

Programa Saúde na Escola na visão de gestores, em cinco municípios do Oeste Paranaense, Brasil

Gilson Fernandes da Silva^{1,2}, Rosa Maria Rodrigues^{3,4}, Solange de Fátima Reis Conterno^{3,4}, Claudia Silveira Viera^{3,4}

¹Escola de Saúde Pública Municipal, Secretaria Municipal de Saúde de Cascavel (SESAU) – Cascavel (PR), Brasil

²Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Secretaria Municipal de Saúde (SMS) – Cascavel (PR), Brasil

³Curso de Enfermagem, Universidade Estadual do Oeste do Paraná UNIOESTE – Cascavel (PR), Brasil

⁴Programa de Mestrado Interdisciplinar de Biociências e Saúde, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, UNIOESTE – Cascavel (PR), Brasil

RESUMO

Introdução: Na escola, a educação e a saúde devem se relacionar para implementar ações favoráveis à promoção da saúde, de forma que o Programa Saúde na Escola (PSE) efetiva-se como política intersetorial. Questiona-se a respeito da visão de gestores em relação à implantação do Programa em municípios da 10ª Regional de Saúde/PR e do NRE de Cascavel/PR. **Objetivo:** Analisar a compreensão dos gestores acerca da implantação e desenvolvimento do Programa Saúde na Escola. **Métodos:** Trata-se de estudo exploratório de abordagem qualitativa, com dados extraídos de entrevistas com gestores de cinco municípios da região Oeste Paranaense, que integram a 10ª Regional de Saúde e o Núcleo Regional de Educação de Cascavel/PR; que fizeram adesão ao Programa Saúde na Escola e o implantaram até o ano de 2012. Participaram quinze gestores (oito da área da saúde e sete da educação), entrevistados nos meses de julho, agosto e setembro de 2015. Os dados foram sistematizados e fundamentados conforme a análise de conteúdo temática. **Resultados:** Sistematizou-se a temática “A percepção dos gestores acerca da implantação do PSE”, que se desdobrou nas subtemáticas: motivações para adesão, planejamento, avaliação e monitoramento, ações desenvolvidas, intersetorialidade observada e recursos financeiros. **Conclusão:** O PSE está implantado nos municípios estudados, porém, com estágios diferenciados, mas desenvolvendo ações que visam à sua integralidade. A intersetorialidade tornou-se estratégia importante para o desenvolvimento de ações pertinentes à saúde e educação. O programa carece de fortalecer as ações de promoção da saúde e formação dos sujeitos envolvidos.

Palavras-chave: Saúde Pública; colaboração intersetorial; educação; promoção da saúde.

INTRODUÇÃO

A relação saúde-educação, quando tratada na escola, toma contornos peculiares delimitando um ambiente em que os profissionais de saúde e educação devem se encontrar e, para o qual políticas específicas devem ser propostas e implementadas.

Nessa perspectiva, o Programa Saúde na Escola (PSE), do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, busca desenvolver políticas intersetoriais com vistas à melhoria

Como citar este artigo: Silva *et al.* Health in Schools Program in the view of managers in five towns of the Western Paraná, Brazil. ABCS Health Sci. 2022;47:e022225 <https://doi.org/10.7322/abcshs.2020203.2120>

Recebido: 29 Out 2020
Revisado: 12 Mar 2021
Aprovado: 02 Mai 2021

Autor para correspondência: Gilson Fernandes da Silva - Secretária Municipal de Saúde de Cascavel – Escola de Saúde Pública Municipal - Rua Pernambuco, 1.900 – Centro - CEP: 85.810-021 – Cascavel (PR), Brasil -
E-mail: gilson_enfermeiro@hotmail.com

Declaração de interesses: nada a declarar



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos de uma licença Creative Commons Attribution
© 2022 Os autores

da qualidade de vida da população brasileira¹. Assim, o PSE possibilita espaço para a realização de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, frente às vulnerabilidades de crianças e adolescentes que podem causar interferências em seu desenvolvimento adequado². Brito *et al.*³ complementam que esse programa pautado na integralidade pode contribuir para a melhoria da saúde dos escolares.

Para tanto, a integralidade assumida na atitude profissional, deve proporcionar a integração de serviços para além da saúde, de forma a garantir o cuidado do sujeito com base em ações interseoriais⁴. A intersectorialidade em saúde integra planos e programas nacionais e internacionais, para articular saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação, que visam alcançar soluções a problemas relacionados à saúde e à equidade na saúde⁵.

Nesse cenário intersectorial, o espaço escolar tem sido apontado como ambiente favorável para a realização de programas de educação em saúde².

Assim, o PSE contribui para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde⁶. Desse modo, emerge, como questionamento neste estudo: qual a visão dos gestores do PSE em relação à implantação do referido programa em municípios que primeiro aderiram à proposta na Décima Regional de Saúde/PR e no Núcleo Regional de Educação de Cascavel/PR? Pressupõe-se que os gestores tenham sido preparados para desenvolver o programa e que as ações desenvolvidas estão alicerçadas na intersectorialidade, integralidade e na promoção da saúde dos escolares.

