



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA  
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Cristiane Costa Braga

PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: PERCEPÇÃO DOS ATORES ENVOLVIDOS  
EM UM MUNICÍPIO DO NORDESTE BRASILEIRO

João Pessoa  
2016

Cristiane Costa Braga

PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: PERCEPÇÃO DOS ATORES ENVOLVIDOS EM  
UM MUNICÍPIO DO NORDESTE BRASILEIRO

Trabalho de Conclusão de Mestrado  
apresentado à banca defesa do Mestrado  
Profissional em Saúde da Família, da Rede  
Nordeste de Formação em Saúde da  
Família, Universidade Federal da Paraíba.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Cláudia Helena  
Soares de Moraes Freitas

Área de Concentração: Saúde da Família

Linha de Pesquisa: Atenção e Gestão do  
Cuidado em Saúde

João Pessoa  
2016

B813p Braga, Cristiane Costa.  
Programa Saúde na Escola: percepção dos atores  
envolvidos em um município do nordeste brasileiro / Cristiane  
Costa Braga.- João Pessoa, 2016.  
79f.  
Orientadora: Cláudia Helena Soares de Moraes Freitas  
Trabalho de Conclusão (Mestrado) - UFPB/Rede Nordeste  
de Formação em Saúde da Família  
1. Saúde pública. 2. Saúde da família. 3. Ação intersetorial.  
4. Promoção de saúde. 5. Programas governamentais.  
6. Saúde escolar.

UFPB/BC

CDU: 614(043)

Cristiane Costa Braga

PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: PERCEPÇÃO DOS ATORES ENVOLVIDOS EM  
UM MUNICÍPIO DO NORDESTE BRASILEIRO

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca defesa do Mestrado  
Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da  
Família, Universidade Federal da Paraíba.



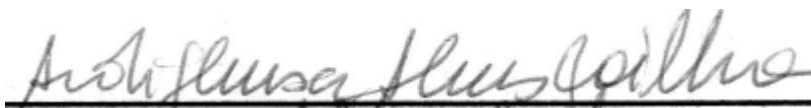
---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Cláudia Helena Soares de Moraes Freitas  
Universidade Federal da Paraíba (UFPB)  
Orientadora



---

Prof. Dr. Franklin Delano Soares Forte  
Universidade Federal da Paraíba (UFPB)  
Membro Interno



---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ardigleusa Alves Coelho  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)  
Membro Externo

Data da Aprovação: 21/10/2016

João Pessoa

## RESUMO

No contexto da saúde das crianças e adolescentes, surge o Programa Saúde na Escola (PSE), contribuindo para a formação integral dos estudantes da rede de educação básica pública através de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde. Este trabalho tem como objetivo compreender o PSE no Município de João Pessoa-PB. É um estudo exploratório com uma abordagem qualitativa. A amostra foi do tipo intencional composta pelos profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família que foram classificadas, na avaliação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) 2º Ciclo, quanto ao seu nível de qualidade em “muito acima da média” e pelos representantes do Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTI-M), totalizando 12 participantes. A técnica de coleta de dados foi a entrevista semi-estruturada. A análise dos dados foi realizada por meio da técnica de Análise de Conteúdo de Bardin. Foram definidas as seguintes categorias de análise: compreensão do Programa Saúde na Escola, percepção da intersetorialidade e do trabalho em equipe, planejamento e execução das ações, fragilidades e potencialidades do programa. Os resultados identificaram que os profissionais da saúde e gestores compreendem o PSE, entretanto, não percebem a potencialidade da intersetorialidade e do trabalho em equipe. O planejamento está sendo realizado por alguns setores de maneira desarticulada. Foram apontadas como fragilidades do programa, a participação incipiente dos professores, dos profissionais da medicina e dos pais dos escolares, bem como, a falta de material educativo no cumprimento das ações intersetoriais. Entretanto, tem como potencialidade a promoção do vínculo com os escolares, a realização de ações de avaliação e promoção da saúde e o favorecimento da integração ensino-serviço, proporcionando uma atenção à saúde de crianças e adolescentes do território adstrito. Conclui-se, portanto, que o PSE é importante na atenção à saúde dos escolares e que a sua implementação enfrenta desafios, necessitando do compromisso e co-responsabilização dos diversos atores envolvidos no processo, instigada pelos pressupostos da intersetorialidade e do trabalho em equipe, buscando a consolidação das ações do SUS às ações das redes de educação básica pública.

Palavras-chave: Ação Intersetorial; Promoção da Saúde; Programas governamentais; Saúde Escolar.

## ABSTRACT

In the context of children's and adolescent's health, the School Health Program (PSE) arises, contributing to the integral formation of students in public basic education network through promotion, prevention and health care. This study aims to understand the PSE in João Pessoa. It is an exploratory study with a qualitative approach. The sample was intentional made by the professionals of the Family Health Strategy that were classified in the evaluation of the National Program for Improving Access and Quality of Primary Care (PMAQ) 2nd cycle, as their quality level in "very above average" and the representatives of the Municipal Intersectoral Working Group (IWG-M), totaling 12 participants. The data collection technique was the semi-structured interview. Data analysis was performed using Bardin's content analysis technique. the following categories were defined: understanding of the School Health Program, perception of intersectionality and teamwork, planning and execution of actions, weaknesses and program's capabilities. The results found that health professionals and managers understand the PSE, however, do not realize the potential of intersectorality, cooperation and teamwork. The planning is being done by some sectors in a disjointed manner. They were identified as program weaknesses, the incipient participation of teachers, medical professionals and parents of school children, as well as the lack of educational materials in carrying out intersectoral action. However, it has the potential to promote the link with the school, conducting evaluation activities and health promotion and facilitating the teaching-service integration, providing health care to children and adolescents in the attached territory. It follows, therefore, that the PSE is important in health care of the school and its implementation faces challenges, requiring the commitment and co-responsibility of the various actors involved in the process instigated by the assumptions of intersectionality and teamwork, seeking to consolidate the actions of the SUS to the actions of public basic education networks.

Keywords: Intersectoral action; Health promotion; government programs; School Health.

## LISTA DE SIGLAS

PSE - Programa Saúde na Escola  
PMAQ- AB - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica  
GTI-M - Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal  
ESF - Estratégia Saúde da Família  
NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família  
PNAB - Política Nacional de Atenção Básica  
PNPS - Política Nacional de Promoção da Saúde  
PNAISC - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança  
DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis  
AIDS - Síndrome da Imuno Deficiência Adquirida  
EqSF - Equipe Saúde da Família  
USF - Unidade de Saúde da Família  
EJA - Educação de Jovens e Adultos  
GTI - Grupo de Trabalho Intersetorial  
CNS - Conferência Nacional de Saúde  
SUS - Sistema Único de Saúde  
APS - Atenção Primária à Saúde  
AB - Atenção Básica  
PSF - Programa Saúde da Família  
ACS - Agentes Comunitários de Saúde  
PACS - Programa Agentes Comunitários de Saúde  
PNEP - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde  
ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente  
OMS - Organização Mundial da Saúde  
CONASEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde  
CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde  
UBS - Unidade Básica de Saúde  
EAB - Equipe de Atenção Básica  
SGDAB - Sistema de Gestão da Atenção Básica  
EqAB - Equipes de Atenção Básica  
RAS - Redes de Atenção à Saúde  
DS - Distritos Sanitários  
EqSB - Equipes de Saúde Bucal  
EAD - Educação à distância  
SPE - Saúde e prevenção nas escolas  
HU - Hospital Universitário  
UFPB - Universidade Federal da Paraíba  
IES - Instituições de Ensino Superior

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	08
2. OBJETIVOS .....	12
2.1 OBJETIVO GERAL .....	12
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	12
3. REFERENCIAL TEÓRICO .....	13
3.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL .....	13
3.2 SAÚDE DAS CRIANÇAS E DOS ADOLESCENTES .....	26
3.3 PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE) .....	29
4. METODOLOGIA .....	35
4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA .....	35
4.2 CENÁRIO DA PESQUISA .....	35
4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA .....	36
4.3.1 Critérios de Inclusão .....	36
4.3.2 Critérios de Exclusão .....	36
4.4 COLETA DOS DADOS .....	37
4.4.1 Procedimentos para a coleta .....	37
4.4.2 Instrumento .....	37
4.5 ANÁLISE DOS DADOS .....	38
4.6 ASPÉCTOS ÉTICOS .....	39
5. RESULTADOS E DISCUSSÕES .....	41
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS .....	41
5.2 COMPREENÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA .....	42
5.3 PERCEPÇÃO DA INTERSETORIALIDADE E TRABALHO EM EQUIPE .....	43
5.4 PLANEJAMENTO E EXECUÇÃO DAS AÇÕES NO PSE .....	46
5.5 FRAGILIDADES E POTENCIALIDADES NO PSE .....	53
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	62
REFERÊNCIAS .....	64
APÊNDICES .....	74
APÊNDICE A - Roteiro da Entrevista .....	74
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	75
APÊNDICE C - Termo de Autorização para Gravação da Entrevista .....	78
ANEXOS .....	79
ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética .....	79



## 1 INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF), com responsabilização compartilhada junto ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), tem o objetivo de reorientar o processo de trabalho na saúde, bem como, permitir uma ampliação na resolutividade das situações de saúde relacionadas aos sujeitos, família e comunidade. Para fortalecer estas estratégias tem destaque a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) com ações de promoção, prevenção e recuperação e a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), buscando qualidade de vida e redução das vulnerabilidades e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes (BRASIL, 2012a; PAIM, 2015; BRASIL, 2010b; BRASIL, 2010a).

Preocupado com a saúde das crianças e adolescentes foi instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) cujo objetivo é promover e proteger a saúde da criança, bem como, para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens foram instituídas diretrizes nacionais, objetivando construir estratégias integradas e intersetoriais, para a promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos resultantes do uso abusivo de álcool e de outras drogas e dos problemas resultantes da violência, prevenção das doenças sexualmente transmissíveis (DST/AIDS), melhoria do atendimento ao crescimento e desenvolvimento, saúde sexual e reprodutiva, (BRASIL, 2015a; BRASIL, 2010c).

Dentro deste contexto, a intersetorialidade deve ser considerada como um processo articulado e integrado de formulação e implementação de políticas públicas, não podendo prescindir da construção de uma nova cultura organizacional capaz de superar a fragmentação do conhecimento e das propostas de ação alicerçadas, no poder tecnoprofissional, requerendo amplos investimentos na formação e capacitação multidisciplinar de gestores e trabalhadores da saúde ou de outros setores (STOTZ E ARAÚJO, 2004; PEREIRA, 2009). O trabalho em equipe constitui uma prática na qual a comunicação entre os profissionais faz parte do exercício no cotidiano dos serviços e pressupõe não somente compartilhar premissas técnicas, mas, sobretudo, desenvolver um horizonte ético (CIAMPONE E PEDUZZI, 2000; PEDUZZI, 2001).

As políticas públicas de saúde reconhecem que a escola é um importante espaço para a realização de práticas de promoção, prevenção e de educação em

saúde, permitindo o desenvolvimento de um programa voltada para crianças e adolescentes. As equipes de Saúde da Família (EqSF) se constituem importantes agentes desencadeadores das iniciativas de promoção da saúde escolar em todas as localidades e espaços. Além disso, estas equipes podem e 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 (USF), coordenando ações contínuas e longitudinais e promovendo a integralidade das ações e serviços em saúde em relação às demandas das escolas (SILVEIRA E PEREIRA, 2004; BRASIL, 2009a).

Em busca da atenção à saúde de crianças e adolescentes, emerge no cenário público brasileiro o Programa Saúde na Escola (PSE) constituindo assim, uma política pública, instituída em 05 de dezembro de 2007, no âmbito do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, pelo Decreto Presidencial nº 6.286/2007, cuja finalidade é a contribuição para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica através de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde. Tem como objetivos promover a saúde e a cultura da paz, articular as ações do SUS às ações das redes de educação básica pública, de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e suas famílias, otimizar utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis, contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos, contribuir para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e direitos humanos, fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar, promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde e fortalecer a participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde, nos três níveis governo, contemplando a Creche, a Pré-escola, o Ensino Fundamental, Ensino Médio e a Educação de Jovens e Adultos – EJA, estando na coordenação deste programa o Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI) (BRASIL, 2007a; BRASIL, 2015b).

A reflexão sobre o PSE perpassa pelo conhecimento acerca do planejamento em saúde possibilitando a promoção do diálogo e a participação de todos aqueles envolvidos na formulação e na operacionalização de um plano, pelo conceito de Educação em Saúde, como instrumentos para a transformação social, buscando aumentar a autonomia dos indivíduos e pelo conceito de Educação

Permanente, permitindo desta forma, que os profissionais da saúde e educação dialoguem e reflitam, seus processos de trabalho, com vista ao bem-estar da comunidade escolar, na qual a ESF está inserida. Faz-se necessário também, destacar a participação da sociedade sobre as políticas públicas de saúde (CAMPOS, 2010; SILVA 2013; BRASIL, 2013a).

A avaliação da necessidade na saúde é um método sistemático que objetiva assegurar que os serviços de saúde utilizem seus recursos para melhorar a saúde da população do modo mais eficiente e efetivo. Em 2011, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), através da Portaria do Ministério da Saúde nº 1.654/2011, como resultado da pactuação entre os gestores da saúde das três esferas governamentais. Tem como objetivos a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde. As equipes participantes do PMAQ receberão uma certificação, conforme o seu desempenho, considerando: a implementação de processos auto avaliativos, a verificação do desempenho alcançado para o conjunto de indicadores contratualizados e a verificação de evidências para um conjunto de padrões de qualidade (avaliação externa). De acordo com a Portaria do Ministério da Saúde de nº 535, de três de abril de 2013, as equipes da Atenção Básica serão classificadas em quatro categorias, assim denominadas: desempenho insatisfatório, desempenho mediano ou abaixo da média, desempenho acima da média e desempenho muito acima da média (PINTO, 2014; BRASIL, 2014a; BRASIL, 2013b).

Baseado no conceito ampliado da saúde, compreende-se que as ações desenvolvidas nos diversos componentes do PSE são fundamentais para o fortalecimento das políticas públicas no Brasil, bem como, proporcionam uma atenção à saúde dos escolares de qualidade.

Como Cirurgiã Dentista, desenvolvendo atenção em Saúde Bucal na Rede de Atenção à Saúde no município de João Pessoa-PB, fiquei inquieta com as ações desenvolvidas no PSE, no cotidiano do serviço neste município. Várias indagações, me despertaram a estudar a temática relacionada com a intersetorialidade e o trabalho em equipe no campo da saúde e educação, bem como, a pouca produção científica, acerca deste assunto, que provocasse reflexão e ressignificação das

minhas práticas realizadas. Pensando assim, entendi que experiências clínicas, vivenciadas ao longo de anos no serviço na ESF e a teoria, necessitam caminhar juntas em busca da qualidade na atenção à saúde da comunidade. Percebia também, que mesmo desenvolvendo diversas ações de promoção da saúde com os escolares, os mesmos adoeciam e que uma análise desse programa, poderia trazer uma elucidação acerca destas indagações, uma maior qualificação nas ações do PSE e, por conseguinte, uma maior resolutividade dos problemas na saúde dos escolares. Em busca de uma atenção de qualidade às crianças e adolescentes, associada à minha satisfação profissional pelo trabalho na ESF e levando em consideração os questionamentos relatados anteriormente, fui instigada a realizar uma pesquisa que permitisse uma compreensão do PSE no Município de João Pessoa na percepção dos profissionais de saúde da ESF e dos gestores que compõe o Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTI-M), norteada pelas questões: Qual a concepção dos profissionais da saúde, professores e gestores sobre o desenvolvimento do PSE no município de João Pessoa? A intersectorialidade e o trabalho em equipe estão sendo efetivados neste programa? Como as ações de avaliação das condições de saúde, promoção da saúde e prevenção de agravos estão sendo realizadas? Como se dá o planejamento das ações do PSE? Quais as fragilidades e potencialidades na execução do PSE no município de João Pessoa?

Estas informações fomentaram reflexões acerca das atividades desenvolvidas no PSE, numa abordagem voltada para o cuidado da saúde dos escolares, tendo como eixo orientador a Intersetorialidade. Por não existir, informações ou estudos dessa natureza neste município, esta pesquisa tornou-se relevante ao serviço e os resultados podem orientar o planejamento das ações municipais dentro do PSE, bem como, fomentar as Políticas Públicas no município de João Pessoa-PB voltado para a saúde dos escolares na Atenção Básica no contexto da Estratégia Saúde da Família, justificando assim o presente estudo.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 Objetivo Geral

- Compreender a percepção dos profissionais da saúde da ESF e dos gestores que compõe o Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTI-M) sobre o Programa Saúde na Escola (PSE) no Município de João Pessoa-PB.

