantagens geram consequências no perfil de morbimortalidade quando comparado ao de outras populações (DANTAS, 2021).

Desta forma, embora observados muitos avanços, ainda permanecem muitos desafios no desenvolvimento de políticas efetivas a saúde das crianças e dos adolescentes, e mais especificamente no âmbito da saúde escolar, principalmente no que concerne à operacionalização, visto os entraves relacionados às dimensões econômicas e culturais.

Dimensão Socioeconômica

Em relação ao quadro político-econômico, vivemos sob a política econômica do capitalismo neoliberal, regime que visa a acumulação de capital e a mínima intervenção do Estado na economia e nas questões sociais, dando mais poder às autoridades regionais em detrimento do poder central. No entanto, o momento atual é marcado por crescentes crises econômicas instaladas desde a grande crise internacional de 2008 (COSTA, 2022).

Conseqüentemente, a trajetória contínua de crise nacional, caracterizada pela retração geral na atividade econômica, aumento do desemprego e queda na renda familiar atinge principalmente as classes com menores rendimentos, agravando de forma mais intensa as camadas populares que passaram a enfrentar condições cada vez mais precárias de: alimentação, moradia, higiene, segurança, transporte, trabalho e saúde (Idem).

Em relação à saúde, uma das principais medidas adotadas para a restrição do investimento público e o contingenciamento de despesas primárias federais foi o congelamento de gastos sociais durante 20 anos, instituído pela Emenda Constitucional nº 95, em 2016. O que constrangeu o já insuficiente montante de recursos destinado ao financiamento do Sistema Único de Saúde – SUS (Idem).

O aumento das renúncias fiscais decorrentes da dedução dos gastos promove o sub-financiamento de serviços, sucateamento das instalações, vínculos precários de trabalho, sobrecarga de trabalho e, conseqüentemente, a diminuição da qualidade da atenção prestada.

Desta forma, podemos verificar grande impacto nas políticas públicas assistenciais às crianças e aos adolescentes, principalmente no que concerne ao PSE. A falta de investimento incide diretamente na escassez de materiais educativos e insumos para ações de promoção da saúde. Além disso, a transferência da gestão dos serviços e atividades às Organizações Sociais de Saúde (OSSs) – de gestão privada – aumentou a fragilidade dos vínculos empregatícios, que leva a uma notória rotatividade de profissionais, principalmente médicos; e ao acúmulo de atividades pelos profissionais de saúde, o que dificulta a realização e a regularidade das ações referentes ao programa pelos profissionais das equipes (LUCAS, 2013).

Ademais, considerando o conceito de saúde no sentido mais abrangente como – a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde – podemos verificar o aumento da carência de recursos, principalmente nas classes menos favorecidas, agravando as condições de vida dessa população nas últimas décadas.

Dimensão Humana ou Cultural

É representada pelo componente humano que é essencial para a decodificação do discurso oficial e sua aplicação na implementação das ações de promoção da saúde nas escolas. Desta forma, verificamos que as práticas profissionais estão incutidas em concepções, valores, experiências e habilidades adquiridas no decorrer da formação profissional e das atividades assistenciais realizadas.

Assim, encontramos diversos fatores que contribuem com as atuais contradições existentes entre o plano da teoria e da prática nas ações de promoção da saúde referentes à criança e ao adolescente.

No que concerne à formação dos profissionais de saúde, esta apresenta-se no modelo tradicional de educação, reflexo do paradigma cartesiano, intensamente marcado pela utilização de estratégias didático-pedagógicas centradas no modelo biomédico-higienista. Esse discurso biologicista ainda é priorizado no cenário escolar, o que é evidenciado pelas ações de conteúdos relacionados à prevenção de doenças e cuidados de higiene (LUCAS, 2013).

No entanto, é necessário que haja a transição no modelo educacional de forma que aborda uma visão holística dos problemas, baseado no paradigma da integralidade. Assim, as práticas de promoção da saúde no ambiente escolar deveriam abarcar de forma mais aprofundada o ponto de vista biopsicossocial contemplando condições de vida, questões de gênero, violência, direito reprodutivo, entre outros; de forma individual e coletiva (LUCAS 2021).

Desta forma, a atuação dos profissionais de saúde assume um padrão fragmentado e cartesiano, com espectro de ação pontual com pouca penetração e efetividade na vida cotidiana do escolar. O que ficou mais evidenciado durante o período pandêmico, vivenciado pelo covid-19, no qual verificou uma ruptura total da relação saúde-escola e conseqüentemente abandono no cuidado integral das

crianças e dos adolescentes.

Como ferramenta imprescindível para modificação dessa situação, pode-se destacar a importância da formação e da qualificação profissional como estratégia para a melhoria da qualidade da atenção à saúde.

Ademais temos as limitações impostas aos profissionais às práticas de promoção da saúde, que é marcada pela carência de diversos recursos, ausência de capacitação para realização das atividades, falta de profissionais, fragilidade nas relações intersetoriais, violência no território, entre outros. Desta forma se faz necessário habilidades para utilização dos meios disponíveis de forma a superar as eventualidades impostas ao cotidiano da prática profissional.

Finalmente, vale ressaltar que no âmbito de uma política intersetorial, algumas dificuldades são encontradas à medida que parte significativa dos representantes setoriais traz para os diferentes espaços de negociação uma agenda definida. Os principais desafios descritos pelo Ministério da Saúde para a promoção da saúde na escola são:

“a integração com ensino de competência para a vida em todos os níveis escolares; a instrumentalização técnica dos professores e funcionários das escolas e dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família para apoiar e fortalecer as iniciativas; a identificação e a vigilância de práticas de risco; e o monitoramento e a avaliação da efetividade das iniciativas, para melhorar o compromisso das escolas com a promoção da saúde de seus alunos, professores e outros membros da comunidade escolar” (BRASIL, 2006, p.16).

1.3 QUESTÕES NORTEADORAS

Considerando os apontamentos previamente apresentados, emergiram as seguintes questões norteadoras da presente pesquisa:

Quais ações do Programa Saúde na Escola são implantadas nas escolas municipais do território selecionado para estudo?

Quais são as dificuldades e as facilidades encontradas pelos profissionais de saúde e educação na implementação do programa?

Quais estratégias os profissionais de saúde utilizam para superar os desafios impostos no cotidiano da prática profissional?

1.4 OBJETO DO ESTUDO

O objeto deste estudo consiste nas ações do PSE implementadas pelos profissionais de saúde de uma clínica da família nas escolas públicas adstritas ao território da Mangueira. Cabe destacar, que o território da Mangueira está localizado na A.P 1,0, do município do Rio de Janeiro- RJ.

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 Objetivo Geral

Analisar a implementação do Programa Saúde na Escola numa Clínica da Família localizada na área programática 1.0 do município do Rio de Janeiro /RJ.

1.5.2 Objetivos Específicos

- Identificar as ações do Programa Saúde na Escola desenvolvidas nas escolas municipais adstritas à unidade básica de saúde selecionada para estudo.
- Descrever os fatores facilitadores e limitadores para operacionalização do Programa Saúde na Escola no cenário selecionado para estudo.
- Discutir a aplicabilidade das estratégias adotadas pelos profissionais para superação das dificuldades enfrentadas no cotidiano da prática profissional.
- Desenvolver um material educativo, no formato de cartilha digital, direcionado aos profissionais de saúde que atuam no cenário pesquisado.

1.6 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA

No Município do Rio de Janeiro, segundo dados do IBGE, é estimada em 2021 uma população residente de 6.775.561 habitantes, dos quais, mantendo-se a proporção censitária 2010, temos: 6.320.446 habitantes, distribuídos no território municipal numa densidade populacional de 5.265,82 hab/km². O perfil populacional é compreendido por crianças, contendo faixa etária de até 10 anos incompletos, representada por 760.523 habitantes, ou seja 12,03%; já a parcela de crianças e adolescentes na faixa etária de 10 a 19 anos, representa 930.718 habitantes, ou seja 14,73%. Desta forma estima-se que aproximadamente 26,76% da população do Município do Rio de Janeiro é compreendida por crianças e adolescentes até 19 anos.

Segundo dados do IBGE (censo 2020), a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI), que expressa o número de óbitos de crianças no primeiro ano de vida, é de 12,1 óbitos por mil nascidos vivos. Para a OMS o índice da TMI considerado natural e aceitável é de 10 mortes para cada mil nascimentos. De acordo com MATOS, L.N. ET (2004), as principais causas de óbito neonatal foram as afecções perinatais e as malformações congênitas; entre os óbitos pós-neonatais destacaram-se as doenças infecciosas e parasitárias, as causas mal definidas e as doenças respiratórias.

Já as questões de morbimortalidade de crianças e adolescentes no Mundo, no País e no Município variam, principalmente, dentre as causas de violência e acidentes. Para a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por acidentes e violências do Ministério da Saúde (2005):

“Os acidentes e as violências configuram, assim, um conjunto de agravos à saúde, que pode ou não levar a óbito, no qual se incluem as causas ditas acidentais (...) devidas ao trânsito, trabalho, quedas, envenenamentos, afogamentos e outros tipos de acidentes e as causas intencionais (agressões e lesões autoprovocadas). Esse conjunto de eventos consta na Classificação Internacional de Doenças – CID (OMS, 1985 e OMS, 1995) – sob a denominação de causas externas.”

Para a melhoria e ampliação das práticas de saúde, a escola assume um relevante papel, visto que nos encontramos em uma sociedade estruturada de forma que as crianças estão em contato cotidiano com o ambiente escolar em número de horas semelhante ou maior do que com os integrantes da família. E, principalmente, quando consideramos que o acompanhamento pela atenção básica à saúde da criança apresenta diminuição nos atendimentos conforme o avançar da idade, sendo preconizado pela carteira de serviço, a realização de 7 consultas no primeiro ano de

vida, 2 no segundo ano de vida e consultas anuais a partir do terceiro ano de vida.

No que se refere à saúde no ambiente escolar, Diniz et al. (2010) ressaltam as orientações do Ministério da Educação e Cultura (MEC), por meio dos PCNs, que direcionam para que “[...] a saúde seja um eixo transversal ao currículo, considerando a escola como parceira da família e da sociedade na promoção da saúde das crianças e adolescentes.”

Diversos outros países também têm promovido a articulação entre a saúde e a educação. Para ilustrar, podemos citar o Decreto sobre Promoção da Saúde escolar, instituído no ano de 1997, pelo governo francês. A regulamentação francesa de promoção da saúde nas escolas é alicerçada na gratuidade e integralidade da assistência. Sua finalidade é promover serviços de qualidade a fim de assegurar, entre outras coisas, a saúde da criança na escola. Iniciativa semelhante foi aplicada na Itália, no ano de 2002 (LIMA et al, 2012).

No Brasil, a criação do PSE, pelo Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, apresenta finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica, por meio de ações em saúde que ocorrem em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS, considerando a atenção, promoção, prevenção e assistência.

A estratégia da Prefeitura do Município do Rio de Janeiro foi, em 2015, juntamente com representantes da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), da Secretaria Municipal de Educação (SME) e Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social (SMDS), sob a orientação do Escritório de Gerenciamento de Projetos da Secretaria Municipal da Casa Civil, a elaboração do PSE Carioca como uma forma de operacionalizar o PSE Nacional.

Em 2017 foi elaborada a Portaria nº 1055, que redefiniu as regras e os critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola – PSE por estados, Distrito Federal e municípios – e dispôs sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações. As alterações no programa permitiram a desburocratização dos repasses, ampliação do número de escolas e educandos, valorização do planejamento e gestão local e qualificação dos registros e monitoramento.

O planejamento e a realização dessas ações têm ficado a cargo das Equipes da Estratégia de Saúde da Família (EqSF), lotadas nas Unidades de Saúde referência àquele território, em que, na prática, o enfermeiro é um dos principais profissionais que coordena o desenvolvimento das ações, em conjunto com a equipe de

profissionais da Atenção básica (AB). A relação do PSE com as EqSF tem interseções e corresponde a uma das atividades inseridas na carteira de serviços dos profissionais que atuam na atenção básica.

As equipes de saúde da família devem atuar ativamente nos processos de educação permanente e continuada em saúde de professores, funcionários, pais e estudantes. Ainda, devem garantir e potencializar o acesso e a parceria das escolas com a Unidade de Saúde da Família, coordenando ações contínuas e longitudinais e promovendo a integralidade das ações e serviços em saúde em relação às demandas das escolas (SILVEIRA; PEREIRA, 2004).

Assim, este estudo se mostra relevante por buscar a compreensão das ações voltadas ao cuidado em saúde das crianças e dos adolescentes, em específico as ações realizadas no âmbito escolar. Bem como, por traçar as potencialidades e os desafios encontrados na prática do cotidiano profissional para a realização da política pública, e, no âmbito da pesquisa, propiciar informações para o suprimento de lacunas científicas quanto a operacionalização do PSE.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O referencial teórico da presente pesquisa baseia-se na compreensão do processo de socialização e no conceito de cultura baseado em Geertz; na concepção pedagógica de Paulo Freire e nas práticas de promoção da saúde no âmbito intersetorial e interdisciplinar.

Também foram utilizados o histórico da saúde escolar no Brasil e no mundo e as bases programáticas do Programa Saúde na Escola, para compreensão das práticas atuais realizadas, tendo em vista a complexidade do universo conceitual adotado.

2.1 PROCESSO DE SOCIALIZAÇÃO E O CONCEITO DE CULTURA DE GEERTZ

O processo de socialização, principal fator responsável pela construção da sociedade atual, consiste tanto na aprendizagem quanto na apreensão de padrões, valores e sentimentos próprios da sociedade. Segundo Frederick Elkin (1968, p.14), socialização é definida como “o processo pelo qual alguém aprende os modos de uma determinada sociedade ou grupo social a fim de que possa funcionar dentro dele.”

Em seu livro “A criança e a sociedade”, o referido autor relata que a socialização ocorre por meio de agentes de socialização, que são grupos ou ambientes de interação capazes de inferir nos padrões e valores próprios das crianças (ELKIN, 1968).

Desta forma, Émile Durkheim categoriza as instituições socializadoras em dois tipos principais, as de socialização primária e as de socialização secundária. A primária corresponde ao primeiro contato da criança com a linguagem e a compreensão das relações sociais e dos seres que compõem a sociedade. Além disso, é nesse estágio em que são interiorizados normas e valores. A família e as escolas são as instituições sociais mais fundamentais nesse momento (Idem).

A socialização secundária corresponde ao indivíduo já socializado pelas instituições, que continua interagindo e adquirindo papéis sociais, intensificando a complexidade de sua rede de relações sociais. Neste caso, compreende o estabelecimento de papéis sociais que surgirão da relação e interação com o mundo e outros atores sociais. Temos como exemplo a inferência da igreja e do trabalho (Idem).

Intrinsecamente ligada à socialização, devemos considerar o ambiente cultural no qual o indivíduo está envolvido. Assim, de acordo com os conceitos de Geertz, em seu livro a interpretação das culturas, é importante levar em conta que, o que o homem é pode estar envolvido com onde ele está, quem ele é e no que ele acredita. É considerando tal possibilidade que deu margem ao surgimento do conceito de cultura e ao declínio da perspectiva uniforme do homem. A antropologia tem tentado encontrar o caminho para um conceito mais viável sobre o homem, no qual a cultura e a variabilidade cultural possam ser mais levadas em conta do que concebidas como capricho ou preconceito (GEERTZ, 2011, P. 26-27).

Clifford Geertz (1926-2006) foi eminente antropólogo norte-americano e responsável pelo grande movimento da antropologia interpretativa ou hermenêutica, uma das vertentes da antropologia contemporânea. Ele afirma que, numa perspectiva semiótica, “o homem é um animal amarrado a teias de significados que ele mesmo teceu”, e assim o autor entende a cultura como sendo “essas teias e a sua análise, uma ciência interpretativa à procura do significado” (GEERTZ, 2011, P. 26-27).

A proposta de Geertz busca modificar a herança tradicional funcionalista de Durkheim e Malinowski e estruturalista de Lévi-Strauss e redefinir a antropologia como o estudo da cultura (SIAGUD, 2007). Para Geertz o conceito de cultura consiste (2011, p. 66):

“num padrão de significados transmitido historicamente, incorporado em símbolos, um sistema de concepções herdadas expressas em formas simbólicas por meio das quais os homens comunicam, perpetuam e desenvolvem seu conhecimento e suas atividades em relação à vida.”

Assim como Max Weber, o Geertz (2011, p. 137) relata que:

“as ideias – religiosa, moral, prática, estética – devem ser apresentadas por grupos sociais poderosos para poderem ter efeitos sociais poderosos: alguém deve reverenciá-las, celebrá-las, impô-las. Elas devem ser institucionalizadas para poderem tê-la não só uma existência intelectual na sociedade, mas também uma existência material.”

Cabe ressaltar que, no ambiente escolar, a cultura é baseada na formulação e implementação de mecanismos de controle (planos, regras, instruções e orientações) que governam o comportamento dos membros da comunidade escolar. Porém, cada um desses membros poderá agir de forma diferente uns dos outros, utilizando padrões culturais específicos ao contexto de cada um (LUCAS, 2013).

Desta forma, é necessário que as práticas de promoção da saúde desenvolvidas pelo Governo e colocadas em prática pela saúde e educação sejam institucionalizadas de forma contínuas, construindo um sistema de significados a partir das relações estabelecidas entre as crianças e toda a comunidade escolar, para que possa revelar padrões culturais definidores e determinantes do comportamento humano.

2.2 CONCEPÇÃO PEDAGÓGICA

É necessário discutir as concepções que subsidiam as ações de saúde como práticas pedagógicas, tornando-as claras para todos os envolvidos. Para Saviani (2005), as concepções pedagógicas são as diferentes maneiras pelas quais a educação é compreendida, teorizada e praticada, denotando o modo de operar e de realizar o ato educativo.

Do ponto de vista da pedagogia, as diferentes concepções podem ser agrupadas em duas grandes tendências: pedagogia tradicional, bancária ou tecnicista; e as concepções contra hegemônicas, histórico-críticas ou humanizadoras (SAVIANI, 2005). De forma geral, a tendência tradicional pode ser representada pela passividade do aprendiz, que não é considerado sujeito do processo de ensino-aprendizagem, apenas recebe informações de forma descontextualizada com sua realidade. Já as concepções contra hegemônicas buscam a aprendizagem significativa através da contextualização das informações de acordo com a realidade vivida pelo aprendiz, para que este a compreenda para superá-la. O aprendiz é sujeito e partícipe do processo de aprendizagem (CARVALHO, 2015).

Paulo Freire, Patrono da Educação Brasileira, é considerado o maior influenciador do movimento de pedagogia crítica. A prática educativa de Paulo Freire baseia-se no diálogo, no respeito ao educando e no desenvolvimento da criticidade frente à realidade para que seja possível transformá-la. Ele considera o diálogo como caminho para a liberdade dos oprimidos, promovendo a conquista de sua confiança; e não o simples ato de “depositar” suas crenças (FREIRE, 1987).

É possível perceber que Paulo Freire parte da análise do contexto da educação como um processo de humanização. É por meio da humanização da espécie humana, como um todo, que se deve concretizar a superação das contradições presentes nas realidades sociais que oprimem e atrofiam a capacidade de o humano ser corpo

consciente em um mundo histórico e socialmente constituído (PELOSO, 2011).

A transdisciplinaridade, juntamente com a interdisciplinaridade, também aparece como um dos conceitos da obra de Paulo Freire e significa muito mais que um método pedagógico ou uma atitude do professor, é, acima de tudo, a verdadeira exigência do ato pedagógico em si (SCHEIFER, 2013).

De acordo com Scheifer C. L, é possível pensar na transdisciplinaridade sob a ótica dos processos de desterritorialização e multiterritorialização, que significa reconhecer a dimensão espacial subjacente à construção do conhecimento. Significa reconhecer que os territórios disciplinares que se interpenetram são também espaços ideológicos historicamente construídos e, por isso, não isentos de inscrição em estruturas de poder. Estruturas essas que, da esfera acadêmica à esfera do senso comum, acabam validando alguns conhecimentos como mais científicos que outros, principalmente quando a referência é o modelo positivista de ciência (Idem).

2.3 PROMOÇÃO DA SAÚDE NO ÂMBITO INTERSETORIAL E INTERDISCIPLINAR

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) reforçou o envolvimento dos atores sociais no processo de fortalecimento e na administração do SUS consolidando a promoção da saúde como prática social intersetorial diretamente relacionada à qualidade de vida e ao equilíbrio do processo saúde-doença (BRASIL, 2006).

A PNPS adota, entre outros, o princípio da intersetorialidade e apresenta diretrizes relacionadas, ao estímulo à cooperação e à articulação intrasetorial e intersetorial para ampliar a atuação sobre determinantes e condicionantes da saúde; a incorporação das intervenções de promoção da saúde no modelo de atenção à saúde por meio de ações interssetoriais; e a organização dos processos de gestão e de planejamento das variadas ações interssetoriais, como forma de fortalecer e promover a implantação da PNPS na Rede de Atenção à Saúde. O conceito aplicado na política consiste:

“Intersetorialidade se refere ao processo de articulação de saberes, potencialidades e experiências de sujeitos, grupos e setores na construção de intervenções compartilhadas, estabelecendo vínculos, corresponsabilidade e cogestão para objetivos comuns; A intrasetorialidade, diz respeito ao exercício permanente da desfragmentação das ações e serviços ofertados por um setor, visando à construção e articulação de redes cooperativas e resolutivas” (BRASIL, 2018, pág. 26,27).

Outras óticas abordadas para explicitar a intersetorialidade são convergentes, apesar da polissemia encontrada:

“A intersetorialidade é a articulação entre sujeitos de setores diversos, com diferentes saberes e poderes com vistas a enfrentar problemas complexos. No campo da saúde, pode ser entendida como uma forma articulada de trabalho que pretende superar a fragmentação do conhecimento e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na saúde da população. Mais do que um conceito, é uma prática social que vem sendo construída a partir da insatisfação com as respostas do setor saúde perante os problemas complexos do mundo moderno” (Feuerwerker e Costa, 2000)”.

“Ações intersetoriais têm se mostrado como uma estratégia importante na busca de novos modelos organizacionais e pode ser entendida como uma articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de políticas, programas e projetos dirigidos a comunidades e a grupos populacionais específicos, num dado espaço geográfico, com o objetivo de atender às suas necessidades e expectativas de forma sinérgica e integral” (Junqueira, R., 2000; Junqueira e col., 1997)”.

Neste sentido, evidenciam-se vários conceitos que se relacionam à intersetorialidade, como a interdisciplinaridade, que conforme postulado por Hilton Japiassu (1976) em seu clássico livro *Interdisciplinaridade e Patologia do Saber* que, mesmo após algumas décadas, ainda se mostra como uma discussão muito atual, principalmente no contexto da saúde pública, esclarecendo que:

“A exigência interdisciplinar impõe a cada especialista que transcenda sua própria especialidade, tomando consciência de seus próprios limites para acolher as contribuições das outras disciplinas [...]” (JAPIASSU, 1976, pág. 27).

“A interdisciplinaridade se caracteriza pela intensidade das trocas entre os especialistas e pelo grau de interação real das disciplinas, no interior de um projeto específico [...] Podemos dizer que nos reconhecemos diante de um empreendimento interdisciplinar todas as vezes em que ele conseguir incorporar os resultados de várias especialidades, que tomar de empréstimo a outras disciplinas certos instrumentos e técnicas metodológicas, fazendo uso dos esquemas conceituais e das análises que se encontram nos diversos ramos do saber, a fim de fazê-los integrarem e convergirem, depois de terem sido comparados e julgados” (Idem, pág. 74).

Conceitos como a multidisciplinaridade, a pluridisciplinaridade, a transdisciplinaridade e, também, aspectos diferenciados dentro da própria interdisciplinaridade, devem ser entendidos em sua essência para não haver uma confusão entre eles, o que por sua vez é corriqueiro em diversos estudos.

2.4 HISTÓRICO DA SAÚDE ESCOLAR NO MUNDO E NO BRASIL

O início da política de atenção à saúde escolar no mundo data do final do século XVIII e o início do século XIX, quando o médico alemão Johann Peter Frank (1745-1821) elaborou o “System Eisner Vollständigen Medicinischen Politizei”, que ficou conhecido posteriormente como Sistema Frank. O Sistema Frank contemplava não apenas a saúde escolar, mas, também, múltiplos aspectos da saúde pública e individual, tais como demografia, casamento, procriação, puerpério, saúde infantil, medicina militar, doenças infectocontagiosas, vestuário, esgotos, suprimento de água e prevenção de acidentes (FIGUEIREDO, 2010).

