

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

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

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

DOI: 10.1590/0103-11042022E305

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

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

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

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

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

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

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



Introdução

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

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

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

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

Material e métodos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

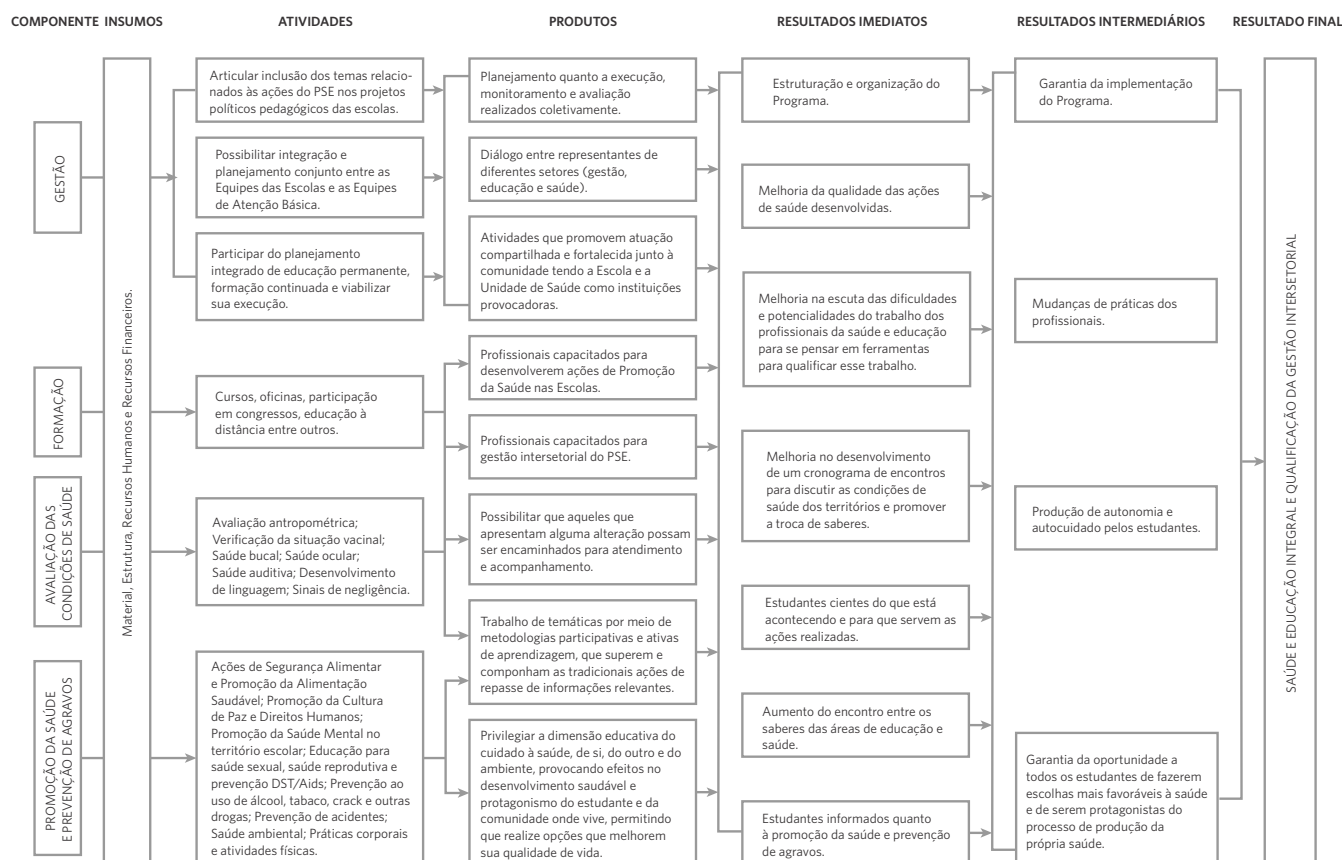
Todas as informações e orientações necessárias aos participantes, além do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foram enviadas previamente por *e-mail*. Em seguida, cada profissional recebeu o documento para a apreciação e análise. Ao final das avaliações qualitativas (imprescindível, necessário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

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

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

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

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



Fonte: elaboração própria.

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

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

Quadro 1. (cont.)

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

Fonte: elaboração própria.

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

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

finalidade de evitar a identificação.

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

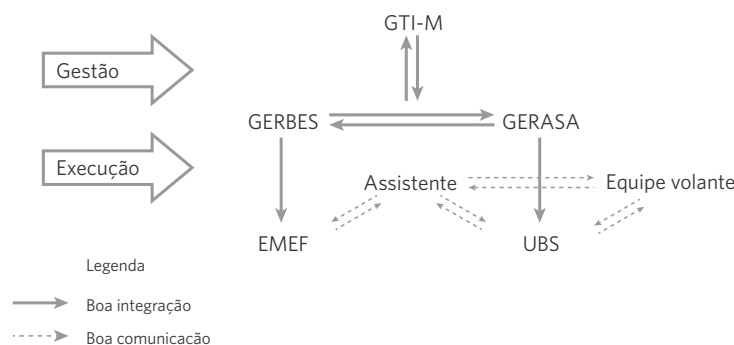
Resultados e discussão

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

Gestão

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

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



Fonte: elaboração própria.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Atividades do PSE