### 2.2 Objetivos Específicos

- Compreender a intersetorialidade e o trabalho em equipe nas ações deste programa.
- Verificar como se dá o planejamento das ações do PSE.
- Identificar como as ações de avaliação das condições de saúde, de promoção da saúde e de prevenção de agravos estão sendo realizadas.
- Conhecer as fragilidades e potencialidades na execução do PSE.

### 3 REFERÊNCIAL TEÓRICO

#### 3.1 Contextualização da Saúde no Brasil

No processo de discussão sobre saúde, houve uma redefinição na intenção de ampliá-la, conceituando-a como o mais completo bem-estar físico, mental e social, determinado por condições biológicas, sociais, econômicas, culturais, educacionais, políticas e ambientais, englobando educação em saúde, mudança de políticas públicas, enfoque ambientalista e ação comunitária e não simplesmente a ausência de doença. Atualmente, o pensamento é que a construção da saúde se faz no cotidiano das escolas, do trabalho, resultante do cuidado consigo mesmo, com os outros e com o meio circundante. Passa a ser entendida então, como uma construção social, de determinação múltipla e complexa, necessitando, da participação ativa de todos os sujeitos comprometidos com sua produção, destacando-se os usuários, os movimentos sociais, os trabalhadores da Saúde, gestores na análise e na formulação de ações que visem à melhoria da qualidade de vida (WHO, 1946; DIAS, 2007; BRASIL, 2010a).

O sistema de saúde público brasileiro era altamente centralizado, até os anos de 1980, dividido entre as ações de saúde pública, gerenciado pelo Ministério da Saúde, e as ações de saúde previdenciária, sob o comando do Ministério da Previdência e Assistência Social. As proposições de unificação do sistema, de descentralização das ações, da universalização do acesso levantadas pela Reforma Sanitária, teve na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em Brasília, em março de 1986, a deliberação de que a saúde seria um direito de todos. Estas pactuações políticas foram tão importantes que as principais deliberações lançadas nela, tiveram acolhida entre os parlamentares eleitos para a Assembleia Nacional Constituinte, de modo que, quando eles promulgaram, em 1988, a Constituição da República Federativa do Brasil, ali estavam as principais deliberações desta Conferência, consagradas na Carta Magna (PEREIRA, 2009; MOYSÉS et al, 2008).

Com a promulgação da Constituição, foi instituído o Sistema Único de Saúde (SUS), constituído por em conjunto de ações e serviços públicos, compondo uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada a partir das diretrizes da descentralização, integralidade e participação da comunidade. É um sistema que

está dando certo e seus avanços são inquestionáveis, mas enfrenta enormes dificuldades que tem de ser superadas (PAIM, 2015; MENDES, 2011).

O SUS, tem como objetivos identificar e divulgar os fatores condicionantes e determinantes da saúde, bem como, formular a política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas. Está fundamentado nos seguintes princípios: a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; a integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; a preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie e o direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde. E dispõe das seguintes diretrizes: a divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; a utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; a participação da comunidade; a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, a regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; a integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; a conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; a capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e a organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990a).

Desta forma, o SUS trouxe para o Brasil, inovações com o conceito ampliado de saúde e o reconhecimento da sua determinação social, vigilância e promoção da saúde, acolhimento, enfoque da redução de danos, ação sobre o território, apresenta uma perspectiva de diálogo, e a articulação com diversos setores do governo e da sociedade para melhor promover a saúde da população. Esta intervenção inovadora é conhecida como ação intersetorial em saúde também denominada intersetorialidade, ou seja, trabalhar mais junto para se obter melhores resultados. Em termos mais abrangentes, pode resultar na redefinição dos modos de

formular e executar as políticas públicas no país. A luta para que a saúde seja efetivamente um direito de todos e um dever do Estado traz a mobilização de milhares de trabalhadores e militantes sociais de todo o país. Não tem sido fácil a construção do SUS, o sistema vem se configurando a um só tempo como uma das mais bem-sucedidas experiências de reforma do Estado, em uma perspectiva popular, e exatamente por isso, é que este sistema de saúde é objeto diário de ataque dos setores interessados em mercantilizar a prestação de serviços, com entusiasmada ação da mídia, sempre interessada em vender todo tipo de anúncios de saúde (PAIM, 2015; MOYSÉS, 2008).

Silva (2013) complementa que o acesso aos serviços de saúde a população, bem como, o sucesso de alguma políticas e programas, como o de combate à AIDS, são exemplos concretos dos seus avanços.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é uma forma de organização dos serviços de saúde. No Brasil, é denominada de Atenção Básica (AB) e está caracterizada por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, sendo desenvolvida através de trabalho em equipe, voltadas a populações de territórios delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, devendo resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2012a).

Em busca da reorientação da AB, o Ministério da Saúde, em 1994, criou o Programa Saúde da Família (PSF), sendo posteriormente transformado em Estratégia Saúde da Família (ESF). É considerada como a principal estratégia de reorganização da AB no País, favorecendo uma reorientação do processo de trabalho, ampliando a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade. Busca a consolidação da municipalização/descentralização da gestão, o planejamento em saúde e a condução da integralidade através da regionalização e hierarquização da atenção, bem como, volta-se para a vigilância e o cuidado das famílias e comunidades com vistas a promoção, prevenção, com um olhar humanizado, acolhedor e com responsabilidades, não só dos serviços de saúde, mas também, colocando o usuário e sua rede sócio familiar corresponsáveis pelo próprio cuidado



nos tratamentos, assumindo uma posição de protagonista com relação a sua saúde e a saúde dos seus (PEREIRA, 2009; BRASIL, 2012a; SILVA, 2013).

Atuam na ESF uma equipe multiprofissional composta pelo Médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou Médico de Família e Comunidade, Enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, Auxiliar ou Técnico de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: Cirurgião-Dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, Auxiliar e/ ou Técnico em Saúde Bucal. Toda a equipe de saúde é corresponsável pelo processo de atenção aos problemas, assim como pelas práticas de promoção da saúde, pelo atendimento da demanda espontânea e programada, por atividades de prevenção de doenças, manutenção de saúde e atenção a fases específicas do ciclo de vida da criança ao idoso (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2011a).

Com o objetivo de apoiar a inserção da ESF na rede de serviços, além de ampliar a abrangência das ações e aumentar a resolutividade da AB, foi criado pelo Ministério da Saúde os NASF, mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março de 2008. É constituído por profissionais de diferentes áreas de conhecimento. Deve comprometer-se com a promoção de mudanças na atitude e na atuação dos profissionais da ESF e entre sua própria equipe (NASF) incluindo na atuação ações intersetoriais e interdisciplinares, promoção, prevenção, reabilitação, além de humanização de serviços, educação permanente, promoção da integralidade e da organização territorial dos serviços de saúde (BRASIL, 2010b).

Cunha e Campos (2011) consideram o NASF uma experiência de utilização do conceito de Equipe de Referência e Apoio Matricial. Evidentemente alguns problemas estruturais, como a pouca quantidade de serviços especializados, induzem sua utilização equivocada de forma substitutiva (por exemplo, o apoio de um fisioterapeuta a uma equipe de saúde da família não substitui um centro de reabilitação), empobrecendo o atendimento e dificultando a compreensão da sua função.

O Apoio Matricial se configura como um suporte técnico especializado que é oferecido a uma equipe interdisciplinar de saúde a fim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações, podendo ser realizado por profissionais de diversas áreas especializadas. Depende da construção compartilhada de diretrizes

clínicas e sanitárias entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas que oferecem apoio matricial. (FIGUEIREDO, 2009; CAMPOS, 2007).

Com a finalidade de estabelecer a revisão de diretrizes e normas para a organização da AB, para a ESF e para o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) surge a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) regulamentada pela Portaria de número 648, de 28 de março de 2006 revogada pela 2.488, de 21 de outubro de 2011, regulamentada pela Portaria de número 648, de 28 de março de 2006, destacando a responsabilização compartilhada entre a equipe do NASF e as EqSF, prevendo a revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contra referência, ampliando-a para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes de atenção básica, atuando no fortalecimento de seus princípios e no papel de coordenação do cuidado nas Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2012a).

Um outro olhar de reflexão que vem caminhando junto à implementação e ao aperfeiçoamento da AB é o fortalecimento da Promoção da Saúde no SUS (BRASÍLIA, 2011a).

Na Carta de Ottawa, a PS é o processo de capacitação das pessoas objetivando aumentar seu controle e melhorar sua saúde. Entende-se, portanto, que a PS é uma estratégia de articulação transversal, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas (OTTAWA, 1986; BRASIL, 2010a).

No dia 30 de março de 2006, o Ministério da Saúde, através da Portaria 687, aprovou a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), cujo objetivo geral é promover qualidade de vida e reduzir as 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, através de diretrizes que objetivam o reconhecimento na promoção da saúde, uma parte fundamental na busca da equidade, da melhoria da qualidade de vida e de saúde, bem como, estimular as ações intersetoriais, buscando parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações de promoção da saúde, fortalecer a participação social como fundamental na consecução de resultados de

promoção da saúde, em especial a equidade e o empoderamento individual e comunitário, promover mudanças na cultura organizacional, com um olhar direcionado à adoção de práticas horizontais de gestão e estabelecimento de redes de cooperação intersetoriais, incentivar a pesquisa em promoção da saúde, avaliando eficiência, eficácia, efetividade e segurança das ações prestadas e divulgar e informar as iniciativas voltadas para a promoção da saúde para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, considerando metodologias participativas e o saber popular e tradicional (BRASIL, 2006).

Pereira (2009) considera um dos grandes desafios para a construção e qualificação do SUS a necessidade de formação de sujeitos comprometidos com a promoção (ampliada) de saúde e com o empoderamento e a autonomia da sociedade em busca de uma nova realidade social e epidemiológica. Na promoção da saúde sugere que o setor saúde deve necessariamente se articular com outros setores da esfera social e econômica.

Neste contexto, os profissionais da saúde necessitam buscar estratégias para se trabalhar de maneira intersetorial potencializando as ações de saúde.

Compreende-se a intersetorialidade como uma articulação das possibilidades dos distintos setores de pensar a questão complexa da saúde, de co-responsabilizar-se pela garantia da saúde como direito humano e de cidadania, e de promover uma movimentação na formulação de intervenções que a propiciem. A intersetorialidade incorpora a ideia de integração, de território, de equidade. É uma nova maneira de abordar os problemas sociais. Desta forma, a intersetorialidade constitui uma nova concepção de planejar, executar e controlar a prestação de serviços, para garantir um acesso igual dos desiguais. Isso significa alterar toda forma de articulação dos diversos segmentos da organização governamental e de seus interesses. A partir do momento que não se observava a eficiência e a efetividade esperadas na implementação das políticas setoriais, principalmente, no que diz respeito ao atendimento das demandas da população e aos recursos disponibilizados para a execução das mesmas, a intersetorialidade das políticas públicas passou a ser uma dimensão valorizada. (BRASIL, 2010a; JUNQUEIRA, 2000).

A PNAB traz que o desenvolvimento de ações intersetoriais, é característica do processo de trabalho das equipes de atenção básica e é uma das atribuições dos membros destas equipes, integrando projetos e redes de apoio

social voltados para o desenvolvimento de uma atenção integral e procura identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais (BRASIL, 2012a).

A nova PNPS compreende que o processo de construção de ações intersetoriais implica na troca e na construção coletiva de saberes, linguagens e práticas entre os diversos setores envolvidos na tentativa de equilibrar determinada questão sanitária, de modo que nele torna-se possível produzir soluções inovadoras quanto à melhoria da qualidade de vida. Tal processo propicia a cada setor a ampliação de sua capacidade de analisar e de transformar seu modo de operar a partir do convívio com a perspectiva dos outros setores, abrindo caminho para que os esforços de todos sejam mais efetivos e eficazes (BRASIL, 2010a).

Compreende-se que dificilmente a ESF se viabilizaria sem a visão e as práticas intersetoriais. Desta forma, a intersetorialidade não é apenas uma realidade transversal à ESF, mas inerente a ela. E é, neste contexto, que intersetorialidade encontra as melhores oportunidades para contribuir com o desenvolvimento de algo fundamental, isto é, um novo modelo de fazer e promover saúde (DIAS, 2014a).

A realização de práticas intersetoriais é ainda um desafio a ser conquistado, porém torna-se possível quando amparada e estimulada por uma boa gestão local. O conceito e a prática da intersetorialidade precisam ser inseridos na rotina de gestores e profissionais de saúde para que ações de promoção de saúde não se tornem a repetição de modelos conhecidos e reconhecidamente pouco impactantes na melhoria de condições de saúde bucal da população. A responsabilidade sobre essa nova forma de olhar e cuidar, não deve ser atribuída exclusivamente a esses atores, mas em políticas voltadas a facilitar a articulação dos setores governamentais e não governamentais, controle e responsabilização social, estimulando a educação continuada de profissionais de saúde no protagonismo dessas ações (MORETTI, 2010).

Existem algumas iniciativas, com o intuito de criação de parcerias intersetoriais, destinadas a melhorar a resolutividade dos problemas vividos pela população. Entretanto, as experiências identificadas são pontuais, esporádicas e desprovidas de um planejamento sistemático. Desta forma, se identifica a intersetorialidade como um processo de trabalho penoso e solitário. Entende-se, ainda, a necessidade da criação de uma rede de apoio para a efetivação desse princípio e acredita-se que é preciso começar a entender e escutar a opinião de

outros profissionais e setores para que o trabalho seja de fato precursor de processos de mudanças no modelo assistencial (SILVA, 2010).

No desenvolvimento das ações de saúde no âmbito da ESF, a realização do trabalho em equipe torna-se fundamental para alcançar os objetivos propostos por esta estratégia.

O trabalho em equipe constitui um princípio operativo fundamental da Estratégia Saúde da Família. É posto como uma diretriz organizativa para os serviços de saúde que compõe o SUS, tratando-se de uma característica desejável para a oferta de ações e serviços. Porém, não se deve perder de vista que, haverá modalidades, graus e formas singulares de se trabalhar em equipe, na APS. Essa particularidade está mediatizadas pelas determinações que estão nos processos políticos, que perpassam o modelo de atenção e os modelos assistenciais (DALLA VECCHIA, 2012).

O trabalho em equipe pode ser diferenciado em dois tipos básicos: a equipe agrupamento que se apresenta com uma justaposição de ações e agrupamento de agentes, coexistindo uma independência do projeto assistencial, pelo agente, enquanto que a equipe integração, se expressam articulação das ações, e interação dos agentes, havendo sempre uma complementaridade no trabalho coletivo, manifestando-se simultaneamente, colaboração no exercício da autonomia, e construção de um projeto assistencial comum. Desta forma, a recomposição dos trabalhos, parcelares em um efetivo trabalho em equipe, não ocorre tão somente por uma somatória técnica dos trabalhos parcelares. Requer, portanto, a articulação das ações, a interação dos agentes, e a superação do isolamento dos saberes e de suas disciplinas (PEDUZZI, 1998).

A PNAB é desenvolvida através de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Com relação ao trabalho em equipe, a Atenção Básica tem como fundamentos e diretrizes a realização de reuniões de equipes com o objetivo de discutir em conjunto o planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis, bem como, desenvolver trabalhos interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações (BRASIL, 2012a).

O trabalho em equipe não determina que deva eliminar as especificidades dos trabalhos, pois as diferenças técnicas expressam a possibilidade de contribuição da divisão do trabalho para a melhoria dos serviços prestados, à medida que a especialidade permite aprimoramento do conhecimento e do desempenho técnico em determinada área de atuação, bem como maior produção. Os profissionais de saúde, destacam a importância de manter as especificidades de cada trabalho especializado, o que implica preservar as diferenças técnicas correlatas. Bem como, expressam a necessidade de flexibilizar a divisão do trabalho. Entendendo flexibilidade como a coexistência de ações privativas das respectivas áreas profissionais e ações que são executadas, indistintamente, por agentes de diferentes campos de atuação. Ou seja, os profissionais de saúde realizam intervenções relativas as suas respectivas áreas, mas também executam ações comuns, nas quais estão integrados saberes provenientes de distintos campos como: recepção, acolhimento, grupos educativos, grupos operativos e outros (PEDUZZI, 2001).

