



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM

Pamela Camila Fernandes Rumor

**Determinantes sociais da saúde na aprendizagem escolar de crianças:
caminhos para a promoção da saúde**

Florianópolis
2022

Pamela Camila Fernandes Rumor

**Determinantes sociais da saúde na aprendizagem escolar de crianças:
caminhos para a promoção da saúde**

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Ivonete Teresinha Schuler Buss Heidemann.

Florianópolis
2022

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Rumor, Pamela Camila Fernandes

Determinantes sociais da saúde na aprendizagem escolar
de crianças: caminhos para a promoção da saúde / Pamela
Camila Fernandes Rumor ; orientador, Ivonete Teresinha
Schulter Buss Heidemann , 2022.

194 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós
Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2022.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. Determinantes sociais da saúde. . 3.
Saúde da criança. . 4. Serviços de saúde escolar. . 5. Baixo
rendimento escolar. . I. , Ivonete Teresinha Schulter Buss
Heidemann. II. Universidade Federal de Santa Catarina.
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

Pamela Camila Fernandes Rumor

**Determinantes sociais da saúde na aprendizagem escolar de crianças:
caminhos para a promoção da saúde**

O presente trabalho em nível de doutorado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Profa. Gisele Cristina Manfrini, Dra.
Universidade Federal de Santa Catarina- UFSC

Profa. Janaina Medeiros de Souza, Dra.
Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC

Profa. Maristela Rossato Martins, Dra.
Universidade de Brasília - UnB

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de doutor em Enfermagem.

Profa. Mara Ambrosina de Oliveira Vargas, Dra.
Coordenação do Programa de Pós-Graduação

Profa. Ivonete Teresinha Schuler Buss Heidemann, Dra.
Orientadora

Florianópolis, 2022.

Ivandel

*dedico esta tese a ti, parceiro que trilha comigo essa caminhada
intensa que é a vida, sempre ao meu lado, segurando a minha
mão. Obrigada por acreditar nos meus sonhos e vibrar pelas
minhas conquistas, te amo Mori!*

AGRADECIMENTOS

Com o coração transbordando de alegria e gratidão, agradeço...

*À **DEUS**, pai todo poderoso, por ter me iluminado, abençoado e estar sempre presente em minha vida, guiado meus passos.*

*Ao meu **MARIDO** Ivandel, por todo o amor, cuidado, paciência e encorajamento que foram fundamentais para eu concluir este objetivo.*

*À minha **MÃE** Gilseia e minha **IRMÃ** Leandra por sempre me acolherem, acreditarem em meu potencial e apoiarem as minhas escolhas.*

*Às minhas **FILHAS DE QUATRO PATAS**, Princesa, Pérola e Pipoca, pelo companheirismo, amor e carinho transmitidos.*

*À minhas **FAMÍLIAS** Fernandes e Gonçalves por todo o apoio e estímulo para seguir em frente e compreensão pelos períodos de distanciamento.*

*Aos meus **AMIGOS** da vida pela compreensão durante este processo e pelos momentos de descontração propiciados.*

*À minha **ORIENTADORA**, Prof^ª Dr^ª Ivonete pela parceria, maleabilidade, competência e toda contribuição na minha formação acadêmica ao longo destes anos.*

*Ao **LAPEPS** - Laboratório de Pesquisa em Enfermagem e Promoção da Saúde e seus **MEMBROS**, por todos os diálogos, conhecimentos e reflexões que fortaleceram a construção deste trabalho.*

*Ao **PEN** - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela oportunidade, reponsabilidade e compromisso com a qualificação da Enfermagem.*

*Aos meus **PROFESSORES E COLEGAS DE TURMA** do Curso de Doutorado por todo o aprendizado e experiências compartilhadas.*

*À **UFSC** - Universidade Federal de Santa Catarina, em especial ao **Hospital Universitário e Colégio de Aplicação**, por todos os ensinamentos e possibilidades ofertadas para meu crescimento e enriquecimento profissional.*

*Às minhas **COLEGAS DE TRABALHO** pela solidariedade, colaboração e incentivo durante todo o desenvolvimento deste processo.*

*Às **INSTITUIÇÕES** envolvidas no estudo e seus **GESTORES e PROFISSIONAIS DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO** pela receptividade, disponibilidade e participação, que permitiram a efetivação desta pesquisa.*

*À **BANCA EXAMINADORA** de qualificação e de defesa de tese, Professoras Doutoras Gisele, Janaina, Jeane, Juliana e Maristela pela disponibilidade e valorosas contribuições para melhoria e qualidade deste trabalho.*

*Enfim, a **TODOS** que de certa forma acompanharam e contribuíram neste processo de doutoramento e realização deste estudo.*

Muito obrigada!

“Se a educação sozinha não transforma a sociedade, sem ela tampouco a sociedade muda.”

(Paulo Freire)

RESUMO

Objetivo: compreender a relação dos determinantes sociais da saúde na aprendizagem de crianças escolares da rede pública de ensino, sob a perspectiva de profissionais da saúde e da educação. **Metodologia:** trata-se de um estudo qualitativo, do tipo ação participante, articulado ao Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire, que consiste em três momentos interdependentes: Investigação Temática; Codificação e Decodificação; Desvelamento Crítico. Foi desenvolvido em quatro municípios da Região da Grande Florianópolis, com a participação de 45 profissionais, por meio de entrevistas individuais e de círculo de cultura, no período de novembro de 2020 a março de 2021. A análise ocorreu através da leitura cuidadosa, reflexão e interpretação dos temas destacados, e nas discussões realizadas com os pesquisados, à luz do referencial teórico. **Resultados:** investigaram-se 30 temas geradores, codificados e descodificados em cinco temas significativos, desvelados no decorrer das etapas do método. Os resultados foram descritos em três manuscritos: 1. A influência dos determinantes sociais da saúde das crianças na aprendizagem escolar, que apontou que as condições de vida desfavoráveis, a exposição a hábitos pouco saudáveis e as relações frágeis nos contextos familiares e escolares tendem a interferir negativamente neste processo, mesmo de forma indireta. Revelou-se a necessidade do desenvolvimento de ações intersetoriais para maior efetividade sobre estes fatores; 2. A percepção dos profissionais acerca da dificuldade de aprendizagem, o qual evidenciou que a produção desta queixa escolar está atribuída predominantemente a um problema individual da criança ou de sua família e que as estratégias adotadas pelo setor educacional se mostraram insuficientes, direcionando a busca por resolutividade ao campo da saúde; 3. A articulação intersetorial do Programa Saúde na Escola para a promoção da saúde infantil, que apontou como potencialidades a realização do acompanhamento das condições de saúde dos escolares, a ampliação do acesso à informação em saúde e de parcerias entre setores, e ainda, os limites, como o desconhecimento dos profissionais sobre o Programa, a falta de recursos humanos e de infraestrutura. **Considerações finais:** constata-se que a atuação articulada entre os setores da saúde e da educação sobre os determinantes sociais são o caminho para promover a qualidade de vida e o desempenho escolar infantil, buscando minimizar os efeitos das iniquidades existentes no país. Para além de estrutura física e recursos humanos, faz-se necessário maior investimento em políticas de formação e aperfeiçoamento dos profissionais, condições para o trabalho intersetorial, com vistas a superar os modelos pedagógicos e de saúde que não atendem às reais necessidades do escolar que enfrenta esta condição. Têm-se no Programa Saúde na Escola uma importante ferramenta para o enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento infantil, o qual precisa ser fortalecido enquanto política pública social. Por fim, pondera-se que o método de pesquisa se demonstrou oportuno, pois contribuiu para o diálogo e a troca de conhecimentos entre os participantes. Refletiram-se novas propostas de ação para melhoria da saúde e da aprendizagem dos escolares.

Palavras-chave: Determinantes sociais da saúde. Saúde da criança. Serviços de saúde escolar. Baixo rendimento escolar.

ABSTRACT

Objective: to understand the relationship between the social determinants of health in schoolchildren's learning in the public school system, from the perspective of health and education professionals. **Methodology:** this is a qualitative study, of the participative action type, linked to Paulo Freire's Research Itinerary, which consists of three interdependent moments: Thematic Investigation; Coding and Decoding; and Critical Disclosure. It was developed in four municipalities in the Greater Florianópolis Region, with the participation of 45 professionals, through individual interviews and culture circle, from november 2020 to march 2021. The analysis took place through careful reading, reflection and interpretation of highlighted themes, and in the discussions held with those surveyed, in the light of the theoretical framework. **Results:** a total of 30 generating themes were investigated, coded and decoded into five significant themes, unveiled during the method stages. The results were described in three manuscripts: 1. The influence of social determinants of children's health on school learning, which pointed out that unfavorable living conditions, exposure to unhealthy habits and fragile relationships in family and school contexts tend to interfere negatively in this process, even indirectly. It was revealed the need to develop intersectoral actions for greater effectiveness on these factors; 2. Professionals' perception of learning difficulties, which showed that the production of this school complaint is predominantly attributed to an individual problem of children or their family and that the strategies adopted by the educational sector proved to be insufficient, directing the search for resolution to the health field; 3. The intersectoral articulation of the Health at School Program for promoting children's health, which pointed out as potentialities the monitoring of schoolchildren's health conditions, the expansion of access to health information and partnerships between sectors, and also the limits, such as the lack of knowledge of professionals about the Program, the lack of human resources and infrastructure. **Final considerations:** it appears that the coordinated action between the health and education sectors on social determinants is the way to promote children's quality of life and school performance, seeking to minimize the effects of existing inequities in the country. In addition to physical structure and human resources, greater investment is needed in training and improvement policies for professionals, conditions for intersectoral work, with a view to overcoming pedagogical and health models that do not meet the real needs of students facing this condition. The Health at School Program is an important tool to face the vulnerabilities that compromise the full development of children, which needs to be strengthened as a social public policy. Finally, it is considered that the research method proved to be opportune, as it contributed to the dialogue and exchange of knowledge among participants. New proposals for action were reflected to improve students' health and learning.

Keywords: Social determinants of health. Child health. School health services. Underachievement.

LISTAS DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo de Determinantes Sociais da Saúde proposto por Dahlgren e Whitehead.	48
Figura 2 - Modelo de Determinantes Sociais da Saúde proposto por Diderichsen e Hallqvist.	49
Figura 3 - Modelo dos Determinantes Sociais da Saúde proposto por Solar e Irwin.....	51
Figura 4 - Saúde como um conceito holístico e multidimensional.	52
Figura 5 - Esquema do Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire	56
Figura 6 - Municípios da Região da Grande Florianópolis selecionados para o estudo.	57
Figura 7 - Cenários do estudo vinculados ao setor saúde.....	58
Figura 8 - Cenários do estudo vinculados ao setor educacional.....	59
Figura 9 – Itinerário Freireano: analogia com a produção de um livro. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2021.....	67

LISTAS DE QUADROS

Quadro 1 - Estrutura do Sistema Educacional Brasileiro.....	35
Quadro 2 - Número de profissionais participantes, conforme área e local de atuação.....	60
Quadro 3 - Caracterização dos profissionais participantes da saúde e da educação.....	62
Quadro 4 - Temas codificados/descodificados e desvelados.....	68

MANUSCRITO 1

Quadro 1 – Características sócio-demográficas dos profissionais da saúde e da educação entrevistados. Região da Grande Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2021	78
---	----

LISTAS DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização dos profissionais da Atenção Primária à Saúde. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2021.....	125
--	-----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDPI	Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância
APS	Atenção Primária à Saúde
BNCC	Base Nacional Comum Curricular
CC	Círculo de Cultura
CCV	Círculo de Cultura Virtual
CDSS	Comissão dos Determinantes Sociais de Saúde
CEPSH	Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
CNDSS	Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COVID-19	Coronavirus Disease 2019
CRAS	Centro de Referência em Assistência Social
DA	Dificuldades de Aprendizagem
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DNCr	Departamento Nacional da Criança
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EPSs	Escolas Promotoras da Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
GTI	Grupo de Trabalho Intersetorial
IDEB	Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
LAPEPS	Laboratório de Pesquisa em Enfermagem e Promoção da Saúde
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
MEC	Ministério da Educação
MES	Ministério da Educação e Saúde
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
NEPEPS	Núcleo de Extensão e Pesquisa em Enfermagem e Promoção da Saúde
NEPS	Núcleo de Educação Permanente em Saúde
PAP	Pesquisa Ação-Participante ou Ação-Participativa

PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança
PCN	Parâmetro Curricular Nacional
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PPC	Proposta Pedagógica Curricular
PEN	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
PeNSE	Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
PNA	Política Nacional de Alfabetização
PNE	Plano Nacional de Educação
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PSE	Programa Saúde na Escola
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TEA	Transtorno Específico de Aprendizagem
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDAH	Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	17
1.1	APRESENTAÇÃO.....	17
1.2	CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA.....	19
1.3	OBJETIVO DO ESTUDO.....	25
2	REVISÃO DA LITERATURA.....	26
2.1	AS POLÍTICAS DE SAÚDE DA CRIANÇA.....	26
2.2	A SAÚDE NO CONTEXTO ESCOLAR.....	29
2.3	A EDUCAÇÃO E A APRENDIZAGEM ESCOLAR.....	35
3	REFERENCIAL TEÓRICO	41
3.1	DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (DSS).....	41
4	METODOLOGIA.....	53
4.1	TIPO DE ESTUDO	53
4.1.1	Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire	54
4.2	CONTEXTO DO ESTUDO	56
4.2.1	Cenários da Rede de Atenção à Saúde.....	58
4.2.2	Cenários da Rede de Educação Básica	58
4.2.3	Aproximação com o campo.....	59
4.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO	60
4.4	PROCEDIMENTOS DE INVESTIGAÇÃO E ANÁLISE DOS TEMAS.....	64
4.4.1	Entrada no campo	64
4.4.2	Entrevistas individuais	65
4.4.3	Círculo de Cultura Virtual (CCV).....	66
4.5	REGISTRO DOS TEMAS	69
4.6	ASPECTOS ÉTICOS DO ESTUDO.....	69
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	71
5.1	MANUSCRITO 1.....	72
5.2	MANUSCRITO 2.....	96
5.3	MANUSCRITO 3.....	120
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	140
	REFERÊNCIAS.....	143
	APÊNDICE A – MANUSCRITO DE REVISÃO INTEGRATIVA	160

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	187
APÊNDICE C – INSTRUMENTO GUIA DE PESQUISA	190
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEPESH/UFSC	191

1. INTRODUÇÃO

Esta tese está vinculada à linha de pesquisa “Promoção da Saúde no Processo de Viver Humano e Enfermagem”, da área de concentração “Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem”, integradas ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Neste capítulo apresento os caminhos que me levaram ao problema de pesquisa e realizo a contextualização da temática com base na literatura.

1.1 APRESENTAÇÃO

O interesse pelo conhecimento que envolve a saúde da criança tem me acompanhado ao longo da formação acadêmica e da trajetória profissional, motivando-me a seguir nesta temática junto ao desenvolvimento do doutorado em enfermagem. O ponto de partida para essa aproximação deu-se ainda durante a graduação, especificamente no campo da pesquisa, em que tive a oportunidade de participar como bolsista de iniciação científica em uma investigação envolvendo a percepção das famílias e da equipe multiprofissional sobre os cuidados dispensados à saúde infantil.

Tal experiência possibilitou ingressar em 2006, no Núcleo de Extensão e Pesquisa em Enfermagem e Promoção da Saúde (NEPEPS), do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC). Neste tive a oportunidade de acompanhar vários estudos com abordagem no cuidado das crianças, a partir de diferentes referenciais (Teoria Transcultural, Itinerário Terapêutico, Sistemas de Cuidado à Saúde, Rotinas e Rituais Familiares), bem como, realizar o mestrado em enfermagem acerca do impacto da hospitalização infantil nas rotinas das famílias monoparentais, na perspectiva materna (RUMOR, BOEHS, 2013).

Em meu percurso profissional, trabalhei na área da saúde da criança em todos os níveis de atenção à saúde (unidade básica, pronto atendimento e hospital) sempre no serviço público. Comecei minhas atividades como enfermeira em uma unidade de pronto atendimento adulto e pediátrica em minha cidade natal, Mafra, localizada no Planalto Norte de Santa Catarina. Posteriormente, atuei por um curto período de tempo como enfermeira em uma Unidade Básica de Saúde da Família no município de Florianópolis/SC, atendendo a todo o público da comunidade. Subsequente, assumi na Universidade Federal de Santa Catarina como enfermeira, onde atuei nas unidades de internação e de emergência pediátricas no Hospital Universitário.

Estas experiências científicas e assistenciais foram valiosas e construíram inquietações acerca da complexidade imbricada no processo saúde-doença infantil, que na minha percepção, necessita fundamentalmente de intervenções integrais e de trabalho intersetorial para maior efetividade das práticas realizadas junto as crianças e suas famílias. Neste sentido, por corroborar na prática as limitações do setor saúde, optei por migrar para um campo da enfermagem ainda pouco explorado no cenário brasileiro, o escolar, visto a escola ser considerado um espaço dinâmico, de ensino, formação e convivência, com potencial para o desenvolvimento de ações que irão repercutir por toda a vida dos infantes.

