

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA NO SISTEMA PÚBLICO DE
SAÚDE**

Emir Dirlan Lima de Oliveira

**PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA EM SANTA MARIA/RS: AVALIAÇÃO
E PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE ATUANTES EM ESF**

Santa Maria, RS

2018

Emir Dirlan Lima de Oliveira

**PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA EM SANTA MARIA/RS: AVALIAÇÃO E
PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE ATUANTES EM ESF**

Artigo de conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós Graduação em Residência Multiprofissional Integrada no Sistema Público de Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS) como requisito parcial para obtenção de grau de **Especialista em Sistema Público de Saúde, Área de Concentração: Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família.**

Orientador: Luís Antonio Sangioni, Dr. (UFSM)
Coorientador: Luísa Helena do Nascimento Tôrres, Dr. (UFSM)

Santa Maria, RS
2018

Emir Dirlan Lima de Oliveira

**PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA EM SANTA MARIA/RS: AVALIAÇÃO E
PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE ATUANTES EM ESF**

Artigo de conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós Graduação em Residência Multiprofissional Integrada no Sistema Público de Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS) como requisito parcial para obtenção de grau de **Especialista em Sistema Público de Saúde, Área de Concentração: Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família.**

Aprovado em 28 de fevereiro de 2018:

Luís Antonio Sangioni, Dr. (UFSM)
Presidente/Orientador

Jessye Melgarejo do Amaral Giordani, Dr. (UFSM)

Eliane Scortegagna Socal, Me. (SMS – Santa Maria)

Santa Maria, RS
2018

RESUMO

PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA EM SANTA MARIA/RS: AVALIAÇÃO E PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE ATUANTES EM ESF

AUTOR: Emir Dirlan Lima de Oliveira

ORIENTADOR: Luis Antonio Sangioni

COORIENTADORA: Luísa Helena do Nascimento Tôrres

O objetivo deste estudo foi avaliar a participação e a percepção dos profissionais da saúde 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 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. Trata-se de um estudo do tipo transversal, quantitativo, com aplicação de questionário estruturado e elaborado pelos pesquisadores. 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. Os resultados demonstraram que 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 PRMISPS-AB. 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 ESF 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. Portanto, faz-se necessário promover o comprometimento dos profissionais com o programa, o diálogo sistematizado entre as partes e, por fim, a intersetorialidade, de fato.

Descritores: Colaboração Intersetorial. Saúde Escolar. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

SCHOOL HEALTH PROGRAM IN SANTA MARIA/RS: ESF PROFESSIONAL'S EVALUATION AND PERCEPTION

AUTHOR: Emir Dirlan Lima de Oliveira

ADVISOR: Luis Antonio Sangioni

CO-ADVISER: Luísa Helena do Nascimento Tôrres

This study is intended to evaluate the participation and perception of health professionals who are part of Santa Maria's ESF team and residents of the UFSM 'Integrated Multiprofessional Residency Program in Public Health System with emphasis on Primary Care / ESF (PRMISPS-AB) about the School Health Program (PSE). In addition, it was aimed to establish comparisons between health units which have residents and units that do not receive these professionals. This is a cross-sectional quantitative study with questionnaire application which was structured by the researchers. Data analysis was performed using SPSS software, version 20. Initially, a descriptive analysis was performed (absolute and relative freq.), and association tests were subsequently applied. The results showed a considerable workers number are not involved on the program. It has been found units with larger actions frequency and participation were the ones which have PRMISPS-AB residents. The majority evaluated the trainings number offered as very few / few as well as general conditions quality as regular. It was noticed an ESF low participation in the schools Political Pedagogical Project elaboration. High School and EJA are the educational levels where less PSE actions are carried out. The financial and material resources lack was the most cited problem for the actions development. So it is necessary to promote professionals commitment with the program, systematized dialogue between the parties and finally to foment intersectoriality, indeed.

