

ILEN NASCIMENTO REGIS

REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: A ORGANIZAÇÃO A PARTIR  
DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Odontologia  
da UFSC como requisito para a  
graduação.

Orientador: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Renata Goulart  
Castro

Florianópolis, 2017

Ilen Nascimento Regis

Rede de atenção à saúde: a organização a partir do programa saúde na  
escola

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do título de cirurgião-dentista e aprovado em sua forma final pelo Departamento de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 18 de maio de 2017.

**Banca Examinadora:**

---

Prof.<sup>a</sup>, Dr.<sup>a</sup> Renata Goulart Castro  
Orientadora  
Universidade Federal de Santa Catarina

---

Prof.<sup>a</sup>, Dr.<sup>a</sup> Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello  
Membro  
Universidade Federal de Santa Catarina

---

Prof., Dr. Calvino Reibnitz Júnior  
Membro  
Universidade Federal de Santa Catarina

---

Prof.<sup>a</sup>, Dr.<sup>a</sup> Mirelle Finkler  
Suplente  
Universidade Federal de Santa Catarina



Dedico este trabalho de conclusão de curso aos meus pais, familiares e amigos por todo incentivo e ajuda para que isso se tornasse possível.

## AGRADECIMENTOS

À Deus, por minha vida, minha saúde e que em todos os momentos foi meu guia, meu mestre maior, fazendo eu acreditar na minha fé.

Aos meus pais Luciano e Neli, por todo o incentivo e apoio, junto com um amor maior. Foram eles que me ajudaram nas horas difíceis e que não mediram esforços para que eu pudesse chegar até esta etapa da minha vida, assim como todas as outras demais conquistas.

Aos amigos, Aline, Guilherme, Isadora, Larissa, Orestes, Rebecca e Tiago por sempre estarem ao meu lado, garantindo todo o apoio e por proporcionarem momentos de muita alegria.

Ao amigo Matheus, por toda a ajuda no decorrer do desenvolvimento trabalho e companheirismo nos momentos mais difíceis.

Agradeço, em especial, a minha dupla e amiga Pâmella, por toda a ajuda, compreensão, parceria, paciência, e o mais importante, por proporcionar muitas gargalhadas.

À minha Professora Orientadora Renata, por toda a ajuda, suporte e confiança concedidos para a realização deste trabalho.

À Banca examinadora pelas contribuições acerca do trabalho

Aos Professores que sempre estiveram dispostos a contribuir e ajudar para um melhor aprendizado.

À esta Universidade, aos profissionais, direção e administradores por proporcionarem a oportunidade de acesso.





## RESUMO

As redes de atenção à saúde (RAS) apresentam-se como uma malha que interconecta e integra os estabelecimentos e serviços de saúde de determinada região. A partir desse conceito o presente trabalho teve como objetivo analisar a organização da rede de atenção à saúde a partir do Programa Saúde na Escola (PSE). Foi realizado um estudo transversal descritivo, com abordagem quantitativa e qualitativa, por meio da análise de dados secundários oriundos do Sistema INFOSAÚDE e de documentos norteadores do PSE no município de Florianópolis. Foram incluídas na pesquisa as unidades escolares do município que aderiram ao programa na vigência 2014-2015 e que realizaram pelo menos uma atividade do componente I no período. A análise documental foi realizada por meio da leitura de todos os documentos oficiais disponíveis que norteiam o programa no município. Os dados quantitativos sofreram análise descritiva e os dados qualitativos foram analisados segundo os atributos necessários para o estabelecimento da rede de atenção. Constatou-se que a adesão ao programa pelo município apresentou uma grande cobertura de estudantes com 95,9%. Destes, a atividade de avaliação da condição de saúde bucal foi realizada em média em 82,2%. A atividade de escovação supervisionada direta foi realizada em média em 96,2% dos estudantes, e chegou a ser desenvolvida por até 11,9 vezes em um território adstrito. Nos documentos analisados os atributos das RAS “Serviços especializados” e “Financiamento tripartite” não foram identificados, já “População e territórios definidos”, “Atenção à saúde centrada no indivíduo, na família e nas comunidades, levando em consideração as particularidades de cada um” e “Integração entre os diferentes entes federativos a fim de atingir um propósito comum” foram



abordados na maioria dos documentos. Desta forma, por meio da análise das atividades normativas em saúde bucal e dos documentos norteadores do programa observou-se que o PSE tem potencial para colaborar com a organização da rede de atenção a saúde, em especial a saúde bucal, no entanto, estudos a partir da realidade vivenciada diretamente no desenvolvimento do programa deveriam ser realizados para tal constatação.

**Palavras Chave:** *Sistema Único de Saúde; Redes de Atenção à Saúde; Saúde Bucal; Programa Saúde na Escola.*

## ABSTRACT

The networks of health care are presented as a mesh that interconnects and integrates the health establishments and services of a certain region, from this concept the present work aimed to analyze the organization of the network of health care from the Health Program In the School (PSE). A descriptive transvesal study was carried out, with a quantitative and qualitative approach, through analysis of secondary data from the INFOSAÚDE System and PSE guiding documents in the city of Florianópolis.

Included in the survey were the school units of the municipality that joined the program in the period 2014-2015 and who performed at least one component I activity in the period. The documentary analysis was carried out by means of the reading of all the official documents available that guide the program in the municipality. The quantitative data were analyzed and the qualitative data were analyzed according to the attributes necessary for the establishment of the care network. It was verified that the adherence to the program by the municipality presented a great coverage of students with 95,9%. Of these, the evaluation of the oral health condition was performed on average in 82.2%, with students having this evaluation performed for up to 5.5 times during the period of validity. The direct supervised brushing activity was performed on average in 96.2% of the students, and it was developed for up to 11.9 times in an attached territory. In the documents analyzed, the attributes of the RAS "Specialized services" and "Tripartite funding" were not identified, already "Population and defined territories", "Health care focused on the individual, family and communities, taking into account the particularities of each" and " Integration between different federal

entities in order to achieve a common purpose "were covered in most documents. Thus, through the analysis of normative activities in oral health and the guiding documents of the program, it was observed that the PSE has the potential to collaborate with the organization of the health care network, especially oral health. However, studies based on the reality experienced directly in the development of the program should be carried out for this purpose.

**Keywords:** Health Unic System; Health Care Network; Oral Health; Health Program in the School

## **LISTA DE TABELAS:**

**Tabela 1:** : Distribuição das Instituições educacionais e total de estudantes matriculados por adesão ao PSE, Distrito sanitário e Centro de Saúde em Florianópolis/SC, 2014.

**Tabela 2:** Distribuição do número de matriculados nas instituições educacionais e número de escovações supervisionadas por Distrito Sanitário e Centro de Saúde em Florianópolis/SC, 2014.

**Tabela 3:** Distribuição do número de matriculados nas instituições educacionais, número de avaliações em saúde bucal e número de alterações em saúde bucal levantadas por Distrito Sanitário e Centro de Saúde em Florianópolis/SC, 2014.

## **LISTA DE SIGLAS:**

AB – Atenção Básica

BVS - Biblioteca Virtual em Saúde

CS – Centro de Saúde

DS – Distrito Sanitário

ESB – Equipe de Saúde Bucal

ESF – Estratégia de Saúde da Família

eSF – Equipe de Saúde da Família

MS – Ministério da Saúde

NEI – Núcleo de Educação Infantil

PMF – Prefeitura Municipal de Florianópolis

PSE – Programa Saúde na Escola

RAS – Rede de Atenção à Saúde

SEE – Secretaria Estadual de Educação

SME – Secretaria Municipal de Educação

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UPA- Unidade de Pronto Atendimento

# SUMÁRIO

1.	Introdução .....	8
2.	Marco CONTEXTUAL .....	11
2.1	Sistema Único de Saúde (SUS) .....	11
2.2	Programa Saúde na Escola .....	16
2.3	O contexto do Sistema de Saúde e Educacional em Florianópolis .....	19
3.	Objetivos .....	20
3.1	Objetivo Geral .....	20
3.2	Objetivos Específicos .....	20
4.	Revisão de Literatura .....	21
4.1	Estratégia de Busca .....	21
4.2	Achados Bibliográficos .....	22
5.	Método .....	28
5.1	Abordagem quantitativa .....	28
5.2	Abordagem qualitativa .....	29
6.	RESULTADOS .....	31
6.1	A cobertura do PSE em Florianópolis .....	31
6.2	Atividades do componente I em saúde bucal.....	35
6.2.1	Escovação Supervisionada .....	35
6.2.2	Avaliação de Saúde Bucal.....	40

6.3	Descrição dos atributos necessários para organização da Rede de Atenção em Saúde Bucal.....	46
7	DISCUSSÃO.....	53
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	61
	Referências.....	63
	APÊNDICE A.....	72
	APÊNDICE B.....	85
	APÊNDICE C.....	94

## INTRODUÇÃO

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

Desta forma, as RAS surgem como uma possibilidade para a reestruturação dos serviços e processos de saúde, rumo ao restabelecimento da coerência entre os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e o perfil epidemiológico da população brasileira.

A origem das RAS data da década de 1920, no Reino Unido, a partir do Relatório de Dawson, como resultado de um debate de mudanças no sistema de proteção social do país após a I Guerra Mundial. No documento encontra-se a primeira proposta de organização de sistemas regionalizados de saúde, onde os serviços deveriam ser ofertados de modo que as necessidades da população fossem atendidas de maneira eficaz. Além do que, os serviços oferecidos deveriam ser acessíveis a toda a população e, também, disponibilizar cuidados preventivos e curativos, tanto nos centros de saúde secundários quanto no cuidado domiciliar (CASARIN, 2014).

No Brasil, o assunto vem sendo tratado desde o final da década de 1990 por diversos pesquisadores e teóricos da área. Com a implementação



das RAS têm-se estabelecido que esta forma de organização dos sistemas de saúde é a melhor estratégia para a garantia da atenção integral, efetiva e eficaz às populações assistidas, com a viabilidade de construir veículos de cooperação e solidariedade entre as equipes e os níveis de gestão do sistema. Organizar o SUS sob os moldes de redes de atenção torna-se importante pois possibilita a consolidação dos seus princípios de universalidade, integralidade e equidade (BRASÍLIA, 2012).

Segundo o arcabouço jurídico brasileiro, o município é o ente federado mais próximo à população, portanto é o responsável pelo reconhecimento das demandas desta, e pelo direcionamento de políticas públicas mais eficientes aos problemas por ela vivenciados. A atenção à saúde de Florianópolis, capital do estado de Santa Catarina, está organizada nos três níveis de complexidade. A atenção primária, estruturada na Estratégia de Saúde da Família, possui 49 Centros de Saúde distribuídas em cinco Distritos Sanitários (DS): Centro, Continente, Leste, Norte e Sul. A atenção secundária, constituída pela rede especializada e serviços de urgência e emergência, sendo representada pelas unidades de pronto atendimento (UPAs) e policlínicas. E atenção terciária, responsável pelos serviços hospitalares especializados e de alta complexidade, sem rede própria. Além desses três níveis, o município possui laboratório municipal e serviços especializados e de exames por meio de contratos com a iniciativa privada.

O Programa Saúde na Escola (PSE) tem como base a articulação entre a escola e a rede básica de saúde, atuando como uma estratégia de integração para desenvolver e qualificar as políticas públicas brasileiras. Possui três componentes básicos: componente I – avaliação de estado de

saúde, componente II – promoção de saúde, prevenção específica e educação em saúde, e componente III – educação permanente dos profissionais envolvidos. Possibilita a evidenciação dos desafios do trabalho intersetorial para a formação integral por meio de suas ações aos estudantes (BRASIL,2009).

Desde a criação do PSE, o município de Florianópolis aderiu ao programa e desenvolveu protocolos específicos para suas rotinas. A partir desses protocolos e rotinas, as equipes das Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e da Educação (SME) buscam a resolução para os problemas de saúde identificados no âmbito escolar que prejudicam o bom aproveitamento dos estudantes. Assim, surgem os seguintes questionamentos: quais as ações em saúde bucal realizadas e a população abrangida pelo PSE? Qual a contribuição do PSE para organização da rede de atenção à saúde no município?

## MARCO CONTEXTUAL

### 2.1 Sistema Único de Saúde (SUS)

No Brasil, a partir da promulgação da Constituição Federal de 5 de outubro de 1988, a “saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”, e as “ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único” organizado a partir da descentralização da gestão, do atendimento integral que prioriza a prevenção aos agravos, mas não prejudica os serviços assistenciais, e da participação popular (BRASIL, 1988).

A regulamentação do sistema ocorreu pela Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de Setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e pela Lei nº 8.142, de 28 de Dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (BRASIL, 1990a ; BRASIL, 1990b).