Para tanto, o objetivo do estudo foi analisar a compreensão dos gestores acerca da implantação e desenvolvimento do Programa Saúde na Escola.

MÉTODOS

Realizou-se estudo de abordagem qualitativa exploratória; optou-se por esse tipo de abordagem pela possibilidade de reflexividade nas discussões em torno de um determinado fenômeno escolhido pelo pesquisador⁷. Para tanto, teve, como cenário, cinco municípios da região Oeste do Paraná e que implantaram o PSE, antes do ano de 2012.

A pesquisa foi realizada em um contexto intersectorial, envolvendo gestores municipais de saúde e educação que atuavam na gestão do PSE. A coleta dos dados teve como critérios de inclusão que o município tivesse aderido ao PSE, até o ano de 2012. E, como critério de exclusão, municípios que aderiram ao programa após o ano de 2012. Participaram do estudo 15 gestores, dos quais oito (53,3%) são gestores da saúde e sete (46,7%) da educação.

As entrevistas foram orientadas por roteiros semiestruturados, contemplando dois eixos temáticos correlacionáveis: identificação dos sujeitos, a implantação e desenvolvimento do PSE, sendo composta por questões abertas e fechadas, que reproduziam as

orientações para o desenvolvimento do programa expressas no caderno passo a passo do PSE⁸.

A coleta de dados ocorreu nos meses de julho a setembro de 2015 e as entrevistas foram gravadas e transcritas integralmente, submetidas à análise de conteúdo, sistematizadas e organizadas em unidades temáticas. As falas dos sujeitos estão identificadas pelas siglas GS ou GE, alusivas a Gestor da Saúde ou Gestor da Educação.

A técnica de análise de conteúdo, proposta por Minayo, foi escolhida para tratamento dos dados em suas três etapas: a pré-análise, a exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação a partir dos fundamentos teóricos construídos inicialmente⁹.

O estudo foi desenvolvido segundo as diretrizes da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012¹⁰, aprovado pelo Parecer CEP nº 1.134.653, em 25/06/2015.

RESULTADOS

Dentre os 15 participantes, a formação dos gestores da saúde era em Enfermagem 3 (37,5%), Psicologia 1 (12,5%), Nutrição 2 (25%), Administração 1 (12,5%) e Nível Médio 1 (12,5%). Os da educação eram formados em Pedagogia 3 (42,85%), Nutrição 2 (28,57%), Matemática 1 (14,29%) e Letras/Inglês 1 (14,29%). O tempo de atuação dos gestores da saúde variou entre um e nove anos; para os da educação, foram de dois a dez anos.

Pode-se visualizar, esquematicamente, na Figura 1, a construção das temáticas emergentes, cuja abordagem central foi a percepção dos gestores acerca da implantação do PSE.

A implantação do PSE foi suscitada pela gestão regional do Sistema Único de Saúde (SUS). Como mencionam os gestores, no que se refere as *demandas para adesão*:

“[...] a Regional que chamou para essa discussão [...]” (GS2).

“[...] a regional apresentou o programa [...] passaram para os municípios todos os programas que vem do governo [...]” (GS7).

Dentre as motivações dos gestores para a implantação do PSE, atuar na saúde dos escolares seria uma forma de estabelecer *diagnósticos precoces e, por conseguinte interferir positivamente no processo ensino-aprendizagem*.