Keywords: Intersectoral Collaboration. School Health. Unified Health System.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	6
2	METODOLOGIA.....	9
3	RESULTADOS.....	10
4	DISCUSSÃO.....	17
5	CONCLUSÃO.....	23
	REFERÊNCIAS.....	24
	APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO PARA PROFISSIONAIS DA SAÚDE.....	26

1 INTRODUÇÃO

A partir da metade do século XX, passando pela redemocratização do Brasil e pela Constituição Federal de 1988, muitas foram as iniciativas e abordagens que pretendiam focalizar o espaço escolar e, em especial, os estudantes, a partir de uma perspectiva sanitária. Em sua maioria, tais experiências tiveram como foco a transmissão de cuidados de higiene e primeiros socorros, bem como a garantia de assistência médica e/ou odontológica. Assim, a atenção em saúde centrava-se no corpo físico dos estudantes, que, sob o paradigma biológico e biomédico, deveriam ser isentos de doenças. Ainda, a abordagem dos estudantes era realizada sob o marco de uma medicalização e patologização dos problemas educacionais (Brasil, 2009), justificando problemas de convívio, comportamento e baixo rendimento escolar com sintomas de doenças e transtornos psíquicos.

No entanto, a saúde escolar no Brasil experimentou avanços em sintonia com o conhecimento técnico-científico e com o desenvolvimento sócio-político, superando de forma gradativa o discurso tradicional e biomédico, para a concepção da estratégia Iniciativa Regional Escolas Promotoras de Saúde (IREPS). Desde 1995, estimulado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), essa estratégia tem como objetivo fortalecer a capacidade dos países da América Latina e do Caribe na área da saúde escolar, transcendendo a atenção médico-centrada e propondo ações mais integrais e integradoras (Figueiredo, Machado e Abreu, 2010; Graciano, et al. 2015).

Esse conceito de promoção da saúde na saúde pública, estendendo-se ao entorno escolar, no qual se baseia a IREPS, e expandindo a responsabilidade além do setor saúde, foi cunhado a partir da Carta de Ottawa como o processo destinado a capacitar os indivíduos para exercerem um maior controle sobre sua saúde e sobre as condições que podem afetá-la, reduzindo os fatores que podem resultar em risco e favorecendo os que são protetores e saudáveis (Figueiredo, Machado e Abreu, 2010; Ottawa Charter for Health Promotion, 1986). Esse avanço viabilizou a inclusão de práticas educativas em saúde no cotidiano didático-pedagógico das escolas, que revela-se como um espaço social com grande potencial promotor de saúde, não apenas entre os escolares, mas extensivo às famílias e às comunidades do entorno (Figueiredo, Machado e Abreu, 2010; Graciano, et al. 2015).

Dessa forma, a saúde escolar passa por uma revisão de seu conceito e de sua prática higienista e assistencialista e possibilita avançar e ampliar a sua concepção e práticas com uma visão integral e interdisciplinar do ser humano, dentro de um contexto comunitário, ambiental e político mais amplo (Figueiredo, Machado e Abreu, 2010). 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 (Brasil, 2009).

O paradigma promocional de saúde vem colocar a necessidade de que o processo de produção do conhecimento e das práticas no campo da saúde e das políticas públicas, faça-se por meio da construção e da gestão compartilhada (Brasil, 2006). Assim, reconhece-se a necessidade de atuação não somente do setor saúde, mas deste incluído transversalmente através de ações intersetoriais e multidisciplinares, tornando esse conceito uma condição para a prática da promoção da saúde, inclusive nas escolas. Essas práticas se fundamentam na integração de distintos setores, que se articulam, complementam e interagem para uma aproximação mais estreita dos problemas e seu enfrentamento, compartilhando recursos e metas, e desenvolvendo estratégias conjuntamente (Farias, et al. 2016).

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) (Brasil, 2007)(Brasil, 2008).

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 intersectorialidade 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 e o impacto dessas ações conjuntas aos estudantes, familiares e comunidade (Farias, et al. 2016; Graciano, et al. 2015).