O Sistema Frank concedeu o reconhecimento, a Johan Peter Frank, como o pai da saúde escolar, no qual propunha o atendimento escolar e a supervisão das instituições educacionais desde a prevenção de acidentes até a higiene mental, desde a elaboração de programas de atletismo até a iluminação, aquecimento e ventilação das salas de aula (FIGUEIREDO, 2010).

A referida obra resultou na elaboração de um código de saúde com caráter abrangente que trata dos deveres de um oficial de saúde, propunha que este oficial agisse nos colégios, instruindo tanto as crianças quanto os professores a respeito da manutenção e promoção da saúde. Este efeito demonstrou importância na difusão da ideia de “polícia médica” não somente na Alemanha, Áustria e Itália, mas também na França, Grã-Bretanha e Estados Unidos (FIGUEIREDO, 2010).

No Brasil, a questão da higiene escolar ganhou impulso a partir do início do século XX. Nessa época, o Brasil era marcado por intensas migrações e vivenciava uma crítica situação de saúde pública, pois era um país endêmico de cólera, febre amarela, malária e peste bubônica, o que ocasionava um índice elevado de mortalidade, principalmente infantil, que sofriam também por desnutrição decorrente de outras doenças (FIGUEIREDO, 2010).

As ações de higiene escolar, como anteriormente era denominada a saúde escolar, ocorreu conforme a ingerência de três doutrinas: a da polícia médica, a do sanitarismo e a da puericultura. Desta forma, a saúde escolar, no exercício da polícia médica “se deu pela inspetoria das condições de saúde dos envolvidos com o ensino”; o sanitarismo, “pela prescrição a respeito da salubridade dos locais de ensino” e a puericultura, “pela difusão de regras de viver para professores e alunos” (LIMA, 1985).

No entanto, foi durante o governo Vargas nas décadas de 1930-40 que a higiene escolar se tornou de forma mais efetiva uma política do Estado. Por meio do decreto nº4387, de 8 de setembro de 1933, consolidou e organizou o aparelho administrativo do então recém-criado Departamento da Educação, que passava a contar com a superintendência de Educação de Saúde e Higiene Escolar.

Na década de 70, surgiu a Educação Popular em Saúde, trazendo consigo os projetos pedagógicos que priorizam a diversidade social, a intercomunicação entre os diferentes atores sociais e o compromisso com as classes populares, valorizando as iniciativas dos educandos e o diálogo entre o saber popular e o científico (VASCONCELOS, 2006).

As ações de educação em saúde começaram a ser discutidas na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Alma-Ata em 1978, que preconizava saúde para todos no ano de 2000. Naquele momento os governantes identificaram a necessidade de implementar ações educativas no âmbito da saúde pública. Desta forma, a educação popular nasceu no Brasil, a partir dos movimentos sociais e da luta de várias militâncias em busca de direito e cidadania (GOMES; MEHRY, 2011).

Neste contexto, foi realizada no Brasil, a VIII Conferência Nacional de Saúde, fundamental para a institucionalização do direito à saúde para todos os cidadãos, que culminou com a promulgação da Constituição Federal de 1988, normatizada pelas leis 8080 e 8142.

Em 1990, a Lei 8.096, que dispõe sobre o estatuto da criança e adolescente, regulamenta o dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público que é de assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.

Considerando o conceito ampliado de saúde e o cuidado integral à criança e ao adolescente, o ambiente escolar passou a ser vislumbrado como ideal para a prática das ações de cuidado. No entanto, até a década de 80, vários estudos traziam que essa relação era pouco efetiva, pois estavam mais focalizadas no modelo médico assistencialista, tradicional e preventivo (SOUZA, 2013).

Desta forma, buscou-se iniciativas que rompam com os programas que apresentavam experiências pedagógicas consideradas como estratégias, ferramentas ou suportes para o conhecimento cartesiano, autoritário, normativo e hegemônico. E

que apresentassem potencialidade em orientar o processo de produção de saúde, reconstruindo-o numa perspectiva libertadora, reflexiva, criativa e transformadora, construindo coletivamente um saber que reflete a realidade vivenciada, servindo de referência para a constituição de sujeitos sociais que assumem o protagonismo de sua saúde e de suas vidas (BRASIL, 2007).

Neste contexto, foi implantada a Rede Latino-Americana de Escolas Promotoras de Saúde, um trabalho articulado entre a educação, a saúde e a sociedade, e demanda a ação protagonista da comunidade educativa na identificação das necessidades e dos problemas de saúde e na definição de estratégias e linhas pertinentes para abordá-los e enfrentá-los. Refere-se a uma estratégia de promoção da saúde no espaço escolar com enfoque integral, tendo três componentes relacionados entre si, a saber: a) Educação para a saúde com enfoque integral, incluindo o desenvolvimento de habilidades para a vida; b) Criação e manutenção de ambientes físicos e psicossociais saudáveis; e c) Oferta de serviços de saúde, alimentação saudável e vida ativa (BRASIL, 2007).

Cabe ressaltar, um grande marco político no processo de transformação do enfoque do cuidado em saúde, a PNPS, instituída pela Portaria nº 687, de 30 de março de 2006 e garantida na Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que apresenta como eixo operacional, dentre outros, a educação e formação, enquanto incentiva atitude permanente de aprendizagem sustentada em processos pedagógicos problematizadores, dialógicos, libertadores, emancipatórios e críticos.

Desta forma, convergimos para uma abordagem que estimula a intersetorialidade na perspectiva de saúde e educação, o compromisso com a integralidade, respeitando as singularidades e particularidades de cada indivíduo, além do fortalecimento da participação social e o estabelecimento de mecanismos de cogestão do processo de trabalho, ou seja, no trabalho em equipe.

2.5 O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA

O Programa Saúde na Escola foi instituído, no âmbito dos Ministérios da Educação e da Saúde, por meio do Decreto Presidencial nº 6.286 de 5 de dezembro de 2007. Formulado pelo governo federal com o intuito de contribuir para a formação integral dos estudantes mediante ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno

desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino (BRASIL, 2011).

Essa iniciativa considera o ambiente escolar como um espaço de relações privilegiado para o desenvolvimento crítico e político, contribuindo na construção de valores pessoais, crenças, conceitos e maneiras de conhecer o mundo e interfere diretamente na produção social da saúde. No contexto situacional do espaço escolar, encontram-se diferentes sujeitos, com histórias e papéis sociais distintos, que produzem modos de refletir e agir sobre si e sobre o mundo e que devem ser compreendidos pelas equipes de Saúde da Família em suas estratégias de cuidado (BRASIL, 2009).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), por meio das equipes de saúde da família, deve dedicar-se a ações coletivas e a reconstrução das práticas de saúde a partir da interdisciplinaridade e da gestão intersetorial, em um dado território. O planejamento das ações, segundo a legislação que institui o PSE, deve considerar (2007):

- I - o contexto escolar e social;
- II - o diagnóstico local em saúde do escolar; e
- III - a capacidade operativa em saúde do escolar.

Desta forma, a atuação da EqSF na escola deve ser articulada de maneira coletiva entre saúde e educação, com a inclusão dos pais e responsáveis e o envolvimento dos educandos, aumentando o compromisso da comunidade frente ao enfrentamento das vulnerabilidades sociais no cotidiano. Além disso, é recomendado pelo Ministério da Saúde que as ações estejam inseridas no projeto político pedagógico da escola (BRASIL, 2011, p.6).

“As ações do PSE, em todas as dimensões, devem estar inseridas no projeto político pedagógico da escola, levando-se em consideração o respeito à competência político executiva dos Estados e municípios, à diversidade sociocultural das diferentes regiões do País e à autonomia dos educadores e das equipes pedagógicas”.

Cabe ressaltar a importância do papel designado aos gestores da saúde e educação, visto que, conforme recomendado pelo MS, a coordenação do PSE é por meio dos Grupos de Trabalho Intersetoriais (GTIs) compostos, obrigatoriamente, por representantes das Secretarias de Saúde e de Educação e, facultativamente, por outros parceiros locais representantes de políticas e movimentos sociais (cultura, lazer, esporte, transporte, planejamento urbano, sociedade civil, setor não governamental e setor privado, entre outros). O MS recomenda que a gestão seja (2011, p. 9):

“Compartilhada, numa construção em que tanto o planejamento quanto a execução das ações são realizados, coletivamente, de forma a atender às necessidades e demandas locais. As decisões são compartilhadas por meio de análises e avaliações construídas intersetorialmente. O trabalho no GTI pressupõe, dessa forma, interação com troca de saberes, poderes e afetos entre profissionais da saúde e da educação, educandos, comunidade e demais redes sociais.”

Inicialmente a implantação do PSE estava regulamentada financeiramente pela Portaria nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, que normalizava a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Além de estarem condicionados a realização de ações essenciais (obrigatórias para recebimento do incentivo financeiro) e optativas (não obrigatórias para recebimento do incentivo financeiro), segregadas por níveis de ensino (creche, pré-escola, ensino fundamental, ensino médio e EJA), e divididas em 5 componentes, a saber: a) Componente I - Avaliação das Condições de Saúde; b) Componente II - Promoção da Saúde e Prevenção das Doenças e Agravos; c) Componente III - Capacitação permanente dos profissionais de saúde e educação; d) Componente IV - Monitoramento e Avaliação da Saúde dos Estudantes; e) Componente V - Monitoramento e Avaliação do Programa.

Em 2015, a partir das análises da portaria anterior e do baixo desempenho dos municípios nos alcances das metas, a equipe técnica do PSE empreendeu discussões para subsidiar a elaboração de uma nova portaria que buscasse superar os principais problemas que representavam entraves para avanço do PSE no país (BRASIL, 2018).

Os pontos críticos revelados e discutidos em relação ao programa foram:

- a) A divisão entre ações essenciais (obrigatórias para recebimento do incentivo financeiro) e optativas (não obrigatórias para recebimento do incentivo financeiro) centralizam o esforço nas primeiras e negligenciam as demais;
- b) O teto de 1000 alunos por equipe de saúde da Atenção Básica reforça a perspectiva de procedimentos ao invés de conjunto de ações, além de negligenciar serviços precípuos da AB para os demais educandos;
- c) A possibilidade de pactuar por nível de ensino segregava educandos na escola pactuada;
- d) O formato não era flexível para inclusão de ações mais próximas das demandas locais;
- e) Negligência do componente III - formação - pela maioria dos municípios;
- e
- f) Ausência de iniciativas para formação continuada dos profissionais.

Assim, o GTI Federal, a partir das dificuldades e soluções apontadas pelos estados e municípios considerou as seguintes diretrizes para propor a reestruturação do PSE (BRASIL, 2018):

- i. Desburocratização dos repasses;
- ii. Qualificação dos registros e monitoramento (gestão da informação);
- iii. Ampliação do número de escolas e educando.

Neste contexto, foi elaborada a Portaria nº 1055, de 25 de abril de 2017 que 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. A seguinte portaria manteve os objetivos originais do programa, em seu Art. 2º:

- 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 a 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.

No entanto, foram realizadas algumas alterações na legislação anterior, como por exemplo, no que se refere ao valor do incentivo concedido pelo governo federal, o adicional pela inclusão dos estudantes, a forma de repasse, o período do ciclo de adesão e as ações realizadas nas escolas. Um comparativo entre a portaria anterior e Portaria nº 1.055/2017 encontra-se na **tabela 1**.

Tabela 1 – Diferenças entre as portarias nº 204/GM/MS/2007 e nº 1.055/2017.

Portaria nº 204/GM/MS/2007	Portaria nº 1.055/2017
Incentivo federal de R\$ 3.000,00 para envolver até 599 estudantes.	Incentivo federal de R\$ 5.676,00 para envolver até 600 estudantes, acrescido de R\$ 1.000,00 a cada intervalo entre 1 e 800.
Sem recurso adicional para inclusão de mais alunos.	Incentivo de R\$ 1.000,00 a cada inclusão de 800 alunos.
Repasse em duas parcelas: 20% na adesão e 80% ao final.	Repasse único do recurso a cada ano do ciclo.
Ciclo de adesão com duração de 1 ano.	Ciclo de adesão com duração de 2 anos.
Ações por nível de ensino, sem envolver todos os alunos da escola pactuada.	Ações priorizadas desenvolvidas em toda a escola.
Ações divididas em componentes, sem possibilidade de o município incluir outras ações.	Conjunto de 12 ações que podem ser priorizadas conforme demanda da escola, indicadores de saúde e demais indicadores sociais (violência, gravidez na adolescência, evasão escolar etc.). No ato da adesão o município pode incluir ações.
Dois sistemas para registro das ações: SISAB (MS) e Sistema de Informação no SIMEC (MEC).	Registro unificado no SISAB

Fonte: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/documento_orientador_monitoramento_pse_2017_2018.pdf

Assim, conforme pactuado na nova portaria, o planejamento das ações ocorre de forma intersetorialmente, considerando indicadores de saúde e de educação e as unidades de saúde devem ser inseridas ao programa por meio de um processo de adesão, bienal, devendo realizar as seguintes ações:

- 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.

Cabe destacar que para a implementação das ações previstas no PSE, é fundamental o processo de formação inicial e continuada dos profissionais das duas áreas, já previsto nas políticas de saúde e educação. Deste modo, o programa prevê a responsabilidade dos ministérios em subsidiar a formulação das propostas de educação permanente dos profissionais de saúde e da educação básica para implementação das ações do PSE.

Desta forma, para que o PSE alcance seus objetivos, é primordial a prática cotidiana da intersetorialidade nos campos da gestão, do planejamento, dos compromissos dos dois setores e da abordagem nos territórios onde se encontram as unidades escolares e as equipes de Saúde da Família.

3. ABORDAGEM METODOLÓGICA

“(...) a metodologia inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a construção da realidade e o sopro divino do potencial criativo do investigado.”

MINAYO, PESQUISA SOCIAL, 2002 p.16.

As metodologias estão totalmente relacionadas às teorias sobre a realidade, por tanto, é necessário ter uma concepção da realidade para que se possa recortá-la e propor uma forma de compreensão.

O presente capítulo expõe os métodos e os instrumentos utilizados para direcionar e operacionalizar o seguinte estudo. Nele estão descritos, a caracterização do cenário, do ambiente e dos participantes da pesquisa, o método abordado, a técnica empregada para coleta de dados e a descrição da análise dos dados.

3.1 TIPO DE ESTUDO, NATUREZA, ABORDAGEM E MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de campo, que possui característica descritiva e exploratória, na qual a primeira tem por finalidade a descrição das particularidades de determinados fenômenos. A pesquisa descritiva tem por objetivo estudar as características de um grupo e descobrir a existência de associações entre variáveis, porém, em alguns casos, proporciona uma nova visão do problema, o que as aproxima das pesquisas exploratórias. Em consonância com a perspectiva descritiva, a característica exploratória visa proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses. Seu planejamento tende a ser bastante flexível, pois interessa considerar os mais variados aspectos relativos ao fato ou fenômeno estudado (GIL, 2017).

Apresenta ainda uma abordagem qualitativa, uma vez que segundo o conceito de Minayo (2014), o método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam. Seguindo a mesma perspectiva, Denzin e Lincoln (2010), diz que a pesquisa qualitativa é um campo de investigação que atravessa disciplinas e temas, que pode ser considerado um grande guarda-chuva que recobre diferentes abordagens usadas para descrever, compreender e interpretar

experiências, comportamentos, interações e contextos sociais.

Neste contexto, a abordagem qualitativa se mostrou o caminho mais adequado para descrever a relação existente no Programa Saúde na Escola, entre os profissionais de saúde e educação, e as multífaces temporais e situacionais que influenciam na construção dessa interação.

No método, destaca-se o delineamento do tipo estudo de caso exploratório-descritivo. Segundo Yin (2005) apud Gil (2008, p. 58), o estudo de caso é um estudo empírico que investiga um fenômeno atual dentro de seu contexto de realidade, quando as fronteiras entre o fenômeno e o contexto são claramente definidas e no qual são utilizadas várias fontes de evidências. Desta forma, pôde-se investigar as circunstâncias inseridas no cotidiano profissional, o que possibilitou a explicação de ligações causais de situações singulares que motivaram a dicotomia encontrada entre a teoria ideológica e a prática realizada no Programa Saúde na Escola.

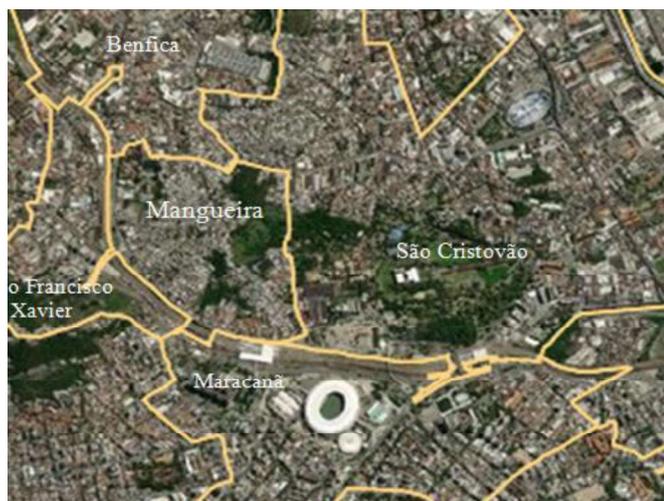
3.2 CARACTERIZAÇÃO DO CENÁRIO, DO AMBIENTE E DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

A coleta de dados ocorreu no período de março de 2021 a maio de 2021. O campo para coleta de dados teve como cenário a Clínica da Família Dona Zica, localizada na área programática 1.0, no município do Rio de Janeiro. A escolha da clínica se deu por motivo estratégico de serviço e pelo prévio conhecimento da pesquisadora acerca do território, da clínica e da equipe técnica, o que favorece uma aproximação interpessoal para coleta das informações pertinentes ao estudo.

O estudo situa-se na zona norte do município do Rio de Janeiro, mais precisamente no bairro da Mangueira. É administrada pela subprefeitura do Centro e Centro Histórico e pela VII Região Administrativa da prefeitura.

O bairro da Mangueira apresenta uma extensão territorial de 79,81 hectares (censo 2020) e sua localização é limitada pelos bairros de Benfica, São Cristóvão, São Francisco Xavier e Maracanã, conforme **figura 1**.

Figura 1 - Mapa de localização do cenário de estudo.



Fonte: <https://pcrj.maps.arcgis.com/apps/MapJournal/index.html?appid=9843cc37b0544b55bd5625e96411b0ee>

O atual morro da Mangueira surgiu no início do século XX, às margens da linha férrea que liga o centro da cidade aos subúrbios cariocas. A maioria dos moradores que iniciaram sua ocupação, assim como em outras favelas cariocas, era formada por trabalhadores com pouca escolaridade, em sua maioria oriunda do estado de Minas Gerais e da região Nordeste que tentavam integrar-se à grande cidade (IPP, 2017).

O Visconde de Niterói, que recebeu o morro de presente de D. Pedro II, possui seu nome representado na principal rua do bairro, que juntamente com a Rua Ana Nery, constituem as principais vias de acesso à comunidade. A Mangueira é composta por um complexo de Morros – Chalé, Buraco Quente, Olaria, Telégrafos e Candelária – caracterizando-se por diversas áreas íngremes, que à medida que se adentra a comunidade vai se afunilando em ladeiras, becos e vielas que carecem de estrutura urbana, o que dificulta o acesso tanto para moradores como para serviços públicos, como saúde e transporte (IPP, 2017).

A comunidade apresenta o menor índice de desenvolvimento social – IDS, quando comparada aos bairros do entorno, Mangueira (0,537), Benfica (0,570), São Francisco Xavier (0,613) e São Cristóvão (0,615). O IDS foi inspirado no conhecido Índice de Desenvolvimento Humano – IDH, sua finalidade é medir o grau de desenvolvimento social de uma determinada área geográfica em comparação com outras de mesma natureza. Para calcular o IDS são utilizados 10 indicadores que cobrem quatro grandes dimensões de análise: acesso a saneamento básico, qualidade habitacional, grau de escolaridade e disponibilidade de renda. A prefeitura do Rio de Janeiro em seu plano estratégico, Rio 2020: mais solidário e mais humano,

apresenta o foco de suas ações da atenção primária à saúde aos grupos mais vulneráveis, que apresentam IDS menor que 0,55. Nesses bairros, pretende atingir o alcance de 100% de cobertura da estratégia de saúde da família, ampliar a integração com outros equipamentos sociais e o estabelecimento de uma agenda intersetorial.

O ambiente de estudo escolhido, a Clínica da Família Dona Zica, foi inaugurado em 05 de fevereiro de 2010 e hoje possui cadastrados 16.122 cidadãos ativos. A unidade básica de saúde está localizada no bairro vizinho São Francisco Xavier e por se apresentar longe da comunidade adstrita é disponibilizado um meio de transporte, uma van, que em horários regulares pré-estabelecidos, realiza a locomoção dos pacientes da comunidade para a unidade de saúde.

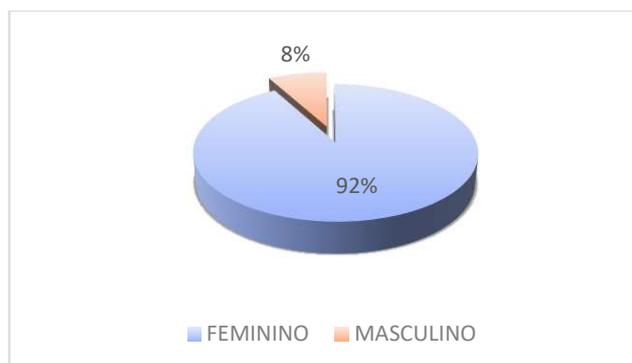
A clínica da família, diferente da grande maioria, é formada por uma estrutura de alvenaria, situada na parte superior da Casa Lar Mangueira – residência que oferece acolhimento a jovens de 18 a 30 anos, do sexo masculino, com deficiência física, mental e sensorial. Para operacionalização desta estrutura, a instituição possui como recursos físicos: 1 área de acolhimento dos pacientes (recepção) com 2 banheiros para uso dos pacientes (um masculino e um feminino), 5 consultórios (um para cada equipe), 1 sala de curativos, 1 sala de imunização, 1 sala de procedimentos e coleta, 2 consultórios odontológicos, 1 sala de esterilização, 1 sala de expurgo, 1 sala de agentes comunitários de saúde, 1 sala da farmácia, 1 sala de gerência, 1 almoxarifado, 1 refeitório e 2 banheiros para funcionários (um masculino e um feminino).

Para atendimento da demanda populacional a clínica dispõe de 5 equipes de saúde da família (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde, agente de combates às endemias), 1 equipe SIAP – Serviço Integrado de Assistência Prisional (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, dentista, técnico em saúde bucal, assistente social, psicólogo e farmacêutico), 2 equipes de saúde bucal (dentista, auxiliar em saúde bucal) e NASF. Apresenta um efetivo de 72 profissionais: 20 agentes comunitários de saúde, 6 agentes de combate às endemias, 9 médicos, 8 enfermeiros, 8 técnicos de enfermagem, 3 dentistas, 1 técnico em saúde bucal, 2 auxiliares de saúde bucal, 3 assistentes sociais, 1 psicólogo, 1 educador físico, 2 farmacêuticos, 1 técnico de farmácia, 2 auxiliares de escritório, 1 gerente administrativo, 2 funcionários da limpeza, 1 segurança patrimonial e 1 motorista.

