



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

Campus Baixada Santista

Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde

JOSELY NASCIMENTO DE SANTANA ALVES

**Intersetorialidade e interprofissionalidade no Programa
Saúde na Escola em São Vicente, SP: percursos e avanços**

Santos

2022

JOSELY NASCIMENTO DE SANTANA ALVES

Intersetorialidade e interprofissionalidade no Programa Saúde na Escola em São Vicente, SP: percursos e avanços

Dissertação apresentada à Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, como parte dos requisitos para obtenção do Título de Mestre em Ensino de Ciências da Saúde, ao Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde-*Campus* Baixada Santista

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Maria Fernanda Petrolí Frutuoso

Santos

2022

AGRADECIMENTOS

Muito feliz e grata por mais essa etapa concluída, deixo aqui os meus sinceros agradecimentos a todos que participaram dessa jornada. Em especial a *DEUS* a quem confio o comando de todas as coisas na minha vida. Meus pais *Manoel e Jacira*, por serem os primeiros a acreditarem em mim. Meu esposo *Diego*, amigo, cúmplice e parceiro nas lições do inglês. Meus irmãos *Denis, Thiago e Thalita*, minhas cunhadas *Noely e Mariana*, meu cunhado *Daniel*, meus sobrinhos *Manuella, Isaac, Giovanna e Olivia (a caminho)*, por estarem presentes e vibrarem por essa conquista. Meus amigos de longe e de perto por incentivarem sempre minha caminhada profissional, em especial *Camila e Elenice*, amigas incríveis, que dividiram comigo todos os anseios e vitórias desse aprendizado. *Daniela e Paola* que me ajudaram a desenhar toda essa proposta do Programa Saúde na Escola (PSE), na vivência da minha prática profissional. Dani obrigada por me incentivar e me animar sempre, Dra Paola, chefe, amiga, parceira de todos os dias, com você aprendo a ser uma pessoa melhor. *Wagner e Camila*, família que escolhemos raros e valiosos e que estiveram tão presentes nesse momento.

Agradeço também aos profissionais da Prefeitura Municipal de São Vicente, em especial aos que trabalham nos setores Saúde e Educação, pois são atores deste percurso, na pessoa da professora Nancy, que dividiu comigo o processo da coordenação do PSE pela educação, minha gratidão e reconhecimento por tanta dedicação e profissionalismo, serei sempre grata pela parceria que desenvolvemos. A equipe do *NASF-AB*, e a *Dra Suzana* meus sinceros agradecimentos por compartilharem e apoiarem o cuidado no PSE. Aos alunos, professores e preceptores do PET Saúde Interprofissionalidade, que foram incríveis e parceiros do PSE São Vicente.

Os amigos que fiz da turma do Mestrado Profissional 2019, cada um com suas contribuições, incentivos, medos, histórias e muita alegria.

As professoras *Rosangela Soares Chriquer, Elizabeth Maria Bismarck Nasr, Samira El Maerrawi Tebecherane Haddad, Ana Laura Benevenuto de Amorim*, por participarem da banca de qualificação e defesa e contribuírem com tanta competência com a minha pesquisa.

À querida Professora Dra. Maria Fernanda Frutuoso Petrolí, sem você nada disso seria possível, ainda que em tempos de pandemia, me motivou a remodelar estudar e refletir sobre minha prática profissional, sair do meu lugar de coordenadora do PSE, para metodologicamente pesquisar e conhecer as entrelinhas de uma política pública com tanto potencial. Obrigada pela parceria, apoio, aprendizado e amizade.

RESUMO

Programa Saúde na Escola (PSE) é uma Política Interministerial do Governo Federal com a finalidade de integrar e articular de maneira permanente as ações da Educação e da Saúde e favorecer a formação integral dos educandos por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde, no âmbito individual e coletivo. Nesse contexto também se beneficiam gestores, profissionais da educação e da saúde. Essa pesquisa tem como objetivo analisar o PSE no município de São Vicente/SP, na perspectiva da intersetorialidade e da interprofissionalidade. O estudo parte da possibilidade de elaboração de um Plano Municipal de Saúde na Escola, cujo objetivo será programar e fortalecer as ações de saúde na escola, com base na atenção integral à criança, incluindo a história mais recente e o momento atual do Programa, no cenário da pandemia da covid-19. Trata-se de uma pesquisa qualitativa que descreve a trajetória do PSE no Município a partir da experiência da gestão do Programa e da entrevista semi estruturada da coordenadora do PSE do setor da Educação. Os dados produzidos ofereceram pistas para compreender a estrutura e os processos organizativos do PSE, a articulação saúde e educação no Município e como ainda é limitado o acesso a saúde dos sujeitos no território em que vivem. Muitas das ações realizadas no Programa ainda são para cumprir metas, há fragmentação do cuidado e recursos insuficientes para o PSE. No entanto, segundo o olhar das gestoras, os profissionais que se aproximam se envolvem com as ações do Programa, valorizam a prática interprofissional e tem produzido novas estratégias de cuidado. A pandemia atravessou não só a pesquisa como as ações do PSE já programada, intensificando o diálogo entre saúde e a educação na interface do PSE, como ferramenta imprescindível para o desenvolvimento do Programa e marcando a necessidade de ampliar o número de profissionais envolvidos. É necessário investir em ações de Educação Permanente para que os profissionais da Estratégia de Saúde da Família e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família possam conhecer ampliar e facilitar o acesso aos serviços de saúde e a atenção integral não apenas ao aluno, mas à família e à comunidade em que vivem.

Palavras-chave: Intersetorialidade. Relações interprofissionais. Saúde na escola. Promoção da saúde.

ABSTRACT

School Health Program (SHP) is an interministerial policy of the Federal Government with the finality of integrate and articulate permanently Education and Health actions and favoring the comprehensive training of students through prevention, promotion and health care actions, in the individual and collective scope. In this context, managers, education and health professionals also benefit. This research aims to analyze the SHP in São Vicente/SP, from the perspective of intersectoriality and interprofessionalism. The study starts from the possibility of preparing a Municipal Health School Plan, whose objective will be to program and strengthen health actions at school, based on comprehensive care for children, including the most recent history and the current moment of the Program, in this covid-19 pandemic scenario. It is a qualitative research that describes the trajectory of the SHP in the Municipality in the management of the Program and the semi-structured interview with the coordinator of the SHP for Education. The available data provided clues to understand the structure and organizational processes of the SHP, how the articulation of health and education takes place in the municipality and how it is still limited to access to health by unrelated subjects in which they live. Many of the actions carried out in the Program are still to meet goals, the fragmentation of care and insufficient resources for the SHP. However, according to the manager's views, the professionals who get closer are involved in the SHP value an interprofessional practice and have produced new care strategies. The pandemic crossed not only research but also the actions of the SHP that had already been programmed. This context intensified the dialogue between health and education at the SHP interface, as an indispensable tool for the development of the Program and highlighted the need to expand the number of professionals involved, as well as invest in Continuing Education actions so that professionals from the primary care - from the Family Health Strategy and the Expanded Family Health Center to learn about, expand and facilitate access to health services and comprehensive care not only for students, but also for the family and community in which they live.

Key-words: Intersectoriality. Interprofessional relationships. Health at school. Health promotion.

LISTADEABREVIATURAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
eAP	Equipe de Atenção Primária
DAB	Diretoria de Atenção Básica
DST/AIDS	Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EMEIF	Escolas Municipais de Educação Infantil e Ensino Fundamental
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GTI	Grupos de Trabalho Intersetoriais
HPV	Papiloma Vírus Humano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IEC	Informação, Educação e Comunicação
IDEB	Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IST/AIDS	Infecções Sexualmente Transmissíveis/AIDS
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família– Atenção Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PBF	Programa Bolsa Família
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PROVAB	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
PSE	Programa Saúde na Escola

PSF	Programa Saúde da Família
PET	Programa de Educação pelo Trabalho
RMBS	Região Metropolitana da Baixada Santista
SEDUC	Secretaria de Educação
SESAU	Secretaria de Saúde
SINASC	Sistema Nacional de Nascidos Vivos
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE TABELAS E DE QUADROS

Tabela1-Evolução do Índice de Desenvolvimento Humano de São Vicente, 1991-2010	13
Tabela2- Ações essenciais e optativas previstas no Manual Instrutivo do PSE	20
Quadro1-Indicadores de monitoramento do PSE segundo componentes	22

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
1.1 O cuidado em saúde na infância e na adolescência	5
1.2 A cidade de São Vicente: características sociodemográficas, de saúde e de Educação	11
2. OBJETIVOS	16
2.1. Objetivo geral	16
2.2. Objetivos específicos	16
3. MATERIAIS E MÉTODOS	17
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	18
4.1. A história do PSE em São Vicente	18
4.1.1. Os momentos iniciais: entre o acúmulo de funções e a construção da relação entre Saúde e Educação	18
4.1.2. Entre 2017 e 2020: estreitando a relação entre Saúde e Educação	24
4.1.3. A partir de 2020: e aí veio a pandemia de covid-19	29
4.2. Reflexões sobre o PSE em São Vicente à luz da intersetorialidade e da interprofissionalidade	34
5. Considerações finais	40
6. Referências bibliográficas	42
Apêndice A- Roteiro da entrevista semiestruturada	46
Apêndice B-Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	47
Apêndice C - Fluxo PSE de 0 a 5 anos	49
Apêndice D- Ficha de encaminhamento Pré-Escolar I	50
Apêndice E - Ficha de encaminhamento Pré-Escolar II	51
Anexo 1–Carta de autorização para realização da pesquisa	52
Anexo 2– Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	53

1. INTRODUÇÃO

1.1. O cuidado na infância e na adolescência

No Brasil, a saúde e o cuidado na infância e adolescência têm sido pautados nas diretrizes das políticas públicas nacionais de atenção à saúde desta clientela e buscam orientar a assistência para que esta seja ofertada de modo integral e resolutivo. Para o pleno desenvolvimento é necessário que desde a gestação, a criança tenha tempo, espaço e condições favoráveis para crescer bem. Assim, as características do ambiente que vive são decisivas para favorecer ou dificultar o alcance de todo seu potencial de desenvolvimento (BRASIL, 2010). As condições de vida e as necessidades nutricionais, biológicas e de estímulos afetivos e socioculturais são fundamentos básicos para o crescimento e desenvolvimento saudável e são necessários em todas as fases da vida (ALVES, 2018).

A atenção à saúde da criança é representada por um campo prioritário dentro dos cuidados à saúde da população. Segundo dados do Sistema Nacional de Nascidos Vivos (SINASC), nascem por ano no país três milhões de crianças e são necessárias grandes discussões para dar conta dos desafios encontrados para a oferta de cuidado para este público devido às grandes desigualdades sociais, econômicas e de condições de vida da nossa população. Neste sentido, ações de promoção de saúde, proteção e apoio ao aleitamento materno em diversos níveis de atenção se configuram como exemplos de estratégias nacionais para o enfrentamento das desigualdades (BRASIL, 2018).

Para atender as demandas do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1994, foi criado o Programa Saúde da Família (PSF), atualmente chamado de Estratégia Saúde da Família (ESF), principal estratégia para a mudança do modelo assistencial e a ampliação do acesso/porta de entrada aos serviços de saúde no SUS (PINTO; GIOVANELLA, 2018). As equipes de ESF assumem a responsabilidade de cuidar da saúde da população territorializada, ampliando a prática curativo-preventiva do modelo biomédico tradicional, com o objetivo de promover e produzir ações que visem à melhoria da qualidade de vida (FREITAS; MANDU, 2010).

Neste modelo foram propostas novas práticas de saúde e organização do cuidado, tendo como foco o indivíduo, a família e a comunidade. Esse é o cenário que serve de base para a melhoria na qualidade de vida e saúde da população, a partir de estratégias de atenção centrada na família, na comunidade e na equipe multiprofissional, com acompanhamento longitudinal onde a criança ganha destaque pelo processo permanente de crescimento e desenvolvimento.

(REICHERT *ET al.*, 2016).

Muitos foram os progressos alcançados a partir da introdução da ESF no país, entre eles a redução da mortalidade infantil. Mas ainda prevalece, nas consultas de saúde da criança, o atendimento individual, biológico, baseado na queixa-conduta e insuficiente, portanto, para atender integralmente às necessidades de saúde dessa população (DAMASCENO *et al.*, 2016). É significativo ressaltar o papel da ESF como modelo de atenção em crescente expansão, mesmo com a implantação do Programa Previne Brasil, criado pelo Ministério da Saúde (MS) no governo Jair Bolsonaro, que produziu alterações na forma de financiamento e no custeio da Atenção Primária a Saúde (APS). Dados do MS apresentavam recorde de equipes de ESF com financiamento no início de 2020 e, em dezembro de 2020, a cobertura de ESF era de 63, 62% da população brasileira, totalizando 43.286 equipes implantadas e estimativas de cobertura de 133.710.730 habitantes (MS/SAPS/Departamento de Saúde da Família – DESF). A mudança no financiamento da APS preconizada pelo Programa Previne Brasil interfere prioritariamente na lógica do cuidado das pessoas nos territórios e nas equipes deste nível de atenção, uma vez que extingue Piso da Atenção Básica (PAB) fixo, com repasse mensal fixo por habitante, dando início a um modelo baseado em três critérios: capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas.

Este cenário pode impactar negativamente o cuidado em saúde, incluindo o público infante-juvenil, na medida em que a vigilância em saúde das crianças, adolescentes e jovens é de responsabilidade da ESF, no acompanhamento periódico das condições de saúde e na construção de práticas em saúde individuais e coletivas nestas faixas etárias. A ESF se articula com toda a rede de serviços de saúde e educação e outros equipamentos existentes na comunidade para enfrentar as necessidades, entre outras ações (SAMICO *et al.*, 2005).

Quanto às políticas públicas no país é importante pontuar que, no Brasil, a Constituição Federal de 1988 tornou-se marco histórico para a elaboração de políticas para a infância, pois, anteriormente a esta legislação as crianças e adolescentes eram vistos como extensão dos pais ou responsáveis. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), sancionado em 13 de julho de 1990, é o principal instrumento normativo do Brasil sobre os direitos da criança e do adolescente na promoção do direito à vida e à saúde deste público, por meio da atenção integral à saúde, que compreende o acesso universal e igualitário aos serviços nos três níveis da atenção (BRASIL, 2010).

Há variações quanto aos limites cronológicos para a classificação etária da infância e da adolescência: para o ECA a infância vai até os 11 anos de idade e a adolescência é o período entre 12 a 18 anos; para a Organização Mundial da Saúde (OMS) estes períodos são,

respectivamente, entre zero e 9 anos completos de idade e entre 10 a 19anos.

A rede de serviços do SUS dispõe de um conjunto de ações que visa garantir o acesso de todos à atenção integral de modo equitativo. Assim, avança de forma consistente na consolidação do trabalho em uma rede de cuidados regionalizada, hierarquizada e integrada e que tem o objetivo de atender as especificidades nas fases de crescimento e desenvolvimento da criança e o início da puberdade.