Segundo o artigo 4º do decreto supracitado (Brasil, 2007), as ações em saúde previstas no âmbito do PSE compreendem: avaliação clínica; avaliação nutricional; promoção da alimentação saudável; avaliação oftalmológica; avaliação da saúde e higiene bucal; avaliação auditiva; avaliação psicossocial; atualização e controle do calendário vacinal; redução da morbimortalidade por acidentes e violências; prevenção e redução do consumo do álcool; prevenção do uso de drogas;

promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva; controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer; educação permanente em saúde; atividade física e saúde; promoção da cultura da prevenção no âmbito escolar; e inclusão das temáticas de educação em saúde no Projeto Político Pedagógico (PPP) das escolas.

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 ESF (Ferreira, et al. 2014). Dessa forma, as atividades do PSE ocorrem nos territórios delimitados de acordo com a área de abrangência das equipes, possibilitando o exercício de criação de vínculos entre os equipamentos públicos da saúde e da educação e os atores sociais envolvidos (Brasil, 2009). A estrutura de uma equipe é formada por: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS); tendo algumas unidades acrescentados à esta composição, os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista e auxiliar de saúde bucal (ASB) (Brasil, 2012).

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 letivo (Brasil, 2008) (Brasil, 2007). 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) (Brasil, 2012). 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 PPP das escolas (Almeida, 2013).

Santa Maria é um município do estado do Rio Grande do Sul – Brasil, 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% corresponde a cobertura de Estratégia Saúde da Família (Brasil, 2018). Segundo a secretaria de município 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 quatro 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), Unidade Móvel, etc.

Neste contexto, considerando que todos os profissionais que compõem uma equipe de ESF possuem atribuições comuns e específicas relacionadas ao PSE, a existência de poucos estudos realizados sobre o tema, o pouco tempo de operabilidade do programa, e a necessidade de analisar o programa a partir da visão desses sujeitos, o objetivo deste estudo foi avaliar a participação e a percepção desses profissionais de saúde e residentes do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde com ênfase em Atenção Básica/ESF (PRMISPS) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) em relação ao PSE em Santa Maria/RS. 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.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo do tipo transversal, quantitativo, com aplicação de questionário estruturado e elaborado pelos pesquisadores, com 33 questões fechadas (APÊNDICE A). O questionário foi subdividido em 6 categorias que abordavam temas como a atuação da equipe, a gestão, as ações, a escola, os alunos e os pais/responsáveis.

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 realizam apenas ações pontuais nas ESF como atividades de carga horária complementar ou matriciamento. A amostra totalizou 120 pessoas.

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. A aplicação do questionário foi realizada em fase única no espaço físico próprio de cada unidade de saúde durante reunião de equipe, período em que as unidades estão funcionando apenas em expediente interno.

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). As variáveis que se correlacionaram com a presença de residentes foram as que apresentaram $p < 0,05$ na análise bivariada. Para melhor apresentação dos resultados, algumas variáveis foram recategorizadas.

3 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.

Variáveis	Categorias	Enfermeiro n (%)	Médico n (%)	Dentista n (%)	ASB n (%)	Téc. Enf. (%)	ACS n (%)	Residentes n (%)	Total Amostra n (%)
-----------	------------	---------------------	-----------------	-------------------	--------------	------------------	--------------	---------------------	---------------------------

(Continuação)

Variáveis	Categorias	Enfermeiro n (%)	Médico n (%)	Dentista n (%)	ASB n (%)	Téc. Enf. (%)	ACS n (%)	Residentes 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	Semanalmente/ Quinzenalmente	4 (30,8)	0 (0)	2 (40,0)	0 (0)	0 (0)	15 (36,6)	5 (29,4)	26 (28,0)
	Mensalmente	5 (38,5)	3 (75,0)	1 (20,0)	2 (66,7)	6 (60,0)	15 (36,6)	8 (47,1)	40 (43,0)
	Trimestralmente/ Semestralmente	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	13 (100)	3 (75,0)	5 (100)	3 (100)	10 (100)	41 (97,6)	16 (94,1)	91 (96,8)
	Não	0 (0)	1 (25,0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (2,4)	1 (5,9)	3 (3,2)
Autoavaliação atuação /desempenho na realização das ações*	Péssimo/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/Ótimo	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*	Péssimo/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/Ótimo	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*	Péssimo/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/Ótimo	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*	Péssimo/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/Ótimo	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.