Salienta-se que em outros países, especialmente nos localizados na América do Norte, é comum a atuação da “*school nurse*”, as quais possuem formação e legislação específica para essa área, reconhecido pelo governo como profissional de grande diferencial na abordagem de saúde em escolares. Definida como uma prática especializada da enfermagem profissional, protege e promove a saúde do aluno, facilita o desenvolvimento ideal e favorece o sucesso acadêmico. Une os conhecimentos da saúde e a educação, baseados na ética e em evidências científicas, fornecendo cuidados coordenados e de qualidade, centrados no aluno, colaborando para projetar sistemas que permitem que indivíduos e comunidades desenvolvam todo o seu potencial (NASN, 2012).

A vivência neste contexto tem possibilitado adquirir novos conhecimentos e interagir com os desafios presentes neste cenário, especialmente aqueles que influenciam na saúde dos estudantes. Assim, no acompanhamento do desempenho dos alunos junto à equipe pedagógica e docentes ao longo do período letivo, tenho verificado ser motivo frequente nas pautas dos conselhos de classe e das reuniões de seguimento dos anos iniciais do ensino fundamental, casos relacionados a dificuldades no processo de aprendizagem. Fato que suscitou minha atenção, por observar que, muitas vezes, tem sido atribuída a esta queixa, causas individuais relacionadas às crianças, de ordem biológica ou emocional, levando a encaminhamentos para avaliação por serviços e profissionais especializados para esclarecer tal limitação.

Neste sentido, ao buscar conhecer um pouco mais acerca desta problemática, oriunda do campo educacional, deparei-me com os inúmeros fatores que podem estar envolvidos nesta situação, e que na dinâmica do processo de trabalho dos profissionais, geralmente não são considerados, dentre eles, os aspectos pedagógicos, culturais, sociais. Assim, despertou-me o interesse em aprofundar a investigação sobre esta temática, por compreender que a vivência de dificuldades no processo de aprendizagem escolar pode afetar a saúde e o pleno desenvolvimento infantil.

Cabe destacar que tenho acompanhando as atividades junto ao NEPEPS, atualmente denominado Laboratório de Pesquisa em Enfermagem e Promoção da Saúde (LAPEPS), ao longo destes anos, o qual têm concentrado o embasamento teórico dos seus estudos na Promoção da Saúde com ênfase nos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), incentivado a produção e a disseminação de conhecimento sob este prisma. Frente ao exposto, por considerar que os determinantes sociais da saúde impactam no ambiente escolar, especialmente na aprendizagem das crianças na rede pública de ensino, emergiu o problema da presente pesquisa, o qual busco contextualizar na sequência.

1.2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA

No cenário mundial há uma crescente tendência na realização de debates acadêmicos, científicos e políticos acerca das relações entre saúde e fatores econômicos, sociais, ambientais, etc (SOUZA, SILVA, SILVA, 2013). A direção para este novo olhar no contexto da saúde tem sido construída ao longo dos anos, mediante a busca pela superação da perspectiva hegemônica, pautado na doença e práticas curativas, e avançando no sentido de um modelo mais abrangente, que a considera como resultante das condições de vida e trabalho dos cidadãos, na busca pela articulação intersetorial para redução de vulnerabilidades (MALTA et al., 2014).

Essa mudança de paradigma foi suscitada e fortalecida em muitos eventos internacionais, que lançaram novas propostas na redefinição das políticas públicas de saúde, e particularmente, influenciaram o movimento da reforma sanitária brasileira, e a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) (SOUTO, OLIVEIRA, 2016). Destaca-se como marco desses eventos, a 1ª Conferência de Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, em 1986, que ratifica a ideia de saúde como uma importante dimensão da qualidade de vida, condicionada por vários fatores como: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade (WHO, 1986). Neste sentido, a saúde é considerada o maior recurso para desenvolvimento social, econômico, pessoal, visto ser consenso que para discutir seus novos rumos é preciso conhecer e entender os vários determinantes que atuam sobre ela (WHO, 1986; BEZERRA, SORPRESO, 2016).

Ao conjunto de condições em que as pessoas nascem, vivem, crescem, trabalham e envelhecem, denomina-se Determinantes Sociais da Saúde (DSS), sendo um termo que resume os determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais da saúde (OMS, 2011). Motivo de grande preocupação internacional, a Organização Mundial da Saúde (OMS) inaugurou a Comissão dos Determinantes Sociais de Saúde (CDSS) em 2005, com o intuito de

focar o trabalho nas condições sociais para a saúde (OMS, 2011). No ano seguinte, foi criada no Brasil, a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), a qual ampliou a definição de DSS para os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (CNDSS, 2008).

De forma geral, a lógica dos DSS pretende reduzir as desigualdades em saúde, melhorar a saúde e melhorar o bem-estar, promover o desenvolvimento e alcançar as metas de saúde. No entanto, ainda que seja reconhecida a importância e o interesse global pelo tema, o processo de implementação de abordagens relacionadas aos determinantes tem decorrido de forma lenta e frágil, especialmente nos países em desenvolvimento, o que demonstra a dificuldade em resolver as principais questões existentes no século XXI (CARRAPATO, CORREIA, GARCIA, 2017).

Neste contexto, a promoção da saúde tem colaborado no enfrentamento das iniquidades sociais, constituindo-se um importante apoio para a implantação das políticas de caráter transversal que busquem fortalecer a coesão e ampliar o empoderamento das comunidades vulneráveis (WESTPHAL, 2016; FIGUEIREDO et al., 2019). Conceituada na Carta de Ottawa (1986) como o processo que busca permitir que as pessoas aumentem o controle e a melhoria da saúde, possui cinco campos estratégicos de ação: construção de políticas públicas saudáveis; desenvolvimento de habilidades pessoais; criação de ambientes favoráveis à saúde; fortalecimento da ação comunitária e reorientação dos serviços de saúde, que articuladas aos DSS podem proporcionar mudanças efetivas nas condições de vida da população, contribuindo para o alcance da equidade em saúde (WHO, 1986; HEIDEMANN et al., 2018).

Assim, o movimento da promoção da saúde tem exercido uma crescente influência na organização do sistema de saúde de diversos países e regiões do mundo (GRACIETTI et al., 2014). No cenário brasileiro, o SUS constitui-se como uma proposta de mudança das práticas e das políticas setoriais e da compreensão do que é saúde, vista como um direito do cidadão e dever do Estado (MALTA et al, 2018). Para se operar a política neste paradigma, é necessária a consolidação de práticas voltadas para indivíduos e coletividades, em uma perspectiva multidisciplinar, integrada e em redes, considerando as necessidades em saúde da população, com ações articuladas entre os diversos setores (BRASIL, 2018).

Deste modo, cabe destacar a inovação no processo de organização do SUS, por meio do estabelecimento das Redes de Atenção à Saúde (RAS), com vistas a ampliar o acesso à determinada população, e ofertar uma atenção contínua e integral à saúde, com foco prioritariamente na promoção da saúde (BRASIL, 2010). As RAS são desenhadas de maneira

a centralizar na Atenção Primária de Saúde (APS) a coordenação do cuidado e ordenação das redes, fazendo a ligação entre os pontos de atenção secundários e terciários; sistemas de apoio; sistemas logísticos e sistemas de governança. Essa forma de organização valoriza os fluxos de comunicação interorganizacional, não havendo uma relação de principalidade ou subordinação, uma vez que constituem uma rede poliárquica que busca a integração entre os pontos de atenção à saúde, no sentido de permitir a integralidade do cuidado (MENDES, 2008; 2011; PEITER et al., 2019).

Revelando-se como uma força para qualificação do SUS, o movimento culminou com a criação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) em 2006, redefinida em 2014 e reelaborada em 2017, a qual favorece o diálogo entre os diversos setores, compondo redes de compromisso e corresponsabilidade quanto à qualidade de vida dos sujeitos e coletividades (BRASIL, 2018; DIAS et al., 2018). Em virtude da impossibilidade do setor sanitário responder sozinho ao enfrentamento dos determinantes e condicionantes da saúde, a PNPS, aponta a necessidade de articulação com outras políticas públicas para fortalecê-la, com o imperativo da participação social e dos movimentos populares (BRASIL, 2018). Neste sentido, incentivou o desenvolvimento do Programa Saúde na Escola (PSE), considerando a importância da saúde e da educação como práticas sociais inseparáveis e interdependentes, que sempre estiveram articuladas (BRASIL, 2007).

O PSE trata-se de um programa federal intersetorial envolvendo os ministérios da Saúde e da Educação, buscou incorporar as dimensões da PNPS ao projeto político pedagógico das escolas, para favorecer o enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem estes grupos populacionais. Com objetivo de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde, o programa preconizou o estreitamento dos vínculos entre os estabelecimentos de ensino e as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) na atenção primária, responsabilizadas pelo monitoramento da saúde das crianças (BRASIL, 2007; BRASIL et al., 2017). Intervenções mais amplas e articuladas à dinâmica participativa e ao desenvolvimento social local também foram integradas, no entanto, têm sido pouco realizadas a partir de uma perspectiva coerente com a abordagem do campo da promoção da saúde (MAGALHÃES, 2016).

A partir deste contexto, o espaço escolar, no que concerne às questões da saúde, por muito tempo foi utilizado exclusivamente para o desenvolvimento de atividades de cunho preventivista, com ações voltadas ao modelo biológico, influenciando abordagens direcionadas ao indivíduo, com metodologias verticalizadas, conteúdo disciplinadores e desconectados do contexto sócio-político-cultural (PINTO, SILVA, 2020). Partindo da crítica a essa lógica

higienista, ressalta-se a importância da educadora Hortênsia Hollanda, que já na década de 50, pautou uma abertura da educação em saúde para uma vertente ambientalista e integradora, valorizando a participação da comunidade, sendo a pioneira em trazer o referencial de Paulo Freire para a discussão de saúde na escola (SILVA, BODSTEIN, 2016).

Recentemente a justificativa para redefinir o debate sobre saúde no espaço da escola vem do campo da promoção da saúde, ganhando força e reconhecimento no Brasil, reafirmando a escola como espaço relevante para construção de cenários mais favoráveis à vida com qualidade (SILVA, BODSTEIN, 2016). Estudos revelam uma abertura a mudanças positivas em relação aos determinantes e condicionantes sociais do processo saúde/doença, sendo a escola considerada um ambiente favorável para utilização de recursos educativos com esta finalidade (BRASIL et al., 2017; LIMA-SERRANO; LIMA-RODRÍGUEZ; 2014; VIEIRA et al., 2017).

Especialmente no ensino fundamental, questões referentes à saúde surgem nas salas de aula com diferentes representações, por professores, alunos, familiares, expressando preocupações com melhores condições de saúde e qualidade de vida. Por outro lado, questões relacionadas à educação e não problematizadas ou resolvidas pela escola, parecem ter como única alternativa os serviços de saúde com a expectativa de resolvê-los sob a ótica médica (SILVA, BODSTEIN, 2016). Deste modo, um tema emergente tem se revelado no campo da saúde infanto-juvenil, com o crescente número de encaminhamentos de crianças com dificuldade na aprendizagem escolar à rede pública, contexto que tem suscitado a atenção de pesquisadores, gestores e profissionais da área para esta problemática (GOMES, PEDRERO, 2015).

Ao tratarmos sobre esta temática, no entanto, faz-se necessário delimitar o que será considerado, haja vista as diferenças conceituais existentes na literatura, do ponto de vista orgânico/biológico, pedagógico, ressaltando a importância de se fazer a distinção entre as dificuldades de aprendizagem escolar e os distúrbios/transtornos da aprendizagem (MAZER, DAL BELLO, MAZON, 2009; SILVA, OLIVEIRA, CIASCA, 2017). Portanto, para este estudo, a dificuldade de aprendizagem (DA) ou dificuldade escolar, é um termo abrangente que inclui “qualquer tipo de dificuldade apresentada durante o processo de aprender, em decorrência de fatores variados, que vão desde causas endógenas e exógenas” (CIASCA, ROSSINI, 2000, p.13). Difere-se dos distúrbios ou transtornos da aprendizagem, decorrentes do neurodesenvolvimento que representa a base dos problemas em nível cognitivo, os quais são consequentes da disfunção do sistema nervoso central, de caráter funcional, que envolvem uma

falha no processo de aquisição ou do desenvolvimento infantil (SBP, 2018; ROTTA, OHLWEILER, RIESGO, 2016).

A incidência de crianças com dificuldade de aprendizagem nos primeiros anos do ensino fundamental tem agravado as estatísticas educacionais, apontando os altos índices de desempenho escolar insatisfatório no país (CORSO, MEGGIATO, 2019; BARBOSA, LEITE, 2020). Os últimos dados do Sistema de Avaliação da Educação Básica - SAEB apontaram que em relação ao nível de aprendizagem no 5º ano, somente 11,9% das crianças apresentavam adequado nível de leitura/escrita e, que 39,3% eram classificadas com nível insuficiente (não alfabetizadas ou nível inicial de alfabetização). Já em relação à matemática, apenas 15,5% apresentavam nível adequado de aprendizagem (BRASIL, 2017)

O cenário atual, no entanto, tem revelado tensões e desafios enfrentados pelos estudantes e suas famílias, acerca da tendência da escola, professores e profissionais especializados em culpabilizá-los pelo fracasso escolar. Muitas vezes, reduz-se a um problema supostamente individualizado da criança, sendo responsabilizado por apresentar problemas psicológicos, biológicos, orgânicos e, mais recentemente, socioculturais, especialmente o proveniente de camadas populares, evidenciado pelo preconceito em relação à pobreza no Brasil (CORD et al., 2015). É preciso desmistificar alguns rótulos, que em geral têm caráter pejorativo e negativo, e conseqüentemente modulam a autoimagem das crianças frente aos familiares e colegas, gerando situações muitas vezes vexatórias e com forte comprometimento emocional (SBP, 2018).

Em virtude da complexidade que envolve o processo de aprendizagem, torna-se necessária que a avaliação das dificuldades seja realizada levando em consideração não apenas as alterações no desenvolvimento cognitivo, mas, os contextos onde as pessoas estão inseridas e os processos por elas vivenciados (SBP, 2018). Deve-se, portanto, considerar a produção multifacetada que a envolve, e as conseqüências que as dificuldades neste processo podem trazer à dimensão pedagógica, e também no comportamento, no desenvolvimento, e nos âmbitos cognitivo, psicossocial e emocional, com potencial de progredir para além da infância (POZZOBON, MAHENDRA, MARIN, 2017; SCHWEITZER, SOUZA, 2018).

Neste sentido, considera-se que tais questões repercutem na saúde e na qualidade de vida destes escolares, constituindo um público vulnerável a diversos DSS que impactam de diferentes formas na saúde (ARAGÃO et al., 2019). Desse modo, compreender os DSS permite procurar estratégias de intervenção adequadas no sentido de dar a atenção necessária e minimizar seu efeito nocivo, especialmente, por ser um fator de risco para problemas

psicossociais na infância, associados a problemas socioemocionais e comportamentais (CARRAPATO, CORREIA, GARCIA, 2017; MAZER, DAL BELLO, MAZON, 2009).

Com o inesperado contexto da pandemia da COVID-19, ressalta-se na literatura que a situação da dificuldade na aprendizagem escolar e as repercussões na saúde infantil tendem a agravar-se, com danos ainda de difícil mensuração. No setor educacional, desde março de 2020, 463 milhões de crianças em idade escolar foram afetadas a partir do fechamento das escolas, sendo a educação à distância a alternativa adotada por muitos países para a continuidade das aulas durante este período. No entanto, a estratégia evidencia as desigualdades e os entraves encarados pelos estudantes e professores de escolas públicas, como o acesso limitado à internet e a programas virtuais efetivos, a falta de computadores, materiais e de espaço apropriado em casa, problemas sociais, sobrecarga de trabalho docente, e a baixa escolaridade dos familiares, como alguns dos desafios enfrentados nesta área, afetando principalmente os alunos dos primeiros anos do ensino fundamental (UNICEF, 2021).

Além disso, os efeitos pandêmicos sobre a saúde das crianças envolvem desde as manifestações clínicas do coronavírus, quanto os causados de forma indireta, pela necessidade de isolamento social. Como os prejuízos na socialização e no desenvolvimento com o fechamento dos locais públicos; o afastamento do convívio familiar ampliado e de toda a rede de apoio, agravando vulnerabilidades e a exposição às violências; bem como, o estresse que afeta a saúde mental, aumentando sintomas de ansiedade e depressão nesta população (FIOCRUZ, 2020). Diante deste cenário, dadas as disparidades econômico-sociais-culturais existentes na extensão do país, reforça-se a importância de considerar os DSS frente a estes desafios, de ações mais efetivas, rumo à superação das iniquidades em saúde e dos entraves no processo educativo (GATTI, 2020).

A escola é um importante espaço para a promoção da saúde, tendo em vista os diversos atores sociais que a compõe, assim como sua propensão à formação de sujeitos-cidadãos com grande potencial para a autonomia, participação e transformação social (PINTO, SILVA, 2020). Desta forma, urge a necessidade de favorecer a articulação deste espaço junto aos centros de saúde e aos serviços especializados para o planejamento e intervenção de atividades, com enfoque na promoção da saúde e da aprendizagem infantil, que considere uma atuação interprofissional para este atendimento, capaz de abranger diferentes aspectos da assistência e que valorize o papel dos ambientes, da cultura e do social.

Portanto, espera-se com este estudo contribuir para o conhecimento e o desenvolvimento das práticas profissionais intersetoriais, levantar pontos relevantes para a construção de políticas públicas, e propiciar formas de interação entre a família, os serviços de

saúde e a escola, para a melhoria das condições de vida das crianças escolares. Além disso, pretende-se reforçar a importância de integrar ações de promoção da saúde aos determinantes sociais neste ambiente, com vistas ao bem-estar da comunidade escolar, e estimular a inserção desta temática durante o processo de formação dos profissionais em saúde, especialmente os da enfermagem.