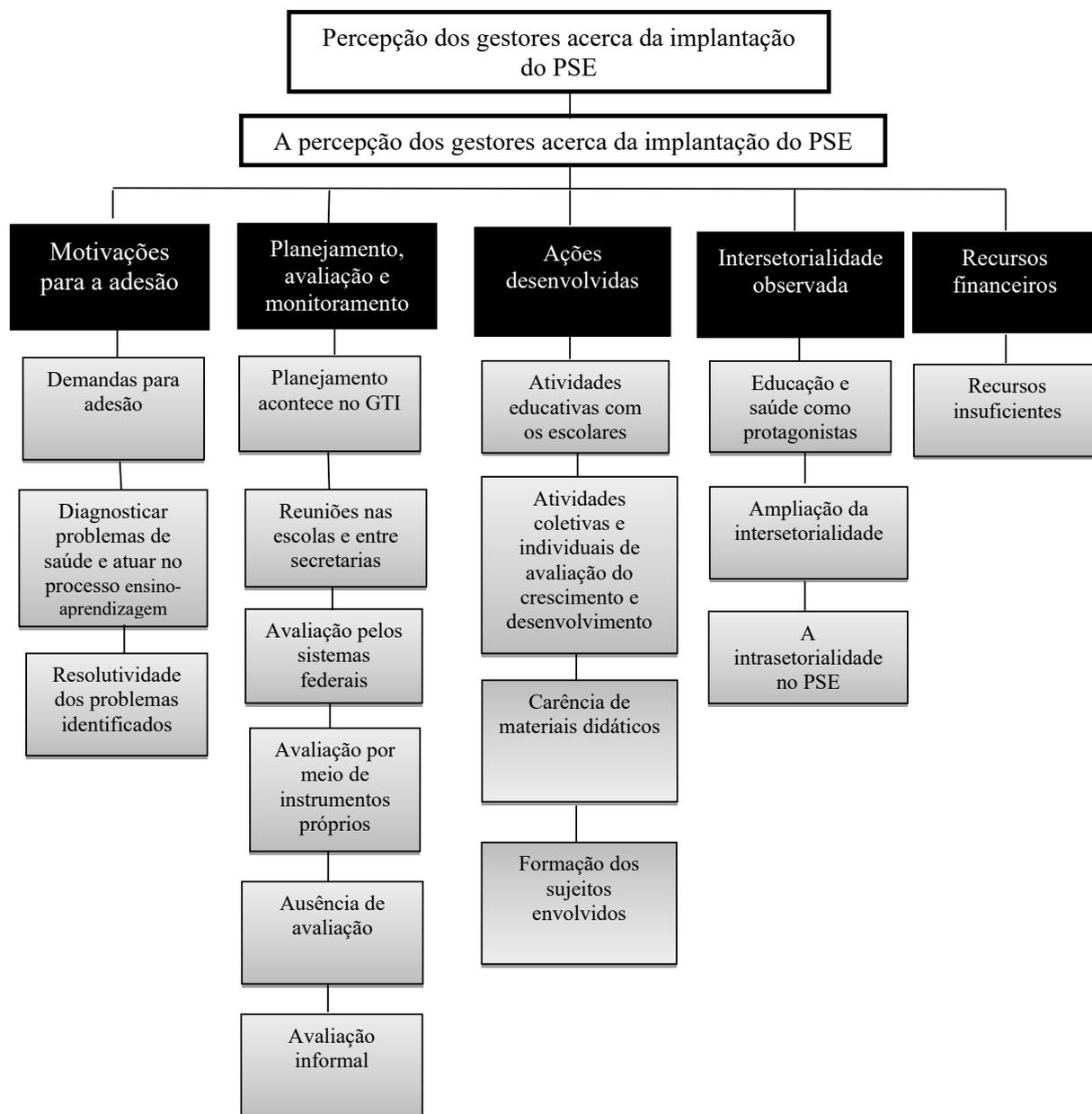
“[...] na escola, a importância dele [PSE] é estar buscando os problemas, tanto visual, auditivo ou outros problemas [...]” (GS1).

“[...] também melhoraria o processo de ensino aprendizagem [...] a maioria das crianças em que foi feita essa triagem foi no Oftalmologista [of-talmologista] e melhorou muito na questão da alfabetização” (GE2).

Apreende-se que a *resolutividade dos problemas identificados* se pauta na atuação do programa nas questões biológicas.

As condições que afetam o crescimento e o desenvolvimento das crianças, foram atestadas em suas falas:

“[...] encontrando barreiras em alguns profissionais porque a gente fazia parte lá no colégio aí detectava o problema no aluno e não conseguia encaminhar [...]” (GS5).



Legenda: Tema central , Temáticas: , Sub Temáticas: .

Figura 1: Temáticas emergentes no estudo. Cascavel/PR, 2016

“[...] não foi assim investido nada, a gente foi inserindo dentro da rede SUS todo esse pessoal identificado nas escolas” (GS2).

O planejamento, a avaliação e o monitoramento do PSE, deve acontecer nos Grupos de Trabalho Intersetoriais (GTI)⁸. Identificou-se que o GTI está presente na quase totalidade dos municípios estudados e as ações a serem desenvolvidas envolve, o *planejamento no GTI*.

“Através do grupo intersetorial são planejadas as reuniões, são elencadas as ações e são desenvolvidas estratégias para serem realizadas” (GE5).

“[...] A demanda sai do GTI [...] faz o GTI e vê o que a gente vai trabalhar [...]” (GS7).

A avaliação, planejamento e controle, por vezes, acontece nos espaços coletivos de discussão, como nas *reuniões nas escolas e entre secretarias*:

“[...] A secretaria de saúde [...] secretaria de educação [...] a cada dois meses, fazemos o planejamento [...]” (GS6).

“[...] foi através de reunião mesmo com os representantes de cada secretaria para gente determinar quais temas a ser trabalhados [...]” (GE4).

Quanto à avaliação, os gestores remetem ao preenchimento dos dados exigidos pelo e-SUS e pelo Sistema Integrado de Monitoramento Execução e Controle do Ministério da Saúde (SIMEC), que são *avaliações dos sistemas federais*.

[...] “Nós temos aquele monitoramento do PSE que é feito por meio do e-SUS [Sistema *online* de registro de dados do Sistema Único de Saúde]. Então existe esse monitoramento externo” (GS2).