Para subsidiar o cuidado da ESF, os indicadores de crescimento e desenvolvimento, junto com a caderneta de saúde, tem sido potentes indicadores de qualidade de vida da população. As cadernetas de Saúde da Criança e do Adolescente são importantes instrumentos utilizados como ferramentas do cuidado, sendo que a primeira inclui um conjunto de registro se orientações sobre o crescimento e desenvolvimento da criança de zero aos 9 anos, destinado aos responsáveis de criança e aos profissionais de saúde. A segunda traz um conjunto de orientações sobre o início da puberdade, as transformações do corpo e o início da sexualidade, sendo importante apoio ao processo de autodescoberta e autocuidado dos adolescentes.

Diante desse contexto, deve se considerar que crianças e adolescentes são sujeitos de direitos e devem ser tratados com prioridade absoluta nas políticas de saúde (BRASIL, 2010). A implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do SUS, com a publicação da Portaria nº 1.130, em 5 de agosto de 2015, tem como objetivo promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e cuidados integrais e integrados à Primeira Infância, do período gestacional aos nove anos de vida, com especial atenção às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbidade) e da mortalidade proporcionando um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento (BRASIL, 2018).

A lei nº 13.257 de 08 de março de 2016 é o Marco Legal da Primeira Infância, período que vai desde a concepção do bebê até os primeiros 6 (seis) anos completos ou 72 (setenta e dois) meses de vida da criança, momento em que a criança ingressa na educação formal.

As políticas públicas direcionadas para a saúde da criança vêm progredindo de um patamar em que se destacava a articulação dos serviços e a prevenção das doenças para o desafio da valorização da promoção à saúde e ampliação do acesso a uma assistência qualificada no âmbito da atenção integral à saúde (SANINE *et al.*, 2018).

É neste sentido que as políticas de saúde reconhecem que o espaço escolar é um ambiente privilegiadamente fértil para expandir e realizar atividades educativas de promoção de saúde e prevenção de doenças (BRASIL, 2009). No Brasil, a saúde escolar é ofertada por

meio do Programa Saúde na Escola (PSE), principal ação programática direcionada a estes espaços que tem como finalidade a atenção integral à saúde dos estudantes por meio de ações de prevenção de doenças e agravos, promoção e atenção à saúde deste grupo. As ações podem acontecer nas escolas e/ou nas unidades da ESF dos seus territórios por meio da criação de vínculo dos profissionais de saúde com os membros da comunidade escolar (MEDEIROS *et al.*, 2018).

O PSE é uma Política Interministerial do Governo Federal instituída por Decreto Presidencial 6.286, de 05 de dezembro de 2007. O Programa foi desenvolvido em conjunto pelos Ministérios da Saúde e da Educação e tem como principal objetivo a integração e articulação permanente da Educação e da Saúde, proporcionando a melhoria da qualidade devida da população brasileira a partir do desenvolvimento de ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e acompanhamento das condições clínicas dos educandos (BRASIL, 2007).

As estratégias do PSE objetivam beneficiar os educandos, gestores e profissionais da educação e da saúde, com atividades de educação em saúde dentro do território da área de abrangência da ESF, possibilitando ampliar o vínculo, realizar diagnóstico local da saúde dos alunos e situações de risco na comunidade, planejar ações potenciais do cuidado à saúde de crianças, jovens e adolescentes em um processo compartilhado, fomentando a troca de saberes entre os atores envolvidos (BRASIL, 2009).

A interação dos dois ministérios tem como principal estratégia a articulação entre as equipes de saúde e as escolas do território. A gestão do PSE está pautada no modelo da intersetorialidade. Silva (2019, p. 29) define a intersetorialidade como “a interação articulada entre setores e instituições que compartilham seus projetos, desde a definição dos objetivos, recursos, processos e resultados”. Para entender melhor o PSE e suas especificidades enquanto política pública se faz necessário conhecer o processo de desenvolvimento das ações, os limites e avanços na concretização das propostas e na integração/abordagem intersetorial, sendo este um dos principais desafios do Programa (SILVA, 2019).

Reconhecer e perceber as limitações da prática intersetorial pode ser a maneira mais fácil de inserir novos modelos de intervenção que articulem saberes e forças dos setores envolvidos. No que se refere à operacionalização e efetividade da intersetorialidade, existe ainda uma limitação que sobrepõe à vivência e os interesses da coletividade: os sujeitos e as instituições reconhecem a necessidade de ações intersetoriais, mas ainda não sabem como praticá-la (SILVA; RODRIGUES, 2010).

A dimensão do cuidado representa um dos pilares da prática da ESF, a partir da

interação dos atores envolvidos ao fomentar a práxis profissional pautada em no cuidado universal e integral com articulação e corresponsabilidade nos territórios, incluindo o cenário escolar:

O PSE parte desses pressupostos constitucionais, tornando-se uma iniciativa que busca contribuir na efetivação desses direitos por meio do fortalecimento de ações que envolvem a perspectiva do desenvolvimento integral e proporcionem à comunidade e escolar a participação em programas e projetos que articulem saúde e educação para o enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento desse público (VIEIRA, 2013, p. 29).

Esse contexto intersetorial do Programa objetiva beneficiar todos os sujeitos envolvidos, sendo assim propõe a organização e a oferta de serviços em uma determinada área geográfica (território) e a criação de uma rede de corresponsabilidades, como garantia para a sustentabilidade das ações pactuadas. Visa à qualificação das políticas públicas por meio da racionalização do uso de recursos humanos e financeiros, evitando duplicidade de ações inviabilizando a construção de projetos prioritários com foco na equidade e no enfrentamento da exclusão social. Para favorecer o acesso e promover a atuação conjunta dos setores saúde e educação é importante o envolvimento de estudantes e familiares, na cooperação em ações que incluam o olhar sobre as vulnerabilidades e condicionantes sociais do processo saúde-doença (CHIARI *et al.*, 2018).

O trabalho intersetorial desponta como o instrumento relevante para a operacionalização do conceito ampliado de saúde e de ações com base nos pressupostos teóricos e metodológicos da promoção da saúde (SILVA, 2013). Possibilita, na prática das ações do PSE, o debate da intersetorialidade e sua complexidade na necessária integração e cooperação interprofissional, tendo em vista que o desenvolvimento do processo de articulação, planejamento e cooperação entre a rede de saúde e da educação, bem como as diversas políticas públicas, pode favorecer intervenções nos determinantes sociais, tendo como referência a relação território e vínculo. É necessário construir um projeto de intervenção que fortaleça as relações entre os profissionais envolvidos e da rede de referência e território (BRASIL *et al.*, 2017).

Para tanto, devemos considerar a articulação como ação imprescindível no planejamento das ações do PSE para que haja o diálogo entre os dois setores, desenvolvendo as etapas operacionais, considerando o contexto escolar e social e o diagnóstico local em saúde (BRASIL *et al.* 2017). Desta maneira, os profissionais do ESF devem planejar e programar as ações de saúde, incluindo aquelas voltadas à promoção da saúde dos educandos e o cuidado integral e contínuo.

Sendo assim, se faz necessário que os profissionais da Saúde e Educação, promotores do PSE, conheçam as diretrizes interministeriais e sustentem às ações de promoção à saúde de maneira constante e normatizada com planejamento, envolvimento e conseqüente articulação, a partir do conhecimento da saúde da população dos seus territórios, cobertura da AB e o perfil das creches e escolas pactuadas.

Na prática, as ações intersetoriais na saúde ainda são um desafio a serem alcançados, visto que nem sempre se constroem possibilidades de trabalho para responder as necessidades de saúde da população. Para a construção de uma rede efetiva de cuidados dentro do território, é necessário efetivar parcerias e negociar tarefas, bem como ir além da transferência de responsabilidades (SILVA; RODRIGUES, 2010).

Assim, as concepções e experiências dos profissionais das diversas áreas do conhecimento, podendo colaborar ou não com a mudança do modelo hegemonicamente setorializado para o modelo de articulação intersetorial (SILVA; RODRIGUES, 2010). Está posto um desafio para o campo da intersetorialidade: a formação de profissionais que possam reconhecer a necessidade de ações intersetoriais para intervir nos problemas locais de saúde.

Tomando em análise as práticas interprofissionais em saúde, ressalta-se a possibilidade de superar o desafio dos profissionais, com diferentes saberes, em construir articulações e ações compartilhadas, favorecendo os processos de trabalhos a partir da definição de objetivos comuns ao cuidado centrado nas necessidades dos usuários. Criam-se, assim, novas possibilidades para desenvolver estratégias de cuidado em conjunto e potencializam-se as práticas do trabalho em equipe a partir de novos espaços que se originam das ações do território; das experiências e trocas de saberes, por meio de projetos terapêuticos (CASANOVA *et al.*, 2018).

A prática interprofissional promove a articulação das ações de saúde produzidas na interface do cuidado em saúde, da educação e do/no trabalho e que vem possibilitar a integração entre vivências e práticas incluindo os cenários intersetoriais (MONTANARI, 2018).

É importante problematizar o debate sobre a prática interprofissional e suas repercussões no contexto do PSE, na perspectiva da articulação de diferentes saberes e da possibilidade de compartilhamento do cuidado ao usuário. O senso comum em debate é desenvolver uma prática profissional assistencial da maneira em que cada profissional utilize suas competências orientadas para o bem comum, que podem se alterar à medida que se modifiquem as necessidades de saúde e o modo de organização das ações de cuidado (PEDUZZI, 2016).

Assim, a colaboração deve ser vista a partir da junção de profissionais que atuam em consonância com sua prática e em comum com suas competências, abrangendo de forma integral o cuidado aos alunos (DIAS *et al.* 2016). Diante da necessidade de superar a fragmentação do cuidado no PSE, é importante que as ações possam ser planejadas e desenvolvidas por meio do diálogo com os profissionais envolvidos para que tanto a prática intersetorial quanto a interprofissional possam ser mais efetivas e inovadoras.

Considerando ser PSE uma política pública recente, ainda sim, é possível reconhecer a potencialidade e o propósito de melhoria da saúde e da educação para os alunos e demais envolvidos no Programa. Para isso, é necessário ampliar o escopo de ações da APS e efetivar de forma gradativa um modelo de PSE Municipal, cujas práticas sejam produzidas pelos atores locais, a partir do cotidiano dos territórios onde estão inseridos.

Para Silva (2019), estudando o PSE na cidade do Rio de Janeiro na primeira década dos anos 2000, o compromisso com o marco lógico do programa - baseado nos princípios da promoção da saúde e categorizado por atitudes que demonstrem escuta e diálogo - permite olhar para os acontecimentos do dia a dia, possibilitando revisão dos processos de trabalho, ao mesmo tempo em que oferece subsídios ao gestor para atuar na lógica participativa.

Entender, avaliar e redefinir os objetivos do PSE, a partir do que tem sido construído e frente à lógica descrita nos manuais instrutivos do MS, diretrizes e planos de ações, são grandes desafios diante da realidade da cidade de São Vicente, local de realização deste estudo. Há um esforço constante para colocar em prática o Programa, com limitações de recursos humanos e financeiros. Em contraponto, temos à disposição a articulação e contribuição de profissionais que acreditam que as ações do PSE podem ampliar o acesso a saúde. Concordando com Silva (2019), cabe pensar, também, na sustentabilidade do Programa ao longo do tempo.

1.2. A cidade de São Vicente: características sócio demográficas, de saúde e de educação

O município de São Vicente divide-se espacialmente em duas áreas entremeadas pelo canal estuarino dos Barreiros, com características diferentes entre si, quais sejam:

A área insular, onde se situam os bairros: Centro, Gonzaguinha, Boa vista, Itararé, Vila Valença, Jardim Independência, Vila São Jorge, Jardim Guassú, Vila Mello, Catiapoã, Vila Jóquei Clube, Parque São Vicente, Vila Nossa Senhora de Fátima, Cidade Náutica, Beira-Mar, Esplanada dos Barreiros, Vila Margarida, Parque Bitarú, Vila Voturuá e Jardim Independência, Japuí.

A área continental, onde se situam os bairros: Humaitá, Parque Continental, Jardim

Rio Branco Parque das Bandeiras, Vila Nova São Vicente, Vila Emma, Vila Samaritá e Jardim Irmã Dolores, além da área rural da cidade e o Parque Estadual da Serra do Mar. Quanto às características demográficas e socioeconômicas, a população de São Vicente estimada é de 368.355 habitantes (2020) e a taxa de densidade demográfica é 2.247,88 hab/km (2010). O Produto Interno Bruto (PIB) per capita, que representa a soma de todos os bens e serviços finais produzidos no município, era de R\$15.006,76 (2018), sendo que 2,90% da população estavam em extrema pobreza em 2010 (IBGE, 2021).

Sobre as condições de vida, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é uma medida resumida do progresso em longo prazo em três dimensões básicas do desenvolvimento humano: renda, educação e saúde e permite a interpretação de dados de qualidade de vida em uma localidade. São Vicente tem Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,768 em 2010, o que o situa na faixa de desenvolvimento humano alto (IDHM entre 0,700 e 0,799). A dimensão que mais contribui para o valor do IDHM é a longevidade, com índice de 0,857, seguida da renda 0,738 e da educação com 0,716. A tabela a seguir apresenta a evolução do IDH de São Vicente, com recortes de 1991, 2000 e 2010 (PNUD, 2010).

O IDHM passou de 0,689 em 2000 para 0,768 em 2010, uma taxa de crescimento de 11,47%. O hiato de desenvolvimento humano, ou seja, a distância entre o IDHM do município e o limite máximo do índice (1,0), foi reduzida em 74,6% entre 2000 e 2010. Nesse período, a dimensão cujo índice mais cresceu em termos absolutos foi educação (com crescimento de 0,140), seguida por longevidade e renda.

Tabela1– Evolução do Índice de Desenvolvimento Humano de São Vicente, 1991-2010.

Componentes	Índice de Desenvolvimento Humano		
	1991	2000	2010
IDHM-Educação	0,357	0,576	0,716
% de crianças de 5 e 6 anos na escola	41,53	76,46	90,73
% de 11 a 13 anos nos anos finais do fundamental	53,50	79,92	89,82
IDHM– Longevidade	0,717	0,797	0,857
Esperança de vida ao nascer	68,02	72,81	76,39
IDHM - Renda	0,691	0,711	0,738
Renda per capita	590,29	667,43	789,32

Fonte: URBATEC (2018 adaptados de PNUD, 2010)

Quanto ao setor da Educação, segundo os dados atuais da Secretaria da Educação (SEDUC), o município de São Vicente (2021) possui em sua rede de educação 118 instituições municipais de ensino, incluindo creches, ensino pré-escolar e fundamental; 25 escolas estaduais e 101 escolas privadas. A taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade, razão entre o número total de matrículas e a população correspondente na faixa etária prevista para o curso na etapa de ensino, era de 98% em 2021.

O Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) é calculado com base no aprendizado dos alunos em português e matemática (Prova Brasil) e no fluxo escolar (taxa de aprovação) dos ensinos fundamentais e médio em escolas públicas e privadas, como conceito variando entre 0 a 10. Conforme meta do Ministério da Educação (MEC), o Brasil precisava alcançar - até 2021 – o conceito 6 nos anos iniciais do ensino fundamental. O município de São Vicente alcançou, no IDEB – anos iniciais do ensino fundamental (Rede Pública – 2017), conceito 5,8 e nos anos finais do ensino fundamental (Rede Pública – 2017), conceito 4,7.