Para que seja possível a realização de uma prática que atenda à integralidade, precisamos exercitar de maneira efetiva o trabalho em equipe, desde o processo de formação do profissional de saúde. Faz-se necessário, estabelecer estratégias de aprendizagem que favoreçam o diálogo, a troca, a transdisciplinaridade entre os diversos saberes formais e não-formais que contribuam para as ações de promoção de saúde a nível individual e coletivo (MACHADO, 2007).

Atualmente, a educação em saúde é considerada uma importante estratégia para a promoção da saúde, com um olhar direcionado para promover mudanças nos campos educacionais (conhecimentos, atitudes e habilidades), organizacionais (práticas, programas, políticas, legislação), econômicas e ambientais (ambientes físicos e sociais). A ideia de Educação em Saúde como ferramenta para a transformação das condições sociais está de acordo com os princípios do SUS, pois potencializa a integralidade e a participação social mediante o empoderamento de indivíduos e coletividade (PEREIRA, 2009; SILVA, 2013).

Uma das concepções mais generalizadas sobre educação em saúde é aquela cujas atividades se desenvolvem mediante situações formais de ensino-aprendizagem, funcionando como agregadas aos espaços das práticas de saúde. Educação em Saúde seria, então, um processo sistemático, contínuo e permanente

que objetiva a formação e o desenvolvimento da consciência crítica do cidadão, estimulando a busca de soluções coletivas para os problemas vivenciados e a sua “participação real” no exercício do controle social, cuja finalidade da ação é a transformação. A sua clientela compõe-se de profissionais de saúde, grupos sociais e população em geral, respeitando as suas formas de organização (BRASIL, 2007b).

Silva (2013) aponta que no Brasil, muitas instituições ainda seguem o modelo tradicional com a educação em saúde desenvolvida através da transmissão de informações, buscando, interferir no comportamento humano e culpar a comunidade pelo insucesso. Já no modelo de educação em saúde, baseado na metodologia problematizadora, as pessoas são estimuladas a desenvolver uma consciência crítica pelo processo de análise coletiva de problemas na busca de soluções e estratégias conjuntas para a mudança da realidade. A autora continua descrevendo que, este modelo inovador tem como objetivo a promoção da saúde mediante a conscientização crítica acerca da realidade individual e coletiva. Ele não visa a informação para a transmissão de conhecimento, mas à transformação do saber existente.

No artigo 200, da Constituição Federal de 1988, em seu inciso III, demonstra, entre outras atribuições do SUS, a competência de ordenar a formação na área da Saúde (BRASIL, 1988).

Desta forma, assuntos relacionados à educação na saúde passavam a compor as pautas das discussões nos diversos espaços e por diversos autores. O Ministério da Saúde, procurava também desenvolver estratégias e políticas que adequasse a formação acadêmica e dos trabalhadores de saúde às necessidades de saúde da população e ao desenvolvimento do SUS.

A educação permanente deve embasar-se num processo pedagógico que contemple desde a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades até a aprendizagem problematizadora, partindo dos problemas de uma realidade e dos desafios enfrentados no processo de trabalho, envolvendo práticas que possam ser definidas por múltiplos fatores (conhecimento, valores, relações de poder, planejamento e organização do trabalho etc.) e que considerem elementos que façam sentido para os atores envolvidos (aprendizagem significativa. A vinculação dos processos de educação permanente à estratégia de apoio institucional pode potencializar enormemente o desenvolvimento de competências de gestão e de

cuidado na atenção básica, na medida em que aumenta as alternativas para o enfrentamento das dificuldades vivenciadas pelos trabalhadores em seu cotidiano. (BRASIL, 2012a).

Ganha destaque neste contexto a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEP) em proposição com os princípios e diretrizes do SUS, da Atenção Integral à Saúde e a construção da Cadeia do Cuidado Progressivo à Saúde, rompendo, assim, com o conceito de sistema verticalizado para trabalhar agora, com a ideia de rede, onde possibilita a articulação dos serviços básicos, ambulatórios de especialidades e hospitais gerais e especializados em que todas as ações e serviços de saúde sejam prestados, reconhecendo-se contextos e histórias de vida e proporcionando, acolhimento e responsabilização pelos problemas de saúde das pessoas e das populações (BRASIL, 2006).

A interação entre os atores que participam dos núcleos da formação, da atenção, da gestão e do controle social em saúde deveria permitir valorizar as características locais, as capacidades instaladas, desenvolver as potencialidades existentes em cada território, estabelecer a aprendizagem significativa com um olhar criativo-reflexivo-crítico, bem como, produzir sentidos, auto - análise e autogestão (CECCIM, 2005).

Compreende-se o conceito de Integração Ensino-Serviço como sendo o trabalho coletivo, pactuado e integrado de discentes e docentes dos cursos de formação na área da saúde articulado com os trabalhadores das equipes dos serviços de saúde e os gestores, objetivando à qualificação da atenção à saúde individual e coletiva, da formação profissional e ao desenvolvimento dos trabalhadores dos serviços. Operacionalmente, a universidade deve se preocupar em perceber necessidades dos serviços e cenários de prática, estabelecendo pactos de contribuição docente/discente para tais serviços. É necessário, contextualizar a integração ensino-serviço na estratégia da Educação Permanente em Saúde, tendo em vista melhorar a formação e fortalecer o SUS. Muitas são as críticas bidirecionais entre serviço e ensino. Neste sentido, é preciso ampliar os espaços de diálogo e sensibilização de todos os atores envolvidos nesta realidade para sua co-responsabilização no que diz respeito à formação de novos profissionais e à prestação de cuidados em saúde (ALBUQUERQUE 2008).

Para a efetivação da promoção da saúde, através do trabalho em equipe com ações intersetoriais, na educação em saúde, na educação permanente e na



integração ensino-serviço, faz-se necessário o planejamento das ações de saúde realizados pelos profissionais da saúde em conjunto com os demais profissionais dos diversos setores que compõe as políticas públicas brasileira.

Planejamento é um termo muito utilizado no dia a dia da política e da administração, tanto no setor público quanto no setor privado. E é compreendido como um processo de racionalização das ações humanas que consiste em definir proposições e construir a sua viabilidade, objetivando à solução de problemas e atendimento de necessidades individuais e coletivas. O interesse pelo planejamento das ações de saúde surgiu como decorrência da complexidade crescente do processo de trabalho nesta área, em decorrência da necessidade de se enfrentar as mudanças que foram ocorrendo nas condições de vida e saúde da população em diversos países (TEIXEIRA, 2010).

A PNAB traz em seus preceitos, que o planejamento em saúde é responsabilidade comum as esferas de governo Federal, Estadual e Municipal, bem como, determina que participar do planejamento local de saúde é uma característica do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica, objetivando à readequação do processo de trabalho diante das necessidades, realidade, dificuldades e possibilidades analisadas e que este planejamento das ações deverão ser realizadas de forma compartilhada entre os profissionais da equipe de NASF, ESF e equipes de atenção básica para populações específicas. (BRASIL, 2012a).

Paim (2015), complementa, afirmando que o planejamento objetiva identificar problemas e oportunidades para orientar a ação. No caso do setor saúde, os problemas se referem ao estado de saúde (doenças, acidentes, carências, agravos, vulnerabilidades e riscos), também conhecidos como problemas terminais, e aos serviços de saúde (infraestrutura, organização, gestão, financiamento, prestação de serviços, etc.), denominados de problemas intermediários. Neste olhar, o planejamento estaria sendo conduzido pelos orientado, problemas, sejam dos indivíduos e das populações, sejam do sistema de serviços de saúde, ou ambos.

O processo de planejamento em saúde implica no desenvolvimento de dois momentos articulados: a formulação da Política (construção da Agenda estratégica) contendo a identificação dos Problemas prioritários de alcance geral (sistêmicos) e a elaboração do Plano propriamente dito. O desenvolvimento desse processo no âmbito do SUS pressupõe a definição da base territorial e o reconhecimento da existência das diversas esferas de gestão, contemplando os

níveis federal, estadual e municipal. E em cada um desses níveis, pode-se desenvolver o planejamento de modo a se formular a Política correspondente (nacional, estadual e municipal). Do mesmo modo, em cada nível pode-se elaborar o Plano de Saúde, documento que resulta de um processo que contempla a realização da Análise da situação de saúde da população e do sistema de saúde, seguido dos objetivos correspondentes a cada problema identificado e priorizado e dos módulos operacionais a estes vinculados para serem desenvolvidos pelos órgãos responsáveis em cada uma das instituições gestoras (TEIXEIRA, 2010).

Todas as políticas públicas e programas Ministeriais, constituindo o SUS devem ter a participação da sociedade na gestão.

A PNAB em suas diretrizes busca estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social (BRASIL, 2012a).

Rolim et al (2013) descreve que a participação popular em todas as esferas de gestão do SUS é um dos avanços da democracia, uma vez que as decisões sobre as ações na saúde deverão ser negociadas com os representantes da sociedade, pois os mesmos, conhecem a realidade da saúde das comunidades.

A população pode participar no controle em saúde de duas formas: a participação institucionalizada, regulamentada pela Lei nº 8.142/1990, que na área da saúde se expressa nos Conselhos locais, municipais e estaduais e nas Conferências de Saúde nos níveis municipal, estadual e nacional, onde atores participam como representantes de instituições ou entidades; e a forma não institucionalizada, que são as possibilidades de participação em toda e qualquer atividade de saúde, desde as mais individuais/assistenciais (exemplo: uma consulta) até as mais coletivas/educativas (exemplo: grupo educativo) (BRASIL, 1990b).

Uma das principais diretrizes atuais do Ministério da Saúde é realizar a gestão pública com base no monitoramento e avaliação de processos e resultados mensuráveis. A avaliação da necessidade na saúde é um método sistemático que objetiva assegurar que os serviços de saúde utilizem seus recursos para melhorar a saúde da população do modo mais eficiente e efetivo. Vários esforços têm sido empreendidos no sentido de ajustar as estratégias previstas na PNAB na direção de

reconhecer a qualidade dos serviços de AB ofertados à sociedade brasileira e estimular a ampliação do acesso e da qualidade nos mais diversos contextos existentes no País. Nesse sentido, o Ministério da Saúde propõe várias iniciativas centradas na qualificação da AB e, entre elas, destaca-se o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), instituído pela Portaria nº 1.654 do Ministério da Saúde de 19 de julho de 2011, e sua realização acompanha 04 fases, que se complementam: adesão e contratualização, desenvolvimento, avaliação externa e recontratualização. Na 3ª fase, de avaliação externa, será feita uma avaliação das condições de acesso e de qualidade da totalidade de municípios e equipes da atenção básica participantes do programa, com a Certificação de desempenho das equipes de atenção básica e gestões municipais. Todo o processo de avaliação externa do PMAQ-AB será conduzido por instituições de ensino e/ou pesquisa contratadas pelo Ministério da Saúde para desenvolver os trabalhos de campo, mediante a aplicação de diferentes instrumentos avaliativos (PINTO, 2014; BRASIL, 2012b).

### 3.2 Saúde das crianças e adolescentes

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) instituído pela Lei de nº 8.069, de 13/07/1990, identifica todas as crianças e adolescentes como sujeitos de direitos nas diversas condições sociais e individuais. Na definição das linhas de ação para o atendimento da criança e do adolescente, o ECA destaca as políticas e programas de assistência social, determinando o fortalecimento e ampliação de benefícios assistenciais e políticas compensatórias ou inclusivas como estratégias para redução dos riscos e agravos de saúde dos jovens (BRASIL, 1990c).

Na infância, a criança encontra-se em um processo de mudanças contínuas e passa por determinadas fases do desenvolvimento, onde devemos considerar as diversas faixas etárias, as quais estarão presentes características distintas quanto ao desenvolvimento físico-motor, cognitivo, afetivo-social e comunicativo. Desta forma, a infância, configura a época de maior capacidade para adquirir hábitos, considerado assim, a época ideal para propor e desenvolver programas preventivos-educativos (BASTOS et al 2007).

Pensando no fortalecimento da atenção à saúde da criança o Ministério da Saúde, através da portaria de nº 1130, de 05 de agosto de 2015, institui a

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) que tem como objetivo promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e cuidados integrais e integrados da gestação aos 9 (nove) anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento, considerando criança, as pessoas na faixa etária de 0 (zero) a 9 (nove) anos, a primeira infância, as pessoas na faixa etária de 0 (zero) a 5 (cinco) anos. Para fins de atendimento em serviços de pediatria no SUS, a PNAISC contemplará crianças e adolescentes até a idade de 15 (quinze) anos, sendo este limite etário passível de alteração de acordo com as normas e rotinas do estabelecimento de saúde responsável pelo atendimento (BRASIL, 2015a).

A atenção à saúde da criança propõe o atendimento à saúde infantil no contexto da integralidade do cuidado, e a sua adoção mostra-se como um passo importante para o reconhecimento dos direitos da criança. São condições que convergem para a integralidade do cuidado, entendendo o desenvolvimento das ações de prevenção e assistência a agravos como objetivos que, apontam para o compromisso de proporcionar qualidade de vida para a criança. Deve-se possibilitar à criança crescer e desenvolver-se com todo o seu potencial (ERDMANN E SOUSA, 2009).

Para a elaboração dos planos, programas, projetos e ações de saúde voltadas para crianças, a PNAISC segue as seguintes diretrizes: a gestão interfederativa das ações de saúde da criança, a organização das ações e serviços na rede de atenção, a promoção da saúde, o fomento à autonomia do cuidado e da corresponsabilidade da família, a qualificação da força de trabalho do SUS, o planejamento e desenvolvimento de ações, o incentivo à pesquisa e à produção de conhecimento, o incentivo à pesquisa e à produção de conhecimento, o monitoramento e avaliação e a intersetorialidade. Desta forma, a PNAISC, perpassa pelo viés da intersetorialidade, uma vez que esta política está organizada a partir da Rede de Atenção à Saúde e de seus eixos estratégicos, mediante a articulação das ações e serviços de saúde disponíveis nas redes temáticas, em especial aquelas desenvolvidas na rede de saúde materna neonatal e infantil e na atenção básica, esta como coordenadora do cuidado no território, bem como, objetiva promover articulação intersetorial e interinstitucional com os diversos setores e instituições

governamentais e não governamentais, com organismos internacionais, envolvidos com a saúde da criança, em busca de parcerias que favoreçam a implementação da PNAISC (BRASIL, 2015a).

A Adolescência é definida como um período de profundas mudanças, marcada pela transição entre a puberdade e o estado adulto do desenvolvimento. É uma fase caracterizada por transformações e vulnerabilidades, entretanto, é uma fase que apresenta muitas oportunidades. Assim, torna-se fundamental auxiliar o adolescente a navegar em meio aos riscos e vulnerabilidades e colocá-lo no caminho da realização de todo seu potencial (MOREIRA et al, 2008).

O Ministério da Saúde segue a convenção elaborada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que estabelece o período entre 10 e 19 anos, 11 meses e 29 dias de idade como adolescência, e o situado entre 15 e 24 anos como juventude. Há, portanto, uma interseção entre a segunda metade da adolescência e os primeiros anos da juventude. Adota ainda o termo “pessoas jovens” para se referir ao conjunto de adolescentes e jovens, ou seja, à abrangente faixa compreendida entre 10 e 24 anos. Existia o pensamento de que adolescentes e jovens, por serem considerados pessoas saudáveis, não necessitavam de atenção à saúde, a não ser nas questões de saúde reprodutiva. Hoje, no entanto, as condições de saúde desse grupo populacional tornaram-se um diferencial que evidencia a sua vulnerabilidade frente às diferentes formas de violências e a crescente incidência de mortalidade, evidenciadas especialmente pelas causas externas, tais como, (agressões, homicídios, acidentes de transportes e suicídios), violência intrafamiliar e violência Sexual (BRASIL, 2010c).

Neste sentido, Santiago (2012) esclareceu que o elo saúde e educação é fundamental para alcançar grupos populacionais de crianças e adolescentes. Destacam-se os adolescentes por ser um grupo que dificilmente comparece aos serviços de saúde e que precisa ser alvo da atenção dos profissionais de saúde.

As diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde, baseia-se no fortalecimento da promoção da saúde nas ações para o cuidado integral à saúde de adolescentes e de jovens, evidenciando, a importância da promoção à saúde na produção de saúde de adolescentes e de jovens e enfatizando a necessidade de estabelecer processos de intervenção intersetoriais e interdisciplinares, de

ampliação e diversificação das práticas sanitárias, de mudanças na gestão e no trabalho das equipes de saúde para a construção complementar e de intercâmbio entre esses dois campos da atenção à saúde. Bem como, tem-se a reorientação dos serviços de saúde para favorecer a capacidade de respostas para a atenção integral à saúde de adolescentes e de jovens, a garantia da atenção integral às pessoas jovens é condição primordial para a assistência desse grupo populacional compreendendo os aspectos biológicos, psicológicos e sociais da saúde do sujeito, inserido em contextos social, cultural e familiar e em um território. Nestas diretrizes, três eixos são fundamentais para tornar viável a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens: o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; a atenção integral à saúde sexual e saúde reprodutiva e a atenção integral no uso abusivo de álcool e outras drogas por pessoas jovens. (BRASIL, 2010c).

Bastos (2007) destacou que é importante mencionar que a atuação em grupos de adolescentes representa um desafio e que exige do profissional, conhecimento amplo das características individuais relacionado com esta fase do desenvolvimento.

Para a saúde dos adolescentes, é importante construir estratégias integradas e intersetoriais para a promoção da saúde; prevenção de doenças e agravos resultantes do uso abusivo de álcool e de outras drogas e dos problemas resultantes da violência; prevenção das DST/AIDS; melhoria do atendimento ao crescimento e desenvolvimento, saúde sexual e reprodutiva (BRASIL, 2010c).

### 3.3 Programa Saúde na Escola (PSE)

Como estratégias de implementação da PNPS, pode-se focar o estímulo à criação de Rede Nacional de Experiências Exitosas na adesão e no desenvolvimento da estratégia de municípios saudáveis, destacando a identificação e apoio a iniciativas referentes às Escolas Promotoras da Saúde com um olhar em ações de alimentação saudável, práticas corporais/atividades físicas e ambiente livre de tabaco. Esta estratégia, proposta pela OMS, permite uma reflexão sobre atividades no campo da saúde escolar, bem como, traz subsídios para que trabalhadores da saúde e da educação possam atuar em conjunto com o objetivo de melhorar a qualidade de vida de alunos, professores, direção, funcionários e

famílias, diminuindo com isto as chances de violência dentro e fora do ambiente escolar (BRASIL, 2010a; BRASIL, 2007c).

A promoção da saúde deve ser garantida através da criação de diversas estratégias, em diferentes ambientes, como os domicílios, as escolas, creches e os centros comunitários. É necessário disparar ações para diretores de escolas, líderes comunitários, favorecendo o empoderamento de redes sociais. O estímulo a criação de Escolas Promotoras de Saúde é uma estratégia para na promoção da saúde de crianças, adolescentes e toda a comunidade escolar (MOYSÉS, 2008).

A escola é considerada como excelente espaço para ações de promoção da saúde, em virtude de seu potencial para produzir impacto sobre a saúde, a autoestima, os comportamentos e o desenvolvimento de habilidades para a vida de todos os membros da comunidade escola. Exerce, pois, grande influência na formação de crianças e de adolescentes, sendo um espaço de constituição do conhecimento do cidadão crítico, estimulando-o à autonomia, ao exercício dos direitos e deveres, às habilidades com opção por atitudes mais saudáveis e ao controle das suas condições de saúde e qualidade de vida (BRASIL, 2015b).

Outra importante participação dos profissionais da saúde na dinâmica escolar do ensino básico, é fomentar junto à associação de pais a criação de comissões locais de educação e saúde que deem conta de interagir junto ao núcleo familiar e comunitário na criação de condições favoráveis da qualidade de vida da comunidade adscrita ao entorno escolar. Soma-se a isso, por fim, a atenção integral à saúde de cada um dos educandos (FIGUEIREDO, 2010).

Buscando a ampliação das ações de saúde para os alunos da rede pública de ensino, da Educação Infantil, Ensino Fundamental, Ensino Médio e EJA, o Ministério da Saúde e da Educação institui o Programa Saúde na Escola (PSE) que procura, por meio de ações de promoção, de prevenção e de atenção à saúde o enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e de jovens da rede pública de ensino (BRASIL, 2009a; BRASIL, 2015b).

A atenção à saúde dos escolares é importante, e a presença desta população nas escolas facilita a atenção à saúde, propiciando a absorção de novos conhecimentos (PINTO, 2014).

O Decreto de Nº 6286, de 05 de dezembro de 2007 institui o PSE e determina os seguintes objetivos: 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; articular as ações do Sistema Único de Saúde - SUS às ações das redes de educação básica pública, contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos, contribuir para a construção de sistema de atenção social, fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde e fortalecer a participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde, nos três níveis de governo. Em seu artigo 3º, o PSE direciona, especificamente as EqSF para constituir, junto com a Educação Básica, uma estratégia para a integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de educação e de saúde, com a participação da comunidade escolar, bem como em seu artigo 5º, inciso 2º, delibera que os Secretários Estaduais e Municipais de Educação e de Saúde definirão conjuntamente as escolas que participaram do PSE, observadas as prioridades e metas de atendimento do programa (BRASIL, 2007a; BRASIL, 2009a).

O PSE, mediante a pactuação e adesão, através do termo de compromisso formalizados pelos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios constitui, uma estratégia para a integração e a articulação permanente de diversos setores, tais como, as políticas públicas e ações de educação e de saúde, com a participação da comunidade escolar, envolvendo as equipes da Estratégia Saúde da Família e da educação básica (BRASIL, 2007a).

O PSE tem as seguintes diretrizes para a sua implementação:

- I. Descentralização e respeito à autonomia federativa.
- II. Integração e articulação das redes públicas de ensino e de saúde, através da união das ações do SUS às ações das redes de educação pública, de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos educandos e suas famílias, aproveitando a utilização dos espaços, dos equipamentos e dos recursos disponíveis.
- III. Territorialidade, permitindo haver um respeito as realidades e as diversidades existentes no espaço sob responsabilidade compartilhada.
- IV. Interdisciplinaridade e intersetorialidade, o que permite a progressiva ampliação da troca de saberes entre diferentes profissões e a articulação intersetorial das ações executadas pelos setores de Saúde e de Educação, objetivando à atenção integral à saúde de crianças e adolescentes.



- V. Integralidade, permitindo um olhar da saúde e da educação por completo, dentro de uma formação ampla para a cidadania e com o uso pleno dos direitos humanos, fortalecendo o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da Saúde, que possam comprometer o desenvolvimento escolar.
- VI. Cuidado longitudinal no acompanhamento compartilhado durante o desenvolvimento dos educandos, objetivando a reorientação dos serviços de Saúde além de suas responsabilidades técnicas no atendimento clínico, o que envolve promover a saúde e a cultura da paz; favorecer a prevenção de agravos; avaliar sinais e sintomas de alterações; prestar atenção básica e integral aos educandos e à comunidade.
- VII. Controle social cuja finalidade seria a da promoção da articulação de saberes, com a participação dos diversos atores envolvidos neste processo, tais como os educandos, pais, comunidade escolar e sociedade em geral na construção e controle social das políticas públicas da Saúde e Educação.
- VIII. Monitoramento e avaliação permanentes, objetivando a promoção da comunicação, encaminhamento e resolutividade entre escolas e Unidades de Saúde, assegurando as ações de atenção e cuidado sobre a condição de saúde dos estudantes e informando as que forem realizadas nos sistemas de monitoramento. Avaliando desta forma, o impacto das ações junto aos educandos participantes do PSE (BRASIL, 2015b).

A educação e a saúde estão inter-relacionadas, uma vez que, se observa uma melhoria da saúde a partir de uma melhoria do potencial de aprendizagem, bem como, há um aprendizado mais proveitoso, a partir de uma boa saúde (BASTOS, 2007).

O PSE é fundamentado por documentos oficiais que dão direcionamento, normatizam e capacitam seus envolvidos para sua operacionalização efetiva, no cumprimento de metas e alcance dos objetivos. Neste contexto, o estudo dos documentos do PSE sinaliza a importância de conhecer os processos legais, educativos e informativos envolvidos na implantação de uma política pública e como ocorre a frequente atualização dos envolvimento no processo de implementação (DIAS, 2014).

Entretanto, os diplomas normativos publicados até o momento, pelos setores públicos, demonstram que a participação da saúde e da educação no Programa Saúde na Escola não é equânime. Percebe-se, portanto, um maior número de publicações oriundas do setor saúde (FERREIRA, 2012).

A articulação intersetorial das redes públicas de saúde, de educação e das demais redes sociais se dá por meio do Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI), no âmbito Federal, Estadual e Municipal, que são responsáveis pela coordenação e gestão do incentivo financeiro e material, pelo apoio institucional às equipes de saúde e educação na implementação das ações, bem como, são responsáveis pelo planejamento, monitoramento e avaliação do programa. Este grupo deverá ser composto por gestores das secretarias de Saúde e de Educação, representantes das equipes de AB e representante dos educadores que atuarão no PSE, faz a gestão do PSE e responsabiliza-se pelo preenchimento do Termo de Compromisso, definindo intersetorialmente metas e cobertura das ações. O Portal do Gestor é o Sistema de Gestão da Atenção Básica e permite o acompanhamento do processo de implantação e implementação de diversos programas. Mesmo sendo uma plataforma inserida em um sistema da Saúde, o planejamento do programa e da adesão deve ser realizado conjuntamente entre as áreas da Saúde e da Educação (BRASIL, 2012b; BRASIL, 2015b).

Um fator decisivo para que o PSE desempenhe as suas ações com êxito é a intersetorialidade entre saúde e educação, a qual se expressa como um processo de aprendizagem e determinação dos atores, que deve reverter-se em uma gestão integrada, com capacidade de responder de maneira eficiente à solução de problemas da população de um determinado território (JUNQUEIRA, 2004).

O Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTI-M) do PSE tem como responsabilidades, o apoio à implementação dos princípios e diretrizes do programa no planejamento, no monitoramento, na execução, na avaliação e na gestão dos recursos financeiros, articula a inclusão dos temas relacionados às ações nos projetos político-pedagógicos das escolas, define as escolas públicas a serem atendidas, participa do planejamento integrado de educação permanente e formação continuada, possibilita a integração e planejamento conjunto entre as equipes das escolas e as EAB, bem como, garante o preenchimento do sistema de

monitoramento e a entrega dos materiais do PSE, enviados pelo Ministério da Educação para que possam ser utilizados pelas EAB e pelas equipes das escolas (BRASIL, 2015b).

A integração da educação em saúde no currículo escolar é importante na preparação do professor para executar e participar desta tarefa, necessitando a criação de estratégias para os professores tenham acesso a programas que os capacitem para realizar tal função (BASTOS, 2007).

As ações estabelecidas pelo PSE, estão distribuídas em três componentes de atividades. No componente I são realizadas avaliações das condições de saúde dos escolares, o componente II desenvolve ações de promoção da saúde e prevenção das doenças, incluindo estratégias de educação em saúde e o componente III promove a formação dos gestores e das equipes de Educação e de Saúde que atuam no PSE. Destaca-se que é fundamental na realização destas ações a inclusão das famílias e dos responsáveis e o envolvimento dos educandos, bem como, o momento das atividades realizadas pelas EqSF não deve competir ou se sobrepor aos momentos de atuação do professor ou atividade dos educandos, devem sim, ser compartilhadas e complementares, respeitando a dinâmica de atividades escolares já programadas e fazer parte do projeto político pedagógico da escola, levando em consideração à cultura do território e à autonomia dos educandos e das equipes pedagógicas (BRASIL, 2009a; BRASIL, 2015b).

Para as ações intersetoriais no PSE os Ministérios da Saúde e Educação têm investido em documentos oficiais de caráter informativo, normativo e educativo com a finalidade de manter os profissionais orientados, bem como, instruir aos alunos da rede pública preceitos da promoção de saúde. Este conjunto de materiais temáticos, com as diretrizes do programa, tem como objetivo apoiar as equipes de saúde, educação e os gestores participantes do programa (DIAS, 2014; BRASIL, 2015b).

## 4 METODOLOGIA DA PESQUISA

### 4.1 Delineamento da Pesquisa

Trata-se de uma pesquisa exploratória que utilizou uma abordagem qualitativa, permitido proporcionar familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a constituir hipóteses (GIL, 2002).

A proposta metodológica de uma pesquisa qualitativa está relacionada com os sentidos atribuídos ao meio onde as pessoas se inserem, a maneira como se relaciona com os sentidos e a forma como elas o compreendem. Buscam pesquisar a essência dos acontecimentos sociais, considerando os indivíduos em seus ambientes naturais (POPE, 2005).

### 4.2 Cenário da Pesquisa

A cidade de João Pessoa tem uma área de unidade territorial de 211,475 Km<sup>2</sup>, com uma população em 2010 de 723,515 mil habitantes, estimada para 2016 em 801.718 mil habitantes e uma população residente que frequenta creche e escola de 244.062 mil habitantes (IBGE, 2016).

Este município está demarcado territorialmente sob a forma de 05 Distritos Sanitários (DS) denominados Distrito Sanitário I, Distrito Sanitário II, Distrito Sanitário III, Distrito Sanitário IV e o Distrito Sanitário V, nos quais encontram-se distribuídas 191 EqSF com 184 EqSB (Equipes de Saúde Bucal). Possui uma cobertura populacional estimada pelas EAB de 88,00%, e de cobertura populacional estimada pelas ESB de 86,29% (JOÃO PESSOA, 2016; JOÃO PESSOA, 2015a).

O PSE foi implantado no município de João Pessoa no ano de 2008. Conta atualmente, com a participação dos profissionais das EqSF, totalizando 149 EqSF, com a participação dos profissionais da educação, totalizando 199 estabelecimentos de Educação Básica Pública, distribuídas em 87 escolas municipais, 56 escolas estaduais e 56 CREI (Centro de Referência em Educação Infantil), atendendo uma população de 62.744 mil alunos da rede pública deste município e sob a coordenação do GTI-M. A partir de 2014, o PSE passou a contemplar a Educação Infantil (CREI e Pré-escola), ampliando as ações para este público (BRASIL, 2009a; JOÃO PESSOA, 2015b).

Esta pesquisa foi desenvolvida no Município de João Pessoa-PB, tendo representação de três, dos cinco DS que compõe este território, especificamente nas Unidades de Saúde da Família (USF) que foram classificadas, na avaliação do PMAQ-AB 2º Ciclo, quanto ao seu nível de qualidade em “muito acima da média” e que desenvolvem o PSE neste município, estando duas USF localizadas no Distrito Sanitário II; uma USF localizada no Distrito Sanitário III e três USF localizadas no Distrito Sanitário V e o Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTI-M) deste município (BRASIL, 2015c).

#### 4.3 Participantes da Pesquisa

A amostra foi do tipo intencional e segundo Gil (2009), este tipo de amostragem, exige do pesquisador um grande conhecimento na escolha de um subgrupo da população, ou seja, um conjunto estabelecido de elementos que detém determinados atributos, que, com base nas informações disponíveis, possa ser considerado representativo do universo a ser estudado, reforçando o aprofundamento da compreensão desse subgrupo.

##### 4.3.1 Critérios de Inclusão:

- Equipes de Saúde da Família avaliada pelo PMAQ – 2º Ciclo e classificadas como “muito acima da média”.
- Profissional médico, enfermeiro e dentista com atuação na ESF há pelo menos dois anos;
- Representante da gestão na saúde e na educação do Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTI-M).

##### 4.3.2 Critérios de Exclusão:

- Equipes de Saúde da Família que não foram avaliadas no PMAQ – 2º Ciclo como “muito acima da média”;
- Profissionais que estiverem ausentes do serviço no período de coleta de dados, por licença médica, férias ou que se recusassem a participar da pesquisa.

Participaram desta pesquisa, 12 profissionais, dentre os quais, 08 são profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família, representados pelo

médico, enfermeiro e dentista e 04 são profissionais que compõem o Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTI-M).

#### 4.4 Coleta dos Dados

##### 4.4.1 Procedimentos para a coleta

Foi realizado um primeiro contato com os profissionais da ESF e com os profissionais que compõem o GTI-M de João Pessoa através de visitas aos serviços públicos, ocasião esta, que foi possível apresentar aos participantes os objetivos e metodologia desta pesquisa, bem como agendar com os mesmos o dia para a realização da entrevista, objetivando a não interferência na rotina de trabalho dos serviços. Este primeiro contato foi realizado em três tentativas. A coleta foi realizada no período de fevereiro a maio de 2016.

