

AVALIAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA PELA PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE

EVALUATION OF THE SCHOOL HEALTH PROGRAM FROM THE HEALTH PROFESSIONALS' PERSPECTIVE

Emir Dirlan Lima de Oliveira¹, Maria Laura Braccini Fagundes¹, Luísa Helena do Nascimento Tôrres¹, Luis Antonio Sangioni¹

¹Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde com ênfase em Atenção Básica/ESF – UFSM/ Santa Maria, RS, Brasil.

Autor correspondentes: Emir Dirlan Lima de Oliveira (e-mail: emirdlo@gmail.com)

RESUMO

Objetivo: Avaliar a participação e a percepção dos profissionais da saúde em relação ao Programa Saúde na Escola (PSE). Além disso, visou-se estabelecer comparações entre as unidades de saúde que contam com residentes e as unidades que não recebem esses profissionais. **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal quantitativo, com aplicação de questionário estruturado elaborado pelos pesquisadores. Foram entrevistados os profissionais que compõem equipes de ESF de Santa Maria/RS e residentes do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde com ênfase em Atenção Básica/ESF (PRMISPS-AB) da UFSM. A análise dos dados se deu por meio do software SPSS, versão 20. Inicialmente foi realizada uma análise descritiva (freq. absoluta e relativa), sendo posteriormente aplicados testes de associação. **Resultados:** Uma quantidade considerável de servidores não está envolvida no programa. Verificou-se que a participação nas ações e a frequência com que a equipe realiza as atividades foram maiores nas unidades onde tem residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde. A maioria avaliou a quantidade das capacitações oferecidas como muito pouco/pouco, bem como a qualidade das capacitações como regular. Percebeu-se uma baixa participação das Estratégias Saúde da Família na construção do Projeto Político Pedagógico das escolas. O Ensino Médio e o EJA são os níveis de ensino onde menos são realizadas ações do PSE. A falta de recursos financeiros e materiais foi o problema mais citado para desenvolvimento das ações. **Conclusão:** Faz-se necessário promover o comprometimento dos profissionais com o programa, o diálogo sistematizado entre as partes e, por fim, a intersetorialidade.

Palavras-chaves: Colaboração Intersetorial, Programas Nacionais de Saúde, Serviços de Odontologia Escolar, Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the participation and perception of health professionals who make up ESF teams in Santa Maria / RS and residents of the Multiprofessional Residency Program Integrated in the Public Health System with an emphasis on Primary Care / ESF (PRMISPS-AB) at UFSM in relation to the Health at School Program (PSE). In addition, the aim was to establish comparisons between health units that have residents and units that do not receive these professionals. **Methodology:** This is a cross-sectional quantitative study, with the application of a structured questionnaire prepared by the researchers. Data analysis was performed using the SPSS software, version 20. Initially, a descriptive analysis was performed (absolute and relative freq.), And association tests were subsequently applied. **Results:** A considerable number of servers are not involved in the program. It was found that the participation in the actions and the frequency with which the team performs the activities were greater in the units where there are residents of the Multiprofessional Residency Program in Health. Most evaluated the amount of training offered as very little / little, as well as the quality of training as regular. It was noticed a low participation of the Family Health Strategies in the construction of the Political Pedagogical Project of the schools. High School and EJA are the levels of education where PSE actions are least performed. The lack of financial and material resources was the most cited problem for the development of actions. **Conclusion:** It is necessary to promote the professionals' commitment to the program, the systematic dialogue between the parties and, finally, the intersectorality, in fact.

Keywords: Intersectoral Collaboration. National Health Programs. School Dentistry. Unified Health System.

INTRODUÇÃO

A saúde escolar no Brasil passou por uma revisão de seu conceito e de sua prática higienista e assistencialista, o que possibilitou avançar e ampliar a sua concepção e prática através de uma visão integral e interdisciplinar do ser humano, dentro de um contexto comunitário, ambiental e político mais amplos¹. Como reação de educadores e sanitaristas, surgem outros modos de entender o estreito vínculo entre a produção do conhecimento e um viver saudável, os quais se centram no conceito ampliado de saúde, na integralidade e na produção de cidadania e autonomia dos sujeitos².

Nesse contexto, no âmbito dos Ministérios da Educação e da Saúde, foi instituído pelo Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, um novo programa para a saúde escolar no Brasil, denominado Programa Saúde na Escola (PSE). O PSE tem por objetivo principal contribuir para a atenção integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio das ações de prevenção, promoção e atenção à saúde no espaço das escolas e/ou das unidades básicas de saúde, integrando as redes do sistema de educação e

do sistema público de saúde, representado pelo Sistema Único de Saúde (SUS)^{3,4,5}.

O PSE constitui uma possibilidade de atender uma necessidade há tempos sentida: o fortalecimento da integração entre os campos da educação e saúde, promovendo a intersetorialidade promulgada pelo SUS e a corresponsabilização entre estes setores, acostumados a trabalhar separadamente. Além de reconhecer e acolher as práticas de integração já existentes e que têm impactado positivamente a qualidade de vida dos educandos, ampliando o alcance dessas ações conjuntas às famílias e comunidade^{6,7}.