O SUS é formado pelo conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das funções mantidas pelo Poder Público, no entanto a iniciativa privada é permitida de participar de complementarmente ao sistema. Apesar da evolução que o SUS já percorreu ele ainda está em processo de estruturação e trabalha para que se tenha a consolidação dos seus princípios doutrinários que são a universalidade, a equidade e a integralidade (BRASIL, 2000).

A universalidade é o princípio doutrinário responsável por garantir a saúde como um direito de todos e um dever do poder público a provisão de serviços e de ações que lhe garanta. No entanto, a universalização não quer dizer somente a garantia imediata de acesso às ações e aos serviços de saúde, existe um desafio na oferta desses serviços e ações de saúde a todos que necessitam e desta forma deve-se enfatizar as ações preventivas reduzindo o tratamento de agravos. Já o princípio da equidade tem o intuito de reduzir as disparidades sociais e regionais existentes em nosso país. Por fim, tem-se o princípio da integralidade que leva em consideração a atenção à saúde nas necessidades específicas das pessoas ou de grupos de pessoas, por mais que esses indivíduos sejam minoria diante do todo da população (BRASIL, 2000).

Segundo a Portaria 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS, a RAS é entendida como decorrente de arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio do sistema de apoio técnico,

logístico e de gestão, procuram garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

A RAS é um dispositivo constitucional responsável pela organização do SUS. Para garantir que o sistema seja “único”, descentralizado e que garanta a integralidade da atenção à saúde é necessário que exista uma rede que possa interconectá-la. Sendo assim, o conceito de integralidade surge como um grande responsável pela conformação de redes de serviços e relações (SILVA, 2008).

Mendes (2011, p.82) define RAS como:

organizações poliárquicas de conjuntos e serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade – e com responsabilidades sanitária e econômica e gerando valor para a população.

Dessa forma, existem fortes indícios em todo o mundo de que redes integrais de atenção com foco no usuário são o melhor conjunto de dispositivos para alterar quadros de morbimortalidade de uma população (MENDES, 2011).

A RAS tem como função ser resolutiva e identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes

tecnologias de cuidado individual e coletivo (BRASIL, 2010). Além disso, as RAS têm como objetivo melhorar a saúde da população, promovendo integração sistêmica de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral e humanizada e também incrementar o desempenho do sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária (MENDES, 2011).

Para que a organização seja feita de forma efetiva, eficiente e com qualidade, ela deve ser estruturada com base em fundamentos como: economia de escala, disponibilidade de recursos, qualidade e acesso, integração horizontal e vertical, processos de substituição, territórios sanitários e níveis de atenção (MENDES, 2011).

Os níveis de atenção são conformados em densidades tecnológicas singulares, variando da atenção primária à saúde, menor nível de complexidade, passando pela atenção secundária e chegando à atenção terciária com o maior nível de densidade tecnológica. Sendo assim, a atenção básica de saúde deve ser o contato preferencial dos usuários e porta de entrada principal e centro de comunicação com toda a RAS (MENDES, 2011).

A atenção básica (AB) caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. Os princípios da universalidade, acessibilidade, vínculo,

continuidade, cuidado, integralidade da atenção, responsabilização da humanização, equidade e participação social orientam a AB (BRASIL, 2012a).

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) estão instaladas próximas dos locais onde as pessoas vivem (moram, trabalham, estudam) e têm por finalidade garantir à população o acesso a uma atenção à saúde de qualidade. Assim, o município seria um espaço privilegiado para operacionalizar a intersetorialidade e produzir a atenção integral ao sujeito (BRASIL, 2012a).

Para contribuir com o funcionamento das RAS a AB tem algumas funções a cumprir como: ser a modalidade de atenção e de serviço de saúde com um grau de descentralização; identificar riscos, necessidades e demandas de saúde; elaborar, gerir e acompanhar projetos terapêuticos singulares e acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS; reconhecer as necessidades de saúde da população (BRASIL, 2012a).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem como objetivo a reorganização da AB, de acordo com os preceitos do SUS e é tida como uma estratégia de expansão, qualificação e consolidação por favorecer a reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da AB. É importante ressaltar o estabelecimento da equipe básica de saúde da Família (eSF), que é composta por médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários. Em conjunto com a eSF, tem-se a equipe de saúde bucal (ESB) que pode se dar por meio de duas modalidades, a modalidade

I que é composta por um cirurgião-dentista e um atendente de consultório dentário e a modalidade II composta por um cirurgião-dentista, um atendente de consultório dentário um técnico em higiene dental. A relação eSF e ESB é baseada no parâmetro de que cada ESB deverá atender até 3500 habitantes ou 1000 famílias. É importante destacar que o Ministério da Saúde estabelece que poderão ser implantadas quantas ESB forem necessárias a critério do gestor, desde que não ultrapassem o número de eSF, porém a Secretaria Estadual de Saúde preconiza a relação 1 ESB para 1 eSF (BRASIL, 2012b).

## 2.2 Programa Saúde na Escola

O PSE foi instituído, pelo Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, no âmbito dos Ministérios da Saúde (MS) e da Educação (MEC), e tem por finalidade contribuir para a formação integral dos estudantes da rede básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde (BRASIL, 2007).

O MS publica portarias que estabelecem critérios para adesão ao programa desde o ano de 2010 e atualmente foi publicada no dia 25 de Abril de 2017 no Diário Oficial da União a Portaria Interministerial nº 1.055 que redefine as regras e os critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE) por estados, Distrito Federal e municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações para a nova vigência do programa (BRASIL, 2017).



No que se refere ao financiamento do programa, inicialmente foi definido pela Portaria Nº204, de 29 de janeiro de 2007, que regulamentou o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle e portarias decretadas anualmente (BRASIL, 2007a). Na vigência 2014-2015, o repasse de recurso ocorreu no final de 2016, e foi destinado aos municípios que alcançaram 80% das metas relativas as ações do Programa Saúde na Escola pactuadas no período (BRASIL, 2016).

Dentro dos participantes do PSE estão incluídos todos os municípios do país e todas as equipes de AB. O PSE atua por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, as ações propostas integram o conjunto de ações mínimas a serem realizadas pelos municípios. Para que o PSE possa alcançar seus objetivos, é importante a prática cotidiana da intersetorialidade e a sinergia entre as políticas de Saúde e Educação, podendo assim garantir às crianças, adolescentes e jovens o acesso a uma melhor qualidade de vida (BRASIL, 2011).

Para conseguir cumprir seus objetivos o PSE possui diretrizes que merecem destaque como a que se refere a integração e articulação das redes públicas de ensino e de saúde por meio de ações que buscam ampliar o alcance e o impacto aos educandos e suas famílias. Outra diretriz importante é a que estabelece a ideia de interdisciplinaridade e intersetorialidade, permitindo a troca de saberes entre as diferentes profissões, visando a atenção integral à saúde da criança. E por fim a diretriz que salienta a questão do monitoramento e avaliação permanente,

que aparece com o intuito de promover a comunicação, encaminhamentos e resolutividade entre as escolas e as unidades de saúde e assim assegurando as ações de atenção e cuidado sobre as condições de saúde dos estudantes e informando as que forem realizadas nos sistemas de monitoramento (BRASIL, 2011).

Para o desenvolvimento das ações e temáticas abordadas o PSE preconiza algumas orientações que estão atribuídas aos componentes I, II e III. O componente I é o responsável pela avaliação das condições de saúde, desta maneira ele avalia a saúde dos educandos e aqueles que apresentarem exame alterado possam ser encaminhados para atendimento na unidade básica de saúde. Já o componente II é o encarregado pela promoção de saúde e prevenção de agravos e suas ações promovem aos educandos a oportunidades de realizarem escolhas mais favoráveis à própria saúde. Por fim temos o componente III que está incumbido do processo de formação dos articuladores da saúde e educação que atuam diretamente no PSE (BRASIL, 2015a).

A gestão do PSE é focada na gestão compartilhada, sendo que tanto o planejamento quanto a execução das ações devem ser realizadas coletivamente. O trabalho no Grupo de trabalho intersetorial (GTI) pressupõe interação com troca de saberes, de poderes e de afetos entre os profissionais envolvidos, estudantes, comunidade e as demais redes sociais (BRASIL, 2015a)

### 2.3 O contexto do Sistema de Saúde e Educacional em Florianópolis

O município de Florianópolis, em relação a saúde, está organizado por Distritos Sanitários (DS), divididos por região (Centro, Continente, Leste, Norte e Sul). Cada um desses DS abrange um número específico de centros de saúde. O DS Centro possui 6 CS, o DS Continente possui 11 CS, o DS Leste 9 CS, o DS Norte 11 CS e o DS Sul com 12 CS, totalizando 49 CS. Cada um desses possui um território de abrangência, nos quais, na maioria das vezes, estão incluídas escolas que podem ser administradas ou pelo município ou pelo estado.

Em relação as escolas do município são atualmente 126 escolas, destas 28 são de educação fundamental, 8 são escolas desdobradas e 90 são responsáveis pela educação infantil, Núcleos de Educação Infantil (NEI) e Creches. Já em relação as escolas estaduais tem-se 42 instituições de ensino, destas 17 são escolas de ensino fundamental, 7 são escolas de ensino médio e 18 são escolas com ensino médio e fundamental.

## OBJETIVOS

### 3.1 Objetivo Geral

Analisar a organização de rede de atenção à saúde na saúde bucal a partir das ações realizadas no âmbito do Programa Saúde na Escola.

### 3.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar, a partir dos resultados das ações em saúde bucal, as atividades realizadas e a população envolvida no PSE em Florianópolis;
- Levantar, nos documentos de apoio utilizados pelo PSE no município, os atributos relacionados a organização da RAS em Florianópolis.

## REVISÃO DE LITERATURA

### 4.1 Estratégia de Busca

A pesquisa na literatura científica foi realizada no portal Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), e contemplou as bases de dados LILACS, REPIDISCA, BDEFN, Index Psicologia, BBO, Cid-Saúde, HISA, IBECES, Coleciona SUS, PAHO, MEDLINE, BVSMINSA. Para orientar a estratégia de busca foi utilizado os núcleos centrais do estudo. Para a delimitação da área utilizou-se “Assistência integral à Saúde”. As palavras chave utilizadas para a saúde do escolar foram: “Saúde escolar” e “Programa Saúde na Escola”. E por fim as palavras chave para determinar a promoção de saúde: “Promoção de Saúde”, “Prevenção” e “Educação em Saúde”. Utilizou-se o operador booleano AND entre os núcleos área, saúde escolar e promoção de saúde, e o operador OR dentro do mesmo núcleo, no dispositivo de busca avançada.

A partir da busca inicial foram levantados 130 artigos no portal BVS. Incluíram-se os textos disponíveis na íntegra, online e gratuito, nos idiomas espanhol, inglês e português, que em seu título ou resumo/abstract contivessem palavras relacionadas com a organização da rede de atenção à saúde na saúde bucal a partir do Programa Saúde na Escola na educação infantil. Os textos que não contemplaram pelo menos um desses critérios foram excluídos da revisão. Adequaram-se aos critérios

de inclusão 9 artigos, destes 8 da base LILACS, 1 da base BDEF – Enfermagem.

A pesquisa também foi realizada na base de dados PUBMED e para orientar a estratégia de busca foram utilizados núcleos centrais de estudo. Para delimitação da área utilizou-se “Comprehensive Health Care”. As palavras chave para determinar a promoção de saúde foram “Health promotion”, “Prevention”, “Health Education”. A população foi delimitada pelas palavras “Child”, “Kindergarden”, “Schoolchildren”, “Preschool”. Utilizou-se o operador booleano AND entre os núcleos área e promoção de saúde e também entre os núcleos promoção de saúde e população. Dentro dos núcleos utilizou-se operador OR.

Na busca inicial foram obtidos 414 artigos na base de dados PUBMED. Foram incluídos textos disponíveis na íntegra, online e gratuito, nos idiomas espanhol, inglês e português, que em seu título ou resumo/abstract contivessem palavras relacionadas ao objetivo geral do projeto, nesta primeira etapa foram selecionados 120 artigos, após a leitura dos mesmos, nenhum dos textos contemplaram pelo menos um desses critérios e foram excluídos da revisão.

Além destes já citados, foram incluídos também 5 artigos da literatura cinza.

## 4.2 Achados Bibliográficos

Ressalta-se que ao realizar a pesquisa nas bases de dados não foram encontrados artigos que descrevem especificamente a ideia de ter o PSE como uma estratégia organizadora das RAS. Os estudos analisados demonstram como a temática do programa vêm sendo direcionada, principalmente abordando as ações realizadas em seu âmbito.