Quanto ao setor Saúde, São Vicente assumiu a forma de Gestão Plena do sistema de saúde em 1998, isso significa que o município é responsável pela gestão do sistema municipal de saúde, organização e execução das ações, o que reafirma a declaração dos compromissos frente a outros gestores e perante a população sob sua responsabilidade. Em 2007, aderiu ao Pacto pela Saúde, que é a consolidação do SUS com seus três componentes: Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando alcançar eficiência e qualidade das respostas do SUS.

A Secretaria de Saúde (SESAU) Municipal está organizada em: Atenção Básica à Saúde (ABS), Atenção especializada, Assistência farmacêutica, Atenção hospitalar/Urgência/Emergência e Vigilância à Saúde. O principal objetivo do sistema é oferecer ações integrais e qualificadas em saúde, baseadas na promoção e prevenção, bem como no rastreamento/diagnóstico precoce das doenças, buscando melhorar a qualidade devida dos usuários.

A taxa de mortalidade infantil média na cidade, de acordo com o instituto brasileiro de geografia e estatística (IBGE, 2019), foram de 14,66 óbitos por mil nascidos vivos. Segundo a OMS, a mortalidade infantil é o principal indicador de saúde pública de um local e, apesar das ações do município de São Vicente e de todos os municípios que compõe a Região Metropolitana da Baixada Santista (RMBS), os dados configuram-se como os piores do estado.

Em relação à cobertura da APS, dados da nota técnica do MS sobre a competência 05/21, o município apresentou cobertura de 26,41% da ESF e 42,65% da AB. Isso evidencia uma limitação do acesso aos serviços básicos de saúde, o que produz desigualdade na oferta de melhores condições de saúde da população.

A AB formula, promove e coordena uma série de estratégias e programas com foco nas principais necessidades de saúde da população e também fomenta ações intersetoriais para superação das vulnerabilidades e desigualdades sociais, dentre elas o Programa Bolsa Família (PBF) criado por meio da Lei Federal nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004 e regulamentado pelo Decreto nº 5.209/2004. Trata-se de um programa de transferência de renda destinado às famílias com crianças/adolescentes/gestantes, sendo essa a principal estratégia do Brasil para o combate à pobreza extrema, à fome e à desigualdade social até o ano de 2021, quando o PBF foi substituído pelo Auxílio Brasil.

Apesar de o PBF ter como objetivo a promoção do acesso a rede de serviços públicos básicos: saúde, assistência e educação, de modo que as famílias consigam superar as condições de pobreza e vulnerabilidade, não há consenso de que esse benefício garanta acesso às políticas públicas, ainda que ele esteja condicionado às ações complementares (SANTOS *et al.*, 2019).

Cabe ressaltar que estudos sobre o PBF apontam que o programa por si só não é a solução para terminar com as desigualdades, porém contribui para que estas diminuam. A mesma relação pode ser pensada para as condições de saúde, o PBF sozinho não é capaz de evitar agravos à saúde, mas pode influenciar positivamente os indicadores de saúde. As

medidas de promoção e o incentivo ao uso dos serviços de saúde só serão efetivas se houver uma combinação com políticas públicas básicas que garantam a melhoria das condições de vida da população mais vulnerável (SANTOS; GOTTEGA, 2019).

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar o Programa Saúde na Escola em São Vicente-SP, nas perspectivas da intersetorialidade e da interprofissionalidade.

2.2 Objetivos específicos

Descrever o histórico do PSE na cidade de São Vicente.

Descrever e analisar a relação entre a saúde e a educação na gestão do Programa, subsidiando a discussão sobre a intersetorialidade nas políticas públicas de saúde para a infância e adolescência.

Descrever e refletir sobre o modelo, processos e estratégias realizadas no Programa, bem como suas potências e limitações.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

A abordagem da pesquisa é qualitativa, que busca analisar o papel das representações, das emoções e das relações no andamento de um programa, projeto ou proposta de política pública ou institucional (MINAYO, 2012).

Trata-se de um estudo realizado no município de São Vicente, SP e parte da possibilidade de elaboração de um Plano Municipal de Saúde na Escola, cujo objetivo foi programar e fortalecer as ações de saúde na escola, com base na atenção integral à criança. Deste modo, traz reflexões sobre a experiência, modelos, processos e estratégias para o enfrentamento dos desafios da gestão do PSE, e para a relação entre Saúde e Educação, nos diferentes momentos da execução do Programa, incluindo o cenário da pandemia de covid-19. A construção da narrativa sobre a trajetória do PSE pautou-se na experiência da pesquisadora e coordenadora do PSE pela Saúde, bem como nos registros de relatórios, documentos legais e instrumentos de gestão municipal com informações sobre o PSE. Outra fonte utilizada para a construção da narrativa foi a entrevista semiestruturada com a coordenadora do PSE pela Educação, com base em roteiro que compreendeu temas para investigação do objeto e abordou atividades, rotinas, resultados e impacto das ações do Programa (Apêndice A). A entrevista foi gravada, transcrita e subsidiou a construção da história do Programa em São Vicente, dividida em três momentos: 1. Os momentos iniciais: entre o acúmulo de funções e a construção da relação entre Saúde e Educação, 2. Entre 2017 e 2020: estreitando a relação entre Saúde e Educação, 3. A partir de 2020: e aí veio a pandemia de covid-19.

Em seguida, pautando-se nos conceitos de intersetorialidade e interprofissionalidade, a experiência de São Vicente foi analisada, no item: Reflexões sobre o PSE em São Vicente à luz da intersetorialidade e da interprofissionalidade.

Este estudo foi autorizado pela Secretária Municipal de Saúde de São Vicente (Anexo1) e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de São Paulo, parecer nº4. 680.320 de 09 de abril de 2021 (Anexo 2), em conformidade com a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. A entrevistada assinou Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias, sendo uma para si e outra para a pesquisadora (Apêndice B).

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados da pesquisa foram divididos em duas partes: a primeira descreve a história do PSE em São Vicente, incluindo os momentos iniciais a partir da universalização do Programa em 2013, os processos de construção da relação entre os setores saúde e educação no Município e o momento atual neste cenário da pandemia da covid-19; a segunda apresenta as reflexões sobre o PSE, à luz da intersetorialidade e da interprofissionalidade.

4.1. A história do PSE em São Vicente

4.1.1. Os momentos iniciais: entre o acúmulo de funções e a construção da relação entre Saúde e Educação

Cheguei à SESAU de São Vicente em outubro de 2012 com o propósito de cobrir a licença maternidade de uma enfermeira, programada para o mês de dezembro. Com a mudança de gestão no início do ano de 2013, muitas alterações aconteceram e em fevereiro deste ano, aceitei o desafio de assumir a Coordenação de Enfermagem na Diretoria de Atenção Básica (DAB). Foi uma decisão muito difícil, pois tinha um vínculo muito forte com a equipe em que trabalhava da Unidade Básica de Saúde Jockey Instituição Promocional (UBS JIP) e acreditava no trabalho que desenvolvia naquele território. Em meio a minha rotina na Coordenação de Enfermagem da DAB, também acumulava a função de Coordenadora da Estratégia de Saúde da Família, cargo que seria assumido pela enfermeira ao retornar da licença.

Mesmo tendo trabalhado no município desde 2007, como Responsável Técnica da UBS Praça Vitória (2007-2009) e da UBS JIP (2009-2012), a experiência na gestão de uma UBS é muito diferente da rotina, da organização e das práticas desenvolvidas na DAB. Uma UBS possui estrutura física instalada próxima a casa, ao trabalho e/ou a escola das pessoas e oferece uma diversidade de procedimentos do SUS e ferramentas de cuidado: consultas médicas, odontológicas e de enfermagem; curativos; imunização; dispensação de medicamentos; visitas domiciliares; atividades coletivas de educação em saúde nos espaços da UBS, escolas e/ou outros equipamentos do território, entre outras práticas.

O escopo de ações desenvolvidas na DAB envolve outros atributos que partem do conjunto de rotinas administrativas e gerenciais que visam nortear, por meio de fluxos de serviços e protocolos, o planejamento e a organização das equipes de saúde, com vistas a estabelecer com a rede estratégias para o desenvolvimento de ações e programas considerando

as necessidades de saúde dos usuários. Deste modo, participamos ativamente do planejamento das ações que buscam fortalecer o cuidado e a melhoria da assistência de saúde prestada aos usuários do Município e de cada território específico. É esse conjunto de ações que nos ajuda a traçar as metas para melhoria nos indicadores de saúde.

Com o passar do tempo, fui compreendendo melhor a rede de cuidado, as articulações e os desafios do trabalho intersetorial e interprofissional, suas implicações e potencialidades, bem como a condução e desenvolvimento de estratégias e programas da AB no Município.

O meu primeiro contato como PSE aconteceu em 31 de julho de 2013, data em que foi finalizado o período de adesão ao Programa, para aquele ano. Os municípios que finalizassem a adesão, apresentando Termo de Compromisso válido, seriam contemplados com o repasse financeiro previsto na Portaria Interministerial nº1413, de 10 de julho de 2013, que redefiniu as regras e critérios para adesão ao PSE por Estados, Distrito Federal e Municípios e dispôs sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações.

O processo de adesão se deu a partir do contato da SEDUC informando a data limite e os trâmites para a adesão. Eram quase 16h e saímos às pressas – eu, a diretora da DAB e a responsável administrativa da DAB – para a sede da SEDUC. Sem o completo entendimento sobre o que estávamos fazendo, realizamos uma leitura rápida das portarias e da nota técnica que descrevia como seria a adesão, com as coordenadoras da Educação Básica e a secretária adjunta da Educação.

Esse foi o primeiro ano em que todos os municípios da federação puderam aderir ao Programa, marcando a universalização e a ampliação de ações. Em 31 de outubro de 2013, São Vicente foi contemplado por meio da portaria nº 2608 do MS, que definiu os municípios com adesão efetivada ao PSE - como o repasse no valor de R\$13.200,00; correspondente a20% do valor do teto de recursos financeiros pactuados no Termo de Compromisso. O recebimento do restante do valor de custeio estava vinculado ao alcance de 50% das metas de ações essenciais realizadas.

A adesão ao PSE teve duração de vinte e quatro meses, com abertura para ajustes das informações e do Termo de Compromisso após doze meses do início da respectiva. A proposta do PSE vigência 2013-2014 foi de reafirmar os princípios de promoção à saúde, a articulação permanente entre as duas políticas - Saúde e Educação - e a contribuição para formação integral dos alunos da rede pública de Educação Básica, por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, principalmente com o envolvimento das equipes de ESF.

O Programa Foi organizado em três áreas temáticas e subdividido em ações essenciais e optativas (Tabela2), tendo cada componente sua peculiaridade e objetivo específico.

Tabela2–AçõesessenciaiseoptativasprevistasnoManualInstrutivodoPSE.

Componentes	Ações essenciais	Ações optativas
I: avaliação das condições de saúde do aluno	Avaliação antropométrica, verificação da situação vacinal, saúde bucal, saúde ocular	Saúde auditiva, Desenvolvimento de linguagem, identificação de possíveis sinais relacionados às doenças negligenciadas
II: promoção da saúde e prevenção de agravos	Promoção de a segurança alimentar e da alimentação saudável, promoção da cultura de paz e direitos humanos, saúde mental, saúde e prevenção nas escolas (SPE): educação para a saúde sexual, saúde reprodutiva e prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS (DST/AIDS): prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas	Prevenção de violências e acidentes, saúde ambiental, práticas corporais e atividade física, saúde e prevenção nas escolas: formação de jovens multiplicadores para atuarem entre pares na temática do direito sexual e reprodutivo e prevenção de DST/AIDS, fortificação da alimentação infantil com micronutrientes em pó
III– Formação	Vigilância alimentar e nutricional promoção da alimentação saudável, fortificação com micronutrientes na creche, gestão intersetorial do PSE, prevenção ao uso de álcool e tabaco, crack e outras drogas, prevenção e atenção das situações de violências, desenvolvimento infantil, saúde sexual, saúde reprodutiva e prevenção das DST/AIDS, promoção da saúde nas escolas	

Fonte: Ministério da Saúde, Ministério da Educação (2013).

Foi notório que o desenho do modelo do Programa proposto, as ações, as estratégias e todo movimento criado entre os profissionais da Saúde e da Educação de São Vicente geraram grandes expectativas e motivação aos trabalhadores envolvidos. Muitas iniciativas foram executadas, como a construção efetiva do Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTIM), produzindo ações intersetoriais de gestão, avaliação, prevenção, educação permanente e qualificação das ações.

Nesta vigência do PSE houve a integração de três profissionais da Enfermagem do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), o que propiciou a

ampliação no número de ações realizadas no PSE em 2014, especialmente em decorrência da introdução da vacina contra o Papiloma Vírus Humano (HPV), cuja principal via de transmissão é sexual (com possibilidade de contágio entre mãe e bebê durante a gravidez ou o parto) e importante fator de risco para câncer de colo de útero.

Com o objetivo de proteger as adolescentes de 11 a 13 anos, foi realizada vacinação em 15 escolas municipais e estaduais de São Vicente, cadastradas no PSE, além da disponibilização da vacina nas UBS e ESF. A meta era vacinar 80% das meninas nessa faixa etária e, a pós duas semanas do início da campanha- em março de 2014, foram vacinadas 3.850 adolescentes, em esquema vacinal de três etapas. A segunda dose da vacina seria aplicada seis meses após a primeira dose e a terceira dose, de reforço, deveria ser aplicada cinco anos após a primeira dose (essa dose não consta mais no esquema vacinal, sendo completado apenas com 2 doses). Ao final de 2014, havíamos vacinado 8.558 meninas com a 1ª dose e 2.856 com a 2ª dose, ou seja, 70,52% da meta (SIPNI/TABNET).

Essa estratégia tornou-se a principal ação desenvolvida pela equipe do PSE, no primeiro semestre, mas não se repetiu no segundo semestre nessa proporção, uma vez que meninas que tomaram a segunda dose da vacina em uma escola de outro município da RMBS apresentaram suspeita de reação à vacina (dor de cabeça e paralisia nas pernas). Esse episódio divulgado pela mídia- pode ter contribuído para a recusa, por parte dos responsáveis das adolescentes, em autorizar a vacinação das meninas nas escolas. Ainda que muitas adolescentes tenham sido imunizadas com a segunda dose no ambiente escolar, esta prática não ocorreu nos anos subsequentes.

A avaliação desta experiência aponta para a expectativa de beneficiar aproximadamente 13 mil alunos cadastrados no PSE, em 21 escolas de São Vicente. Pensando escola como espaço potencial para promoção da saúde, finalizamos essa vigência do PSE com lacunas no cumprimento das metas que podem ser justificadas pelo número previsto de escolas/alunos superior ao que poderia ser acompanhado; pela interrupção do repasse de recursos diante do não alcance dos indicadores que determinavam os percentuais do incentivo financeiro e o monitoramento correspondente ao alcance de metas pactuadas no Termo de Compromisso instituído pela Portaria Interministerial nº 1.413. Cabe pontuar que o acompanhamento dos indicadores (Quadro1) e das ações elencadas para a avaliação/monitoramento do Programa foi realizado de 1º de agosto de 2013 a 31 de julho de 2014 e registrado nos sistemas de monitoramento até 20 de setembro de 2014.