“Por meio do programa do SIMEC, do e-SUS, e do programa do município mesmo que a gente tem. Registra as reuniões” (GS4).

Identificaram-se municípios que ultrapassaram os registros oficiais, bem como criaram *instrumentos próprios de avaliação* e acompanhamento do programa, desde fichas de avaliação individual até planilhas com os dados coletados.

“O próprio GTI elaborou os instrumentos porque no início ninguém sabia dar muito norte [...]. Então nós começamos a montar nossos instrumentos” (GS6).

Em alguns casos, observou-se a *ausência da avaliação*, como se vê: “[...] Não. Escrito assim não, nenhum documento oficial não. Acompanha as ações no dia a dia, a gente acompanha os resultados. É até uma ideia a elaboração de um instrumento” (GS7).

No que tange às atividades desenvolvidas, identificou-se a realização de *atividades educativas com os escolares*, voltadas para a educação para a saúde, em especial, as palestras.

[...] fizemos palestra em todas as escolas sobre DST, gravidez na adolescência, foram reuniões coletivas nas escolas” (GS3).

Identificaram-se as *ações coletivas e individuais de avaliação do crescimento e desenvolvimento*, como a mais lembrada:

“Em 2013 contratamos fonoaudiólogo para avaliar todos os alunos da pré-escola, daí a educação infantil fazer avaliação, exame de visão, acuidade [...]” (GE4).

“Em relação a nossa parte que seria a avaliação nutricional, a gente começou fazendo levantamento de dados, nós fizemos a pesagem de todos os alunos [...], aí a gente constatou o quê? Que 30% das nossas crianças estão obesas, acima do peso, na verdade foi assustador” (GS8).

É marcante o aspecto biológico da saúde do escolar, talvez, por ser a mais objetiva dentre as ações do programa.

Sobre o envio de *materiais didáticos pedagógicos* para o desenvolvimento das ações educativas nas escolas, o que se identificou, na fala dos gestores, foi:

[...] não vi não. Até agora não chegou material específico pra isso não [...]” (GE1). “[...] não [...]” (GS1).

[...] não. O que foi possível foi realizado com recursos próprios do município [...]” (GE2). “[...] dinheiro do próprio município [...]” (GS2).

Além disso, as atividades de *formação dos sujeitos envolvidos* foram as menos frequentes: “[...] o que surtiu bastante resultado foi quando nós fizemos capacitação com os professores e com toda a equipe da escola” (GS7).

[...] a gente fez uma capacitação para todos os funcionários da escola, nós fizemos um trabalho com todos os pais, com os funcionários” (GS8).

Os gestores reconhecem que o programa contribuiu para o fortalecimento da intersetorialidade, por meio do diálogo necessário entre as diferentes secretarias. Identificou-se a *educação e saúde como protagonistas*:

[...] a relação entre as duas secretarias em relação ao PSE cresceu bastante [...] as duas equipes se afinaram, se fortaleceram” (GE5).

[...] essa união entre as secretarias, que foi muito legal” (GS8).

A intersetorialidade é mais evidente entre as secretarias de saúde e educação, mas percebeu-se que tal fator precisava extrapolar, buscando a *ampliação da intersetorialidade*.

[...] na verdade não é só a questão do PSE, porque sempre tem lá um paciente que às vezes vai procurar a Assistência Social vai procurar a Saúde, a Secretaria de Educação, trabalha bastante em parceria” (GS5).

“A gente levou em consideração o trabalho em rede, mas a Assistência Social nos ajudou bastante nas questões [...]. Então nós nos reunimos para que em cima de um determinado problema a gente pudesse ver a melhor forma de ajudar” (GE2).

Expressam que há dificuldades no próprio setor da educação, quando outros níveis educacionais não estão tão aproximados das questões discutidas na educação municipal, tensionando a *intra-setorialidade no PSE*. Essa condição, por certo, apresenta tensões à execução de ações protagonizadas pela gestão municipal, como é o caso do PSE.

[...] ainda tem escola que sempre tem aquele Diretor, nós temos a maior dificuldade junto aos Diretores das escolas estaduais do espaço rural, esses nós temos mais dificuldades até o nosso contato com eles [...]” (GE6).

O desenvolvimento de programas requer aporte de recursos que estavam previstos para o PSE, mas os gestores consideravam que não conseguiam atender às demandas desencadeadas, o que fez emergir a subtemática: *os recursos são insuficientes*.

“Não. Tudo que a gente conseguiu para fazer acuidade visual foi com recursos do município” (GE2).

“O Ministério da Saúde está deixando a desejar nós precisamos daquele recurso que consta em portaria” (GS6).

DISCUSSÃO

A implementação de programas, especialmente os que envolvem múltiplos setores, requer preparo e articulação, de forma que tenham maior possibilidade de êxito. Observa-se que a adesão foi posta sem diálogo entre todos os interessados, o que pode indicar dificuldades de articulação entre diferentes setores.