Desta forma, o estudo compreende 50 trabalhadores – 20 agentes comunitários, 8 médicos, 5 enfermeiros, 6 técnicos de enfermagem, 2 dentistas, 2

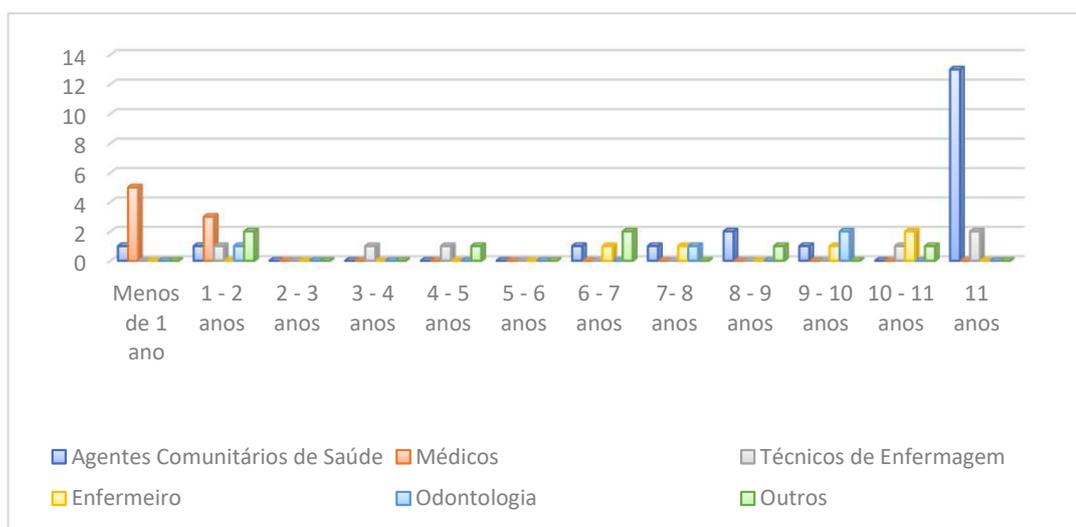
auxiliares de saúde bucal, 1 educador físico, 1 assistente social, 1 farmacêutico, 1 técnico de farmácia, 2 auxiliares de escritório e 1 gerente – que estão distribuídos de forma, predominantemente, pelo gênero feminino, totalizando 46 profissionais (92%), enquanto apenas 4 profissionais (8%) são do gênero masculino, conforme representado na **figura 2**.

Figura 2 - Distribuição dos profissionais por sexo, março/2021.



Essa característica notória da unidade de saúde, composta predominantemente por mulheres, é um reflexo dos valores socioculturais e históricos no qual o trabalho que tem como prática a centralidade do cuidado, está socialmente associado ao gênero feminino. Florence Nightingale, precursora da enfermagem moderna, atribuiu o cuidado às mulheres, afirmando que “o cuidar de doentes é tarefa que sempre coube à mulher e sempre lhe deve caber”. Entretanto, à medida que a sociedade evolui os conceitos e definições modificam-se e se tornam mais complexas; hoje, sabemos que o homem é tão necessário quanto à mulher.

Ao realizar a análise do tempo de atuação na clínica, dos profissionais de saúde envolvidos no estudo, também é verificada uma característica na qual grande parte dos trabalhadores permanece na unidade por longo tempo. A clínica apresenta um perfil de trabalhadores com vínculos consolidados à unidade, ao território e à comunidade. Dentre os profissionais com maior tempo de serviço têm-se os agentes comunitários de saúde, dos quais em sua maioria esteve presente desde a inauguração. Além disso, foi referido por eles, que estes vieram da transição do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) para o PSF. Em contraponto, a equipe médica apresenta menor tempo de permanência na unidade, sendo todos os profissionais com menos de dois anos de serviço, o que demonstra uma maior rotatividade e conseqüentemente uma maior fragilidade no vínculo, conforme **figura 3**.

Figura 3 - Distribuição dos profissionais por tempo de atuação na clínica, março/2021.

As ações do Programa Saúde na Escola são realizadas nas escolas de abrangência territorial de cada equipe, porém as equipes cuja região apresenta um menor número de escolas atendem as escolas das equipes em território limítrofe, para equiparação do serviço prestado. Desta forma, a equipe chalé absorveu, por meio de sorteio, conforme relatado pelo agente comunitário da equipe na entrevista, o CE Professor Ernesto Faria que fica no território da equipe candelária. O território possui um total de 11 escolas que são separadas por equipes, conforme **tabela 2**.

Tabela 2 - Escolas separadas pelas equipes de referência.

Buraco Quente	Candelária	Chalé	Entorno	Telégrafo
Creche Municipal Vovó Luciola	Creche Municipal Adalberto Ismael de Souza	Creche Municipal Nação Mangueirense	Creche Municipal Eduardo Moreira dos Santos	Creche Municipal Homero José dos Santos
Escola Municipal Humberto de Campos	Escola Municipal Marechal Trompowsky	CE Professor Ernesto Faria	EDI Morro dos Telégrafos	Escola Municipal José Moreira da Silva
	Escola Municipal Mestre Waldemiro			

3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídos na pesquisa os profissionais de saúde, de ambos os sexos, que atuam na Estratégia de Saúde da Família à pelo menos 1 ano de experiência na Clínica da Família Dona Zica, localizada na CAP. 1.0 do Município do Rio de Janeiro.

3.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Com base no objetivo do estudo, foram excluídos do estudo: os profissionais que não estão envolvidos nas ações do PSE – ou seja, aqueles que atuam exclusivamente na assistência penitenciária, os agentes de combate às endemias que, segundo informação da auxiliar de escritório, ficam alocados em hospital próximo não havendo integração íntima com a equipe da ESF e os profissionais do setor de limpeza, segurança e motorista que pertencem a empresas prestadoras de serviço. Embora estivesse previsto como critério de exclusão, o gozo de férias e os afastamentos por licença médica, ou outros tipos de afastamento, nenhum participante da pesquisa atendeu a este critério.

3.5 TRABALHO DE CAMPO E COLETA DE DADOS

O procedimento de coleta de dados necessitou ser alterado e adaptado às restrições impostas pela pandemia vivenciada, ocasionada pelo coronavírus. A suspensão das atividades escolares ocorreu em março de 2020, inicialmente pelo decreto municipal nº 47.282, de 21 de março de 2020, prorrogada por meio de vários outros decretos, por mais de um ano, período no qual foi realizado o estudo. Desta forma, não foi possível a realização da imersão nas práticas de promoção da saúde e nem a observação participante dos diálogos e interações entre os profissionais da clínica da família e escolas adstritas. Contudo, cabe ressaltar, que esta foi a única limitação metodológica, que, contudo, não interferiu nos demais procedimentos de coleta de dados nem no alcance dos objetivos do estudo.

O estudo foi realizado por meio de entrevistas presenciais, de forma semiestruturada, na qual foi utilizado um roteiro de entrevista com perguntas específicas sobre as ações e perguntas abertas que possibilitaram os entrevistados discorrerem sobre o tema, conforme **apêndice A**. As entrevistas foram acompanhadas e complementada por informações provenientes da observação participante, assim a pesquisadora obteve além das falas, elementos como: relações, práticas, cumplicidades e omissões. Estas informações foram recolhidas em um diário de campo, conforme **apêndice B**.

Para Minayo (2009) a “entrevista semiestruturada combina perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada”. Acrescentando, Gil (2017) destaca que a entrevista pode ser “parcialmente estruturada” quando é guiada por relação de pontos de interesse que o entrevistador vai explorar ao longo de seu curso, devendo o entrevistador guiar-se por algum tipo de roteiro. Além disso, é conveniente o entrevistador ser capaz de registrar as reações do entrevistado, expressão não verbal, do entrevistado às perguntas que são feitas.

Foram entrevistados 20 profissionais – 5 agentes comunitários de saúde, 4 médicos, 4 enfermeiras, 2 técnicas de enfermagem, 2 dentistas, 1 auxiliar de saúde bucal, 1 educador físico, 1 gerente – sobre as ações que eram realizadas nas escolas municipais adstritas ao território, quais as potencialidades e dificuldades encontradas para a implementação do Programa Saúde na Escola, quais as estratégias utilizadas para superar os desafios impostos no cotidiano da prática profissional e qual a relação que a unidade de saúde teve com a escola durante o período de pandemia. O critério para o encerramento da coleta de dados se deu a partir da saturação teórica das respostas obtidas, ou seja, quando as informações começaram a apresentar certa repetição dos temas encontrados.

As entrevistas foram gravadas em formato mp3 e posteriormente transcritas em sua íntegra a fim de que se mantivesse a fidelidade aos relatos obtidos. Posteriormente foram segregados trechos do discurso segundo seu núcleo de significação e estes foram categorizados e analisados à luz do referencial teórico e bibliografia pertinente, conforme os pressupostos de Bardin.

3.6 DESCRIÇÃO DA ANÁLISE DOS DADOS

Bardin (2011) indica que a utilização da análise de conteúdo prevê três fases fundamentais: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados.

Após a primeira fase realizada, a pré-análise, consistiu na leitura “flutuante” dos documentos transcritos e recorte dos núcleos de significação, as unidades temáticas que se repetiram com frequência foram recortadas do texto e reunidas em categorias. Nesta segunda etapa, de exploração do material, realizou-se a organização dos temas escolhidos em categorias conforme as questões norteadoras, de forma a exprimir o objetivo do estudo.

Cabe ressaltar que as categorias definidas podem confirmar ou modificar os pressupostos presentes nos referenciais teóricos inicialmente propostos. Assim, num movimento contínuo da teoria para os dados e vice-versa, as categorias se tornam cada vez mais claras e apropriadas aos propósitos do estudo.

Na terceira fase do processo foi realizado o tratamento e a interpretação dos resultados. Buscou-se ilustrar em forma de teia, por meio da utilização de gráficos no estilo radar do Excel, a interação existente entre os símbolos encontrados nos resultados da categorização, se apropriando da metáfora da Teia de Geertz.

A utilização do pressuposto de Geertz (2011) permitiu a leitura densa, detalhada, interpretativa e microscópica da realidade da comunidade escolar, na tentativa de entender a visão de mundo e a forma de organização do cotidiano desses atores sociais. Desta forma, partiu-se da perspectiva interpretativa da dinâmica social para fixar os elementos discursivos em formas pesquisáveis, focalizando o objeto de estudo no contexto em que o mesmo está inserido.

3.7 ELABORAÇÃO DO PRODUTO TÉCNICO-TECNOLÓGICO

Após a coleta de dados, as narrativas transcritas e as informações oriundas das observações de campo, bem como os dados disponíveis na literatura científica especializada, permitiram a pesquisadora principal, elaborar como produto técnico tecnológico a versão Alfa (preliminar) de uma cartilha contendo diretrizes para os profissionais de saúde em relação: planejamento, execução e avaliação das ações do PSE a serem realizadas no contexto da APS.

Essa cartilha foi validada em duas etapas, por meio da revisão de formato e do conteúdo por um comitê de especialistas, bem como pelo público-alvo, representado pelos próprios participantes deste estudo no cenário pesquisado. Isto permitiu a discussão, troca e compartilhamento de ideias, para que a versão final da cartilha pudesse ser posteriormente aprovada.

Para fins de validação da cartilha, a versão alfa foi submetida a um comitê de especialistas, composto por três profissionais com expertise no assunto e pela banca examinadora da defesa de dissertação formada por 2 membros titulares e 2 suplentes, que atuaram como revisores da cartilha, para avaliar: conteúdo, no que diz respeito a

pertinência, clareza, potencial de impacto, inovação e objetividade. Em relação ao formato do produto, foram avaliados a diagramação visual, aparência em termos atratividade e layout. Por último, mas não por fim, foi avaliada também a aplicabilidade técnica da cartilha em termo de viabilidade do produto a ser utilizado no cotidiano da prática profissional na APS.

Convém ressaltar que para a validação da cartilha, utilizou-se aproximações da técnica de conferência de consenso. Esta técnica visa alcançar uma decisão em comum acordo entre duas ou mais partes (SOUZA, 2005). Considerou-se, portanto, neste estudo para versão final da cartilha apenas os conteúdos que obtiveram concordância total dos especialistas e participantes da pesquisa. As informações que não obtiveram consenso foram analisadas pela pesquisadora e seus orientadores, e desta forma, foram realizadas modificações na cartilha, para atender às recomendações e contribuições.

Cada membro do comitê de especialista elaborou um parecer independente com considerações e sugestões para aperfeiçoamento do material. Na sequência, a cartilha foi encaminhada para 8 participantes da pesquisa que aceitaram avaliar o material. Sendo assim, estes profissionais elaboram também cada um, um parecer independente para avaliar a funcionalidade e a partir dessa análise foram elaboradas contribuições e sugestões que permitiram a validação da cartilha produzida, denominada neste estudo como versão consolidada.

Convém destacar que por princípio dialógico, esta cartilha deverá ser periodicamente ajustada ao cenário de estudo. Isto implica dizer também, que para a sua utilização em outros cenários/clínicas da família, recomendamos que sejam realizadas adaptações para potencializar o impacto dessa tecnologia educacional.

3.8 PROCEDIMENTO ÉTICOS:

Cabe destacar que a presente pesquisa possui caráter científico, sendo a participação dos profissionais gratuita, voluntária e por adesão. Ademais, a pesquisadora principal se compromete em fazer valer a resolução N^o. 466, de 12 de dezembro de 2012, Resolução N^o 510, de 7 de abril de 2016 (que versa sobre a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais) e a resolução a N^o 674, de 06 de maio de 2022, que foram elaboradas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) para a proteção devida aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos. Desta

forma será preservada a privacidade, o anonimato, o sigilo, a confidencialidade, as crenças, os valores morais e autodeterminação dos participantes do estudo.

Sendo assim, respeitando as determinações éticas foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aos profissionais participantes das entrevistas. Neste termo de consentimento foram esclarecidos: (1) sobre os objetivos, temáticas abordadas e relevância do estudo, (2) de que os objetivos das atividades propostas tiveram finalidade exclusivamente científica, não tendo portanto, qualquer caráter escuso, supérfluo, vexatório ou fiscalizatório tanto para os profissionais quanto para unidade de saúde, (3) de que seria mantido o anonimato dos profissionais a fim de preservar a integridade pessoal, sendo utilizado nomes fictícios quando necessário; e, (4) que os profissionais poderiam desistir de participar da pesquisa a qualquer momento sem prejuízo de qualquer natureza, conforme **apêndice C**.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio de Janeiro, CEP/UFRJ, sob o número CAAE 23422919.0.0000.5238, conforme **anexo A**.

Riscos, Desconfortos e Benefícios:

Toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados. Foi garantido o sigilo, bem como anonimato. As narrativas dos participantes serão capturadas por meio da gravação das entrevistas em formato mp3 e posteriormente transcritas na sua íntegra.

O risco da presente pesquisa compreende principalmente vazamento de dados sensíveis, por se tratar de um tema relativo ao processo de trabalho na Clínica da Família. Para minimizar esse risco a pesquisadora adotou as seguintes precauções, a fim de preservar os participantes: a) ocultação da identidade dos entrevistados atribuindo pseudônimos; b) restrição do acesso ao banco de dados primários da pesquisa, mantendo a guarda da senha pela pesquisadora principal.

Considerando que a pesquisa aborda a temática das ações desenvolvidas pelos profissionais da ESF no PSE, vislumbrou-se que os participantes poderiam apresentar os seguintes desconfortos: constrangimento, inibição, incômodo, entre outros. Para assegurar a minimização dessas reações por parte dos participantes do presente estudo, as entrevistas foram realizadas individualmente, em local reservado, onde o entrevistado teve a liberdade para responder conforme a sua conveniência e

livre determinação. O entrevistado tem total controle quer manter ou não seu assentimento.

No que diz respeito aos benefícios, entende-se que esta investigação pode contribuir para a melhoria da qualidade da atenção à saúde prestada à comunidade escolar e do ensino das Práticas de Promoção da Saúde na Escola nas universidades, considerando três dimensões a saber: 1) Ensino; 2) Pesquisa, e 3) cotidiano da prática profissional.

No ensino, acredita-se que este estudo se configure como material indutor para reflexão de estudantes de graduação e pós-graduação no campo da saúde. No tocante a pesquisa, essa investigação poderá trazer à luz os impactos do ensino dos aspectos relativos à Saúde do Escolar para a prática profissional dos futuros profissionais de saúde.

Espera-se que este estudo possa servir de instrumento de discussão, crítica e reflexão dos profissionais que desenvolvem no cotidiano da prática assistencial, seja no contexto da APS e no ambiente escolar, ações de promoção da saúde voltadas às crianças e adolescentes.

4. CATEGORIZAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

“Conhecer é tarefa de sujeitos, não de objetos. E é como sujeito, e somente enquanto sujeito, que o homem pode realmente conhecer.”

PAULO FREIRE

Neste capítulo abordamos os resultados da presente pesquisa que são apresentados na descrição e discussão de três categorias, elaboradas mediante análise temática dos dados oriundos das entrevistas realizadas no cenário do estudo.

Em cada categoria são expostas as descrições que melhor apresenta o conteúdo retratado e as falas dos entrevistados, seguidas de uma análise crítica baseada em inferências do próprio autor à luz do referencial teórico. Salienta-se que, apesar da análise se construir a partir da divisão dos dados em três categorias, estas mantêm uma articulação orgânica entre si, a fim de garantir o entendimento dinâmico do tema estudado.

Desta forma, são consideradas as articulações entre as categorias identificando a partir das narrativas dos participantes do estudo, os conflitos, contradições e as diferenças conceituais e práticas existentes. Cabe ressaltar que as categorias mencionadas estão situadas no contexto histórico atual sendo identificadas as suas particularidades, porém analisadas à luz do princípio da totalidade.

Tendo como base esses procedimentos, e demais informações colhidas, segue abaixo a estruturação das categorias que deram suporte para a análise.

A primeira categoria é denominada *“Caracterização das ações do PSE desenvolvidas pelos profissionais de saúde no cenário pesquisado”* e corresponde a identificação e exposição das ações relatadas pelos profissionais de saúde realizadas pelo PSE nas escolas adstritas à unidade de saúde. Apresenta como propósito identificar as principais intervenções de prevenção e atividades de promoção da saúde realizadas nas escolas, bem como denotar a abordagem de seus conteúdos.

A segunda categoria é denominada *“Fatores que influenciam na implementação do PSE no cenário pesquisado”* e compreende as interveniências mencionadas pelos profissionais de saúde na prática do cotidiano para implementação do programa, com destaque para os fatores facilitadores e dificultadores explicitados nas narrativas, conforme alinhado ao segundo objetivo desta pesquisa.

A terceira categoria analítica intitulada “Estratégias adotadas pelos profissionais de saúde na implementação do PSE”, versa sobre as habilidades profissionais concernentes ao planejamento das ações programáticas do PSE e a utilização dos meios disponíveis para superação das limitações impostas pelo cotidiano da prática profissional. Esta categoria se coaduna com o terceiro objetivo desta pesquisa no que tange a compreensão da aplicabilidade dessas estratégias no cotidiano da prática profissional.

Sobre essa ótica, convém destacar nesta categoria que o termo “estratégia” pode ser tratado como sendo as ações de cunho governamental, institucional e profissional que tem como meta utilizar os recursos disponíveis e explorar as condições que favoreçam as práticas de promoção da saúde no ambiente escolar. Desta forma, as ações supracitadas são pormenorizadas, em aproximação aos pressupostos de LUCAS (2001), para fins deste estudo como:

Governamentais: são as diretrizes e dispositivos legais representados por portarias e manuais técnicos que fundamentam e ordenam, em nível nacional, estadual e municipal, a política do Programa Saúde na Escola. Tais ações têm como finalidade principal direcionar as práticas de promoção da saúde escolar enquanto discurso interministerial oficial do Estado.

Institucionais: são entendidas como sendo determinações técnico-operacionais que emanam dos dispositivos legais, regulamentos e/ou regimentos da instituição de saúde.

Profissionais: aqui representados pelas práticas decodificadoras do discurso oficial que por sua vez vislumbram a implementação do Programa Saúde na Escola, por meio das ações desenvolvidas pelos profissionais no cotidiano da unidade de saúde.

Considerando essas três dimensões referentes ao termo “estratégia” nos apropriamos das ações de cunho profissional para dar relevo às questões que envolvem o componente humano como determinante essencial para implementação das ações de promoção da saúde nas escolas.

4.1 Categoria 1: “Caracterização das ações do PSE desenvolvidas pelos profissionais de saúde no cenário pesquisado”.

A presente categoria foi construída no intuito de gerar base para análise das ações de promoção da saúde desenvolvidas por profissionais de saúde na comunidade escolar, conforme cenário pesquisado. Desta forma, buscou-se uma maior aproximação com a realidade vivenciada pelos sujeitos do estudo, visando destacar a interface existente entre as bases programáticas elaboradas pelo governo e a realidade estudada.

Para esse efeito, foram realizadas entrevistas aos profissionais de saúde sobre as práticas realizadas, da qual emergiram experiências e narrativas que permitiram extrair elementos significativos do cenário de coleta de dados. Tais elementos significativos foram reunidos pelo gráfico Word Cloud do software Infogram[®], gerando a **figura 4**, em forma de nuvem, com base na frequência e no destaque das palavras usadas (temas emergentes) nas narrativas; e analisados à luz das bases documentais oficiais do Programa Saúde na Escola, bem como, leis, portarias e decretos relacionados a saúde escolar.

Figura 4 - Elementos significativos acerca das ações do PSE realizadas no cenário de estudo.



Com o objetivo de melhor compreender as atividades de promoção da saúde foi realizada a caracterização empírica dessas atividades, mediante subdivisão em itens, tomando como base os pressupostos de LUCAS (2001), presente na **tabela 3**. De tal caracterização iremos nos apropriar dos seguintes aspectos, a saber: quanto à natureza da ação e quanto ao foco da ação.

Em relação à natureza da ação, cada atividade de promoção da saúde foi elencada como educativa ou assistencial. Considera-se que a atividade possui natureza educativa quando a mesma tem foco primordial na educação em saúde, mediante a ministração de conteúdos teóricos ou teórico-práticos, como por exemplo, ações sobre condutas de higiene. Por outro lado, considera-se que a atividade tem natureza assistencial quando a mesma é desenvolvida na forma de uma intervenção essencialmente clínico-ambulatorial na atenção à saúde da comunidade escolar, como por exemplo, a aplicação de vacinas durante a campanha de imunização. Cabe ressaltar que considerando a amplitude e particularidade da estruturação de cada ação, uma atividade pode ser caracterizada simultaneamente em mais de um tipo de natureza.

Outro aspecto abordado foi quanto ao tipo de foco de cada atividade, ou seja, em qual o cerne que essas atividades estavam centradas. Cada atividade foi elencada, a partir de tais características, como centrada no indivíduo ou centrada na coletividade. Considera-se que para uma atividade ser caracterizada como centrada no indivíduo, o conteúdo da mesma deve estar voltado para aspectos pessoais da saúde do mesmo, como por exemplo, orientações sobre hábitos de higiene pessoal e realização de antropometria. Por outro lado, para uma atividade se caracterizar como centrada na coletividade, o conteúdo da mesma deve estar voltado para aspectos coletivos da saúde, como por exemplo, as campanhas de prevenção da dengue.

Tabela 3 - Caracterização das ações realizadas pelo PSE no cenário estudado.

Tipo de Ações	Natureza da Ação	Foco da Ação
Saúde bucal	Educativa / Assistencial	Indivíduo
Responsáveis/Cuidadores	Educativas	Indivíduo
Atualização da caderneta	Assistencial	Indivíduo
Alimentação saudável	Educativa	Indivíduo
Higiene	Educativa	Indivíduo
Avaliação antropométrica	Assistencial	Indivíduo
Arboviroses	Educativa	Coletividade
Geração de Consulta	Assistencial	Indivíduo
Conforme demanda	Educativa / Assistencial	Indivíduo/Coletividade
Combate às parasitoses	Educativa	Indivíduo
Saúde sexual	Educativa	Indivíduo
Prevenção ao suicídio	Educativa	Indivíduo
Avaliação de saúde	Assistencial	Indivíduo
Álcool e drogas	Educativa	Indivíduo
Cuidado geral	Assistencial	Indivíduo
Saúde da mulher	Educativa	Indivíduo
Saúde do homem	Educativa	Indivíduo
Cultura da paz	Educativa	Coletividade
Autocuidado	Educativa	Indivíduo
Triagem Visual	Assistencial	Indivíduo
Tabagismo	Educativa	Indivíduo
Saúde mental	Educativa	Indivíduo
Saúde do adolescente	Educativa	Indivíduo
Promoção da saúde	Educativa	Indivíduo
Promoção de atividade física	Assistencial	Indivíduo
Planejamento Familiar	Educativa	Indivíduo

É importante destacar que durante o período de coleta de dados houve o fechamento das unidades escolares, decorrente das restrições impostas pela pandemia vivenciada, ocasionada pelo novo coronavírus. Desta forma, não foi possível realizar a imersão no desenvolvimento das práticas de promoção da saúde nem a observação participante dos diálogos e interações entre os profissionais de saúde e as escolas adstritas, restringindo-se às narrativas explanadas pelos profissionais de saúde.