A participação dos profissionais de saúde e dos profissionais que compõe o GTI-M de João Pessoa esteve de acordo com a leitura e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, (Apêndice B), onde foram, informados sobre os objetivos da pesquisa, seus procedimentos, os riscos mínimos ou não previsíveis, que não foi realizado nenhum procedimento que pudesse prejudicar, bem como, foram informados sobre os benefícios, garantia do anonimato, direito de participarem ou não e também, que poderiam desistir em qualquer momento da pesquisa, sobre o sigilo dos dados e guarda do material coletado sob os cuidados da pesquisadora responsável pela pesquisa por um período de cinco anos na Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Foi também apresentado aos participantes o Termo de Autorização para a gravação da entrevista (Apêndice C).

##### 4.4.2 Instrumento

Para a coleta dos dados foi utilizada a técnica da entrevista semiestruturada.

De acordo com Bauer (2010), a entrevista fornece dados básicos para o desenvolvimento e o entendimento das relações entre os atores sociais e sua situação, objetivando a compreensão das crenças, atitudes, valores e motivações, relacionadas aos comportamentos das pessoas em contextos sociais específicos. Nas entrevistas semiestruturadas observam questões abertas, com temas centrais baseados nos objetivos do estudo. Paralelamente, o pesquisado tem a possibilidade

de ampliar esse direcionamento, representando uma vantagem em agregar informações de acordo com os objetivos do estudo (TURATO, 2003).

O roteiro da entrevista (Apêndice A) foi dividido em duas partes: a primeira com a caracterização dos pesquisados, contendo informações relacionadas a idade, profissão, tempo de formação, local de trabalho, tempo que trabalha no serviço e tempo que participa do PSE e a segunda parte com relação às questões norteadoras da pesquisa composta por sete questões, as quais foram elaboradas tendo como base as Diretrizes do Programa Saúde na Escola e norteadas pelo eixo do trabalho intersetorial, abordando a compreensão do PSE, a intersetorialidade, o trabalho em equipe, o planejamento e como as ações de avaliação das condições de saúde, promoção da saúde e prevenção de agravos que estão sendo realizadas, bem como, as fragilidades, potencialidades e estratégias na execução do PSE neste município. Dessa forma, o diálogo teve como foco principal a articulação dos setores saúde e educação na operacionalização do PSE no município de João Pessoa.

As entrevistas foram realizadas em dia e horário pactuado com os participantes da pesquisa, em ambiente fechado e reservado, sendo uma conversação, permitindo o entrevistado relatar sua percepção acerca do objeto em estudo, com duração média de 30 minutos, utilizando-se um gravador digital (LAKATOS, 2011).

#### 4.5 Análise dos Dados

Na abordagem qualitativa, os relatos obtidos nas entrevistas gravadas foram inicialmente transcritos e posteriormente foi realizada uma leitura flutuante das respostas, objetivando o primeiro contato e conhecimento das mensagens. Em seguida, foram determinadas as unidades de contexto e de registro, as quais foram agrupadas em categorias temáticas pré-definidas. Desta forma, na etapa de sistematização, para cada unidade de registro foram organizados os conteúdos referentes aos temas e a partir daí, foi realizada a categorização para compor o banco de dados para análise.

A análise dos dados foi realizada por meio da Análise de Conteúdo de Bardin, intencionando trabalhar a mensagem e a sua significação, classificando-as em categorias, objetivando evidenciar indicadores que permitam realizar uma

dedução lógica sobre outra realidade que está explícita ou não na mensagem (BARDIN, 2011).

Nesta pesquisa, foi definido as Unidades de Análise, dividindo-as em Unidades de Contexto (que imprimem significados, permitindo clareza do contexto e são obtidas mediante a dados de caracterização dos informantes, suas condições de subsistência, a especificidade de suas inserções em grupos sociais diversificados, seja família de origem, seja mercado de trabalho, em instituições dentre outras) e em, Unidades de Registro (representando a menor parte do conteúdo, cuja ocorrência é registrada de acordo com as categorias levantadas). Estas Unidades, foram, então, combinadas, compartilhadas e inter-relacionadas, garantindo a possibilidade de realização de análises e interpretações mais amplas, levando em consideração as diversas instâncias do sentido e de significados implícitos nas comunicações escritas (FRANCO, 2012).

A análise realizada teve a intersetorialidade como eixo norteador, considerando que é uma das diretrizes do Programa Saúde na Escola e foram definidas as seguintes categorias temáticas: compreensão do Programa Saúde na Escola, percepção da intersetorialidade e do trabalho em equipe, planejamento e execução das ações do PSE e fragilidades e potencialidades na execução do programa, as quais norteiam as ações desenvolvidas no PSE (BRASIL, 2015b).

Os entrevistados foram enumerados em códigos PS, para os profissionais da saúde e GM para gestores municipais, com a devida sequência numérica presente nos questionários de caracterização da amostra, por ordem cronológica de realização das entrevistas, não havendo menção no que se refere a nomes, profissão, cargo que ocupa, setor ou instituição que atuam ou qualquer referência que venha levar sua identificação ou de terceiros.

#### 4.6 Aspectos Éticos

Ciente das questões éticas inerentes à pesquisa com seres humanos, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFPB, seguindo todas as orientações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS (BRASIL 2012c). Esta pesquisa foi aprovada pelo CEP com o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética



(CAAE) de número 47379615900005188 e parecer favorável de número 1.157.722 na seguinte data da relatoria 23/07/2015 (Vide Anexo A).

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Nesta pesquisa, foi possível caracterizar o perfil das participantes, permitindo contextualizar os dados e foi definido também, as categorias de análises. Estas Unidades se complementam, enriquecendo desta forma, o tópico resultados e discussões.

### 5.1 Caracterização dos Entrevistados

Os resultados encontram-se distribuídos na Tabela 1, a qual apresenta a caracterização das participantes segundo variáveis sócio demográficas e acadêmico-profissionais, a média e o respectivo desvio padrão, e a percentagem a ser considerada após a avaliação dos dados.

Participaram desta pesquisa 12 profissionais, sendo as entrevistadas, em sua totalidade, do sexo feminino (100%). Em média, têm 45 (7,7) anos de idade, têm 25 (9,9) anos de formação em nível superior, sendo que, cerca de 04 (33,3%) dessas têm formação em Enfermagem, 02 (16,7%) em Medicina, 03 (25%) em Odontologia, 02 (16,7%) em Nutrição e 01 (8,3%) em Administração de Empresas. Quanto ao tempo que trabalham neste serviço, têm-se uma média de 11 (4,3) anos, sendo 08 participantes (66,7%) atuando na ESF e 04 (33,3%) na Gestão em Saúde Pública, apontando assim, que as mesmas têm experiência profissional no serviço público. Com relação ao tempo que participam e desenvolvem ações no PSE, têm-se uma média 05 (1,9) anos.

Tabela 1. Caracterização das participantes segundo variáveis sócio demográficas e acadêmico - profissionais. João Pessoa, PB. 2016.

	MÉDIA (DP)	MEDIANA
Idade (anos)	45 (7,7)	46
Tempo de Formação (Nível Superior- anos)	25 (9,9)	27
Tempo de Exercício na ESF/Gestão (anos)	11 (4,3)	11,5
Tempo de Atuação no PSE (anos)	05 (1,9)	5,0
		N (%)
Sexo		
Feminino		12 (100)
Masculino		00 (00)

Total	12 (100)
Formação (Graduação)	
Enfermagem	04 (33,3)
Medicina	02 (16,7)
Odontologia	03 (25,0)
Nutrição	02 (16,7)
Administração de Empresas	01 (8,3)
Total	12 (100)
Área de Trabalho	
Estratégia Saúde da Família	08 (66,7)
Gestão em Saúde Pública	04 (33,3)
Total	12 (100)

---

Fonte: Elaboração própria

A seguir serão apresentados os resultados do estudo, com suas discussões e reflexões, agrupadas nas seguintes categorias temáticas: Compreensão do Programa Saúde na Escola, Percepção da intersetorialidade e do trabalho em equipe, Planejamento e execução das ações do PSE e Fragilidades e potencialidades na execução do programa.

## 5.2 Compreensão do Programa Saúde na Escola

O PSE, entendido como uma estratégia interministerial, firmada pelo Decreto de Nº 6286, de 05 de dezembro de 2007, mediante a pactuação e adesão, formalizados pelos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, permite a integração e a articulação permanente dos setores Educação e Saúde, dentre outros, nas ações que articulem também a participação da comunidade escolar, envolvendo as EqSF e a educação Básica. Tem como finalidade a contribuição para a formação integral dos estudantes da rede de educação pública com a realização de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, para a construção de sistema de atenção social e no fortalecimento do enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde (BRASIL, 2007a, 2009a).

As entrevistadas relataram que o PSE é um programa intersetorial, com um olhar voltado para as crianças e os adolescentes, vinculando uma equipe de saúde a uma escola ou creche para trabalhar a questão da promoção e prevenção de saúde, dentro da unidade escolar, através dos Agentes de Saúde, da equipe multidisciplinar e dos professores.

(...) é um elo: professor-aluno-PSF (PS4)

O Programa Saúde na Escola volta o olhar para as crianças e os adolescentes que estão nas escolas. É um programa intersetorial (GM2)

(...) é uma estratégia que veio vincular uma equipe de saúde a uma escola ou a uma creche e a proposta é trabalhar a questão da promoção e prevenção de saúde, dentro da Unidade escolar através dos Agentes de Saúde, através da equipe multidisciplinar que tem hoje nas equipes de saúde os dentistas, os ACS, os ASB, as enfermeiras, e os médicos que realizam este trabalho dentro da escola. (GM3)

Percebe-se, que as entrevistadas compreendem o que é o PSE, os atores participantes, bem como, compreendem o seu objetivo na atenção à saúde dos escolares. Estes dados, também foram ressaltados, nos estudos de Santiago (2012), o qual declara que a implantação do PSE permitiu aos profissionais de saúde a percepção do seu papel social de educador e possibilitou aos adolescentes maior contato com a EqSF, favorecendo com isto, a criação e o fortalecimento do vínculo entre escolares e saúde.

### 5.3 Percepção da Intersetorialidade e do Trabalho em Equipe no PSE

Dentre as diretrizes preconizadas pelo PSE tem destaque a Intersetorialidade, permitindo a articulação das ações executadas pelos sistemas de Saúde e de Educação. Para que este programa alcance seus objetivos, é importante a prática cotidiana da intersetorialidade nos campos da gestão, do planejamento, dos compromissos, e da abordagem nos territórios onde estão inseridas as unidades escolares e as EqAB. Assim, a articulação entre as políticas de Saúde e de Educação pode garantir às crianças, aos adolescentes e aos jovens escolares acesso a uma qualidade de vida melhor (BRASIL, 2015b).

A intersetorialidade é compreendida como a articulação de saberes e experiências no planejamento, a realização e a avaliação de ações, com o objetivo de alcançar resultados integrados em situações complexas, bem como, visa uma ação em conjunto no desenvolvimento social (JUNQUEIRA E INOJOSA, 1997).

É, pois, um processo articulado e integrado, de formulação e implementação de políticas públicas, não podendo prescindir da construção de uma nova cultura organizacional capaz de superar a divisão do conhecimento e das propostas de ação alicerçadas no poder tecnoprofissional, requerendo amplos investimentos na formação e capacitação multidisciplinar de gestores e trabalhadores da saúde ou de outros setores (STOTZ E ARAÚJO, 2004; PEREIRA, 2009).

A maioria das entrevistadas compreende a intersetorialidade como sendo a articulação dos setores Saúde e Educação e destacaram, que a mesma, poderia ser melhorada, pois apresenta muitos problemas.

Existe a interligação entre a escola e o serviço (...) é a articulação unidade-escola (...). Poderia ser melhorada (PS1)

É qualquer ação que está para ser realizada por mais de uma Instituição (PS8)

(...) seria o trabalho em conjunto de dois setores: o setor Saúde e o setor Educação. Onde toda a equipe da saúde e a equipe da educação vão planejar ações e atividades com as crianças e adolescentes nos temas pertinentes (...) (GM2)

A compreensão acerca do conceito de intersetorialidade, entre os profissionais da saúde e os representantes do GTI-M, se mostrou muito frágil, o que pode ser percebido também no estudo realizado por Medeiros (2015) onde aponta, que não existe uma apropriação correta do conceito de intersetorialidade por parte dos participantes do GTI-M, causando uma desarticulação institucional.

Moretti (2010), em seu estudo sobre a intersetorialidade nas ações de promoção de saúde, observou-se que na maioria das vezes, não havia clareza sobre o contexto da intersetorialidade, confundindo com a interdisciplinaridade e a mera concessão de espaço físico e bens materiais para a realização das ações, sem denotar corresponsabilidade.

Para a implementação do PSE, faz-se necessário, que o trabalho em equipe seja um pressuposto desenvolvido desde a fase de planejamento, passando pelas fases de execução e avaliação.

Pode-se conceituar trabalho em equipe, como sendo, uma rede de relações entre as pessoas, bem como, uma rede de relações de poderes, saberes, afetos, interesses e desejos, possibilitando identificar processos grupais (FORTUNA, 2005).

O trabalho em equipe constitui um princípio operativo fundamental da ESF. É posto como uma diretriz organizativa para os serviços de saúde que compõe o SUS, tratando-se de uma característica desejável para a oferta de ações e serviços. Porém, não se deve perder de vista que, haverá modalidades, graus e formas singulares de se trabalhar em equipe, na APS. Essa particularidade está determinada pelas normatizações que estão nos processos políticos e que passam pelo o modelo de atenção e os modelos assistenciais (DALLA VECCHIA, 2012).

As entrevistadas apontaram que o trabalho em equipe, no PSE deste Município, está sendo desenvolvido por algumas categorias de profissionais. E apenas uma entrevistada cita a participação da equipe NASF.

(...) a gente conta mesmo é com o dentista, o enfermeiro. Os agentes de saúde, que são preciosos, porque eles são inseridos na própria comunidade, eles são agentes daquelas crianças (PS1)

Como as vezes, nem todos estão se propondo a participar, o trabalho não sai muito em equipe. Às vezes fica na mão de um profissional, dois, três profissionais daquela equipe (GM2)

Geralmente quem faz esse trabalho (educativo) é o dentista, o enfermeiro, o ACS, o pessoal da Nutrição - equipe NASF que faz estas palestras na escola (GM3)

Compreende-se, então, que o trabalho em equipe não está sendo realizado de acordo com o que está preconizado nos pressupostos de PSE, onde o ideal seria envolver toda a equipe de saúde (Médico, Enfermeiro, Cirurgião Dentista, Técnicos de Enfermagem e Auxiliar de Saúde Bucal, Auxiliar de Enfermagem, ACS) e inclusive, os profissionais do NASF, bem como, estes profissionais devem desenvolver um trabalho em equipe integração, e não apenas realizar um trabalho com um agrupamento profissional (BRASIL, 2009a, PEDUZZI, 1998).

#### 5.4 Planejamento e execução das ações do PSE

O Ministério da Saúde vem consolidando, ao longo dos últimos anos, um modelo de gestão com um olhar direcionado para resultados, objetivando garantir a ampliação do acesso com qualidade aos serviços de Saúde. Um desafio pautado em estratégias de planejamento em saúde, monitoramento e avaliação, em um contexto no qual a Saúde é parte integrante do desenvolvimento do País, focada no crescimento, no bem-estar e na melhoria das condições de vida de toda a população brasileira (BRASIL, 2013c).

Para operacionalizar ações intersetoriais, existe a necessidade do desenvolvimento de um processo de planejamento e programação que consista em um espaço de poder ser compartilhado e de articulação de interesses, saberes e práticas, das diversas organizações envolvidas (TEIXEIRA; PAIM, 2000).

No contexto do trabalho intersetorial, a maioria das entrevistadas relatou que o planejamento em saúde das ações no PSE, nos territórios, é realizado pelos profissionais da EqSF, os quais repassam para a escola o que foi planejado anteriormente. E que estas equipes de saúde elaboram um cronograma das ações que deverão ser realizadas ao longo do ano letivo, e que as vezes, a escola diz que não vai dá para fazer, porque já tem uma atividade, necessitando os profissionais da saúde readequar o que já foi planejado.

Não, a escola, normalmente não participa desse planejamento. Eles sabem quais são as atividades que têm que ser desenvolvidas (...) é como eu te falei, a gente (saúde) esboça um cronograma, e a gente sempre está em contato com eles, porque, às vezes a escola diz que não vai dá para fazer, porque já tem uma atividade e a gente vai readequando (PS1)

Quanto ao planejamento, eles (os professores) não participam, mas assim, tudo que você pedir a gente tem acesso, isso a gente tem que falar a verdade, só não tem a presença deles lá. A gente conta um ou dois. (...) eles não participam conosco, mas se houvesse todo o planejamento junto a escola era melhor (PS5)

Durante o ano, existe aquelas atividades que a gente vai programando, o que a gente vai fazer no primeiro semestre, o que a gente vai fazer no segundo semestre (GM2)

Compreende-se, que o planejamento é realizado pelos profissionais da saúde e destacam que seria melhor se houvesse um planejamento em conjunto com a escola. Desta forma, é importante que todos os atores envolvidos no PSE, compreendam que o planejamento em saúde, deve fazer parte das suas atribuições profissionais. Os estudos de Westphal e Mendes (2000), apontam que os setores saúde, educação e ação social são parceiros comuns quando se avaliam experiências intersetoriais, entretanto, muitas dessas iniciativas são informais e não envolvem planejamento prévio e são ações definidas por apenas um setor.