Nesse sentido, a implantação e implementação de programas de saúde pública são complexos nos três setores administrativos

(município, estado e governo federal), desafiando o seu desenvolvimento nos ambientes escolares¹¹.

Outro aspecto primordial para a efetivação do PSE é a união e a participação efetiva de gestores, profissionais das equipes de Saúde e da Educação, da comunidade escolar no enfrentamento das deficiências específicas, percebidas em cada local, considerando as necessidades individuais e coletivas¹².

Essa dificuldade entre os diferentes setores na adesão e implantação do PSE expõe que há uma tendência de que sejam centralizados no Ministério da Saúde, desde o financiamento até os processos de adesão pelos municípios, o que pode dificultar a efetividade de seu principal elemento, que é a intersetorialidade.

Assim a intersetorialidade é um incremento, que permite a abordagem mais ampla pelos profissionais da saúde e da educação, somam-se fazeres, conhecimentos, a fim de extrapolar suas habilidades de abordar problemas e discussão temática na educação para a saúde de forma clara^{13,14}. A intersetorialidade entre saúde e educação tem sido destacada por pesquisadores de ambas as áreas, assim, os profissionais conseguem desenvolver metodologias relevantes e direcionar abordagem significativa a usuários de instituições de saúde e ensino¹⁵.

Quando os gestores ressaltam os atendimentos desencadeados pelo PSE, chama a atenção que esses escolares estariam desassistidos pela Atenção Básica, sendo identificados pela atuação do programa. Assim, a resolutividade, proposta pela Política Nacional de Atenção Básica, é responsável pela resolução desses problemas, mesmo que isso demande a referência a outros pontos de atenção do sistema de saúde¹⁶.

Identificou-se diferentes estágios de monitoramento e avaliação do programa, condição para avançar qualquer proposta assistencial. O acompanhamento permanente feito pelo gestor permite a delimitação de seus territórios, diagnóstico situacional com base nos determinantes sociais no cenário epidemiológico¹⁷.

A coordenação do PSE por meio dos Grupos de Trabalho Intersetoriais (GTIs) é centrada na gestão compartilhada, em uma construção em que tanto o planejamento quanto a execução das ações são realizadas coletivamente¹.

Nos municípios estudados, a composição do GTI apresentou, como participantes, oito (53,33%) gestores da secretaria de saúde, sete (46,67%) gestores da secretaria de educação, oito (53,33%) representantes da secretaria de saúde, oito (53,33%) representantes da secretaria de educação; outros profissionais foram citados nas entrevistas, compondo os GTI como: três (20%) assistentes sociais, duas (13,33%) psicólogas, duas (13,33%) pedagogas, três (20%) dentistas, duas (13,33%) fonoaudiólogas, duas (13,33%) psicopedagogas, 01 (6,66%) nutricionista, quatro (26,66%) secretárias de assistência social, uma (6,66%) enfermeira, duas (13,33%) secretárias de esportes e um (6,66%) educador físico.

Evidencia-se, neste estudo, que a composição do GTI propicia a articulação intersetorial das redes públicas de Saúde e de Educação,

e demais redes sociais para o planejamento e desenvolvimento das ações do PSE, as quais favorecem uma gestão compartilhada.

A produção e registro dos dados têm sido um dos entraves do PSE para seu monitoramento e controle. Os sistemas de informação disponíveis não “possibilitavam a identificação de atendimentos nas escolas [...]”. Diante de um cenário em que as informações sobre as ações de saúde do escolar figuravam como um desafio para a gestão do programa, seja por sua insuficiência (a rede básica de saúde não adotava ainda o e-SUS/AB, com dificuldade de obtenção de informações sobre as ações do Componente I), ou pela demora em obtê-la (os dados do Simec somente eram consolidados uma única vez ao ano)¹⁸.

Diante disso, corrobora-se o estudo desenvolvido por Chiari *et al.*⁶, em que o monitoramento e a avaliação das ações do PSE eram realizados por meio de instrumentos municipais, elaborados pela gestão, a partir das atividades realizadas pelas equipes de saúde.

A abordagem da promoção da saúde, um dos fundamentos do programa, parece ser um desafio para a construção do PSE.

As ações de saúde escolar ganharam notoriedade a partir do ano de 1889, com situações sanitaristas, consideradas as precárias condições de vida da sociedade, associadas à ausência de um sistema de saúde pública e à presença de epidemias. Somente a partir da década de 1950, os programas foram direcionados à saúde, na escola, com as ações voltadas às questões biológicas das problemáticas relacionadas à educação¹⁹.

Atualmente, a temática da saúde na escola recebe importante atenção de diversos organismos internacionais, em especial, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO), o que confirma sua relevância em âmbito mundial²⁰.