Quadro1-Indicadores de monitoramento do PSE segundo componentes.

Componente I	Componente II
<ul style="list-style-type: none"> - % de educandos avaliados em relação ao total de pactuados. - % de educandos com IMC inadequado (magreza e magreza acentuada; e (obesidade e obesidade grave). - % de educandos com sinais de alteração (vacina atrasada) dentre os educandos avaliados. - % de educandos com sinais de alteração (necessidade de cuidado em saúde bucal) dentre os educandos avaliados. - % de educandos que avaliados quanto à realização do teste de acuidade visual dentre os pactuados. - % de educandos que não realizaram o teste de acuidade visual em relação ao total de educandos pactuados. - % de educandos encaminhados para a UBS para realização de teste de acuidade visual - % de educandos com sinais de alteração (necessidade de cuidado em saúde ocular) em relação aos educandos avaliados - % de educandos com sinais de alteração (necessidade de cuidado em saúde auditiva) em relação aos educandos avaliados - % de educandos com sinais de alteração (sinais de doenças negligenciadas) em relação aos educandos avaliados. 	<ul style="list-style-type: none"> - % de educandos que recebem fortificação em relação ao total de educandos pactuados. - % de escolas cuja temática de Educação Alimentar e Nutricional na perspectiva da promoção da alimentação e modos de vida saudáveis está - % de escolas que constituíram o Grupo Intersetorial sobre o número de escolas pactuadas. - % de escolas que constituíram o Grupo de Famílias Solidárias sobre o número de escolas pactuadas. - % de escolas que constituíram o Grupo de Educação entre Pares sobre o número de escolas pactuadas. - % de escolas com temática da saúde sexual, saúde reprodutiva e prevenção das DST/AIDS e Hepatites Virais contempladas nos Projetos Político-Pedagógicos. - % de educandos que participaram das atividades em relação ao número total de educandos pactuados. - % de jovens multiplicadores formados para atuarem entre pares nas temáticas da saúde sexual, saúde reprodutiva e prevenção das DST/AIDS e Hepatites Virais no cotidiano da escola dentre o número de educandos pactuados. - % de inclusão das temáticas dos riscos e danos do uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas nos Projetos Político. - % de escolas que realizaram as ações em relação ao número de escolas pactuadas.

Fonte: Ministério da Saúde, Ministério da Educação (2013).

Muitas ações foram executadas nesse período, dentre elas: avaliação antropométrica; avaliação da acuidade visual e a identificação de alunos com problemas de visão; avaliação de saúde bucal, escovação supervisionada e aplicação tópica de flúor; avaliação da caderneta de vacinação; ações de combate à dengue; promoção da segurança alimentar e alimentação saudável; prevenção de DST/AIDS, uso do álcool e outras drogas, violência e acidentes.

Conforme o Manual Técnico de Adesão e Desenvolvimento das Ações do PSE, de 2015, a equipe técnica do PSE Coordenação Geral, fez o movimento de repensar e subsidiar novas discussões diante do baixo desempenho dos municípios no alcance das metas em vigência 2013/2014.

Em todos os períodos de vigência do PSE em São Vicente, desde 2013, a gestão do Programa esteve sob responsabilidade de uma enfermeira da DAB, que tinha como atribuição coordenar, articular, orientar o processo de trabalho e possibilitar a execução das ações e metas, pactuadas na adesão, além de preencher o sistema de monitoramento. A vigência de 2013-2014 teve a gestão de uma enfermeira com experiência na AB, com avanços na execução e monitoramento das ações desenvolvidas junto à Educação. Foi nesse período que iniciamos a aproximação dos setores Saúde e Educação, seguindo as regras e critérios descritos na Portaria de adesão que permitiram esse encontro. Entretanto, também se observou que, na maioria das vezes, as ações e práticas desenvolvidas foram produzidas e planejadas pelo setor Saúde, que agendava reuniões entre os setores para comunicar as ações a serem ofertadas.

Nessa vigência, a gestão municipal apoiou a participação dos profissionais no Programa e reforçou algumas ações que já eram desenvolvidas nas creches e escolas, em pequena escala e antes da adesão ao PSE, com a finalidade de cumprir a agenda de ações de promoção de saúde na AB. Por muitos anos o Município desenvolveu o Programa Saúde nas Creches, que tinha como objetivo produzir ações de medicina preventiva, uma vez que contava apenas com cinco pediatras que realizam visitas e tele atendimentos nas creches do Município. Esse programa foi descontinuado no início de 2017 incorporado ao PSE.

A vigência de 2015-2016 teve menor efetividade, pois somente as 19 equipes de ESF que aderiram ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) realizaram ações do PSE, nas creches ou escolas no território. Todas as equipes aderidas ao PMAQ e também ao PSE participaram, nos moldes previstos, dos processos de monitoramento, autoavaliação, apoio institucional e avaliação externa, com ênfase nas ações desenvolvidas junto às escolas e aos alunos. O PMAQ teve como finalidade

incentivar os gestores e as equipes a melhorar a qualidade dos serviços de saúde.

4.1.2. Entre 2017 e 2020: estreitando a relação entre Saúde e Educação

Em janeiro de 2017, com a mudança de gestão no Município e do corpo técnico da SESAU, deixei a coordenação de Enfermagem da DAB e recebi a proposta de assumir a coordenação do PSE. Com um pouco mais de vivência e experiência no campo da gestão, me senti motivada a aceitar esse novo desafio, pois teria o privilégio de conhecer mais de perto o desenvolvimento, acompanhamento e efetividade do Programa.

Nesse período, entramos em contato com a SEDUC e promovemos uma reunião com os novos técnicos da SESAU, com o objetivo de receber a indicação de um técnico da educação para compor o Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTIM) e apresentar as especificidades do PSE aos profissionais da Saúde e da Educação. Participaram da reunião o secretário de saúde, a secretária adjunta, a diretora do DAB, a coordenadora da Saúde da Criança, a secretária da Educação e a coordenadora da Educação Básica. A partir desse momento ampliávamos a equipe de profissionais envolvidos tanto na discussão quanto na construção e consolidação do Programa.

Considerando o principal objetivo do PSE que é a integração e a articulação permanente entre a Educação e Saúde, percebeu-se a necessidade de pessoas que pudessem gerenciar essa conexão, o que resultou na nomeação de Grupos de Trabalho Intersetoriais (GTI) para planejamento coletivo da execução, monitoramento e avaliação das ações, de forma a atender às necessidades e demandas locais.

Uma profissional da educação foi nomeada como membro do GTIM e compôs a gestão do PSE pela área no período de quatro anos (2017-2020), ampliando o olhar sobre o Programa e contribuindo para que novos caminhos de atuação no PSE fossem trilhados, considerando a intersetorialidade e as ações efetivas para melhoria da saúde dos escolares.

Documentos oficiais reforçam a importância do envolvimento das Secretarias neste processo, indicando que os GTI devem ser compostos por, pelo menos, um representante da SESAU e um da SEDUC, podendo incorporar outros representantes de políticas públicas e/ou movimentos sociais (BRASIL, 2013). O GTIM de São Vicente foi composto por uma coordenadora do setor Saúde (AB) e uma do setor Educação (Educação Básica) e, somente a partir de 2018, outros profissionais foram incluídos no GTIM: trabalhadores do Núcleo Ampliado de Saúde da Família–Atenção Básica (NASF-AB) e uma pediatra, que anteriormente participava do Programa Saúde nas Creches. A Educação também inseriu outro

profissional de apoio, a coordenadora da Educação Infantil.

A coordenação da Educação concordou, na entrevista, com a avaliação positiva da composição do GTIM, diante da percepção da construção da autonomia para a tomada de decisões, que incluíam a resolução de imprevistos e emergências, sempre comunicadas à gestão do Município.

A partir da análise situacional do PSE em São Vicente, iniciamos um trabalho conjunto de planejamento e fortalecimento das ações do Pro, com diálogo e corresponsabilização pela gestão do PSE. Nesse contexto, identificamos a oportunidade de superar os desafios vivenciados até o momento e construir experiências que favorecessem o olhar sobre os determinantes sociais da saúde na população. Com planejamento e gestão local foi possível reestruturar o PSE, ampliando o número de escolas e alunos acompanhados, melhorando os registros e o monitoramento das informações.

“eu trabalho na rede municipal diretamente com a Educação Infantil, chefiando desde 2017, mas trabalho na rede desde o ano 2000. O primeiro contato que tive com o PSE, foi exatamente em 2017, quando assumi a chefia da coordenação da Educação Infantil do município, cuidando de todas as Creches e Escolas Municipais de Educação Infantil, as EMEIs que chamamos, nesse primeiro momento entraram em contato comigo a Secretaria de Saúde, através da Enfermeira Josy, me passou quais eram as escolas contempladas com o PSE. Então a partir deste momento comecei a averiguar as unidades escolares contempladas, para ver quais eram as prioridades na questão da saúde”.

Foi à aproximação da coordenadora da Educação Básica ao PSE, em seu contato inicial como Programa, que fomentou a ampliação do conhecimentos sobre as unidades colares contempladas e os avanços na compreensão das prioridades em saúde em cada contexto. Em um primeiro momento, realizamos o levantamento sobre a vacinação das crianças, identificando lacunas que foram sanadas junto à SESAU e com o envolvimento do PSE. A estratégia foi aliar a matrícula do aluno à verificação de caderneta de vacinas. Neste momento, os responsáveis recebiam um encaminhamento para as UBS e as enfermeiras da BS eram orientadas pela enfermeira do PSE para a verificação e a atualização da caderneta da criança, o que contribuiu para a melhoria dos indicadores de vacina no Município e a diminuição da prevalência de infecções por doenças preveníveis. Esta estratégia foi estendida as demais creches e escolas de São Vicente.

“Fizemos esse primeiro levantamento principalmente na questão de vacinação das crianças. Pedimos para que os pais nos enviassem as carteirinhas de vacina, vimos que havia muita desatualização, entrei em contato com a Secretaria de Saúde, e através delas fizemos um levantamento mais primoroso já com a ajuda do PSE”

Outra questão identificada se refere à alimentação infantil e à alimentação na escola, especialmente quanto ao momento do desmame, que requer um trabalho coeso entre escola e mãe/ou responsável. A estratégia foi acionar a pediatra do PSE que, em visita à creche, atendia individualmente as mães e/ou responsáveis e os orientava quando ao desmame e introdução de alimentos, obtendo bons resultados.

“Outra coisa que ajudou bastante foi à questão da alimentação escolar, nos ajudou muito por que tínhamos alguns problemas com alimentação escolar, principalmente no desmame quando a mãe não conseguia alimentar, eu acionava o PSE, e através da pediatra que visitava a unidade, através dos nossos pedidos, ela conversava com as mães, uma por uma, e ajudava nessa passagem do desmame para alimentação”

Na vigência 2017-2018, as ações do PSE foram desenvolvidas pela parceria entre AB e Educação Básica e foram ofertadas em 29 creches e 2 EMEIF (Escolas Municipais de Educação Infantil e Ensino Fundamental) vinculadas a 26 e ESF. Outros atores foram envolvidos no processo, considerando as ações, o contexto, o vínculo e o desenvolvimento do Programa: a coordenação de saúde nas creches; a coordenação de Saúde Bucal e suas equipes de prevenção; o núcleo de Informação, Educação e Comunicação (IEC) que é a equipe de agentes de endemias que realiza educação em saúde na prevenção da dengue; enfermeiros, médicos; auxiliares de enfermagem; agentes comunitários de saúde (ACS); cirurgiões dentistas e auxiliares de saúde bucal. Também é necessário enfatizar que essas equipes possuíam uma demanda grande de atendimentos nas unidades e havia um cenário de déficit de recursos humanos e sobrecarga de trabalho, especialmente o enfermeiro que, em São Vicente, acumula a função de gestão e assistência dentro das equipes de saúde, com dificuldades para o planejamento e o desenvolvimento de ações do PSE. Cabe pontuar que este cenário se mantém até os dias de hoje.

Mesmo com poucos recursos humanos e financeiros foi possível gerenciar ações em todas as escolas pactuadas, atendendo um total de 3030 educandos. No segundo ano deste ciclo, o programa recebeu o apoio das equipes do NASF-AB. Esta estratégia colocava a possibilidade de repensar as práticas a partir das dificuldades encontradas no ano anterior,

relacionadas à sobrecarga de trabalho, na qual me reconhecia diante do acúmulo da coordenação do PSE e da coordenação da AB (junto à fragilidade no planejamento das ações; à imposição de ações pontuais às equipes de ESF e à falta de profissionais para realizar as ações de saúde). Era a oportunidade de qualificar as ações e criar espaços de práticas e relações de cuidado a serem construídos para reorganizar os processos de trabalho no ambiente escolar e na ESF, investindo em encontros com os coordenadores escolares, nas práticas dos especialistas do NASF-AB que, em São Vicente, é composto por pediatras, psicólogo, fonoaudiólogas, nutricionistas, e assistente social.

Nesse cenário, a coordenação da Educação destaca, na entrevista, os atores desse percurso: a família; as coordenadoras de creches; os trabalhadores da saúde, incluindo o NASF-AB.

“Os principais atores são, lógico, a família, que através das nossas coordenadoras de creche, que também são essenciais, pois são quem levam nossos comunicados para eles. Os funcionários da saúde que visita a unidade de creche e leva a odontologia, o NASF, então todo esse equipamento quem tem o PSE, a medir as crianças, a pediatra, então são todos os atores que nos ajudam nisso. É um combinado entre família, educação e saúde, todos os envolvidos ajudam demais no desenvolvimento e no sucesso do projeto”.

Nos anos seguintes, a articulação entre Saúde e Educação ganhou uma comunicação fluida e transparente, com encontros periódicos e aprendizagem para todos os profissionais envolvidos no Programa. Os avanços foram muitos e a aproximação entre os setores trouxe ganhos aos estudantes: avaliação de fala e linguagem, prevenção odontológica, tratamentos de saúde e psicológicos, apoio na alimentação. A coordenação da Educação aponta que uma aproximação com a gestão (da SEDUC) para negociação mais tranqüila de um calendário de planejamento das ações do PSE já poderia ter sido realizada anteriormente.

“A articulação entre saúde e educação sempre foi através de uma comunicação bem explícita, com reuniões de aprendizagem para ambos os lados, infelizmente com a pandemia nossas reuniões presenciais foram encerradas, mas a saúde proporcionou vídeos de atenção com muitas informações para as famílias no momento que estamos passando, vídeos estes que foram disponibilizados aos pais através de grupos do whatsapp, blog da educação. Os avanços foram muitos a aproximação saúde educação trouxe aos nossos alunos muitos ganhos como prevenção no caso da odontologia, tratamentos de saúde e psicológicos, assim como auxílio na alimentação escolar, eu acredito que o que poderia ter sido diferente seria uma maior

aproximação

“entre nossos superiores, para que nos proporcionasse uma agenda que nos disponibilizassem um calendário mais tranquilo”.