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)	

(Continuação)

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	12 (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.

Percebeu-se uma discrepância entre as respostas sobre a frequência com que as capacitações eram oferecidas (Tabela 3). Ainda, 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.

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

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

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.

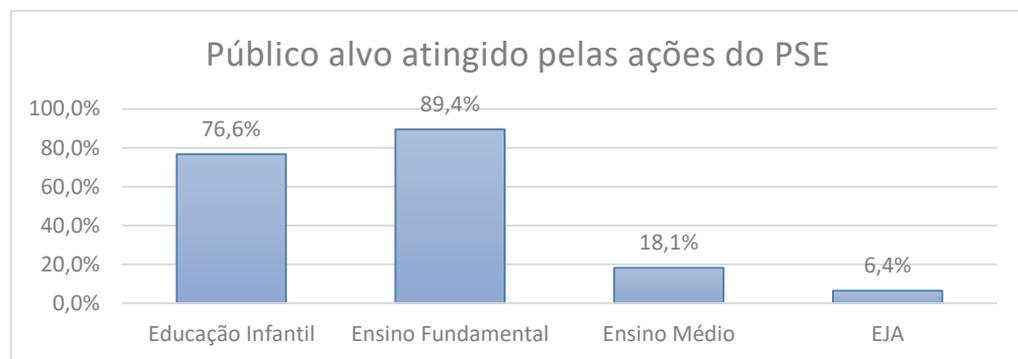
Variáveis	Categorias	n (%)
Espaço de trabalho na escola*	Péssimo/Ruim	10 (10,6)
	Regular	37 (39,4)
	Bom/Ótimo	47 (50,0)
Frequência com que são realizados reuniões com os professores*	Nunca	24 (27,3)
	Mensal	11 (12,5)
	Trimestral/Semestral	52 (59,1)
Professores participam e colaboram nas realizações das 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)

		(Continuação)
		n(%)
Alunos absorvem as informações explanadas*	Sim	83 (95,4)
	Não	4 (4,6)
Pais/responsáveis são consultados sobre os temas abordados*	Sim	31 (34,1)
	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).



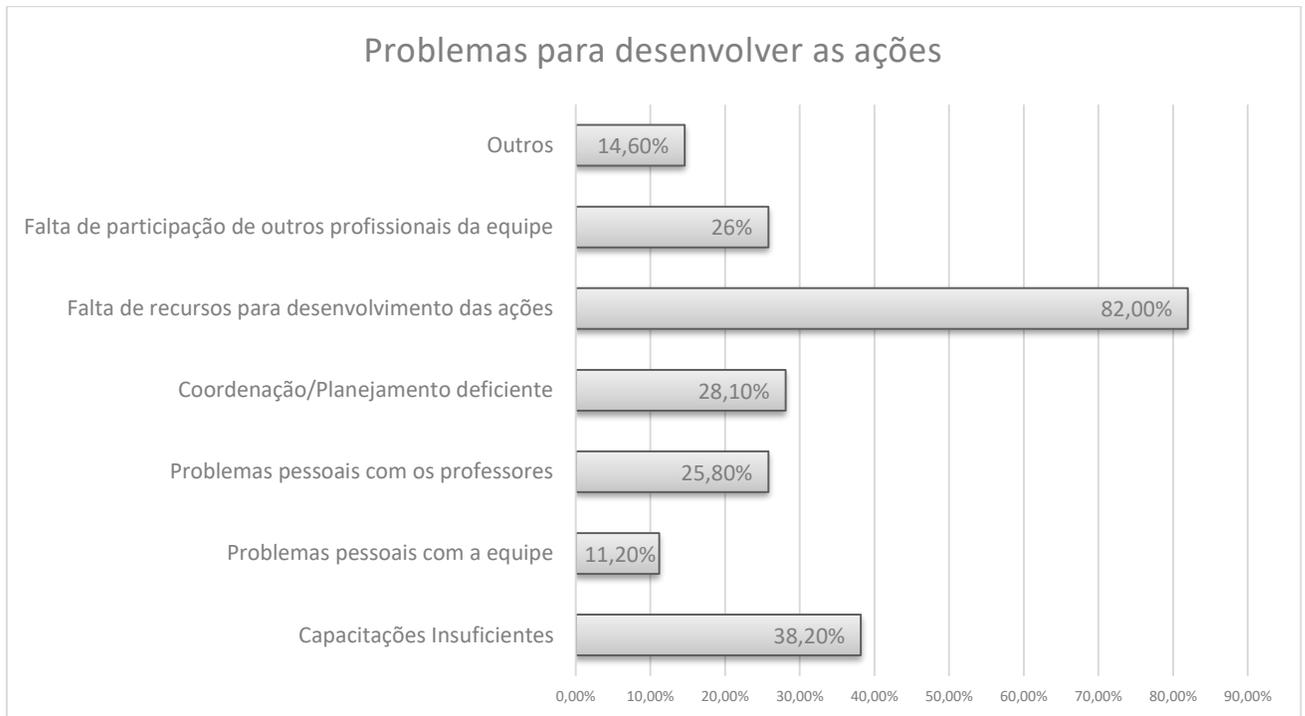
Nota: Foi permitido mais de uma resposta ao citar o público alvo atingido pelas ações.