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

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

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

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

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

As ações de promoção da saúde tenderam a ser pontuais, e as de prevenção de agravos, direcionadas a epidemias, não condizendo com os Parâmetros Curriculares Nacionais²⁶. As práticas de promoção de saúde foram fracas, pouco consistentes, parecendo existir uma dificuldade da UBS em realizá-las. Além disso, foi constatada uma priorização pelo serviço assistencial²⁵, em que o foco estava voltado para as avaliações das necessidades em saúde, interferindo na concretização da intersetorialidade²⁷. As decisões sobre a priorização das atividades pareceram estar direcionadas por uma questão de lógica de regulamentação e repasses de recursos²⁸.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Formação/capacitação

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

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

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

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

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

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

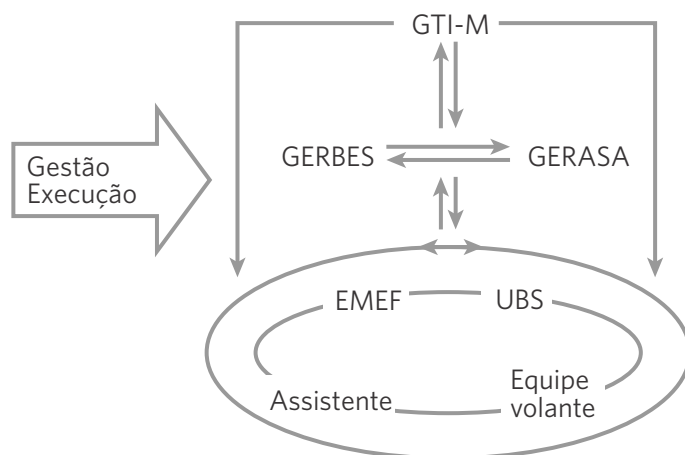
Eu acho importantíssimo o programa, ele tinha que ser uma prioridade e deveria garantir que a educação trabalhasse com a saúde certinho, o ano inteiro. (S).

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

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

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

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



Fonte: elaboração própria.

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

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

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

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

Considerações finais

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

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

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

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

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

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

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

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

Agradecimentos

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

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

Colaboradoras

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

Referências

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

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

4. Brasil. Presidência da República. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 5 Dez 2007. [acesso em 2022 fev 3]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm.
5. Brasil. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. Caderno do Gestor do PSE. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015. [acesso em 2022 fev 3]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_gestor_pse.pdf.
6. Akerman M, Franco de Sá R, Moyses S, et al. Intersectorialidade? Intersetorialidade! Ciênc. Saúde Colet. 2014 [acesso em 2022 fev 3]; 19(11):4291-4300. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/LnRqYzQZ63Hr5G4Hb7WPQLD/?lang=pt>.
7. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 4. ed. Porto Alegre: Bookman; 2010.
8. Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. Ciênc. Saúde Colet. 2012 [acesso em 2022 fev 3]; 17(3):621-626. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>.
9. Belo Horizonte. Prefeitura, Secretaria Municipal de Educação; Secretaria Municipal de Saúde. Manual Operacional do Programa Saúde na Escola (PSE). Belo Horizonte: s.n.; 2014.
10. Champagne F, Brousselle A, Hartz Z, et al. Modelizar as Intervenções. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, et al., editores. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. p. 61-74.
11. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009. (Cadernos de Atenção Básica; n. 24). [acesso em 2022 fev 3]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_24.pdf.
12. Brasil. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. Manual Institutivo do Programa Saúde na Escola. Brasília, DF: MS; 2013. [acesso em 2022 fev 3]. Disponível em: http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/19_06_2013_16.21.18.880166244cb983df2c85e0bcc746a73b.pdf.
13. Hartz ZMA. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais. Ciênc. Saúde Colet. 1999 [acesso em 2022 fev 3]; 4(2):341-353. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/gwZSxVfbmgQ8zp5p5CyLRwz/?lang=pt>.
14. Becker D, Edmundo K, Nunes NR, et al. Empowerment e avaliação participativa em um programa de desenvolvimento local e promoção da saúde. Ciênc. Saúde Colet. 2004 [acesso em 2022 fev 3]; 9(3):655-667. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/yyxGNqTLfTgcwSg9pcdYvD/?lang=pt>.
15. Deslandes SF, Mendes CHF, Pires TO, et al. Use of the Nominal Group Technique and the Delphi Method to draw up evaluation indicators for strategies to deal with violence against children and adolescents in Brazil. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. 2010 [acesso em 2022 fev 3]; 10(supl1):s29-s37. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/dyct3VC3RWxr-6LH9Nz9dvnB/abstract/?lang=pt>.
16. Silva DS, Ávila MA, Borges CNF. Ações intersectoriais no planejamento político em esporte, lazer, cultura e turismo na gestão municipal de Ilhéus-Ba. Licere. 2012; 15(1):1-40.
17. Silva KL, Rodrigues AT. Ações intersectoriais para promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: experiências, desafios e possibilidades. Rev. Bras. Enferm. 2010 [acesso em 2022 fev 3]; 63(5):762-769. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/FqzM4D-9v75DcPdNrRZJ7NxP/abstract/?lang=pt>.
18. Moretti AC, Teixeira FF, Suss FMB, et al. Intersectorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba (PR). Ciênc. Saúde Colet. 2010 [acesso em 2022 fev 3]; 15(supl1):1827-1834. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/JGYgjZypv9L8dZrPFWzvbvm/?lang=pt>.