Enfatiza-se que a inovação do PSE se deve ao fato de ele ter sido implantado a partir do modelo brasileiro de Atenção Primária à Saúde (APS), representado pelas equipes de ESF⁸(Ferreira, et al. 2014). Essas equipes devem realizar visitas periódicas e permanentes às escolas participantes do PSE no seu território, a fim de trabalhar de forma interdisciplinar ao longo do ano letivo⁴. De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), são atribuições comuns a todos os profissionais de equipes de atenção básica realizar o cuidado em saúde da população adscrita no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros)⁹. Além de participar no planejamento, monitoramento e avaliação do programa, realizando e promovendo a articulação com o setor escolar a partir dos princípios preconizados pela própria PNAB e o Projeto Político Pedagógico das escolas¹⁰.

Diante disso, e da necessidade de analisar o programa a partir da visão dos sujeitos que o operacionalizam, o objetivo deste estudo foi avaliar a participação e a percepção dos profissionais de saúde e residentes do PRMISPS da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) em relação ao PSE no município. Além disso, visou-se estabelecer comparações entre as equipes de ESF que contam com residentes e as unidades que não desenvolvem essa modalidade de treinamento prático de profissionais da saúde em formação.

METODOLOGIA

Delineamento

Trata-se de um estudo observacional transversal quantitativo.

Cenário

Santa Maria é um município localizado na região central do estado do Rio Grande do Sul – Brasil, e contava com 277.309 habitantes em 2016, segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Apresenta cobertura de Atenção Básica de 54,87%, sendo que destes, 24% correspondem à cobertura de Estratégia Saúde da Família¹¹. Segundo a secretaria da saúde de Santa Maria, o PSE teve seu início em junho de 2014. As primeiras unidades de saúde participantes do programa foram duas ESF e uma UBS, abrangendo um total de 4 escolas. Por apresentar cobertura baixa de ESF, o município estimula a participação de outras composições de equipes de Atenção Básica (AB). Em março de 2016, iniciou-se um novo ciclo do programa envolvendo, além das equipes de ESF, as equipes de UBS, Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) e Unidade Móvel.

População e amostra

Foram incluídos na amostra desse estudo todos os profissionais de saúde que atuam em 16 equipes de ESF existentes em Santa Maria/RS, independente da categoria profissional, tipo de vínculo ou carga horária dedicada ao serviço. Também foram incluídos os profissionais de saúde residentes vinculados ao PRMISPS da UFSM que tem como campo principal de atividades práticas 5 ESF incluídas no estudo. Apenas uma equipe de ESF não foi incluída na pesquisa pois no período da coleta de dados ainda não estava envolvida no programa. Foram excluídos da pesquisa os profissionais que estavam de folga, atestado ou afastamento de qualquer natureza no momento de coleta dos dados. Também foram excluídos os residentes que realizavam apenas ações pontuais nas ESF como atividades de carga horária complementar ou matriciamento. A amostra final totalizou 120 profissionais.

Coleta de dados

A coleta dos dados se deu através da aplicação de um questionário estruturado elaborado pelos pesquisadores, composto por 33 questões de múltipla escolha. O questionário foi subdividido em 6 categorias abordando temas como a atuação da equipe, a gestão, as ações, a escola, os alunos e os pais/responsáveis. As equipes foram contatadas previamente para agendamento da visita para aplicação do questionário, a qual foi realizada no espaço físico próprio de cada unidade de saúde durante reunião de equipe, período em que as unidades estão funcionando apenas em expediente interno.

Aspectos éticos

O período de coleta de dados se deu do mês de agosto a dezembro de 2017 a partir da aprovação do NEPES (Núcleo de Educação Permanente de Santa Maria) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFSM (Registro nº CAAE: 72290217.8.0000.5346). Após tomar conhecimento dos objetivos do trabalho e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), os participantes eram convidados a responder o instrumento de coleta de dados.

Análise dos dados

A análise dos dados se deu por meio da tabulação das respostas marcadas através do software Statistical Package for Social Science for Windows - SPSS, versão 20 (SPSS Inc; Armonk, NY: IBM Corp.). Inicialmente foi realizada uma análise descritiva (freq. absoluta e relativa), sendo posteriormente aplicados testes de associação (qui-quadrado de Pearson e Fischer), com nível de significância estatística de 0,05.

RESULTADOS

A amostra desse estudo totalizou 120 profissionais da saúde, sendo 103 profissionais servidores públicos municipais que compõem 16 equipes multiprofissionais de ESF. Também contou com 17 profissionais residentes do PRMISPS da UFSM (6 enfermeiros, 2 fisioterapeutas, 1 cirurgião-dentista, 2

assistentes sociais, 2 profissionais de educação física, 2 nutricionistas e 2 fonoaudiólogos) que estão distribuídos em 5 dessas equipes.

Apenas 10,8% (13/120) desses profissionais estavam alocados em 3 ESF situadas em área rural. Com exceção da profissão médico, todas as outras categorias profissionais tiveram prevalência do sexo feminino de no mínimo 80,0%. Dentre as 7 categorias profissionais incluídas nesse estudo, apenas os enfermeiros (n=13), dentistas (n=5), ASB (n=3) e residentes (n=17) tiveram 100% de participação no PSE. Quase a totalidade da amostra (96,8% - 91/94) que participa do PSE afirmou também participar do planejamento das ações (Tabela 1).

Tabela 1 - Características epidemiológicas dos profissionais de saúde conforme núcleo profissional e atuação no PSE, Santa Maria, 2017.