A partir das considerações apresentadas, formulou-se a seguinte questão norteadora do estudo: Como se estabelece a relação entre os determinantes sociais da saúde e a aprendizagem de crianças escolares da rede pública de ensino, sob a perspectiva de profissionais da saúde e da educação? Diante dos pressupostos teóricos mencionados e da experiência no cuidado à saúde da criança, defendo a tese: A atuação profissional articulada entre dos setores da saúde e da educação sobre os determinantes sociais das crianças favorece a promoção da saúde infantil e, conseqüentemente, podem melhorar a aprendizagem escolar.

1.3 OBJETIVO DO ESTUDO

Compreender a relação dos determinantes sociais da saúde na aprendizagem de crianças escolares da rede pública de ensino, sob a perspectiva de profissionais da saúde e da educação.

2. REVISÃO DA LITERATURA

A presente revisão da literatura do tipo narrativa foi construída para colaborar como suporte teórico ao estudo. Realizou-se um breve histórico acerca das principais políticas públicas de saúde da criança no cenário nacional, na sequência, abordam-se especialmente as contribuições da área da saúde no contexto escolar, e por fim, traz-se considerações sobre o sistema educacional brasileiro e a aprendizagem escolar infantil.

Cabe salientar que no decorrer do processo de doutoramento foi desenvolvida uma revisão integrativa da literatura junto ao LAPEPS, acerca da articulação dos determinantes sociais da saúde nas práticas das equipes multiprofissionais nos serviços de saúde, a qual contribuiu para o aprofundamento da pesquisadora a este referencial (APÊNDICE A).

2.1 AS POLÍTICAS DE SAÚDE DA CRIANÇA

Ao longo do tempo, a atenção à saúde da criança vem apresentando mudanças significativas relacionadas à sua valorização como sujeitos de direitos e cuidado. Estes avanços têm sido realizados mediante a adoção de políticas públicas que priorizam ações de promoção, prevenção e melhoria da qualidade da assistência, alcançando um espaço prioritário nas agendas governamentais em âmbito global (SANINE et al., 2018).

As primeiras iniciativas relacionadas às políticas públicas de atenção à saúde da criança brasileira ocorreram no início do século XX, na perspectiva do higienismo e do desenvolvimento capitalista, com alcance limitado e verticalizado. Entre as décadas de 30 e 40, foram instituídos programas pelo Ministério da Educação e Saúde (MES) junto ao Departamento Nacional da Criança (DNCr). As atividades atribuídas relacionavam-se à proteção à maternidade, à infância e à adolescência, além da realização de inquéritos e estudos relativos a esses grupos populacionais (BRASIL, 2011, ARAÚJO et al, 2014).

Assim, Educação e Saúde por muitos anos permaneceram interligados pelo mesmo Ministério, desenvolvendo ações e estratégias de caráter curativo e individualizado, prestando assistência por questões pontuais, decorrentes das condições agudas de saúde. Somente em 1953 ocorreu o desmembramento, sendo que o Ministério da Saúde assumiu a responsabilidade do DNCr, sendo que este coordenou a assistência às crianças e mães no Brasil até o ano de 1969 (BRASIL, 2011, ARAÚJO et al, 2014).

A partir dos anos 70, as iniciativas para a melhoria na saúde da criança incidiram com o propósito de reduzir a morbimortalidade deste público, incentivadas no âmbito internacional

pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). No ano de 1975 foi implantado o Programa de Saúde Materno-Infantil, que dentre seus objetivos estavam o estímulo ao aleitamento materno, a garantia de suplementação alimentar para a prevenção da desnutrição materna e infantil, a ampliação e melhora da qualidade das ações dirigidas à mulher durante a gestação, o parto e o puerpério, e à criança menor de 5 anos (BRASIL, 2011, ARAÚJO et al, 2014).

O sistema de saúde no Brasil, por muito tempo, manteve a saúde da criança interligada à saúde da mulher pela Política de Atenção à Saúde Materno-Infantil. A partir de 1984, houve o desmembramento, e o país implantou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC). Sob influência das proposições da Declaração de Alma-Ata acerca dos cuidados de saúde materno-infantil (1978), este priorizava a qualificação da assistência à saúde da criança, com vistas à integralidade do cuidado, ao aumento da cobertura e do acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2018, ARAÚJO et al, 2014)

Neste contexto, destaca-se que as décadas de 80 e 90 trouxeram muitas conquistas sociais, principalmente no âmbito da saúde. A Constituição Federal (1988) e o Estatuto da Criança e do Adolescente (1990) estabeleceram o público infante-juvenil como prioridades absolutas para o efetivo desenvolvimento do país. Com estas legislações, passaram a ter regulamentado amplos direitos de proteção integral e cidadania, estando resguardado o dever de amparo pela família, sociedade e Estado (BARBIANI, 2016).

Desde então, com a criação do SUS, uma série de programas e iniciativas paralelas foram sendo implementados pelo Ministério da Saúde (MS), com vistas à ampliação e fortalecimento da atenção à saúde da criança. Ressalta-se que juntamente com os avanços nas políticas públicas voltadas a esta população, as mudanças relacionadas às práticas de cuidado e os avanços tecnológicos direcionados à saúde a partir da década de 1990, contribuíram para a elevação da sobrevivência das crianças. Neste sentido, os investimentos em serviços de alta complexidade, como a terapia intensiva neonatal e pediátrica, possibilitaram o aumento da expectativa de vida (BRASIL, 2011).

Além do mais, a evolução para um sistema unificado contribuiu profundamente para delinear as transformações no modelo de saúde, principalmente pela expansão da atenção primária. A implementação do Programa Saúde da Família, com origem no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), como política nacional de atenção básica, propiciou o aumento da acessibilidade ao sistema de saúde e o incremento das ações de prevenção e promoção da saúde a população, com influência direta sobre a saúde infantil (LEAL et al., 2018).

Em decorrência da diversidade regional existente no país, foi adotada em 1996, a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), elaborada pela OPAS, OMS e Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF), como finalidade de reduzir a morbimortalidade e contribuir para o crescimento e desenvolvimento sadio da criança. Tal estratégia reforça o conceito de integralidade e fortalece a capacidade de planejamento e resolução dos problemas no nível primário de atenção, disponibilizando ferramentas mais apropriadas para lidar com os agravos prevalentes na infância, almejando a qualidade da assistência (FUJIMORI et. al, 2013).

Em 2004, o MS lançou a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, a qual postulava como diretrizes a organização do processo de trabalho e da rede de serviços de saúde oferecidos em todos os níveis de atenção. Para aprimorar tais ações, propôs linhas de cuidado, as quais permitiram uma visão ampliada dos usuários em todas as dimensões, proporcionalmente, a construção do cuidado integral à saúde das crianças (CARVALHAL et al., 2013).

Em 2010, o MS projetou um desenho organizativo para o SUS, denominado Rede de Atenção à Saúde (RAS), visando a integralidade e a superação da fragmentação do sistema, tendo na atenção primária, o ponto ordenador e coordenador das ações e do cuidado. Algumas áreas foram consideradas prioritárias devido a critérios epidemiológicos, como a saúde da mulher e da criança, sendo criada em 2011, a Rede Cegonha. Esta envolve uma rede de cuidados com o intuito de garantir segurança e qualidade assistencial à mulher em todo seu ciclo reprodutivo, bem como, garantir à criança, segurança e cuidado integral ao nascimento, crescimento e desenvolvimento (ARAÚJO et al, 2014; GONÇALVES, PENA, 2019).

Nessa perspectiva, com a finalidade de orientar as ações e os serviços na rede de atenção à saúde infantil, foi criada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) em 2015, sendo implementada em 2018. Esta tem como objetivo principal:

“promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante atenção e cuidados integrais e integrados, da gestação aos nove anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento” (BRASIL, 2018, p.27).

Os princípios que orientam esta política afirmam a garantia do direito à vida e à saúde, o acesso universal de todas as crianças à saúde, a equidade, a integralidade do cuidado, a humanização da atenção e a gestão participativa. Os sete eixos estratégicos que compõem a

política têm a finalidade de orientar gestores e trabalhadores sobre as ações e serviços de saúde da criança no território, a partir dos determinantes sociais e condicionantes para assegurar o direito à vida e à saúde, visando à efetivação de medidas que permitam a integralidade da atenção e o pleno desenvolvimento da criança e a redução de vulnerabilidades e riscos (BRASIL, 2018).

A partir desta contextualização, constata-se que o Brasil nos últimos 30 anos passou por mudanças demográficas, socioeconômicas e de acesso à infraestrutura urbana que modificaram a qualidade de vida da população, repercutindo na melhora significativa da saúde da criança. As políticas públicas voltadas para a saúde da criança vêm avançando de um patamar em que se destacava a articulação dos serviços e a prevenção das doenças, para o desafio da promoção da saúde e ampliação do acesso a uma assistência qualificada no âmbito da atenção integral à saúde (LEAL et al., 2018; SANINE et al., 2018).

Por outro lado, o país vem enfrentando novos desafios que apontam a complexidade sociocultural e de fenômenos da sociedade contemporânea que afetam a saúde infantil, dentre os quais, os processos de medicalização da vida, desde o parto e nascimento, passando pela patologização das dificuldades escolares, de terceirização do cuidado com a criança, do *bullying* no ambiente escolar, entre outros. Estes desafios são complexos e plurais, tanto em função das condições de vida e das limitações de oportunidades para as crianças e suas famílias, quanto em relação às demandas por serviços públicos (BRASIL, 2018).

Neste sentido, apesar dos avanços nos indicadores de saúde infantil e dos investimentos nas políticas públicas federais, fica evidente a necessidade de ampliar o enfrentamento das iniquidades relacionadas às condições de saúde e, ao mesmo tempo, universalizar todos os avanços para grupos de maior vulnerabilidade, com vistas a garantir não só a sobrevivência, mas o desenvolvimento integral de toda esta população (BRASIL, 2018).

Por fim, ressalta-se que este estudo envolve crianças vinculadas aos primeiros anos do ensino fundamental da rede pública de educação, ou seja, na faixa etária entre 06 a 10 anos. Por este motivo, buscou-se levantar as principais contribuições do setor saúde no contexto escolar, que são brevemente apresentadas a seguir.

2.2 A SAÚDE NO CONTEXTO ESCOLAR

A saúde escolar, entendida como prática que envolve elementos assistenciais e educativos, tem condicionantes sociais, econômicos, políticos e culturais de distintos momentos históricos (MELLO et al., 2019). Desde os trabalhos de Johann Peter Frank (1745-

1821), médico alemão considerado o "pai da saúde escolar" e de reconhecida relevância para a constituição do campo da Saúde Pública, até as iniciativas mais recentes, muitas coisas mudaram (CASEMIRO, FONSECA, SECCO, 2014).

Historicamente, perdurou uma lógica higienista e assistencialista nas questões relacionadas à saúde no contexto escolar, com ações centradas nas individualidades, buscando mudar comportamentos e atitudes sem, muitas vezes, considerar as inúmeras influências provenientes da realidade em que as crianças estavam inseridas (CARVALHO, 2015). Era comum acontecerem o desenvolvimento de atividades de abordagem preventivista, com práticas exclusivamente clínicas, sob metodologias verticalizadas, conteúdo disciplinadores e desconectados do contexto sócio-político-cultural (PINTO, SILVA, 2020).

No Brasil, desde 1889, com o surgimento de problemas de saúde pública, foi criado um serviço de inspeção higiênica, uma das primeiras medidas governamentais relativas aos serviços de saúde pública. Posteriormente, este serviço foi estendido ao ambiente escolar, por ser percebido como ambiente intermediário e responsável também por ações de saúde. A saúde escolar desta época caracterizou-se por políticas públicas de saúde pontuais e fiscalizadoras, atendendo ainda um modelo de assistência médico-hegemônico. Embora de forma impositiva, os serviços de saúde escolar já ganhavam espaços nas políticas públicas que, aos poucos avançavam, indo de encontro às necessidades da população brasileira (CASEMIRO; FONSECA, SECCO, 2014).

Na área da educação, surgiram dois marcos importantes que contribuíram para a mudança do paradigma do modelo de atenção. O primeiro foi à criação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), a qual garante, entre outros, direitos do educando ao atendimento, em todas as etapas da educação básica, por meio de programas suplementares de material didático-escolar, transporte, alimentação e assistência à saúde (BRASIL, 1996). O segundo foi à criação do Parâmetro Curricular Nacional (PCN), em 1997, que determina a incorporação de temas transversais e contextualizados nas escolas, referentes às questões sociais como: ética, saúde, meio ambiente, orientação sexual e pluralidade cultural (BRASIL, 1997).

A adoção do conceito de promoção da saúde como elemento redirecionador das políticas do SUS, impôs a necessidade de sistematizar propostas intersetoriais, com vistas à superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais, a fim de produzir efeitos mais significativos na saúde dos indivíduos e comunidades (BRASIL, 2018). Assim, a redefinição do debate sobre saúde na escola emergiu do campo da promoção da saúde, onde ao invés da ênfase exclusiva nos fatores e nas características biológicas, a saúde é compreendida como

produto da vida cotidiana e abrange aspectos socioculturais ligados às condições de vida (SILVA, BODSTEIN, 2016).

Neste sentido, iniciativas direcionadas ao contexto escolar ganharam destaque, especialmente pela educação ser considerada um dos principais determinantes para a saúde, que contribui para o empoderamento dos sujeitos, promovendo seu desenvolvimento pessoal e social e conseqüentemente, como um instrumento de transformação social (SILVA et al., 2019). A importância da integração entre saúde e educação para a melhoria das condições de vida é consenso, haja visto que, bons níveis de educação estão relacionados a uma população mais saudável, assim como, uma população mais saudável tem maiores possibilidades de apoderar-se de conhecimentos da educação formal e informal (LOPES, NOGUEIRA, ROCHA, 2018).

Assim, a escola como instituição se define por sua função de ensino, mas local em que saúde surge como tema recorrente de aprendizagem, abrindo amplas possibilidades, tais como: ações de diagnóstico clínico e/ou social; estratégias de triagem e/ou encaminhamento aos serviços de saúde especializados ou de atenção básica; atividades de educação em saúde e promoção da saúde (CASEMIRO, FONSECA, SECCO, 2014; SILVA, BODSTEIN, 2016). Dada sua propensão à formação de sujeitos-cidadãos, para além de transmitir conhecimentos sobre saúde, organizadas por disciplinas, o ambiente escolar é propício para educar e desenvolver valores e posturas críticas relacionadas à realidade social e aos estilos de vida, em processos de aquisição de competências que sustentem as aprendizagens ao longo da vida e que favoreçam a autonomia, o empoderamento e a participação dos diversos atores sociais que a compõe (PINTO, SILVA, 2020; LOPES, NOGUEIRA, ROCHA, 2018).

Neste contexto, no final da década de 80, como parte das mudanças conceituais e metodológicas que incorporam o conceito de promoção da saúde na saúde pública, estendendo-o ao entorno escolar, surgiu o movimento global denominado Escola Promotora de Saúde (EPSs) (VIEIRA, SAPORETTI, BELISÁRIO, 2016). A OMS definiu a EPS como aquela que promove, fomenta e permite a aquisição de habilidades pessoais e sociais que buscam criar valores e atitudes positivas sobre a saúde, como a própria capacidade de tomar decisões pessoais, a participação e igualdade (SILVA et al., 2019).

No cenário latino-americano, marcado por desigualdades sociais históricas e alarmantes, a OPAS lançou em 1995 a Iniciativa Regional de EPSs com o objetivo de fortalecer a capacidade dos países na área da saúde escolar. Desde então, têm fortalecido suas ações a partir de uma discussão e reflexão sobre atividades neste campo, compreendendo-a como uma

importante estratégia para uma cidade mais saudável, numa ótica de inclusão e participação (SILVA et al., 2019).

No transcorrer do século XX, a discussão sobre os conceitos e princípios da promoção da saúde contribuíram para a renovação do discurso sanitário no espaço escolar, pela contraposição ao modelo biomédico, e resgate dos determinantes e condicionantes sociais do processo saúde/doença (PINTO, SILVA, 2020). Ainda que tais ideais estejam bem distantes de se tornarem hegemônicos, estes avanços, em sintonia com a evolução técnico-científica têm deslocado a saúde escolar do discurso tradicional e higienista, para a concepção da estratégia Iniciativa Regional de EPS, com uma visão integral e interdisciplinar do ser humano, dentro de um contexto comunitário, ambiental e político mais amplo (FIGUEIREDO, MACHADO, ABREU, 2010).

No Brasil, a evolução histórica do espaço escolar como um campo da promoção da saúde avançou muito nos últimos anos, graças ao fortalecimento da democracia e à luta pela cidadania no país (GRACIANO et al., 2015). As experiências iniciais da saúde escolar tiveram como centro o modelo setorial, com a transmissão de cuidados de higiene e primeiros socorros, bem como a garantia de assistência médica e/ ou odontológica. Noutra frente, o paradigma medicalizante dos fracassos do processo ensino-aprendizagem, cuja abordagem aos estudantes visava solucionar os “desvios” e/ou “déficits” ligados ao comportamento/disciplina e/ou a capacidade de aprender e/ou atentar (BRASIL, 2009).