A PNAB, traz em seus preceitos, que o planejamento em saúde é responsabilidade comum das esferas de governo Federal, Estadual e Municipal, bem como, determina que participar do planejamento local de saúde é uma característica do processo de trabalho das EqAB, objetivando à readequação do processo de trabalho diante das necessidades, realidade, dificuldades e possibilidades analisadas e que este planejamento das ações deverá ser realizado de forma compartilhada entre os profissionais da EqSF e do NASF (BRASIL, 2012a).

Paim (2015) complementa, afirmando, que o planejamento objetiva identificar problemas e estratégias para orientar a ação. No caso do setor saúde, os problemas se referem ao estado de saúde (doenças, acidentes, carências, agravos, vulnerabilidades e riscos), também conhecidos como problemas terminais, e aos serviços de saúde (infraestrutura, organização, gestão, financiamento, prestação de serviços), denominados de problemas intermediários. Neste olhar, o planejamento estaria sendo conduzido pelos problemas, sejam dos indivíduos e das populações, sejam do sistema de serviços de saúde, ou ambos.

O estudo de Engelmann (2016) identificou que, desigualdades socioeconômicas favorecem para a ocorrência de cárie dentária e essa associação, pode ser utilizada como informação para o planejamento de atividades da comunidade e da promoção da saúde bucal. As estratégias devem levar em consideração os fatores observados.

Levando-se em consideração, o planejamento em saúde realizado pelas EqSF, as entrevistadas relataram que o mesmo está centrado na mão de alguns profissionais da saúde, tais como a enfermeira e a dentista, que tem um planejamento de palestras educativas e preventivas e que dispõem de pouco tempo para realiza-lo.



Não existe, quem planeja. (...) eu sei que em outras unidades é o dentista (...) na equipe que eu faço parte, é o enfermeiro (...) Apesar de que existe sim a parceira enfermeiro-dentista (PS1)

(...) nosso planejamento é junto com a enfermeira, porque o médico sempre é mais difícil se locomover da Unidade. A gente tem um planejamento de palestras educativas e preventivas (PS4)

(...) vem as demandas do Ministério da Saúde, lá do PSE e tem que trabalhar, (...) vem muito em cima da hora (...) é muito pouco tempo para fazer o planejamento. (...) às vezes, o material educativo para trabalhar demora a chegar, isso tudo dificulta a gente (GM3)

Entende-se que existe fragilidade no planejamento das ações do PSE, realizadas pelos profissionais da saúde na EqSF, uma vez que, nem todos integrantes destas equipes estão participando do planejamento, dificultando assim, a construção e efetivação das ações deste programa. Achados como estes, também foram apresentados por Andrade (2013), em seu estudo acerca do planejamento das ações educativas pela equipe multiprofissional da ESF, o qual aponta que o planejamento das atividades é realizado com participação dos profissionais da equipe, porém nem toda a equipe reúne-se para desenvolvê-lo e constatou-se também, o papel primordial do enfermeiro na organização e planejamento dos grupos operativos terapêuticos e das atividades educativas da ESF.

O planejamento das ações desenvolvidas no PSE, deve envolver também, os representantes do GTI-M.

O GTI deve fazer a gestão do PSE e estão responsáveis pelo preenchimento do Termo de Compromisso, definindo intersetorialmente metas e cobertura das ações. Esta proposta deve ser baseada na gestão 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 (BRASIL, 2015b; BRASIL, 2011b).

Outro conceito, que precisa ser entendido neste contexto, é o de matriciamento, também conhecido como apoio matricial. É um novo modo de

produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica (BRASIL, 2011c).

Com relação ao planejamento em saúde a nível da gestão municipal, as representantes do GTI-M relataram que existe um planejamento das ações do PSE em conjunto com os apoiadores do GT-PSE (Grupo de Trabalho do PSE) dos Distritos Sanitários e com os profissionais da rede na educação e na saúde, através da realização de reunião mensal. Há relato de existir um Plano de Ação e que, a cada bimestre, uma temática é trabalhada nas ações do PSE.

Tudo parte do GTI - Municipal. A gente se reúne todos os meses, então todas as propostas, todo o planejamento do PSE, a questão da adesão é combinada com o GT. (...) A gente trabalha na lógica do matriciamento, então tem os profissionais do GT que leva a informação do distrito, que passa para o NASF, tem o profissional da equipe e o profissional da educação que vem para as reuniões com a gente (...) (GM1)

Durante o ano, existe aquelas atividades que a gente vai programando. O que a gente vai fazer no primeiro semestre, o que a gente vai fazer no segundo semestre. E aí pode ser montado um Plano de Ação (GM2)

Cada bimestre trabalha uma temática. Trabalha com a dengue, trabalha com drogas, depois trabalha com alimentação saudável, e assim sucessivamente. É a questão da necessidade (GM3).

Percebeu-se, que no planejamento realizado pelo GTI-M há o envolvimento de outros profissionais que estão na Atenção Básica, a exemplo dos apoiadores matriciais dos Distritos Sanitários, e este município, está trabalhando, na lógica do matriciamento. Campos (2007) argumenta que o apoio matricial em saúde objetiva oferecer uma assistência quanto ao suporte técnico pedagógico às equipes de referência numa construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias.

Dentro deste contexto, o PSE propõe o desenvolvimento de ações voltadas para os escolares da rede de educação básica pública, distribuídas nos Componentes I (avaliação clínica), Componente II (ações de promoção e prevenção) e Componente III (Formação) (BRASIL, 2009a).

As entrevistadas relataram que no Componente I do PSE estão sendo realizados levantamentos epidemiológicos em saúde bucal, mensuração dos dados antropométricos, observa-se o calendário vacinal, é realizado o Teste de Snellen e depois dessa triagem oftalmológica, o fluxo dos escolares é encaminhado para o

setor de referência do Município, onde o atendimento deve ser realizado no HU (Hospital Universitário) da UFPB, para promover a consulta oftalmológica e lá mesmo, tem a confecção dos óculos.

(...) a parte de Odontologia, que a gente faz levantamento epidemiológico (PS4)

(...) realizava o teste de “Snellen”, a avaliação antropométrica, e fazia uma avaliação clínica com o médico (...) aqueles (escolares) que o Teste de Snellen está dando problema, (...) nos é solicitado para encaminhar estas pessoas para consultas no ônibus oftalmológico no Hospital Universitário (PS6)

(...) faz uma avaliação individual de cada aluno, uma acuidade visual, que faz com o Teste de Snellen. Depois dessa triagem o fluxo é encaminhar para o Consultório Itinerante que fica no HU (Hospital Universitário) para promover a consulta oftalmológica e depois, lá mesmo, tem a confecção dos óculos (...). Também tem a questão da avaliação vacinal (GM3)

Percebe-se que estão sendo realizadas as ações de avaliação clínica individual dos escolares, conforme preconizadas pelo PSE, bem como, as crianças e adolescentes inseridos na rede de educação básica pública e que participam do programa, estão sendo referenciadas, quando há necessidade, para a Rede de Atenção à Saúde deste município, permitindo com isto, um cuidado integral destes escolares (BRASIL, 2015b).

Quanto a operacionalização das ações do PSE no Componente II, as entrevistadas relataram que estas ações são desenvolvidas pelos profissionais da saúde, profissionais da educação e profissionais advindo, de outros setores da RAS e que estão desenvolvendo as atividades de promoção da saúde, prevenção de doenças, atividades de Educação em Saúde em algumas temáticas preconizada no PSE, tais como sexualidade, DST, gestação na adolescência, drogas, tabagismo, alimentação saudável, saúde bucal, prevenção da dengue, atividade física, questão ambiental.

(...) a parte de Odontologia, faz palestra educativa, escovação orientada, como deve usar os dentífrícios e fio dental (...) (PS4)

Nós buscamos trazer pessoas do Equilíbrio do Ser, onde fez o trabalho com Arte terapia, palestras com o pessoal da enfermagem, falando da questão da sexualidade, palestra sobre a vacina do HPV, com pessoal da nutrição, falamos de alimentação saudável (PS6)

Geralmente quem faz esse trabalho (educativo) é o dentista, o enfermeiro, o ACS, o pessoal da Nutrição – equipe NASF que faz estas palestras na escola. Mostra a questão da atividade física, da

alimentação saudável, e também de outras temáticas que muitas vezes é polêmica, é meio difícil de trabalhar, por exemplo, a questão das drogas, (...) também trabalha a questão do tabagismo, (...) a questão ambiental, a questão do lixo, da água, do próprio ambiente da escola. E o cuidado com os acidentes (GM3)

Desenvolve atividades de Educação em Saúde. (...) A gente está estimulando o protagonismo das pessoas, dos gestores, dos profissionais, das crianças, para esse cuidado em saúde (...) seria chamar a questão da participação comunitária mesmo, participação popular, dos pais estarem mais integrados às ações da escola e da saúde. Chamar a responsabilidade, essa conscientização (GM4)

Entende-se que há a participação de vários atores inseridos no programa, objetivando a promoção do autocuidado. A escola pode ser um espaço privilegiado para a promoção da saúde, visto que tem potencial ímpar na formação de pessoas com autonomia e criticidade capazes de compreender a realidade e modificá-la a partir do lugar que ocupam, ou seja, formar cidadão com potencial a reflexão acerca dos problemas da comunidade e a propor ações para resolvê-los, a partir de suas perspectivas (BRASIL, 2015b).

Para a implementação das ações previstas no PSE, são importantes os processos de formação inicial e continuada de profissionais das duas áreas, já previstos pelas políticas de Saúde e de Educação. 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 a implementação das ações do PSE. As ações do componente III, estão relacionadas com a Formação do GTI, Formação de jovens protagonistas para o PSE, Formação de profissionais da Educação e da Saúde e Cursos de Educação a Distância através de diversas estratégias desenvolvidas de forma contínua e permanente (BRASIL, 2015b).

A Educação Permanente é uma importante estratégia para o fortalecimento das ações previstas no componente formativo do PSE. Pode ser compreendida como uma aprendizagem no serviço, presente no cotidiano das organizações e do trabalho, buscando uma transformação das práticas profissionais. Ela é construída a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõem que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam mediante

problematização do processo de trabalho, e leva em consideração que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações (BRASIL, 2006).

Com referência ao Componente III (Formação) do PSE, as profissionais das EqSF, demonstraram existir reuniões, direcionadas para alguns profissionais, não sendo relatados encontros formativos com os pressupostos do PSE.

Às vezes, vai a dentista da equipe para algumas reuniões, mas eu não me recordo de a gente ter ido encontros desta natureza (formação). Eu não sei se a escola tem. Se a escola está recebendo este tipo, mas, nós não (PS1)

A gente é convidada para as reuniões, que tem a participação dos profissionais da rede, dos gestores da Educação, da Saúde (PS4)

Não é só reunir para dizer o que está acontecendo, como eu fui uma vez, mas dizer a proposta do PSE (PS8)

Percebe-se a necessidade de fortalecimento das ações do componente formativo do PSE, através das estratégias propostas pelo programa: formação do GTI, através de oficinas, ensino a distância, formação de profissionais da Educação e da Saúde nos temas relativos ao PSE, através de Educação Permanente, formação de jovens protagonistas por meio da metodologia de educação de pares e realizando cursos de educação a distância, bem como, disponibilizar para os profissionais participantes do programa, os cadernos temáticos do PSE, os quais, apresentam diretrizes e orientações dialogadas entre Saúde, Educação e demais políticas públicas (BRASIL, 2015b).

Entretanto, as representantes do GTI-M expressaram, haver a realização de oficinas para os profissionais da saúde e da educação, bem como, apontaram que existem materiais educativos fornecidos pelo Ministério da Saúde e elencaram as temáticas trabalhadas nestes encontros: saúde sexual, reprodutiva, prevenção e combate às questões das drogas, tabagismo e alimentação.

A gente faz as oficinas sobre saúde sexual, reprodutiva, prevenção e combate às questões das drogas, tabagismo, faz sobre alimentação,

(...) durante o ano, a gente faz pelo menos uns cinco encontros com os profissionais, tanto da escola como da saúde (GM1)

O material educativo, todo ano, eles (o Ministério da Saúde) lançam um caderno que traz algumas oficinas. Teve um caderno de 2013/2014. Esse caderno tem algumas sugestões, mas vai de escola para escola, de equipe para equipe. A gente fez uma oficina com os professores de artes para que eles trabalhassem essa questão da DST/AIDS e hepatites virais nas escolas (GM3)

Observa-se um esforço da gestão em promover oficina de formação, mas este recurso, não está contemplando, todos os profissionais participantes no PSE. Necessita, pois, buscar outras estratégias formativas, tais como, EAD em parceria com Instituição de Ensino Superior, visando alcançar estes profissionais (BRASIL, 2011b).

#### 5.5 Fragilidades e Potencialidades na execução do PSE

Serão realizadas discussões, baseados em fragilidades relatadas pelas entrevistadas nesta pesquisa, as quais, estão relacionadas com a execução das ações intersetoriais, com o trabalho em equipe, com a participação dos pais dos escolares na construção e consolidação das ações e com a falta de material educativo para execução das atividades do programa.

Em relação as ações intersetoriais, a PNAB traz que, o desenvolvimento destas ações é característica do processo de trabalho das equipes de atenção básica e é uma das atribuições dos membros destas equipes, integrando projetos e redes de apoio social voltados para o desenvolvimento de uma atenção integral e procura identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais (BRASIL, 2012a).

Uma fragilidade apontada pelas entrevistadas, está relacionada com a execução das ações realizadas pelos setores saúde e educação no PSE, onde as mesmas, relataram que os profissionais da EqSF estão trabalhando sozinhos e os profissionais da educação precisam entender que estas ações deverão fazer parte do Projeto Político Pedagógico da escola.

(...) porque a gente sente que nós trabalhamos sozinhos, a equipe (Saúde da Família) (PS5)

Eu já participei de atividades da equipe na escola, onde, muitas escolas oferecem o espaço e a equipe fazia as ações sozinhas, não tinha a participação da escola (GM2)

O entendimento da escola que a gente está lá, não para atrapalhar, mas para somar às nossas propostas ao Projeto Político Pedagógico (GM4)

Foi compreendido que existe uma fragmentação nas ações intersetoriais do PSE, sendo necessário, reflexões, por parte dos profissionais da educação, da saúde e gestores, com relação ao desenvolvimento destas ações, para a efetiva implementação deste programa. Moretti (2010), destaca que conceito e a realização na prática da intersectorialidade precisam estar inseridos na rotina de gestores e profissionais de saúde para que ações de promoção de saúde não se tornem a repetição de modelos conhecidos e reconhecidamente pouco impactantes na melhoria de condições de saúde da população.

Entretanto, algumas representantes do GTI-M destacaram, que no desenvolvimento das ações propostas pelo PSE, existe a parceria, com outras instituições.

Nós já tivemos participação da Secretaria das Mulheres, como também a Vigilância Ambiental (...) a gente está passeando por vários setores (GM1)

A escola desenvolve projetos intersetoriais (...) hoje, tem o Projeto TamuJunto (...) é um programa que ele atua junto com o PSE, já que tem esse vínculo de saúde com a escola (...) o HU (Hospital Universitário) (GM3)

(...) a gente começou a articular também com outros setores da rede: a escola, os CAPS (GM4)

Constata-se que, as ações intersetoriais do PSE, estão sendo realizadas em parceria com outros setores da Rede de Atenção à Saúde, porém de forma pontual. Há a necessidade de se trabalhar de forma conjunta em contraposição ao modelo de se fazer sozinho. Dias (2014) destaca em seu estudo, o envolvimento de

vários atores e segmentos na resolução dos problemas de saúde. Este envolvimento não é da competência apenas dos profissionais da saúde. Outros setores e profissionais precisam envolver-se para que soluções satisfatórias sejam possíveis.