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).



4 DISCUSSÃO

Historicamente o campo de trabalho da área da saúde é um lugar de concentração do sexo feminino. A divisão de atividades por gênero no trabalho é uma constante nas práticas na área da saúde, onde predominantemente as mulheres atuam nas funções voltadas essencialmente ao cuidar, o que vai ao encontro da alta prevalência do sexo feminino observado nesse estudo. Das categorias profissionais incluídas, o núcleo profissional onde há mais pessoas do sexo masculino é a medicina, o que nos leva a concluir que ainda há uma concepção de oposição entre o tratar, saber e fazer médico, e do cuidar, saber e fazer de enfermagem e outras profissões, como sugerem Pastore, Rosa e Homem, (2008).

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 vida, afirma Figueiredo, Machado e Abreu (2010). Em nosso estudo, apesar da maioria (96,6% - 84/87) acreditar 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. (2015) 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. Santiago, et al (2012) alega que é primordial estimular a participação dos estudantes na construção das atividades, fomentando, assim, a construção coletiva e humanizada de uma política transversal.

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, conforme reitera Gomes e Horta (2010), é fundamental a participação ativa dos diversos integrantes da comunidade escolar, inclusive a família, na construção do PSE. Essa ideia se opõe aos resultados do presente estudo, onde percebeu-se que apesar de quase a totalidade dos profissionais (94,6% - 87/92) reconhecerem que é importante realizar ações focadas nos pais/responsáveis, somente 34,1% (31/91) afirmou que esses são consultados sobre os temas

abordados e poucos (17,6% - 16/91) declararam que há participação deles nas ações. Serapioni (2005) relatou que há amplo reconhecimento, hoje em dia, de que a família está no centro das funções de cuidado e desempenha um papel importante na provisão de cuidado informal para seus membros. 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 Figueiredo, Machado e Abreu (2010), que 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 lócus. O PSE propõe que as ações inovadoras de saúde na educação devem ser construídas junto com os educadores e inseridas no projeto político pedagógico da escola (Brasil, 2011). Entretanto, os resultados encontrados ainda divergem do ideal. Notou-se que uma quantidade significativa (27,30% - 24/88) 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 (45,5% - 40/88) 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 (79,3% - 73/92), entretanto, quanto a interação com os profissionais da educação, a opção regular teve maior frequência pelos dentistas (60,0% - 3/5). 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 propostas, afirma Gomes e Horta (2010). 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 (mulheres, 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 (18,10% e 6,40%). Os autores supracitados pressupõem que os adolescentes devam 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 evita-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 (Brasil, 2008), a fim de facilitar a comunicação e a compreensão dos profissionais de ambos os setores, de modo que fortaleça vínculos e atenda a expectativas mútuas (Ferreira et al, 2014a). Na presente pesquisa, pode-se observar que a maioria (59,6% - 53/89) dos profissionais relatou que a quantidade de capacitações era insuficiente. Os resultados corroboram com os encontrados por Farias et al, (2016) que concluiu que há uma insatisfação geral dos profissionais da saúde e da educação quanto à quantidade de capacitações oferecidas.