Variáveis	Enf. n (%)	Médico n (%)	CD n (%)	ASB n (%)	Téc. Enf. (%)	ACS n (%)	Resid. n (%)	Total Amostra n (%)
Sexo								
Feminino	12(92,3)	6(54,5)	4 (80,0)	3 (100)	11(84,6)	54(93,1)	16(94,1)	106 (88,3)
Masculino	1 (7,7)	5(45,5)	1 (20,0)	0 (0)	2 (15,4)	4 (6,9)	1 (5,9)	14 (11,7)
Participa do PSE								
Sim	13(100)	4(36,4)	5(100)	3(100)	10(76,9)	43(74,1)	17(100)	95(79,2)
Não	0 (0)	7(63,6)	0 (0)	0 (0)	3 (23,1)	15 (25,9)	0 (0)	25 (20,8)
Frequência								
Semanal								
Quinzenal	4 (30,8)	0 (0)	2 (40,0)	0 (0)	0 (0)	15 (36,6)	5 (29,4)	26 (28,0)
Mensal	5 (38,5)	3 (75,0)	1 (20,0)	2 (66,7)	6 (60,0)	15 (36,6)	8 (47,1)	40 (43,0)
Trimestral	4 (30,8)	1 (25,0)	2 (40,0)	1 (33,3)	4 (40,0)	11 (26,8)	4 (23,5)	27 (29,0)
Participação no planejamento*								
Sim								
Não	13 (100)	3 (75,0)	5 (100)	3 (100)	10 (100)	41 (97,6)	16 (94,1)	91 (96,8)
	0 (0)	1 (25,0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (2,4)	1 (5,9)	3 (3,2)
Autoavaliação desempenho na realização das ações*								
Ruim	1 (7,7)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (5,9)	2 (2,2)
Regular	3 (23,1)	1 (25,0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	7 (17,5)	3 (17,6)	14 (15,4)
Bom	9 (69,2)	3 (75,0)	5 (100)	3 (100)	9 (100)	33 (82,5)	13 (76,5)	75 (82,4)
Autoavaliação envolvimento no planejamento das ações*								
Ruim	0 (0)	1 (25,0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (11,8)	3 (3,3)
Regular	3 (23,1)	1 (25,0)	1 (20,0)	1 (33,3)	2 (20,0)	10 (25,0)	6 (35,3)	24 (26,1)

Bom	10 (76,9)	2 (50,0)	4 (80,0)	2 (66,7)	8 (80,0)	30 (75,0)	9 (52,9)	65 (70,7)
Interação com a equipe*								
Ruim	1 (7,7)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (2,5)	0 (0)	2 (2,2)
Regular	2 (15,4)	1 (25,0)	1 (20,0)	0 (0)	1 (10,0)	7 (17,5)	5 (29,4)	17 (18,5)
Bom	10 (76,9)	3 (75,0)	4 (80,0)	3 (100)	9 (90,0)	32 (80,0)	12 (70,6)	73 (79,3)
Interação com os profissionais da educação*								
Ruim	1 (7,7)	1 (25,0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (4,9)	1 (5,9)	5 (5,4)
Regular	4 (30,8)	0 (0)	3 (60,0)	1 (33,3)	2 (20,0)	13 (31,7)	6 (35,3)	29 (31,2)
Bom	8 (61,5)	3 (75,0)	2 (40,0)	2 (66,7)	8 (80,0)	26 (63,4)	10 (58,8)	59 (63,4)

Nota: Valores diferentes de 120 devido à *missing*.*

Verificou-se que a participação nas ações e a frequência com que a equipe realizava as atividades semanal ou quinzenalmente foram maiores nas unidades onde apresentavam residentes. Entretanto, quando questionados sobre a frequência com que, de fato, participavam dessas ações, as respostas dos servidores não foram tão distintas entre os dois grupos (Tabela 2).

A autoavaliação sobre a própria atuação e desempenho na realização das ações do PSE foram equivalentes em ambos os grupos, porém, a autoavaliação sobre o próprio envolvimento no planejamento das ações foi melhor avaliada (bom/ótimo) onde não há residência (87,2% - 41/47). Da mesma forma, a interação entre o profissional de saúde com o da educação foi avaliada com mais frequência como bom/ótimo onde não há residência (70,8% - 34/48), bem como a receptividade dos profissionais da educação (64,6% - 31/48).

O envolvimento no planejamento das ações, a presença de coordenador na equipe e a receptividade dos profissionais da escola apresentaram diferença estatística relevante ($p < 0,05$) (Tabela 2).

Tabela 2 - Comparações entre os profissionais de ESF com e sem residentes da UFSM, Santa Maria, 2017.