Como referido na Constituição Federal, o SUS deve ser constituído por ações e serviços públicos de saúde que integram uma rede regionalizada e hierarquizada. À vista disso, a RAS é a forma de organização das ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde, em todos os níveis de complexidade. A rede deve estabelecer um diálogo construtivo com outras áreas de conhecimento, como forma de responder aos complexos desafios da produção da saúde e, ainda, potencializar a organização e o funcionamento do modelo de atenção integral à saúde, que pressupõe outros valores que não somente aqueles a cargo da saúde (CARVALHO et al., 2013).

Segundo Arruda et al., (2015) as RAS não podem ser visualizadas de uma forma fracionada, mas sim deve-se compreendê-las como um movimento complexo em que todos os serviços que integram o SUS formam o todo, e que em cada uma delas existe uma inter-relação longitudinal que deslumbra o todo, formado por várias partes. Contandriopoulos, (2004), ressalta a importância da integração de todos os elementos de uma rede (integração funcional, clínica, de cuidados, normativa e sistêmica) que é o que a torna capaz de operar de forma sustentável.

Tem-se como saúde escolar a abrangência de ações que compreendem a saúde de um modo geral da criança e do adolescente, em idade escolar, dentro e fora da instituição e deve contar com a participação também da família, comunidade e órgãos governamentais. Em vista disto, a promoção de saúde no âmbito escolar parte de uma visão integral e multidisciplinar do ser humano, que considera as pessoas em seu contexto familiar, comunitário, social e ambiental (ALVES; MATOS; SOUSA, 2009).

A escola é um dos locais mais privilegiados para o desenvolvimento da articulação entre os setores de saúde e de educação, pois reúne crianças em idades que favorecem a assimilação de medidas preventivas (VASCONCELOS, 2001; MASTRANTONIO et. al. 2002). Gonçalves et al (2008) afirmam que a escola é um espaço de ensino-aprendizagem, convivência e crescimento importante, no qual se adquire valores fundamentais. A escola é o lugar ideal para se desenvolverem programas de Promoção e Educação em Saúde de amplo alcance e repercussão, já que é capaz de exercer uma grande influência sobre os alunos nas etapas formativas e mais importantes de suas vidas.

Com isso a uma das maneiras mais eficientes de desenvolver programas de educação em saúde nas escolas é por meio de um trabalho em conjunto entre os professores e os profissionais de saúde (MIALHE, 2008).

Gonçalves et al (2008), citam que a promoção de saúde no âmbito escolar parte de uma visão integral e multidisciplinar do ser humano, que considera as pessoas no seu contexto familiar, comunitário,



social e ambiental. Nesse contexto, a OMS (1954), instituiu a necessidade de serem realizadas, dentro do espaço escolar, diversas atividades que favorecessem a promoção de saúde, e não somente o trabalho de transmissão de conhecimentos sobre aspectos relacionados à saúde, surge assim o conceito inicial de escola promotora de saúde.

A ação intersetorial, na qual o setor de saúde e os demais setores sociais, como educação e meio ambiente, colaboram para o alcance de uma meta comum mediante uma estreita coordenação de suas atribuições, surge como uma nova possibilidade para resolver os problemas que incidem sobre uma população, em um determinado território (LAPA et al., 2008).

Lapa et al. (2008), também menciona que é preciso superar as propostas centradas no setor da saúde, abrindo perspectivas com novas práticas que contenham verdadeiras ações de interdisciplinaridade e intersetorialidade, permitindo a transformação da realidade local, com melhoria das condições de vida das pessoas e melhoria concreta da saúde.

O PSE constitui uma possibilidade de fortalecimento da integração entre os setores educação e saúde, promovendo a intersetorialidade propagada pelo SUS e a corresponsabilização entre estes setores, habituados a trabalhar isoladamente (SANTIAGO, 2012). A importância do programa é para que a atenção à saúde ultrapasse os muros dos hospitais e centros de saúde e envolva a participação de outros setores da sociedade, e para a escola tornar-se uma importante aliada para o fortalecimento da AB.

No entanto, conforme Penso et al., (2013), o uso excessivo de burocracia para o profissional da saúde se deslocar até a escola dificulta a autonomia dos profissionais no planejamento e na execução das atividades. Tal fato inviabiliza várias ações de intersetorialidade que necessitam que o profissional possa tomar decisões de forma autônoma e rápida.

Os profissionais da saúde em suas ações junto à população escolar assumem uma parceria com a escola e segundo Figueiredo e colaboradores (2010), essa atuação deve também atingir suas famílias, o espaço escolar, os professores e outros profissionais da escola.

A rede fortalece os vínculos entre envolvidos, por se associarem com a intenção de cooperar, e não de impor; de colaborar e compartilhar as atividades e os recursos, sem hierarquia; além de trazer para perto das autoridades centrais a realidade dos territórios (CARVALHO et al., 2013).

Para Pires et al (2012) a área saúde escolar abrange ações que compreendem saúde geral da criança e do adolescente em idade escolar, dentro e fora das instituições e deve contar com a participação também da família, comunidade e órgãos governamentais.

Outro fato relevante é que a falta de recursos humanos e a falta de tempo parecem estar associadas à centralização das ações de parceria que são delegadas à apenas alguns profissionais, como os enfermeiros da ESF e os profissionais do PSE (PENSO et al., 2013).

Em relação ao intercâmbio de conhecimento e interdisciplinaridade, um estudo realizado no Rio de Janeiro por Uchôa et al (2012) afirma que os profissionais envolvidos nas atividades propostas

ressaltam a importância do intercâmbio de conhecimentos, porém, deixam claro que isso não vem acontecendo nos espaços destinados a esta possibilidade.

Arruda et al., (2015), expõe que na atuação dos profissionais de saúde não é percebido assistência integrada. Infelizmente, cada profissional trabalha de forma isolada como se o conceito de atenção integrada, e, em rede (que configura o “todo”) não estivesse em seu íntimo. Embora a maioria realize sua assistência de forma individual, reconhece-se a necessidade das articulações e conexões com outros profissionais e serviços para proporcionar a continuidade da assistência.

No mesmo estudo, Arruda et al., (2015), alega que no cotidiano dos profissionais de saúde suas atividades estão focadas na cura da doença, deixando de lado a prevenção de agravos e a promoção de saúde. Então pode-se interpretar essa assistência como um movimento que as pessoas entram e são atendidas no alto da sua doença, mas que não são acompanhadas até que consigam retomar o equilíbrio do processo saúde-doença, e dessa forma, o cuidado acaba se concentrando apenas na assistência imediata, não desenvolvendo movimento circular.

## MÉTODOS

Desenvolveu-se um estudo descritivo e exploratório, utilizando as abordagens quantitativa e qualitativa.

Participaram do estudo as instituições de ensino de Florianópolis, que aderiram ao PSE na vigência 2014/2015, que realizaram pelo menos uma atividade do componente I no período.

### 5.1 Abordagem quantitativa

Foram analisados dados secundários oriundos do sistema de informação da SMS de Florianópolis. Por meio desta análise foi possível levantar as ações desenvolvidas no âmbito do PSE. Foram retiradas do Relatório Ambulatorial de Atividades Coletivas (RAAC) as ações de saúde bucal. Os dados de produção dos Centros de Saúde nas unidades de ensino, referentes às ações vinculadas ao PSE, foram consolidados em planilha eletrônica para análise descritiva. Foram verificadas as ações coletivas realizadas no período de agosto de 2014 a dezembro de 2015, vigência 2014-2015 do PSE. Para estes dados foram verificados o tipo de ação desenvolvida, o número de beneficiados com a atividade e o número de exames alterados.

#### 4.4 Abordagem qualitativa

A partir da Portaria nº 4.279 de 30 de Dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS (BRASIL, 2010b), foram listados os atributos necessários para a estruturação de uma rede de atenção de saúde. Estes atributos foram organizados em uma planilha eletrônica, juntamente com a listagem dos documentos de apoio ao PSE disponíveis no município, o que resultou numa matriz de dados.

Foi realizado o levantamento dos documentos de apoio ao PSE no âmbito da SME e da SMS, utilizando-se as páginas oficiais da PMF.

Os documentos levantados foram:

- Caderno de Atenção Básica nº 24
- Fluxograma de Atendimento
- Instrutivo PSE
- Manual Instrutivo Programa Saúde na Escola
- Orientações sobre o PSE para a elaboração de projetos locais
- Os documento levantados foram
- Projeto Programa Saúde na Escola em Florianópolis

- ebSemana Saúde na Escola – Plano de Ações
- As páginas oficiais utilizadas foram  
[:http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=programa+saude+na+escola&menu=5](http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=programa+saude+na+escola&menu=5)
- <http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=programa+saude+na+escola&menu=5>
- <http://psefloripasme.blogspot.com.br/p/link-s-de-materiais.html>.

Como critério de inclusão dos documentos utilizaram-se aqueles que trouxeram informações gerais do PSE e/ou aqueles relativos à saúde bucal. Na busca, foram levantados 58 documentos, dos quais 4 foram excluídos por não estarem disponíveis, 9 por serem materiais educativos (cartilhas ou folders) e 38 por não abordarem a temática. Ao final foram incluídos 7 documentos oficiais.

Os atributos analisados foram: População e territórios definidos; Gama de estabelecimento de saúde prestando diferentes serviços; APS como primeiro nível de atenção; Serviços especializados; Mecanismos de coordenação, continuidade do cuidado e assistência integral fornecidos de forma continuada; Atenção à saúde centrada no

indivíduo, na família e nas comunidades, levando em consideração as particularidades de cada um; Integração entre os diferentes entes federativos a fim de atingir um propósito comum; Ampla participação social; Gestão integrada dos sistemas de apoio administrativo, clínico e logístico; Recursos suficientes; sistema de informação integrado; Ação intersetorial; Financiamento tripartite e Gestão baseada em resultados.

A análise foi realizada a partir da leitura dos documentos, da seleção de palavras, trechos ou frases que caracterizaram cada um destes atributos e preenchimento da matriz elaborada (APÊNDICE B) (APÊNDICE C)

## 5 RESULTADOS

### 5.1 A cobertura do PSE em Florianópolis

A Secretaria de Saúde do município de Florianópolis organiza-se em 5 Distritos Sanitários, os quais possuem 49 Centros de Saúde. Destes, 47 possuem em seu território instituições de ensino que aderiram e desenvolvem atividades no PSE. São 112 instituições educacionais, 44 de educação infantil e 67 Escolas Municipais e Estaduais. A descrição dos dados referentes às Instituições educacionais e total de estudantes matriculados na vigência 2014-2015 encontra-se na tabela 1.

Tabela 1: Distribuição das Instituições educacionais e total de estudantes matriculados por adesão ao PSE, Distrito Sanitário e Centro de Saúde em Florianópolis/SC, 2014.

<b>DISTRITO</b>	<b>CS</b>	<b>DESENVOLVEU ATIVIDADE DO PSE</b>	<b>TOTAL DE INSTITUIÇÕES EDUCACIONAIS</b>	<b>ESTUDANTES COBERTOS PELO PSE</b>
<b>Centro</b>	Agrônômica	SIM	4	445
	Centro	SIM	3	5472
	Prainha	SIM	3	255
	Saco dos Limões	SIM	2	1067
	Trindade	SIM	4	915
	Monte Serrat	NÃO	1	0
<b>Centro Total</b>			16	8154
<b>Continente</b>	Abraão	SIM	3	382
	Balneário	SIM	1	0
	Capoeiras	SIM	3	1279
	Coloninha	SIM	4	854
	Coqueiros	SIM	3	1066
	Estreito	SIM	3	1417
	Jardim Atlântico	SIM	2	515
	Monte Cristo	SIM	4	770
	Novo Continente	SIM	1	175
	Sapé	SIM	1	91
Vila Aparecida	SIM	1	73	
<b>Continente Total</b>			26	6622
<b>Leste</b>	Barra da Lagoa	SIM	1	481



<b>DISTRITO</b>	<b>CS</b>	<b>DESENVOLVEU ATIVIDADE DO PSE</b>	<b>TOTAL DE INSTITUIÇÕES PÚBLICAS ESTUDANTES COBERTOS PELO PSE</b>
	Canto da Lagoa	SIM	2 161
	Córrego Grande	SIM	2 485
	Costa da lagoa	SIM	2 66
	Itacorubi	SIM	3 1068
	João Paulo	SIM	3 865
	Lagoa da Conceição	SIM	2 452
	Pantanal	SIM	2 597
	Saco Grande	SIM	5 1867
<b>Leste Total</b>			22 6042
	Cachoeira do Bom Jesus	SIM	1 712
	Canasvieiras	SIM	5 2176
	Inglese	SIM	4 3147
	Jurere	SIM	2 259
	Ponta das Canas	SIM	1 425
<b>Norte</b>	Ratones	SIM	1 371
	Rio Vermelho	SIM	3 1824
	Santinho	SIM	2 807
	Santo Antônio de Lisboa	SIM	2 443
	Vargem Grande	SIM	1 718
	Vargem Pequena	NÃO	0 -
<b>Norte Total</b>			22 10882
	Alto Ribeirão	SIM	1 853
<b>Sul</b>	Armação	SIM	2 777
	Caieira da Barra do Sul	SIM	1 99

<b>DISTRITO</b>	<b>CS</b>	<b>DESENVOLVEU ATIVIDADE DO PSE</b>	<b>TOTAL DE INSTITUIÇÕES MATRICULADAS</b>	<b>ESTUDANTES COBERTOS PELO PSE</b>
	Campeche	SIM	2	819
	Carianos	SIM	2	742
	Costeira do Pirajubaé	SIM	3	1247
	Fazenda do Rio Tavares	SIM	2	558
	Morro das Pedras	SIM	2	484
	Pântano do Sul	SIM	3	199
	Ribeirão da Ilha	SIM	2	828
	Rio Tavares	SIM	1	613
	Tapera	SIM	4	1592
<b>Sul Total</b>			25	8811
<b>Total Geral</b>			112	40511

O município de Florianópolis possui um percentual de adesão ao programa de 95,91%, caracterizando uma ampla adesão.