Como reação de educadores e sanitaristas, surgiram outros modos de entender o estreito vínculo entre a produção do conhecimento e um viver saudável, os quais se centram no conceito ampliado de saúde, na integralidade e na produção de cidadania e autonomia (BRASIL, 2009). Assim, os princípios da saúde na escola foram incorporados nos projetos brasileiros conforme as políticas públicas foram aproximadas do movimento global das escolas promotoras de saúde (EPS) (VIEIRA, BELISÁRIO, 2018).

Em consonância com as ações propostas na PNPS, que estimula a articulação entre os diferentes setores, os Ministérios da Saúde e Educação elaboraram e aprovaram a regulamentação do Programa Saúde na Escola (PSE), pela normativa nacional interministerial (Decreto nº 6.286/2007), representando um marco no processo de apropriação do espaço escolar como campo de saúde no nosso cenário (VIEIRA, BELISÁRIO, 2018; BRASIL, 2009). Visa à qualificação das políticas públicas por meio da racionalização do uso de recursos humanos e financeiros, evitando duplicidade de ações e viabilizando a construção de projetos prioritários com foco na equidade e no enfrentamento da exclusão social (CHIARI et al., 2018).

Como uma importante estratégia para a integração e a articulação permanente entre as políticas de educação e de saúde, o PSE busca contribuir à formação integral e ao desenvolvimento da cidadania de estudantes, através de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde de crianças e jovens da rede pública de ensino (BRASIL, 2011). Fundamentado nos princípios da integralidade, da territorialidade e da intersetorialidade, o programa materializa-se na parceria entre escola e atenção primária de saúde, como espaço de convivência social que possibilita o estabelecimento de relações favoráveis à PS e de fortalecimento dos determinantes sociais (BRASIL, 2009; LOPES, NOGUEIRA, ROCHA, 2018).

O PSE é implementado mediante adesão dos estados, do Distrito Federal e dos municípios aos objetivos e diretrizes do programa. Os temas destacados como prioritários para o desenvolvimento das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos no território incluem: I. Ações de combate ao mosquito *Aedes aegypti*; II. Promoção das práticas corporais, da atividade física e do lazer nas escolas; III. Prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas; IV. Promoção da cultura de paz, cidadania e direitos humanos; V. Prevenção das violências e dos acidentes; VI. Identificação de educandos com possíveis sinais de agravos de doenças em eliminação; VII. Promoção e avaliação de saúde bucal e aplicação tópica de flúor; VIII. Verificação e atualização da situação vacinal; IX. Promoção da alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil; X. Promoção da saúde auditiva e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração. XI. Direito sexual e reprodutivo e prevenção de DST/AIDS; e XII. Promoção da saúde ocular e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração (BRASIL, 2017).

Cabe destacar que em virtude da pandemia do novo coronavírus, a ação de prevenção à Covid-19 passa a fazer parte das ações do programa, a partir da declaração de Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) na Portaria nº 188, de 3 de fevereiro de 2020 (FETTERMANN et al., 2021).

O planejamento das ações do PSE deve considerar os contextos escolar e social; o diagnóstico local de saúde; e a capacidade operativa das equipes das escolas e da Atenção Básica. Ressalta-se que as ações do PSE, em todas as dimensões, devem estar inseridas no projeto político pedagógico da escola, e à política de educação, levando-se em consideração as competências de cada Estado e município, a diversidade sociocultural das diferentes regiões do país, a autonomia dos educadores e das equipes pedagógicas (BRASIL, 2011; 2017).

A proposta de coordenação do PSE está centrada na gestão compartilhada garantida pelos Grupos de Trabalho Intersetoriais (GTI) nos três níveis de governo, numa construção em que tanto o planejamento quanto a execução das ações são realizados, coletivamente, de forma

a atender às necessidades e demandas locais. São descritos como potenciais facilitadores de implementação de políticas públicas, e suas competências são expressas nas normativas do Programa Saúde na Escola, de acordo com os respectivos níveis de gestão (CHIARI et al., 2018).

Os GTIs são compostos, obrigatória e minimamente, por representantes das secretarias de Saúde e de Educação e, facultativamente, por outros parceiros locais representantes de políticas e movimentos sociais (representação de jovens, cultura, lazer, esporte, transporte, planejamento urbano, sociedade civil, entre outros). Neste sentido, esta forma de trabalho pressupõe interação com troca de saberes, poderes e afetos entre profissionais da saúde e da educação, educandos, comunidade e demais redes sociais. Cabe à instância do GTI municipal a responsabilidade pelas ações e pela gestão do PSE (BRASIL, 2011).

Embora a responsabilidade da APS com o território e sua população, incluindo a comunidade escolar, seja permanente, a adesão ao PSE é uma forma de sistematizar as intervenções voltadas a esse público no âmbito das redes públicas de saúde e de educação. A participação é facultativa aos municípios, mediante um processo de adesão das escolas básicas e creches da rede pública, com ciclos de 24 meses de duração (BRASIL, 2017).

O PSE encontra-se em constante movimento de ampliação, com um panorama cada vez mais expandido no território brasileiro, sendo o principal programa voltado para atenção à saúde dos estudantes das escolas públicas, dado seu caráter inovador de ação intersetorial. Considerando-se que cerca de 85% dos estudantes brasileiros da educação básica se encontravam, no ano de 2015, vinculados a instituições públicas de ensino, é perceptível sua importância e alcance potencial (VIEIRA, SAPORETTI, BELISÁRIO, 2016; SOUZA, ESPERIDIÃO, MEDINA, 2017).

Diante desse contexto, ressalta-se que a aproximação e a atuação conjunta dos setores saúde e educação, com a participação de estudantes e familiares, possibilitam ações concretas na abordagem das vulnerabilidades e condicionantes sociais do processo saúde-doença (CHIARI et al., 2018). No entanto, a sua efetiva operacionalização ainda é um desafio aos gestores. Conduzir a informação, articular os setores e atores envolvidos, sobrepujar a medicalização da educação, inclusive nas normativas, e encadear ações permanentes e integrais com seu monitoramento continuam como adversidades a serem superadas no cotidiano do PSE (LOPES, NOGUEIRA, ROCHA, 2018).

2.3 A EDUCAÇÃO E A APRENDIZAGEM ESCOLAR

A educação abrange os processos formativos que se desenvolvem na vida familiar, na convivência humana, no trabalho, nas instituições de ensino e pesquisa, nos movimentos e organizações sociais e nas manifestações culturais, devendo proporcionar o desenvolvimento humano na sua plenitude, em condições de liberdade e dignidade, respeitando e valorizando as diferenças (BRASIL, 1996; 2013). É o alicerce indispensável e condição primeira para o exercício pleno da cidadania, a qualificação para o trabalho, e o acesso aos direitos sociais, econômicos, civis e políticos, sendo reconhecida pela Constituição Federal e pelo Estatuto da Criança e do Adolescente como direito fundamental de todos e dever do Estado e da família, promovida e incentivada com a colaboração da sociedade (BRASIL, 1988; 1990).

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Brasileira (LDB) é a legislação que regulamenta o sistema educacional (público ou privado) no país. Aplica-se exclusivamente à educação escolar, e estabelece os princípios da educação e os deveres do Estado, definindo as responsabilidades, em regime de colaboração, entre as três esferas de governo: federal, estadual e municipal. Divide a educação brasileira em dois níveis, a educação básica e o ensino superior, conforme apresentados no quadro 1 (BRASIL, 1996):

Quadro 1 - Estrutura do sistema educacional brasileiro.

Níveis e subdivisões		Duração	Faixa Etária	
Educação Básica	Educação Infantil	Creche	4 anos	de 0 a 3 anos
		Pré-escola	2 anos	de 4 a 5 anos
	Educação Fundamental	Anos Iniciais	5 anos	de 6 a 10 anos
		Anos Finais	4 anos	de 11 a 14 anos
	Ensino Médio		3 anos	de 15 a 17 anos
Educação Superior	Cursos por Área		Variável	acima de 17 anos

Fonte: a autora.

A lei educacional estabelece ainda outras modalidades de educação, que perpassam todos os níveis da educação nacional: Educação Especial; Educação a distância; Educação Profissional e Tecnológica; Educação de Jovens e Adultos; Educação Indígena. Além dessas determinações, a LDB 9394/96 aborda temas como os recursos financeiros, a formação dos profissionais da educação e a proposta pedagógica da escola (BRASIL, 1996).

A Proposta Pedagógica Curricular (PPC) tem como objetivo principal garantir a autonomia das instituições de ensino no que se refere à gestão de suas questões pedagógicas. Na Educação Básica, os princípios, fundamentos e procedimentos que orientam as escolas e os sistemas de ensino, na organização, articulação, desenvolvimento e avaliação de seus PPCs são definidos pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs), e acompanhadas pelo Conselho Nacional de Educação (CNE). Estas diretrizes buscam prover os sistemas educativos em seus vários níveis (municipal, estadual e federal) para que crianças, adolescentes, jovens e adultos que ainda não tiveram a oportunidade, possam se desenvolver plenamente, recebendo uma formação de qualidade correspondente à sua idade e nível de aprendizagem, respeitando suas diferentes condições sociais, culturais, emocionais, físicas e étnicas (BRASIL, 2013).

O atual Plano Nacional de Educação – PNE, decênio 2014–2024, tem entre seus objetivos, a articulação de um sistema nacional de Educação, a expansão e qualidade da Educação/ensino em seus diversos níveis, etapas e modalidades, por meio de ações integradas das diferentes esferas federativas. De modo geral, o PNE traz importantes metas e estratégias, como a obrigatoriedade/universalização da Educação Básica (4 a 17 anos) e da Educação Especial; alfabetização das crianças e melhoria da taxa de alfabetização de adultos; ampliação da Educação de tempo integral, elevação da escolaridade média da população de 18 a 29 anos; formação e valorização dos profissionais da Educação; gestão democrática da Educação; e melhoria da qualidade da Educação Básica e Superior (BRASIL, 2014).

Para além da garantia de acesso e permanência na escola, é necessário que sistemas, redes e escolas garantam um patamar comum de aprendizagens e desenvolvimento a todos os estudantes. O instrumento lançado para desempenhar essa tarefa foi a Base Nacional Comum Curricular (BNCC), documento de caráter normativo que detalha o conjunto orgânico e progressivo de conhecimentos, competências e habilidades que todos os alunos devem desenvolver ao longo das etapas e modalidades da Educação Básica, em conformidade com o que preceitua o PNE. Orientada pelos princípios éticos, políticos e estéticos traçados pelas Diretrizes Curriculares Nacionais da Educação Básica, a Base soma-se aos propósitos que direcionam a educação brasileira para a formação humana integral e para a construção de uma sociedade justa, democrática e inclusiva (BRASIL, 2018).

A função de promover a educação para e na cidadania é destinada à escola, uma organização complexa, onde se produzem, se reproduzem e se multiplicam saberes e conhecimentos – requisitos determinantes para a formação social, cultural e política do indivíduo, de sólida importância no contexto da sociedade moderna (BRASIL, 2013; TRAGTENBERG., 2019). Porém, a sua organização e funcionamento é basicamente orientada pelos órgãos centrais de ensino, sob padrões burocráticos, que tornam difícil a compreensão da sua realidade e a abertura de espaço para as ações dos sujeitos que o vivem (PENIN, 2011).

A escola sempre teve dificuldade em lidar com a pluralidade de ideias e de concepções pedagógicas, tendendo a silenciá-las e neutralizá-las, sentindo-se mais confortável com a uniformidade e a padronização. Portanto, deve viabilizar a constituição de relações que estimulem os diferentes saberes, manifestações culturais e óticas, sendo necessário entender a educação não apenas como ensino, não no sentido de habilitar, de “dar” competência, mas no sentido de humanizar. Todavia, demonstra ter se esquecido disso, nas relações que exerce com os educandos, mas, a contemporaneidade requer a abertura de espaços para a diversidade, para a diferença e para o cruzamento de culturas, e constitui-se o grande desafio que está chamada a enfrentar (BRASIL, 2013).

Constata-se que a educação formal no mundo moderno tem importante valor sociocultural, e o bom desempenho escolar é indicativo de futuro sucesso social. Porém, com esta nova realidade plural e universalizada de acesso escolar, conseqüentemente, professores receberam em sala os diversos alunos que, em sua jornada, também trazem diferentes históricos: condições socioeconômicas desfavoráveis, falta de estímulo para o estudo e, ainda, dificuldades decorrentes de situações culturais, biológicas e sensoriais. Todos esses fatores podem ser identificados em algum momento de sua escolarização, muitas vezes, caracterizada pelo mau desempenho, ou seja, um rendimento escolar abaixo do esperado para determinada idade, habilidades cognitivas e escolaridade (SIQUEIRA, GURGEL-GIANNETTI, 2011).

Independentemente da etiologia, o mau desempenho escolar resulta em outros problemas, como emocionais (baixa autoestima, desmotivação) e preocupação familiar, além de repercussão em diversas esferas: individuais, familiares, escolares e sociais, inclusive na sua qualidade de vida (REZENDE, LEMOS, MEDEIROS, 2017). Pode ter mais de uma causa, sendo uma confluência de fatores (ex: filhos de mães alcoolistas expostos a álcool durante a gestação em meio sociocultural pouco favorável). Neste sentido, para os agentes educadores, o aprendizado de qualidade deve ser o alvo principal do direito à educação, e uma meta que o país precisa perseguir incansavelmente (SIQUEIRA, GURGEL-GIANNETTI, 2011).

Destaca-se que teóricos como Jean William Fritz Piaget (1896-1980) e Lev Semyonovich Vygotsky (1896-1934) estabeleceram estudos relacionados à aprendizagem e cognição, além da maturação intelectual, com relevantes contribuições para o campo da educação (ASSUNÇÃO, FREITAS, 2019). Apesar de existirem diversas definições na literatura, todas elas consideram a aprendizagem como a capacidade de aquisição de novas habilidades, através da integração de diversas funções do sistema nervoso, possibilitando a melhor adaptação e desenvolvimento do indivíduo ao meio (SIQUEIRA, GURGEL-GIANNETTI, 2011; ROTTA, OHLWEILER, RIESGO, 2016). É um processo complexo decorrente de modificações estruturais e funcionais do sistema nervoso, relacionado ao número de vezes que uma via neural recebe um estímulo. Assim, para uma aprendizagem escolar adequada, faz-se necessário que o desenvolvimento da região cerebral ocorra livre de interferências negativas, sejam intrínsecas ou extrínsecas ao indivíduo (PATERLINI et. al., 2019).

As influências intrínsecas são decorrentes de condições próprias da criança, e podem impedir diretamente o desenvolvimento adequado de alguma etapa do processo de aprendizagem escolar, como a dislexia, discalculia, Transtorno Específico de Aprendizagem - TEA e o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade - TDAH, sendo de origem neurobiológica. Por sua vez, os problemas psicoemocionais (ansiedade, agressão, auto-estima, atitudes de desatenção, isolamento, não concentração e depressão), doenças crônicas, presença de necessidades especiais (esferas motoras ou sensoriais) interferem na aprendizagem na forma indireta (PATERLINI et. al., 2019; KAUARK, SILVA, 2008).

Já as interferências extrínsecas são aquelas que não são inerentes à criança, é o contexto mais amplo, de origem didático-metodológica e/ou sociocultural, como inadequação pedagógica, incapacitação de professores, condições sócio-econômico-culturais adversas ou pouco estimuladoras, baixa escolaridade dos pais e ambiente familiar desfavorável. Essas condições são as causas das dificuldades de aprendizagem ou potencializadores dos Transtornos de Aprendizagem (déficits causados pelos fatores intrínsecos neurobiológicos) (ROTTA, OHLWEILER, RIESGO, 2016; SIQUEIRA, GURGEL-GIANNETTI, 2011; BRASIL, 2019).

Estas constituem-se obstáculos para o sucesso na vida escolar, e quanto mais cedo forem identificados, maior a possibilidade de intervir-las e/ou superá-las. Deve-se considerar que a entrada na etapa da escolarização faz com que as crianças vivenciem mudanças importantes em seu processo de desenvolvimento, que repercutem em suas relações consigo mesmas e com os outros (BRASIL, 2018). Neste sentido, é preciso que se respeitem várias integridades, como o desenvolvimento sensório-motor, perceptivo e cognitivo, e a maturação neurobiológica, além

de inúmeros aspectos psicossociais, como: oportunidades de experiências de vida, do ambiente, exploração de objetos e brinquedos, assistência médica, nível cultural e econômico (BRASIL, 2019). É essencial que todos os profissionais envolvidos na educação tenham conhecimento acerca destas influências e considerem as particularidades de cada aluno para o sucesso de seu aprendizado (SIQUEIRA, GURGEL-GIANNETTI, 2011).

No entanto, as estatísticas educacionais apontam um cenário desafiador, denunciando os números alarmantes relacionados ao desempenho escolar insatisfatório no país. No Brasil o monitoramento das escolas e das redes de ensino é feito a cada dois anos, por meio do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB), indicador que relaciona o desempenho dos estudantes em avaliações externas de larga escala com dados de fluxo escolar (taxa de aprovação, reprovação e abandono). Com 10,2 milhões de alunos, a rede municipal tem uma participação de 67,6% no total de matrículas dos anos iniciais, foco deste estudo, e concentra 83,7% dos alunos da rede pública. Na avaliação realizada em 2019, a nota neste segmento, foi de 5,9, numa escala que vai de 0 a 1 (quanto maior o desempenho dos alunos e maior o número de alunos aprovados, maior será o Ideb) (INEP, 2019).