Em 2019, ocorreu a adesão ao ciclo 2019-2020 com a expectativa de construir ações efetivas de articulação e integração entre Saúde e Educação. Pactuamos ações em 29 creches e 6 EMEIF, com um total de 4559 alunos beneficiados com o PSE no Município. O desenvolvimento das ações e a motivação dos profissionais envolvidos no Programa nos fez ressignificar as estratégias de cuidado no PSE. Assim, assumimos junto com a Educação uma nova proposta de cuidado aos alunos da rede, resultando no enfrentamento das vulnerabilidades e na participação efetiva das equipes de ESF, integrando a escola e com base nos princípios do SUS.

Frente a esses desafios, aderimos ao Programa Crescer Saudável, que consiste em ações a serem implementadas no âmbito do PSE, com o objetivo de contribuir para o enfrentamento da obesidade infantil no país, destinado para as crianças matriculadas na Educação Infantil (creches e pré-escolas) e Ensino Fundamental I. A portaria nº 2.706 de 18 de outubro de 2017 lista os municípios que fizeram a adesão ao PSE 2017/2018 e os habilita ao recebimento de recursos financeiros pactuados em termo de compromisso e repassa recursos para municípios prioritários para ações de prevenção da obesidade infantil com escolares. Outras propostas para esse ciclo foram à implantação do matriciamento em saúde integral para crianças de 0 a 5 anos e a efetivação do cuidado em Saúde Bucal, com o tratamento nas escolas ou nas ESF e a inclusão no calendário das creches/EMEIF do dia da Saúde na Escola.

As ações de saúde previstas no âmbito do PSE no ciclo 2019-2020 foram planejadas e desenvolvidas em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS, incluindo: 1. Direito sexual e reprodutivo e prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis/AIDS (IST/AIDS); 2. Prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas; 3. Promoção da cultura de paz, cidadania e direitos humanos; 4. Promoção das práticas corporais, da atividade física e do lazer nas escolas; 5. Prevenção das violências e dos acidentes; 6. Identificação de educandos com possíveis sinais de agravos de doenças em eliminação; 7. Promoção e avaliação de Saúde Bucal e aplicação tópica de flúor; 8. Verificação da situação vacinal; 9. Promoção de segurança alimentar e nutricional e da alimentação saudável; 10. Promoção da saúde auditiva e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração; 11. Promoção da saúde ocular e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração; 12. Ações de combate ao mosquito *Aedes aegypti*.

Em relação aos processos de trabalho da coordenação do PSE, a estrutura organizacional da DAB não me permitiu dedicação exclusiva para o Programa. Em setembro de 2017, com a saída da coordenadora da enfermagem da DAB e diante da falta de recursos humanos para assumir tal função, mais uma vez tive que acumular funções: a coordenação do PSE e a coordenação da enfermagem da AB. A experiência adquirida na gestão anterior e a motivação para desenvolver as ações do PSE foram meus alicerces para me manter nesse processo com anseios, motivação e disposição, contribuindo e dando sentido ao meu trabalho.

4.1.3. A partir de 2020: e aí veio a pandemia de covid-19

Desde o início de 2020, a gestão da SESAU de São Vicente vinha demonstrando preocupação com o novo agente do coronavírus, descoberto em 31/12/2019, na China. Foram realizadas, pela Vigilância em Saúde, várias reuniões para capacitar os profissionais da rede de saúde, inicialmente como um alerta que rapidamente se tornou uma emergência mundial de Saúde Pública.

Em 26 de fevereiro de 2020, foi confirmado pelo MS o primeiro caso de coronavírus no estado de São Paulo, reafirmando a circulação do vírus no Brasil, o que resultou em inúmeras matérias jornalísticas e protocolos do MS sobre higienização das mãos, etiqueta respiratória, utilização de máscaras, transmissibilidade, alertas e cuidados em geral.

No dia 20 de março de 2020, foi instituído em São Vicente, o decreto no 5192A que definia a Situação de Emergência para enfrentamento da pandemia e estabelecia diversas medidas e ações a fim de resguardar o direito a saúde nas unidades de atendimento público. Este decreto criava restrições e/ou o fechamento de vários serviços por tempo indeterminado, entre eles creches e escolas.

O cenário inédito, alterado abruptamente, trouxe a mim e a muitos profissionais da rede de saúde sensações de medo, incerteza, insegurança e adoecimento. Fomos construindo muros dentro dos nossos territórios. Muitos profissionais foram afastados do trabalho por meio do Decreto que orientava o afastamento por tempo indeterminado dos profissionais de grupos de risco como gestantes, pessoas com comorbidade e aqueles com mais de 60 anos de idade. O cuidado da AB se restringiu, neste momento, às consultas de pré-natal e puericultura.

Houve uma grande mobilização para vacinação contra influenza, iniciada em 23 de abril de 2020. Mesmo sem ter nenhum efeito contra o novo coronavírus, houve um número considerável de usuários à procura da vacina nas UBS e em postos itinerantes para os grupos prioritários (crianças, gestantes, idosos, pacientes crônicos, profissionais de saúde, da

segurança e professores) e, posteriormente, para o público em geral.

Neste contexto recente, não é possível separar meu lugar na coordenação da AB do meu lugar na coordenação do PSE. Minha experiência na AB tem sido vivenciar a pandemia, que trouxe uma carga muito pesada para nós, profissionais da saúde: cuidar das pessoas e ter um olhar diferenciado para a equipe que está na lida diária e que não foi reconhecida – em sua complexidade - como linha de frente, uma vez que as ações de combate à pandemia se voltaram exclusivamente para criação de leitos hospitalares.

Neste período, acompanhei muitos profissionais que se afastaram por síndrome gripal ou por covid-19. Meu trabalho incluiu participar do processo de inserção na rotina de práticas antes nem imaginadas, como contar e racionar equipamentos de proteção individual (EPI) para as equipes semanalmente, uma vez que foi necessário ampliar a quantidade desses insumos. Aos poucos fui perdendo o sono, acordava na madrugada com medo desse obscuro cenário, mas acreditava que seriam necessárias novas formas de intervenções para os profissionais e para as pessoas nos territórios onde vivem.

No final de maio de 2020 adoeci. Tive uma forma leve da doença, com tosse, cansaço, perda de olfato e de paladar, muito medo também. Após 14 dias de isolamento estava recuperada e de volta a rotina. Nesse período, outros colegas também adoecerem e a experiência de ter passado pela doença com um desfecho satisfatório nos deixou mais fortes, para acreditarmos e incentivarmos os outros que tudo isso logo iria/vai passar.

Olhar para o cotidiano do nosso trabalho e ver que a pandemia continua-nos leva a aprender coisas novas e compartilhar saberes e experiências, identificar fortalezas e desafios para o trabalho em equipe. Não tem sido nada fácil, mas temos sido provocados a motivar nossos profissionais a produzir novas experiências de cuidado para atendermos a necessidade de saúde dos nossos usuários.

Aos pouco estamos reorganizando a ABS de São Vicente. Em agosto de 2020 ampliamos o atendimento para 75% das agendas de clínica geral, pediatria e ginecologia, os ACS voltaram a realizar visitas domiciliares fora das casas, na área Peri domiciliar, com prioridade para visitas em domicílios com idosos e pacientes crônicos (hipertensão, diabetes, asma, doença vascular, doença cardíaca, entre outras), por estes estarem no grupo de risco e necessitarem de mais cuidados.

Quanto ao PSE, temos utilizado tecnologias de informação para capacitar os profissionais da DAB e nos aproximarmos daqueles que estão na linha de frente. Este deslocamento, para a virtualidade, tem nos mobilizado e possibilitado o uso de novos recursos que ainda não estavam estabelecidos, mas que foram produzindo sentidos para a equipe.

A estratégia foi à produção de vídeos de educação em saúde. Os primeiros foram gravados por mim e pela pediatra do PSE, com o apoio do NASF-AB, da ESF, da equipe de prevenção da Odontologia, da equipe do IEC, do Programa de Educação para o Trabalho (PET- Saúde). Outros vídeos foram gravados e disponibilizados via aplicativo de mensagens (Whatsapp®) aos profissionais da Educação, como forma de disseminar informações do PSE sobre a pandemia, cuidados e ações de prevenção a saúde, utilização da máscara, lavagem das mãos, utilização do álcool gel, distanciamento social, alimentação saudável, promoção da saúde mental e atenção à violência. Os vídeos também foram divulgados pelas redes sociais para pais, alunos e profissionais da Saúde e Educação. Contudo, respeitando o período político e as eleições municipais no segundo semestre de 2020, não pudemos fazer uma divulgação em mídias sociais e Internet.

Fomos chegando ao fim de 2020, ainda com muitas incertezas sobre os rumos da pandemia, mas acreditando sempre que dias melhores estariam porvir. Houve a mudança da gestão da SESAU, porém os diretores e coordenadores da gestão anterior foram mantidos. Com isso, tivemos a oportunidade de dar continuidade ao trabalho, e pude-me reconectar, inclusive, com meu projeto de Mestrado do qual me distanciei pelo complexocontextode2020. Foi nesse cenário que a coordenação da Saúde do PSE e os atores envolvidos no Programa procuraram atender as dificuldades e necessidades das famílias que chegavam até as coordenadoras de creches e diretoras das EMEIF.

Para a coordenação da Educação do PSE, é precoce fazer uma avaliação do que ainda estamos e vamos viver na pandemia. Desde o início do ano de 2020, sempre houve grande preocupação com profissionais, famílias e principalmente com os estudantes e será necessário diálogo entre a SESAU e SEDUC, para que o retorno presencial, em momento oportuno, seja avaliado com a presença do PSE.

No início de 2021, o Brasil deu um grande passo em relação ao enfrentamento da pandemia da covid-19, que foi o início da vacinação, colocando para a AB o papel estratégico de capitanear a maior campanha de vacinação em massa já organizada. Tenho orgulho de fazer parte da organização e operacionalização desta campanha no município.

No primeiro semestre de 2021 foi proposto um grupo de trabalho entre Saúde-Educação e outros representantes dos professores, gestores e funcionários, pais, Conselho Municipal da Juventude e Sindicato dos Servidores Públicos Municipais, com o objetivo de definir o plano de retomada das aulas presenciais na rede municipal de ensino e estudar a viabilidade desta retomada garantindo a saúde de todos os atores escolares.

Importante pontuar que, em 22 de janeiro de 2021, devido ao aumento do número de

casos de covid-19 no Estado de São Paulo, foi imposta por decreto uma nova classificação da quarentena. Os meses seguintes, devido ao aumento do número de casos, internações e óbitos, outras quarentenas foram decretadas e, de forma imprevisível temos atravessado esse período. No final do mês de janeiro, os profissionais de saúde começaram a ser vacinados como grupo prioritário. Em 12 de abril, seguindo a etapa do plano de imunização, os profissionais da Educação puderam ser vacinados, iniciando por aqueles que atuavam nas escolas das redes públicas (municipal, estadual e federal) e privada com idade igual ou superior a 47 anos. A segunda dose desses profissionais foi aprazada para o dia 10 de maio.

Um importante marco para as ações do PSE em 2021 foi à assessoria do gabinete da SEDUC ser assumida por uma profissional de carreira da Educação que atuou como coordenadora do PSE pela área nos anos 2017-2020. Acredito que sua experiência na gestão do PSE pode facilitar o desenvolvimento das ações que foram/serão realizadas no biênio 2021-2022 do Programa.

Oportunamente, temos nos encontrado e alinhado os planos para retomada das aulas, com o olhar ampliado sobre as ações da saúde que serão desenvolvidas com os alunos da rede pública do município. Já realizamos, após a adesão do PSE, duas reuniões com os integrantes do GTIM, programamos uma capacitação *online* que aconteceu no início de maio de 2021, com as coordenadoras de creches e diretoras de EMEIF. Ao todo participaram da capacitação 80 pessoas e os objetivos foram: 1. Descrever os cuidados com a covid-19 no âmbito da escola, dois. apresentar as fichas do matriciamento infantil, 3. fortalecer a vacinação contra gripe aos alunos/ profissionais da educação.

Quanto ao material audiovisual, os vídeos gravados durante a pandemia estão disponíveis no *blog* da Educação Básica, onde as aulas virtuais da Educação Municipal são publicizadas. Com as aulas presenciais suspensas desde março de 2020, em 24 de maio de 2021 foi publicado o Decreto Municipal nº 5552A, que dispôs sobre normas e procedimentos para o retorno gradual das aulas presenciais nas unidades escolares públicas municipais. Esse decreto garantiu que até 02 de junho de 2021 as atividades de cunho pedagógico ocorressem de forma não presencial, entre 07 de junho e 08 de julho de 2021 foram ofertadas atividades pedagógicas pelas unidades escolares a pequenos grupos, preferencialmente os mais vulneráveis compreendidos como aqueles que estivessem em processo de alfabetização; apresentassem maior defasagem de aprendizagem, dificuldades de acesso à tecnologia, maior risco para saúde emocional e necessitassem de alimentação escolar.

A essa época, só retornaram à sala de aula os professores que estavam no grupo

autorizado para receber a vacina da covid-19, conforme o Plano de Vacinação São Paulo e os demais continuaram em tele trabalho. Foi um período conturbado no qual a gestão das ações, como a abertura e o fechamento das Unidades Escolares e o manejo dos casos suspeitos de covid-19 foi realizada pela Educação, sem articulação com a Saúde.

Em 11 de junho de 2021, o Município antecipou a vacinação dos profissionais da educação de 18 a 44 anos, em continuidade ao plano de vacinação como objetivo de garantir o máximo de proteção e permitir o retorno seguro as aulas presenciais a essa categoria no segundo semestre. Nesse período o setor Educação entrou em recesso e havia a previsão do retorno das aulas para o final de julho, porém um novo decreto foi publicado em 30 de julho, Decreto nº5615-A, alterando os dispositivos do Decreto nº5552-A, que dispõe sobre normas e procedimentos para o retorno gradual das aulas presenciais nas unidades escolares. O novo decreto segue o cronograma de vacinação contra a covid-19 e norteia o planejamento, pela SEDUC em conjunto com os profissionais, da retomada com segurança com base na imunização completa dos profissionais da área (duas doses da vacina). O decreto pontua, ainda, que em consonância com os protocolos sanitários e o Plano de Retomada de cada unidade escolar, homologado pela SEDUC, as atividades híbridas seriam iniciadas a partir de 13 de setembro, com um modelo de atendimento para cada etapa de ensino.

Junto com o setor da educação, o PSE teve um papel importante na retomada das aulas híbridas e presenciais no Município, pois construiu coletivamente um documento norteador que tem servido de apoio à gestão da SEDUC, para que possam conduzir a retomada segura com apoio técnico. No dia 30 de agosto de 2021, nos reunimos virtualmente com aproximadamente 85 profissionais da Educação (coordenadoras de creches, diretoras de EMEIF e supervisoras da Educação) para apresentação das *Orientações iniciais aos casos suspeitos de covid-19 nas escolas de São Vicente* que inclui um formulário de comunicação rápida de caso suspeito de covid-19 na Educação, permitindo a articulação entre Saúde e Educação; o termo de responsabilidade para pais e responsáveis e o protocolo de combate ao covid-19 do PSE, que orienta a apresentação da declaração atualizada de vacina, de acordo com o calendário de imunização vigente no estado de São Paulo. Vale destacar que o Município possui, atualmente, mais de 38 mil alunos em 118 escolas municipais.