As narrativas dos profissionais envolvidos convergem quanto a primazia na realização das ações de saúde bucal e conseqüentemente demonstra o grande envolvimento dos profissionais da equipe de odontologia da unidade nas ações do PSE, o que é contextualizado por fatores históricos. Em relação a natureza dessas ações, podemos verificar ações assistenciais, como por exemplo, triagem, execução

da técnica de restauração atraumática, aplicação tópica de flúor; porém também verificamos ações educativas, como por exemplo, orientação de escovação, orientação de alimentação saudável e orientação aos pais sobre cuidado da criança em escovar os dentes, também em criança que não tem coordenação motora para escovar.

“Sim, tenho (turno de PSE) ... normalmente eu organizo ele junto com a equipe de saúde bucal que é quem é super parceira e bem presente nessas ações na escola.” (Informação verbal fornecida por Ana Néri).

“Nós fizemos atividades ano passado de escovação [...] nós no ano fizemos de orientação de escovação, uso de fio dental, alimentação saudável... e nós fazemos triagem também nas escolas.” (Informação verbal fornecida por Nice da Silveira).

Historicamente, a assistência odontológica aos escolares do sistema público foi introduzida na década de 50, pelo Serviço Especial de Saúde Pública, com enfoque curativo-reparador (BRASIL, 2008). Na década seguinte, dirigentes de entidades de saúde preconizavam a instalação de equipamentos específicos e fixação de um cirurgião-dentista em cada escola para prestar assistência odontológica, porém não houve resposta favorável às necessidades de saúde bucal da população escolar, uma vez que era de alto custo, com foco curativo e de baixa cobertura, sendo ineficaz do ponto de vista do impacto social (SERRA, 1998).

Atualmente, as políticas públicas de saúde bucal objetivam a transformação da prática social, enfatizando a importância do emprego da epidemiologia e da construção de um sistema de informação, como instrumentos fundamentais para o conhecimento e o enfrentamento dos principais problemas de saúde da população (BRASIL, 2008).

Outro aspecto relevante que emergiu dos discursos foi a realização de ações voltadas à orientação dos educadores e responsáveis e/ou cuidadores, visto a importância de promover encontros junto aos atores envolvidos para demonstração dos seus interesses e motivações, esclarecer dúvidas e trocar informações. Isso minimiza possíveis atritos e desconfianças em relação ao processo de trabalho e promove a participação e o envolvimento efetivo da comunidade escolar.

“A gente ir lá pelo menos fazer a orientação com os profissionais que estão lá para assistir...” (Informação verbal fornecida por Ana Néri).

“A gente leva os assuntos também para as reuniões com as mães, porque seria um assunto com interesse mais voltado para as mulheres, aí a gente aproveita a reunião que tem das escolas com os pais para estar abordando.” (Informação verbal fornecida por Bertha Becker).

Estabelecer um plano de ação, especificando seus objetivos, metas e estratégias de operacionalização, de forma compartilhada e em comum acordo com a direção da escola, professores, funcionários e alunos, pais/responsáveis, é de fundamental importância para haver adesão e comprometimento de todos com a realização das atividades e o alcance dos objetivos e, portanto, o sucesso das iniciativas (BRASIL, 2009). Nesse contexto, o Ministério da Saúde ainda enfatiza a participação a comunidade escolar considerando que:

“Abrir a escola para os projetos de Saúde abrangendo educandos, educadores e comunidade determinam os passos em busca dos saberes educacionais, pois encontram boa relação entre os grupos envolvidos, a valorização humana e a compreensão da importância da relação entre Educação e Saúde.” (M.S., 2015, pág. 18).

Com base nas demais informações é possível evidenciar a realização de ações que ocorrem por demanda escolar, o que demonstra que os temas selecionados não são somente identificados e estabelecidos pela lógica e compreensão dos profissionais de saúde envolvidos. Nesse sentido, é considerado as necessidades e expectativas dos membros da comunidade escolar acerca de quais temas são por eles considerados como importantes ou prioritários, tendo em vista o contexto de vida das pessoas daquela localidade.

“Às vezes é uma demanda da própria escola, as vezes é uma demanda dos próprios alunos daquela escola... já cansei de ir com uma proposta e chegar lá e os alunos trazerem uma outra demanda e aí a gente reformula e caminha naquilo ali que eles entendem como importante a ser discutido enfim construído e aprendido...” (Informação verbal fornecida por Alice Ball).

A manifestação da vontade e a concepção da comunidade escolar é considerada para construção dos temas desenvolvidos como prática educativa no cenário pesquisado. Da mesma forma, o MS em publicação voltada para orientação da implementação do PSE, ressalta a importância de considerar os diversos contexto na construção de aprendizagens significativas, relatando que:

“As práticas em Educação e Saúde devem considerar os diversos contextos com o objetivo de realizar construções compartilhadas de saberes sustentado pelas histórias individuais e coletivas, com papéis sociais distintos – professores, educandos, merendeiras, porteiros, pais, mães, avós, entre

outros sujeitos – produzindo aprendizagens significativas e ratificando uma ética inclusiva. Desse modo, dimensionando a participação ativa de diversos interlocutores/sujeitos em práticas cotidianas, é possível vislumbrar uma escola que forma cidadãos críticos e informados com habilidades para agir em defesa da vida e de sua qualidade, e que devem ser compreendidos pelas equipes de Atenção Básica em suas estratégias de cuidado” (BRASIL, 2015, pág. 7).

Foi verificado nas narrativas apresentadas uma consolidação das estratégias políticas no combate a obesidade infantil, conforme explicitado no depoimento de Ana Néri:

“A gente faz muito sobre autocuidado, higiene, alimentação saudável...”

As ações de educação em saúde relacionadas à alimentação saudável são de extrema importância no contexto da comunidade escolar em que pese a importância na prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). De acordo com a OMS, a obesidade é uma condição complexa, com dimensões sociais e psicológicas, que afeta praticamente todos os grupos etários e socioeconômicos e ameaça sobrecarregar países desenvolvidos e em desenvolvimento. O excesso de peso entre as crianças brasileiras tem alcançado prevalências preocupantes. Os dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan), de 2017, mostraram que cerca de 2 em cada 10 crianças brasileiras menores de 5 anos e cerca de 3 em cada 10 crianças brasileiras com idade entre 5 e 9 anos apresentavam excesso de peso. Na mesma publicação o MS considera que:

“A obesidade é uma epidemia mundial associada ao consumo alimentar e ao nível de atividade física dos indivíduos, e sua prevalência crescente vem sendo atribuída a diversos processos, em que o ambiente (político, econômico, social, cultural), e não apenas o indivíduo e suas escolhas, assume um lugar estratégico na compreensão do problema e no planejamento de propostas de intervenções que contribuam com o seu controle e redução”. (BRASIL, 2019).

As ações de alimentação e nutrição no SUS foram institucionalizadas a partir da publicação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), em 1999. Em 2010, a alimentação foi reconhecida como direito na Constituição Brasileira e como um dos determinantes da saúde da população na lei que criou o Sistema Único de Saúde (SUS); cabe à direção nacional do SUS a competência de “formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição”. Em 2011, uma atualização da PNAN agregou a essa política o propósito de melhorar as condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira pela promoção de práticas alimentares adequadas e

saudáveis, vigilância alimentar e nutricional, prevenção e cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição (BRASIL, 2013).

Atualmente, a política adotada pelo governo é o Programa Crescer Saudável que abrange ações de vigilância nutricional, a promoção da alimentação adequada e saudável, o incentivo às práticas corporais e de atividade física e oferta de cuidados para as crianças que apresentam obesidade. Apresenta como objetivo, contribuir para o enfrentamento da obesidade infantil no país por meio de ações a serem realizadas no âmbito do PSE, para as crianças matriculadas na Educação Infantil (creches e pré-escolas) e Ensino Fundamental I. (BRASIL, 2019).

Desta forma podemos verificar a consolidação das ações que tem sua finalidade incluída também em outros programas, como por exemplo, ações de alimentação saudável, atualização da caderneta vacinal e avaliação antropométrica. As ações de atualização de caderneta vacinal e avaliação antropométrica, muito relatadas nas narrativas dos profissionais, são utilizadas como indicadores para o programa PSE, além do programa bolsa família. Esta afirmativa pode ser exemplificada pelo relato de Marie Curie, descrito abaixo:

“Eu fiz ações de pesagem do bolsa família, vacinação, eu fiz muitas vezes nas creches e nas escolas também, avaliação antropométrica e auxiliei nas consultas da médica da equipe junto com a enfermeira”.

O Bolsa Família é um programa da Secretaria Nacional de Renda de Cidadania, que contribui para o combate à pobreza e à desigualdade no Brasil. Conforme preconizado pelo Ministério da Cidadania, o programa foi criado em outubro de 2003 e possui três eixos principais: complemento da renda; acesso a direitos; e articulação com outras ações a fim de estimular o desenvolvimento das famílias. Atende às famílias que vivem em situação de pobreza e de extrema pobreza e foi utilizado um limite de renda para definir esses dois patamares. Periodicamente, o ministério gera uma base de dados com o público para acompanhamento das condicionalidades, ou seja, uma tabela com informações das crianças e dos adolescentes de 6 a 17 anos que deverão ter a frequência escolar verificada e informações das crianças de 0 a 6 anos que deverão ter o calendário vacinal, o peso e a altura acompanhados. Além de dados das mulheres em idade fértil para identificação das gestantes e acompanhamento do pré-natal.

Neste particular, percebemos a intervenção do Governo no sentido de ampliar políticas públicas por meio de programas sociais que integram diversos Ministérios, como saúde, educação e assistência social, na expectativa de reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais. No âmbito da saúde o acompanhamento e as ações ficam sob responsabilidade das unidades básicas de saúde conforme o princípio da territorialidade. Assim, é possível verificar a maior realização e consolidação das ações que perpassam por diversos programas.

Em relação à natureza das atividades relacionadas à promoção da saúde no cenário pesquisado, essas foram majoritariamente de cunho educativo em comparação às atividades assistenciais.

No que tange aos enfoques dos discursos, relacionados à promoção da saúde, com abordagem na educação em saúde, observamos a presença de temas clássicos, com o objetivo de combate e/ou controle de doenças infectocontagiosas, como parasitoses e arboviroses; além das ações de cuidados com o corpo, como higiene corporal e oral, para prevenção de afecções dermatológicas e cárie dental. Os depoimentos a seguir demonstram de forma nítida o caráter higienista das ações desenvolvidas:

“Na escola Ernesto Farias, planejamento familiar, saúde do adolescente, saúde bucal, vacinação, prevenção de DST’S, eu acho que por aí... na creche é mais pesagem, vacinação, palestra com os pais sobre higiene pessoal, piolhos, doenças de pele, isso...” (Informação verbal fornecida por Galileu Galilei).

“Eu realizei [...] educação em saúde referente a higienização das mãos, higienização da cabeça por causa do piolho, falamos sobre dengue...” (Informação verbal fornecida por Charles Darwin).

Nesse sentido, apesar de serem temas pertinentes para promoção da saúde do escolar, estas ações se caracterizam por abordagem biologicista, ou seja, que se apresentam voltadas aos aspectos biológicos, visando o domínio do corpo humano e o controle de sua normalidade, assim como a preocupação com as condições desviantes, entendidas como patológicas (doenças). Isso implica na necessidade de ampliação dos assuntos já abordados para outros temas emergentes da própria coletividade.

Por outro lado, foram relatados com menos frequência nos discursos dos profissionais, outros temas relacionados à educação em saúde, com enfoque na saúde do homem, saúde da mulher, saúde do adolescente, saúde mental, cultura da paz, entre outros. Isso caracteriza um distanciamento nos temas de aspectos humanísticos – abordando conteúdos de cunho social relacionados às temáticas emergentes da agenda de saúde da população, tais como: cidadania, violência, lazer, inclusão social, entre outros; e aspecto ambiental – promovendo práticas relativas à prevenção e proteção do meio ambiente e sustentabilidade (LUCAS, 2013).

Com isso, verificou-se que os profissionais de saúde vivenciam um certo grau de dificuldade de romper com o paradigma do modelo hegemônico higienista-sanitário e avançar num modelo de atuação menos intervencionista que proporciona o empoderamento dos usuários do SUS para aquisição de autonomia com vistas à tomada de decisões, com base no contexto de suas vidas.

Desta forma podemos identificar, à luz dos resultados dessa pesquisa, lacunas significativas para promoção da saúde no cenário pesquisado. Temas estratégicos do ponto de vista da integralidade e relevantes diante da vulnerabilidade do território que deveriam ser discutidos em diversos momentos na comunidade escolar como: as questões sobre sexualidade na adolescência, direitos reprodutivos e prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's) as questões de violência familiar, homofobia, Bullying e promoção da cultura da paz; as questões sobre consumo de álcool, tabaco e outras drogas; e as questões de ordem psicossocial, autismo e inclusão social; consistem em problemáticas encontradas que poderiam apresentar redução de danos por meio de processos educativos.

É importante destacar que os prejuízos ocasionados pelas lacunas nas ações de promoção da saúde são corroborados pelo direcionamento equivocado de políticas públicas que priorizam o alcance de metas e indicadores essencialmente quantitativos, como número de consultas, taxas de cobertura vacinal, dentre outros. Além do fato da sobrecarga de trabalho, carência de recursos materiais e humanos, falta de capacitação e educação permanente, entre outros. (LUCAS, 2013)

Em relação às ações de promoção da saúde de cunho assistencial, estas se apresentaram também com abordagem biologicista. Vale ressaltar, que nas narrativas de realização da avaliação da saúde e cuidado geral dos estudantes, nos casos de maior complexidade, foi relatado o encaminhamento da criança à unidade básica de

saúde para obter o atendimento necessário, por meio de avaliação clínica, na modalidade de consulta.

Uma atividade assistencial que merece destaque é a avaliação oftalmológica baseada no teste de acuidade visual pela escala optométrica de Snellen que foi referido pela enfermeira Rosalind Franklin:

“... a gente fez ação de triagem visual com a escala de Snellen...”

Embora pouco considerado no cenário pesquisado, somente narrado pela enfermeira de uma equipe, o teste de Snellen apresenta grande importância e pode ser realizado por todos os profissionais de saúde, desde que devidamente capacitados.

Para as crianças, a fase escolar requer uma boa acuidade visual para realização das atividades intelectuais e sociais, sendo muito importante no desenvolvimento e aprendizagem do indivíduo. A realização do teste de Snellen nas escolas, por um profissional capacitado, pode identificar precocemente distúrbios visuais nesta faixa etária e alertar quanto à necessidade de uma consulta especializada em oftalmologia para possibilitar a correção dos vícios de refração que prejudicam o rendimento da criança em idade escolar. É recomendado a realização do teste para avaliação da saúde ocular pelo menos uma vez por ano para os estudantes do ensino fundamental, a partir dos 5 anos e 1 mês, e para os estudantes do ensino médio, até os 16 anos (BRASIL, 2016).

Em relação ao foco das ações de promoção da saúde desenvolvidas no cenário de estudo, verificou-se que as práticas são eminentemente centradas no indivíduo. Essa lógica é contextualizada por um discurso de autocuidado, infligido aos indivíduos ao longo de anos, em detrimento a responsabilização do Estado em garantir condições mínimas necessárias para promover o bem-estar e a qualidade de vida da população brasileira como um todo, e nesse particular, a comunidade escolar. As ações do PSE desenvolvidas no cenário pesquisado, centradas no indivíduo, podem ser verificadas nas seguintes narrativas:

“... então a gente faz a triagem, verifica se tem algum elemento que pode ser TRA, que é a técnica de restauração atraumática que pode ser feita até na própria escola e a gente agenda... é uma técnica sem caneta de alta rotação, pouco invasiva e a gente consegue fazer na escola...” (Informação verbal fornecida por Florence Sabin).

“... então as principais ações são essas, com a odonto, bolsa família, peso e altura para acompanhar o desenvolvimento da criança...” (Informação verbal fornecida por Alexander Fleming).

Em contraponto, temos o ambiente escolar, que é visto como local oportuno para o desenvolvimento de práticas que contribuem para o desenvolvimento de um pensamento coletivo, buscando a integralidade das ações de saúde. Principalmente nas questões de ordem social e/ou ambiental que interferem de forma significativa na vivência do ser humano consigo mesmo, ou com demais pessoas, bem como o meio ambiente que o cerca e com a sociedade. Corroborando com essa afirmativa podemos destacar os seguintes trechos das entrevistas:

“...prevenção do suicídio e valorização da vida, promoção de atividade física, promoção da cultura da paz...” (Informação verbal fornecida por Alice Ball).

Nesse contexto, a PNPS em publicação declara que:

“para se operar a política de saúde, incluindo a de promoção da saúde, é necessária a consolidação de práticas voltadas para indivíduos e coletividades, em uma perspectiva de trabalho multidisciplinar, integrado e em redes, de forma que considere as necessidades em saúde da população, em uma ação articulada entre os diversos atores, em um determinado território” (BRASIL, 2018, pág. 7).

Desta forma, as ações com enfoque no indivíduo, não são capazes de abranger todas as necessidades da população, se considerarmos os demais aspectos voltados para as questões sociais e econômicas da comunidade envolvida. Sendo assim, se faz necessário o diagnóstico local para melhor compreensão das necessidades individuais e coletivas existentes no território e a ampliação das ações que promovam melhores condições de vida e favoreçam a realização de escolhas saudáveis.

Contudo, convém reafirmar que as descrições das práticas de promoção da saúde encontradas na presente categoria revelam o predomínio de uma cultura institucional pautada no modelo biomédico, higienista e centrado no atendimento clínico. Pela natureza tecno-centrada essa abordagem produz o apagamento do sujeito, levando ou conduzindo as ações para um modelo depositário bancário. De acordo com o filósofo francês Michel Foucault, os mecanismos invisíveis provocados pelas instituições que promovem o apagamento dos sujeitos, são descritos como a “docilização dos corpos”. É dócil um corpo que pode ser submetido,

que pode ser utilizado, que pode ser transformado e aperfeiçoado (FOUCAULT, 2016). E dentro deste contexto, o ambiente escolar parece mostrar-se um local de projeto acabado, onde educandos e educadores não participam da elaboração dos conteúdos, e o que se instala é uma relação vertical impregnada pelo mutismo daqueles que não tem o direito de falar, apenas o dever de executar (BRIGHENTE, 2011).

Segundo os pressupostos da teoria foucaultiana, presume-se a transformação do indivíduo, submetendo-o à adoção de comportamentos preestabelecidos e elencados como indispensáveis, pelo sistema disciplinar. Desta forma, atribui-se ao corpo uma imagem de máquina que deve ser sempre eficaz, esperando assim, como resultado, a melhoria de seu estado de saúde (FOUCAULT, 2016).

Tal cultura fica evidenciada nas temáticas abordadas pela equipe da atenção primária e reflete a formação de profissionais baseada no modelo flexneriano. Abraham Flexner revolucionou a educação médica, reorganizando e regulamentando o funcionamento das universidades, além de introduzir uma salutar racionalidade científica. Aborda o estudo centrado na doença, de forma individual e concreta, desconsiderando as implicações do social, do coletivo, do público e da comunidade no processo de saúde-doença (PAGLIOSA, 2008).

No entanto, diante das transformações sociais e políticas acerca do conceito ampliado de saúde, e a incapacidade do seguinte modelo em atender a complexidade e a dimensão do cuidado, ficou evidenciado a necessidade de ampliar a visão dos estudantes de forma a abarcar o paradigma da integralidade. Neste sentido, iniciaram-se alterações nas diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em saúde, introduzindo a formação do profissional de saúde de modo a contemplar o sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde.

Atualmente, na realidade da prática profissional, é possível verificar a coexistência de ambos os paradigmas, biomédico e da integralidade, no mesmo espaço de trabalho, conforme o seguinte relato médico de Oswaldo Cruz:

“... se você for pensar no rio de janeiro, e todas as clínicas que existem no rio de janeiro, o percentual de médicos de família e comunidade ainda é muito menor do que o percentual dos médicos sem formação para isso... e as faculdades em si não trazem esse conceito de saúde, ainda é muito a questão de ausência de doença fisicamente pensando, então na verdade essa formação vem para tentar quebrar um pouco, desconstruir literalmente várias coisas que foram construídas durante a faculdade por 6 anos, aí quando você pega uma unidade, que por exemplo, tem 5 médicos de família e 3 médicos

que não são você vê uma diferença muito grande das condutas, dos entendimentos, de tudo isso... então eu acho que tem esses dois perfis no rio de janeiro bem destacado, bem destacado mesmo, tanto que tem paciente que vem, que você vai conversar sobre como está em casa, sobre o que está acontecendo, como estão as relações pessoais, como está saneamento, se tem água, se tem esgoto correndo a céu aberto, várias questões que vão determinar... e se consegue ter escola, se consegue fazer algum lazer, tem algum horário de descanso, se a família faz algo junto, enfim... você consegue acessar isso, e tem pessoas que vai ser só simplesmente, você está bem? Você está sentindo alguma dor? Sua pressão está boa, beijo e tchau, você está saudável, pode ir! Então você vê isso bem quebrado... pelo menos é minha sensação..."

Desta forma, podemos constatar que nos encontramos num período de transição, no qual as instituições têm promovido mudanças na formação de profissionais, instituindo um perfil mais humanístico, voltado para o paradigma da integralidade, que considera a pessoa como um todo, no qual pese seus determinantes sociais, além de valorizar os aspectos biopsicossocial que envolvem as dimensões do cuidado em saúde.

Vale salientar que as críticas realizadas às práticas de ações não apresentam o propósito de desqualificar sua importância ou eliminar sua realização, mas enfatizar a necessidade do conhecimento e diálogo com a realidade de vida das pessoas, promovendo assim uma aliança entre o saber científico e o senso comum.

4.2 Categoria 2: *"Fatores que influenciam na implementação do PSE no cenário pesquisado"*.

A presente categoria compreende uma análise dos fatores que influenciam nas práticas das ações de promoção da saúde realizadas nas escolas pelos profissionais de saúde. Desta forma, busca lançar luz à realidade enfrentada no cotidiano do cenário pesquisado.

Para esse efeito, os profissionais de saúde foram questionados quanto às potencialidades e dificuldades encontradas para realização das ações do PSE. As narrativas e experiências que emergiram nos permitiu uma reflexão acerca da dicotomia existente entre o plano das ideias, caracterizado pela formulação de políticas públicas para atender a necessidade da população brasileira, sobretudo aqueles que se encontram em situação de risco social, em contraste ao plano das ações, representado pela pouca efetividade na implementação dessas ações.

Foram extraídos dos discursos elementos significativos e reunidos pelo gráfico Word Cloud do software Infogram, gerando a **figura 5**, em forma de nuvem, com base na frequência e no destaque das palavras usadas (temas emergentes) nas narrativas; além da análise das narrativas, representadas na forma de trechos, no intuito de elucidar a prática profissional e os intervenientes vivenciados pelos profissionais na implementação da das ações de promoção da saúde do PSE.

Figura 5 - Elementos significativos acerca dos fatores que influenciam na implementação do PSE.



Para melhor compreensão do estudo, é necessário imergir nas políticas públicas voltadas ao cuidado da criança e do adolescente. Conforme a carteira de serviço, da prefeitura do Rio de Janeiro, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, com utilização da Caderneta de Saúde da Criança (0 a 10 anos), recomenda no mínimo de 7 consultas no 1º ano de vida, 2 consultas no 2º ano e anuais a partir do 3º ano, idealmente intercaladas com a enfermagem. Neste momento deve-se pesar, medir e avaliar o desenvolvimento motor, neurológico, social, preenchendo a caderneta da criança em todo atendimento, além de avaliar aspectos psíquicos e afetivos buscando identificar fatores de risco e proteção.

Desta forma, fica evidenciado um acompanhamento mais cuidadoso do crescimento e desenvolvimento da criança até 2 anos de idade pela equipe de saúde da família, corroborada por meio de indicadores de consultas, metas e cobranças feitas pela coordenação do cuidado. É relatado em diversos discursos o

distanciamento do cuidado da criança e do adolescente com o passar dos anos, tornando-se a unidade básica de saúde um suporte para atendimentos clínicos pontuais e específicos.

“A gente atende crianças, muitas crianças bem pequenininhas, até um ano a gente vê bastante, de um a dois a gente começa a ver pouco, depois meio que some. Não tem essa coisa da vigilância tão grande, da vigilância cobrada, porque tem isso, se a gente não faz a consulta de 15 dias ou um mês vai vir uma cobrança para a gente que não vai igual se a gente não fizer a consulta da criança de 2 anos, então tem essas coisas que fazem a gente ficar mais ligado. Mas depois não aparece tanto, a não ser por problemas específicos, vai ter a criança com asma, bronquite, doença de pele, que vai aparecer para a gente, mas sempre dessa forma... em contexto clínico... fora contexto clínico é quando precisa de um atestado, isso a gente vê...” (Informação verbal fornecida por Vital Brasil).