Outros dados indicam que mais da metade dos alunos brasileiros chegam ao final do 3º ano do ensino fundamental sem saber ler, ou lendo precariamente, com sua trajetória escolar comprometida. Isso se reflete em altas taxas de reprovação, distorção idade-série, abandono e evasão. Segundo o censo escolar de 2018, no 3º ano a taxa de reprovação foi de 9,4%, e a de distorção idade-série foi de 12,6%, com aumento significativo nos anos seguintes (BRASIL, 2019).

Diante disso, há de se problematizar o fato de que historicamente as explicações e análises para o fenômeno do fracasso escolar se voltaram para capacidades e processos internos daquele que aprende, culpabilizando-os individualmente, e desconsiderando o ensino, os mecanismos e funcionamentos escolares que interferem na relação entre o ensinar e o aprender e que influenciam na produção das dificuldades escolares. Somado a isso, houve um aumento significativo nas explicações atribuídas à ordem biológica, como falhas neurológicas até traços de caráter e de personalidade, à dinâmica familiar conturbada ou ainda como uma questão de problemas de relacionamento entre professores e alunos. Ressalta-se aqui que estes motivos têm aumentado o número de encaminhamentos de crianças para atendimento especializado nos sistemas públicos de saúde, sendo denominados como queixas escolares (GOMES, PEDRERO, 2015).

Atualmente, sabe-se que o fracasso ou o sucesso nos processos de ensino e de aprendizagem escolar é muito menos determinado por questões individuais do que por

mecanismos institucionais e políticos (GOMES, PEDRERO, 2015). Com o propósito de fortalecer o processo de escolarização, recentemente foi lançada a Política Nacional de Alfabetização (PNA) que postula que a formação básica do cidadão é o objetivo do ensino fundamental, mediante o desenvolvimento da capacidade de aprender as principais habilidades, ler, escrever e realizar operações matemáticas básicas. De acordo com a PNA, as aprendizagens dessas habilidades impactam positivamente em toda a vida escolar, pessoal e profissional, sendo vista como instrumento de superação de vulnerabilidades sociais e condição para o exercício pleno da cidadania. Algumas dessas competências devem ser iniciadas na educação infantil, sendo estimulado a passagem das crianças por este segmento escolar (BRASIL, 2019).

Neste contexto, há necessidade de que a escola seja vista como um espaço em que relações sociais e individuais se articulam numa trama complexa e precisa ser analisada como tal (GOMES, PEDRERO, 2015). Além disso, considera-se fundamental que reveja o seu papel em uma sociedade que assume o paradigma da inclusão, pois este tema diz respeito a todas as pessoas e instâncias envolvidas no processo educacional, e não apenas as que integram o público-alvo da educação especial ou pessoas e grupos marcados como diferentes ou socialmente definidos como minoria. Uma educação verdadeiramente inclusiva reconhece a diversidade do seu alunado e, por isso mesmo, adapta-se às suas características de aprendizagem. Oferece respostas específicas adequadas e diversificadas, e assim podem proporcionar para o aluno condições de superar ou compensar as suas dificuldades, independentemente das causas (BATISTA, CARDOSO, 2020).

Por fim, sabe-se que o acesso à escola deixou de ser restrito, no entanto, a qualidade da educação, o fracasso e a evasão escolar são algumas questões que ainda necessitam ser resolvidas (SIQUEIRA, GURGEL-GIANNETTI, 2011). Muitos são os aspectos da problemática educacional brasileira, os quais persistem por décadas, atravessando diferentes períodos políticos e econômicos (PENIN, 2011). Porém, percebe-se que, apesar de todas as mazelas e deficiências, nos últimos anos a educação vem sendo vista como setor fundamental para o desenvolvimento do país e dos indivíduos (GOMES, 2018).

Neste sentido, para melhoria dos processos educacionais considera-se indispensável o fortalecimento de ações intersetoriais junto às áreas de saúde, trabalho, cultura e assistência, assim como, a integração das diferentes políticas sociais. Tais mudanças carecem de ímpetus, desejos e certamente vontade política, mas, para os que acreditam que no campo da educação a ação investigativa e a ação política caminham juntas, perseverar é condição fulcral (PENIN, 2011).

3. REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico, também conhecido como modelo e/ou marco teórico, caracteriza-se por uma teoria ou um grupo de teorias que fundamentam as hipóteses, políticas e currículo de uma ciência, trazendo conceitos limitados, específicos e inter-relacionados (FAWCETT, DESANTO-MADEYA, 2013). Neste tópico, buscou-se fazer uma descrição das bases teóricas dos Determinantes Sociais da Saúde, o qual deu o aporte teórico à presente investigação devido à aderência ao objetivo do estudo.

3.1 DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (DSS)

Na intenção de compreender o processo saúde-doença diversos paradigmas explicativos surgiram ao longo do tempo, com o intuito de buscar as inferências causais para as doenças, os quais muitas vezes, expressavam contrapontos entre visões de mundo e do pensar saúde (ROCHA, DAVID, 2015). Embora, atualmente, já se tenha alcançado um consenso sobre a importância dos Determinantes Sociais da Saúde na situação de saúde, é preciso destacar que este entendimento foi sendo construído no decorrer da história (BUSS, PELLEGRINI-FILHO, 2007).

A teoria sobre DSS nos últimos vinte anos têm sido foco em diversos debates acadêmicos e políticos em âmbito internacional, havendo uma crescente tendência para a realização de estudos acerca das relações entre saúde e fatores econômicos, sociais, ambientais etc. Tal é o grau de importância, que diversos países estão promovendo políticas sanitárias que abordem a temática, visto que reflete no bem-estar e na qualidade de vida (SOUZA, SILVA, SILVA, 2013; ROCHA, DAVID, 2015).

No entanto, para abordar os “Determinantes Sociais da Saúde”, é necessário apresentar um breve resgate dos modelos causais clássicos e dos contextos históricos envolvidos no processo saúde-doença, e esclarecer o conceito e origem da “Determinação Social da Saúde”, a qual muitas vezes tem sido considerado erroneamente como sinônimos, mas que tem uma relevante contribuição na formação da medicina social latino-americana e na história do movimento sanitário brasileiro (VERDI, DA ROS, SOUZA, 2013).

Dá-se início à interpretação do processo saúde-doença em meados do século XIX, onde a literatura aponta o predomínio do paradigma socioambiental, com a teoria miasmática, que defendia que as doenças tinham origem nos miasmas (o conjunto de odores fétidos resultantes da matéria orgânica em putrefação nos solos e lençóis de água contaminados). Tal explicava as

mudanças sociais e práticas de saúde que ocorreram na época, fruto dos processos de urbanização e industrialização (SOUZA, SILVA, SILVA, 2013; CARRAPATO, CORREIA, GARCIA, 2017). Na época, os estudos sobre a contaminação da água e dos alimentos, assim como sobre riscos ocupacionais, trouxeram importante reforço para o conceito de miasma e para as ações de saúde pública (BUSS, PELLEGRINI FILHO, 2007).

Como desdobramento da higiene, no século XIX, em uma conjuntura de radicalização política, surge o movimento da Medicina Social, em 1848, com origem na Europa, vinculada à polícia médica na Alemanha, à medicina urbana na França e à medicina da força de trabalho na Inglaterra. Este movimento com inspiração político-ideológica, que defendeu a intervenção do Estado nas questões de saúde, representa as primeiras evidências da determinação social do processo saúde-doença, a qual que identifica na estrutura social classista o principal determinante das condições de saúde da coletividade (SOUZA, 2014; ROCHA, DAVID, 2015; SUCUPIRA et al., 2014) Virchow, um dos médicos cientistas sociais mais destacados vinculados a essa teoria, entendia que ciência médica é intrínseca e essencialmente uma ciência social, destacando que o enfrentamento das doenças exigem medidas de caráter médico e social (VERDI, DA ROS, SOUZA, 2013; SOUZA, 2014).

O Movimento de Medicina Social foi hegemônico na Europa entre 1830 e 1870, quando ascende a teoria pasteuriana unicausal (VERDI, DA ROS, SOUZA, 2013). Com os estudos dos bacteriologistas, como Koch e Pasteur, surgiu este novo paradigma, no qual a saúde e a doença deveriam ser pesquisadas em laboratório, com foco estritamente biologicista (SOUZA, SILVA, SILVA, 2013). Este enfoque da saúde como um fenômeno biológico individual, avançou o século XX, porém, iniciava-se certo conflito entre essa concepção e o aspecto social, e que levou ao questionamento do paradigma biomédico da doença, especialmente, com o advento das contribuições dos teóricos da medicina social (SOUZA, SILVA, SILVA, 2013; ROCHA, DAVID, 2015).

Diante da tensão entre essas ideias, e em meio a um contexto de pós 2ª guerra, houve a criação da OMS, em 1948, que representou um marco para uma nova concepção de saúde, que, ao tomá-la não só como ausência de doença, mas um completo bem-estar físico, psíquico e social, buscava superar a concepção biomédica utilizada até então. Esta definição pressupõe que a condição de saúde de um indivíduo é um conceito complexo, multidimensional e dinâmico (CARRAPATO, CORREIA, GARCIA, 2017; SILVA, SCHRAIBER, MOTA, 2019).

Entretanto, esse propósito foi ofuscado pelos programas verticais baseados na tecnologia, que dominaram a saúde pública. Na década de 50, a grande onda de campanhas de vacinação contra epidemias, como para a erradicação da varíola, sustentava o sucesso da ênfase

bacteriológica, concentrada na aplicação de tecnologias de prevenção ou cura, deixando à margem o contexto social e o seu papel na geração do processo saúde-doença (BUSS, PELLEGRINI FILHO, 2007; GEIB, 2012; SOUZA, SILVA, SILVA, 2013)

Entre os anos 60 e início dos anos 70, destacou-se o enfoque comunitário, que utilizava a educação sanitária e a prevenção de doenças como estratégias para atender as necessidades básicas de saúde da população nos países em desenvolvimento. A atuação junto às comunidades desfavorecidas, com a ampliação da atenção básica, revelou as iniquidades da saúde e a necessidade de abordar seus determinantes não médicos (GEIB, 2012).

Em decorrência da incapacidade em explicar a causalidade dos principais problemas de saúde que emergiam nos países industrializados, como as doenças crônicas e degenerativas o movimento de crítica ao paradigma biomédico foi retomado, e assim ocorreu um grande esforço de construção teórica na área da saúde (GARBOIS, SODRÉ, DALBELLO-ARAÚJO, 2017). Na década de 1970, com argumentações contrárias à abordagem positivista de interpretação do processo de adoecimento, centrado na causação biologicista, os estudos da corrente da medicina social trouxeram importantes contribuições teóricas sobre o social na saúde para o contexto da América Latina (ALMEIDA-FILHO, 2004; SOUZA, SILVA, SILVA, 2013; SOUZA, 2014; ROCHA; DAVID, 2015).

A abordagem sugerida pelo pensamento médico-social fundou-se, então, na recolocação da problemática da relação entre o processo social e o processo biológico, a partir da perspectiva da determinação. A ótica de análise passou a ser estabelecida pela abordagem da dimensão coletiva como produtora e reprodutora das formas, tanto de adoecimento, quanto de vitalidade (GARBOIS, SODRÉ, DALBELLO-ARAÚJO, 2017). Dessa forma, a Determinação Social da Saúde ou Produção Social da Saúde, é compreendida como um referencial teórico que discute a abrangência da coletividade e do caráter histórico-social do processo saúde-doença, não colocando em foco discussões de dados epidemiológicos individuais, propiciando explicitar a relação entre o biológico e o social (ROCHA, DAVID, 2015).

A finalidade era compreender a saúde-doença como um fenômeno coletivo, sendo que o objeto de estudo deixa de ser o indivíduo e passa a ser o grupo (GARBOIS, SODRÉ, DALBELLO-ARAÚJO, 2017). A pesquisadora do México, Asa Cristina Laurell, enuncia a concepção saúde-doença da coletividade como sendo “o modo específico pelo qual ocorre no grupo o processo biológico de desgaste e reprodução”. Mesmo se tratando de um grupo, a expressão é social na medida em que não é possível focalizar a normalidade biológica do homem desvinculada do momento histórico (EGRY, 1996). Laurell traz como eixo da determinação social a categoria do trabalho, em que a autora identifica os diversos

determinantes sociais da saúde estreitamente vinculados às condições advindas do exercício profissional (ALMEIDA-FILHO, 2004).

Outro pesquisador, o epidemiólogo equatoriano Jaime Breilh, concebe o processo saúde-doença como a “síntese do conjunto de determinações que operam numa sociedade concreta, produzindo nos diferentes grupos sociais o aparecimento de riscos ou potencialidades características, por sua vez manifestos na forma de perfis ou padrões de doença ou saúde” (EGRY, 1996). Breilh procura localizar na classe social o determinante central e busca identificar perfis epidemiológicos distintos acompanhando a distinção de classes sociais no interior das sociedades (ALMEIDA-FILHO, 2004).

Ademais, o conceito da Determinação Social da Saúde tem origem a partir da constatação da lógica capitalista na medicina e vai contra o Estado autoritário e o modelo excludente e discriminatório. Considera a política uma dimensão indissociável, apoiando-se na perspectiva social e científica da abordagem marxista. Contestam a medicina clínica de enfoque biologicista com abordagem médico curativista, as práticas que não consideram os determinantes estruturais e a sociedade capitalista com sua lógica de transformação da saúde em objeto de lucro (NOGUEIRA, 2010; CYPRIANO, 2016).

Salienta-se que neste período entre os anos de 1970 e 1980 houve a publicação do Relatório Lalonde no Canadá (1974), e a realização da Conferência de Alma Ata na Rússia (1978), que são considerados marcos históricos na inflexão de uma perspectiva política de abordagem das intervenções sobre a saúde, e ressaltam a articulação da saúde com as condições de vida e a necessidade de intervenções globais sobre seus determinantes (MEDINA et al., 2014). Lembra-se que a Conferência adotou o lema do “Saúde para todos no Ano 2000”, a ser alcançado com a estratégia da Atenção Primária de Saúde, retomando a dimensão social nas intervenções sanitárias (GONZALEZ, 2015). No entanto, a década de 80, devido ao consenso econômico e político neoliberal, houve o predomínio do enfoque da saúde como um bem privado, com destaque da concepção centrada na assistência médica individual (GEIB, 2012).

O período que envolve as décadas de 1980 e 1990 foi marcado por fortes crises no mundo, o que levou a necessidade de ajustes estruturais macroeconômicos com profunda contenção dos gastos públicos para quitar as dívidas externas, afetando áreas de grande importância na determinação da saúde como, o próprio setor saúde, a educação, os programas nutricionais, o saneamento básico, o transporte, a habitação, os sistemas de proteção social. A consequência direta foi o aumento da pobreza e da iniquidade em saúde (GEIB, 2012; GARBOIS, SODRÉ, DALBELLO-ARAÚJO, 2017).

Ao mesmo tempo acelerava-se a compreensão científica dos DSS, sendo consenso a sua importância na situação de saúde dos indivíduos e da população, conforme destacado na 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em 1986, que deu origem à Carta de Ottawa, e na década de 90, com o debate sobre as Metas do Milênio (SOUZA, SILVA, SILVA, 2013). Com o movimento moderno da promoção da saúde marca-se a construção de um novo paradigma da saúde, como resultado das conferências internacionais, que colocaram na agenda global as discussões acerca desta temática, sendo entendida, como um conjunto de estratégias promissoras de enfrentamento aos múltiplos problemas de saúde que afetam os indivíduos e comunidades, e que busca diminuir as diferenças nas condições de vida da população através de um desenvolvimento social mais equitativo (BUSS, 2020; LOPES et al.; 2010; JACKSON et al., 2013; MALTA et al, 2016a).

Esta compreensão da promoção da saúde vai além de um estilo de vida saudável, caminha na busca de um bem-estar global, individual e coletivo. As ações são voltadas não apenas para patologia, mas para proporcionar qualidade de vida e bem-estar ao indivíduo, visando à superação das práticas puramente curativas pelas que trabalham com os determinantes do processo de saúde doença (HEIDEMANN et al, 2012). A evolução conceitual exerceu uma crescente influência na organização do sistema de saúde de diversos países e regiões do mundo, constituindo um importante apoio para a implantação das políticas de caráter transversal (FIGUEIREDO et al, 2019).

Muitas políticas sanitárias inovadoras foram implantadas nos países europeus, com vistas a proteger os grupos populacionais desfavorecidos das exposições e vulnerabilidades ligadas à sua posição socioeconômica (GEIB, 2012). No entanto, no contexto brasileiro, as trajetórias de um pensamento social resultaram em diferentes aproximações e momentos. Somente entre 1980-1986, desdobraram-se em propostas para uma política pública efetiva, na luta pela ampliação dos direitos sociais, na mobilização pela Reforma Sanitária, expressas em importantes eventos, como a VIII Conferência Nacional de Saúde, que culminou com a criação do SUS (ROCHA, 2020; DIAS et al., 2018).

Aliado a isto, a incorporação ao novo texto constitucional de 1988 do princípio da “saúde como direito do cidadão e dever do Estado”, representou uma conquista social inédita, e junto a regulamentação da Lei 8.080/90, os determinantes sociais da saúde passaram a ter uma maior relevância no processo saúde-doença da população brasileira. Segundo o Artigo 3º, da referida lei, “Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do país, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o

transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais” (BRASIL, 1990; GONZALEZ, 2015).