O DS Continente, apresentou a maior quantidade de instituições escolares inseridas em seu território, um total de 26. Nele, os CS Coloninha e CS Monte Cristo, representaram as unidades com maior número de instituições escolares em seu território (4). O CS com maior número de matriculados foi o CS Estreito, com 1.417 estudantes.

O DS Centro apresentou o menor número de instituições escolares, totalizando 16. Quando observado o total de alunos matriculados o CS Centro é o que possui o maior número.

O DS Norte apresentou 10.882 alunos matriculados, dos quais 3.147 estavam no território do CS Ingleses, caracterizando-o como o de maior número de estudantes no DS.

Não realizaram atividades do PSE o CS Monte Serrat no DS Centro e o CS Vargem Pequena no DS Norte.

## 5.2 Atividades do componente I em saúde bucal

### 5.2.1 Escovação Supervisionada

Nas tabela 2, observa-se o número de alunos matriculados nas instituições de ensino, o número total de participantes da ação de escovação e a média por estudante desta ação. Constatou-se uma cobertura no município de 96,2%, e que, em alguns territórios, os estudantes receberam esta atividade mais que uma vez durante o período de vigência, chegando a maior média de escovações supervisionadas de 11,9 vezes por estudante no território de abrangência do CS Santo Antônio de Lisboa.

Tabela 2: Distribuição do número de matriculados nas instituições educacionais e número de escovações supervisionadas por Distrito Sanitário e Centro de Saúde em Florianópolis/SC, 2014.

<b>DISTRITO</b>	<b>CS</b>	<b>Nº ESTUDANTES MATRICULADOS NAS INSTITUIÇÕES EDUCACIONAIS</b>	<b>Nº DE ESCOVAÇÕES SUPERVISIONADAS REALIZADAS</b>	<b>Nº MÉDIO DE ESCOVAÇÕES DENTAIS SUPERVISIONADAS REALIZADAS POR ESTUDANTE</b>
<b>Centro</b>	Agrônômica	445	702	1,6
	Centro	5472	1662	0,3
	Prainha	255	664	2,6
	Saco dos Limões	1067	0	0,0
	Trindade	915	4330	4,7
<b>Centro Total</b>		8154	7358	0,9
<b>Continente</b>	Abraão	382	231	0,6
	Balneário	0	0	-
	Capoeiras	1279	317	0,2
	Coloninha	854	554	0,6
	Coqueiros	1066	630	0,6
	Estreito	1417	853	0,6
	Jardim Atlântico	515	104	0,2
	Monte Cristo	770	538	0,7
	Novo Continente	175	106	0,6

DISTRITO	CS	Nº ESTUDANTES MATRICULADOS NAS INSTITUIÇÕES EDUCACIONAIS	Nº DE ESCOVAÇÕES SUPERVISIONADAS REALIZADAS	Nº MÉDIO DE ESCOVAÇÕES DENTAS SUPERVISIONADAS REALIZADAS POR ESTUDANTE
	Sapé	91	25	0,3
	Vila Aparecida	73	278	3,8
<b>Continente Total</b>		6622	3636	0,5
<b>Leste</b>	Barra da Lagoa	481	1077	2,2
	Canto da Lagoa	161	438	2,7
	Corrego Grande	485	1236	2,5
	Costa da lagoa	66	59	0,9
	Itacorubi	1068	223	0,2
	João Paulo	865	795	0,9
	Lagoa da Conceição	452	0	0,0
	Pantanal	597	1130	1,9
	Saco Grande	1867	2146	1,1
<b>Leste Total</b>		6042	7104	1,2
<b>Norte</b>	Cachoeira do Bom Jesus	712	909	1,3
	Canasvieiras	2176	942	0,4
	Inglese	3147	1923	0,6
	Jurere	259	484	1,9
	Ponta das Canas	425	364	0,9

<b>DISTRITO</b>	<b>CS</b>	<b>Nº ESTUDANTES MATRICULADOS NAS INSTITUIÇÕES EDUCACIONAIS</b>	<b>Nº DE ESCOVAÇÕES SUPERVISIONADAS REALIZADAS</b>	<b>Nº MÉDIO DE ESCOVAÇÕES DENTAS SUPERVISIONADAS REALIZADAS POR ESTUDANTE</b>
	Ratones	371	99	0,3
	Rio Vermelho	1824	1336	0,7
	Santinho	807	0	0,0
	Sto Antonio de Lisboa	443	5289	11,9
	Vargem Grande	718	331	0,5
<b>Norte Total</b>		10882	11677	1,1
<b>Sul</b>	Alto Ribeirão	853	385	0,5
	Armação	777	349	0,4
	Caeira da Barra do Sul	99	0	0,0
	Campeche	819	2556	3,1
	Carianos	742	1331	1,8
	Costeira do Pirajubaé	1247	764	0,6
	Fazenda do Rio Tavares	558	610	1,1
	Morro das Pedras	484	992	2,0
	Pantano do Sul	199	181	0,9
	Ribeirão da Ilha	828	755	0,9

<b>DISTRITO</b>	<b>CS</b>	<b>Nº ESTUDANTES MATRICULADOS NAS INSTITUIÇÕES EDUCACIONAIS</b>	<b>Nº DE ESCOVAÇÕES SUPERVISIONADAS REALIZADAS</b>	<b>Nº MÉDIO DE ESCOVAÇÕES DENTAS SUPERVISIONADAS REALIZADAS POR ESTUDANTE</b>
	Rio Tavares	613	45	0,1
	Tapera	1592	1236	0,8
<b>Sul Total</b>		8811	9204	1,0
<b>Total Geral</b>		40511	38979	1,0

No DS Centro, o CS Trindade foi que realizou com maior frequência, em média 4,7 vezes por estudante, e o CS Centro o que com menor frequência realizou, 0,3 escovações por estudante durante o período da vigência. No DS Continente, o CS Vila Aparecida teve, em uma média, 3,8 escovações supervisionadas por estudante e os CS Capoeiras e Jardim Atlântico com 0,2 escovações por estudante. No DS Leste, o CS Canto da Lagoa realizou a atividade 2,7 vezes por estudante e o CS Itacorubi apresentou 0,2 escovações por estudante no período da vigência. No DS Norte, a atividade variou, entre os CS que desenvolveram a atividade, de

0,3 a 11,9, sendo o CS Ratoles com a menor média e o Santo Antonio de Lisboa com a maior.

Não tiveram registro desta atividade o CS Saco dos Limões, Lagoa da Conceição, Santinho e Caieira da Barra do Sul. O CS Balneário não apresenta instituição escolar em seu território.

### 5.2.2 Avaliação de Saúde Bucal

A avaliação da condição de saúde bucal faz parte do componente I do programa, e possui o propósito de selecionar os estudantes no ambiente escolar com necessidades de tratamento odontológico e dar posterior encaminhamento.

Nas tabela 3, observou-se o número de alunos matriculados nas instituições de ensino, o número total de participantes na ação de avaliação da condição bucal, a média de avaliações realizadas no período da vigência e o número de avaliações bucais alteradas. Constatou-se uma cobertura no município de 82,2%, e que, em alguns territórios, os estudantes receberam esta atividade mais que uma vez durante o período de vigência, chegando a 2,7 vezes no território de abrangência do CS Santo Antônio de Lisboa.



Tabela 3: Distribuição do número de matriculados nas instituições educacionais, número de avaliações em saúde bucal e número de alterações em saúde bucal levantadas por Distrito Sanitário e Centro de Saúde em Florianópolis/SC, 2014.

<b>DISTRITO</b>	<b>CS</b>	<b>Nº ESTUDANTES MATRICULADOS NAS INSTITUIÇÕES EDUCACIONAIS</b>	<b>Nº DE AVALIAÇÕES EM SAÚDE BUCAL REALIZADAS</b>	<b>MÉDIA DE AVALIAÇÕES REALIZADAS NA VIGENCIA</b>	<b>Nº DE ALTERAÇÕES EM SAÚDE BUCAL LEVANTADAS</b>	<b>% DE EXAMES ALTERADOS POR EXAMES RELIZADOS</b>
<b>Centro</b>	Agrônômica	445	969	2,2	261	27%
	Centro	5472	1926	0,4	360	19%
	Prainha	255	594	2,3	102	17%
	Saco dos Limões	1067	623	0,6	177	28%
	Trindade	915	1205	1,3	192	16%
<b>Centro Total</b>		8154	5317	0,7	1092	21%
<b>Contine nte</b>	Abraão	382	388	1,0	111	29%
	Balneário	0	0	-	0	-
	Capoeiras	1279	534	0,4	145	27%
	Coloninha	854	582	0,7	115	20%
	Coqueiros	1066	1016	1,0	146	14%
	Estreito	1417	1629	1,1	286	17%
	Jardim Atlântico	515	503	1,0	101	20%
	Monte Cristo	770	629	0,8	185	29%

<b>DISTRITO</b>	<b>CS</b>	<b>Nº ESTUDANTES MATRICULADOS NAS INSTITUIÇÕES EDUCACIONAIS</b>	<b>Nº DE AVALIAÇÕES EM SAÚDE BUCAL REALIZADAS</b>	<b>MÉDIA DE AVALIAÇÕES REALIZADAS NA VIGENCIA</b>	<b>Nº DE ALTERAÇÕES EM SAÚDE BUCAL LEVANTADAS</b>	<b>% DE EXAMES ALTERADOS POR EXAMES RELIZADOS</b>
	Novo Continente	175	106	0,6	45	42%
	Sapé	91	86	0,9	10	12%
	Vila Aparecida	73	339	4,6	54	16%
<b>Continente Total</b>		6622	5812	0,4	1.168	21%
<b>Leste</b>	Barra da Lagoa	481	516	1,1	84	16%
	Canto da Lagoa	161	124	0,8	33	27%
	Corrego Grande	485	717	1,5	97	14%
	Costa da lagoa	66	60	0,9	22	37%
	Itacorubi	1068	666	0,6	61	9%
	João Paulo	865	749	0,9	104	14%
	Lagoa da Conceição	452	311	0,7	88	28%
	Pantanal	597	1205	2,0	142	12%
	Saco Grande	1867	1925	1,0	470	24%
<b>Leste Total</b>		6042	6273	1,0	1101	18%
<b>Norte</b>	Cachoeira do Bom Jesus	712	768	1,1	280	36%
	Canasvieiras	2176	1737	0,8	357	21%

DISTRITO	CS	Nº ESTUDANTES MATRICULADOS NAS INSTITUIÇÕES EDUCACIONAIS	Nº DE AVALIAÇÕES EM SAÚDE BUCAL REALIZADAS	MÉDIA DE AVALIAÇÕES REALIZADAS NA VIGENCIA	Nº DE ALTERAÇÕES EM SAÚDE BUCAL LEVANTADAS	% DE EXAMES ALTERADOS POR EXAMES RELIZADOS
	Inglezes	3147	1634	0,5	409	25%
	Jurere	259	391	1,5	92	24%
	Ponta das Canas	425	185	0,4	54	29%
	Ratones	371	221	0,6	85	38%
	Rio Vermelho	1824	1436	0,8	51	4%
	Santinho	807	484	0,6	109	23%
	Sto Antonio de Lisboa	443	2418	5,5	355	15%
	Vargem Grande	718	278	0,4	105	38%
<b>Norte Total</b>		10882	9552	0,9	1897	20%
<b>Sul</b>	Alto Ribeirão	853	573	0,7	63	11%
	Armação	777	627	0,8	210	33%
	Caeira da Barra do Sul	99	0	0,0	0	-
	Campeche	819	377	0,5	70	19%
	Carianos	742	770	1,0	104	14%
	Costeira do Pirajubaé	1247	819	0,7	180	22%
	Fazenda do Rio Tavares	558	430	0,8	60	14%

<b>DISTRITO</b>	<b>CS</b>	<b>Nº ESTUDANTES MATRICULADOS NAS INSTITUIÇÕES EDUCACIONAIS</b>	<b>Nº DE AVALIAÇÕES EM SAÚDE BUCAL REALIZADAS</b>	<b>MÉDIA DE AVALIAÇÕES REALIZADAS NA VIGENCIA</b>	<b>Nº DE ALTERAÇÕES EM SAÚDE BUCAL LEVANTADAS</b>	<b>% DE EXAMES ALTERADOS POR EXAMES REALIZADOS</b>
	Morro das Pedras	484	554	1,1	83	15%
	Pantano do Sul	199	362	1,8	56	15%
	Ribeirão da Ilha	828	275	0,3	61	22%
	Rio Tavares	613	94	0,2	7	7%
	Tapera	1592	1486	0,9	542	36%
<b>Sul Total</b>		8811	6367	0,7	1436	23%
<b>Total Geral</b>		40511	33321	0,8	6724	20%

No DS Centro pode-se observar que, apesar de ser o DS com o 3º maior número de estudantes matriculados, ficou com o menor número de exames com alteração no município. O CS Saco dos Limões apresentou o maior percentual de exames com alteração (28%), e o CS Trindade o menor percentual (16%). Nos CS Prainha, Agrônômica e Trindade o número de exames realizados ultrapassaram o número de estudantes matriculados, indicando que os estudantes foram examinados pelo menos

uma vez durante o período da vigência, e alguns chegando a ser examinados 2 vezes.