Esse distanciamento do cuidado fica ainda mais evidenciado quando relacionado aos adolescentes. A adolescência é uma fase dinâmica e complexa merecedora de atenção especial no sistema de saúde, uma vez que esta etapa do desenvolvimento define padrões biológicos e comportamentais que irão se manifestar durante o resto da vida, consolidando a personalidade do indivíduo. Nessa fase, o indivíduo deixa de ser cuidado e passa a cuidar de si mesmo, tornando-se responsável pela sua saúde e decisões sociais.

As atividades de promoção da saúde direcionadas para a população jovem, quando desenvolvidas numa perspectiva de saúde coletiva, considerando o contexto incluído e apresentando uma abordagem aos problemas relacionados, como atividade sexual precoce, pressão de grupo, uso de drogas, prevenção de acidentes, violência urbana, escolha profissional, entre outros; permite ao adolescente adquirir competência e segurança na autogestão de sua vida.

No entanto, é evidenciado nas narrativas a dificuldade da cobertura assistencial dessa população, que é caracterizada muitas vezes por comportamentos negligentes de cuidado da própria saúde.

“Adolescente não é fácil... você pegar um adolescente em casa, pegar ele na esquina para bater um papo, explicar sobre a saúde dele, explicar que ele precisa ser cuidado... a gente não consegue falar com os pais, quando a gente tem contato com os pais, os pais dizem que ele já é grande, que ele se vira e que ele já responde por si... aí fica complicado... e o prejudicado é sempre o adolescente.” (Informação verbal fornecida por Galileu Galilei).

Assim, perante o enfraquecimento da integralidade do cuidado e a redução do acesso, à escola, juntamente com outros espaços sociais, torna-se lócus relevante para ações de promoção, prevenção e proteção à saúde da criança e do adolescente. É encontrado nos relatos dos profissionais de saúde, a importância das escolas como

sujeitos ativos das práticas educativas e das ações assistenciais que contribuem para a longitudinalidade do cuidado nas suas diferentes fases da vida.

“... acaba que na escola é o momento que você se aproxima novamente dessa criança que já não está tão presente da unidade, aquela criança de 5 anos, 6, 7, 8, 10 anos... não é uma criança tão frequente aqui... ou os pais trazem por demanda espontânea porque aquela criança passou mal... sentiu-se mal em algum momento, ou vem para fazer vacinação... ou você só vai conseguir encontrar ela na escola, porque na maioria das vezes a gente tem o acompanhamento mais próximo aqui até 2 anos de idade.” (Informação verbal fornecida por Nice da Silveira).

Neste contexto, o PSE visa a integração e articulação permanente da educação e da saúde de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e as suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis.

As equipes de saúde da atenção básica são vinculadas ao PSE, por meio de adesão ao programa, atendendo a pactuação de ações nas escolas adstritas ao território. A recomendação do Ministério da Saúde é que as ações nas escolas sejam realizadas mensalmente. O profissional de saúde deve lançar todas as informações das ações realizadas por meio da Ficha de Atividade Coletiva no e-SUS AB (único sistema de informação de monitoramento do programa).

Mediante às recomendações para implementação do programa, podemos citar alguns pontos críticos vivenciados pelos profissionais de saúde na prática das ações. Primeiramente, a periodicidade das ações que devem ser realizadas mensalmente em cada escola adstrita ao território da equipe de família. Há nas narrativas, que em alguns momentos, a equipe não é capaz de cumprir essa demanda, seja por sobrecarga de trabalho, incompatibilidade de horário da agenda da escola, falta de planejamento, de profissionais envolvidos ou de uma rede de apoio; mas em alguns meses não há realização das atividades nas escolas.

“Já aconteceu várias vezes de a gente não conseguir cumprir a solicitação ou tanto da parte da escola ou da parte da prefeitura por ser obrigatória a ação mensal...” (Informação verbal fornecida por Ana Néri).

Outro discurso relevante abordado, consiste no fato das clínicas da família possuírem territórios heterogêneos, ou seja, a mesma área programática possui unidades básicas de saúde com poucas escolas em seu território e há outras com um maior número de escolas, como o nosso cenário de pesquisa. Nesse caso, as escolas são distribuídas uniformemente entre as equipes, no entanto, os profissionais da

odontologia e do NASF, como educador físico, assistente social, farmacêutico, entre outros, ficam com uma maior demanda em sua agenda para a realização do acompanhamento integral dos estudantes.

“Pelo menos uma vez por mês... a gente se organiza para ir mensalmente uma vez em cada escola... quando eu falo a gente enquanto unidade, eu tento participar de todas elas, nem sempre é possível, mas a gente tenta... mas fica muito difícil cumprir por que por exemplo, nós temos território que tem unidade [da nossa área programática] com 3 ou 4 escolas... mas a mangueira tem 10 escolas, então assim são 10 dias, 10 turnos pelo menos por mês que você tem que está disponível para aquilo ali...” (Informação verbal fornecida por Alice Ball).

Em relação ao registro das ações, foi verificado que o registro em prontuário eletrônico deve ser realizado por algum profissional da equipe de saúde da família vinculada ao PSE para computação do programa, isto é, outros profissionais, como da equipe NASF, mesmo promovendo a ação, não possuem validação e autonomia para o registro.

“... tem um diferencial, eu por não ser uma profissional vinculada a equipe de atenção básica é necessário para contabilizar para o Programa Saúde na Escola que algum profissional da equipe básica registre, então não vale só o meu registro... é importante que ou um agente de saúde, ou um enfermeiro, ou um médico ou um técnico de enfermagem efetue no sistema esse registro... fora do ESUS a gente tem outros mecanismos, instrumentos, planilhas, etc., que a gente também faz o registro.” (Informação verbal fornecida por Alice Ball).

Outrossim, foi relatado nas narrativas, que alguns profissionais utilizam meios próprios facilitadores para o acompanhamento das ações, como registros em livros, planilhas e outros instrumentos.

“A gente registra no sistema e a gente registra num livro que é um livro que a gente registra todas as ações durante o ano.” (Informação verbal fornecida por Nice da Silveira)

Também foi relatado nas entrevistas que o método de monitoramento e avaliação das ações de promoção da saúde nas escolas ocorre de forma quantitativa, ou seja, somente há informação se houve a ação e do tema realizado, sem nenhuma preocupação quanto a abordagem utilizada, se de fato a ação foi compreendida pelos estudantes e se gerou uma resposta efetiva aos problemas apresentados. Por consequência, podemos verificar a preocupação dos profissionais de saúde em realizar as ações para ter o registro, porém sem o planejamento e abordagem adequada para que de fato haja o entendimento dos estudantes.

“... ali tem uma parte que a gente vai lançando porque a prefeitura acompanha aquilo aí... porque é através de números que é representado nosso trabalho, aí a gente faz dessa forma.” (Informação verbal fornecida por Carlos Chagas).

Alguns fatores foram considerados pelos profissionais de saúde entrevistados como facilitadores para implementação das ações de promoção da saúde no cenário pesquisado, podemos ressaltar os seguintes pontos: uma agenda programada, o calendário ministerial da saúde, a relação da saúde com a escola, a presença de redes de apoio e a participação familiar.

A programação da agenda e o planejamento das ações é uma estratégia fundamental de implementação das ações do PSE. Neste momento, deve-se haver a articulação entre a comunidade escolar e equipe da estratégia de saúde da família, para os questionamentos quanto à disponibilidade dos horários, o perfil dos alunos, às suas necessidades sociais e o cenário epidemiológico.

No entanto, percebemos essa programação da agenda nos discursos de alguns profissionais que já possuem um turno pré-estabelecido para ações do PSE, como a odontologia.

“A gente liga no início do ano para as escolas e aí a gente agenda, pelo menos eu na minha área já tento deixar agendado para o ano inteiro, com todas as escolas, para não ficar batendo uma com a outra, porque eu só tenho um dia para fazer ação e são 3 escolas.” (Informação verbal fornecida por Nice da Silvera).

Já os outros profissionais da equipe, que representam a maioria, realizam a programação mensal, o que impacta muitas vezes na incompatibilidade dos horários disponíveis para a realização das ações, principalmente quando há necessidade do profissional médico, já que este profissional apresenta uma agenda mais limitada por conta da grande demanda e da especificidade de sua atribuição.

“A agenda do médico é a mais apertada...” (Informação verbal fornecida por Ana Néri).

“A gente não tem horário de turno específico [para PSE]... a gente tem turno de visita domiciliar e de grupo... nesse turno de grupo que a gente tem que contemplar as atividades... seja de um planejamento familiar, seja de um grupo de gestante, seja de um grupo de adolescente, seja o PSE... então todas as atividades de grupo, lógico que é flexível, às vezes a escola não pode tal dia... se for um turno de VD a gente faz e coloca o turno de VD no grupo... então a gente tem essa flexibilidade... a gente sempre dá um jeito.” (Informação verbal fornecida por Rosalind Franklin).

O calendário da saúde disponibilizado pelo MS, no qual os meses são definidos por cores e apresenta datas que servem para alertar sobre doenças e transtornos,

incentivar a doação de sangue e prevenir o suicídio, entre outros temas; é amplamente utilizado pelos profissionais de saúde para direcionar quanto as atividades a serem realizadas nas escolas. Ficou evidente pelas narrativas que a divulgação pelas mídias dos temas referentes aos meses e as associações às cores tem sido uma importante ferramenta para conscientização da população sobre importantes questões de saúde.

“O meu ponto de partida é sempre o calendário da saúde, que é um calendário que é disponibilizado no início do ano, confesso que agora de cabeça não lembro se tivemos ele em 2019... mas a gente acaba usando ele... muda uma data ou outra, mas o restante a maioria das datas são semelhante...” (Informação verbal fornecida por Alice Ball).

No que concerne à relação da saúde com a escola ficou evidenciado por meio dos discursos que a interação interpessoal ocasionada pela responsabilidade compartilhada do território e a visita mensal preconizada pelo programa promovem uma relação de amizade, confiança, empatia e solidariedade, entre ambos. Esse vínculo é crucial para efetiva implementação de práticas de promoção da saúde, na qual é realizada a troca de informações e saberes entre os profissionais, direcionando as ações para as reais necessidades da população escolar.

“Eu posso falar pela minha equipe, a gente tem um grupo de whats app com todas as escolas do território mas acaba que a gente fica muito mais próximo e conhece a realidade da escola que está dentro do nosso território... então eu não tenho o que falar... eu tenho uma boa abertura nas escolas... qualquer coisa eles sabem também que podem entrar em contato com a gente... é bem legal, eu não tenho o que falar não... tanto a gente com eles quanto eles com a gente...” (Informação verbal fornecida por Rosalind Franklin).

Foram explicitadas nas narrativas dos profissionais de saúde a participação e demonstração de interesse por parte dos profissionais da educação nas atividades realizadas no espaço escolar. Além da contribuição desses profissionais nas atividades, tendo em vista a facilitação da compreensão dos estudantes e a provisão das reais necessidades de saúde das crianças, percebidas no cotidiano da prática do ensino.

“Sempre tem 1 ou 2 professores... sempre eles participam... participam mesmo, ativamente, às vezes acrescentam alguma coisa no nosso material, ou dá alguma opinião ou falam inclusive que coisas que poderíamos falar da próxima vez, assuntos que são de interesse deles...” (Informação verbal fornecida por Florence Sabin).

Do mesmo modo, verificou-se a continuidade das ações de forma a serem compartilhadas interdisciplinarmente no espaço escolar. O reconhecimento da

importância e da necessidade do caráter permanente das ações voltadas à promoção da saúde promove abordagem de forma complementar, em sala de aula ou fora dela, em diversas perspectivas, pelos profissionais da educação, o que também contribui para a consolidação do conhecimento aos estudantes.

“A gente fazia cartazes e até nas semanas específicas das ações as próprias professoras trabalhavam isso em sala, então eles sem a gente estar lá, faziam cartazes com o tema que falávamos...” (Informação verbal fornecida por Ana Néri).

É importante ressaltar que tal característica de fraternidade no relacionamento da equipe de saúde com a educação não é abrangente a todas as escolas e profissionais envolvidos nas ações, havendo relatos de dificuldades de relacionamentos em algumas escolas.

“Há um entrosamento entre a saúde e educação, porém isso varia muito de território para território e isso também varia muito de escola para escola...” (Informação verbal fornecida por Alice Ball).

Foi referenciada também a importância de redes de apoio para as práticas das ações de promoção da saúde. As redes de apoio representam um conjunto de conexões e inter-relações que expressam a complexidade da sociedade em que vivemos com a presença de fatores multicausais e multi dependentes (GONÇALVES, 2010). Embora não haja nenhuma relação consolidada de fato para realização das atividades do PSE, houve inúmeros relatos da parceria com os profissionais da UFRJ do curso de fonoaudiologia e com os agentes de combate às endemias, que se mostraram presentes nos períodos críticos de dengue, e outras arboviroses.

“A gente tem a fonoaudióloga da UFRJ, e ela tem os alunos da UFRJ, que é da cadeira de saúde coletiva e eles são muito criativos eles também dão sempre um apoio a gente... eles adoram ir às escolas... a gente que às vezes não coincide os dias, mas eles sempre falam, faz quinta feira a tarde que a gente vem.” (Informação verbal fornecida por Florence Sabin).

“A gente tem uma parceria com o pessoal de fonoaudiologia da UFRJ, coordenado pela professora da UFRJ, eles são ótimos, super parceiros... se a gente solicitar, e agendar com antecedência eles vão à escola...” (Informação verbal fornecida por Alice Ball).

“O pessoal da equipe dos agentes epidemiológicos, as vezes a gente quer

abordar alguma coisa voltada para arbovirose, dengue, e a gente convida eles... porque às vezes eles têm o mosquito da dengue, tem algo que possa atrair mais aqueles jovens...” (Informação verbal fornecida por Bertha Becker).

“Só a gente aqui que vai e os agentes de endemias que iam para a gente na época que estava em surto da dengue, agora não...” (Informação verbal fornecida por Carlos Lineu).

Algumas outras redes têm sido buscadas, dentro e fora da comunidade, e construídas com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados de saúde oferecidos e adaptar as ações ao público abordado de forma a torná-las mais efetivas.

“Às vezes o que a gente acaba criando essa parceria com os projetos da própria comunidade... na mangueira mesmo a gente tem as meninas e mulheres da mangueira que às vezes a gente pode estar convidando, eles têm um grupo lá de canto, e a gente pode estar convidando para ir à escola, não sei... a gente tenta pensar estratégias do que a gente tem no território para tentar fazer de forma mais lúdica...” (Informação verbal fornecida por Bertha Becker).

“Eu estou construindo uma nova parceria com uma equipe da UERJ, de educação em saúde, com a liga de educação em saúde da UERJ... devido a pandemia a gente ainda não colocou em prática, mas a gente já fez esse contato, já manifestou interesse, a ideia é que ano que vem eles estejam fazendo ação em parceria com a gente também...” (Informação verbal fornecida por Alice Ball).

Outro fator visto como positivo pelos profissionais de saúde para o sucesso das ações de promoção da saúde nas escolas é a inserção e participação familiar. O envolvimento da família, pais e responsáveis na agenda do PSE amplia o universo de cuidado ao qual se necessita envolver o educando. Essa parceria entre os setores de saúde e educação, famílias e comunidade agrega ao cuidador o olhar atento a possíveis sinais e sintomas de doenças e pode ocasionar mudanças importantes e efetivas nos hábitos familiares, impactando inclusive o meio social como um todo (M.S, 2015).

“É importante a participação familiar... porque muitas vezes a gente orienta as crianças, mas o pai tem que participar daquilo para falar... então a gente já teve só com os pais, temas... até mesmo com relação aos cuidados de higiene, que a gente até fala com as crianças para eles entenderem, sinalizarem aos pais que está acontecendo aquilo, que às vezes os pais naquele momento não consegue evidenciar... e a gente fala com os pais os cuidados que tem que ter... dos dois lados são importantes...” (Informação verbal fornecida por Rosalind Franklin)

No entanto, muitos relatos dos profissionais da saúde ainda apontaram a ausência e a falta de envolvimento dos familiares na integralização do cuidado. A falta

da participação da família no cuidado do educando é uma das principais dificuldades apontadas, sendo justificada, nas narrativas, pela falta de tempo do responsável por causa dos compromissos diários, pela pouca idade e até mesmo pela falta de interesse.

“Muitos responsáveis às vezes não podem por conta do trabalho, não vai, a gente pede para levar a caderneta de vacina e eles não mandam, a gente pede autorização para a gente vacinar a criança e eles não mandam. Assim, as maiores dificuldades são com os responsáveis.” (Informação verbal fornecida por Charles Darwin).

“Às vezes são mães muito novas... tiveram filhos muito novas aí elas não ficam muito ligadas a isso não... não dá muita importância ao profissional.” (Informação verbal fornecida por Nice da Silveira).

Assim sendo, é factível que as informações de prevenção e controle de doenças aplicadas aos estudantes nem sempre proporcionam a necessária mudança de comportamento, pois muitas vezes os alunos acabam não incorporando esse conhecimento ao cotidiano, provavelmente porque os modos de vida, crenças, valores culturais e recursos disponíveis na estrutura familiar se constituem mais decisivamente para a perpetuação dos condicionantes do processo saúde-doença. Desta forma, torna-se necessária uma maior aproximação da equipe de saúde e educação com pais e responsáveis para que haja de fato uma transformação inerente ao modo de pensar e agir vividos pela comunidade como um todo.

Outras fragilidades identificadas nas narrativas que produzem impactos na implantação do programa foram referentes aos recursos materiais disponibilizados, capacitação e educação permanente para a prática profissional, a violência no território e o período de pandemia vivenciado.

Em relação aos recursos materiais disponibilizados para as atividades educativas no PSE, os materiais elaborados pelo governo federal e PSE, consistem em folders e panfletos educativos acerca de temas sobre alimentação saudável, prevenção sexual, prevenção da dengue, entre outros. Foi relatado nos discursos dos profissionais que os materiais disponibilizados não são muito efetivos nas ações com as crianças, principalmente as menores, pois não são considerados adequados à faixa etária por apresentarem forma escrita e não lúdica e infantil.

“Eu acho que para crianças o material não é adequado até porque criança gosta de coisas interessantes, é mais lúdico [...] não são muito lúdicos, tem mais coisas escritas, muitos não sabem ler ainda, não sabem juntar as palavrinhas...” (Informação

verbal fornecida por Ana Néri).

“O material a gente tem folders, mas para crianças pequenas não, só para adolescentes que eu acho que o material é adequado” (Informação verbal fornecida por Marie Curie).

“Material às vezes chega, raramente, quando tem algum tema mais específico que é um tema meio sazonal, tipo dengue...” (Informação verbal fornecida por Rosalind Franklin).

Todavia, foi relatado que há um fornecimento de recursos materiais pela coordenação da área programática, como cartolinas, canetas, tintas e alguns outros materiais necessários para realização das atividades. No entanto, esses devem ser solicitados com antecedência para que sejam providenciados e recebidos em tempo hábil para realização da atividade.

“Material eles fornecem sim, a gente já pedi fantoche para poder fazer atividade, mas tem que pedir com antecedência, a gente pediu para a cap, [...] a gente pede, se tiver que pedir cartolina, tem que pedir tudo com antecedência porque senão chega tudo depois que passa as coisas” (Informação verbal fornecida por Carlos Chagas).

É importante ressaltar que o atual momento político-econômico que vivemos de desmonte dos serviços públicos tem atingido principalmente a saúde. O retrocesso dos investimentos na atenção primária à saúde a partir de 2018 ocasionou, além da redução de recursos humanos devido ao corte do número de equipes e de profissionais que a compõem, uma diminuição no fornecimento de materiais para ações do PSE, conforme relatado pelos profissionais de saúde.

“A gente recebia muitos folders e escovas de dente, mas está muito reduzido nesse último ano...” (Informação verbal fornecida por Florence Sabin).

“Nós fizemos atividades ano passado de escovação, mas esse ano não fizemos nenhuma ação de escovação supervisionada, porque para isso nós precisaríamos dos kits de escova de dente e nós no ano passado já não tínhamos escova para fornecer a todas as crianças... fizemos só de orientação de escovação, uso de fio dental, alimentação saudável... e nós fazemos triagem também nas escolas.” (Informação verbal fornecida por Florence Sabin).

Outro ponto considerado nas narrativas dos profissionais da saúde foi referente ao recebimento de capacitação e educação permanente para a prática das atividades em saúde.

Considerando a importância e complexidade das políticas públicas que envolvem a criança e ao adolescente, em específico, o PSE, se faz necessário construir ações de capacitação para os servidores de forma a massificar os conhecimentos aprofundados na organização, definição de conteúdo e operacionalização de arranjos para oferta. Além disso, é salutar a compreensão das reais lacunas de competências existentes nas equipes, qualificando assim as ações para o cuidado, gestão e formação em saúde.

Embora seja um dos componentes estabelecidos pelo programa, foi evidenciado por meio do presente estudo, a ausência, para a maioria dos profissionais, de capacitação e educação permanente, tanto pelo governo quanto pela coordenação do cuidado, para o exercício das suas atribuições referentes ao programa.

“Capacitação mesmo em PSE, em trabalhar com educação, ação nas escolas, eu não me recordo...” (Informação verbal fornecida por Ana Néri).

No entanto, foi relatado pelos profissionais de saúde, a realização de um treinamento introdutório realizado pela coordenação de área, com o objetivo de capacitar os profissionais que estão sendo incorporados às novas equipes da atenção primária à saúde. O treinamento introdutório capacita os profissionais para que possam analisar, junto com a comunidade, a situação de sua área de abrangência, no que se refere aos aspectos demográficos, socioeconômicos, ambientais e sanitários (morbimortalidade e fatores de risco), identificando os problemas e potencialidades existentes (BRASIL, 2000).

“A única capacitação que eu tive aqui foi o introdutório para poder começar a trabalhar com saúde da família... [] eu tive que fazer o introdutório para entender um pouco mais sobre saúde da família, que até então eu era crua não entendia nada, aí a gente vai aprendendo, aos trancos e barrancos vai aprendendo.” (Informação verbal fornecida por Carlos Chagas).

Alguns profissionais de saúde também apresentaram em suas narrativas terem recebido capacitações em determinadas linhas de cuidado, como tuberculose, hanseníase, tabagismo, entre outras, por parte da coordenação do cuidado, para adequada abordagem e acompanhamento dessa população.

“Já participei de capacitação do grupo de tabagismo com essa temática, inclusive dessa abordagem direcionada ao público infantil e juvenil, pela própria secretaria mesmo. Já participei de capacitação de hanseníase e tuberculose, embora no ano passado não me recordo de ter feito esses dois temas na escola. Participei de capacitação de prevenção do suicídio e valorização da vida, também pela secretaria municipal de saúde. Acho que dos temas que eu citei, capacitação foram só essas.” (Informação verbal fornecida por Alice Ball).

Os agentes comunitários de saúde que estão há mais tempo na unidade, desde a época do PACS, relataram que no período de inclusão do programa receberam diversas capacitações e treinamentos. Durante esse período, relataram massificação das orientações para realização de suas atribuições.

Em 1994, o PACS foi integrado ao Programa de Saúde da Família – PSF. No entanto, a primeira regularização da atividade do Agente Comunitário de Saúde (ACS) aconteceu somente em 1999, com o Decreto 3.189/99. A criação da profissão de ACS ocorreu em 2002 com a Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002, que definiu seu exercício como exclusivamente no âmbito do Sistema Único de Saúde e sob a supervisão do gestor local em saúde.

Em 2003, foi organizado o Perfil de Competências Profissionais do ACS, reconhecendo-o como um trabalhador de interface no campo da saúde e da ação social, integrando a Política de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde. Em 2004, foi estabelecida Portaria viabilizando essa formação para o desenvolvimento dos trabalhadores da saúde. Como parte desse processo de formação e disseminação da formação do ACS, o Ministério da Educação, em articulação com o Ministério da Saúde, publicou o Referencial Curricular para o Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde – Área Profissional Saúde (MARTINS, 2012; BARROS et al., 2010).

“Eu fiz o curso técnico de ACS pela Fiocruz, durou 2 anos e 6 meses e lá eu fiz muita coisa, inclusive isso” (Informação verbal fornecida por Galileu Galilei).