19. Pinto BK, Soares DC, Cecagno D, et al. Promoção da saúde e intersetorialidade: um processo em construção. *REME Rev. Min. Enferm.* 2012 [acesso em 2022 fev 3]; 16(4):487-493. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/552>.
20. Magalhães R, Bodstein R. Avaliação de iniciativas e programas intersetoriais em saúde: desafios e aprendizados. *Ciênc. Saúde Colet.* 2009 [acesso em 2022 fev 3]; 14(3):861-868. Disponível: <https://www.scielo.br/j/csc/a/PQrjf759CPwVXzQcbLSq67S/?lang=pt>.
21. Penso MA, Rodrigues Brasil KCT, Arrais AR, et al. A relação entre saúde e escola: percepções dos profissionais que trabalham com adolescentes na atenção primária à saúde no Distrito Federal. *Saúde Soc.* 2013 [acesso em 2022 fev 3]; 22(2):542-553. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/HqsZ9KWgXNRXncJZ5kw6RMh/?lang=pt>.
22. Dias MSA, Parente JRF, Vasconcelos MIO, et al. Intersetorialidade e Estratégia Saúde da Família: tudo ou quase nada a ver? *Ciênc. Saúde Colet.* 2014 [acesso em 2022 fev 3]; 19(11):4371-4382. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/crwbjGhzHJ3vvR-N3RDYchRB/abstract/?lang=pt>.
23. Gallo E, Setti AFF. Território, intersetorialidade e escalas: requisitos para a efetividade dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. *Ciênc. Saúde Colet.* 2014 [acesso em 2022 fev 3]; 19(11):4383-4396. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/nBgVDbF-tM6cT8mRXPBGrsnC/abstract/?lang=pt>.
24. Ferro LF, Silva EC, Zimmermann AB, et al. Interdisciplinaridade e intersetorialidade na Estratégia Saúde da Família e no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: potencialidades e desafios. *Mundo saúde.* 2014 [acesso em 2022 fev 3]; 38(2):129-138. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta/portal/resource/pt/mis-36869>.
25. Sousa MC, Esperidião MA, Medina MG. A intersetorialidade no Programa Saúde na Escola: avaliação do processo político-gereencial e das práticas de trabalho. *Ciênc. Saúde Colet.* 2017 [acesso em 2022 fev 3]; 22(6):1781-1790. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/nGRj8mdvwwZHvy6G76MrjfJ/?lang=pt>.
26. Figueiredo TAM, Machado VLT, Abreu MMS. A saúde na escola: um breve resgate histórico. *Ciênc. Saúde Colet.* 2010 [acesso em 2022 fev 3]; 15(2):397-402. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/XK3j9btfm6xTzQsRYCBgWgr/?lang=pt>.
27. Cavalcanti AD, Cordeiro JC. As ações intersetoriais na Estratégia de Saúde da Família: um estudo da representação do conceito de saúde e de suas práticas na Atenção Básica. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2015 [acesso em 2022 fev 3]; 10(37):1-9. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1059>.
28. Lotta G, Favareto A. Desafios da integração nos novos arranjos institucionais de políticas públicas no Brasil. *Rev Sociol Polít.* 2016 [acesso em 2022 fev 3]; 24(57):49-65. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsocp/a/6PNRfxr9CBqBMBHK58b6Hx/?lang=pt>.
29. Higa EFR, Bertolin FH, Maringolo LF, et al. A intersetorialidade como estratégia para promoção da saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. *Interface (Botucatu).* 2015 [acesso em 2022 fev 3]; 19(supl1):879-891. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/8RQXLnVkvCYjpDH6jbB3CGs/?lang=pt>.
30. Soares CJ, Santos PHS, Nery AA, et al. Percepção de enfermeiras da Estratégia de Saúde da Família sobre o Programa Saúde na Escola. *Rev. Enferm UFPE online.* 2016 [acesso em 2022 fev 3]; 10(12):4487-4493. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11514/13397>.
31. Spiegel J, Alegret M, Clair V, et al. Intersectoral action for health at a municipal level in Cuba. *Int J Public Health.* 2012 [acesso em 2022 fev 3]; 57:15-23. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00038-011-0279-z>.
32. Aciole GG. Falta um pacto na Saúde: elementos para a construção de um Pacto Ético-Político entre gestores e trabalhadores do SUS. *Saúde debate.* 2012 [acesso

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

Recebido em 03/03/2022

Aprovado em 26/09/2022

Conflito de interesses: inexistente

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