Ao fazer uma reflexão acerca do trabalho em equipe, Ciampone (2000) destaca que a maior parte da nossa formação, como profissionais de saúde, ainda está relacionada com um modelo assistencial biomédico, configurando uma divisão entre o biológico e o psicossocial e, portanto, pouco nos capacita para a atuação na esfera da interação, seja com o usuário, seja com os demais profissionais.

Outra fragilidade destacada pelas entrevistadas é que o profissional da medicina participa pouco das ações do PSE e os motivos elencados foram: pouca sensibilidade com o programa, existe uma alta demanda do atendimento clínico, não permitindo o médico sair da Unidade para realizar atividades em outros equipamentos sociais, bem como, a gestão do PSE não cobra esta participação.

Acho que o médico poderia contribuir muito nesse sentido, mas eu ainda não vejo muito engajamento, muita sensibilidade (...) as pessoas da gestão do programa no município, deveria chamar mais o médico (...) porque o médico sempre é mais difícil se locomover da Unidade (...) (PS1)

O médico poucas vezes vai (...) porque realmente não tem tempo devido à comunidade, a quantidade de gente que atende que é muito grande (PS7)

O médico, pela característica que a gente tem de Unidade de Saúde, uma grande demanda, do atendimento clínico, de tratamento, o médico sai menos da Unidade. Até porque se ele sair tanto, até a comunidade vai perguntar, (...) seria importante, porque o profissional médico, pode trazer conhecimento e trazer discussões entre as crianças e adolescentes em relação à saúde deles. Então, seria importante sim que ele também contribuísse (GM2)

As entrevistadas reconhecem a importância de todos os profissionais participarem das ações do PSE, promovendo diálogo na promoção da saúde dos escolares. Machado (2007) destacava também, que é preciso exercitar de maneira efetiva o trabalho em equipe, bem como, aponta que é necessário, estabelecer estratégias que favoreçam o diálogo, a troca, entre os diversos saberes formais e



não-formais que contribuam para as ações de promoção de saúde a nível individual e coletivo.

Para a efetivação do PSE, faz-se necessário também, instigar a articulação de saberes, com a participação dos educandos, pais, comunidade escolar e sociedade em geral na construção e controle social das políticas públicas da saúde e educação (BRASIL, 2011b).

Na Constituição de 1988, está previsto no artigo 198, que a sociedade deve participar da gestão do sistema de saúde, podendo participar nos Conselhos locais, municipais e estaduais e nas Conferências de Saúde ou de forma não institucionalizada, em toda e qualquer atividade de saúde, desde as mais individuais/assistenciais até as mais coletivas/educativas (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990b).

Dificuldades com a participação dos pais dos alunos nas ações do PSE, apesar de terem sido convidados pelos profissionais da EqSF, foram relatadas pelas entrevistadas e as mesmas, apresentaram como justificativa para esta pouca participação o fato destes pais estarem ocupados ou não residirem no território adstrito à USF.

(...) nós gostaríamos que tivesse a participação dos pais, mas eles não vêm (...) têm os convites, mas eles sempre estão ocupados (PS5)

(...) a gente chama, faz um comunicado, chama as mães para conversar. Sabem quantas aparecem? O mínimo. (...) (PS6)

(...) até mesmo para a gente chamar esses pais, para conversar, fica difícil. Porque eles não moram aqui no território, a maioria deles (PS8)

Neste contexto, ficou evidenciado a tendência das entrevistadas culpabilizarem estes pais pela não participação nas ações do PSE. Há, portanto, a necessidade que as equipes promovam novas estratégias de buscativas, visando a comunidade participar ativamente das ações de construção e efetivação do PSE. Rolim et al (2013) descreve que a participação popular em todas as esferas de gestão do SUS é um dos avanços da democracia, uma vez que as decisões sobre as ações na saúde deverão ser negociadas com os representantes da sociedade,

pois os mesmos, conhecem a realidade da saúde das comunidades. É importante, então, concordar com estes pensamentos e estendê-los aos enfoques e preceitos do PSE, objetivando uma construção coletiva das ações voltadas para a comunidades escolar.

Nas ações do PSE são realizadas ações de Educação em Saúde entendidas como uma importante estratégia direcionada a promover mudanças nos campos educacionais (conhecimento, atitudes e habilidades), organizacionais (práticas, programas, políticas, legislações), econômicas e ambientais (ambientes físicos e sociais) (PEREIRA, 2009).

Pode-se fazer Educação em Saúde, através de diversos instrumentos educativos, tais como uma entrevista pessoal, palestras - em geral com quadro-negro, álbum seriado, filmes, fotografias – dramatizações, cartazes, criação de grupos específicos, correspondência direta, mídia (revistas, jornais, televisão) e cada vez mais pela internet. O contato pessoal frequente entre os profissionais da equipe de saúde e o indivíduo e sua comunidade pode ser a maneira mais eficiente de se obter sucesso na Educação em Saúde (PINTO, 2014).

Um outro ponto, destacado pelas profissionais da saúde como sendo fragilidade no PSE deste município, é a falta de materiais educativos, que são utilizados nas ações do programa e deveriam ser fornecidos pela gestão.

(...) a gente deveria receber mais material educativo. A gente faz praticamente sem ter material educativo e a gente sabe que isso são subsídios. A gente tem que preparar cartolina na escola (...), mas panfletos, jogos educativos, enfim, coisas que estimulassem mais, instrumentos que nos ajudassem a trabalhar de uma forma mais dinâmica, nós não temos (PS1)

De material a gente não tem absolutamente nada, qualquer coisa depende única e exclusivamente dos profissionais que forem para lá (...)(PS8)

É necessário que os profissionais, trabalhem também, com metodologias que favoreçam o diálogo entre os escolares através de rodas de conversa e construa junto com a comunidade escolar seus próprios instrumentos educativos. Turrioni (2012) relata que os encontros para as atividades educativas na escola foram realizados em forma de rodas de conversa, procurando trabalhar com o que fazia sentido para os adolescentes, sensibilizando-os da melhor forma em relação

aos temas. Também foram utilizados recursos audiovisuais para facilitar o entendimento.

Entretanto, em algumas falas, as entrevistadas demonstraram a existência de material educativo, advindo da coordenação Nacional do PSE e adquirido pela coordenação municipal do programa, tais como, cadernos de atenção do PSE, álbum seriado, kits de fantoches, dentre outros.

(...) a gente leva o material que já vem pronto do Ministério, e na escola tem tudo. Na escola já tem esse material para gente trabalhar com os alunos (PS5)

A gente já comprou, data show para os distritos para usar nas atividades, comprou fantoches. O Distrito dispõe de um kit de fantoches que tem a questão da higiene bucal, tem a escova, tem tudo lá (GM1)

A gente também tem o álbum seriado que traz várias temáticas de saúde bucal, higiene pessoal, sexualidade, a questão das drogas. O ano passado, a gente conseguiu adquirir uns kits de fantoche e material pedagógico para ajudar as equipes a estarem desenvolvendo isso e a criatividade de cada equipe e da escola (GM3)

Percebe-se que houve, controvérsias nas falas das entrevistadas com relação a disponibilidade de material educativo, havendo a necessidade da socialização das informações, tornando acessível os materiais pedagógicos entre todos os envolvidos no processo, afim de que, as ações preconizadas no PSE possam ser realizadas de maneira eficaz. Pereira (2009) complementa a reflexão, propondo que os educadores em saúde devem ajudar as comunidades com as ferramentas sociais necessárias para promover mudanças pertinentes à melhoria de suas condições em saúde.

Esta pesquisa apontou, também, avanços no PSE neste município, com potencialidades perpassando os setores da saúde e educação, bem como, relacionados ao eixo integração ensino-serviço.

Como pressupostos do PSE pode-se destacar a ampliação intersetorial das ações executadas pelos sistemas de saúde e de educação, visando à atenção integral à saúde de crianças e adolescentes, o fortalecimento do enfrentamento das vulnerabilidades no campo da saúde, bem como, a promoção da comunicação, encaminhamento e resolutividade entre escolas e unidades de saúde, assegurando

as ações de atenção e cuidado sobre as condições de saúde dos estudantes (BRASIL, 2011b).

Dentre as potencialidades do PSE, neste município, as entrevistadas elencaram: a criação de vínculo com os professores, com os coordenadores das escolas, com as crianças e os adolescentes, a realização de avaliação, reavaliação e encaminhamento dos casos, a ampliação do acesso a informação em saúde a estes participantes e permitiu a parceria com outros setores.

Com o PSE, a gente desenvolve as atividades com a mesma escola, então, você acaba criando um vínculo com os professores, com os coordenadores, com os alunos, e, ano a ano, a gente vai avaliando, reavaliando (...) faz o encaminhamento dos casos (...) (PS1)

(...) a grande potencialidade é atingir essa clientela (dos adolescentes), porque eu acho que é uma clientela que não procura as Unidades de Saúde (...) a parceria do HU, que é para as consultas oftalmológicas, que a gente tem. A gente faz o teste de Snellen nas escolas, e a gente não tinha nenhuma referência para encaminhar essas crianças, e hoje tem o HU (GM1)

A gente vê (o PSE) como um cuidado integral (...) também como forma de ampliar o acesso às informações de saúde para as crianças, para os professores e para os pais. A gente visualizou isso como uma continuidade, esse cuidado longitudinal, contemplando as crianças (GM4)

Percebe-se, que a implantação do PSE, neste município, permitiu a realização de uma atenção à saúde das crianças e adolescentes, contemplando um público que muitas das vezes, permanece afastado dos serviços de saúde. Santiago (2012) destaca também em seus estudos, que o PSE permitiu aos profissionais de saúde a percepção do seu papel social de educador e possibilitou aos adolescentes maior contato com a equipe da ESF.

Outra potencialidade que foi destacada nesta pesquisa, perpassa pelo conceito de Integração Ensino-Serviço compreendido como sendo o trabalho coletivo, pactuado e integrado de discentes e docentes dos cursos de formação na área da saúde articulado com os trabalhadores das equipes dos serviços de saúde e os gestores, objetivando à qualificação da atenção à saúde individual e coletiva, da

formação profissional e ao desenvolvimento dos trabalhadores dos serviços (ALBUQUERQUE, 2008).

Dentro da temática Integração Ensino-Serviço, as entrevistadas relataram que existe a participação, nas ações do PSE, dos discentes dos cursos de graduação e pós-graduação em saúde das Instituições de Ensino Superior (IES) que compõe a Rede Escola neste município.

Um ponto positivo, é a questão de os estudantes do internato de medicina terem a noção de que a saúde perpassa também por esse viés escolar (...) já vão terminar sua formação com a ideia da importância de se trabalhar a escola e o escolar (...) (PS1)

(...) sempre têm os estudantes de Nutrição, turma de Enfermagem, Fisioterapia, Dentista. Eles quem organizam as brincadeiras com os alunos (PS5)

A gente o pessoal que está aqui fazendo estágio, essa turma da Residência Hospitalar Multidisciplinar tem Farmacêutica, Fisioterapeuta, Terapêutica Ocupacional (...) tinha uma equipe de Fonoaudiologia (...) a gente leva para fazer palestras e os adolescentes que estão no Ensino Médios acham muito interessante (PS7)

Tem uma Rede Escola já institucionalizada e a partir de 2006 com a participação da Universidade, veio potencializar essas ações (do PSE). A gente tem, com a inserção dos estudantes, essas ações bem fortalecidas (GM4)

Foi percebido que a inserção de discentes das IES pode fortalecer as ações do PSE, na atenção à saúde de crianças e adolescentes, motivando os escolares na busca do autocuidado e contribuir na formação dos discentes, permitindo aos mesmos, um olhar ampliado para ações desenvolvidas nas escolas. Pizzinato et al (2012) destaca em seu estudo a maior satisfação dos usuários com os serviços prestados nos locais em que a Universidade está presente, com a ampliação principalmente na educação e promoção da saúde (em grupos, escolas, consultas e orientações). E Gonçalves (2014) aponta que a parceria ensino-serviço é importante também para a formação de profissionais críticos-reflexivos, possibilitando a aproximação entre a teoria e a prática realizada nos serviços e permite a vivência de experiências de atuação interdisciplinar.

Albuquerque (2008) descreve que os espaços onde ocorre o diálogo entre o ensino e o serviço são espaços de cidadania, onde profissionais do serviço e docentes, usuários e o próprio estudante vão estabelecendo seus papéis sociais na articulação de seus saberes, modos de ser e de ver o mundo. Destaca também, que se faz necessário um investimento na sensibilização dos atores inseridos nos cenários onde se desenvolvem os cuidados e o processo de ensino-aprendizagem.

Cabe ressaltar, que esta pesquisa apresenta limitações relacionadas ao universo estudado, entretanto, através dela, obteve-se dados dos diversos territórios que permeiam este Município e os pontos discutidos aqui, poderão ser correlacionados com outras pesquisas no sentido de fortalecer o programa no âmbito nacional.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atenção à saúde das crianças e adolescentes merece destaque no âmbito das políticas públicas, visto que, os mesmos podem estar expostos ao risco de adoecimento. Diante desta condição, torna-se fundamental a implantação e implementação do PSE, resultante da articulação e integração dos diversos setores com a saúde e a educação, envolvendo no processo, as EqSF e as escolas de Educação Básica. Desta forma, há uma ampliação nos cuidados com a saúde dos escolares, em consonância com as diretrizes propostas no SUS.

No contexto do Município de João Pessoa, os profissionais da saúde e os representantes do GTI-M compreendem a finalidade do PSE, identificam os atores participantes e as ações de saúde previstas no âmbito deste programa, considerando as atividades de promoção, prevenção e assistência à saúde. Entretanto, a percepção de intersetorialidade, por parte das entrevistadas, encontra-se frágil, e as mesmas não reconhecem as potencialidades que esta diretriz representa, estando as ações intersetoriais centradas no setor saúde. O trabalho em equipe está sendo desenvolvido por alguns profissionais das EqSF, necessitando uma participação maior dos profissionais de medicina e do NASF. Foi relatada fragilidades no planejamento realizado entre os profissionais da saúde e da educação, bem como, observou-se fragilidades no planejamento dentro da própria EqSF, enquanto que, no GTI-M o planejamento procurou envolver outros profissionais que estão na Atenção Básica, a exemplo dos apoiadores matriciais dos Distritos Sanitários, trabalhando na lógica do matriciamento. O componente formativo do PSE necessita ser fortalecido, por meio da Educação Permanente dos profissionais de Saúde e da Educação Básica. A participação dos pais dos escolares, na construção e consolidação das ações, e a falta de material educativo para a execução das atividades do programa foram apontadas também, como fragilidades.

Apesar dos desafios encontrados, as ações de avaliação clínica, de promoção da saúde e prevenção das doenças estão sendo desenvolvidas, permitindo um vínculo dos escolares com as EqSF. Destaca-se também, que a inserção no PSE, de discentes dos cursos de graduação e pós-graduação das IES fortalece as ações do programa, motiva os escolares na busca do autocuidado e

contribui na formação dos discentes, permitindo aos mesmos, um olhar ampliado para ações desenvolvidas nas escolas.

Nesta perspectiva, esta pesquisa, permitiu uma reflexão em torno da importância de se trabalhar a intersectorialidade e o trabalho em equipe nas ações do PSE, buscando com isto, o aprimoramento e o fortalecimento da atenção à saúde das crianças e adolescentes do território adstrito. Bem como, os dados obtidos poderão subsidiar e motivar as ações dos profissionais da saúde e dos gestores qualificando suas atividades no âmbito escolar.

As entrevistadas elencaram sugestões, visando qualificar as ações do PSE neste município, que foram: compartilhar as experiências vivenciadas entre os participantes do programa, potencializar os projetos que já existem nas escolas, dialogar com as IES e fortalecer o componente formativo voltado para os profissionais da saúde, da educação e gestores.

Sugere-se a realização de outras pesquisas de avaliação do PSE, incluindo no universo pesquisado, a comunidade escolar, objetivando ampliar a discussão e apontar os avanços e desafios que este programa apresenta, sob o olhar de todos os atores participantes, bem como, será realizada uma devolutiva para a gestão e as equipes visando a discussão dos avanços e desafios na perspectiva de uma construção coletiva de propostas para uma melhor operacionalização do programa no município.



## REFERÊNCIAS

ANDRADE, A. C. V. de. Planejamento das ações educativas pela equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família. *O Mundo da Saúde*, São Paulo: 2013;37(4):439-449.

ALBUQUERQUE, V. S. et al. A Integração Ensino-Aprendizagem. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 32 (3): 356 – 362 ; 2008.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Tradução Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. 1 ed. São Paulo: [s.n.], 2011.