Outra questão importante diz respeito a violência urbana, manifestada pelo conflito armado entre agentes policiais e criminosos pertencentes ao narcotráfico local, que são vivenciadas pelos profissionais de saúde na prática do cotidiano das ações do PSE. Conseqüentemente, esse convívio com a criminalidade, por vezes, expõe os profissionais a um risco pessoal, que produz medo e absenteísmo. Além disso, também gera perda de conteúdo e frustração aos estudantes, pela não realização das atividades; e necessidade de reorganização da agenda dos

profissionais.

“A gente já teve que cancelar várias ações ou ficamos presos em território por causa do conflito...” (Informação verbal fornecida por Ana Néri).

“Tem que ser um planejamento onde o planejamento dê certo em tudo até mesmo no território, porque o conflito no território também prejudica” (Informação verbal fornecida por Charles Darwin).

“... a instabilidade do território porque às vezes a gente está marcado, a ação está um mês marcada, aí no dia da ação que a gente vai fazer, acontece um imprevisto, tem um tiroteio, ou alguma coisa, aí não dá para ir, então praticamente eles ficam um mês aguardando, um mês sem ação aguardando aquela ação, aí chega no dia que ela é para acontecer, ela não tem e acaba que aquele mês não tem ação nenhuma...” (Informação verbal fornecida por Alexander Fleming).

Foi relatado pelos profissionais de saúde a presença de um plano de segurança, conhecido como acesso seguro, que estabelece uma classificação de risco por cores de acordo com o grau de risco e a probabilidade de acontecimentos dos eventos, indo da cor verde (risco leve, permitindo a entrada no território), passando para cor amarela (risco moderado, mantendo o trabalho interno), e vermelha (risco grave, sugerindo o fechamento da Unidade). Com a implantação do acesso seguro, o que antes era feito por instinto e de maneira individualizada, agora é padronizado, proporcionando uma ação planejada e organizada e um melhor gerenciamento do estresse mediante situações agudas de violência. Desta forma, ficou evidenciado nas narrativas, os benefícios do acesso seguro implementado na unidade.

“Eu vou dizer isso através de outro olhar, porque eu estudei a violência... Eu acredito que não atrapalha não... [] na unidade a gente tem o acesso seguro... então a gente consegue entender o território antes mesmo de ir... e a gente consegue saber se a gente consegue ir ou não... e existe a possibilidade de você remarcar... porque existe grupo de whats app com os professores... se por ventura hoje não ocorreu porque teve um tiroteio existe a possibilidade de você remarcar para a próxima semana... a gente consegue contornar a situação...” (Informação verbal fornecida por Bertha Becker).

Por fim, vale ressaltar, o período pandêmico vivenciado por conta do coronavírus. A atenção primária à saúde tem um papel importante no combate a pandemia, por ser a porta de entrada do SUS, ela tua na linha de frente de combate a pandemia, realizando atendimento dos pacientes com quadros suspeitos e

confirmados de Covid-19, fazendo diagnósticos por meio de testagens, além de monitorar casos para encaminhamento necessários a outros níveis de atenção, a fim de evitar agravamento e maiores complicações, incluindo óbitos. No entanto, houve a suspensão de outras atividades, como a suspensão de consultas eletivas não prioritárias e das atividades coletivas, entre elas as ações do PSE, o que consequentemente afetou os pacientes em cuidados crônicos e os estudantes.

As medidas restritivas promoveram o fechamento das escolas desde março de 2020, as aulas passaram a ser remotas e as unidades escolares funcionaram apenas para atividades administrativas, como a retirada de material pedagógico e do kit alimentação. Por meio das narrativas dos profissionais de saúde ficou evidenciado que durante esse período houve a paralisação das ações do PSE, o rompimento da relação da saúde com a escola e a ausência de informações sobre os estudantes.

"Ficamos completamente afastados, a gente não tinha muito contato com ninguém, pelo menos foi o que eu percebi, no período de isolamento eu não tive contato nenhuma vez com ninguém da escola, com diretor nem secretaria, ficou todo mundo recolhido e afastado de quarentena" (Informação verbal fornecida por Marie Curie).

"Nesse momento com a ausência dos alunos na escola a gente teve uma ausência muito grande da unidade de saúde, praticamente não teve atividade nenhuma, não teve articulação alguma." (Informação verbal fornecida por Bertha Becker).

"Houve um distanciamento em relação aos alunos, para falar a verdade eu nem sei como as escolas aqui do nosso território estão funcionando neste período de pandemia, não sei se elas tiveram EAD ou se não tiveram, eu sei que outras escolas municipais tiveram, aqui eu não sei dizer." (Informação verbal fornecida por Alice Ball).

No decorrer do estudo foi relatado uma discreta retomada na relação com a escola, porém somente para realização das testagens dos profissionais da educação para avaliar um possível retorno às atividades. No entanto, não houve o retorno às aulas devido a um novo crescimento da covid-19.

"Agora com as chegadas dos testes rápidos que a gente está articulando com os professores para ir até a unidade na próxima semana estar realizando os testes nos professores, na verdade não só os professores, mas em quem trabalha na escola" (Informação verbal fornecida por Bertha Becker).

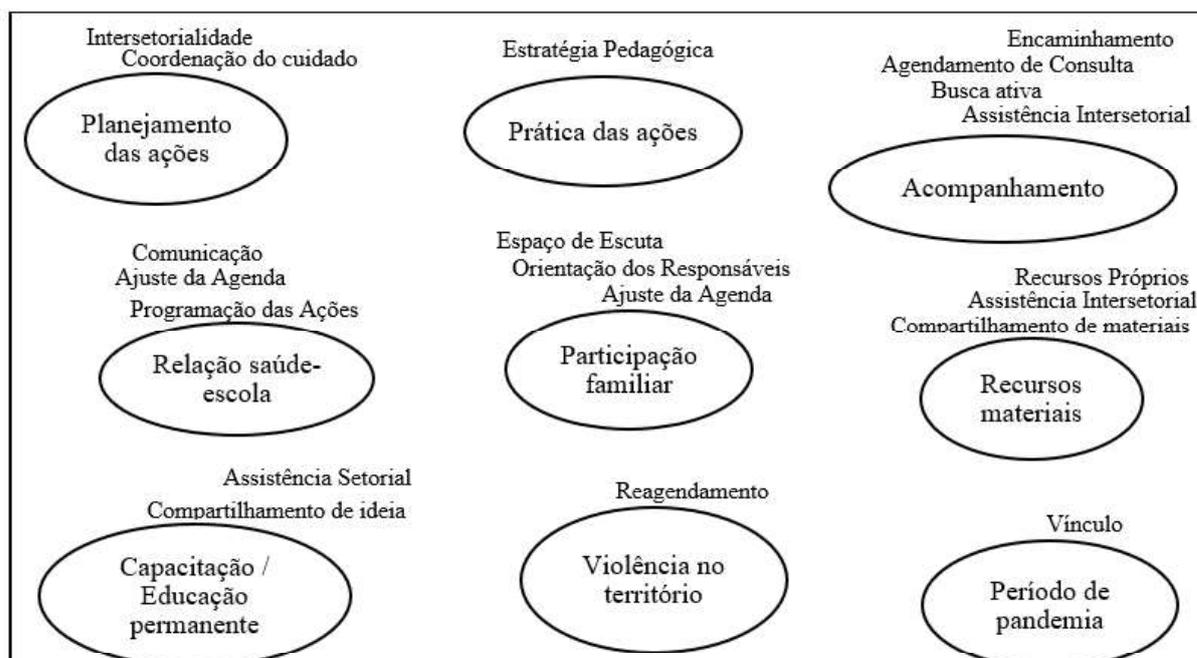
4.3 Categoria 3: “Estratégias adotadas pelos profissionais de saúde na implementação do PSE”.

A presente categoria versa sobre as habilidades profissionais concernentes ao planejamento das ações programáticas do PSE e a utilização dos meios disponíveis para superação das limitações impostas pelo cotidiano da prática profissional.

Para este efeito, nos apropriamos do termo “estratégia” referentes às ações de cunho profissional para dar relevo às questões que envolvem o componente humano como determinante essencial para implementação das ações de promoção da saúde nas escolas.

Os profissionais foram questionados quanto às estratégias utilizadas para superar os desafios do cotidiano na prática profissional, então, foram extraídos dos discursos os elementos significativos e associados às fragilidades encontradas. Desta forma, foram inseridas no interior dos círculos às fragilidades encontradas e associadas a elas foram ligadas as estratégias abordadas pelos profissionais de saúde, conforme disponibilizado na **figura 6**. Também foi realizada a análise das narrativas, representada na forma de trechos, no intuito de elucidar a prática profissional para implementação do PSE.

Figura 6 - Elementos significativos acerca das estratégias adotadas conforme as fragilidades.



Para melhor compreensão do estudo, procuramos inicialmente entender como é realizado o planejamento e a pactuação das ações do PSE. Conforme preconizado pelo Ministério da Educação, as ações do PSE devem estar pactuadas no projeto político-pedagógico das escolas e o planejamento deve considerar: o contexto escolar e social e o diagnóstico local de saúde do educando. O caderno de atenção básica referente a saúde na escola orienta que:

“Os projetos de promoção da saúde exigem planejamento de curto, médio e longo prazo e devem ser sucintos, exequíveis, incluir participação ativa de todos os atores em todas as etapas do seu desenvolvimento (desde o levantamento das principais necessidades e identificação das prioridades, até a elaboração e execução de estratégias), ser avaliados ao final de cada ano letivo e incluir sempre a gestão da sua qualidade” (BRASIL, 2009, pág. 17)

Por meio das narrativas podemos identificar que o planejamento e pactuação das ações a serem realizadas no ambiente de pesquisa ocorrem de duas formas, por escolha da coordenação do cuidado ou intersetorialmente por acordo entre escola e unidade básica de saúde. No primeiro caso, a equipe de saúde da família, fundamentada em seu conhecimento prévio do território, estudantes e dados epidemiológicos, decide em reunião de equipe as ações a serem realizadas, buscando conciliar também as necessidades do PSE e outras políticas públicas. Posteriormente, entra em contato com a escola para agendamento da ação conforme possibilidade de horário de ambos os setores.

“Primeiro a gente faz em reunião de equipe, bola alguma coisa que vai ser feita em reunião de equipe... vamos supor, a minha área tem muitas crianças e a maioria das crianças é evadidas das consultas, não estão vindo as consultas, estão muito faltosas, então o que a gente faz, como é uma área fechada, a gente combina na reunião de equipe fazer uma ação de bolsa família ali, porque ali além de pesar o bolsa família a gente também houve as queixas e vê cartão de vacina, se está em dia... é tudo combinado na reunião de equipe e depois da reunião de equipe que o enfermeiro entra em contato com a escola para ver também a disponibilidade...” (Informação verbal fornecida por Alexandrer Fleming).

“A gente planeja na reunião de equipe da clínica, comunicamos a escola qual ação que vamos abordar naquele momento, até mesmo por conta dos horários, eles passam para a gente os melhores horários, aí a gente vai até lá. Mas a ação é combinada aqui.” (Informação verbal fornecida por Charles Darwin).

A segunda forma de planejamento e pactuação das ações ocorre por meio da solicitação da unidade escolar quando identificadas as necessidades dos estudantes ou para participação de temas abordados pela escola. Esta solicitação ocorre quando há contato com a equipe, por meio telefônico ou durante alguma ação realizada.

“A gente conversa com a direção da escola e eles trazem as demandas... e de acordo com as demandas que eles trazem a gente planeja sobre os assuntos que nós vamos levar para debater” (Informação verbal fornecida por Galileu Galilei).

“Tem direções de escola que já fala, olha estamos notando isso aqui, algum comportamento específico, alguma fragilidade, ou algum tema mesmo que surge nas aulas aí pede, solicita essa parceria, essas ações...” (Informação verbal fornecida por Alice Ball).

No entanto, foi verificado que não há um planejamento adequado, conforme orientado pelo caderno da atenção básica, que deve ocorrer previamente e com envolvimento de todos os atores. As ações do PSE realizadas pelas equipes de saúde da família são planejadas, em sua grande parte, conforme a sua possibilidade, de forma pontual, e sem a participação dos estudantes.

“Realmente é bem difícil a gente conseguir planejar e fazer alguma coisa fora da unidade, fora do consultório, ainda mais aqui.” (Informação verbal fornecida por Marta Vannucci).

“Aí quando a gente agenda que a gente vê o que a gente vai fazer...” (Informação verbal fornecida por Nice da Silveira).

“Eu acho que poderia ser mais bem organizado, o programa é ótimo, a ideia é ótima, é efetivo, mas eu acho que ele ainda poderia ser mais bem organizado...” (Informação verbal fornecida por Alice Ball).

Em relação a prática das ações, os profissionais de saúde buscam utilizar estratégias pedagógicas adequadas aos estudantes envolvidos. A secretaria municipal cuida das crianças e jovens da Educação Infantil (6 meses a 5 anos); do Ensino Fundamental (1º ao 9º ano) e da Educação de Jovens e Adultos, abordando estudantes de diversas faixas etárias e necessitando de adaptação na comunicação em cada ação.

“Para trabalhar com criança você tem que interagir mais, tem que ter material e tempo para que você possa sentar, fazer roda, ensinar com mais calma, é completamente diferente do adolescente que você trabalha folders, você coloca uma peça para mostrar, é diferente” (Informação verbal fornecida por Marie Curie).

“... tem quer ser atividades lúdicas, que talvez você tenha que usar um teatrinho, que você talvez você tenha que usar sei lá... alguma forma para atrair...” (Informação verbal fornecida por Bertha Becker).

“...adaptando a linguagem, ou às vezes até substituindo algum tema quando o tema não se adequa aquela escola ou creche...” (Informação verbal fornecida por Rosalind Franklin).

“Se a gente vai falar com uma criança de faixa etária pequena a gente leva papel, desenhos para colorir vai contemplando dentro do material que estamos levando fazer com que elas participem...” (Informação verbal fornecida por Florence Sabin).

Uma relevante ação realizada pelos profissionais de saúde para manter o acompanhamento integral das crianças consiste na busca ativa em seu território e domicílio. Ao detectar a ausência da criança na unidade básica de saúde ou na escola, e a necessidade de cuidados, os profissionais da clínica da família realizam busca ativa fortalecendo, dessa forma, a rede de proteção.

“Quando a gente não consegue realizar as ações, vacinação com a criança no colégio, quando a gente não consegue ver essa criança porque essa criança não está vindo à clínica nem no colégio, a gente faz busca ativa” (Informação verbal fornecida por Charles Darwin).

“Mas eu sei que ela estuda em tal colégio, então a gente aproveita para fazer ação lá, a gente já vê, já pergunta para professora, diretora, mas as vezes chega lá e a criança é faltosa, a mãe não traz, vem uma vez ou outra, busca ativa com ACS” (Informação verbal fornecida por Charles Darwin).

Também foi relatado pelos profissionais de saúde entrevistados a realização de atendimento a crianças residentes em outro território, mas que estudam nas escolas adstritas. Durante as ações do Programa Saúde na Escola, os profissionais de saúde quando verificam a necessidade de cuidado da criança, eles realizam o atendimento de forma integral independente de seu território de moradia.

“A gente atende as crianças de outro território... se for pouca coisa a gente até faz aqui porque a gente sabe que muitas das vezes os pais não levam, ninguém leva as crianças para o atendimento” (Informação verbal fornecida por Nice da Silveira).

Desta forma, fica evidente que a presença do serviço de saúde no ambiente escolar permite uma avaliação mais próxima das necessidades de saúde dos estudantes e assim, quando realizado um diagnóstico que demande uma maior intervenção é realizado o agendamento de consulta na unidade básica de saúde, ou em alguns casos encaminhamentos a profissionais especialistas.

“A gente vem para a clínica, marca todos os pacientes na agenda e entregamos na própria escola para que os alunos possam ser comunicados pela própria escola...” (Informação verbal fornecida por Florence Sabin).

“O que gerava um atendimento mais específico da criança gerava uma consulta agendada ou encaminhamento para algum local. Às vezes precisava encaminhar para dermatologia, porque já tratou várias lesões com antibióticos e não melhorou” (Informação verbal fornecida por Ana Néri).

Além disso, a relação intersetorial de apoio, entre a saúde e educação, é fundamental para o cuidado e acompanhamento dos estudantes.

“Têm crianças que a diretora orienta os pais que se eles não vierem na consulta eles não vão assistir aula... isso faz com que os pais tragam as crianças e aí pedem para eu dar uma declaração falando que a criança esteve aqui para levar e eles sabem que a criança veio a consulta” (Informação verbal fornecida por Nice da Silveira).

Para o fortalecimento da relação entre os profissionais de saúde e educação utiliza-se ferramentas que favoreçam a comunicação e o entendimento entre os setores, como telefone e e-mail, sendo referido como o meio mais rápido e eficaz de contato utilizado, o whats app.

“Como a gente tem um grupo no whatsapp com todas as escolas do território, a gente tem uma facilidade maior de estar conversando...” (Informação verbal fornecida por Bertha Becker).

“Quando eles (os alunos) vêm é alguma identificação da escola, e a escola encaminha para a gente, faz o contato com a gente porque a gente criou um grupo de whatsapp justamente para ter esse contato, esse canal de comunicação... então as que vêm a gente percebe que vem mais por conta da identificação dos profissionais de educação...” (Informação verbal fornecida por Suzana Herculano-Houzel).

Outrossim, verificamos que o planejamento das ações, realizado de forma antecipada e acordado mediante prévia comunicação entre os setores de saúde e educação, possibilita uma melhor adequação e flexibilização de horários e agendas, de forma que a operacionalização das ações ocorra em momento oportuno e satisfatório para ambos os setores.

“A gente se programa para estar falando... com antecedência ... a gente entra em contato com a escola, a diretora fala se dar ou não dar, e a gente se adequa a eles e eles a gente” (Informação verbal fornecida por Carlos Lineu).

“Antes fazia em dia de visita domiciliar, aí se não tinha nenhum paciente crítico que precisasse de uma emergência para visita, aí fazia ali, procurava fazer uma ação em cada território de cada acs...” (Informação verbal fornecida por Alexandrer Fleming).

“A gente faz coincidir com o horário da escola” (Informação verbal fornecida por Marie Curie).

Outras estratégias importantes abordadas referem-se à participação dos familiares nas ações do PSE. Foi relatado pelos profissionais entrevistados a utilização de um espaço de escuta, compartilhamento de saberes e troca de experiências que promovem mudanças eficazes no estilo de vida da comunidade, favorecendo as ações necessárias de promoção e prevenção da saúde, além de fortalecer o vínculo entre a equipe e os usuários.

“A nossa fala é uma fala que agride, quando a gente explica que a criança não pode ficar sentada no chão, que a criança precisa estar calçada, que não pode pisar no esgoto, eles acham que a gente está se achando superior e dando uma ordem, mas quando tem uma mãe que passou pela mesma questão e entendeu que realmente deixar o filho sentado na terra, deixar descalço o dia todo realmente faz mal, e que ela resolveu da forma x, aquelas outras mães ouvem mais, então a gente consegue também trazer para esse espaço essa mãe, e dar para essa outra mãe um espaço de fala e oportunidade delas se ouvirem, porque é bem mais fácil elas se ouvirem do que ouvirem a gente, então a gente também dá essa oportunidade” (Informação verbal fornecida por Galileu Galilei).

Dada a relevância da participação familiar nas ações de promoção da saúde, a equipe de saúde da família empenha-se nessa proximidade de forma a promover encontros para orientação dos responsáveis por meio de ajuste da agenda que permite a convergência de seus horários com os da escola e dos responsáveis.

“O que a gente faz é tentar articular de alguma forma em algum momento entrar nas reuniões que os professores fazem com os pais para abordar algum tema, que a gente ache que seria interessante os pais estarem colaborando com aquela situação ali...” (Informação verbal fornecida por Bertha Becker).

“Uma das ações das estratégias que a gente tenta fazer nas escolas as vezes é participar das reuniões de responsáveis...” (Informação verbal fornecida por Alice Ball).

Em relação aos recursos materiais foi observado que a escassez dos insumos utilizados nas ações de promoção da saúde na escola é suprida pela aquisição de bens por recursos próprios. Os profissionais de saúde entrevistados relataram o planejamento e a compra dos materiais adequados necessários para execução das atividades conforme abordagem pedagógica realizada.

“A gente produz na maioria das vezes, a gente produz. Os dispenses de camisinha a gente faz com garrafa pet, material para trabalhar com as crianças ou mesmo com os pais...” (Informação verbal fornecida por Galileu Galilei).

“Eu uso recurso próprio e a própria escola que está sempre pronta para ajudar... principalmente a creche... eles estão sempre dando alguma coisa, colaborando...” (Informação verbal fornecida por Adolfo Lutz).

Outro ponto relatado refere-se à disponibilidade das escolas em contribuir com materiais para as ações. A construção de um relacionamento de cooperação e apoio entre os segmentos da comunidade escolar favorece a concretização e o alcance dos objetivos das atividades propostas. Nesse sentido, um vínculo forte educação–saúde pode traçar, definitivamente, uma trajetória educacional bem-sucedida para os alunos.

“Às vezes até na própria escola tem material que a gente improvisa na hora, ah vocês têm coisas aqui que a gente pode usar... teve uma época que a gente fez uma atividade sobre hábitos de higiene, aí chegamos na escola e eles também estavam trabalhando isso, aí chegamos na escola e eles tinham um chuveiro de papel, aí começamos a usar esse material deles...” (Informação verbal fornecida por Florence Sabin).

No que se refere ao processo de capacitação e educação permanente, a ausência de qualificação dos profissionais pelo programa é suprida pela assistência prestada entre a própria equipe de saúde, que se organiza no propósito de emergir soluções inovadoras considerando a estrutura, condições, coerência pedagógica e necessidades da escola e dos educandos. Desta forma, as atividades são sugeridas ou enriquecidas pelos profissionais de saúde para que sejam coerentes com os fundamentos e os pressupostos de aprendizagem.

“Não tive capacitação... eu lido com crianças... eu não sou odontopediatra, mas a minha colega que trabalha aqui comigo é odontopediatra e ela me orientou... e aqui um vai ajudando o outro... ela me orientou como ver, como avaliar, como limpar e orientar as professoras a limpar a cavidade oral...”
(Informação verbal fornecida por Nice da Silveira).

“O médico para falar sobre educação eles também têm uns livros, eles estudam pra poder estar falando, e a gente também, a gente se divide, cada um fala uma parte, sobre alguma coisa...” (Informação verbal fornecida por Carlos Lineu).

Muitos dos conhecimentos adquiridos para realização das ações do programa são baseados nas experiências e nas observações das atividades bem-sucedidas realizadas anteriormente ou encontradas na internet, de forma empírica, são utilizadas e aplicadas no cotidiano da prática profissional.

“A gente vai se adequando a nossa realidade. A gente tira um pouquinho do material do colega, se tiver da outra equipe, pede emprestado as ideias. Ou então dá uma olhada na internet para catar uma boa experiência.” (Informação verbal fornecida por Marie Curie)

Uma realidade frequente no cotidiano da prática profissional consiste no convívio com a violência no território. Embora existam medidas de segurança, como o protocolo de acesso seguro, foi relatado pelos profissionais de saúde que nos casos de conflitos é necessário realizar o reagendamento, estabelecendo um novo contato com a escola e buscando outra data e horário adequado a ambos. Nestes casos, verifica-se que o reagendamento causa impactos negativos tanto na rotina da unidade básica de saúde quanto na escola e nos alunos.

“E em relação ao território a gente já está acostumado, não pode subir, não pode subir e acabou, a gente vai se adequando, marcar outro horário, faz quando pode, faz o que pode e assim vai.” (Informação verbal fornecida por Marie Curie)

“Quando está em conflito a gente faz outro agendamento, entra em contato com a creche ou colégio e faz outro agendamento.” (Informação verbal fornecida por Charles Darwin)

Cabe ressaltar que o período pandêmico de realização do estudo, no qual houve a suspensão das aulas e o fechamento das escolas, a principal estratégia abordada pela unidade básica de saúde consiste no vínculo existente entre os profissionais da saúde e os usuários adstritos ao território, além da boa relação entre os profissionais de saúde e educação. A relação amistosa entre profissionais da saúde, educação e usuários promove efeitos positivos no estado de saúde dos estudantes, na obtenção de serviços e a satisfação de todos os envolvidos.