No DS Continente, observou-se que o CS Estreito apesar de ter o maior número de estudantes matriculados e o maior número de exames com alteração, apresentou proporcionalmente o 5º maior número de exames com alteração. O CS Novo Continente apresentou, proporcionalmente o maior número de exames com alteração (42%), sendo o território de abrangência proporcionalmente com mais alterações no município como um todo. O CS Vila Aparecida realizou o maior número de exames proporcionalmente ao número de matriculados, indicando que em média seus estudantes foram examinados 4,6 durante o período da vigência. Os CS Coqueiros, Estreito e Jardim Atlântico realizaram, em média, pelo menos 1 exame por estudante.

O DS Leste apresentou proporcionalmente o menor número de exames alterados pelo total de exames realizados (18%). O CS Costa da Lagoa apresentou a maior proporção (37%) e o CS Itacorubi a menor (9%). O CS Saco Grande apresentou o maior número de estudantes matriculados e também o maior número de exames realizados, ficando em 4º lugar na avaliação proporcional de exames com alteração (24%). Nos CS Pantanal, Córrego Grande e Barra da Lagoa o número de estudantes examinados foi de 1,1 a 2,0 do número estudantes matriculados indicando que cada estudante destas localidades reberam pelo menos 1 avaliação de saúde bucal durante o período da vigência.

No DS Norte, o CS Ingleses apresentou o maior número de estudantes matriculados e o maior número de exames realizados, entretanto ocupou a 5ª colocação em termos de percentual de exames alterados (25%). Os CS Vargem Grande e Ratoles apresentaram proporcionalmente o maior número de exames com alteração (38%). O CS Santo Antonio de Lisboa realizou, em média 5,5 avaliações em relação ao número de matriculados, maior média para o município. Já os CS Cachoeira do Bom Jesus e Jurerê realizaram respectivamente 1,1 e 1,5 exames pelo número de matriculados. O CS Rio Vermelho apresentou proporcionalmente o menor número de exames com alterações no DS e também no município (4%).

No DS Sul os CS Tapera apresentou o maior número de estudantes matriculados e o maior número de exames realizados, 1592 e 1486 respectivamente. A proporção de exames com alteração foi de 36%, a maior do DS. Os CS Pântano do Sul, Morro das Pedras e Carianos realizaram, em média, 1,8, 1,1 e 1,0 exames por número de matriculados, indicando que no período os estudantes tiveram a saúde bucal avaliada pelo menos uma vez.

### 5.3 Descrição dos atributos necessários para organização da Rede de Atenção em Saúde Bucal

Organizar o SUS em um sistema de redes torna-se importante para superar a fragmentação das ações e serviços de saúde. Desta forma, a

elaboração da matriz de dados (APÊNDICE B), a partir da Portaria nº4.279, que estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção no âmbito do SUS, possui o intuito de caracterizar a participação do PSE na organização das RAS baseado no conjunto indissociável de elementos estruturantes do sistema de serviços de saúde.

Considera-se que não há como definir um modelo organizacional único para as RAS, entretanto as evidências apontam que um conjunto de atributos são fundamentais ao seu funcionamento. Entre esses atributos estão catorze diretrizes que serão descritos a seguir, fundamentados pelos documentos oficiais disponíveis pelas secretarias de saúde e educação de Florianópolis que dizem a respeito do PSE. É importante salientar que nenhum dos documentos selecionados traz em seus conteúdos todos os atributos para construção da RAS.

Tem-se primeiramente população e território definidos com amplo conhecimento de suas necessidades e preferências que determinam a oferta de serviços de saúde. Servindo de base para o planejamento das ações e serviços de saúde, a partir da constatação das reais necessidades de saúde da população. O Caderno de Atenção Básica nº 24, que trata especificamente sobre o PSE, trás a informação de que o território, que contempla as unidades escolares, com os indivíduos da sua comunidade, das quais, as eSF tem a oportunidade de elaborar e fortalecer a articulação com a escola.

No documento publicado pelo Ministério da Saúde – Semana Saúde na Escola – Plano de Ações, tem-se que:

[...] Estabelecer e rever as rotas cotidianas da educação e da saúde dos nossos territórios é o meio que encontramos para que cada um possa se apropriar do que já possui e auxiliar nos desenhos e nas ações do que deseja para o território.

Quanto a esta diretriz, observou-se que todos os documentos selecionados apresentaram o tema.

A próxima diretriz analisada foi em relação à gama de estabelecimentos de saúde que prestam serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão de casos, reabilitação e cuidados paliativos e integram os programas focalizados em doenças, riscos e populações específicas, os serviços de saúde individuais e os coletivos. Ao realizar a leitura dos documentos pode-se encontrar apenas um que trazia a informação quanto ao encaminhamento dos alunos avaliados com algum tipo de alteração em saúde bucal para as UPAs ou para o acolhimento no CS e que este então pode direcionar para o serviço especializado ou para a rede hospitalar.

Seguindo a matriz elaborada, analisou-se o atributo relacionado à APS estruturada como primeiro nível de atenção e porta de entrada preferencial do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo às suas necessidades de saúde. Possibilitando acesso a toda população, estabelecendo relações definidas com os demais níveis de atenção, coordenando o cuidado às condições de acordo com as necessidades de saúde. Segundo o Caderno de Atenção Básica nº24, as demandas



assistências e clínicas devem ser encaminhadas para as unidades de saúde da eSF. Assim, depois de realizada a leitura dos documentos oficiais, foram obtidos 3 documentos dos 7 selecionados que trouxeram informações quanto o papel da APS. Desta forma, a coesão entre as políticas de Educação e de Saúde podem garantir aos estudantes o acesso a uma melhor qualidade de vida.

Não foram encontrados registros nos documentos analisados sobre a prestação de serviços especializados em lugar adequado que possibilita o acesso às especialidades e serviços hospitalares de forma regulada, a partir da coordenação da AB.

Para as questões relacionadas à existência de mecanismos de coordenação, continuidade do cuidado e integração assistencial por todo o contínuo da atenção foram observados trechos em 4 documentos.

Ter embasamento teórico em relação a este tema é importante para que os estudantes abrangidos pelo PSE, possam manter um vínculo com o serviço a longo prazo e assim ter um atendimento mais eficiente, assim como a organização do sistema para que os profissionais das diferentes áreas envolvidas possam ter contato e diálogo entre si.

Ao analisar o item Atenção à saúde centrada no indivíduo, na família e na comunidade, tendo em conta as particularidades culturais, gênero, assim como a diversidade da população, percebeu-se que somente 2 dos 7 documentos não trouxeram algum tipo de informação.

O Manual Instrutivo do PSE, salienta que as avaliações das condições de saúde precisam envolver os alunos como protagonistas e que

não basta apenas identificar os problemas, é importante ter compromisso com a produção de autonomia e de autocuidado dos escolares.

A Integração entre os diferentes entes federativos a fim de atingir um propósito comum está relacionada em 5 documentos oficiais. Este atributo é importante para que se possa ter um sistema de governança único por toda a rede com o propósito de criar uma missão, visão e estratégias nas organizações que compõem a região de saúde e por fim ter a garantia que o PSE melhore a sua contribuição em saúde para os estudantes envolvidos. Segundo Manual Instrutivo do PSE, a Gestão intersetorial compartilhada se dá em todas as esferas de governo e é fundamental para construir ações integrais de educação e saúde.

Quanto à Ampla participação social, observa-se que 4 documentos oficiais trazem trechos relatando o assunto. O documento Orientações sobre PSE para a elaboração de projetos cita que é fundamental a participação ativa dos diferentes integrantes da comunidade escolar, dos profissionais da saúde e dos jovens na construção do projeto do programa.

Foram encontrados 2 documentos que trouxeram em seu conteúdo o atributo de gestão integrada dos sistemas de apoio administrativo, clínico e logístico sendo a regulação eixo estruturante para a organização da RAS e desta forma garante ao programa o processo de integralidade do cuidado. O PSE tem como proposta de coordenação os Grupos de Trabalho Intersetoriais (GTI) que tem o seu foco baseado na gestão compartilhada, dessa forma o trabalho em GTI pressupõe a interação com troca de saberes, poderes e afetos entre os profissionais de

saúde e educação, estudantes e a comunidade em geral, esta informação está presente no documento Instrutivo PSE – Programa Saúde na Escola – Tecendo caminhos da instersetorialidade.

Para o atributo Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos e com incentivos pelo alcance de metas da rede, apenas 1 documento trouxe algum tipo de informação. No entanto, não se pode afirmar se há ou não recursos suficientes para o desenvolvimento do PSE, e como estes interferem no desenvolvimento do sistema como um todo.

O Sistema de informação integrado tem por finalidade vincular todos os membros da rede, com identificação de dados por sexo, idade, lugar de residência, origem étnica e outras variáveis pertinentes, após a leitura dos documentos, somente 1 trazia este relato. Sendo assim, as eSF e as equipes das escolas como responsáveis pelo acompanhamento do cuidado do estudante na rede de saúde, podem informar as instâncias do programa, basicamente os GTI municipal e estadual, quando as dificuldades são percebidas. Quanto às informações do acompanhamento, pode-se verificar que são monitoradas no sistema de monitoramento (SIMEC) nas escolas.

Foram 5 os documentos analisados que abordam atributo de Ação intersetorial e abordagem dos determinantes da saúde e da equidade em saúde. Nenhum deles trouxe informações quanto ao Financiamento.

A Gestão baseada em resultado foi tratada em 2 documentos. Ter uma gestão baseada em resultados institui processos de monitoramento e avaliação. Este monitoramento é primordial para a reorganização das ações do PSE, além disso, é tido como capaz de orientar o redirecionar

investimentos e projetos. Observou-se que o programa possui metas pactuadas a serem cumpridas.

## DISCUSSÃO

O envolvimento das escolas com os CS é um fator importante já que o PSE tem como premissa articular as ações da rede pública de saúde com as ações da rede pública de Educação Básica (BRASIL, 2009). No levantamento realizado, das 112 instituições de ensino de Florianópolis, somente 2 não participaram do programa no período. Isso resulta na abrangência formal da grande maioria dos estudantes matriculados nas instituições de ensino públicas do município, mostrando assim que a questão em relação a população e território definidos e abrangidos pelo PSE estão bem determinados. Segundo Vieira et al. (2014), o PSE contribui para a consolidação das ações na perspectiva do desenvolvimento integral e oferece à comunidade escolar a participação em programas e projetos que articulem os âmbitos da saúde e da educação, para que ofertem ao estudante a oportunidade de enfrentar as vulnerabilidades que podem comprometer o seu desenvolvimento.

A aproximação entre saúde e educação gera a integração dos professores, estudantes, pais e representantes da sociedade civil e assim estimula os envolvidos a gerar uma sociedade mais saudável (BRASIL, 2012b).

O Componente I relativo à saúde bucal, têm como ações principais a avaliação e a promoção de saúde bucal, via ação de escovação supervisionada e exame das condições de saúde bucal. Diante do levantado nos resultados em relação à escovação supervisionada, cabe considerar que o planejamento das ações educativas devem ser realizados em conjunto com a Escola e a presença do cirurgião-dentista e dos professores envolvidos é indispensável (BRASIL, 2011).