Ainda, há de se considerar que, nas últimas quatro décadas, a temática saúde começou a ser incorporada mais fortemente ao âmbito escolar e apontam para importantes avanços e mudanças na compreensão da saúde, a partir da incorporação de seus determinantes sociais, da ideia de direito à saúde e da incorporação da dimensão coletiva aos objetivos da educação para a saúde²¹.

Outra frente de atuação do programa são as ações educativas, presentes no componente II. Elas podem ter sido prejudicadas pela inexistência de materiais que deveriam ser produzidos e destinados ao programa. Há falta constante de materiais para a execução das ações do PSE; os materiais clínicos e didáticos, que deveriam ser fornecidos pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC), não foram recebidos e os profissionais não são consultados sobre a necessidade de materiais para o desenvolvimento das ações do programa²².

A necessidade desses recursos também foi identificada em estudo sobre uma intervenção de saúde escolar, realizado nos Estados Unidos da América, para que as ações pudessem continuar sendo executadas²³.

Outra dificuldade, foi a escassez de pessoal especializado no setor saúde para atuar no desenvolvimento das ações. Esse achado corrobora o estudo feito por Moraes *et al.*²⁴, que aponta a falta de recursos humanos e a ausência de materiais didáticos com linguagem e características específicas para a abordagem com esse público.

Assim é fundamental, além da capacitação permanente para os profissionais, que atuam na escola, a contratação de profissionais de diversas formações, com perfil e competência para as ações de promoção da saúde²⁵.

Nas questões de saúde dos escolares, destacaram-se os diagnósticos nutricionais e avaliações da visão e audição, que fazem parte do componente I. A obesidade e o sobrepeso têm se colocado como problema comum no ambiente escolar, contrapondo-se à desnutrição. Considerada uma epidemia mundial, requer a adoção de medidas preventivas, que possam reduzir os índices de sobrepeso e obesidade infantil e devem ser intensificadas, tanto no sistema de saúde público quanto nos espaços escolares²⁶. Assim, identificá-la pode ajudar a estabelecer medidas de promoção da saúde e de prevenção.

Por outro lado, essa constatação pode refletir a fragilidade da Atenção Básica, que deveria, mesmo fora do ambiente escolar, ter mapeado, sob cuidado, a população adscrita, uma vez que, se eficiente, poderia resolver a maioria dos problemas de saúde em todas as etapas do ciclo vital, dificultando o exercício da integralidade²⁷.

Assim, o estudo, desenvolvido na região Nordeste do Brasil, identificou que a presença do nutricionista na Atenção Básica à Saúde se faz importante para resolução de problemas voltados para alimentação e nutrição na escola, tendo em vista a garantia da segurança alimentar e nutricional²⁸.

A escola é um ambiente de reflexão e formação de futuros cidadãos, sendo considerada como um dos espaços em que se pode atuar na promoção da saúde, nutrição e prevenção de agravos, contribuindo para a formação integral do indivíduo²².

Esperava-se que a implantação do programa fosse acompanhada da formação dos atores que o desenvolveriam.

Estudo identificou que profissionais de saúde e educação, envolvidos no desenvolvimento das ações do PSE, expressaram que a formação para atuar no programa era mínima e consideraram que essa falha dificulta o desenvolvimento das ações e a obtenção de resultados satisfatórios²⁹.

Em estudos semelhantes, realizadas por Medeiros e Pinto³⁰, no Rio Grande do Norte, e por Farias *et al.*¹³, em Pernambuco, foram evidenciadas as mesmas dificuldades nos resultados. Para a implementação das ações previstas no PSE, são essenciais os processos de formação inicial e continuada dos profissionais, devendo estar atentos para ações intersetoriais e interdisciplinares¹¹.

Assim, a realização de processos de formação por meio da educação permanente dos profissionais, constitui uma opção viável

para tornar as ações educativas mais adequadas às necessidades da população².

O processo de formação dos gestores e das equipes, deve ser compromisso dos três setores de governo, a ser trabalhado de forma contínua e permanente, com vistas à integralidade¹.

A intersetorialidade é outra dimensão basilar do PSE, pois deve articular os diferentes setores envolvidos no desenvolvimento das ações do programa, e exige, a inclusão na prática diária dos profissionais, possibilitando a construção de saberes dialógicos, além de produzir saúde nos espaços escolares de maneira eficaz³¹.

A intersetorialidade é mais bem compreendida entre os membros do setor de saúde. No setor de educação, é compreendido com certa estranheza; atribuem à noção de parceria, apontando para a necessidade do trabalho em rede diante da complexidade dos problemas sociais existentes²². Esse fato reforça fragilidades na implementação do programa, expondo que ele não foi amplamente discutido, o que fortaleceria a intersetorialidade.

Para o desenvolvimento do PSE, a intersetorialidade deve ser trabalhada de forma que as ações do programa não se configurem apenas como ações específicas da saúde ou da educação, mas possibilitem formar um espaço integrado, participativo e em transformação, sob a perspectiva da Promoção da Saúde².