“A minha área por ser muito vulnerável, as crianças continuam em vulnerabilidade então são crianças que possuem muita demanda e tem coisas que a diretora, por estar na pandemia e eles não estarem indo, a diretora entra em contato comigo para saber se eu tenho notícias, e vice-versa...” (Informação verbal fornecida por Alexander Fleming)

4.4 CONTRIBUIÇÕES E APLICABILIDADE DO PRODUTO TECNOLÓGICO PARA O CENÁRIO DO ESTUDO

Entender as concepções sobre as práticas de promoção da saúde é um aspecto instigante da pesquisa, na medida que serve como base para reorientação de políticas, programas e práticas de atenção em saúde, bem como remodelação da formação de recursos humanos em saúde de forma a torná-los preparados para intervenções mais eficazes.

Desta forma, o presente estudo constitui-se um instrumento de conhecimento acerca das práticas de promoção da saúde no contexto escolar. Espera-se que os resultados dessa dissertação possibilitem aos profissionais de saúde, que atuam na atenção à saúde escolar, uma reflexão acerca dos problemas vivenciados no cotidiano da prática profissional, além de direcionar o planejamento e a organização para atividades que promovam a efetiva inserção do PSE no cenário escolar.

Ademais, destaca-se como contribuição deste trabalho, a elaboração de um produto técnico-tecnológico oriundo dos resultados da pesquisa, a saber, uma Cartilha de Recomendações para Implementação do PSE, que possibilita aos profissionais de

saúde a promoção do cuidado integral, considerando todos os aspectos da implementação do programa, tendo em vista a melhoria da qualidade na assistência à comunidade escolar.

Convém ressaltar que o recurso escolhido, de produção da cartilha, tem por finalidade expor de forma objetiva e dinâmica as informações referentes à implementação do PSE. Na elaboração, é considerado os seguintes aspectos: adequação ao público-alvo; linguagem clara e concisa; visual leve e atraente e fidedignidade das informações. Acredita-se que o uso da cartilha facilita o entendimento do público-alvo e ajuda na memorização das informações (GIORDANI, 2020).

A seguinte cartilha baseia-se nos principais eixos de implementação do PSE, o Planejamento, a Execução e a Avaliação. Dentro de cada eixo são indicadas as metas e as ações necessárias para otimizar a implementação das atividades do PSE no território, conforme **apêndice D**.

Desta forma, guardadas as devidas proporções, acredita-se que essa cartilha possa servir como instrumento potente aos serviços de saúde que atuam em territórios com características semelhantes ao cenário pesquisado.

Ademais, considerando a importância dessas ferramentas educativas, como são as cartilhas, a pesquisadora recomenda a criação de um grupo de trabalho para fomentar as discussões sobre as posteriores versões atualizadas da cartilha, tendo como público-alvo a comunidade escolar. Assim, espera-se envolver todos os sujeitos participantes do processo (profissionais da saúde e educação, educandos e pais/responsáveis).

4.5 LIMITAÇÕES ENFRENTADAS PELA PESQUISADORA.

Realizar pesquisa científica significa a todo tempo assumir riscos. No decorrer do caminho faz-se necessário fazer escolhas, seja no percurso teórico ou metodológico, todo o benefício almejado na elaboração pode ser comprometido por situações inesperadas. Nessa seara, evidenciar as dificuldades enfrentadas e reconhecer as limitações da pesquisa acrescentam fiabilidade ao trabalho e contribuem para o avanço do conhecimento no campo do estudo.

Desta forma, cabe comentar que no âmbito teórico, embora o tema apresente uma abrangência multidisciplinar, compreendendo tanto a setor da educação quanto

da saúde, foi encontrado pouco material no campo da administração pública que alicerçasse o desenho prático das ações do programa, voltados para a consolidação conceitual de termos, ferramentas, evidências e recomendações quanto às práticas intersetoriais conduzidas pela gestão pública e sobre a atividade de monitoramento de políticas públicas.

Em relação a abordagem metodológica, a seguinte pesquisa sofreu forte impacto pelo período de pandemia vivenciado, ocasionada pelo coronavírus. Devido as suspensões das atividades escolares ocorridas em março de 2020, inicialmente pelo decreto municipal nº 47.282, de 21 de março de 2020, prorrogada por meio de vários outros decretos, por mais de um ano, houve a necessidade de alteração do tipo do estudo que inicialmente seria realizado na forma de estudo de campo, com enfoque etnográfico, por meio do acompanhamento das práticas realizadas do setor da saúde. Porém, devido a suspensão das atividades escolares, o estudo foi realizado por meio de entrevistas e análise das atividades retroativas.

Desta forma, a imersão nas práticas de promoção da saúde e a observação participante dos diálogos e interações dos profissionais envolvidos nas ações se tornaram impraticáveis perante a situação vivenciada no período do estudo. No entanto, cabe ressaltar que, embora a proposta original não tenha sido executada, a alteração metodológica não provocou prejuízo para os resultados do estudo, visto que o mesmo não deixou de cumprir os requisitos científicos para o alcance dos objetivos propostos.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para uma melhor compreensão dos efeitos desse trabalho, iremos dividir os apontamentos deste capítulo em dois momentos. Primeiramente vamos destacar as conclusões oriundas das entrevistas e observações das práticas de promoção da saúde desenvolvidas na comunidade pesquisada, à luz das políticas públicas setoriais. Em seguida, realizaremos uma produção simbólica em forma de teia, nos apropriando do pensamento de Geertz, para ilustrar os significados atribuídos pelos profissionais de saúde às práticas de promoção da saúde vivenciadas no cotidiano, além da realização de outra apresentação ilustrativa, em forma de teia, que nos permite a ressignificação dessas práticas, tomando como base a valorização da dimensão sociocultural da comunidade e a responsabilização, nos âmbitos individual e coletivo, da seguinte política pública.

5.1 AS PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE À LUZ DAS POLÍTICAS PÚBLICAS.

O presente estudo propôs analisar a implementação do PSE, identificando as principais ações desenvolvidas, bem como os fatores que influenciam a prática profissional no cotidiano e as estratégias abordadas pelos profissionais de saúde frente às limitações encontradas. A partir das bases teóricas, do processo de implantação do programa apresentado pelo Governo Federal e o seu cumprimento pelo município do Rio de Janeiro, foi possível, por meio das percepções dos profissionais de saúde, explorar o universo do PSE.

Em relação às ações desenvolvidas no cenário pesquisado, foi observado que as temáticas realizadas são, principalmente, referentes às prevenções específicas, centralizadas nas doenças e a disseminação de práticas de higiene e autocuidado, conforme confirmado nos depoimentos. Essas ações de saúde retratam um modelo biomédico-higienista que pode propiciar o apagamento do sujeito no cuidado à saúde, desconsiderando aspectos essenciais dos indivíduos, tais como singularidade e subjetividade.

Vista a intenção do programa em ampliar a conexão entre saúde e educação, como um plano para capacitar crianças, jovens e adolescentes quanto ao empoderamento e autonomia dos seus cuidados em saúde, nota-se que o resultado

desejado foi o revés do que se esperava. Isso acontece devido a presença de lacunas operacionais, representadas pela ausência de discussões voltadas aos aspectos humanísticos na comunidade pesquisada, relacionados às questões de sexualidade na adolescência, gênero, bullying, violência, problemática da homofobia e outras formas de preconceitos, orientação sobre cidadania, entre outros assuntos.

Neste contexto, é percebido entre os profissionais de saúde, um certo desconhecimento dos objetivos e das legislações que norteiam o PSE, e conseqüentemente das ações que poderiam efetivamente contribuir para o desenvolvimento do indivíduo e da comunidade.

Essa limitação encontrada na implantação do PSE é instigada pelo atual modelo político-econômico adotado para a atenção primária à saúde, na qual temos a sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde, que são embutidos em diversas atribuições, a falta de capacitação dos profissionais para atuação em programas específicos e a falta de monitoramento e avaliação adequada para as práticas de promoção da saúde. Assim, fica nítido a desarticulação das práticas de promoção da saúde em relação ao ponto de vista programático, demonstrando a verticalização na implementação do programa.

Em relação a metodologia aplicada, em sua maioria, são caracterizadas pelo método tradicional de ensino, configuradas no formato de palestras, oferecidas pelos profissionais da saúde. O modelo depositário-bancário cria uma relação vertical entre o profissional e o estudante, ou seja, o educador possui todo o saber e o estudante é o sujeito da aprendizagem. Esse contexto é justificado pela configuração dos parâmetros curriculares do ensino superior em saúde, na qual concerne uma visão técnico centrada.

Quanto ao planejamento das ações, embora houvesse uma tentativa de definir essa temática de forma conjunta, quando acontece, não configura ações intersetoriais, mas de parceria, divisão de tarefas e planejamento fragmentado. No entanto, foi observado crescente receptividade e aproximação da comunidade escolar com a equipe de saúde, algumas vezes, aproximando também os familiares dessas ações. Para a saúde, o impacto positivo esteve relacionado à diminuição de agravos, possibilidade de diagnóstico precoce e tratamento dos jovens pertencentes à comunidade escolar.

O apoio relacionado às atividades de promoção da saúde evidencia avanços importantes para Saúde no âmbito Escolar, particularmente se considerada a efetiva

implementação do PSE local, a forte relação estabelecida entre os profissionais de saúde, educação e alunos; e as parcerias interinstitucionais estabelecidas no território.

No que tange os fatores que influenciam a prática diária das atividades de promoção da saúde podemos perceber que a fragilidade encontrada pelos profissionais inerente a falta e não adequação de recursos materiais para realização das ações é caracterizada pela redução e má empregabilidade dos recursos financeiros, que foram agravadas durante a crise estabelecida pelo governo Crivella. Já os relatos de convívio com a violência são atribuídos a reforma da atenção primária no município do Rio de Janeiro, que buscou ampliar o acesso por meio da criação de clínicas da família em locais com deficiência na assistência médico hospitalar, abrangendo em grande parte, territórios em comunidades e com consequente presença da violência.

Vale ressaltar, que durante a realização da pesquisa vivenciamos um período pandêmico, ocasionado pelo coronavírus. Neste momento tivemos a suspensão dos serviços não essenciais, dentre eles as atividades escolares. A estratégia abordada pela SME para garantir o conteúdo disciplinar foi o desenvolvimento do aplicativo Rioeduca em Casa, possibilitando a realização de aulas online e chats, e disponibilizando aulas gravadas e material pedagógico digital para todos os alunos e professores da rede municipal. Além disso, foi lançado o programa Conect@dos que oferece internet de uso exclusivo a alunos e professores da rede municipal para o acesso ao aplicativo Rioeduca em Casa.

No entanto, verificou-se que não houve conhecimento nem utilização das seguintes ferramentas pelo setor da saúde, que não dialogam nem promoveram qualquer ação de promoção da saúde, seja relacionada à prevenção ao novo vírus ou aos cuidados em saúde, principalmente em um momento tão oportuno. Isto evidenciou uma fragilidade na relação de cuidado das crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde, comprovado por meio da ruptura da relação da saúde e educação.

No período em que a equipe de saúde não podia ir à casa das pessoas e que as escolas estavam fechadas, as crianças ficavam em casa em estado de maior vulnerabilidade, apresentando-se em risco de violência, fome, tráfico, maus tratos, entre outros. Neste momento, o Estado precisa garantir os direitos básicos para as crianças e adolescentes por meio de políticas públicas de saúde e segurança, além da transferência de renda.

Muitas crianças de famílias pobres dependiam das refeições diárias que recebiam na escola para se alimentar. A estratégia abordada no Rio de Janeiro, foi a distribuição de alimentos para as famílias mais carentes e a entrega de cartões alimentação para os alunos da rede pública, no valor de R\$ 54,25. No entanto, foram relatados diversos problemas quanto ao pagamento dos cartões e a distribuição das cestas básicas, e conforme relatado na pesquisa não houve acompanhamento nem participação da equipe de saúde nessas ações.

Diante do exposto, podemos inferir possíveis caminhos para a melhoria da implantação do PSE no cenário pesquisado. Em algumas propostas, a intervenção estaria mais ligada ao papel do Estado, que deve dialogar com a prática das ações de promoção da saúde; em outras, a atuação dos profissionais de saúde que deve ser transformada para que alcance as reais necessidades da população.

Desta forma, procura-se romper com os modelos verticais da atenção primária à saúde, muito comum nas políticas públicas do Brasil, que reduzem os profissionais de saúde a mero executores de tarefas. Em vez disso, pretende-se que haja o envolvimento e a participação de todos os atores sociais envolvidos nesse processo, de modo a realizarem a leitura e codificação da realidade e do modo de vida de cada localidade para assim favorecer a efetiva troca de informações, promovendo ações mais ajustadas e que permitam a aquisição de conhecimento que favoreça a autonomia deste grupo.

5.2 OS SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E A RESSIGNIFICAÇÃO DAS PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE.

A presente pesquisa buscou apreender os significados atribuídos pelos profissionais de saúde às práticas de promoção da saúde desenvolvidas no ambiente escolar. A partir da compreensão semiótica das ações realizadas foi possível realizar a construção da teia de significados, utilizando os pressupostos de Geertz, demonstrando como os profissionais de saúde reproduzem o padrão cultural a partir do emaranhado de significados sustentados pela práxis cotidiana.

Os resultados dessa pesquisa mostraram que as práticas de promoção da saúde são voltadas para o controle biológico do corpo e prevenção de doenças,

representado no centro da teia, conforme **figura 7**. Essas práticas promovem a valorização do indivíduo e de seu corpo em detrimento das questões socioculturais, o que viabiliza um discurso de “medicalização” e normatização dos corpos.

Também ficou evidenciado na pesquisa a implementação de diversas políticas públicas intersetoriais, que envolve a saúde, educação e assistência social, que contribui com uma grande demanda de atividades e metas, e conseqüentemente com a fragmentação do cuidado. Desta forma, os discursos e práticas realizadas não capacitam os indivíduos quanto às questões humanísticas, nem os tornam discernentes das questões sociais e comunitárias, promovendo o apagamento do sujeito.

Cabe ressaltar que na imagem ilustrativa, em qualquer lugar da teia, os significados estão entrelaçados, influenciando e sendo influenciados, mutuamente uns pelos outros, mantendo o padrão cultural que estrutura as práticas de saúde na escola e repercute de diferentes maneiras no cuidado dos escolares.

Figura 7 - Teia de significados atribuídos às práticas do PSE no cotidiano profissional.



Seguindo a lógica de compreensão dos significados culturais que norteiam as ações de promoção da saúde no âmbito escolar, é possível ressignificar as práticas das ações, tomando por base a valorização da dimensão sociocultural vislumbrando os anseios e necessidades da comunidade.

Desta forma, foi realizada uma segunda teia na qual a centralidade das ações de saúde é representada por significados relacionados à comunidade, seus interesses e necessidades, conforme **figura 8**. Assim, as ações do PSE devem considerar o conceito ampliado de saúde, procurando atuar nos fatores sociais, vislumbrando o cuidado biopsicossocial dos estudantes.

Figura 8 - Teia de ressignificação das práticas do PSE a partir dos anseios e necessidade escolar.



Essa busca da integralidade do cuidado da criança e do adolescente permite o empoderamento dos estudantes que se tornam mais capacitados e autônomos nas suas decisões. A construção dessa relação deve ser realizada de forma dialógica, considerando valores éticos e morais, experiências pessoais e coletivas, a fim de consolidar os vínculos e garantir desenvolvimento dos sujeitos em todas as suas dimensões.

Desta forma, seria possível manter a longitudinalidade do cuidado, que é um dos princípios da atenção básica e pressupõe a continuidade da relação clínica, por meio da construção do processo de corresponsabilização da saúde, delineada ao longo do tempo. Assim, mediante a integração da saúde, educação e comunidade, seria possível práticas efetivas de promoção e prevenção da saúde capazes de desenvolver as habilidades individuais que promovam qualidade de vida, quer seja no nível individual ou coletivo.

Vale ressaltar, a correlação inerente ao dever do Estado na promoção de serviços de educação, saúde, transporte, lazer, saneamento básico, infraestrutura, entre outros, que corroboram e são essenciais para a promoção da saúde. Visto que somente mediante a consolidação de políticas públicas e de assistência social nós teremos respostas para alcançar caminhos melhores de cuidado às crianças, famílias e comunidade.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bardin, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARROS, D. F. et al. **O contexto da formação dos agentes comunitários de saúde no Brasil**. Texto & Contexto - Enfermagem, Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 78-84, 2010.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. **Institui o Programa de Saúde nas Escolas**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF. (2007a).

BRASIL. Lei 8.069, de 13 de julho de 1990. **Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências**.

BRASIL. Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002. **Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências**.

BRASIL. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno do gestor do PSE**. Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. **Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde**.

BRASIL. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos temáticos do PSE – Saúde Ocular**. Brasília, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. **PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 1.055, DE 25 DE ABRIL DE 2017**. Redefine as regras e os critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola - PSE por estados, Distrito Federal e municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica e Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição. Ministério da Educação, Secretaria de Atenção Básica, Diretoria de Currículos e Coordenação de Temas Transversais. **Manual Técnico de Adesão e Desenvolvimento das Ações do Programa Saúde na Escola**. Brasília, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **PSE passo a passo – Programa Saúde na Escola Tecendo caminhos da intersetorialidade**. Série C. Projetos, programas e relatórios. Brasil, Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Escolas Promotoras de Saúde: experiências no Brasil**. Brasília. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 2.446, DE 11 DE NOVEMBRO DE 2014.** Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde nas Escolas.** Brasília, 2009. (Série Cadernos de Atenção Básica; n. 24).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal.** Brasília, 2008. (Série Cadernos de Atenção Básica; n. 17).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição.** Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Programa crescer saudável 2019/2020, Instrutivo.** Brasília, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Treinamento Introdutório/Milton Menezes da Costa Neto,** org. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS.** Brasília, 2018.

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

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 13 jun. 2013.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. **Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais.** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 maio 2016.

BRIGHENTE, M. F; MESQUIDA, P. **Michel Foucault: corpos dóceis e disciplinados nas Instituições escolares.** Anais. 2011.

CARVALHO, F. F. B. **A saúde vai à escola: a promoção da saúde em práticas pedagógicas.** Physis, Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2015, p.1207-1227.

CENSO IBGE 2020, publicado pelo Instituto Municipal de Urbanismo Pereira Passos, no endereço eletrônico: [<https://apps.data.rio/armazenzinho/>](https://apps.data.rio/armazenzinho/).

COELHO, B. R. **A atuação de OSCIP em políticas sociais de atendimento e medidas de proteção à criança e adolescente vítima de crime hediondo no Brasil.** Monografia apresentada junto ao Curso de Direito do Centro Universitário – Católica de Santa Catarina como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel. JARAGUÁ DO SUL, 2017.

COSTA, D, C, A, R; BAHIA, L. **Crise econômica e sanitária e desempenho dos planos e seguros de saúde: similaridades e singularidades entre Brasil e Estados Unidos.** Cadernos de Saúde Pública, 38 n.º.8, Rio de Janeiro, agosto. 2022. ISSN 1678-4464.

DANTAS, M. N. P. et al. **Fatores associados ao acesso precário aos serviços de saúde no Brasil.** Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 24, n. Rev. bras. epidemiol., 2021 24, p. e210004, 2021.

DENZIN, N. K; LINCOLN, Y. S. **Introdução: a disciplina e a prática da pesquisa qualitativa.** In N. K. Denzin & Y, S. Lincoln (Orgs). **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens.** (2ª Ed). Porto Alegre, RS: Editora Artmed.

DINIZ, M. C. P.; OLIVEIRA, T. C.; SCHALL, T – **Saúde como Compreensão de Vida: Avaliação para a Inovação na Educação em Saúde para o Ensino Fundamental.** Rev. Ensaio | Belo Horizonte | v.12 | n.01 | p.119-144 2010.

ELKIN, F. **A criança e a sociedade;** tradução de A. Blaustein. Editora Bloch, 1ª edição. Rio de Janeiro, 1968.

FEUERWERKER, L. M.; COSTA, H. **Intersetorialidade na rede UNIDA. Divulgação em Saúde para Debate,** Rio de Janeiro, n. 22, p. 25-35, dez. 2000.
FIGUEIREDO, T. A. M.; et al. **A saúde na escola: um breve resgate histórico.** Ciência e Saúde Coletiva, p. 397-402, mar 2010.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: nascimento da prisão;** tradução de Raquel Ramalhe. 42ª. ed. [3ª. Reimpressão], Petrópolis: Vozes; 2016.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido.** Rio de Janeiro (RJ): Paz e Terra; 1987.
GEERTZ, C. **A interpretação das culturas.** Editora LTC, 1ª edição. Rio de Janeiro, 2019.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisas.** 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2017.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIORDANI, Anney Tojeiro. **Normas editoriais, orientação aos autores: cartilhas.** /Anney Tojeiro Giordani, Priscila A. Borges Ferreira Pires. Revisão de Diná Tereza de Brito. – Cornélio Procópio: Editora UENP, 2020.

GOMES, L. B; MEHRY, E. E. **Compreendendo a educação popular em saúde: um estudo na gestão participativa das políticas de saúde.** PHYSIS. Revista saúde coletiva. V14. N.1, P.67-83. 2011.

GONÇALVES, A. S; GUARÁ I. M. F. R. **Por uma nova cultura de articulação e cooperação em rede**. In: Guará IMFR, coordenadora. Redes de proteção social. São Paulo: Associação Fazendo História; 2010. p.11-28.

IPP, Instituto Pereira Passos. Prefeitura do Rio De Janeiro. História dos Bairros, 2017. Endereço eletrônico: <https://apps.data.rio/armazenzinho/>.

JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e Patologia do Saber**. Editora: IMAGO. Rio de Janeiro, 1976.

JUNQUEIRA, L. A. P. **Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde**. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 35-45, 2000.

JUNQUEIRA, L. A. P. **Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade**. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 31-46, 1997.

LIMA, D. F.; MALACARNE, V.; STREIEDER, D. M. **O papel da escola na promoção da saúde – uma mediação necessária**. EccoS –Rev. Cient., São Paulo, n. 28, p. 191-206, maio/ago. 2012.

LIMA, G. Z. **Saúde escolar e educação**. São Paulo: Cortez; 1985.

LUCAS, E. A. J. C. F. **A Prevenção e o Controle das Infecções Hospitalares na Terapia Intensiva Neonatal: Propostas Governamentais, Institucionais e Estratégias Adotadas pelos Profissionais da Saúde**. 2001. 222 p. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

LUCAS, E. A. J. C. F. **Os significados das práticas de promoção da saúde na infância: um estudo do cotidiano escolar pelo desenho infantil**. 2013. 298f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

LUCAS, E. A. J. C. F., Adorno, R. de C. F., Santos, A. E. V. dos., Tyrrell, M. A. R., & Halfoun, V. L. R. de C. (2021). **Os significados das práticas de promoção da saúde na infância: estudo do cotidiano escolar pelo desenho**. Ciência & Saúde Coletiva, 26(Ciênc. saúde coletiva, 2021 26(9)), 4193–4204. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.21882020>.

MARTINS, K. S. **Da alienação à crítica: desafio presente à ação do agente comunitário de saúde no âmbito do SUS**. 2012. 31 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) – Universidade Regional de Blumenau, Blumenau, 2012.

MINAYO, M. C de S. **Pesquisa Social, teoria, método e criatividade**. Ed. Vozes. 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14ª edição. São Paulo: Hucitec Editora, 2014.

PAGLIOSA, F. L; ROS, M. A. **O Relatório Flexner: para o Bem e para o Mal**. Revista Brasileira de Educação Médica, p. 492 – 499. 2008.

PELOSO, F. C.; PAULA, E. M. A. T. **A educação da infância das classes populares: uma releitura das obras de Paulo Freire.** Educação em Revista, Belo Horizonte, v.27, n.03, p.251-280, dez. 2011.

PEREZ, J. R. R; PASSONE, E.F. **Políticas sociais de atendimento às crianças e aos adolescentes no Brasil.** Cadernos de Pesquisa, v.40, n.140, p. 649-673, maio/ago. 2010.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Despacho nº 12.045 de 7 de junho de 2006. Diário da República, [S.l.], n. 110, 7 jun. 2006. **Programa Nacional de Saúde Escolar.**

PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO. **Plano Estratégico da Cidade do Rio De Janeiro, Rio 2020: mais solidário e mais humano.** 2017-2020.

SAVIANI, D. **As Concepções Pedagógicas na história da Educação Brasileira.** Texto elaborado no âmbito do projeto de pesquisa “O espaço acadêmico da pedagogia no Brasil.” Campinas, 2005.

SCHEIFER, C. L. **Transdisciplinaridade na linguística aplicada: um processo de desreterritorialização – um movimento do terceiro espaço.** RBLA, Belo Horizonte, v. 13, n. 3, p. 919-939, 2013.