Na abordagem coletiva em ações de promoção de saúde destaca-se que para o controle e prevenção da doença cárie, medidas de saúde pública educativas e intersetoriais devem possibilitar o acesso de alguma forma de flúor, redução do consumo de açúcar e disponibilidade de informação sobre fatores de risco e autocuidado (BRASIL, 2008).

Segundo Magon (2002), encontrou-se maiores reduções da doença cárie nos estudos que empregaram a escovação supervisionada nas escolas em conjunto com a escovação em casa e enfatizaram que há um fortalecimento da hipótese de acordo com as práticas de educação em saúde e de escovação supervisionada e atuam como potencializadoras da ação anticárie do dentifrício fluoretado.

Um estudo realizado por Alves et al. (2009) identificou que os gestores envolvidos atribuíram valores positivos às atividades de educação em saúde, qualificando-as como importantes, de extrema necessidade e grande relevância para os educandos. O mesmo estudo relatou que a maioria dos gestores apontaram a escola como sendo uma promotora de educação em saúde, pois ela orienta, conscientiza e auxilia na formação de bons hábitos dos seus educandos.

Os resultados do presente estudo demonstraram que ocorreu adesão das equipes às ações de saúde bucal propostas no programa, no entanto, há dificuldade de participação de todos os matriculados no seu território de abrangência. Para Alves et al (2009) a ação de escovação supervisionada desenvolvida em seu estudo teve como enfoque a atenção centrada no indivíduo, permitindo a orientação e o estímulo aos estudantes de incorporar nos seus hábitos de higiene pessoal, além de permitir a

disponibilidade de flúor, através do creme dental e de contribuir para a prevenção de doenças bucais como a cárie dentária e a doença periodontal.

Apesar do município de Florianópolis contemplar praticamente a totalidade dos estudantes matriculados nas instituições de ensino durante todo o período de vigência do programa em relação a escovação supervisionada, é provável que esteja caminhando para uma otimismo, pois o programa pode estar permitindo, com as atividades em saúde bucal, o estímulo de ter hábitos saudáveis de higiene. Já sobre a questão da disponibilidade do flúor na cavidade bucal, não há dados suficientes para afirmar que a realização da escovação supervisionada pelo menos uma vez irá trazer benefícios relativos à doença cárie

Ainda considerando estudo realizado por Alves et al., (2009), em contraponto com o presente estudo têm-se que a maioria das escolas incluídas no estudo contemplaram a pré-escola e isto permitiu o acesso aos programas de educação em saúde bucal numa fase mais precoce da vida das crianças, facilitando a incorporação de hábitos de higiene e dieta favoráveis à saúde bucal.

Quando consideramos os resultados relativos à avaliação em saúde bucal, têm-se que esta avaliação pode proporcionar a identificação precoce das necessidades de tratamento odontológico, isto tende a fortalecer as ações preventivas da AB e também viabilizar a disponibilidade de acesso aos estudantes.

Segundo o Caderno de atenção básica nº 24, p 64 as ações desenvolvidas visam ordenação da cobertura populacional, centrada na lógica da detecção precoce das lesões e no tratamento oportuno, impedindo

o agravamento das lesões. Em paralelo, programas preventivos e educativos fornecem apoio ao estimular a mudança de hábitos de saúde.

As ações em saúde bucal, devem ser realizadas pelo menos uma vez no ano, tendo como principal objetivo avaliar o estado de saúde dos estudantes e as situações com maiores vulnerabilidades. A partir da avaliação inicial realizada na escola, o cirurgião-dentista deve encaminhar os escolares que apresentaram necessidade de tratamento odontológico para as unidades básicas de saúde responsável pelo aluno. Nos CS os estudantes com algum tipo de alteração em saúde bucal, são submetidos ao exame clínico intra/extra oral adequado e então o plano de tratamento deve ser elaborado. Isto viabiliza a construção da equidade em saúde no cotidiano do SUS. No município de Florianópolis esse mecanismo de construção da rede de atenção, pode não estar funcionando de maneira efetiva, pois não há garantia de que aquele paciente examinado vá conseguir ter acesso ao tratamento odontológico, já que em alguns casos os pacientes são avaliados que necessitam de tratamento odontológico, no entanto não são encaminhados corretamente, por motivos como falha na distribuição dos informativos direcionados aos pais e/ou responsáveis relativos a necessidade de procurar o CS para o agendamento de consulta odontológica inicial mais adequado para o estudante. Outro motivo seria pelo fato dos pais e/ou responsáveis ao receberem o informativo não procurarem o CS.

Vale salientar que apesar do aluno estar matriculado em uma escola que está incluída no território do CS, alguns deles não



obrigatoriamente residem no território adstrito impondo uma dificuldade de encaminhamento para o CS responsável pelo aluno.

A meta pactuada para a vigência 2014/2015 foi de pelo menos 80% dos estudantes receberem a avaliação em saúde bucal durante o período (BRASIL, 2014).

Retomando os dados apresentados temos que, apesar da existência de um protocolo buscando garantir a integralidade e a equidade da assistência à saúde dos escolares, o município de Florianópolis pode não estar conseguindo aplicá-lo de maneira que possa atingir seus objetivos.

A avaliação em saúde bucal no ambiente escolar tem o propósito de contribuir para a organização da assistência à saúde, com a perspectiva de fortalecer o princípio da equidade, pois tem a capacidade de priorizar aqueles que mais necessitam.

No decorrer da análise dos documentos oficiais que servem de apoio para o desenvolvimento do PSE, foi possível perceber que mesmo tendo o conhecimento dos atributos responsáveis pela organização das RAS, alguns destes não estão bem fundamentados e com isso o acesso a RAS pode se tornar de forma desordenada.

Nos documentos oficiais analisados algumas lacunas não foram levantadas, como a questão do financiamento. Vale destacar a questão dos serviços especializados já que ao realizar avaliações coletivas e determinar necessidades de atendimento clínico em Odontologia, realiza-se o encaminhamento ao CS/eSF para avaliação clínica individualizada, e a partir daí, segue o fluxo normal da APS.

Em relação ao atributo População e território definidos, no qual todos os documentos oficiais selecionados abordaram o tema, entende-se ser de grande relevância para a organização da RAS. No entanto como afirma Mendes, (2010) ter somente o conhecimento da população total não basta. Reconhecer a população de uma rede de atenção é um processo complexo e deve ser estruturado em vários momentos, sob responsabilidade fundamental da atenção primária como por exemplo o processo de territorialização, a classificação das famílias por riscos socio sanitários e a identificação de subpopulações com fatores de riscos.

O território é o local onde a vida das comunidades acontece, nele estão inseridos as instituições escolares e os CS. De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2012), os CS possuem responsabilidade sanitária acerca das instituições inseridas em seu território adstrito, incluindo as instituições escolares, exercendo práticas de cuidado e gestão sob a forma de trabalho em equipe, possibilitando a interação entre os setores, potencializando o acesso e permitindo o exercício da equidade. A AB deve ser o contato de preferência do usuário, servindo como porta de entrada e centro de comunicação com a RAS, desta forma a proximidade escola – CS auxilia e contribui para o funcionamento das RAS no aspecto de identificar riscos, necessidades e demandas de saúde.

A análise da extensa gama de estabelecimentos de saúde prestando diferentes tipos de serviços percebeu-se que os documentos oficiais não demonstram com clareza este fato, levando a considerar que o

PSE pode não estar assistindo ao funcionamento das redes em relação a oferta de estabelecimentos de saúde suficientes para o seu público alvo.

O PSE tem a propensão de contribuir para a organização da RAS, pois tem a capacidade de favorecer o cumprimento de alguns dos atributos organizadores das redes. Tem-se que o programa trabalha com um território e uma população adstrita favorável para o desenvolvimento do processo de redes, pois o ambiente escolar funciona como um eixo estratégico para as ações de promoção de saúde, a assistência integral e de potencializar a continuidade do cuidado, pois atua em segmento populacional que possui prioridade de políticas e serviços públicos. Outro ponto é que o PSE, quando devidamente planejado e organizado consegue realizar o encaminhamento do aluno para APS, entendida como coordenadora do cuidado, podendo então potencializar a contribuição do PSE para organização da rede de atenção à saúde no âmbito municipal.

Além disso, o programa possui características para promover uma ampla participação social, já que a fase escolar é marcada por intensas mudanças comportamentais que são sentidas nos espaços familiares e comunitários e, é neste momento que a escola se torna um espaço propício para discutir as necessidades de saúde.

As RAS surgem com o intuito de consolidar os princípios da universalidade, integralidade e equidade tendo um fortalecimento da humanização em saúde, pois há o tratamento do cuidado integral (MENDES, 2011). Assim as ações do PSE devem se desenvolver fundamentadas na integralidade do cuidado, e o aluno matriculado e sua família visto de forma abrangente, incluindo sua condição socioeconômica,

o território que está inserido, entre outros elementos sociodeterminados. De uma forma mais generalizada, o PSE deve procurar atuar em todos os espaços de vivência daquele estudante.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constatou-se, após a realização deste estudo, que em relação a adesão ao PSE, o município de Florianópolis, representado pela maioria das instituições educacionais, aderiu ao programa.

Em relação às atividades relativas ao Componente I – Saúde Bucal do PSE, parece haver dificuldade no planejamento em conjunto entre setores da Saúde e da Educação e na regularidade das atividades normativas em saúde bucal.

Quanto à avaliação da condição de saúde bucal, não há uma padronização de como deve ser/é realizada. Uma alternativa a seria a utilização do Índice de Necessidade de Tratamento Odontológico (INTO) como instrumento padrão para as avaliações em saúde bucal, permitindo que todos os envolvidos com o PSE no município possam utilizá-lo. O presente estudo não pretendeu identificar se os estudantes que apresentaram exames de saúde bucal alterados receberam assistência odontológica. Entretanto, esse tema necessita ser melhor analisado e, para tal, novos estudos devem ser conduzidos.

Os documentos oficiais que servem de apoio para o desenvolvimento do PSE, de certa forma, fundamentam e preconizam a execução da maioria dos atributos organizadores das RAS, indicando que o PSE pode funcionar como um agente organizador da rede. Entretanto, percebeu-se dificuldades para que isso acontecesse, na prática.

Espera-se que os programas, como o caso do PSE, possam contribuir positivamente para a consolidação das RAS, possibilitando o

desenvolvimento de uma AB forte, com mecanismos de coordenação do cuidado e fortalecimento da articulação intersetorial. E, numa via de mão dupla, também com a compreensão do funcionamento das RAS, os programas como o PSE, podem contribuir de maneira diferenciada para a obtenção de êxito na organização das ações estratégicas em saúde bucal, promovendo os princípios da equidade e integralidade em saúde.

## REFERÊNCIAS

ALVES, Naiara Trindade Lopes; MATOS, Mariângela Silva de; SOUSA, Maria Beatriz. Percepção de Gestores de Escolas Públicas e Privadas do Ensino Fundamental sobre Programas de Saúde Bucal nas Escolas do Distrito Cabula-Beirú de Salvador. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, v. 13, n. 2, p.79-87, fev. 2009.

ARRUDA, Cecilia et al. Health care networks under the light of the complexity theory. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, [s.l.], v. 19, n. 1, p.169-173, 2015. GN1 Genesis Network.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Ed. 70; 1979.

BRANDÃO NETO, Waldemar et al. Educational intervention on violence with adolescents: possibility for nursing in school context. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, [s.l.], v. 18, n. 2, p.195-201, 2014

BRASIL. Constituição Federal de 1988. Seção II – da saúde, Artigo 196.

BRASIL. Constituição Federal de 1988. Seção II – da saúde, Artigo 198.

BRASIL. Constituição Federal de 1988. Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990a. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços

correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF.

BRASIL. Constituição Federal de 1988. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990b. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF.

BRASIL. Ministério da Saúde. CADERNO DO GESTOR DO PSE. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. PNAB: POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. SUS: PRÍNCIPIOS E CONQUISTAS. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde e Ministério da Educação. CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA Nº 17: SAÚDE BUCAL. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde e Ministério da Educação. CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA Nº 24: SAÚDE NA ESCOLA. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.



BRASIL. Ministério da Saúde e Ministério da Educação. MANUAL INSTRUTIVO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde e Ministério da Educação. ORIENTAÇÕES SOBRE O PSE PARA A ELABORAÇÃO DE PROJETOS LOCAIS. Brasília: Ministério da Saúde, [2010].

BRASIL. Ministério da Saúde e Ministério da Educação. PASSO A PASSO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: TECENDO CAMINHOS DA INTERSETORIALIDADE. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde e Ministério da Educação. SEMANA SAÚDE NA ESCOLA – PLANO DE AÇÕES. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Constituição (1988). Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ministério da Saúde**. Brasília, DF.