A SESAU de São Vicente divulga um boletim diário no site da prefeitura e nas redes sociais com números atualizados do coronavírus entre residentes. O boletim de 05 de setembro de 2021 anunciou 45.463 testagens, com 20.478 casos positivos, 24.512 negativos e 473 no aguardo de resultado. Entre os contaminados encontram-se 19.174 altas, 1.222 óbitos, 75 recomendações para isolamento domiciliar. A ocupação de leitos de enfermagem está em

19% e a ocupação de UTI em 20%. Quanto à vacinação total de doses aplicadas é de 375.734.

4.2. Reflexões sobre o PSE em São Vicente à luz da intersetorialidade e da interprofissionalidade

Para avançar na direção da intersetorialidade e da interprofissionalidade, a Política de Atenção Básica em Saúde e a Política de Educação Básica investe na universalização do PSE, na perspectiva de uma junção entre esses setores para o alcance das ações intersetoriais de promoção à saúde, prevenção de agravos e do cuidado à saúde das crianças, adolescentes e jovens, longitudinalmente, num processo compartilhado de gestão (VIEIRA, 2013).

A partir dos temas Saúde na Escola e Promoção à Saúde, eixos estratégicos da saúde escolar, os profissionais envolvidos no PSE de São Vicente foram reunindo componentes para impulsionar o Programa no contexto do Município. Esta aposta dialoga com o entendimento de que a escola é espaço promissor para o encontro entre Saúde e Educação, operacionalizado em ações de educação e promoção da saúde, incluindo a triagem de estudantes em risco (CASEMIRO, FONSECA e SECCO, 2014).

O PSE vem sendo desenvolvido em São Vicente, reconhecendo a escola como espaço favorável para o desenvolvimento de ações de saúde aos alunos da rede básica municipal. Podemos entender o PSE e o percurso descrito neste trabalho como um campo repleto de significados, dificuldades, desafios e potencialidades, inerentes a um programa intersetorial que tem como alvo a integração e articulação permanente dos setores Saúde e Educação, que nem sempre dialogam ou tem práticas compartilhadas instituídas.

Outros municípios têm produzido experiências exitosas no desdobramento de programas, pactuação entre os setores saúde e educação, e predominância do cuidado integral em saúde aos alunos da rede básica, como acontece em São José dos Campos - SP, onde o Programa Píxel Mágico oportuniza ações de caráter preventivo, para alunos, família e comunidade (MARTINS, et al.2012).

Para Farias *et al.* (2016), o PSE no município de Olinda-PE apresenta dificuldades de estrutura e gestão no âmbito dos escolares da rede municipal de ensino, porém se evidencia como ferramenta capaz de promover melhorias na qualidade de vida do sal, pois desenvolve ações favoráveis e eficazes relacionadas à saúde e educação.

Tomando a experiência de São Vicente, anteriormente à implantação do PSE, outras iniciativas de promoção a saúde foram desenvolvidas nas creche e escolas públicas do Município, sempre seguindo o modelo biomédico que, por muitos anos, serviu de referência

para as práticas de promoção de saúde em escolares. Ainda que essas ações tenham sido importantes, tiveram como foco a doença e a prevenção de agravos, tendo em vista que essas ações foram desenvolvidas somente por profissionais médicos. Posteriormente, houve a implantação de ações de prevenção odontológica, realizadas por dentistas e auxiliares de Saúde Bucal. Com base nesse movimento, identificamos avanços importantes no processo de trabalho dos profissionais envolvidos no PSE, que iniciaram suas práticas com ações pontuais, como visitas às creches, avaliação antropométrica, verificação da situação vacinal e, hoje, realizam ações como o matriciamento da saúde infantil, possibilitando o cuidado compartilhado com oferta de ações de saúde aos alunos, famílias e comunidade.

Para MAZETTO *et al.* (2019), que descreve a experiência do PSE no município de Uberaba – MG, na perspectiva da prevenção e promoção da saúde, essas práticas foram evoluindo e superando os obstáculos do modelo biomédico, assim passaram a ser representadas por outros atores, no qual apontam o sujeito como protagonista de sua saúde e de seu saber. Neste modelo, saúde e educação começam a ser reconhecidas com parceiras na construção das ações e na produção de conhecimento.

Na busca de aprofundar a discussão sobre a dimensão da intersetorialidade que produz práticas colaborativas de cuidado e de gestão do PSE, Silva (201, p. 59) afirma: Para se por em prática política de saúde na escola mais efetivas, a ação intersetorial precisa ser negociada e incluída na rotina e prática dos profissionais, permitindo construção de saberes mais dialógicos que considerem o contexto devida dos sujeitos envolvidos com o programa.

Essa construção carece de acontecer nos espaços coletivos, com o envolvimento de muitos atores: gestores, profissionais da saúde e da educação e representantes da comunidade. Sendo assim, é importante destacar que a efetividade do PSE no município de São Vicente, acontece em meio a muitas dificuldades que transitam nas entrelinhas de um Programa que tem como foco o cumprimento de metas e ações a serem desenvolvidas, e que tem a intersetorialidade como mecanismo prioritário para o desenvolvimento das ações.

Assim, podemos considerar como dificuldades/desafios o número insuficiente de profissionais da saúde para atender a demanda da educação, a violência urbana de algumas regiões do município - que em vários momentos impossibilitou a entrada dos profissionais de saúde em creches e escolas, a falta de comprometimento de alguns atores envolvidos que ainda desconhecem o programa, o absenteísmo dos alunos que foram encaminhados ao matriciamento e a sustentação do planejamento e construção de planos de trabalho que atendam ambos os setores.

Para se alcançar a intersetorialidade é necessária a conexão de diferentes setores,

atores e saberes no planejamento, realização e avaliação de ações com o objetivo de atuar de forma integrada sobre os problemas e demandas em busca da melhoria na qualidade de vida (SOUZA, ESPERIDIÃO e MEDINA, 2017).

Contextualizando o PSE em São Vicente, após a implantação e efetivação pela AB em 2013, foi possível inserir novas ações de cuidado à saúde dos estudantes, bem como introduzir outros profissionais a essa rede de cuidado intersetorial. As possibilidades, estratégias e atividades que seriam desenvolvidas foram sendo pactuadas e construídas paulatinamente, com a ressalva de que, no período de 2013-2016, a responsabilidade sobre o planejamento e execução das ações foi do setor Saúde. Daí surgiu a importância de se repensar as ações que foram desenvolvidas nesse período e de desenhar um formato que proporcionasse atividades diferentes das realizadas que somente davam continuidade as etapas do programa, sem criação de vínculo e/ou enfrentamento dos desafios de conectar as áreas da saúde e educação.

Desde 2017, temos buscado olhar o PSE com vistas a ampliar, fortalecer e efetivar as ações de saúde dos alunos da rede básica em São Vicente, para isso foi preciso reafirmar a intersetorialidade e a articulação de sujeitos, saberes e ações que são realizadas pelos setores Saúde e Educação, sendo fundamental estreitar os laços que permitam conhecer os limites e os desafios para a execução de um programa que surge a partir de uma política pública, com perspectivas de atuação nos territórios, onde estão inseridas as equipes de ESF e as creches/escolas aderidas ao programa.

A iniciativa da articulação dos sujeitos se deu a partir da definição dos profissionais que estariam na gestão do Programa em cada setor. Coube a gestão da saúde a adesão ao PSE e a vinculação das equipes de saúde. A gestão da educação elencou as creches e escolas prioritárias, considerando os territórios de maior vulnerabilidade. O levantamento das necessidades de saúde e a construção da oferta de cuidados foram realizados seguindo as orientações do manual instrutivo do PSE, elaborado pelo MS. Aos poucos fomos construindo um modelo de trabalho para atender os alunos da educação básica do Município. O setor saúde elaborou um fluxograma que possibilitou a visualização da proposta que seria implementada, com os passos e etapas do processo para ampliação das ações de saúde do PSE (Apêndice C), o que permitiu ao setor educação conhecer nossos limites, pois a proposta apresentada limitava o número de escolas e a idade dos alunos que seriam atendidos (0 a 5 anos).

Também desenhamos duas fichas que subsidiaram os profissionais da educação para encaminhamento dos alunos ao serviço de saúde: Ficha de encaminhamento Pré-Escolar I (Apêndice D) e Ficha de encaminhamento Pré-Escolar II (Apêndice E). A ficha I norteia o

encaminhamento das crianças com necessidades de cuidados básicos como vacinação em atraso, baixo peso, obesidade, doenças de repetição, cáries ou abscesso, pediculose, escabiose. A ficha II encaminha crianças com necessidades de média e alta complexidade: atrasos de desenvolvimento, conflitos familiares graves, internações de repetição, não comparecimento ao atendimento médico/odontológico.

Assim fomos produzindo novas experiências e estratégias a fim de executar as ações e metas do programa, porém o cumprimento e metas não tem sido nossa prioridade, uma vez que tem o aberto espaços nas agendas para capacitação da rede e atendimento prioritário em creches e escolas que não fazem parte do Programa. Isso significa que seguimos compartilhando os processos de identificação e demandas, planejamento, execução e avaliação de ações. Começamos, então, a criar um movimento diferenciado e colaborativo, com troca de experiência e interesses comuns que fomentaram a produção do cuidado no PSE. A partir da análise situacional, identificamos muitas barreiras, fragilidades e interesses individuais que também estão em jogo na prática intersetorial, porém o investimento no planejamento e na gestão ompartilha da ampliou o diálogo e vem contribuindo para o desenvolvimento das ações para os estudantes. Entretanto, nossos esforços ainda são insuficientes para envolver todos os alunos da rede básica do Município. A experiência dos anos anteriores e os encontros com os profissionais envolvidos garantem que asações sejam planejadas e compartilhadas, porém o alcance dessas ações está intimamente ligado ao quantitativo insuficiente de profissionais da saúde da AB para executar e registrar as atividades.

Dessa forma acabamos fragmentando as ações para que elas aconteçam no cotidiano das equipes de ESF e da equipe multiprofissional que efetiva o PSE e, neste sentido, fragilizam a interprofissionalidade agir compartilhado ainda representa um dos desafios do PSE como política intersetorial, onde predominam práticas setorizadas (SOUZA; ESPERIDIÃO & MEDINA,2017). O projeto inicial deste mestrado contemplava a realização de rodas de conversa com profissionais da saúde e educação, com vistas a investigar as percepções e as práticas interprofissionais e subsidiar ações futuras. Entretanto, o contexto imposto pela pandemia, que demandou isolamento social e a reconfiguração das práticas profissionais, impediu que esta etapa fosse realizada e, conseqüentemente, que tivéssemos elementos para pensar a interprofissionalidade do PSE pelo olhar dos profissionais.

São premissas do PSE o diálogo intersetorial e a construção de estratégias favoráveis ao pleno desenvolvimento infantil, que atenda crianças, adolescentes e jovens com modelos de projetos de cuidado integral, com vistas a ampliar o alcance da AB por meio de ações de

prevenção de doença, promoção e atenção à saúde e que colaboram no acesso, oferta e qualificação dos cuidados de saúde aos educandos, famílias e comunidade.

Para exemplificar esta questão a partir da experiência de São Vicente, tomamos como exemplo a vacinação. Anualmente, no ato da matrícula ou rematrícula escolar, o responsável deveria entregar uma cópia da carteira de vacinação que era arquivada no prontuário do aluno. O setor Saúde identificava baixas coberturas vacinais, principalmente relacionadas às faixas etárias de alunos de creche, o que nos levou a criar um fluxo para melhor monitoramento da imunização dos estudantes incluindo o setor da Educação.

Neste sentido, foi elaborada uma declaração de vacina, que deve avaliada por um profissional de saúde da UBS ou ESF mais próxima. Somente após a avaliação, o responsável consegue efetuar a matrícula escolar, de posse da declaração.

Assim, ainda que de forma incipiente, temos buscado integrar diversos elementos como o trabalho em equipe, a comunicação interprofissional e o trabalho colaborativo centrado no usuário e na família, com foco nas necessidades de saúde dos usuários. A escola tem sido o *locus* privilegiado para a prática interprofissional em saúde, recurso de apoio e melhoria da qualidade da assistência prestada, bem como do fortalecimento do vínculo entre alunos, família e comunidade.

À medida que construímos estratégias de cuidado na perspectiva da atenção integral aos alunos da educação básica pública, fomos produzindo ações no território de abrangência das ESF, com atendimentos realizados na escola ou na UBS/ESF, estimulando assim o vínculo e a participação das equipes de saúde no cuidado integral. Nessa lógica não temos restringido as ações ao ambiente escolar e temos potencializado o diálogo entre os dois setores envolvidos.

Cabe destacar e compreender o papel do GTIM no desenvolvimento, articulação, planejamento e definição das creches e escolas que participam do PSE, bem como de identificação de demandas, pactuação e execução coletiva de ações, incluindo a continuidade do cuidado e do acompanhamento dos estudantes. Dessa forma enumeramos pontualmente dois fatores que Silva (2019) aponta como favoráveis à contribuição da trajetória do Programa: a continuidade dos sujeitos envolvidos na gestão do PSE e a prática da avaliação, ferramenta importante para prever recursos, corrigir erros, valorizar acertos e apontar os próximos passos do programa.

Em São Vicente, destacamos como ponto positivo a continuidade da gestão do PSE, nos dois setores. No início de 2021, mesmo com a mudança na gestão municipal, houve a continuidade e permanência dos técnicos na gestão da saúde e educação, fato favorável e

muito potente na construção das atividades que foram compartilhadas durante a pandemia, garantindo apoio, qualificação e organização para o retorno das atividades presenciais e o enfrentamento a covid-19 nas escolas do município.

Consideramos a avaliação dos programas como um processo sistemático, com o objetivo de identificar e verificar a eficácia, eficiência e o cumprimento de metas. Em resposta as questões de trabalho, o setor saúde realiza ao fim de cada vigência, um relatório com as ações desenvolvidas no período, a devolução das fichas do matriciamento com os respectivos encaminhamentos que foram realizados e, atualmente, o compartilhamento com os setor educação da planilha de matriciamento.

O PSE sofreu impacto direto da pandemia, com a suspensão das atividades presenciais e a reconfiguração das atividades escolares de forma remota e das atividades da saúde na linha de frente das ações em um cenário sanitário desconhecido e jamais vivenciado. De forma atípica houve mudança se/ou interrupção do contexto e do cuidado centrado no usuário, levando à necessidade de reorganizar os princípios do Programa e redefinir o trabalho colaborativo.