É importante destacar que a intersetorialidade e estratégias para o seu desenvolvimento exigem a expansão e envolvimento para além dos setores de educação e saúde. Assim, o estabelecimento de parcerias com outros pontos da rede de serviços, constitui-se em fortalecimento do programa³².

Outro aspecto a tensionar a intersetorialidade foi a inexistência de momentos coletivos de avaliação, como identificado na prática de alguns municípios que não possuem avaliação sistematizada do programa.

Os recursos para o programa foram lembrados como problemáticos. Salientam os gestores que, na primeira versão do programa, quando os recursos foram repassados integralmente, no momento da pactuação das ações³³, o programa alcançou bons resultados; a partir do repasse de 20%, quando da pactuação, com o restante após a realização das ações³⁴, isso ocasionou dificuldades para a realização programa.

O programa implementou ações voltadas para a avaliação do crescimento e desenvolvimento dos escolares que identificaram problemas, os quais demandam do gestor a programação de ações para sua resolutividade.

Conclusão

A implantação do PSE, nos municípios estudados, seguiu as diretrizes estabelecidas pelo Decreto Presidencial, e a articulação intersetorial, no processo de implementação do PSE, é uma prática vivenciada, e outras secretarias compuseram as ações intersetoriais, organizadas pelo Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal.

Embora em relação à avaliação e monitoramento do programa, evidenciou-se fragilidades, os municípios elaboraram instrumentos próprios, considerada a inexistência de instrumentos disponibilizados pelo Ministério da Saúde e Educação.

Identificou-se que houve a implementação de atividades educativas coletivas e individuais, e as relativas à avaliação do crescimento, assim, ações de promoção da saúde não despontam claramente dentre as que se implementaram, constituindo-se em desafio para o programa.

Sobre o processo de formação dos gestores e das equipes que atuam no desenvolvimento das ações do programa, constatou-se,

que é preciso pensar em melhorias de aperfeiçoamento para alcance dos objetivos do programa.

Conclui-se que o PSE, embora apresente algumas dificuldades estruturais e gerenciais está implantado nos municípios estudados, porém, com estágios diferenciados, mas desenvolvendo as ações com vistas a garantir a integralidade da assistência, de forma que a intersetorialidade se tornou uma estratégia importante pelo desenvolvimento de ações pertinentes à saúde e educação capaz de propiciar melhorias na qualidade de vida dos alunos que compõem as escolas.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno do Gestor do PSE. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
2. Diniz CBC, Feitosa AA, Coutinho BLM, Gomes SC, Sant'Anna AL, Araújo AF, et al. Adolescent nutrition monitoring the Health Program in School. *J Hum Growth Dev.* 2020;30(1):32-9. <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.v30.9961>
3. Brito MFSF, Pinho L, Brito AB, Messias RB, Pinho S, Oliveira AA, et al. Fatores associados ao estilo de vida de estudantes do ensino médio de escolas públicas. *Rev Gaucha Enferm.* 2019;40:e20180168. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180168>
4. Santos LA, Kind L. Integralidade, intersetorialidade e cuidado em saúde: caminhos para se enfrentar o suicídio. *Interface (Botucatu).* 2020;24:e190116. <https://doi.org/10.1590/interface.190116>
5. Dubois A, St-Pierre L, Veras M. A scoping review of definitions and frameworks of intersectoral action. *Cienc Saude Coletiva.* 2015; 20(10):2933-42. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152010.01222014>
6. Chiari APG, Ferreira RC, Akerman M, Amaral JHL, Machado KM, Senna MIB. Rede intersetorial do Programa Saúde na Escola: sujeitos, percepções e práticas. *Cad Saude Publica* 2018;34(5):e00104217. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00104217>
7. Ferreira AMD, Oliveira JLC, Souza VS, Camillo NRS, Medeiros M, Marcon SS, et al. Roteiro adaptado de análise de conteúdo – modalidade temática: relato de experiência. *J Nurs Health.* 2020;10(1):e20101001. <https://doi.org/10.15210/jonah.v10i1.14534>
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Educação. Passo a Passo do Programa Saúde na Escola (PSE) Tecendo caminhos da intersetorialidade. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
9. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
11. Pereira PLG, Pereira MD, Faria RGS, Cordeiro DR, Lanza FM, Viegas SMF. A implementação do programa saúde na escola em três municípios de Minas Gerais, Brasil. *Rev Enferm Centro Oeste Mineiro.* 2020;1010:e3566. <https://doi.org/10.19175/recom.v10i0.3566>
12. Viegas SMF, Penna CMM. As dimensões da integralidade no cuidado em saúde no cotidiano da Estratégia Saúde da Família no Vale do Jequitinhonha, MG, Brasil. *Interface.* 2015;19(55):1089-1100. <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0275>
13. Farias ICV, Sá RMPF, Figueiredo N, Menezes Filho A. Análise da Intersetorialidade no Programa Saúde na Escola. *Rev Bras Educ Med.* 2016;40(2):261-7. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v40n2e02642014>
14. Leite CT, Machado MFAS, Vieira RP, Marinho MNASB, Monteiro CFS. Programa de Saúde na Escola: Percepções dos professores. *Invest Educ Enferm.* 2015;33(2):280-7. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v33n2a10>
15. Jacob LMS, Melo MC, Sena RMC, Silva IJ, Mafetoni RR, Souza KCS. Ações educativas para promoção da saúde na escola: revisão integrativa. *Saude Pesqui.* 2019;12(2):419-26. <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2019v12n2p419-427>
16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
17. Machado MFAS, Gubert FA, Meyer APGFV, Sampaio YPCC, Dias MSA, Almeida AMB, et al. Programa Saúde na Escola: Estratégia promotora de saúde na atenção básica no Brasil. *J Hum Growth Dev.* 2015;25(3):307-12. <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.96709>
18. Paro CA, Arasa DIL, Nascimento IC, Fontenele RM, Nascimento AS, Kirzner S, et al. Inovações no registro de ações do PSE carioca e as suas contribuições para a melhoria da gestão do programa. *Rev Saude Redes.* 2016;2(Supl.1).
19. Couto AN, Kleinpaul WW, Borfe L, Vargas SC, Pohl HH, Krug SBF. O ambiente escolar e as ações de promoção da saúde. *Cinergis.* 2016;17(4 Supl.1):378-83. <http://dx.doi.org/10.17058/cinergis.v17i0.8150>
20. Carvalho FFB. A saúde vai à escola: a promoção da saúde em práticas pedagógicas. *Physis.* 2015;25(4):1207-27. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312015000400009>
21. Monteiro PHN, Bizzo N. A saúde na escola: análise dos documentos de referência nos quarenta anos de obrigatoriedade dos programas de saúde, 1971-2011. *Hist Cienc Saude-Manguinhos.* 2015;22(2):411-27. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702014005000028>