Em nosso estudo, verificou-se que em 2016 foram realizadas 7 capacitações iniciando no mês de março e finalizando no mês de novembro, com intervalo máximo de 3 meses entre elas. Em 2017 foram oferecidos 3 eventos, com início no mês de novembro e término no mês de dezembro, 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 notou-se 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 programa (Ferreira et al. 2014a). A questão “É realizado ações de saúde direcionadas aos professores?” apresenta possível viés, visto que, pode ter mais que uma interpretação. “Ações de saúde direcionadas aos professores” pode ser interpretado como para a saúde dos próprios profissionais da educação ou ações com o sentido de capacitá-los sobre questões de saúde dos escolares. De

qualquer forma, a maioria (72,4% - 63/87) afirmou que não há ações voltadas para esse público. Em contrapartida, Figueiredo, Machado e Abreu (2010) alegaram que cabe aos protagonistas da saúde entender que a participação dos mesmos no processo de educação em saúde na escola não se limita apenas em ações pontuais de educação em saúde, mas também na potencialização da ação do educador em sala de aula – o que se dá através da oferta de cursos de formação continuada ou atualização voltada para os mesmos. O mesmo é afirmado pelo Caderno 24 (Brasil, 2009), documento norteador do PSE, que descreve que as ESF podem e devem atuar ativamente nos processos de educação permanente e continuada em saúde de professores, funcionários, pais e estudantes.

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. Tem-se no documento “Caderno do Gestor do PSE” (Brasil, 2015), as ações que compõem o componente I do programa, que se referem às avaliações das condições de saúde dos escolares, que devem ser feitas de uma à duas vezes ao ano. E o componente II, que se refere a ações de promoção de saúde e prevenção de agravos, que abordam oito temas que devem ser realizados de forma contínua ao longo do ano. 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) 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 Intersetorial Municipal (GTI-M) e vem como um incentivo que deve ser empenhado para efetivar as ações do programa (Brasil, 2011)(Brasil, 2008a). 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 (69,6% e 55,6%, respectivamente) 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. O programa com ênfase em Atenção Básica/ESF, implantado desde 2009, tem como Diretrizes Político-Pedagógicas e Estratégias Metodológicas a formação de profissionais com competências para atuar no SUS, tendo as ESF como cenário orientador e balizador do processo de formação. Norteados pelos Princípios e Diretrizes do SUS, este programa tem como objetivo desenvolver nos profissionais, capacidades para atuarem de modo não apenas interdisciplinar, mas também intersetorial e interinstitucional (UFSM, 2017). Os profissionais de saúde, quando inseridos neste programa, desenvolvem atividades multidisciplinares junto a uma equipe multiprofissional, sob supervisão docente-assistencial, de responsabilidade conjunta dos setores da educação e da saúde (Brasil, 2005).

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. Além disso, notou-se uma maior participação dos servidores nas ações e a frequência com que a equipe realiza as mesmas semanal ou quinzenalmente nas unidades onde tem residentes, porém, sem diferença estatística. A interação entre o profissional de saúde com o da educação foi avaliada com mais frequência como bom/ótimo onde não há residência. A autoavaliação sobre o próprio envolvimento no planejamento das ações, bem como a receptividade dos profissionais da educação, também foram melhor avaliados onde não há residentes, apresentando diferença estatística $p=0,001$ e $p=0,02$, respectivamente. 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 existência de um momento durante a semana para planejamento das ações e a participação no percentual foi semelhante em ambos os grupos. Esse dado pode estar ligado ao fato de que todas as equipes de ESF realizam reunião semanalmente, nas quartas-feiras à tarde, momento que a unidade está funcionando apenas em expediente interno.