Embora as diretrizes da promoção da saúde tenham sido inseridas na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica de Saúde de 1990, a PNPS só se tornou realidade em 2006, tendo sido revisada e aprovada em 2014, fruto do esforço para o enfrentamento dos desafios de produção da saúde num cenário sócio-histórico cada vez mais complexo (BRASIL, 2018; DIAS et al., 2018). A política representou avanços para o país acerca do reconhecimento da importância dos condicionantes e determinantes sociais no processo saúde-doença, com vistas a favorecer o diálogo entre os diversos setores do governo, setores privados e sociedade, compondo redes de compromisso e corresponsabilidade quanto à qualidade de vida da população (DIAS et al., 2018; MALTA et al., 2018).

Assim, na primeira década do século XXI, o mundo avança para a perspectiva de focalizar as populações, com ações direcionadas às sociedades às quais os indivíduos pertencem (GEIB, 2012). Portanto, nos últimos anos, a discussão sobre o social retoma lugar de destaque na agenda política internacional do setor saúde, entretanto, tal retomada deu-se a partir de uma perspectiva teórico-metodológica diferenciada daquela produzida pela corrente médico-social latinoamericana, a epidemiologia crítica da década de 1970 (ALMEIDA-FILHO, 2004).

O reconhecimento da inadequação das estratégias sanitárias não direcionadas a atacar as raízes sociais da doença e do bem-estar dá lugar a uma ênfase nos determinantes sociais consolidados pela criação pela OMS, da CDSS, em 2005 (GEIB, 2012). Tendo por objetivo, promover, em âmbito internacional, um reconhecimento sobre a importância dos determinantes sociais na situação de saúde de indivíduos, populações e sobre a necessidade do combate às iniquidades em saúde por eles geradas; e a tarefa de liderar a formação de comissões semelhantes em todo o mundo (BUSS, PELLEGRINI-FILHO, 2007; GARBOIS, SODRÉ, DALBELLO-ARAÚJO, 2017; SUCUPIRA et.al., 2014).

Para a OMS, a maior parte da carga de doenças, assim como as iniquidades em saúde, acontece por conta das condições em que as pessoas nascem, vivem, crescem, trabalham e envelhecem, sendo esse conjunto de condições chamado de “Determinantes Sociais da Saúde” (OMS, 2011). Muitas críticas têm sido estabelecidas a essa abordagem da OMS sobre os determinantes sociais da saúde, que têm sido articuladas, especialmente, por meio de debates no interior da saúde coletiva e da medicina social latino-americana, circulando ao redor da diferenciação entre determinante sociais da saúde e a determinação social do processo saúde-doença (GARBOIS, SODRÉ, DALBELLO-ARAÚJO, 2017).

As principais divergências observadas nestas duas linhas de estudos apontam para a análise da sociedade, na qual, o referencial da determinação opera com crítica ao modo de produção vigente e os determinantes centram-se no que é produzido pela sociedade, ou seja, a pobreza, a desigualdade, o desemprego, e demais expressões da questão social. Em relação às teorias sociais vinculadas, a perspectiva da determinação está explicitamente perfilada ao referencial marxista que não se encontra no enfoque do DSS (NOGUEIRA, 2010). Nessa perspectiva, também é analisado um importante fenômeno econômico (político e cultural): a globalização, enfatizando sua relação com a pobreza e a saúde (SOUZA, SILVA, SILVA, 2013).

No Brasil, a Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) foi criada com o objetivo de reconhecer a saúde como bem público, reforçar a processo de Reforma Sanitária brasileira e propiciar atividades de discussão sobre a situação social, pelo desenvolvimento de estratégias para alcançar o fim das iniquidades sociais e da pobreza (CNDSS, 2008). Visa fortalecer a importância do estudo dos DSS para identificar quais as principais intervenções que devem ser feitas para se alcançar melhores níveis de saúde, educação e desenvolvimento social (SUCUPIRA et.al., 2014). E apresenta a seguinte definição para os determinantes: “são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco na população” (CNDSS, 2008).

Muitos autores vêm se propondo a estudar os DSS, como Alberto Pellegrini Filho, Paulo Marchiori Buss, Antonio Ivo de Carvalho, Anamaria Testa Tambellini e Margaret Whitehead, dentre outros. Suas diversas definições expressam, com maior ou menor nível de detalhe, o conceito atualmente bastante generalizado de que “as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde” (BUSS, PELLEGRINI FILHO, 2007).

Neste sentido, a busca pelo conhecimento sobre os DSS permitiu a construção de vários modelos que procuram demonstrar a trama de relações entre os diferentes níveis de determinantes sociais e a situação de saúde. Entre estes, a CNDSS resolveu adotar o modelo de Dahlgren e Whitehead (1991) por sua simplicidade, fácil compreensão e clara visualização gráfica dos diversos DSS (GEIB, 2012). No entanto, Buss e Pellegrini Filho (2007) fazem a ressalva de que, embora seja fácil de visualizar, "o modelo não pretende explicar com detalhes as relações e mediações entre os diversos níveis e a gênese das iniquidades".

Este modelo inclui os DSS dispostos em diferentes camadas, desde uma camada mais próxima dos determinantes individuais até uma camada distal, onde se situam os

macrodeterminantes. Como se pode ver na figura 1, no centro do modelo estão os indivíduos (com as características individuais de idade, gênero e fatores genéticos, que evidentemente, exercem influência sobre seu potencial e suas condições de saúde). No primeiro nível encontram-se os fatores relacionados com os estilos de vida (com potencial para serem alterados por ações baseadas em informação). Esta camada está situada no limiar entre os fatores individuais e os DSS, já que os comportamentos, muitas vezes entendidos apenas como de responsabilidade individual, na realidade podem também ser considerados parte dos DSS. No seguinte estão as redes de apoio sociais e comunitárias, cuja maior ou menor riqueza expressa o nível de coesão social, e são indispensáveis para a saúde da sociedade como um todo. No próximo nível estão representados os fatores relacionados a condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso a ambientes e serviços essenciais, como saúde e educação, indicando que as pessoas em desvantagem social correm um risco diferenciado. No nível mais distal estão representados os determinantes em nível macro (macrodeterminantes), relacionados com aspectos econômicos, ambientais, culturais da sociedade em geral, incluindo ainda determinantes supranacionais, como o modo de produção e consumo de determinado local e o processo de globalização. Estes possuem grande capacidade de influenciar os fatores dos níveis subjacentes (BUSS, PELLEGRINI-FILHO, 2007; CNDSS, 2008; CARRAPATO, CORREIA, GARCIA, 2017)

Figura 1 - Modelo de Determinantes Sociais da Saúde proposto por Dahlgren e Whitehead.

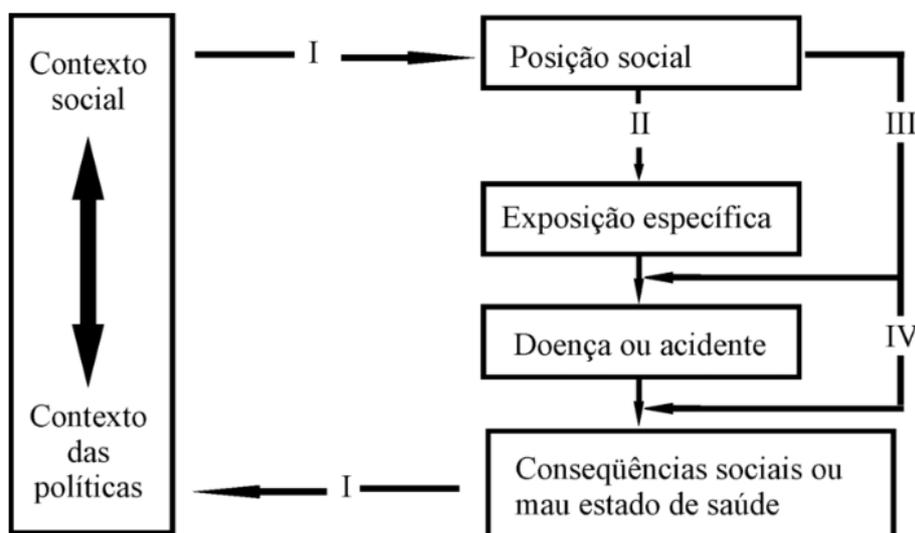


Fonte: Buss, Pellegrini-Filho, 2007.

Neste sentido, por ser um modelo difundido nos estudos realizados no cenário brasileiro e utilizado pela CNDSS, como anteriormente mencionado, utilizaremos como referencial para analisar o contexto de vida de crianças escolares que frequentam os primeiros anos do ensino fundamental na rede pública de ensino, e que residem em uma região metropolitana do sul do país, sob a ótica dos profissionais da saúde e da educação.

Apresenta-se na sequência o modelo de Diderichsen e Hallqvist (1998), (FIGURA 2), posteriormente adaptado por Diderichsen, Evans e Whitehead (2001). Este enfatiza a estratificação social gerada pelo contexto social, que confere aos indivíduos posições sociais distintas, as quais por sua vez provocam diferenciais de saúde: (I) determinada posição social como resultado de diversos mecanismos sociais, como o mercado de trabalho; (II) pela posição social ocupada, aparecem diferenciais, como o de exposição a riscos que causam danos à saúde; (III) o diferencial de vulnerabilidade à ocorrência de doença, uma vez exposto a estes riscos; e (IV) o diferencial de consequências sociais ou físicas, uma vez contraída a doença. Por “consequências sociais” entende-se o impacto que a doença pode ter sobre a situação socioeconômica do indivíduo e sua família (BUSS, PELLEGRINI FILHO, 2007).

Figura 2 - Modelo de Determinantes Sociais da Saúde proposto por Diderichsen e Hallqvist



Fonte: Buss, Pellegrini-Filho, 2007.

As iniquidades sociais ganharam relevância na agenda pública global, com destaque para a mobilização gerada pela OMS para promover uma tomada de consciência sobre a importância dos determinantes sociais na situação de saúde de indivíduos e populações e sobre as necessidades de saúde por eles geradas (RIBEIRO, AGUIAR, ANDRADE, 2018). Em 2010, a organização estabeleceu um novo marco conceitual sobre os DSS, que passou a ser adotado na Conferência Mundial sobre os DSS de 2011, sediada no Brasil, por ser um dos países pioneiros na introdução desta temática em sua pauta política (OMS, 2011).

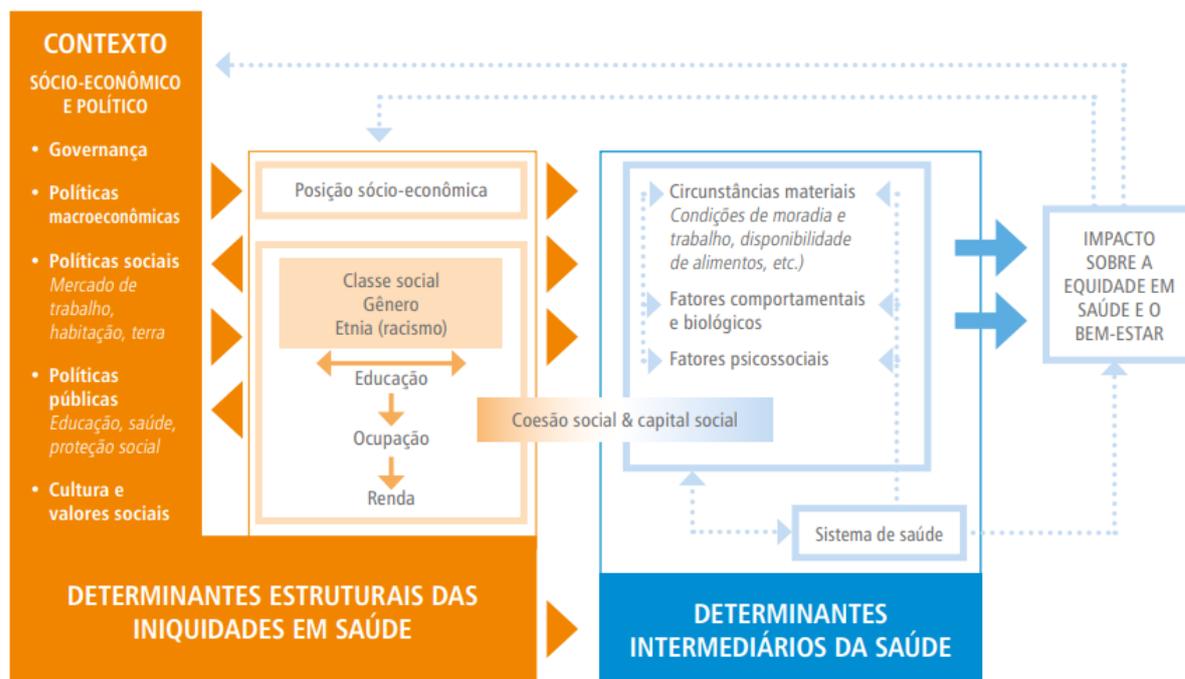
Cabe informar, que a “Declaração Rio”, documento final desta conferência, destacou cinco áreas estratégicas para o alcance da equidade em saúde: melhorar a governança no campo da saúde e do desenvolvimento; fomentar a participação social na formulação e implementação das políticas públicas; promover a construção de sistemas de saúde orientados para a redução das iniquidades em saúde; fortalecer a governança e colaboração global para a saúde; e monitorar os avanços (OMS, 2011; GARBOIS, SODRÉ, DALBELLO-ARAÚJO, 2014). No ano seguinte, em 2012, também no Rio de Janeiro, Brasil, aconteceu a Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável/ Rio + 20, em que os estados membros se comprometeram a fortalecer os sistemas de saúde para que se ofereça acesso universal e equitativo à saúde (RIBEIRO, AGUIAR, ANDRADE, 2018).

O modelo proposto por Solar e Irwin em 2010 (FIGURA 3), ressalta que os determinantes mais importantes são aqueles que geram estratificação social, denominados estruturais, os quais assumem uma posição de destaque, próxima a ideia de 'raiz' ou 'base', representando a prioridade causal aos fatores estruturais na geração das iniquidades em saúde e na modulação das condições de vida. (OMS, 2011; GARBOIS, SODRÉ, DALBELLO-ARAÚJO, 2014). Estes determinantes estruturais operam para moldar os efeitos na saúde, por meio de um conjunto de determinantes intermediários. A “estrutura” expressa como os mecanismos sociais, econômicos e políticos dão origem a um conjunto de posições socioeconômicas, em que as populações são estratificadas por diferentes fatores e que, por sua vez, determinam vulnerabilidades e exposições diferenciadas nas condições de saúde (determinantes intermediários) e refletem o lugar das pessoas dentro das hierarquias sociais.

Por conseguinte, os determinantes intermediários referem-se ao conjunto de elementos categorizados em circunstâncias materiais (como condições de moradia), fatores comportamentais (estilos de vida e comportamentos), biológicos (fatores genéticos) e psicossociais (como falta de apoio social). O sistema de saúde é considerado um determinante intermediário da saúde, reconhecendo principalmente a influência das barreiras de acesso. A

coesão social e o capital social transpõem as dimensões estrutural e intermediária (GARBOIS, SODRÉ, DALBELLO-ARAÚJO, 2014).

Figura 3 - Modelo dos Determinantes Sociais da Saúde proposto por Solar e Irwin.

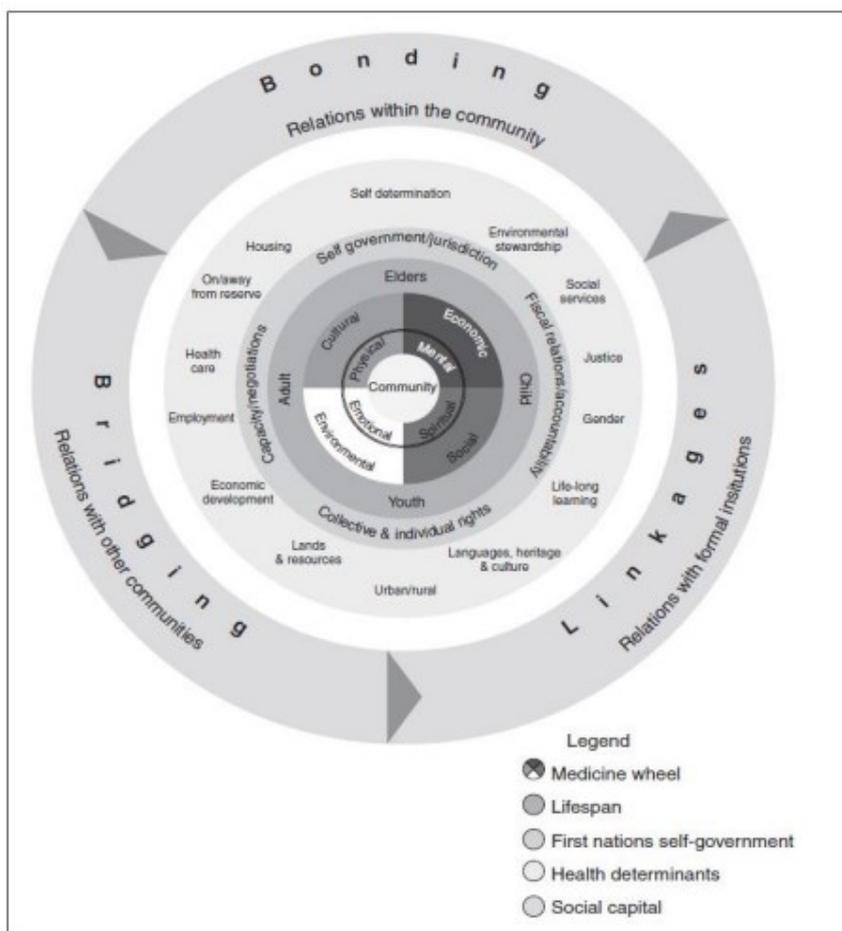


Fonte: OMS, 2011.