Variáveis	Categorias	Presença da residência multiprofissional na ESF		
		Sim n(%)	Não n (%)	p
Participa do PSE	Sim	29 (85,3)	49 (71,0)	0,14
	Não	5 (14,7)	20 (29,0)	
Frequência que a equipe realiza as ações*	Semanal/Quinzenal	16 (59,3)	15 (32,6)	0,08
	Mensal	9 (33,3)	25 (54,3)	
	Trimestral/Semestral	2 (7,4)	6 (13,0)	
Frequência que participa*	Semanal/Quinzenal	9 (32,1)	12 (25,0)	0,80
	Mensal	11 (39,3)	21 (43,8)	
	Trimestral/semestral	8 (28,6)	15 (31,2)	
Existência de momento durante a semana para planejamento*	Sim	25 (89,3)	43 (93,5)	0,67
	Não	3 (10,7)	3 (6,5)	
Participa do planejamento*	Sim	26 (92,9)	49 (100)	0,13
	Não	2 (7,1)	0 (0)	
Autoavaliação atuação/desempenho nas ações*	Péssimo/Ruim/Regular	5 (17,2)	7 (15,6)	0,85
	Bom/Ótimo	24 (82,8)	38 (84,4)	
Autoavaliação envolvimento no planejamento*	Péssimo/Ruim/Regular	13 (46,4)	6 (12,8)	0,001
	Bom/Ótimo	15 (53,6)	41 (87,2)	
Interação com a equipe*	Péssimo/Ruim/Regular	5 (17,9)	9 (19,1)	0,89
	Bom/Ótimo	23 (82,1)	38 (80,9)	
Interação com os profissionais da educação durante as ações*	Péssimo/Ruim/Regular	13 (46,4)	14 (29,2)	0,13
	Bom/Ótimo	15 (53,6)	34 (70,8)	
Existência de coordenador na equipe*	Sim	17 (60,7)	44 (91,7)	0,002
	Não	11 (39,3)	4 (8,3)	
Avaliação do coordenador*	Péssimo/Ruim/Regular	2 (11,1)	5 (11,9)	0,93
	Bom/Ótimo	16 (88,9)	37 (88,1)	
Recursos financeiros e materiais fornecidos*	Péssimo/Ruim	15 (55,6)	32 (69,6)	0,23
	Bom/Ótimo/Regular	12 (44,4)	14 (30,4)	
Ações que você e o restante da equipe realizam*	Péssimo/Ruim/Regular	3 (11,1)	6 (12,5)	1,0
	Bom/Ótimo	24 (88,9)	42 (87,5)	

Variáveis	Categorias	Presença da Residência Multiprofissional da ESF		
		Sim n(%)	Não n(%)	p
Receptividade dos profissionais da escola*	Péssimo/Ruim/Regular	17 (63,0)	17 (35,4)	0,02
	Bom/Ótimo	10 (37,0)	31 (64,6)	
Ações desenvolvidas junto com os professores*	Sim	13 (52,0)	27 (55,1)	0,80
	Não	12 (48,0)	22 (44,9)	
Ações planejadas junto aos professores*	Sim	15 (55,6)	31 (64,6)	0,44
	Não	10 (44,4)	17 (35,4)	

Nota1: Valores diferentes de 103 devido à *missing*.*

Nota2: Na tabela 2 foram considerados apenas as respostas dos servidores públicos afim de permitir a comparação entre os profissionais das unidades com e sem residentes.

A tabela 3 apresenta a frequência com que as capacitações eram oferecidas. A maioria dos profissionais (59,6% - 53/89) avaliou a quantidade dessas como muito pouco ou pouco, bem como a qualidade das capacitações oferecidas como regular (42,7% - 38/89).

Tabela 3 - Capacitações ou treinamentos oferecidos, Santa Maria, 2017.

Variáveis	Categorias	n (%)
Frequência*	Semanal/Quinzenal	2 (2,2)
	Mensal	20 (22,2)
	Trimestral/Semestral	65 (72,2)
Quantidade*	Nunca	3 (2,5)
	Muito pouco/Pouco	53 (59,6)
	Suficiente	36 (40,4)
Qualidade*	Em excesso	0 (0)
	Péssimo/Ruim	15 (16,9)
	Regular	38 (42,7)
	Bom/Ótimo	36 (40,4)

Nota1: Valores diferentes de 120 devido à *missing*.*

A tabela 4 apresenta a avaliação e percepção dos profissionais sobre a escola, professores, alunos e pais. Mais que a metade dos profissionais (54,5%, - 48/88) afirmou que os professores costumavam participar e colaborar nas ações realizadas, entretanto, quando questionados se a equipe de ESF participava da construção do PPP das escolas, a grande maioria (80,5% - 70/87) afirmou que essa construção conjunta não acontecia. Ainda, 27,3% (24/88) afirmou que nunca aconteciam reuniões com os professores para planejamento das ações. Apesar de quase a totalidade (94,6% - 87/92) ter afirmado que acha importante realizar ações focadas nos pais, a maior parte (65,9% - 60/91) declarou que esses não eram consultados sobre os assuntos abordados e que não participavam das ações (82,4% - 75/91). Ainda que a metade dos profissionais tenha afirmado que os alunos não eram consultados a respeito dos assuntos abordados nas ações (45/90), quase a totalidade (87,0% - 80/92) afirmou que havia participação ativa dos alunos, que as ações eram efetivas quanto à promoção e prevenção em saúde (96,6% - 84/87) e que os alunos absorviam as informações explanadas (95,4% - 83/87).