22. Sousa MC, Esperidião MA. Saúde na Escola: analisando os caminhos da Intersetorialidade. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Salvador: 2014.
23. Snelling A, Belson SI, Watts E, Malloy E, Dyke VH, George S, et al. Measuring the Implementation of a School Wellness Policy. *J Sch Health*. 2017;87(10):760-8. <http://doi.org/10.1111/josh.12548>
24. Moraes AC, Reis ACE, Rodrigues RM, Conterno SFR, Hernandez KP, Fungueto L, et al. Programa Saúde na Escola em instituições de educação básica estaduais e municipais. *Mundo Saude*. 2018;42(3):782-806. <http://doi.org/10.15343/0104-7809.20184203782806>
25. Mororó L. A influência da formação continuada na prática docente. *Educ Formação*. 2017;2(4):36-51. <https://doi.org/10.25053/edufor.v2i4.1961>
26. Castro GG, Santos NMF, Barbosa EVS, Amaral LCR, Queiroz FL, Faria KC. Sobrepeso e obesidade infantil: fatores predisponentes para alterações ortopédicas. *Fisioter Brasil*. 2017;18(4):426-32.
27. Silva MVS, Miranda GBN, Andrade MA. Sentidos atribuídos à integralidade: entre o que é preconizado e vivido na equipe multidisciplinar. *Interface (Botucatu)*. 2017;21(62):589-99. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0420>
28. Souza NP, Lira PIC, Andrade LASS, Cabral PC, Carvalho AT, Oliveira JS. O Programa Saúde na Escola e as ações de alimentação e nutrição: uma análise exploratória. *Rev APS*. 2015;18(3):360-7.
29. Marinho MNASB, Vieira NFC, Ferreira HS, Pequeno AMC, Sousa IC, Pereira AP, et al. Health in school program: from training processes to practice scenarios. *J Hum Growth Dev*. 2018;28(2):175-82. <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.147219>
30. Medeiros ER, Pinto ESG. Experience and professional training in the School Health Program. *Rev Esc Enferm. USP*. 2018;52:e03378. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2017048603378>
31. Silva CS, Bodstein RCA. Referencial teórico sobre práticas intersetoriais em Promoção da Saúde na Escola. *Cienc Saude Coletiva*. 2016;21(6):1777-88. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015216.08522016>
32. Martins MS, Almeida HFR, Ramos ASMB, Lemos M, Rocha FCG. Análise das ações intersetoriais no programa saúde na escola. *Rev Bras Educ Saude*. 2020;10(1):32-9. <https://doi.org/10.18378/rebes.v10i1.7364>
33. Brasil. Presidência da República. Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola – PSE, e dá outras providências. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm#:~:text=DECRETO%20N%C2%BA%206.286%2C%20DE%205,PSE%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%Aancias
34. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1.413, de 10 de julho de 2013. Redefine as regras e critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE) por Estados, Distrito Federal e Municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/pri1413_10_07_2013.html