SERRA, C. G. **A saúde bucal como políticas de saúde: análise de três experiências recentes: Niterói, Campinas e Curitiba.** 1998, 1323f. Dissertação – Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1998.

SILVEIRA, G. T.; PEREIRA, I. M. T. B. **Escolas Promotoras de Saúde ou Escolas Promotoras de Aprendizagem/Educação.** In: LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. Promoção da saúde ou a negação da negação. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2004. p. 119-33.

SOUZA, L. E, Silva LM, Hartz ZM. **Conferência de consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil.** In: Hartz ZM, Silva LM, Eds. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 65-102.

SOUZA, L. O. **Programa saúde nas escolas: ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos em Ceilândia/DF.** 2013. Monografia (Bacharel em Saúde Coletiva). Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília.

SYGAUD, L. **Doxa e crença entre os antropólogos.** Novos Estudos – CEBRAP, março 2007, p. 129-152.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e atenção à saúde da família.** 3ª ed. São Paulo: Hucitec. P.336. 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE A – FORMULÁRIO PARA ENTREVISTA NÃO DIRETIVA



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE MEDICINA
INSTITUTO DE ATENÇÃO À SAÚDE SÃO FRANCISCO DE ASSIS/HESFA
MESRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE – MPAPS

ROTEIRO DE ENTREVISTA NÃO DIRETIVA

1. Identificação do Profissional:

Nome: _____ Data de Nascimento: ___/___/___

Profissão/Área de atuação: _____

Tempo de atuação na clínica: _____

Sexo: () Masculino () Feminino

2. Entrevista

- a) Quais ações do PSE foram realizadas no último ano?
- b) As ações são registradas?
- c) Com que frequência essas ações são realizadas?
- d) Há um planejamento para realização dessas ações?
- e) Há participação dos profissionais de educação nas ações?
- f) Há participação dos familiares nas ações?
- g) Quais são as potencialidades do programa verificada na prática profissional?
- h) Quais as dificuldades encontradas pelos profissionais na implementação do programa?
- i) Quais estratégias os profissionais utilizam para superar os desafios impostos no cotidiano da prática profissional?
- j) Qual relação a unidade de saúde teve com a escola durante o período de pandemia?

APÊNDICE B – MODELO DIÁRIO DE CAMPO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE MEDICINA
INSTITUTO DE ATENÇÃO À SAÚDE SÃO FRANCISCO DE ASSIS/HESFA
MESRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE – MPAPS

MODELO DE DIÁRIO DE CAMPO

Data: _____

Cenário: _____

Profissional: _____

Descrição da Atividade ou Procedimento: _____

Observações: _____

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



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

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Participante,

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participarem da pesquisa: **DESAFIOS E PONTENCIALIDADES DO PROGRAMA DE SAÚDE NA ESCOLA NA ÁREA PROGRAMÁTICA 1.0 DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO**, que está sendo desenvolvida pela pesquisadora Thatiane Feliciano Charles, do Curso de Mestrado Profissional em Atenção Primária em Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro, sob a orientação da Prof(a) Dra. Maria Katia Gomes e do Prof. Dr. Eduardo Alexander Júlio César Fonseca Lucas.

A JUSTIFICATIVA, OS OBJETIVOS E OS PROCEDIMENTOS:

- a) O motivo que nos leva a estudar o problema se baseia na busca pelo entendimento das práticas educativas em saúde, vislumbrando uma possível dicotomia entre o plano das ideias e das ações.
- b) O objetivo principal da pesquisa é analisar a implementação do Programa de Saúde na Escola numa Clínica da Família localizada na área programática 1.0 do município do Rio de Janeiro/ RJ. E nos objetivos específicos iremos identificar as ações de saúde do Programa de Saúde na Escola desenvolvidas nas escolas municipais selecionadas, descrever os fatores facilitadores e limitadores para operacionalização do Programa de saúde na escola no cenário de estudo e discutir a aplicabilidade das estratégias adotadas pelos profissionais para superação das dificuldades enfrentadas no cotidiano da prática profissional.
- c) Os procedimentos de coleta de dados transcorrerão em duas etapas. A primeira etapa consistirá no registro, em diário de campo, das práticas de promoção da saúde advindas das observações participantes e dos diálogos que surgirem da interação com os membros da clínica da família. E a segunda será formada por entrevistas não diretivas com questões disparadoras, que serão gravadas e transcritas para análise.

DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS: a pesquisa não tem nenhuma finalidade supérflua, vexatória ou fiscalizadora tanto para o profissional quanto para a unidade de saúde ou de ensino. Porém, toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados, no entanto a seguinte pesquisa não apresenta riscos potenciais relacionados com a participação. Para evitar constrangimentos e garantir a privacidade, a entrevista será gravada, mas a identidade não será revelada. Os nomes não serão colocados na gravação da entrevista, nem no material escrito a partir da entrevista, mas apenas um código que impossibilita a identificação da pessoa que respondeu.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO E LIBERDADE DE RECUSA: você será esclarecido sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você será livre para recusar a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento sem quaisquer prejuízos. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS: a participação no estudo não acarretará custo para você e não será disponibilizada nenhuma compensação financeira adicional.

Uma cópia desse consentimento será arquivada no Curso de Mestrado Profissional em Atenção Primária em Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro e outra será fornecida a você.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO:

Eu, _____, fui informado (a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Entendi as coisas ruins e as coisas boas que podem acontecer. Entendi que posso dizer “sim” e participar, mas que, a qualquer momento, posso dizer “não” e desistir sem que nada me aconteça. A pesquisadora Thatiane Feliciano Charles certifica-me de que todos os dados dessa pesquisa serão confidenciais. Em caso de dúvida poderei chamar a pesquisadora Thatiane Feliciano Charles no telefone – (21) 98018-6051.

Sendo assim, declaro que aceito participar desse estudo como voluntário. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer minhas dúvidas.

(Assinatura do participante)

Rio de Janeiro, ____ de _____, de ____.

(Assinatura da pesquisadora)

APÊNDICE D – CARTILHA DE RECOMENDAÇÕES PARA IMPLEMENTAÇÃO DO PSE.

**CARTILHA DE
RECOMENDAÇÕES
PARA
IMPLEMENTAÇÃO
DO PSE**

**PSE
PROGRAMA SAÚDE
NA ESCOLA**



Fonte: Internet/Google. Imagem de domínio público

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE MEDICINA
MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**



AUTORES

Thatiane Feliciano Charles Assaife
Eduardo Alexander Júlio César Fonseca Lucas
Maria Kátia Gomes

REVISORES TÉCNICOS

Alexandre Oliveira Telles
Antônio Eduardo Vieira dos Santos
Bruna Liane Passos Lucas
Cláudia Lima Campos Alzuguir
Maria Cristina Dias da Silva
Lucas Lima de Carvalho
Simone Fonseca Lucas da Silva

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



SUMÁRIO

- 1. Apresentação**
 - 1.1 Objetivo**
 - 1.2 Público Alvo**
- 2. Introdução do Tema**
- 3. Planejamento**
 - 3.1 Da coordenação do cuidado**
 - 3.2 Intersetorialmente**
- 4. Execução das Ações**
- 5. Avaliação das atividades realizadas**
- 6. Considerações Finais**
- 7. Referências**
- 8. Nota dos Autores**

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



1. APRESENTAÇÃO

Esta cartilha se caracteriza como um produto técnico-tecnológico proveniente dos resultados de uma dissertação desenvolvida no Programa de Pós-Graduação do Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

A seguinte cartilha apresenta de forma prática os principais eixos para implementação do Programa Saúde na Escola - PSE, a saber, o Planejamento, a Execução e a Avaliação. Em cada eixo são indicadas as metas e as ações para otimizar a implementação das atividades do PSE no território, favorecendo a melhoria da qualidade na atenção à comunidade escolar.



Fonte: Internet/Google. Imagem de domínio público

1.1 Objetivo

Propor metas e ações para melhoria da implementação do PSE relacionadas ao cotidiano das práticas realizadas pelos profissionais de saúde da Estratégia da Saúde da Família.

1.2 Público Alvo

Esta cartilha é direcionada aos profissionais de saúde que atuam na promoção do cuidado integral às crianças e aos adolescentes, no ambiente escolar.

2. INTRODUÇÃO DO TEMA

O PSE foi instituído, no âmbito dos Ministérios da Educação e da Saúde, por meio do Decreto Presidencial nº 6.286 de 5 de dezembro de 2007. Foi formulado com o intuito de contribuir para a formação integral dos estudantes mediante ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino.

Em 2017 foi elaborada a Portaria nº 1055, que redefine as regras e os critérios para adesão ao PSE por estados, Distrito Federal e municípios. A seguinte portaria estabelece que, o estado, o Distrito Federal e o município que aderir ao Programa Saúde na Escola deverá realizar no período do ciclo as seguintes ações:

- 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.

Essa iniciativa considera o ambiente escolar como um espaço de integração e articulação permanente da educação e da saúde capaz de permitir a ampliação do alcance e impacto das ações de promoção à saúde nas vidas dos estudantes e das suas famílias. Esse espaço pertence a diferentes sujeitos, com histórias e papéis sociais distintos, que produzem modos de refletir e agir sobre si e sobre o mundo e que devem ser compreendidos pelas equipes de Saúde da Família em suas estratégias de cuidado.

3. PLANEJAMENTO



Fonte: Internet/Google. Imagem de domínio público.

Conforme preconizado pelo Ministério da Educação, as ações do PSE devem ser articuladas de maneira coletiva entre saúde e educação, com a inclusão dos pais/responsáveis e o envolvimento dos educandos; além disso o planejamento deve considerar: o contexto escolar e social; o diagnóstico local de saúde do educando e a capacidade operativa em saúde do escolar.

O planejamento pode ser desenvolvido em etapas de pactuação com a finalidade de sistematizar o processo e abordar todas as necessidades apontadas pelo programa.

3.1 Da coordenação do cuidado

Metas

- Organização da disponibilidade da equipe para realização das ações;
- Definição da periodicidade e dos responsáveis pelas ações;
- Verificação das políticas públicas voltadas para crianças e adolescentes;
- Elaboração das metodologias a serem aplicadas nas ações;
- Levantamento das possíveis atividades a serem abordadas;

Ações

- Realizar reunião com a equipe para planejamento da agenda;
- Visitar as escolas para conhecimento local;
- Pesquisar metodologias ativas adequadas para a educação infantil;
- Organizar agenda do setor para realização das atividades.

3.2 Intersetorialmente (com a escola)

Metas

- Criação de vínculo entre profissionais da saúde e da educação, educandos e pais/responsáveis;
- Diagnóstico local da saúde do educando;
- Identificação e vigilância de situações de risco;
- Consideração das necessidades e expectativas dos membros da comunidade escolar acerca das atividades importantes e/ou prioritárias;
- Elaboração prévia de um calendário compartilhado das ações de saúde a serem realizadas (semestral ou anualmente).

Ações

- Realização de rodas de conversas com profissionais da saúde e da educação, alunos e pais/responsáveis para compreensão das necessidades;
- Verificar infraestrutura e tecnologias disponíveis para realização das atividades nas escolas e territórios;

4. EXECUÇÃO DAS AÇÕES

As atividades de promoção da saúde devem apresentar uma maior aproximação com a realidade vivenciada pelos professores, estudantes, pais/responsáveis e comunidade como um todo buscando destacar a interface existente entre as políticas públicas elaboradas pelo governo e as necessidades locais do território.

Sendo assim, é relevante a realização de ações voltadas à orientação da comunidade escolar, ou seja: não somente dos estudantes, mas também dos educadores, responsáveis e/ou cuidadores, visto a importância de promover encontros integrados com todos os atores envolvidos nas práticas de promoção de saúde no ambiente escolar. Tais encontros devem favorecer a comunicação efetiva de modo que os membros da comunidade escolar possam expressar livremente seus interesses e motivações, bem como esclarecer dúvidas e trocar informações.



Fonte: Internet/Google. Imagem de domínio público.

4. EXECUÇÃO DAS AÇÕES

Metas

- Compartilhamento dos saberes sustentado pelas histórias individuais e coletivas;
- Produção de aprendizagens significativas pautada na ética inclusiva;
- Participação ativa dos diversos sujeitos nas práticas cotidianas;
- Formação de cidadãos críticos e informados com habilidades para agir em defesa da vida e de sua qualidade.

Ações

- Utilizar estratégias de ensino pautadas em metodologias ativas aos estudantes envolvidos como: rodas de conversas, utilização de games, atividades lúdicas e teatrais, entre outras.
- Solicitar os materiais necessários para a realização das ações.

5. AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES REALIZADAS



Fonte: Internet/Google. Imagem de domínio público.

O monitoramento e a avaliação das ações são importantes para o acompanhamento e aperfeiçoamento das atividades realizadas no ambiente escolar e para reorientação das práticas do PSE. Assim é possível identificar lacunas e avanços na implementação e no desenvolvimento do PSE nos territórios.

A avaliação e o monitoramento devem ser realizados conjuntamente tanto pela equipe de saúde quanto pelos representantes do programa.

5. AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES REALIZADAS

Metas

- Melhorias dos processos de fluxo de trabalho;
- Promoção da cultura de aprender e melhorar;
- Construção de um programa Intersetorial satisfatório e efetivo;
- Monitoramento da compreensão das ações e adequação da abordagem pedagógica;
- Acompanhamento da melhoria nos indicadores de saúde.

Ações

- Produção de tecnologias (ex: programas e planilhas) para acompanhamento dos indicadores de saúde;
- Retorno para feedback nas escolas;
- Utilização de instrumentos avaliativos pelos usuários (comunidade escolar);
- Questionário para fixação com os principais pontos dos temas abordados;
- Caixinhas de perguntas para esclarecimento de dúvidas sobre os temas abordados;

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa cartilha foi validada em duas etapas, por meio da revisão de formato e do conteúdo por um comitê de especialistas, bem como pelo público alvo, representado pelos profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família presentes no cenário pesquisado. Isto permitiu a discussão, troca e compartilhamento de ideias, para que a versão final da cartilha pudesse ser posteriormente aprovada.

Convém ressaltar que para a validação desta cartilha, utilizou-se aproximações da técnica de conferência de consenso, resultando nos conteúdos que obtiveram concordância total dos especialistas e participantes da pesquisa. As informações que não obtiveram consenso foram analisadas pela pesquisadora e seus orientadores, e desta forma, foram realizadas modificações para atender às recomendações e contribuições.

Desta forma, guardadas as devidas proporções, acredita-se que essa cartilha possa servir como instrumento potente aos serviços de saúde que atuam em territórios com características semelhantes ao cenário pesquisado.

7. REFERÊNCIAS

BRASIL. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. **Institui o Programa de Saúde nas Escolas**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF. (2007a).

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **PSE passo a passo – Programa Saúde na Escola Tecendo caminhos da intersetorialidade**. Série C. Projetos, programas e relatórios. Brasil, Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde nas Escolas**. Brasília, 2009. (Série Cadernos de Atenção Básica; n. 24).

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica e Coordenação geral de Alimentação e Nutrição. Ministério da Educação, Secretaria de Atenção Básica, Diretoria de Currículos e Coordenação de Temas Transversais. **Manual Técnico de Adesão e Desenvolvimento das Ações do Programa Saúde na Escola**. Brasília, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS**. Brasília, 2018.

PORTARIA Nº 2.446, DE 11 DE NOVEMBRO DE 2014. **Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)**.

PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 1.055, DE 25 DE ABRIL DE 2017. **Redefine as regras e os critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola - PSE por estados, Distrito Federal e municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações**.

8. NOTA DOS AUTORES

- 1. Thatiane Feliciano Charles.** Mestre em Atenção Primária à Saúde pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Farmacêutica graduada pela Universidade Federal Fluminense. Oficial Temporária Farmacêutica - Hospital Geral do Exército.
- 2. Eduardo Alexander Júlio César Fonseca Lucas.** Doutor em Ciências pelo Programa de Saúde Pública - Área de Concentração Saúde Coletiva - da Universidade de São Paulo. Médico de Família e Comunidade pela AMB. Professor Associado do Departamento de Medicina em Atenção Primária à Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- 3. Maria Kátia Gomes.** Doutora em Medicina pelo Programa de Clínica Médica - Área de Concentração Dermatologia - da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Professora Adjunto do Departamento de Medicina em Atenção Primária à Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- 4. Antonio Eduardo Vieira dos Santos.** Doutor em Ciências - Área de Concentração Saúde Coletiva e Subárea de Saúde da Mulher e da Criança, do Instituto Fernandes Figueira da Fiocruz. Tecnologista Pleno do Instituto Fernandes Figueira da Fiocruz. Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- 5. Claudia Lima Campos Alzuguir.** Doutora em Ciências pelo Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas da Fiocruz. Professora Adjunto do Departamento de Medicina em Atenção Primária à Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- 6. Maria Cristina Dias da Silva.** Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Enfermeira aposentada do Departamento de Medicina em Atenção Primária à Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- 7. Bruna Liane Passos Lucas.** Enfermeira graduada pela Universidade Castelo Branco. Mestranda em Atenção Primária à Saúde pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- 8. Lucas Lima de Carvalho.** Enfermeiro graduado pela Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Mestrando em Atenção Primária à Saúde pela Faculdade de Medicina da UFRJ.
- 9. Simone Fonseca Lucas da Silva.** Bióloga graduada pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Professora de Ciências Biológicas da Secretaria Estadual de Educação do Estado do Rio de Janeiro.

ANEXOS

ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISAS



UFRJ - ESCOLA DE
ENFERMAGEM ANNA NERY -
HOSPITAL ESCOLA SÃO
FRANCISCO DE ASSIS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO DE JANEIRO / EEAN



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DESAFIOS E POTENCIALIDADES DO PROGRAMA DE SAÚDE NA ESCOLA NA ÁREA PROGRAMÁTICA 1.0 DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO.

Pesquisador: THATIANE FELICIANO CHARLES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 23422919.0.0000.5238

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.711.110

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um "estudo de caso do tipo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa" com "um enfoque etnográfico, centrado nos profissionais que prestam cuidados aos adolescentes matriculados nas escolas municipais vinculadas a [uma] clínica da família". "Os procedimentos de coletas de dados transcorrerão em duas etapas. A primeira etapa consistirá no registro, em diário de campo, das práticas de promoção da saúde advindas das observações participantes e dos diálogos que surgirem da interação com os membros da clínica da família e escolas adstritas. E a segunda será formada por entrevistas não diretas com questões disparadoras, que serão gravadas em formato mp3 e transcritas para posterior análise a luz" dos "pressupostos de Geertz para compreensão do universo de significados, valores e atitudes dos sujeitos envolvidos no contexto social observado".

Os participantes serão "os profissionais técnicos da clínica da família, composta por cinco equipes de família (com médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem), duas dentistas, uma técnica de saúde bucal, uma educadora física e uma farmacêutica". Participarão também, "para fins de entrevistas, pelo menos, o diretor e um professor de cada escola municipal da área de abrangência da clínica".

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275

Bairro: Cidade Nova

CEP: 20.211-110

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3938-0962

E-mail: cepeenhesfa@eean.ufrj.br



UFRJ - ESCOLA DE
ENFERMAGEM ANNA NERY -
HOSPITAL ESCOLA SÃO
FRANCISCO DE ASSIS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO DE JANEIRO / EEAN



Continuação do Parecer: 3.711.110

Os cenários pretendidos da pesquisa são "uma Clínica da Família, localizada na área programática 1.0, no município do Rio de Janeiro" e "quatro escolas municipais" adscritas no território abrangido pela Clínica da Família em questão.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral:

- "Analisar a implementação do Programa de Saúde na Escola numa Clínica da Família localizada na área programática 1.0 do município do Rio de Janeiro RJ".

Objetivos específicos:

- "Identificar as ações do Programa de Saúde na Escola desenvolvidas nas escolas municipais selecionadas";
- "Descrever os fatores facilitadores e limitadores para operacionalização do Programa de saúde na escola no cenário de estudo";
- "Discutir a aplicabilidade das estratégias adotadas pelos profissionais para superação das dificuldades enfrentadas no cotidiano da prática profissional".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Quanto aos riscos da pesquisa, a pesquisadora principal afirma nas Informações Básicas do Projeto na Plataforma Brasil (IBPPB) e no Projeto de Pesquisa (incluindo o TCLE que está contido no documento do Projeto de Pesquisa) que a "pesquisa não apresenta riscos potenciais relacionados com a participação" e no TCLE que há "risco de algum desconforto técnico sobre o não conhecimento das políticas públicas de promoção à saúde das criança e adolescentes".

Quanto aos benefícios da pesquisa, a pesquisadora principal afirma que a pesquisa pode contribuir para "os profissionais da saúde e educação, pois estimulará uma reflexão sobre o trabalho que está sendo desenvolvido, além de contribuir para a elaboração de estratégias nos serviços de saúde e beneficiar a comunidade escolar envolvida, considerando a melhoria da qualidade da assistência, uma vez que essa pesquisa poderá se constituir como uma ferramenta de aprimoramento dos profissionais de atuam no serviço".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O protocolo é oriundo de dissertação de Mestrado Profissional em Atenção Primária em Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro. O projeto é exequível dentro do período de tempo previsto

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275

Bairro: Cidade Nova

CEP: 20.211-110

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3938-0962

E-mail: cepeeanhesa@eean.ufrj.br



UFRJ - ESCOLA DE
ENFERMAGEM ANNA NERY -
HOSPITAL ESCOLA SÃO
FRANCISCO DE ASSIS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO DE JANEIRO / EEAN



Continuação do Parecer: 3.711.110

para coleta e análise dos dados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- 1) Folha de Rosto para pesquisa envolvendo seres humanos: adequada;
- 2) Projeto de Pesquisa: adequado;
- 3) Orçamento financeiro e fontes de financiamento: adequado;
- 4) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: adequado;
- 7) Cronograma: adequado;
- 8) Anuência das Instituições cenário: adequada;
- 9) Instrumentos de coleta de dados: adequado;
- 10) Termo de confidencialidade: não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as pendências foram atendidas.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN/HESFA/UFRJ atendendo o previsto na Resolução 466/12 do CNS/MS APROVOU O PROTOCOLO DE PESQUISA APÓS ATENDIMENTO ÀS PENDÊNCIA ad referendum em 18 de novembro de 2019. Caso o(a) pesquisador(a) altere a pesquisa é necessário que o projeto retorne ao Sistema Plataforma Brasil para uma futura avaliação e emissão de novo parecer. Lembramos que o(a) pesquisador(a) deverá encaminhar o relatório da pesquisa após a sua conclusão, como um compromisso junto a esta instituição e o Sistema Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1448571.pdf	13/11/2019 19:22:57		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetofinalmestrado.docx	13/11/2019 19:21:48	THATIANE FELICIANO CHARLES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	MODELO_DE_TCLE_EEAN.docx	13/11/2019 19:21:16	THATIANE FELICIANO CHARLES	Aceito

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275

Bairro: Cidade Nova

CEP: 20.211-110

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3938-0962

E-mail: cepeeanhesfa@eean.ufrj.br



UFRJ - ESCOLA DE
ENFERMAGEM ANNA NERY -
HOSPITAL ESCOLA SÃO
FRANCISCO DE ASSIS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO DE JANEIRO / EEAN



Continuação do Parecer: 3.711.110

Cronograma	cronogramaprojeto.docx	11/10/2019 14:35:14	THATIANE FELICIANO CHARLES	Aceito
Outros	Instrumentocoleta.docx	11/10/2019 14:34:20	THATIANE FELICIANO CHARLES	Aceito
Outros	anuencia.pdf	11/10/2019 14:28:12	THATIANE FELICIANO CHARLES	Aceito
Outros	LattesMariaKatia.pdf	11/10/2019 14:27:05	THATIANE FELICIANO CHARLES	Aceito
Outros	LattesEduardo.pdf	11/10/2019 14:26:46	THATIANE FELICIANO CHARLES	Aceito
Outros	carta.pdf	11/10/2019 14:25:52	THATIANE FELICIANO CHARLES	Aceito
Outros	LattesThatiane.pdf	11/10/2019 14:24:39	THATIANE FELICIANO CHARLES	Aceito
Orçamento	orcamentoprojeto.docx	09/10/2019 13:45:28	THATIANE FELICIANO CHARLES	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	09/10/2019 13:38:21	THATIANE FELICIANO CHARLES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 18 de Novembro de 2019

Assinado por:
Maria Angélica Peres
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275

Bairro: Cidade Nova

CEP: 20.211-110

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)3938-0962

E-mail: cepeeanhesfa@eean.ufrj.br