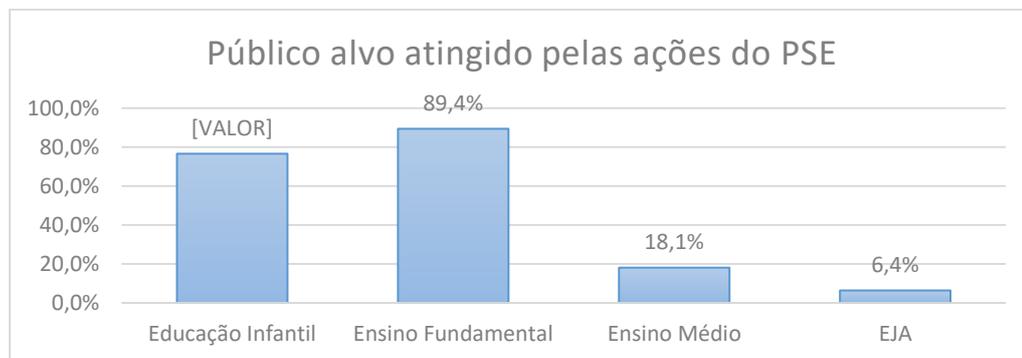
Tabela 4: Avaliação e percepção sobre a escola, professores, alunos e pais, Santa Maria, 2017.

Variáveis	Categorias	n (%)
Espaço de trabalho na escola*	Péssimo/Ruim	10 (10,6)
	Regular	37 (39,4)
	Bom/Ótimo	47 (50,0)
Frequência com que são realizados reuniões com os professores*	Nunca	24 (27,3)
	Mensal	11 (12,5)
	Trimestral/Semestral	52 (59,1)
Professores participam e colaboram nas realizações das ações*	Semanal/Quinzenal	1 (1,1)
	Sim	48 (54,5)
	Não	40 (45,5)
Realização de ações de saúde direcionadas aos professores*	Sim	24 (27,6)
	Não	63 (72,4)
Equipe da ESF participa da construção do Projeto Político Pedagógico da escola*	Sim	17 (19,5)
	Não	70 (80,5)
Alunos são consultados a respeito dos assuntos abordados nas ações*	Sim	45 (50,0)
	Não	45 (50,0)
Participação ativa dos alunos durante o desenvolvimento das ações*	Sim	80 (87,0)
	Não	12 (13,0)
Ações realizadas são efetivas quanto à promoção e prevenção em saúde*	Sim	84 (96,6)
	Não	3 (3,4)
Alunos absorvem as informações	Sim	83 (95,4)
os temas abordados*	Não	60 (65,9)
Pais/responsáveis participam das ações*	Sim	16 (17,6)
	Não	75 (82,4)
Importante realizar ações focados nos pais/responsáveis*	Sim	87 (94,6)
	Não	5 (5,4)

Nota1: Valores diferentes de 120 devido à *missing*.*

A maior parte dos profissionais (76,6% - 72/94) afirmou trabalhar em ações voltadas para mais de um público-alvo. Percebeu-se que o Ensino Médio (18,1% - 17) e o EJA (6,4% - 6) são os níveis de ensino menos atingidos pelas ações (Figura 1).

Figura 1 - Público-alvo atingido pelas ações do PSE realizadas pelos profissionais da saúde (n=94).

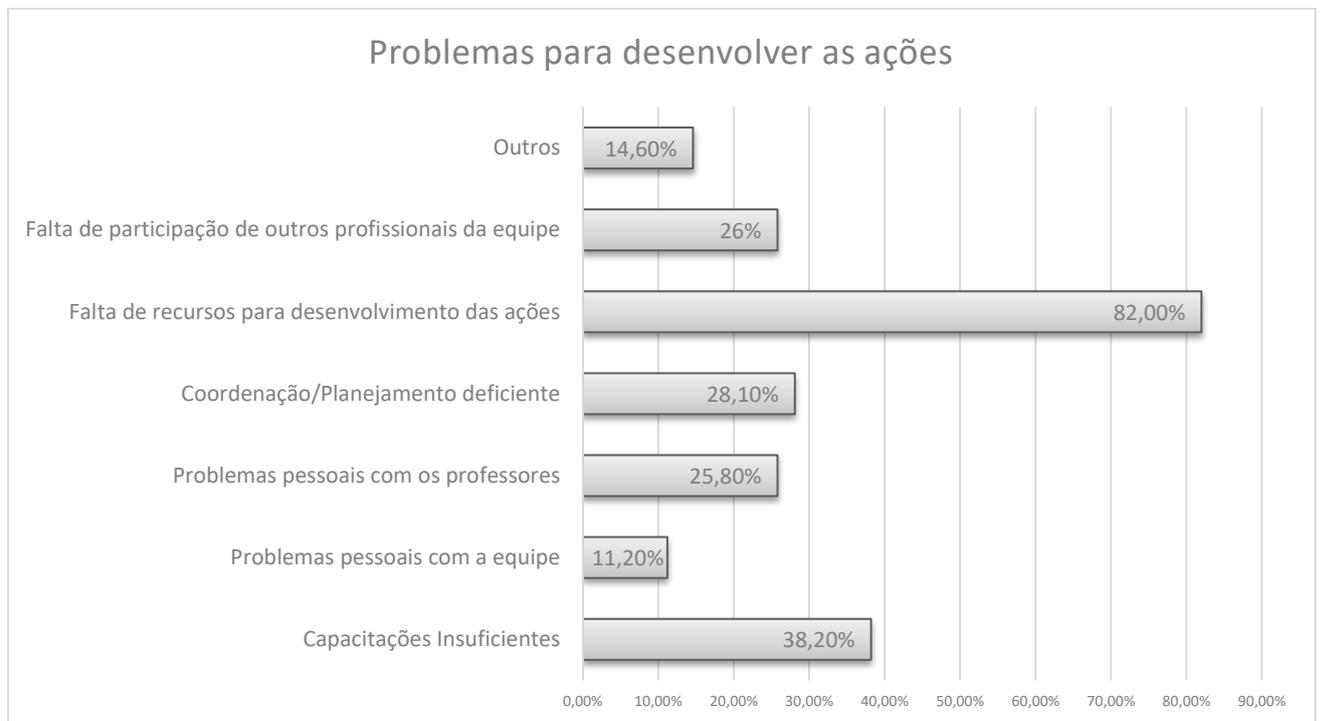


Fonte: autoria própria.