BASTOS, J. R. de; PERES, S. H. de C.; CALDANA, M. de L. *Educação em Saúde: com enfoque em Odontologia e em Fonoaudiologia*. São Paulo: Santos, 2007.

BAUER, M.W; GASKELL, G. [orgs.]; tradução de Pedrinho A. Guarescchi. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. 8. Ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. Brasília: CONASS, 2011a.

\_\_\_\_\_. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Diário Oficial da União 1988.

\_\_\_\_\_. Fundação Nacional de Saúde. *Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde: documento base*. Fundação Nacional de Saúde - Brasília: Funasa, 2007b.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, v 128, n 182, 20 set. 1990a.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Caderno do gestor do PSE. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. Guia prático de matriciamento em saúde mental / Dulce Helena Chiaverini (Organizadora) et al. Brasília: DF, 2011c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 2012c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1130, de 05 de agosto de 2015. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, Brasil, 2007c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Para entender o controle social na saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Instrutivo PSE. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. PMAQ. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade. Manual instrutivo para as equipes de atenção básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e NASF. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mais perto de você- acesso e qualidade: Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na Escola. - Série B. Textos Básicos de Saúde. Cadernos de Atenção Básica; n. 24. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política nacional de promoção da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. Planejamento estratégico do Ministério da Saúde. 2011 – 2015: resultados e perspectivas. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013c.

\_\_\_\_\_. Portal da Saúde. SUS. Saúde Mais Perto de Você. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Lista de certificação. Brasil, 2015c. Disponível em:  
[http://dab.saude.gov.br/portaldab/cidadao\\_pmaq2.php?conteudo=resultado\\_avaliacaoFORM](http://dab.saude.gov.br/portaldab/cidadao_pmaq2.php?conteudo=resultado_avaliacaoFORM)

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Lei 8069 de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasil, 1990c.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Decreto nº 6.286, de cinco de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 dez. 2007a.

BRASÍLIA. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Semana Saúde na Escola: Guia de Sugestões de Atividades 2012. Brasília: BRASÍLIA, 2012.

CAMPOS, F. C. C; FARIA, H. P.; SANOTS, M. A. dos. Planejamento e avaliação das ações em saúde. 2ª ed. - Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010.

CAMPOS, G. W. S.; DOMOTTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(2):399-407, fev, 2007.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciências & Saúde Coletiva*, vol 10(4): 975-986, 2005.

CIAMPONE, M. H. T.; PEDUZZI, M. Trabalho em Equipe e Trabalho em Grupo no Programa Saúde da Família. *R. Bras. Enferm. Brasília*, v. 53, especial, p. 143-147, dez. 2000.

CUNHA, G. T. CAMPOS, G. W. de S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. *Saúde Soc. São Paulo*, v.20, n.4, p.961-970, 2011. DALLA VECCHIA, M. Trabalho em equipe na atenção primária: fundamentos histórico-políticos. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2012.

DALLA VECCHIA, M. Trabalho em equipe na atenção primária: fundamentos histórico-políticos. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2012.

DIAS, A. A. & col. Saúde Bucal coletiva: metodologias de trabalho e práticas. São Paulo: Santos, 2007.

DIAS, M.S.A. et al. Intersetorialidade e estratégia Saúde da Família: tudo ou quase nada a ver? *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(11):4371-4382, 2014.

ENGELMANN, J. L et al. Dental caries and socioeconomic factors. *Brazilian Dental Journal*. 27(1) 2016.

ERDMAN, A. L.; SOUSA, F. G. M. Cuidando da criança na atenção básica de saúde: atitudes dos profissionais da saúde. *O Mundo da Saúde São Paulo*: 2009;33(2):150-160.

FERREIRA, I.R.C. et al. Diplomas Normativos do Programa Saúde na Escola: análise de conteúdo associada à ferramenta ATLAS TI. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(12):3385-3398, 2012.

FIGUEIREDO, T.A.M *et al.* A saúde na escola: um breve resgate histórico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(2):397- 402, 2010.

FORTUNA, C. M. et al. O Trabalho de equipe o Programa de Saúde da Família: Reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. *Rev Latino-am Enfermagem* 2005 março-abril; 13(2):262-8.

FRANCO, M. L. P. B. *Análise de Conteúdo*. Brasília, 4<sup>a</sup> ed: Liber Livro, 2012.

GIL, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. - 4. ed. - São Paulo: Atlas, 2002.

GIL, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

GONÇALVES, C. N. S.; CORRÊA, A. B.; SIMON, G. et al. Integração ensino-serviço na voz de profissionais de saúde. *Rev enferm UFPE on line.*, Recife, 8(6):1678-86, jun., 2014.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasil, 2016a. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/>

JOÃO PESSOA. Prefeitura Municipal de João Pessoa. Secretaria Municipal de Educação e Cultura. Diretoria de Gestão Curricular. Departamento de Programas Especiais. Relatório Municipal do Programa Saúde na Escola – 2015b

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal de João Pessoa. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de Gestão – Período de Janeiro a dezembro de 2014. João Pessoa, 2015a. Disponível em: <http://aplicacao.saude.gov.br/sargsus/login!consultarRelatorioExterno.action?tipoRelatorio=01&codUf=25&codTpRel=01>

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal de João Pessoa. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de Gestão – Período de Janeiro a dezembro de 2015. João Pessoa, 2016.

JUNQUEIRA, L. A. P.; INOJOSA, R. M. Desenvolvimento social e intersectorialidade: a cidade solidária. São Paulo: FUNDAP, 1997.

\_\_\_\_\_. L. P. A. Gestão intersectorial das políticas sociais e o terceiro setor. Saúde e Sociedade. v. 13, n. 1, p. 25-36, 2004.

\_\_\_\_\_. L. A. P. Intersectorialidade, transectorialidade e redes sociais na saúde. RAP Rio de Janeiro 34(6):35-45, Nov./Dez. 2000.

LAKATOS, E. M. Fundamentos de metodologia científica - 5. ed. - São Paulo: Atlas, 2011.

MACHADO, M. F .A .S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. Ciência & Saúde Coletiva, 12(2):335-342, 2007.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MEDEIROS, L. M. R. de P. A Gestão do Programa Saúde na Escola no Município de Natal/RN: um estudo de caso. Dissertação de Mestrado. Natal-RN, 2015.

MOREIRA, T. M. M et al. Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. Rev Esc Enferm USP. 2008;42(2):312-20.

MORETTI, A. C et al. Intersectorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba (PR). Ciência & Saúde Coletiva, 15(Supl. 1):1827-1834, 2010.

MOYSÉS, M. T. et al. Saúde Bucal das Famílias: trabalhando com evidências. São Paulo: Artes Médicas, 2008.

OTTAWA. Carta de Ottawa. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, novembro de 1986.

PAIM, J. S e outros. O que É o SUS. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2015.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação. Campinas, 1998. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 35, n. 1, fev. 2001

PEREIRA, A.C. Tratado de Saúde Coletiva em Odontologia. Nova Odessa: Napoleão, 2009.

PINTO, V. G. Saúde Bucal Coletiva. – 6 ed. [Reimpr.] – São Paulo: Santos, 2014.

PIZZINATO, A. et al. Integração Ensino-Serviço na Formação Profissional. Revista Brasileira de Educação Médica. 36 (1 Supl. 2): 170 – 177; 20

POPE, C.; MAYS, N. Métodos qualitativos na pesquisa em saúde. In: Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. Trad. Ananyr Porto Fajardo. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

ROLIM, B. B.; CRUZ, R. S. B. L. C; SAMPAIO, K. J. A. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. Saúde em Debate • Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 139-147, jan./mar. 2013

SANTIAGO, L. M. et al. Implantação do Programa Saúde na Escola em Fortaleza-CE: atuação de equipe da Estratégia Saúde da Família. Rev Bras Enferm, Brasília 2012 nov-dez; 65(6): 1026-9.



SILVA, A.N da. Fundamentos em saúde bucal coletiva. Rio de Janeiro: Medbook, 2013.

SILVA, K. L.; RODRIGUES, A. T. Ações intersetoriais para promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: experiências, desafios e possibilidades. Rev Bras Enferm, Brasília 2010. set-out; 63 (5) : 762-9.

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 de Saúde ou a negação da negação. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2004.

STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília : UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STOTZ, E. N; ARAÚJO, J. W. G. Promoção da Saúde e Cultura Política: a reconstrução do consenso. Saúde e Sociedade v.13, n.2, p.5-19, maio-ago, 2004.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S. Planejamento e programação de ações intersetoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 63-80, 2000.

TEIXEIRA, C. F. Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências. Salvador: EDUFBA, 2010.

TURATO, E. R. Tratado de metodologia da pesquisa clínico- qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes, 2003.

TURRIONI, A. P. S. et al. Avaliação das ações de educação na saúde bucal de adolescentes dentro da Estratégia de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(7):1841-1848, 2012.

WESTPHAL, M. F.; MENDES, R. Cidade saudável: uma experiência de interdisciplinaridade e intersetorialidade. *Revista de Administração Pública*, v. 34, n. 6, p. 47-61, 2000.

WHO. Carta da Organização Mundial de Saúde. 1946. Disponível em <http://www.onuportugal.pt/oms.doc>.

## APÊNDICE A

## ROTEIRO DA ENTREVISTA

USF: \_\_\_\_\_

Escola: \_\_\_\_\_

Município \_\_\_\_\_

Data: \_\_/\_\_/\_\_

## I - CARACTERIZAÇÃO DOS PESQUISADOS

-Idade: \_\_\_\_\_

-Profissão: \_\_\_\_\_

-Tempo de formação: \_\_\_\_\_

- Local de trabalho: ( ) USF ( ) ESCOLA ( ) GESTÃO

-Tempo que trabalha no serviço: \_\_\_\_\_

-Tempo que participa do PSE: \_\_\_\_\_

## II - QUESTÕES NORTEADORAS

- 1- Fale sobre o Programa Saúde na Escola (PSE) no seu território ou Município.
- 2- Como se dá a interação entre gestão, profissionais da saúde e professores?
- 3- Como são realizadas as ações do PSE no seu território ou Município? Quem participa do planejamento e na realização destas ações?
- 4- O que você entende por intersetorialidade e trabalho em equipe nas ações do PSE?
- 5- Como e quem realiza o acompanhamento do programa PSE no seu território ou município?
- 6- Comente sobre as potencialidades e fragilidades para o desenvolvimento do PSF no seu território ou município.
- 7- Fale sobre as estratégias para melhorar o desenvolvimento do PSE no seu território ou município.

## APÊNDICE B

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este é um convite para você participar da pesquisa: “Programa Saúde na Escola: concepção dos atores envolvidos em um Município do Nordeste Brasileiro” que tem como pesquisadora responsável Cristiane Costa Braga, aluna do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e tem como objetivos compreender o Programa Saúde na Escola (PSE) na perspectiva dos profissionais da saúde da ESF, dos professores do Ensino Médio e dos gestores que compõe o Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTI-M), compreender o trabalho em equipe e a intersectorialidade das ações neste programa, identificar como as ações de avaliação das condições de saúde, de promoção da saúde e de prevenção de agravos estão sendo realizadas, verificar como se dá o planejamento das ações do PSE e conhecer as fragilidades e potencialidades na execução do PSE. Esta pesquisa fornecerá informações que fomentarão reflexões acerca, das atividades desenvolvidas no PSE, numa abordagem voltada para o cuidado da saúde dos escolares, tendo como eixo orientador a Intersetorialidade.

Caso você decida participar, você deverá responder um questionário com perguntas semiestruturadas com gravação de voz por meio de um aparelho eletrônico e digital. Durante a realização da entrevista a previsão de risco é mínima. Pode acontecer um desconforto para você durante sua condução, pois você responderá sobre o desenvolvimento do Programa Saúde na Escola, no entanto estes riscos serão minimizados por meio da confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas e pela total liberdade para se recusar a responder perguntas que lhe cause constrangimento de qualquer natureza ou de desistir da pesquisa no momento em que julgar conveniente sem nenhum prejuízo. Esta pesquisa será observada a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

A sua participação não garantirá benefícios individuais, mas contribuirá na produção de conhecimentos favoráveis à reflexão e discussões acerca da efetivação de uma estratégia intersectorial para o atendimento à saúde integral do escolar do município de João Pessoa, proposta pelo PSE.

Você ficará com uma cópia deste documento, sendo-lhe imputado o direito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo para você.

Os dados que você irá fornecer serão transcritos em papel e após analisados na finalização do estudo, serão arquivados em local seguro na UFPB sob a responsabilidade da pesquisadora. Sendo divulgados apenas em congressos ou publicações científicas, garantindo-se o anonimato dos participantes.

Durante todo o período da pesquisa você poderá tirar suas dúvidas ligando para a pesquisadora responsável Cristiane Costa Braga por meio do telefone (83) 32269105 ou entrando em contato pelo e-mail [cristianecbraga@hotmail.com](mailto:cristianecbraga@hotmail.com). Sobre a ética dessa pesquisa você deverá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFPB no endereço Cidade Universitária, s/n, Castelo Branco, João Pessoa - PB, ou através do telefone (83) 3216-7791 ou e-mail: [eticaccs@ccs.ufpb.br](mailto:eticaccs@ccs.ufpb.br).

Este documento foi impresso em duas vias. Uma ficará com você e a outra com o pesquisador responsável Cristiane Costa Braga

Desde já agradeço sua participação nesta pesquisa.

#### Consentimento Livre e Esclarecido Pós-esclarecimento

Após ter sido esclarecido sobre os objetivos, importância e o modo como os dados serão coletados nessa pesquisa, além de conhecer os riscos, desconfortos e benefícios que ela trará para mim e ter ficado ciente de todos os meus direitos, concordo em participar da pesquisa “Programa Saúde na Escola: concepção dos atores envolvidos em um Município do Nordeste Brasileiro” e autorizo a divulgação das informações por mim fornecidas em congressos e/ou publicações científicas desde que nenhum dado possa me identificar.

João Pessoa-PB, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015

#### Declaração do pesquisador responsável

Como pesquisadora responsável pela pesquisa “Programa Saúde na Escola: concepção dos atores envolvidos em um Município do Nordeste

Brasileiro” declaro que assumo a inteira responsabilidade de cumprir fielmente os procedimentos metodologicamente e direitos que foram esclarecidos e assegurados ao participante desse estudo, assim como manter sigilo e confidencialidade sobre a identidade do mesmo.

Declaro ainda estar ciente que na inobservância do compromisso ora assumido estarei infringindo as normas e diretrizes propostas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que regulamenta as pesquisas envolvendo o ser humano.

João Pessoa-PB, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015

-----  
Cristiane Costa Braga  
Pesquisadora Responsável

-----  
Orientadora Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Cláudia Helena Soares Morais Freitas

## APÊNDICE C

## TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA A GRAVAÇÃO DA ENTREVISTA

Eu, \_\_\_\_\_, depois de entender os riscos e benefícios que a pesquisa intitulada “Programa Saúde na Escola: concepção dos atores envolvidos em um Município do Nordeste Brasileiro” poderá trazer e, entender especialmente os métodos que serão usados para a coleta de dados, assim como, estar ciente da necessidade da gravação de minha entrevista, AUTORIZO, por meio deste termo, a pesquisadora Cristiane Costa Braga a realizar a gravação de minha entrevista sem custos financeiros a nenhuma parte.

Esta AUTORIZAÇÃO foi concedida mediante o compromisso dos pesquisadores acima citados em garantir-me os seguintes direitos:

1. Poderei ler a transcrição de minha gravação;
2. Os dados coletados serão usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas científicas, congressos e jornais;
3. Minha identificação não será revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas;
4. Qualquer outra forma de utilização dessas informações somente poderá ser feita mediante minha autorização;
5. Os dados coletados serão guardados por 05 (cinco) anos, sob a responsabilidade da pesquisadora Cristiane Costa Braga, e após esse período, serão destruídos e,
6. Serei livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse da gravação e transcrição de minha entrevista.

João Pessoa-PB, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015.

---

Assinatura do participante da pesquisa

## ANEXO

## Anexo A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

## CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 6ª Reunião realizada no dia 23/07/2015, o Projeto de pesquisa intitulado: **“PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: CONCEPÇÃO DOS ATORES ENVOLVIDOS EM UM MUNICÍPIO DO NORDESTE BRASILEIRO”**, da Pesquisadora Cristiane Costa Braga. Protocolo 0441/15. CAAE: 47379615.9.0000.5188.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à apresentação do resumo do estudo proposto à apreciação do Comitê.

  
Andrea Márcia da C. Lima  
Mat. SIAPE 1117510  
Secretária do CEP-CCS-UFPB