A presença de um coordenador das ações dentro da equipe foi relatada com maior frequência (60,7% x 91,7%) onde não há residentes, tendo diferença estatística de $p=0,93$. 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 dos residentes programar as ações. Já onde não tem, é mais comum que alguém da equipe acabe assumindo esse posto.

Deve-se levar em consideração que esse trabalho buscou verificar a avaliação e percepção dos profissionais de saúde em relação ao PSE desenvolvido em Santa Maria-RS, assim, as respostas podem nem sempre expressar a realidade, considerando as poucas unidades de saúde envolvidas na pesquisa. Entretanto, obter a percepção de quem realiza as ações faz-se importante para saber como os mesmos percebem o programa, suas potencialidades e fragilidades. Como ponto positivo, visou-se ampliar o conhecimento sobre o desenvolvimento do PSE, visto o pouco tempo de operabilidade do mesmo na cidade e a baixa quantidade de estudos avaliativos existentes.

5 CONCLUSÃO

Tendo em vista que os comportamentos relacionados à saúde de um indivíduo também são influenciados por valores culturais e por forças sociais oriundas da sociedade à qual pertence, o ambiente escolar pode significar mais um cenário de transformação social. Entretanto, há de se considerar, que a atuação da promoção de saúde escolar, deve transcender a atuação exclusiva nesse grupo, ocupando-se também da família, da comunidade e dos profissionais que fazem a educação, numa perspectiva de assistir e também capacitar os indivíduos para um modelo de vida cada vez mais saudável.

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.

Por fim, podemos pensar que ações intersetoriais desenvolvem-se por um processo diferenciado, planejado e programado, com compartilhamento de poder e de articulação de interesses, saberes e práticas dos envolvidos. 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

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.

BRASIL. Lei n. 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nos 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 01 jul. 2005. Seção 1, p. 1

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Política nacional de promoção da saúde*. Brasília: MS, 2006.

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.

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

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. 2008a.

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.

BRASIL. Portaria Interministerial n. 1.077, de 12 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 nov. 2009a. Seção 1, p.7.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Passo a passo PSE: Programa Saúde na Escola: tecendo caminhos da intersetorialidade*. Brasília: MS, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: MS, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Caderno do gestor do PSE*. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Brasília: MS, 2015.

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.

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.

FERREIRA, I.R.C. et al. *Avaliação da intersetorialidade no Programa Saúde na Escola: utilização da metodologia de avaliação rápida*. Curitiba: Editora Champagnat, 2014.

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.

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.

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.

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.

OTTAWA CHARTER FOR HEALTH PROMOTION. *Health Promot. Int.*, v. 1, n. 4, p. 405, January 1, 1986.

PASTORE, R.; ROSA, L.D.; HOMEM, I.D. Relações de gênero e poder entre trabalhadores da área da saúde. In: FAZENDO GÊNERO, 8 - Corpo, Violência e Poder. *Florianópolis, 2008*.

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.

SERAPIONI, M. O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. *Ciência & Saúde Coletiva*. v.10(sup):243-253, 2005.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA. *Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde*. Santa Maria, 2017. Disponível em: <<http://coral.ufsm.br/residenciamulti/index.php/programas/1-multi/1041>>. Acesso em: 19 fev. 2018.

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO PARA PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Idade: _____ Sexo: _____ Profissão: _____

Unidade básica de saúde que atua: _____

SOBRE VOCÊ E A EQUIPE DE SAÚDE:

- 1) Você participa das ações do PSE? Sim() Não()
- 2) Com que frequência a equipe com quem você trabalha realiza ações do PSE?
()Semanalmente ()Quinzenalmente ()Mensalmente ()Trimestralmente ()Semestralmente
()Nunca
- 3) Com que frequência você participa dessas ações? ()Semanalmente ()Quinzenalmente
()Mensalmente ()Trimestralmente ()Semestralmente ()Nunca
- 4) Existe algum momento durante a semana para planejamento das ações? Sim() Não()
- 5) Você participa do planejamento das ações do PSE? Sim() Não()
- 6) Como você avalia a sua atuação/desempenho na realização das ações do PSE?
()Péssimo ()Ruim ()Regular ()Bom ()Ótimo
- 7) Como você avalia o seu envolvimento no planejamento das ações do PSE?
()Péssimo ()Ruim ()Regular ()Bom ()Ótimo
- 8) Como você avalia a interação entre você e o restante da equipe durante o desenvolvimento das ações do PSE? ()Péssimo ()Ruim ()Regular ()Bom ()Ótimo
- 9) Como você avalia a interação entre você e os profissionais de educação das escolas?
()Péssimo ()Ruim ()Regular () Bom ()Ótimo
- 10) Na sua equipe de saúde há alguém que coordena as ações do PSE? Sim() Não()
- 11) Se existe algum coordenador, como você avalia a coordenação?
()Péssimo ()Ruim ()Regular ()Bom ()Ótimo

SOBRE A GESTÃO:

- 12) Com que frequência são oferecidas capacitações ou treinamentos sobre o PSE?
()Semanalmente ()Quinzenalmente ()Mensalmente
()Trimestralmente ()Semestralmente ()Nunca

- 13) Como você avalia a quantidade de capacitações ou treinamento que você recebe para melhor executar as ações do PSE? () Muito pouco () Pouco () Suficiente () Em excesso
- 14) Como você avalia a qualidade de treinamento e capacitações que você recebe para melhor executar as ações do PSE? () Péssimo () Ruim () Regular () Bom () Ótimo
- 15) Como você avalia os recursos financeiros e materiais fornecidos para a equipe de saúde realizar as ações? () Péssimo () Ruim () Regular () Bom () Ótimo

SOBRE AS AÇÕES:

- 16) Qual o público alvo atingido pelas ações desenvolvidas pela sua equipe?
() Creche () Pré-Escola () Ensino Fundamental () Ensino Médio () EJA () Outros. Quais? _____
- 17) Como você avalia as ações que você e o restante da equipe realizam no PSE?
() Péssimo () Ruim () Regular () Bom () Ótimo
- 18) Se você acha que há problemas para o desenvolvimento das ações do PSE, Assinale-os:
() Capacitação insuficientes.
() Problemas pessoais da equipe.
() Problemas pessoais com os professores.
() Coordenação/planejamento deficiente.
() Falta de recursos para desenvolvimento das ações.
() Falta de participação de outros profissionais da equipe.
() Outro. Qual? _____

SOBRE A ESCOLA:

- 19) Como você avalia o espaço de trabalho na escola para desenvolver as ações?
() Péssimo () Ruim () Regular () Bom () Ótimo
- 20) Como você avalia a receptividade dos profissionais na escola?
() Péssimo () Ruim () Regular () Bom () Ótimo
- 21) As ações do PSE são desenvolvidas junto com os professores? Sim() Não ()
- 22) As ações são planejadas junto aos professores? Sim() Não()
- 23) Com que frequência são realizados reuniões com os professores para planejamento das ações?
() Semanalmente () Quinzenalmente
() Mensalmente () Trimestralmente () Semestralmente () Nunca

- 24) Os professores participam e colaboram na realização das ações? Sim() Não()
- 25) É realizado ações de saúde direcionadas aos professores? Sim() Não()
- 26) A equipe de ESF participa da construção do projeto pedagógico da escola? Sim () Não ()

SOBRE OS ALUNOS:

- 27) Os alunos são consultados a respeito dos assuntos abordados nas ações? Sim() Não()
- 28) Há participação ativa dos alunos durante o desenvolvimento das ações? Sim() Não()
- 29) As ações realizadas são efetivas quanto à promoção e prevenção em saúde? Sim() Não()
- 30) Os alunos absorvem as informações explanadas? Sim() Não()

SOBRE OS PAIS/RESPONSÁVEIS:

- 31) Os pais/responsáveis são consultados sobre os temas abordados? Sim() Não()
- 32) Os pais/responsáveis participam das ações? Sim() Não()
- 33) É importante realizar ações focados nos pais? Sim() Não()