Nota: Foi permitido mais de uma resposta ao citar o público-alvo atingido pelas ações.

Dentre os problemas para desenvolver as ações, a opção mais citada pela maioria (82,0% - 73) foi a falta de recursos para desenvolvimento das ações (Figura 2). Na opção “outros” os pesquisadores tinham a oportunidade de preencher por escrito algum outro problema que não estivesse citado no questionário. Quatorze profissionais responderam essa questão e foram relatados os seguintes problemas: escola não participativa (n=5), falta de comprometimento (n=1), falta da participação dos pais/responsáveis (n=1), equipe reduzida na unidade (n=3), capacitações mais objetivas e no início do ano letivo (n=2), grande demanda de atendimento na unidade de saúde (n=1) e falta de profissionais de saúde especializados para encaminhar (n=1).

Figura 2 – Problemas apontados pelos profissionais de saúde para desenvolver as ações do PSE (n=89).



Fonte: autoria própria.

DISCUSSÃO

Quando observada numa perspectiva exclusivamente médica e focalizada no controle e prevenção de doenças, a educação em saúde pode ser pouco efetiva para provocar mudanças de atitudes que levem a opções mais saudáveis de vida¹. Neste estudo, apesar da maioria dos profissionais acreditarem que as ações realizadas no PSE são efetivas quanto à promoção e prevenção em saúde, nota-se que apenas a metade dos profissionais afirmou que os alunos são consultados a respeito dos assuntos abordados. Entende-se que o programa possui temas e atividades pré-estabelecidas a serem desenvolvidos nas escolas, entretanto, Graciano et al.⁷ descreve que “[...] os alunos devem ser preparados quanto às atividades em saúde que serão desenvolvidas e realizadas, não sendo apenas avisados”. Percebe-se que ainda é necessário descaracterizar a escola como um espaço estático,

contando com alunos que recebem de modo passivo e repetitivo, conteúdos

formais relacionados à saúde. É primordial que se estimule a participação dos estudantes na construção das atividades, fomentando, assim, a construção coletiva e humanizada de uma política transversal¹².

Para que as práticas de saúde na escola garantam construções compartilhadas de saberes apoiadas nas histórias individuais e coletivas, devem ser considerados os diferentes contextos em que são realizadas, respeitando-se o saber popular e o formal, em propostas que façam sentido para as pessoas. Para isso, é fundamental a participação ativa dos diversos integrantes da comunidade escolar, inclusive a família, na construção do PSE¹³. No entanto, segundo os resultados do presente estudo, percebeu-se que apesar de quase a totalidade dos profissionais reconhecerem a importância da realização de ações focadas nos pais/responsáveis, somente 34,1% afirmaram que esses são consultados sobre os temas abordados e apenas 17,6% declararam que há participação deles nas ações. Há amplo reconhecimento, atualmente, de que a família está no centro das funções de cuidado e desempenha um papel importante na provisão de cuidado informal para seus membros¹⁴. Nesse sentido, percebe-se que a participação das famílias, pais ou responsáveis ainda é muito precária nas atividades escolares, sendo necessário a criação de técnicas e métodos que ultrapassem a delimitação física da escola e consiga envolver pais e comunidades.

De acordo com um estudo em que os autores realizaram um breve resgate histórico sobre a saúde escolar, as práticas educativas em saúde não se restringem ao profissional de saúde e aos serviços de saúde, mas devem ter neles o seu lócus¹. O PSE propõe que as ações inovadoras de saúde na educação devem ser construídas junto com os educadores e inseridas no PPP da escola⁴. Entretanto, os resultados encontrados ainda divergem do ideal. Verificou-se que uma parcela significativa afirmou que nunca acontecem reuniões com os professores para planejamento das ações do PSE, e que quando realizam as ações do programa, quase a metade declarou que os profissionais da educação não participam ou colaboram nas ações. Além disso, constatou-se que é baixa a participação das equipes de ESF na construção do

PPP das escolas. Esses resultados sugerem que o programa ainda é desenvolvido através de práticas setoriais e individualizadas.

A maioria dos profissionais avaliou a interação com outros colegas da equipe durante o desenvolvimento das ações como bom/ótimo, entretanto, quanto a interação com os profissionais da educação, a opção regular teve maior frequência pelos dentistas. Esses profissionais devem ir às escolas no mínimo duas vezes ao ano para realizar a ação “escovação supervisionada direta” e, adicionalmente, devem estimular a realização da “escovação supervisionada indireta” pelos professores. Apesar de não ter uma frequência fixa com que essa atividade seja realizada pelos profissionais da educação, essa ação, possivelmente, possa sofrer cobrança por parte da equipe de saúde bucal, o que pode não ser bem recebido pelos professores e prejudicar a relação entre esses profissionais.