No sentido de ampliar o conceito de DSS, a pesquisadora canadense Anne Andermann (2013) afirma que a saúde deve ser explorada de diferentes ângulos e perspectivas a partir de um conceito holístico e multidimensional. Conforme ilustrado na figura 4, a autora representa as pessoas e seus DSS por meio de um círculo que tem a comunidade no centro, seguido dos fatores mentais, espirituais, emocionais e físicos, que influenciam singularmente a vida de cada indivíduo. Contemplam-se, na sequência, os fatores econômicos, ambientais, sociais e culturais. Representam-se a idade da pessoa e a capacidade de se autorregular e se relacionar dentro desta comunidade também como determinantes que impactam positivamente, ou negativamente, a saúde desta população.

O foco principal da investigação sobre as causas da saúde precária das populações deve estar voltado para os DSS. Acredita-se que para melhorar os indicadores de saúde, é necessário compreender os fatores que levam às más condições e intervir de forma eficaz. Para a melhoria da saúde da população, requer-se mais do que abordar os problemas a nível biológico, é necessário também tratar as dimensões emocional, social e espiritual que são invariavelmente associadas com os problemas de saúde (ANDERMANN, 2013).

Figura 4 - Saúde como um conceito holístico e multidimensional.



Fonte: Andermann, 2013.

Diante do exposto, ressalta-se que os determinantes sociais da saúde são pautados em uma forte justificativa epidemiológica, voltada para a compreensão do impacto da desigualdade na saúde e bem-estar social e centrada no papel da política de redução da desigualdade (JACKSON et al., 2013). Neste sentido, a evolução conceitual e prática do movimento de promoção da saúde em nível mundial indica uma ênfase cada vez maior na atuação sobre os DSS, constituindo importante apoio para a implantação de ações e políticas públicas (BUSS, PELLEGRINI-FILHO, 2007). Portanto, reforça-se a importância do desenvolvimento de ações que articulem os DSS com a Promoção da Saúde, de modo que esta nova concepção possa contribuir para uma melhor compreensão e endereçamento das iniquidades de saúde e alcance da equidade (HEIDEMANN et al., 2018).

4. METODOLOGIA

A metodologia consiste no caminho do pensamento e da prática exercida na abordagem de uma realidade. Inclui simultaneamente a apresentação adequada e justificada da teoria da abordagem (o método), os instrumentos de operacionalização do conhecimento (as técnicas) e a criatividade do pesquisador (sua experiência, sua capacidade pessoal e sua sensibilidade) que devem ser utilizados para as buscas relativas às indagações da investigação (MINAYO, 2014).

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo ação-participante, no qual os dados são contextualizados a partir da realidade dos participantes (FELCHER, FERREIRA, FOLMER, 2017). Fundamentou-se nos pressupostos teórico-metodológicos de Paulo Freire, que se consolida por uma concepção pedagógica libertadora, dialógica e horizontalizada (FREIRE, 2019).

A opção pela metodologia qualitativa advém da natureza do objeto desta investigação, sendo que também contribuíram para esta escolha, a visão de mundo da pesquisadora, os ideais, as experiências de vida, profissional e acadêmica, e o conhecimento teórico e metodológico. Estas pesquisas ocupam-se de um nível subjetivo e relacional da realidade social, tratado por meio da história, da biografia, das relações, do universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores, das atitudes e manejam técnicas variadas para o trabalho empírico; além de enraizar e buscar respostas para questionamentos particulares, num nível de realidade que não pode ser quantificado, nem reduzido à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2014).

Este campo de investigação atravessa disciplinas e temas, considerado como um grande guarda-chuva que recobre diferentes abordagens usadas para descrever, compreender e interpretar experiências, comportamentos, interações e contextos sociais (DENZIN, LINCOLN, 2010). Dentre estas, o tipo de pesquisa ação-participante ou ação-participativa (PAP), originariamente vinculada a movimentos políticos e sociais latino-americanos, vêm difundindo-se e ganhando adeptos em outras partes do mundo. Com experiências pioneiras relacionadas a Orlando Fals Borda e Paulo Freire, é uma metodologia inserida num processo vivencial para os grupos de base, que inclui simultaneamente educação de adultos, pesquisa científica e ação política (NOVAES, GIL, 2009).

Para este estudo, adotou-se o referencial metodológico do brasileiro Paulo Freire, consolidado em sua obra fundamental, *Pedagogia do oprimido*, publicada em 1970. O *modus operandi* proposto pelo educador foi idealizado para a alfabetização de adultos pobres e vulneráveis, para um potencial mobilizador político e social, com vistas à transformação da realidade e à promoção da cidadania (FREIRE, 2019; SILVA FILHO et al, 2016; HEIDEMANN et al, 2017). Trata-se de um método que promove a troca de saberes entre as pessoas, cuja finalidade é promover um processo reflexivo acerca da realidade social, revelando o que está oculto, dando voz aos envolvidos, que buscam uma forma coletiva de melhorar a compreensão do mundo e transformá-lo (FREIRE, 2019; HEIDEMANN et al, 2017).

Seus pressupostos alinham-se ao paradigma compreensivo e à pesquisa de abordagem qualitativa, especialmente, porque reflete o contexto social em que os participantes vivem/trabalham e valoriza as fontes culturais e históricas dos indivíduos (HEIDEMANN, WOSNY, BOEHS, 2014; HEIDEMANN et al, 2017). Neste sentido, tem sido estudado e adaptado para a utilização na área da pesquisa, da formação e do processo de trabalho, e tornou-se uma inovação, de inestimável valor, com experiências efetivas principalmente na educação e na saúde, e que precisa ser compartilhada aos diversos campos do saber (SOUZA et al, 2016; HEIDEMANN et al, 2017).

4.1.1 Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire

O “Método Paulo Freire” de ensinar, de empoderar, de valorizar os saberes prévios existentes, a partir das reais necessidades das pessoas, possui latente cunho libertador/emancipador. Conhecido como Itinerário de Pesquisa, compreende três fases distintas, interligadas dialeticamente: Investigação Temática, Codificação e Descodificação e Desvelamento Crítico (FREIRE, 2019; HEIDEMANN et al., 2017).

A primeira etapa, denominada Investigação Temática, se caracteriza pelo diálogo inicial, que visa a identificação dos temas geradores levantados pelos próprios participantes, oriundas do universo vivenciado e da consciência dessas pessoas (HEIDEMANN et al, 2017). Baseado em Freire (2019), o tema gerador tem como critério de seleção situações-limites em que os sujeitos estão imersos e sobre as quais apresentam uma compreensão acrítica e determinística, isto é, está relacionado a situações problemáticas da realidade existencial dos sujeitos. O tema levantado promove o debate e abre possibilidades para outras discussões, que produzem novas imagens e reflexões para a vida das pessoas. Este momento de descoberta dos principais temas, extraídos do cotidiano dos participantes, é de fundamental importância, pois,

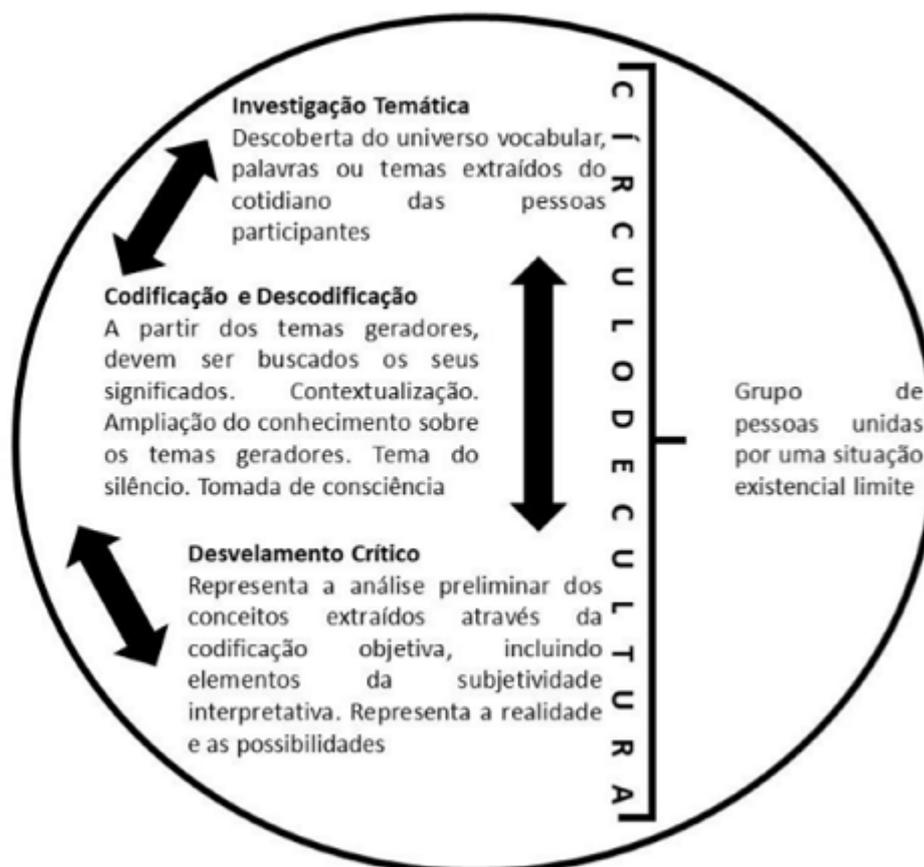
a partir deles, se desencadeará a problematização e que determinará a ação (SILVA FILHO et al, 2016).

Na etapa da Codificação e Descodificação ou Tematização, consideradas indissociáveis, busca-se compreender o significado dos temas pelos participantes, os quais são codificados e decodificados, por meio do diálogo, para a tomada de consciência do mundo. A Codificação é um processo contínuo de ir e vir, da realidade vivida à realidade admirada, podendo o pesquisador compreender o senso comum dos participantes. Os temas gerados são retomados, problematizados e contextualizados, e os participantes, vão substituindo uma visão mágica (pré-existente) do cotidiano, para uma visão crítica e social do assunto discutido. As codificações não são frases prontas, mas objetos cognoscíveis, desafios sobre os quais devem incidir a reflexão crítica dos decodificadores sobre a realidade vivida (FREIRE, 2019; HEIDEMANN et al., 2017). Deste modo, a Descodificação representa a análise crítica de uma situação codificada, um momento dialético em que os participantes passam a admirar, refletir sobre sua ação, questionar as situações que vivenciaram. É neste momento que refazem seu poder reflexivo e se reconhecem como seres capazes de transformar o mundo (FREIRE, 2019; SILVA FILHO et al, 2016).

Na terceira etapa, o Desvelamento Crítico, Problematização ou ainda Redução Temática, há a interação, a troca e a reflexão crítica eclodem com a construção do conhecimento. Há a tomada de consciência da situação existencial, representa a compreensão da realidade, em que se descobrem os limites e as possibilidades de transformação dos temas agora desvelados. É a última etapa do Itinerário de Pesquisa, momento em que ocorre o processo de ação-reflexão-ação, evidenciando a necessidade de uma ação concreta no âmbito cultural, social e político, para a superação dos obstáculos e contradições da realidade vivida (FREIRE, 2019; HEIDEMANN et al, 2017; SILVA FILHO et al, 2016).

Essa proposta pedagógica libertadora possui o diálogo como ferramenta-chave na condução e efetivação de seus passos, os quais vão se inter-relacionando, num movimento de construção que avança e retroage (FREIRE, 2019; HERMIDA et al, 2016; HEIDEMANN et al, 2017). Para uma melhor visualização dos momentos metodológicos, apresenta-se o esquema do Itinerário de Pesquisa (FIGURA 5):

Figura 5 - Esquema do Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire



Fonte: Heidemann et. al., 2017.

Tradicionalmente, as etapas do Itinerário de Pesquisa se desenvolvem no Círculo de Cultura (CC), termo criado por Freire (2019), que se configura pelo encontro entre pessoas ou grupos que se reúnem para refletir em torno de temas emergentes, com vistas à construção de uma percepção profunda da realidade e à elaboração de estratégias coletivas de intervenção (ANTONINI, HEIDEMANN, 2020). É um espaço dinâmico de ensino e aprendizagem, conduzido por um mediador, que instiga o compartilhamento de experiências, em relações horizontalizadas em que todos os sujeitos se tornam participantes do processo de coleta de dados, pois na relação dialógica, ambos se enriquecem e se transformam (SOUZA et al, 2020; HERMIDA et al., 2016).

4.2 CONTEXTO DO ESTUDO

Este estudo teve proposta intersetorial entre a saúde e a educação, e foi desenvolvido em quatro (04) municípios pertencentes à Região da Grande Florianópolis, Santa Catarina

(FIGURA 6). A macrorregião abrange 22 municípios, sendo selecionados para o desenvolvimento da pesquisa, aqueles com maior contingente populacional, rede de atenção à saúde e de ensino públicas na área metropolitana: Florianópolis, São José, Palhoça e Biguaçu.

A capital do estado catarinense, Florianópolis, situa-se no litoral, com uma área de 675,409 Km², dividida em uma parte insular e outra continental. A população estimada é de 492.977 habitantes, e sua economia alicerçada nas atividades do comércio, prestação de serviços públicos, indústria de transformação e turismo (IBGE, 2018; PMF, 2020). São José conta com uma área de 113,6 Km², e população estimada em 239.718 habitantes. A base de sustentação da economia josefense está fundamentada no comércio, indústria e atividade de prestação de serviços (IBGE, 2020; PMSJ, 2020). O município de Palhoça possui uma população de 168.259 habitantes e extensão territorial de 395,133 Km². A economia do município está baseada na indústria, comércio e parte no turismo, pela grande área litorânea (IBGE, 2020; SC, 2020). Por fim Biguaçu, composto por uma população estimada em 69.486 habitantes, em uma área de 367,89 km². A economia tem predomínio na área industrial, agrícola e comércio (IBGE, 2020; PMB, 2020). Todos estes municípios têm uma rica e variada herança cultural oriunda, principalmente, da colonização luso-açoriana.

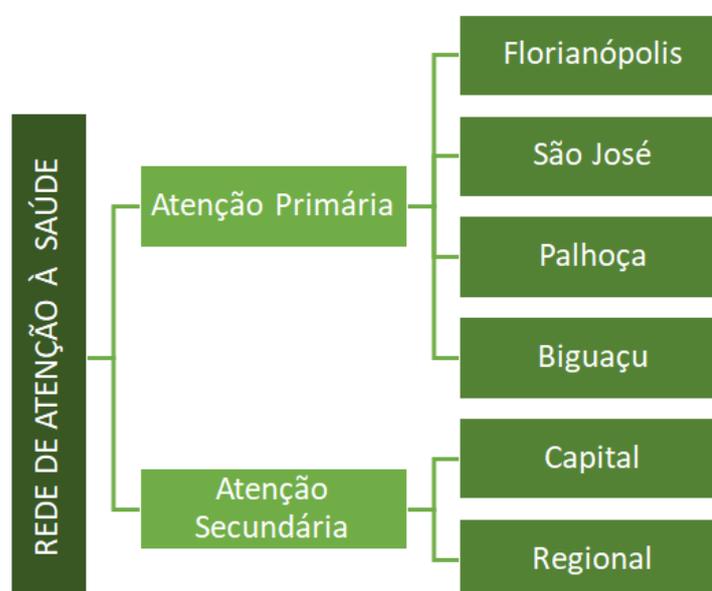
Figura 6 - Municípios da Região da Grande Florianópolis selecionados para o estudo.



4.2.1 Cenários da Rede de Atenção à Saúde

Na rede de atenção à saúde (RAS), o estudo foi realizado com foco na Atenção Primária dos quatro (04) municípios, Florianópolis, São José, Palhoça e Biguaçu, por ser considerada a porta de entrada dos usuários no SUS; e na Atenção Secundária, em dois (02) serviços clínicos especializados no atendimento às dificuldades de aprendizagem, sendo um vinculado à capital, e outro aos demais municípios da Região da Grande Florianópolis, selecionados pela estreita relação com a temática do estudo (FIGURA 7).

Figura 7 - Cenários do estudo vinculados ao setor saúde.

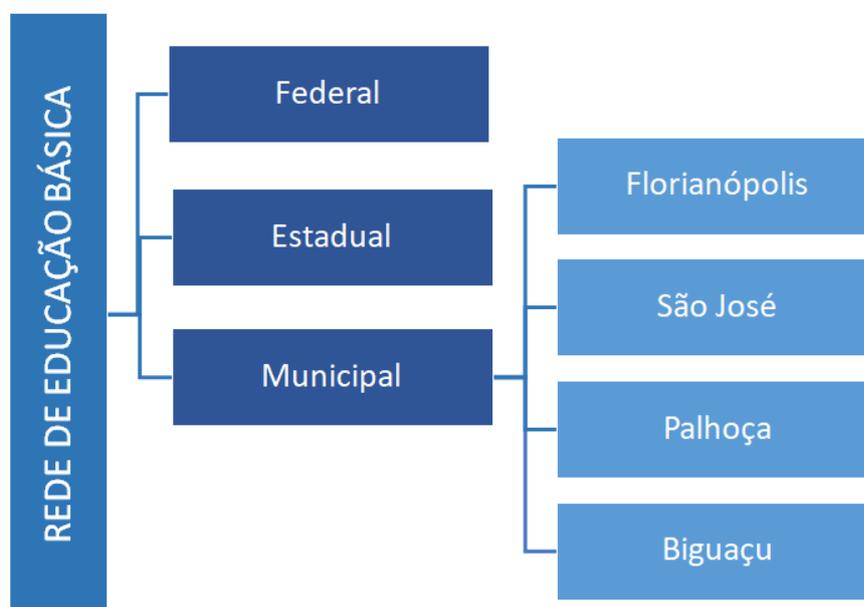


Fonte: a autora (2022).