Neste ano, estivemos atentos e prontos a atender todas as demandas que chegaram a Saúde, criamos possibilidades e intensificamos a comunicação interprofissional e a construção coletiva do trabalho em rede junto à Educação. Foi definida como prioridade a continuidade dos atendimentos compartilhados para o matriciamento infantil, uma vez que por orientação dos decretos municipais para enfrentamento da pandemia fora reduzido o número de consultas presenciais de rotina. O matriciamento, até o momento, foi retomado pontualmente, diante da reabertura e fechamento das escolas do Município, seja por más condições de estrutura ou pela identificação de casos de covid-19. Entretanto, temos conseguido aos poucos atender alunos e familiares na escola, ou na ESF, ampliando o acesso ao cuidado em saúde, ainda que alguns profissionais não tenham retornado ao trabalho.

Entretanto é necessário, neste contexto adverso de uma pandemia que ainda não acabou retomar o PSE como política intersetorial, fortalecendo o GTIM, reavaliando a utilização do orçamento para o Programa e refazendo o diagnóstico situacional de saúde dos territórios. São tempos de reconhecer avanços, retrocessos e potências para a retomada do PSE em São Vicente.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesse percurso buscamos analisar a trajetória do Programa Saúde na Escola, no município de São Vicente – SP, à luz da intersetorialidade e da interprofissionalidade, que são compartilhadas no desenvolvimento do Programa.

Nessa perspectiva, foi necessário sair do meu lugar de profissional, gestora do PSE pela Saúde, apaixonada pela prática das ações de promoção e prevenção da saúde na escola e me permitir um deslocamento para uma pesquisadora, tarefa nada fácil.

Esta pesquisa descreveu o histórico do PSE no Município desde sua implantação em 2013, ano em que o MS universalizou o Programa e possibilitou a todos os municípios da Federação a adesão. Constituído como proposta da AB, o PSE em São Vicente proporcionou a uma parte dos alunos da educação básica pública a oferta de ações de saúde tanto nas escolas como nas UBS e nos territórios, construída de forma colaborativa pelos profissionais das equipes de ESF e da equipe multiprofissional que compõe o PSE.

Neste sentido, temos avançado na articulação permanente dos setores saúde e educação, com ações interssetoriais que favorecem a construção de estratégias de cuidado aos alunos e confirmamos o destaque de FERREIRA *et al.* (2014): “por representar uma política interssetorial entre os setores Saúde e Educação, instituída por decreto, a intersetorialidade no PSE representa uma inovação e ao mesmo tempo um desafio aos gestores”.

Ao analisar a intersetorialidade nas políticas públicas de saúde para a infância e adolescência e de que modo ela acontece no PSE em São Vicente, podemos perceber muitas lacunas e obstáculos que são impostos para o cumprimento das metas do Programa. É fato o número de alunos que conseguimos pactuar em cada vigência do PSE ainda é insuficiente se considerarmos a quantidade de estudantes na rede pública básica. Entretanto, há de se considerar a insuficiente cobertura da APS para atender a demanda dos usuários do SUS, bem como o número deficiente de profissionais de saúde para o cumprimento das ações.

Desde sua implantação no Município, o PSE avançou na articulação entre os setores saúde e educação, ainda que na maioria das vezes a iniciativa para o desenvolvimento das ações tenha sido do setor saúde. Uma hipótese é de que a operacionalização das atividades relacionadas à saúde dos estudantes está, inegavelmente, mais próxima desse setor, além de que todas as portarias de adesão ao Programa são emitidas pelo MS. É nesse sentido que o trabalho interssetorial, encontra obstáculos, pois as metas e objetivos acabam sendo de responsabilidade do setor saúde, responsável pela execução e registro das ações.

Ainda que estejamos buscando estratégias coletivas para desenvolver o PSE municipal é necessário que tais práticas estejam inseridas na rotina das equipes e sejam desenvolvidas pelos dois setores, com ações programáticas e não pontuais.

Os resultados produzidos nesse estudo pontuam que essa trajetória trouxe avanços no diálogo e nas práticas desenvolvidas no PSE, principalmente quando as ações da AB (promoção, prevenção e atenção à saúde) se concretizaram em melhoria no acesso e cuidado integral nos territórios - aos educandos e famílias e, para os profissionais possibilitou formação e compartilhamento de experiências.

Reconhecemos a limitação deste estudo quanto à discussão da interprofissionalidade que permeia as práticas e ações no PSE, diante do contexto da pandemia que nos impediu de produzir dados junto aos profissionais, em espaços de diálogo que seriam produzidos nas rodas de conversa. Cabe a continuidade deste estudo para subsidiar a gestão quando aos limites, aprendizados e potências das práticas interprofissionais no PSE em São Vicente.

Por fim consideramos as dificuldades, desafios e prejuízos impostos por uma pandemia sem precedentes, que impactou diretamente os profissionais de saúde (com a constante repactuação da atuação da AB diante dos diferentes contextos da pandemia, entre outros) e da educação (com a interrupção das atividades escolares presenciais e a construção de ações de ensino remotas). Aos poucos, a cidade de São Vicente foi construindo caminhos que incluíram a ênfase nos atendimentos de média e alta complexidade e, posteriormente, com o início da maior campanha de vacinação desenvolvida pelo Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a covid-19 (PNO), que demandou constante reorganização das ações da APS. Este cenário adverso, de alguma forma, provocou a continuidade do diálogo entre saúde e educação em São Vicente e o desenvolvimento de ações possíveis que envolvem o PSE, como as descritas no produto desta dissertação.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, Claudia Regina Lindarem; SCHERRER, Isabela Resende Silva; SANTOS, Luana Caroline dos. **Atenção à saúde da criança: aspectos básicos**. Belo Horizonte: Nixon/UFMG, 2018.

AGRELI, Heloisa Fernandes; PEDUZZI, Marina; SILVA, Mariana Charantola. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. **Interface (Botucatu)**, Botucatu v. 20, n.59, p. 905-16, 2016.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. 70ª ed. São Paulo, Lisboa, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na Escola**. Cadernos de Atenção Básica. Brasília: 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. **Decreto nº 6.826, de 5 de dezembro de 2007**. Seção 1, p. 2-3. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 dez. 2007.

BRASIL. **Lei nº 3257, de 8 de março de 2016**. Seção 1 - 9/3/2016, Página 1 (Publicação Original)

BRASIL, Eysler Gonçalves Maia; SILVA, Raimunda Magalhães; SILVA, Maria Rocineide Ferreira; RODRIGUES, Dafne Paiva; QUEIRÓZ, Maria Veraci Oliveira. Promoção da saúde de adolescentes e Programa Saúde na Escola: complexidade na articulação saúde e educação. **Revista Escola de Enfermagem. USP**, São Paulo, v.51, p. 1-8, 2017.

CASANOVA, Isis Alexandrina; BATISTA, Nildo Alves; MORENO, Lúcia Ruiz. A Educação Interprofissional e a prática compartilhada em programas de residência multiprofissional em Saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 22, supl. 1, p. 1325-1337, 2018.

CHIARI, Antônio Paulo Gomes; FERREIRA, Raquel Conceição; AKERMAN, Marco; AMARAL, João Henrique Lara do; MACHADO, Kecyanne Malheiros; SENNA, Maria Inês Barreiros. Rede intersetorial do Programa Saúde na Escola: sujeitos, percepções e práticas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 5, e00104217, 2018.

DAMASCENO, Simone Soares; NÓBREGA, Vanessa Medeiros da; COUTINHO, Simone Elizabeth Duarte; REICHERT, Altamira Pereira da Silva; TOSO Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira; COLLET, Neusa. Saúde da criança no Brasil: orientação da rede básica à Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2961-2973 2016.

DIAS, Maria Socorro de Araújo; VIEIRA, Francisca Maria Bezerra Ribeiro; SILVA, Lielma Carla Chagas da; VASCONCELOS; Maristela Inês Usada; Machado, Maria de Fátima Antero Sousa. Colaboração interprofissional no Projeto Saúde e Prevenção na Escola. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n.6, p. 1789-1798, 2016.

FARIAS Isabelle Carolline Veríssimo de; SÁ, Ronice Maria Pereira Franco de; FIGUEIREDO, Nicelma; MENEZES FILHO, Abel. Análise da intersetorialidade no Programa Saúde na Escola. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.40, n.2, p. 261-267, 2016.

FERREIRA, Izabel do Rocio Costa; MOYSÉS, Samuel Jorge; FRANÇA, Beatriz Helena Sottile; CARVALHO, Max Luiz de; MOYSÉS, Simnone Tetul. Percepções de gestores locais sobre a intersetorialidade no Programa Saúde na Escola. **Revista Brasileira de Educação**, v.19, n. 56, p. 61-76, 2014.

FREITAS, Maria de Lourdes de Assis; MANDU, Edir Nei Teixeira. Promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: análise de políticas de saúde brasileiras. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 200-205, 2010.

MARTINS, Vera Lúcia G. S.; MELIONE, Luís Paulo R., BISMARCK-NASR, Elizabeth Maria; OLIVEIRA, Maria das Graças. Programa Pincel Mágico: avaliação das condições de saúde de escolares dos primeiro e segundo anos do ensino fundamental. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 30, n. 4, p. 486-492, 2012.

MAZETTO, Danielle Ferreira; BRAGATO, Aline Guarato da Cunha; CORRÊA, Fabiana. Silva Alves; TOSTA Luana Rodrigues de Oliveira; GONÇALVES, Renata; LOBATO Beatriz Cardoso. Programa saúde na Escola: possibilidades e desafios na perspectiva da residência multiprofissional em saúde. **REFACS**, Uberaba, v. 7, n. 2, p. 256-262, 2019.

MEDEIROS, Eliabe Rodrigues de PINTO, Erika Simone Galvão; PAIVA, Alany Carla de Sousa; NASCIMENTO, Camila Priscila Abdias do; REBOUÇAS, Danielle Gonçalves da Cruz; SILVA Sandy Yasmin e Bezerra e. Facilidades e dificuldades na implantação do Programa Saúde na Escola em um município do nordeste do Brasil. **Revista Cuidarte**, v. 9,

n.2, p. 2127-2134, 2018.

MINAYO, Maria. Cecília de Souza, DESLANDES, Suely Ferreira, Gomes, Romeu. **Pesquisa social: teoria, método criatividade**. 31^a ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Atenção Básica (2013). **Documentação Técnica. Programa Saúde na Escola**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em 10 Julho 2021.

MONTANARI, Patrícia Martins. Formação para o trabalho no ensino das graduações em saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.27, n.4, p. 980-986, 2018.

REICHERT, Altamira Pereira da Silva; POLIANN Formiga Rodrigues; ALBUQUERQUE, Tarciane Marinho; COLLET, Neusa; MINAYO, Maria Cecília de Souza. Orientação familiar e comunitária na Atenção Primária à Saúde da criança. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 119 -127 2016.

PINTO, Luiz Felipe; GIOVANELLA, Ligia. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p.1903-1914, 2018.

SAMICO, Isabella; ARAÚJO, Zulmira Maria de; FELISBERTO, Eronildo; CARVALHO, Eduardo Freese de. Atenção à saúde da criança: uma análise do grau de implantação e da satisfação de profissionais e usuários em dois municípios do estado de Pernambuco, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Recife, v. 5, n.2, p.229-240, 2005.

SANINE, Patrícia Rodrigues, ZARILI, Thais Fernanda Tortorelli; NUNES, Luceime Olivia; DIAS, Adriano; CASTANHEIRA, Elen Rose Lodeiro. Do preconizado à prática: oito anos de desafios para a saúde da criança em serviços de atenção primária no interior de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, e00094417, 2017.

SANTOS, Mariana Cristina Silva; DELATORRES, Lucas Rocha Delatorre; CECCATO, Maria das Graças Braga; BONOLO, Palmira de Fátima. Programa Bolsa Família e indicadores educacionais em crianças, adolescentes e escolas no Brasil: revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 2233-2247, 2019.

SILVA-ACIOLI, Inea Giovana; SCHNEIDER, Daniela Ribeiro; BARBOSA, Tatiane Muniz; DAROS, Marco Aurélio. Promoção e educação em saúde: uma análise epistemológica.

Psicologia: Ciência e Profissão, Brasília, v.33, n. 3, p.672-687,2013.

SILVA, Carlos dos Santos. **Saúde na escola: intersectorialidade e promoção da saúde**. Rio

de Janeiro: Editora Fiocruz, 2019.

SILVA, Denise Alves José da; TAVARES, Maria de Fátima Lobato. Ação intersetorial: potencialidades e dificuldades do trabalho em equipes da Estratégia Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro. **Saúde em debate**. Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 193-205, 2016.

SILVA, Kênia Lara; RODRIGUES, Andreza Trevenzoli. Ações intersetoriais para promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: experiências, desafios e possibilidades. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 63, n. 5, p. 762-769, 2010.

SOUSA, Marta Caires de; ESPERIDIAO, Monique Azevedo; MEDINA, Maria Guadalupe. A intersetorialidade no Programa Saúde na Escola: avaliação do processo político-gerencial e das práticas de trabalho. **Ciência& Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1781-1790, 2017.

VIEIRA, Maria Edna Moura. **Programa Saúde na Escola: a intersetorialidade em movimento**. 2013. Xiv 94 f. Dissertação (Mestrado em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde)– Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

APÊNDICEA
ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Dados pessoais da entrevistada

Idade: _____ Graduação: _____

Formação profissional: _____

Tempo como funcionária da Secretaria Municipal de Saúde de São Vicente: _____

Tempo como coordenadora do PSE: _____

- 1) Conte sobre o histórico do PSE no município. Descreva a sua experiência como coordenadora do PSE da área de Educação (quais foram os passos, como foi o percurso do Programa).
- 2) Quais eram suas expectativas ao implementar PSE? Elas foram atingidas?
- 3) Como você avalia a articulação saúde e educação na história do PSE e no momento atual? Quais os avanços? Quais os desafios? O que poderia ter sido ou ser diferente?
- 4) O GTIM tem autonomia para o desenvolvimento das ações do PSE?
- 5) Quais são os atores importantes para
- 6) Quais são suas expectativas atuais para o PSE? Estão sendo atingidas?
- 7) Quais são as principais demandas do PSE?
- 8) Como você avalia a motivação dos profissionais da rede saúde e educação para as ações do PSE?
- 9) O Programa Saúde na Escola e a Pandemia?

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A pesquisa “Intersetorialidade e interprofissionalidade no Programa Saúde na Escola em São Vicente, SP: percursos e avanços” têm como principal objetivo analisar o Programa Saúde na Escola em São Vicente, SP, nas perspectivas da intersectorialidade e interprofissionalidade.

Para aceitar participar da pesquisa você concorda em participar de uma entrevista estruturada sobre o histórico do Programa Saúde na Escola e sobre o momento atual do Programa, com duração aproximada de uma hora, que será gravada.

As informações coletadas poderão trazer benefícios para a sociedade, pois contribuirão para as ações de planejamento, monitoramento e desenvolvimento do PSE.

Esse projeto não causará riscos físicos, prejuízos ou lesões a você. Poderá haver algum grau de desconforto ao falar sobre o tema desta pesquisa. Neste caso, você tem total liberdade para não responder ou dizer algo sobre o tema.