As práticas assistenciais como a ESF têm revelado dificuldades em vincular os adolescentes às ações de saúde propostas¹³. A implementação de ações pelos profissionais da atenção básica com esse público-alvo não é tarefa simples, uma vez que se percebe que os adolescentes não fazem uso cotidianamente das unidades de saúde como os demais usuários (adultos, gestantes, crianças, idosos, etc). Percebeu-se que dentre os níveis de escolaridades citados como público-alvo do PSE em Santa Maria, os escolares do Ensino Médio e EJA são os menos apontados pelos profissionais. Os adolescentes devem ser vistos como solução e não como problema, levando em consideração que se conduzidos para a fase adulta com integridade, enquanto ser holístico, promove-se a saúde e evitam-se agravos futuros. Desse modo, é importante ressaltar que o setor saúde busque sistematizar práticas integrais e efetivas junto aos adolescentes, implementando estratégias em locais em que se encontram cotidianamente, incluindo-se a escola.

Entre as áreas temáticas de ação do PSE, apresenta-se a proposta de educação permanente e a capacitação de profissionais da saúde e da educação^{4,5}, a fim de facilitar a comunicação e a compreensão dos profissionais de ambos os setores, de modo que fortaleça vínculos e atenda a

expectativas mútuas¹⁵. Na presente pesquisa, pode-se observar que a maioria dos profissionais relatou que a quantidade de capacitações era insuficiente, o que corrobora com resultados de outro estudo que concluiu que há uma insatisfação geral dos profissionais da saúde e da educação quanto à quantidade de capacitações oferecidas⁶. Verificou-se através deste estudo⁶ que em 2016 foram realizadas 7 capacitações, com intervalo máximo de 3 meses entre elas. Em 2017 foram oferecidos 3 eventos, com intervalo máximo de 45 dias. Essas informações vão ao encontro das encontradas quando questionados sobre a frequência com que esses treinamentos são oferecidos. Entretanto, também se notou que algumas respostas conflitaram extremamente com as informações conhecidas. Pode-se justificar esse fato com hipóteses de má comunicação dentro das unidades de saúde e problemas de relacionamento entre os servidores dentro das equipes de ESF. As capacitações se fazem importantes na medida em que promovem a aproximação dos profissionais envolvidos no PSE, fomentam a discussão de estratégias para o programa e proporcionam um nivelamento técnico conceitual, de modo que os profissionais envolvidos tenham condições de qualificar a comunicação e o entendimento das bases conceituais do programa⁸.

As equipes de ESF devem realizar visitas periódicas e permanentes às escolas participantes do PSE a fim de trabalhar de forma interdisciplinar ao longo do ano letivo. Verificou-se a não adesão de todos os profissionais e o comprometimento não equânime no desenvolvimento do PSE, o que, possivelmente, pode resultar em ações fragmentadas, setorializadas e inconstantes. Farias et al (2006)⁶ buscou analisar a intersetorialidade no PSE através de entrevistas com ACS e professores comunitários de Olinda – PE, e concluiu que o maior dilema é operar uma política necessariamente intersetorial, explicitada num ambiente com atores que possuem agendas setoriais previamente montadas e sem espaço suficiente para a correta execução da política. Ainda, os principais obstáculos alegados pelos profissionais foram a falta de tempo e a sobrecarga de trabalho, que podem ser entendidas como fatores coadjuvantes na ausência de envolvimento total.

Os recursos do PSE não são destinados diretamente às equipes de ESF. A gestão do seu uso deve ser intersetorial, de responsabilidade do Grupo de Trabalho Intersectorial Municipal (GTI-M) e vem como um incentivo que deve ser empenhado para efetivar as ações do programa¹⁶. Portanto, a questão “como você avalia os recursos financeiros e materiais fornecidos para a equipe de saúde realizar as ações?” apresenta possível viés, visto que as ESF não recebem incentivo financeiro para apoiar a realização das ações, e sim, incentivo com material didático-pedagógico e clínico. Apesar disso, a avaliação como péssimo/ruim teve alta frequência em ambos os grupos de ESF, com e sem residentes, apresentando uma pequena diferença percentual entre os dois grupos que pode estar associada ao apoio que os residentes possivelmente dão com recursos próprios para aquisição de materiais.

O PRMISPS da UFSM caracteriza-se como modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu, voltada para a educação em serviço. Dentre as atividades desenvolvidas pelos profissionais residentes, destaca-se a participação junto às equipes de ESF no desenvolvimento do PSE. Foi percebido a participação de todos os residentes no programa. A autoavaliação sobre o próprio envolvimento no planejamento das ações, bem como a receptividade dos profissionais da educação, também foi melhor avaliados onde não há residentes, apresentando diferença estatística. Esses resultados podem estar associados ao fato de que onde há residência, é possível que os residentes acabam sendo os maiores responsáveis pelo planejamento, pela comunicação com os professores e pela própria realização das ações. Já onde não há residentes, exige uma maior participação dos servidores no planejamento das ações a serem realizadas e no diálogo com os professores, resultando em uma autoavaliação mais otimista dos servidores das unidades sem residentes. A presença de um coordenador das ações dentro da equipe foi relatada com maior frequência onde não há residentes. Esse resultado possivelmente pode estar atrelado ao fato de que onde tem residentes, é menos comum que algum profissional servidor público ocupe o lugar de coordenador, ficando à cargo da residência programar as ações.