BRASIL. Decreto nº 6.286, de 05 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. **Presidência da República**. Brasília, DF.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 1.413, de 10 de julho de 2013. Redefine as regras e critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE) por Estados, Distrito Federal e Municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações. **Ministério da Saúde**. Brasília, DF.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 1.055, de 25 de abril de 2017. que redefine as regras e os critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola – PSE por estados, Distrito Federal e municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações. **Ministério da Saúde**. Brasília, DF.

BRASIL. Portaria Nº 220, de 25 de março de 2014. Define as normas para o cadastramento no SCNES das equipes com profissionais não cadastrados em estabelecimentos de Atenção Básica, que desempenham ações pactuadas no Programa Saúde na Escola. **Ministério da Saúde**. Brasília, DF.

BRASIL. Portaria Interministerial Nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para

as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle e portarias decretadas anualmente e dá outras providencias. **Ministério da Saúde. Ministério da Educação.** Brasília, DF.

BRASIL. Portaria Nº 22744, de 16 de dezembro de 2016. Habilita Municípios ao recebimento do repasse de recursos financeiros correspondente aos 80% do alcance de metas relativas as ações do Programa Saúde na Escola 2014/2015 e dá outras providencias. **Ministério da Saúde.** Brasília, DF.

BRASÍLIA. Bárbara Alencar. Ministério da Saúde (Ed.). **Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde.** 2012. Disponível em: <[https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2921879/mod\\_resource/content/1/Apostila MS - RAS\\_curso completo-Módulo 2-APS nas RAS - Pg 31-45.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2921879/mod_resource/content/1/Apostila_MS_-_RAS_curso_completo-Módulo_2-APS_nas_RAS_-_Pg_31-45.pdf)>. Acesso em: 24 abr. 2017.

CARVALHO, Gilson *et al.* **REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE:** desafios da regionalização no SUS. 2. ed. Campinas: Saberes Editora, 2013. 249 p.

CASARIN, Luis Carlos. **A ORGANIZAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS: UMA PROPOSTA DE AVALIAÇÃO.** 2014. 116 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Odontologia, Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Piracicaba, 2014.

Disponível em: <file:///C:/Users/Ilen Regis/Downloads/CasarinLuisCarlos\_MP.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2017.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre; DENIS, Jean-Louis; TOUAI, Nassera; RODRIGUEZ, Claro. *The Integration of Health Care: Dimensions and Implementation*, 2004.

FIGUEIREDO, T.A.M.; MACHADO, V.L.T.; ABREU, M.M.S de. **A saúde na escola: um breve resgate histórico**. *Ciência e Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, V.15, n.2, p.397-402, 2010.

GONÇALVES, Fernanda Denardin *et al.* **A promoção da saúde na educação infantil**. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, [s.l.], v. 12, n. 24, p.181-192, mar. 2008.

GUERRA, A.L.E. **Manual pesquisa qualitativa**. Belo Horizonte, Grupo Ânima Educação, 2014.

LAPA, Maria Cecília S. et al. **Programa Embu Enxergando Melhor: uma proposta de atenção integral à saúde ocular em pré-escolares**. **Rev. Paul. Pediatr.**, [s.l.], v. 26, n. 2, p.113-118, jun. 2008.

MAGON, Aline Maria Pascoal. **Efeitos da Escovação Dentária Supervisionada em Saúde Coletiva**. 2002. 34 f. Monografia

(Especialização) - Curso de Odontologia, Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba, 2002.

MASTRANTONIO SS, GARCIA PPNS. **Programas educativos em saúde bucal:** Revisão de Literatura. *J Brás OdontopediatrOdontol Bebê*. 2(1): 215-222, 2002.

MENDES, Eugênio Vilaça. **AS REDES DE ATENÇÃO A SAÚDE**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, 2011. 549 p. Disponível em: <<http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/03/Redes-de-Atencao-mendes2.pdf>>. Acesso em: 14 set. 2016.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10 ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Comissão de Especialistas em Educação em Saúde da Organização Mundial de Saúde**. Washington: OMS, 1954.

PELICIONI, C. **A escola promotora de saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1999. P. 12. (Séries Monográficas).

PENSO, Maria Aparecida *et al.* **A relação entre saúde e escola:** percepções dos profissionais que trabalham com adolescentes na atenção primária à saúde no Distrito Federal. **Saúde e Sociedade**, [s.l.], v. 22, n. 2, p.542-553, jun. 2013.

PIRES, Laurena Moreira *et al.* **A ENFERMAGEM NO CONTEXTO DA SAÚDE DO ESCOLAR:** revisão integrativa de literatura. **Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p.668-674, 24 set. 2012.

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

SANTOS, Irani Gomes *et al.* Percepção dos Educadores e Coordenadores de uma Creche Sobre Processo Educativo em Saúde Desenvolvido com Abordagem Multiprofissional. **Revista de Atenção Primária a Saúde**, v. 12, n. 4, 2009.

SILVA, S. F.; MAGALHÃES JR, H. M. Redes de atenção à saúde: importância e conceitos. In: SILVA, S. F.(Org.). **Rede de Atenção à Saúde no SUS: O Pacto pela Saúde e Rede regionalizadas de ações e serviços de saúde.** Campinas: IDISA e CONASEMS, 2008a.p. 69-85.

SILVA, Silvio Fernandes da *et al* (Org.). **Redes de atenção à saúde: desafios e regionalização no SUS.** 2. ed. Campinas, Sp: Saberes Editora, 2013. p. 82-85.

TRIPARTITE, GRUPO INTERGESTORES DA COMISSÃO INTERGESTORES. Diretrizes para organização das Redes de Atenção à Saúde do SUS. **Brasília. Grupo Intergestores da Comissão Intergestores Tripartite**, 2010.

UCHÔA, Alice da Costa *et al.* Trabalho em equipe no contexto da reabilitação infantil. **Physis**, [s.l.], v. 22, n. 1, p.385-400, 2012.

VASCONCELOS R *et at.* Escola: um espaço importante de informação em saúde bucal para a população infantil. *Pós-Grad Ver Fac Odontol.*, 4(3): 43-51,2001.

VÉRAS, Mirella Maria Soares *et al.* Sistema de informação dos núcleos de atenção integral na saúde da família - SINAI. **Saúde e Sociedade**, [s.l.], v. 16, n. 1, p.165-171, abr. 2007.

VIEIRA, Caroline Evelin N. K. *et al.* PRIMARY HEALTH CARE NURSES' ACTIONS AIMED AT OVERWEIGHT ADOLESCENTS IN SCHOOLS. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, [s.l.], v. 18, n. 3, p.630-636, 2014.

## APÊNDICE A

Descrição dos artigos selecionados para a revisão de literatura.

Ano	Autor	Título	Periódico	Tipo de estudo	Objetivos	Local	População	Resultados/ Conclusões
2013	Maria Aparecida Penso; Katia Cristina Tarouquella Rodrigues Brasil; Alessandra da Rocha Arrais; Silvia Renata Lordello	A relação entre saúde e escola: percepções dos profissionais que trabalham com adolescentes na atenção primária à saúde no Distrito Federal	Saude soc. vol.22 no. 2 São Paulo Apr./June 2013	Estudo qualitativo	Discutir a relação entre saúde e escola na percepção dos profissionais que trabalham com adolescentes na atenção primária à saúde no Distrito Federal (DF)	São Paulo	Profissionais da saúde que atendem adolescentes, e atuam no Programa de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes (PRAIA)	Conclui-se que apesar da existência de políticas públicas para o adolescente, que preconiza a ação conjunta de diferentes esferas do governo, no caso a saúde e a educação, ainda é preciso incorporar tais diretrizes pelos profissionais.



								Assim, a pesquisa constata um distanciamento temporal entre os documentos oficialmente instituídos e a criação de uma cultura de saúde que se viabilize no espaço educativo, como privilegiado para construção do cuidado integral ao adolescente.
2011	Alice da Costa Uchôa, Renata Magalhães Vieira Vieira,	Trabalho em equipe no contexto da	Revista de Saúde Coletiva, Rio de	Estudo de caso	Discutir avanços e desafios do trabalho em equipe multiprofissional	Natal – RN	Profissionais da saúde de nível superior	Os resultados mostraram busca da integralidade e objetivos comuns.

	Paulo de Medeiros Rocha, Nadja de Sá Dantas Rocha, Renata Melo Maroto	reabilitação infantil	Janeiro, 22[1]		na reabilitação infantil.			Conclui-se que o trabalho organiza-se numa dimensão instrumental voltada à integralidade e à resolutividade, mas sem integração e reconhecimento mútuo de atuação em equipe
--	---	-----------------------	----------------	--	---------------------------	--	--	---

2014	Caroline Evelin Nascimento Kluczynik Vieira; Bertha Cruz Enders; Larissa Soares Mariz; Rudhere Judson Fernandes dos Santos; Márcia Camila Dantas Rêgo; Déborah Raquel Carvalho de Oliveira	Atuação dos enfermeiros de unidades básicas de saúde direcionada aos adolescentes com excesso de peso nas escolas.	Rev. Min Enferm. 2014 jul/set	Estudo descritivo, qualitativo	Objetivou-se identificar a percepção dos enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde sobre sua atuação na avaliação para excesso de peso em adolescentes nas escolas.	Natal-RN	Enfermeiras de unidades básicas de saúde cujo território abrangia escolas estaduais	Existiam lacunas na atuação dessas enfermeiras junto aos adolescentes, especialmente na promoção da saúde, prevenção e tratamento do excesso de peso, uma vez que se isentavam de agir e transferiam a responsabilidade para outros profissionais. A falta de articulação entre os serviços de saúde e as instituições educacionais constitui um fator limitante para a assistência ao adolescente na atenção primária em saúde.
2012	Lindelvania Matias de Santiago; Malvina Thais Pacheco Rodrigues; Aldivan Dias de Oliveira Junior; Thereza Maria Magalhaes Moreira	Implantação do Programa Saúde na Escola em	Rev. Bras Enferm, Brasília	Relato de experiência	Este trabalho relata a experiência da implantação do Programa Saúde na	Fortaleza-CE		A implantação do PSE permitiu aos profissionais de saúde a percepção do seu papel social de educador e possibilitou aos adolescentes maior

		Fortaleza-CE: atuação de equipe da Estratégia Saúde da Família	2012 nov-dez		Escola (PSE) por uma equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) em uma escola pública em Fortaleza-CE.			contato com a equipe da ESF. A aproximação entre escola e ESF é fundamental para ajudar os adolescentes a transformarem a informação científica em comportamentos saudáveis.
2008	Maria Cecília S. Lapa;, Adriana Mavalli de Freitas;, Glaura César Pedroso3; MeiryAkikoFurusato; Renato Nabas Ventura	Programa Embu Enxergando Melhor: uma proposta de atenção integral à saúde ocular em pré-escolares	Rev Paul Pediatr 2008;26 (2)	Estudo descritivo transversal	Descrever um programa de atenção integral à saúde ocular de crianças, constituído por ações educativas, de prevenção, de assistência e de reabilitação	São Paulo	Estudo descritivo transversal, no qual se utilizaram dados do treinamento dos professores, da triagem visual realizada na escola e do exame oftalmológico	Resultados: Foram capacitados 600 professores e testados 22.118 (95%) pré-escolares. Destes, 4.553 (21%) precisavam de exame oftalmológico e, deles, 3.016 (66%) compareceram à consulta. Dos examinados, 1.389 (46%) receberam prescrição óptica, 477 (16%), foram encaminhadas para tratamento ortóptico e

							co e ortóptico de 23.374 crianças, de cinco a sete anos de idade, matriculadas na rede municipal de educação infantil do município do Embu, no período de 1994 a 2002.	1.601 (53%) receberam alta. Conclusões: A triagem visual é uma prática eficiente para promover a saúde ocular de pré-escolares, na qual o professor é o elemento chave. Para o êxito destas ações, é fundamental estruturar práticas educativas e de promoção da saúde ocular destinadas às crianças, às famílias e à sociedade.
2012	Laurena Moreira Pires; Pollyanna de Siqueira QueirósI; DenizeBoutteletMunari;	A enfermagem no contexto da	Rev. Enferm. UERJ, Rio de	Revisão integrativa	Sintetizar a produção científica em periódicos	Rio de	Foram incluídos 38 artigos, os quais	Os resultados mostraram que a temática esteve presente em todo recorte de tempo, demonstrando

Cynthia Ferreira de Melo; Márcia Maria de Souza.	saúde do escolar: revisão integrativa da literatura	Janeiro, 2012 dez	de literatura	nacionais de enfermagem no âmbito da saúde do escolar, utilizando a revisão integrativa da literatura. Buscou-se conhecer a produção científica na temática, no período de 1980 a 2010, com o intuito de apresentar a evolução dos trabalhos desenvolvidos pelo profissional enfermeiro na	Janeiro	foram agrupados em seis categorias	boas perspectivas para o exercício da enfermagem brasileira nessa área. Entretanto, foi evidenciada a necessidade de fortalecer a área saúde do escolar por meio de uma integração entre saúde e educação visando à prestação de uma assistência integral ao escolar.
--	---	-------------------	---------------	--	---------	------------------------------------	---

					área Saúde do Escolar.			
2009	Naiara Trindade Lopes Alves; Mariângela Silva de Matos; Maria Beatriz Sousa Cabral.	Percepção de Gestores de Escolas Públicas e Privadas do Ensino Fundamental sobre Programas de Saúde Bucal nas Escolas do Distrito Cabula-Beirú de Salvador	Revista Brasileira de Ciências da Saúde Volume 13 Número 2 Páginas 79-88 2009	Estudo qualitativo e quantitativo	Descrever a percepção dos gestores de escolas públicas e privadas de ensino fundamental, localizadas no Distrito Sanitário Cabula-Beirú em Salvador, acerca do desenvolvimento de programas de prevenção em saúde bucal em suas unidades escolares.	Salvador – BA	Os gestores que participaram da pesquisa responderam a um questionário com questões abertas e fechadas.	Resultados: Identificou-se que 33,3% e 27,2% das escolas estaduais e municipais, respectivamente, desenvolvem programas de promoção de saúde bucal, enquanto que 78,1% das escolas privadas possuem essa atividade. Conclusão: É necessário o estabelecimento de parcerias entre as secretarias de saúde e educação visando a implantação de programas de promoção de saúde bucal nas escolas públicas.