É garantida a liberdade de retirada do seu consentimento a qualquer momento e a desistência de participação do estudo. Todas as informações obtidas serão analisadas e os resultados utilizados para fins exclusivos desta pesquisa científica. Não haverá cobrança de nenhum tipo de valor para você participar da pesquisa, assim como você também não receberá nenhum tipo de remuneração para tanto. Você tem o direito, caso solicite, a ter acesso aos resultados da pesquisa (Resolução CNS nº 251 de 1997, item III. 2. i). “Caso a pesquisa resulte comprovadamente em dano pessoal, ressarcimento e indenizações previstos em lei poderão ser requeridos pelo participante (Resolução CNS nº 510 de 2016, artigo 17, II)”.

Suas informações serão sigilosas e analisadas/divulgadas em conjunto com todos os participantes da pesquisa. Em qualquer etapa do estudo, é possível ter acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas, sendo que a pesquisadora responsável é Maria Fernanda Petrolí Frutuoso, que pode ser encontrada no endereço: Rua Silva Jardim, 136 sala 205, Vila Mathias – Santos – SP, Telefone: (13) 3229-0210. Se tiver alguma dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de São Paulo, situado na Rua Botucatu, 740, 5. andar (sala 557) CEP 04023-900, Vila Clementino, São Paulo/SP, telefones (11) 5571-1062 ou (11) 5539-7162, as segundas, terças, quintas e sextas, das 09:00 às 12:00 hs ou pelo e-mail cep@unifesp.br

O TCLE deverá estar assinado e rubricado pela pesquisadora, uma via do TCLE ficará com o participante e outra via ficará como pesquisador.

Eu, _____, certifico que li ou foi-me lido o texto deste consentimento e entendi seu conteúdo. Também sei que qualquer informação obtida será confidencial e acredito ter sido suficientemente informado a respeito do estudo “Intersectorialidade e interprofissionalidade no Programa Saúde na Escola em São Vicente, S P: percursos e avanços”. Ficaram claros para mim quais são os objetivos do estudo, o que será realizado, as garantias de proteção à minha identidade e de esclarecimentos a qualquer momento. Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas. Foi esclarecido que, em qualquer etapa do estudo, terei acesso a o profissional responsável pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas e que recebi uma via deste Termo. Minha assinatura demonstra que eu, concordei livremente de participar deste estudo. Entendo que estou livre para recusar a participação deste ou desistir a qualquer momento, sem penalidades, prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido. A participação na pesquisa é voluntária, não acarreta nenhum gasto. Também sei que não há recompensa alguma relacionada à minha participação nesse estudo.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido desta pessoa.

Ass. Participante:

Nome completo do participante:

Ass.do Pesquisador que aplicou o TCLE:

Nome completo do pesquisador que aplicou o TCLE:

Ass.do Pesquisador responsável da pesquisa:

Nome completo do pesquisador responsável:

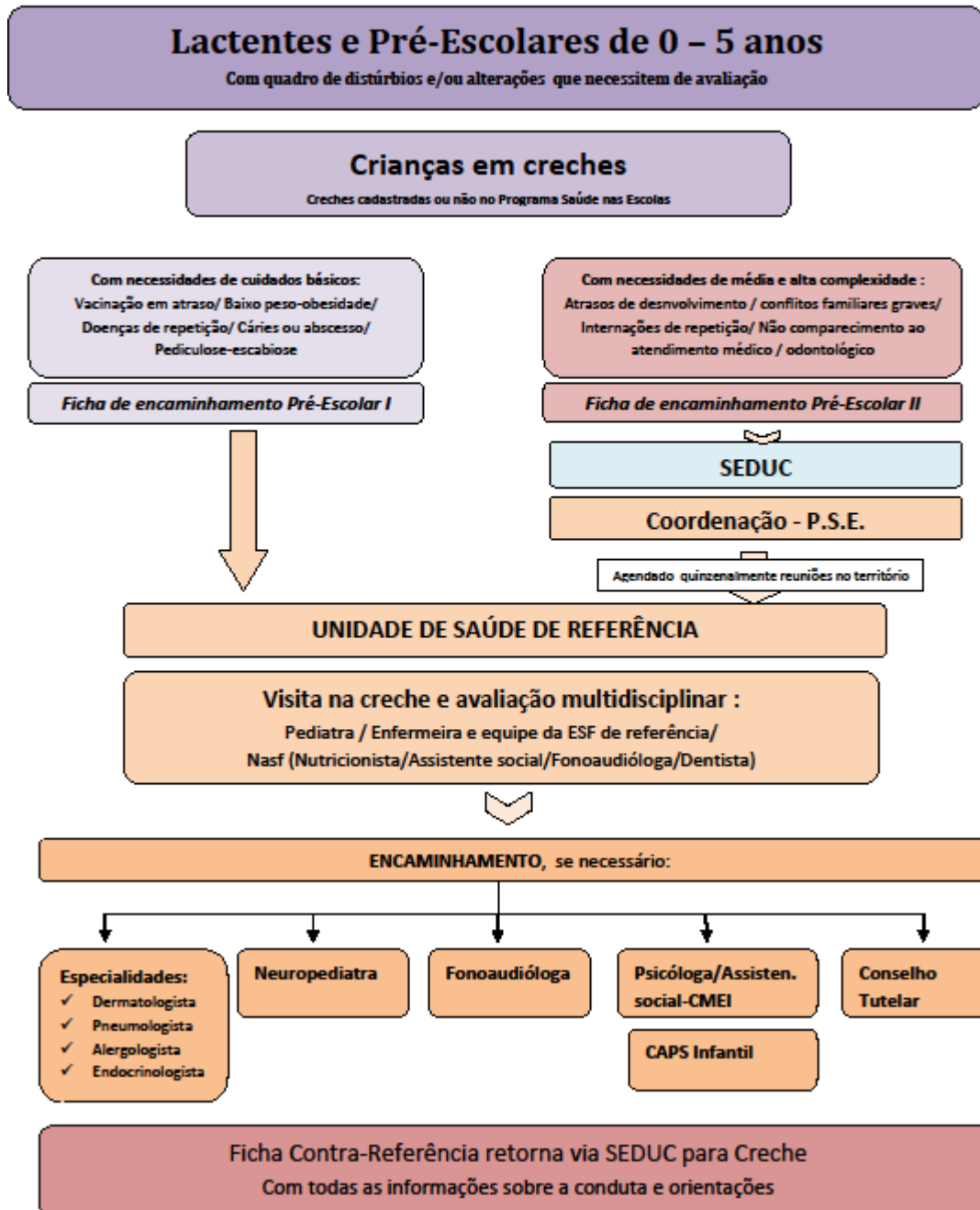
São Vicente, _____/_____/_____

APÊNDICE C

FLUXO DE ENCAMINHAMENTO PSE





Prefeitura Municipal de São Vicente
Secretaria de Saúde
Diretoria de Atenção Básica
Programa Saúde na Escola



APÊNDICED
FICHA DE ENCAMINHAMENTO PRÉ-ESCOLAR I

	<p>Prefeitura Municipal de São Vicente Cidade Monumento da História Pátria Cellula Mater da Nacionalidade SECRETARIA DA SAÚDE Diretoria de Atenção Básica</p>	
<p>FICHA DE ENCAMINHAMENTO PRÉ-ESCOLAR I Criança 0-5 anos com necessidades de cuidados básicos</p>		
<p>() Unidade de Saúde de Referência: _____</p>		
<p>Escola: _____ Telefone: _____</p>		
<p>Aluno: _____ DN: __/__/____</p>		
<p>Cartão SUS: _____ Classe: _____ Período: _____</p>		
<p>Nome da mãe: _____</p>		
<p>End.: _____ Telefones: _____</p>		
<p>Motivo do encaminhamento/ histórico:</p>		
<p>() Vacinação em atraso () Baixo peso/ Obesidade () Recusa alimentar</p>		
<p>() Doenças respiratórias de repetição () Pediculose de repetição / Escabiose () Cáries/ Abscessos</p>		
<p>() Acompanhamento do Re-Teste da Triagem Auditiva- se indicado na 1ª Triagem Auditiva (Falha no 1º exame)</p>		
<p>() Outros: _____</p>		
<p>_____</p>		
<p>_____</p>		
<p>_____</p>		
<p>*Crianças com necessidades de avaliação de maior complexidade, encaminhar Ficha de cuidados Especiais(Ficha II) via SEDUC</p>		
<p>Data do Encaminhamento: __/__/____</p>		
<p>Assinatura/registro do profissional da Educação: _____</p>		
<p>CONTRA-REFERÊNCIA</p>		
<p>Unidade de Saúde: _____ Data do atendimento: __/__/____</p>		
<p>Atendimento: () Médico () Enfermagem () Odontologia () NASF</p>		
<p>Há necessidade de afastamento escolar? () NÃO () SIM- Por quanto tempo? _____</p>		
<p>Cuidados necessários/restrições/alimentação: _____</p>		
<p>_____</p>		
<p>_____</p>		
<p>Necessidade de acompanhamento na Unidade de Saúde?() Não () Sim –retorno em: _____</p>		
<p>Assinatura e carimbo do profissional da Unidade de Saúde: _____</p>		
<p>Data: __/__/____</p>		
<p>Obs.: É de suma importância a devolutiva desta ficha preenchida à unidade educacional.</p>		

APÊNDICEE
FICHA DE ENCAMINHAMENTO PRÉ-ESCOLAR II

	<p>Prefeitura Municipal de São Vicente <i>Cidade Monumento da História Pátria</i> <i>Cellula Mater da Nacionalidade</i> SECRETARIA DA SAÚDE Diretoria de Atenção Básica</p>	
<p>FICHA PRÉ-ESCOLAR II - MATRICIAMENTO Criança 0-5 anos com necessidade de média e alta complexidade <i>*ESTA FICHA NÃO DEVERÁ SER ENTREGUE PARA OS PAIS- DIRECIONADA PARA UBS/ESF VIA SEDUC</i></p>		
<p>() Unidade de Saúde de Referência: _____</p>		
<p>Escola: _____ Telefone: _____</p>		
<p>Aluno: _____ DN: __/__/____</p>		
<p>Cartão SUS: _____ Classe: _____ Período: _____</p>		
<p>Nome da mãe: _____</p>		
<p>End.: _____ Telefones: _____</p>		
<p>Motivo do encaminhamento/ histórico:</p>		
<p>() Atraso no Desenvolvimento-TIPO:</p>		
<p>() Dificuldades na linguagem/fala: _____</p> <p>_____</p>		
<p>() Dificuldades auditivas e visuais: _____</p> <p>_____</p>		
<p>() Dificuldades na habilidade motora: _____</p> <p>_____</p>		
<p>() Alterações de comportamento/interação social: _____</p> <p>_____</p>		
<p>() Conflitos familiares graves(questões de suspeita de violência/ álcool ou drogas); _____</p> <p>_____</p>		
<p>() Internações de repetição; _____</p> <p>_____</p>		
<p>() Não comparecimento ao atendimento médico / odontológico (quando previamente encaminhado)</p>		
<p>() Outros: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		
<p>Data do Encaminhamento: __/__/____</p>		
<p>Assinatura/registro do profissional da Educação: _____</p>		

ANEXO1
CARTA DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA



Prefeitura Municipal de São Vicente

*Cidade Monumento da História Pátria
 Cellula Mater da Nacionalidade*

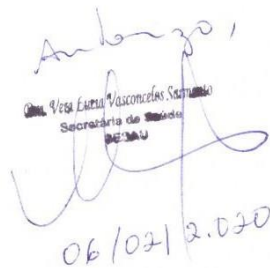
SECRETARIA DA SAÚDE

São Vicente, 27 de janeiro de 2020.

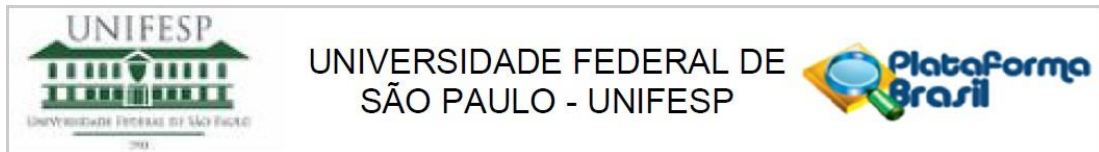
CARTA DE AUTORIZAÇÃO

Eu, Vera Lucia Vasconcelos Sarmiento, Secretária de Saúde, tenho ciência e autorizo a realização da pesquisa intitulada: **INTERSETORIALIDADE E INTERPROFISSIONALIDADE NO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA em São Vicente, SP: Percursos e Avanços**, sob responsabilidade das pesquisadoras: Josely Nascimento de Santana Alves e Maria Fernanda Frutuoso, realizada com profissionais deste Município.

São Vicente, 27 de janeiro de 2020.


 Vera Lucia Vasconcelos Sarmiento
 Secretária de Saúde
 06/02/2020

ANEXO2
PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Intersetorialidade e interprofissionalidade no Programa Saúde na Escola em São Vicente, SP: percursos e avanços

Pesquisador: Maria Fernanda Petrolí Frutuoso

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 28988120.0.0000.5505

Instituição Proponente: Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP/EPM

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DA NOTIFICAÇÃO

Tipo de Notificação: Envio de Relatório Parcial

Detalhe:

Justificativa: A segunda etapa do referido projeto, prevista para ser realizada de junho a agosto

Data do Envio: 09/04/2021

Situação da Notificação: Parecer Consubstanciado Emitido

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.680.320

Apresentação da Notificação:

Projeto CEP/UNIFESP: 0180/2020;

Projeto original aprovado em 17 de abril de 2020;

Notificação (N2): Envio de Relatório Parcial.

Trata-se do envio de notificação para encaminhamento de Relatório Parcial do estudo em tela.

Objetivo da Notificação:

Envio de relatório parcial.

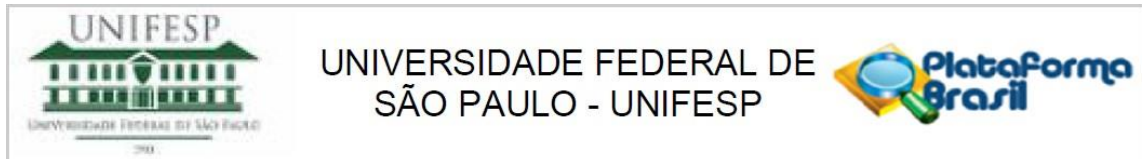
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não se aplica.

Comentários e Considerações sobre a Notificação:

Notificação (N2): envio de Relatório Parcial conforme determina a NO 001/13.

Endereço: Rua Botucatu, 740	CEP: 04.023-900
Bairro: VILA CLEMENTINO	
UF: SP	Município: SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062	Fax: (11)5539-7162
	E-mail: cep@unifesp.br



Continuação do Parecer: 4.680.320

Apresentado em 09/04/2021

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos obrigatórios apresentados para a notificação:

1- Formulário de Relatório Parcial.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Relatório parcial apresentado de forma adequada.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Envio de Relatório Parcial	Relatorio_parcial.pdf	09/04/2021 18:40:39	Maria Fernanda Petroli Frutuoso	Postado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 29 de Abril de 2021

Assinado por:
Paula Midori Castelo Ferrua
(Coordenador(a))