Este trabalho tem algumas limitações. Devido ao pequeno tamanho da amostra, os resultados não devem ser extrapolados para outras realidades, considerando-se que se buscou verificar a percepção dos profissionais de saúde em relação ao PSE desenvolvido em Santa Maria-RS. Entretanto, o olhar de quem realiza as ações é importante para compreender como os mesmos percebem o programa, suas potencialidades e fragilidades. Como potencialidade, visou-se ampliar o conhecimento sobre o desenvolvimento do PSE, visto o pouco tempo de operabilidade do mesmo no município e a baixa quantidade de estudos avaliativos existentes.

CONCLUSÃO

Por estar sustentado por uma política pública, o PSE está atrelado à mudança de paradigma imposta, que pode gerar pouca compreensão da proposta do programa, dificuldade de compartilhamento e despreocupação com a continuidade das ações por parte dos atores sociais envolvidos, resultando na realização de práticas pontuais e fragmentadas. Antes de qualquer intervenção política, as ações dependem do querer das pessoas envolvidas no processo, das adaptações na rotina de trabalho, do diálogo sistematizado entre as partes e do comprometimento com a causa. Verifica-se que a residência vem como estímulo para promover a mudança da prática assistencial em saúde, na medida em que forma um novo perfil do profissional de saúde, humanizado e preparado para responder às reais necessidades de saúde dos usuários, família e comunidade. Promove trocas efetivas de saberes e práticas e contribui para a construção de novos paradigmas de assistência à saúde, podendo ampliar a resolutividade da ESF. Uma estratégia fundamental para garantir a institucionalização e sustentabilidade das ações e projetos é o trabalho participativo com a direção e o corpo de professores, além de estimular a inserção da promoção da saúde no projeto político pedagógico da escola. Isso exige uma relação próxima entre os profissionais de saúde e da educação, para

reflexão conceitual da proposta e otimização de ações no cotidiano programado pela instituição. Tem-se que os resultados deste estudo podem favorecer a interlocução intersetorial, favorecendo a implementação de práticas integrais e integradoras entre os setores, e direcionando mais atenção para as fragilidades identificadas.

Referências Bibliográficas:

1. FIGUEIREDO, T.A.M.; MACHADO, V.L.T.; ABREU, M.M.S.; A Saúde na Escola: Um breve resgate histórico. **Ciência e Saúde Coletiva**. v.15, n.2, p.397-402, 2010.
2. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola. **Cadernos da Atenção Básica**; n. 24. Brasília: MS, 2009.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. Brasília: MS, 2006.
4. BRASIL. Decreto n. 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola (PSE), e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília: DF, 2007.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Orientações sobre o Programa Saúde na Escola para a elaboração dos projetos locais. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: < http://www.gestaoescolar.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/pdf/orientacoes_pse.pdf >. Acesso em: 19 fev. 2017
6. FARIAS, I.C.V. et al. Análise da Intersetorialidade no Programa Saúde na Escola. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v.40, n.2, p.261-267, 2016.

7. GRACIANO, A.M.C. et al. Promoção da Saúde na Escola: história e perspectivas. **J. Health Biol Sci.** v.3, n.1, p.34-38, 2015.
8. FERREIRA, I.R.C. et al. **Avaliação da intersetorialidade no Programa Saúde na Escola:** utilização da metodologia de avaliação rápida. Curitiba: Editora Champagnat, 2014.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: MS, 2012.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno do gestor do PSE. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Brasília: MS, 2015.
10. ALMEIDA, F.A. **Práticas intersetoriais do programa de saúde na escola:** um estudo sobre as ações e interações dos atores sociais envolvidos. 2013. Dissertação (Mestrado) – Centro Universitário UNA, Programa de Mestrado em Gestão Social, Educação e Desenvolvimento Local. 2013.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2018. Disponível em: <<http://dab2.saude.gov.br/sistemas/notatecnica/frmListaMunic.php>>. Acesso em: 20 fev. 2018.
12. SANTIAGO, L.M.S. et al. Implantação do Programa Saúde na Escola em Fortaleza - CE: atuação de equipe da Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem.** Brasília, v.65, n.6, p.1026-1029, 2012.
13. GOMES, C.M.; HORTA N.C. Promoção de Saúde do Adolescente em Âmbito Escolar. **Rev. APS,** Juiz de Fora, v.13, n.4, p.486-499, out./dez. 2010.
14. SERAPIONI, M. O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. **Ciência & Saúde Coletiva.** v.10(sup):243-253, 2005.
15. FERREIRA, I.R.C. et al. Percepções de gestores locais sobre a intersetorialidade no Programa Saúde na Escola. **Revista Brasileira de Educação.** v.19, n.56, jan-mar, 2014a.

16. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.861, de 4 de setembro de 2008. Estabelece recursos financeiros pela adesão ao PSE para municípios com equipes de Saúde da Família, priorizados a partir do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB), que aderirem ao Programa Saúde na Escola (PSE). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília: DF, 24 set. 2008.