2014	Waldemar Brandão Neto; Andrea Rosane Sousa Silva; Antonio José de Almeida Filho; Luciane Soares de Lima; Jael Maria de Aquino; Estela Maria Leite Meirelles Monteiro	Intervenção educativa sobre violência com adolescentes: possibilidades para a enfermagem no contexto escolar	Revista de enfermagem 18(2) Abr-Jun 2014	Pesquisa-ação de abordagem qualitativa	Objetivou realizar uma intervenção educativa com adolescentes sobre a violência no contexto escolar, utilizando a metodologia de Círculos de Cultura	Recife-PE	A coleta de dados incluiu: observação participante com diário de campo, registro fotográfico e filmagem, e, como produção do grupo, teatro de fantoches. Participaram 12 adolescentes de uma escola pública do Recife-PE	Resultados: A problematização proporcionada pelo Círculo de Cultura permitiu aos adolescentes desvelar as diversas faces de manifestação da violência, mediante situações de agressão física e verbal entre os membros escolares, ameaças contra o professor e violência contra o patrimônio, até aquelas formas simbólicas envolvendo práticas de constrangimento. Conclusão: A intervenção de educação em saúde abriu possibilidades para inserção da(o) enfermeira(o) no cenário escolar a fim de fortalecer articulações em rede para
------	--	--	--	--	--	-----------	--	---



								o trabalho de prevenção à violência.
--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------------------------

2009	Irani Gomes dos Santos, Carolina Lucci Penna, Fábio Moraes Moriyama, Fernanda Vallim Leão, Maressa Priscila Daga de Souza, Zenaide Neto Aguiar <sup>6</sup>	Percepção dos educadores e coordenadores de uma creche sobre processo educativo em saúde desenvolvido com abordagem multiprofissional	Ver. APS, v.12, n.4, p. 409-419, out/dez. 2009	Estudo qualitativo, descritivo exploratório	Verificar a percepção dos educadores e coordenadores do Centro de Educação Infantil Parque Santa Rita sobre o processo educativo desenvolvido por meio da abordagem multiprofissional, considerando a proposta de atuação intersectorial (saúde - educação) e as relações entre família - escola - comunidade dentro da lógica ampliada	São Paulo	Educadores e coordenadores do Centro de Educação Infantil Parque Santa Rita	Os educadores e coordenadores entrevistados relataram que os temas abordados faziam parte de sua rotina de trabalho, porém o modo como foram empregados facilitou o aprendizado. Houve, por parte dos educadores, a preocupação com o aprimoramento de suas atividades atuais. Finalmente, as ações desenvolvidas possibilitaram integração entre a
------	---	---	--	---	---	-----------	---	---

					de atuação do Programa Saúde da Família.			equipe multiprofissional e educadores e contribuíram para a aproximação com a comunidade
2007		Sistema de Informação dos Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família – SINAI	Saúde e Sociedade v.16, n.1, p.165-171, jan-abr 2007					

2008	Fernanda Denardin Gonçalves; Ana Maria Fontenele Catrib; Neiva Francenely Cunha Vieira; Luiza Jane Eyre de Souza Vieira.	A promoção de saúde na educação infantil	Comunicação saúde educação v.12, n.24, p.181-192, jan/mar 2008	Entrevista semi-estruturada e observação	O objetivo do trabalho foi descrever o trabalho de promoção da saúde desenvolvido por uma escola de educação infantil que incorpora princípios de promoção da saúde em sua prática pedagógica, investigando seis sujeitos que vivenciaram o processo.			Concluiu-se pela necessidade de se realizar um trabalho sistemático de formação com pedagogos e profissionais de saúde, para que compreendam a importância da efetivação de uma prática interligada e presente da educação em saúde nos diversos âmbitos de atuação da escola.
------	---	--	--	--	---	--	--	--

## APÊNDICE B

Matriz de Dados: Distribuição dos atributos constitucionais das Redes de Atenção à Saúde relacionados com os documentos oficiais de apoio do Programa Saúde na Escola.

ATRIBUTOS	Manual Instrutivo Programa Saúde na Escola	Projeto Programa Saúde na Escola Florianópolis	Fluxograma de atendimento do escolar nos CS	Semana Saúde na Escola – Plano de Ações	Orientações sobre o Programa Saúde na Escola para a elaboração dos Projetos Locais	Instrutivo PSE – Programa Saúde na Escola – Tecendo caminhos da instersectorialidade	Caderno de Atenção Básica nº24 – Saúde na Escola
População e territórios definidos	Podem participar todas as equipes de	Será desenvolvido nas Unidades Escolares	criança ou adolescente oriunda	Estabelecer e rever as rotas cotidianas	A escola é um espaço potencial de transformação	A escola é um espaço privilegiado para práticas	É nesse território (que contempla as unidades

	Atenção Básica e as ações foram expandidas para as creches e pré-escolas	concomitantem ente com as Equipes de Saúde da família, localizadas no município de Florianópolis/SC	da creche ou escola	da educação e da saúde dos nossos territórios é o meio que encontramos para que cada um possa se apropriar do que já possui e auxiliar nos desenhos e nas ações do que deseja para o território	es sociais e de constituição de conhecimentos e valores	de promoção de saúde e de prevenção de agravos à saúde e de doenças	escolares) e com os sujeitos de sua comunidade
Extensa gama de estabelecimentos de saúde prestando diferentes serviços			UPAs e Acolhimento do CS				

APS como primeiro nível de atenção			Articulado or do PSE no CS direciona para o atendimento pela equipe respectiva de sua área			ser encaminhados à unidade básica os educandos com necessidades de maiores cuidados.	as demandas assistenciais e clínicas devem ser encaminhadas, prioritariamente, para as unidades de saúde da própria equipe de Saúde da Família
Serviços especializados;							
Mecanismos de coordenação, continuidade do cuidado e assistência integral fornecidos de forma continuada	avaliar a saúde dos educandos e possibilitar que aqueles que apresentam alguma alteração possam ser		Articulações são responsáveis pela coordenação do caso	referências para o acompanhamento dos resultados em função do interesse coletivo			as equipes de Saúde da Família assumem o protagonismo e a responsabilidade pela coordenação do cuidado dos escolares

	encaminhados para atendimento e acompanhamento.						
Atenção à saúde centrada no indivíduo, na família e nas comunidades, levando em consideração as particularidades de cada um;	Não basta avaliar e identificar problemas, é importante ter compromisso com a produção de autonomia e de autocuidado dos escolares.	promove a autonomia, a criatividade e a participação dos alunos e de toda a comunidade escolar)			atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e jovens e à educação em saúde	As práticas em educação e saúde devem considerar os diversos contextos com o objetivo de realizar construções compartilhadas de saberes sustentados pelas histórias individuais e coletivas	Contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos



Integração entre os diferentes entes federativos a fim de atingir um propósito comum	A gestão intersetorial compartilha da se dá em todas as esferas de governo e é fundamental para construir ações integrais de educação e saúde	articulação com outras Políticas Sociais, no sentido de construção do saudável, nos mais diferentes espaços do cotidiano da população na cidade		prevêm-se interlocuções entre diferentes setores da sociedade e dos programas/políticas		políticas de saúde e educação voltadas às crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira estão unindo-se para promover o desenvolvimento pleno desse público	
Ampla participação social;				estimulando a participação de toda a comunidade e no estabelecimento de	é fundamental a participação ativa dos diversos integrantes da comunidade escolar, dos	Promover a articulação de saberes, a participação dos educandos, pais, comunidade	o desenvolvimento de práticas metodológicas e atividades com estudantes, pais e familiares em

				prioridades de ações a serem realizadas	profissionais de saúde e, principalmente, dos adolescentes e jovens na construção do Projeto do PSE	escolar e sociedade em geral na construção e controle social das políticas públicas da saúde e educação	parceria com o corpo de professores da escola
Gestão integrada dos sistemas de apoio administrativo, clínico e logístico	As ações buscam atender de forma integral a saúde dos escolares e devem ser planejadas a partir do diagnóstico das necessidades de saúde do território					gestão compartilhada, numa construção em que tanto o planejamento quanto a execução das ações são realizados, coletivamente, de forma a atender às necessidades	

						e demandas locais	
Recursos suficientes						, serão repassados 70% do valor total do recurso financeiro do Programa Saúde na Escola (PSE), e os 30% restantes do valor total do recurso financeiro serão pagos após o cumprimento de 70% das metas municipais pactuadas	

Sistema de informação integrado						As eSF e as equipes das escolas são responsáveis pelo acompanhamento do cuidado desse educando na rede de saúde, devendo informar as instâncias de gestão do PSE	
Ação intersetorial	compartilhamento de poderes e afetos entre profissionais da saúde e da educação, educandos, comunidade	desenvolvem ações intersetoriais e interdisciplinares, favorecendo a construção de uma rede de apoio e proteção social		uma aproximação da educação e da saúde	diálogo entre comunidade escolar e equipe da Estratégia Saúde da Família, prevêm-se interlocuções entre		os profissionais da saúde da ESF e da área da educação, e também para seus interlocutores, usuários, gestores e formuladores

	e e demais redes sociais				diferentes setores da sociedade		de políticas sociais
Financiamento tripartite							
Gestão baseada em resultados					monitoramen to é fundamental, inclusive, para a reorganizaçã o das ações e atividades	metas pactuadas de implantação/i mplementaçã o das ações e a transferência dos recursos vinculada ao alcance das metas que serão monitoradas por meio do Sistema Integrado de Monitoramen to Execução e Controle	

## APÊNDICE C

Atributos e definições utilizados na análise dos documentos oficiais

ATRIBUTOS	DEFINIÇÃO
População e territórios definidos	Possuir cobertura geográfica e demográfica definida sob a responsabilidade da APS
Extensa gama de estabelecimentos de saúde prestando diferentes serviços	Disponibilidade de oferta de assistência nos mais diferentes serviços/estabelecimentos de saúde
APS como primeiro nível de atenção	APS como porta de entrada da RAS
Serviços especializados	Disponibilidade de oferta de serviços especializados garantindo atenção integral aos usuários
Mecanismos de coordenação, continuidade do cuidado e assistência integral fornecidos de forma continuada	Existência de um conjunto contínuo e articulado de ações e serviços disponíveis nos diferentes níveis de atenção do sistema de saúde

Atenção à saúde centrada no indivíduo, na família e nas comunidades, levando em consideração as particularidades de cada um	Cuidados à saúde ofertados e colocados ao alcance universal do indivíduo, da família e da comunidade
Integração entre os diferentes entes federativos a fim de atingir um propósito comum	Existência de articulação entre os setores municipais, estaduais e federais para atingir um objetivo comum
Ampla participação social	Existência de participação população adstrita nas definições das ações de saúde
Gestão integrada dos sistemas de apoio administrativo, clínico e logístico	Existência de sistemas administrativo, clínico e logístico articulados e com gestão integrada
Recursos suficientes	Disponibilidade de recursos financeiros suficientes para o desenvolvimento das ações
Sistema de informação integrado	Disponibilidade de sistema de informação integrado e acessível as equipes

Ação intersetorial	Existência de articulação entre dois ou mais setores por meio principalmente das políticas de saúde, educação, habitação e assistência.
Financiamento tripartite	Financiamento proveniente das 3 esferas do governo (União, Estado e Município), com definição da participação de cada esfera
Gestão baseada em resultados	Utilização de resultados de ações anteriores para planejamento de ações futuras