4.2.2 Cenários da Rede de Educação Básica

Na rede de educação básica, o estudo realizou-se com foco nos anos iniciais escolares do Ensino Fundamental, inicialmente em (01) instituição da rede Federal e (01) instituição da rede Estadual, selecionadas por serem de grande porte, referência na Região da Grande Florianópolis e abrangerem alunos oriundos dos municípios envolvidos. No decorrer da coleta de dados, pela necessidade de abranger o contexto comunitário também no âmbito da educação, foram incluídas as (04) redes de ensino municipais: Florianópolis, São José, Palhoça e Biguaçu (FIGURA 8).

Figura 8 - Cenários do estudo vinculados ao setor educacional.



Fonte: a autora (2022).

4.2.3 Aproximação com o campo

Em razão das medidas restritivas de isolamento social adotadas durante o período pandêmico da COVID-19, não foi possível a aproximação presencial junto às Secretarias de Saúde e Educação para a apresentação do estudo aos responsáveis. Dessa forma, todo o trâmite de submissão, análise e aceite do projeto foi realizado de forma remota, via e-mail e/ou telefone.

Para requisitar a concessão das instituições, no âmbito da saúde, os contatos foram realizados na Gerência de Ensino e Pesquisa Universitária, na Escola de Saúde Pública da Prefeitura Municipal de Florianópolis, nos Núcleos de Educação Permanente em Saúde (NEPS) da Prefeitura Municipal de São José e da Prefeitura Municipal de Palhoça, e na Gerência de Enfermagem da Prefeitura Municipal de Biguaçu. Na educação, inicialmente havia sido definido a realização do estudo em dois locais, sendo contactada a Coordenadoria de Pesquisa e Extensão Universitária (setor federal) e a Direção Geral da Unidade Educativa Catarinense (setor estadual).

Com as declarações de autorização do estudo fornecidas, o projeto foi submetido à Plataforma Brasil para análise pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH). Cabe ressaltar, que este processo burocrático para a obtenção da anuência pelos setores responsáveis despendeu um tempo superior ao previsto no cronograma da pesquisadora,

principalmente, pelo grande número de instituições envolvidas no estudo e pela dificuldade de acesso às informações, haja vista que a maioria dos serviços não estava atendendo no modo presencial.

Por fim, conforme já mencionado, a aproximação com a rede de educação básica dos municípios participantes deu-se com o estudo já aprovado e em andamento. Foram contactados os setores responsáveis, sendo a Gerência de Formação Continuada em Florianópolis, as Direções de Ensino em São José e em Palhoça, e o Departamento de Ensino Fundamental em Biguaçu. Mediante os aceites, foi feito um adendo justificando a inclusão destes cenários junto à Plataforma Brasil, o qual foi aprovado (ANEXO A).

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes da pesquisa foram 45 profissionais, sendo 27 do setor saúde e 18 da educação, que atuam na prática clínica e/ou pedagógica, em atividade assistencial e/ou gerencial, junto às crianças escolares. Em virtude do cunho interprofissional do estudo, adotou-se essa amostragem ampliada no intuito de favorecer a diversidade e representatividade das opiniões dos envolvidos nestes cenários.

Desse modo, justifica-se o maior número de profissionais da saúde pela variedade de categorias que compõem esta área (medicina e suas especialidades, odontologia, fonoaudiologia, psicologia, assistência social e enfermagem), enquanto que no contexto educacional há o predomínio da pedagogia. O quadro 2 apresenta os participantes distribuídos em relação aos contextos em que estão vinculados:

Quadro 2 - Número de profissionais participantes, conforme área e local de atuação.

Área	Local		N
Saúde	Atenção Primária	Florianópolis	05
		São José	05
		Palhoça	06
		Biguaçu	04
	Serviço Especializado	Capital	03

		Regional	04
Educação	Unidade Educativa	Federal	05
		Estadual	05
		Florianópolis	02
		São José	02
		Palhoça	02
		Biguaçu	02
Total			45

Fonte: autora, 2021.

A seleção dos participantes deu-se por conveniência, de forma intencional e/ou indicados pelos coordenadores das instituições, em função do seu envolvimento com o problema de pesquisa.

Considerou-se critério de inclusão, a lotação há pelo menos 01 (um) ano na instituição, independente do tipo de vínculo empregatício. Este período foi estabelecido para garantir uma experiência prévia de atuação no modo presencial, ou seja, anterior à pandemia da COVID 19, a fim de não limitar as percepções dos profissionais às experiências com o trabalho remoto. Como critério de exclusão, estabeleceram-se os profissionais que estavam afastados por férias ou licença de qualquer natureza no período da coleta de dados. Houve necessidade de excluir uma profissional do município de Biguaçu, por não ter atendido a todos os critérios estabelecidos, justificando o menor número de participantes neste município, que totalizou em quatro.

Para preservar a identidade dos mesmos, utilizou-se na descrição do estudo, os codinomes com as iniciais das palavras “Profissionais da Saúde” e “Profissionais da Educação”, seguidos de numeral arábico, ex.: PS1; PE2, (QUADRO 3).

Quadro 3 – Caracterização dos profissionais participantes da saúde e da educação.

Codinome	Profissão	Idade	Sexo	Tempo de atuação	Formação
PS1	Assistente Social	34	F	01 ano 11 meses	Graduação
PS2	Fonoaudióloga	42	F	12 anos	Especialização
PS3	Médico	33	M	02 anos	Graduação
PS4	Técnica em Enfermagem	48	F	11 anos	Graduação
PS5	Dentista	38	F	13 anos	Especialização
PS6	Assistente Social	35	F	11 anos	Mestrado
PS7	Médico	41	M	12 anos	Mestrado
PS8	Psicóloga	45	F	15 anos	Graduação
PS9	Assistente Social	39	F	08 anos	Especialização
PS10	Psicóloga	NI	F	02 anos	Especialização
PS11	Médico	39	M	08 anos	Especialização
PS12	Psicóloga	49	F	25 anos	Mestrado
PS13	Enfermeira	43	F	16 anos	Especialização
PS14	Enfermeira	35	F	02 anos 6 meses	Graduação
PS15	Assistente Social	42	F	08 anos	Especialização
PS16	Enfermeira	44	F	15 anos	Especialização
PS17	Médica	44	F	16 anos	Especialização
PS18	Enfermeira	43	F	20 anos	Especialização
PS19	Médica	46	F	09 anos	Especialização
PS20	Psicóloga	40	F	15 anos	Especialização
PS21	Médica	NI	F	15 anos	Especialização
PS22	Pedagoga	39	F	14 anos	Especialização
PS23	Enfermeira	39	F	13 anos	Especialização

PS24	Pedagoga	46	F	01 ano 4 meses	Especialização
PS25	Psicólogo	43	M	01 ano 6 meses	Especialização
PS26	Fonoaudióloga	31	F	01 ano	Doutorado
PS27	Médica	54	F	22 anos	Especialização
PE1	Pedagoga	41	F	03 anos	Especialização
PE2	Pedagoga	49	F	17 anos	Especialização
PE3	Pedagoga	46	F	04 anos	Especialização
PE4	Pedagoga	40	F	05 anos	Especialização
PE5	Pedagoga	49	F	01 ano	Graduação
PE6	Psicopedagoga	46	F	01 ano	Especialização
PE7	Pedagoga	NI	F	25 anos	Especialização
PE8	Pedagoga	40	F	03 anos	Especialização
PE9	Técnica em Enfermagem	35	F	05 anos	Graduação
PE10	Pedagoga	37	F	02 anos	Doutorado
PE11	Assistente Social	34	F	07 anos	Mestrado
PE12	Pedagoga	52	F	1 ano 2 meses	Mestrado
PE13	Fonoaudióloga	28	F	02 anos	Especialização
PE14	Assistente Técnica em Educação	41	F	14 anos	Especialização
PE15	Pedagoga	56	F	38 anos	Especialização
PE16	Pedagoga	53	F	09 anos	Especialização
PE17	Pedagoga	29	F	01 ano	Especialização
PE18	Pedagoga	43	F	05 anos	Especialização

NI = Não informado.

Fonte: a autora (2022).

4.4 PROCEDIMENTOS DE INVESTIGAÇÃO E ANÁLISE DOS TEMAS

Em virtude das adversidades impostas pela vivência da pandemia, foram necessárias modificações no processo metodológico. Apesar deste cenário atípico, optou-se por manter o desenvolvimento de uma pesquisa ação-participante, visto sua forma privilegiada de investigação, que propicia que grupos oriundos de diferentes meios e com diferentes necessidades se aproximem e se integrem ao estudo, possibilitando um espaço de troca de conhecimento, em uma ação consciente e crítica sobre a temática abordada (NOVAES, GIL, 2009). Assim, foram efetuadas adequações na operacionalização das etapas do Itinerário de Pesquisa, apresentadas no decorrer deste capítulo, porém com o cuidado em manter o caráter educativo, científico e político do referencial metodológico freireano.

4.4.1 Entrada no campo

Após a aprovação pelo Comitê de ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da UFSC, a pesquisadora encaminhou via e-mail, a cópia do parecer favorável às instituições, onde obteve-se a autorização para a entrada no campo, e indicados os profissionais que teriam maior proximidade com a temática do estudo para serem convidados.

Estes profissionais foram consultados via e-mail e/ou telefone sobre o interesse em participar da pesquisa, de maneira livre e espontânea, sendo apresentado o objetivo, finalidades e procedimentos metodológicos. Mediante concordância, foi encaminhado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para leitura, e realizadas as orientações sobre a participação voluntária, as etapas que envolviam o estudo (entrevista dialógica e círculo de cultura virtual), os possíveis benefícios, o grau de risco que estariam expostos, a utilização de recursos de gravação, a garantia do sigilo conferido às informações e do anonimato, e o direito de desistência a qualquer momento, sem prejuízos. As dúvidas que surgiram foram retiradas, e o registro do aceite deu-se com a assinatura do documento em duas vias de igual teor, permanecendo uma via consigo e outra com a pesquisadora na forma presencial, e encaminhada por e-mail no formato virtual (APÊNDICE B).

O primeiro contato estabelecido com os profissionais foi realizado em 13/11/2020 para o agendamento da entrevista dialógica piloto, com uma participante da área da saúde da Unidade Educativa Federal. Na sequência, procedeu-se o convite individualmente aos profissionais sugeridos, e a partir do aceite, agendava-se o encontro de acordo com a disponibilidade. Não foi estabelecida uma ordem de participação, apenas as profissionais da

educação das redes municipais foram as últimas a serem contactadas, pois as instituições que estão vinculadas foram incluídas no estudo no decorrer da coleta de dados. Essa primeira etapa encerrou-se em 23/03/2021.

A retomada para a segunda etapa do estudo foi iniciada em 12/04/2021, para averiguar a disponibilidade dos profissionais para participarem do Círculo de Cultura Virtual (CCV). Foi realizado contato com os mesmos, via e-mail ou aplicativo de mensagens, quinze dias antes da data e horário programados, sendo que a maioria dos entrevistados confirmaram presença ou informaram que possivelmente conseguiriam participar. Neste sentido, foi mantida a data de agendamento prévio, e na semana seguinte, foi encaminhada a confirmação da roda de conversa aos que informaram intenção de presença. No dia do encontro, aproximadamente 04h antes do horário agendado, foi encaminhado um lembrete aos profissionais com o link de acesso à sala virtual do Google Meet.

4.4.2 Entrevistas individuais

A primeira etapa do método de pesquisa, Investigação Temática, ocorreu por meio de entrevistas, com o propósito de identificar os temas geradores extraídos da realidade dos profissionais, a partir das falas mais significativas. Nesta ocasião, foi preenchida a ficha de identificação dos participantes do estudo, contendo informações sobre os dados pessoais e funcionais (APÊNDICE C).

O diálogo foi desencadeado entre a pesquisadora e cada profissional, a partir de questões guias acerca da temática da dificuldade de aprendizagem escolar e a relação com os determinantes sociais das crianças e suas famílias:

- I) O que você entende por dificuldade de aprendizagem escolar?
- II) Quais fatores podem interferir no processo de aprendizagem escolar?
- III) Como você costuma atuar diante de crianças com dificuldade de aprendizagem escolar?
- IV) Há alguma forma de encaminhamento/segmento para esta situação?
- V) Você percebe ou identifica relação entre a saúde e a dificuldade de aprendizagem?
De que maneira?
- II) O que você entende pelo conceito de determinantes sociais da saúde?

Pondera-se informar que houve aumento significativo no número previsto inicialmente de participantes, justificado pela necessidade de aprofundar a pluralidade de olhares das categorias profissionais em uma mesma instituição; pela inclusão da rede municipal de

educação básica no decorrer do estudo; e principalmente, para a garantia de participação com um número mínimo de profissionais na segunda etapa do estudo, considerando que estes poderiam não ter disponibilidade, haja visto o grande intervalo de tempo entre a realização das duas etapas da pesquisa, tendo como agravante, a instabilidade na programação das atividades com a pandemia do coronavírus.

Nesta primeira etapa emergiram 30 Temas Geradores relacionados aos determinantes sociais e à dificuldade de aprendizagem foram levados ao círculo de cultura, para a interação coletiva entre os participantes para a construção do conhecimento, conforme prevê o método freireano.

4.4.3 Círculo de Cultura Virtual (CCV)

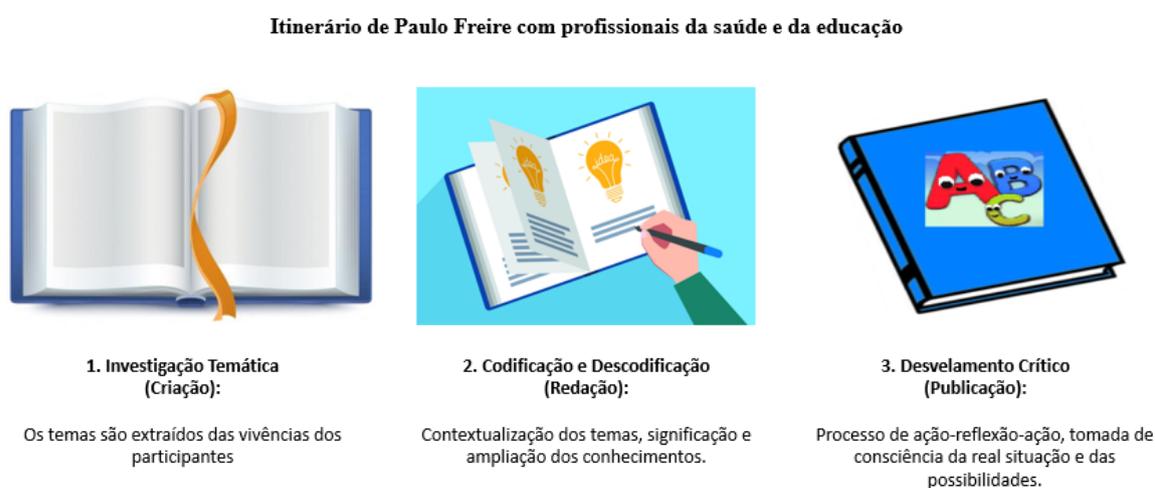
Diante da conjuntura pandêmica, programou-se o círculo de cultura no formato virtual, prática necessária e inovadora, que possibilitou a realização das etapas da Codificação e Descodificação dos Temas e Desvelamento Crítico (SOUZA et al, 2020). Realizado em 27/04/2021, às 18h, pela plataforma do Google Meet®, contou com a presença de 21 participantes, sendo 10 profissionais da saúde, e 11 profissionais da educação, em aproximadamente duas horas de duração. Desenvolveu-se sob mediação da pesquisadora, com o suporte de duas facilitadoras, a orientadora deste estudo, e uma acadêmica de enfermagem e bolsista de Iniciação Científica, com experiência na condução desse tipo de abordagem metodológica.

A fim de aproximar os profissionais da saúde e educação, oriundos de diferentes instituições e municípios, foi realizada uma rodada de apresentação, onde expuseram seu nome, sua categoria e local de atuação. Para tornar o encontro mais interativo, foi solicitado que os participantes mantivessem suas câmeras dos dispositivos eletrônicos ligadas, que os microfones fossem ativados somente no momento de fala, e que utilizassem os recursos do chat para se comunicar, e/ou a função “levanta a mão” para avisar a mediadora. Mesmo já previsto no TCLE o aceite em participar do encontro, com garantia do sigilo e anonimato dos participantes, foi requisitada novamente a autorização dos presentes para a gravação de voz e vídeo, e não houve oposição.

Em seguida, a mediadora compartilhou slides no modo apresentação para a visualização de todos, onde fez uma breve explanação acerca da temática da aprendizagem escolar e contextualizou o referencial teórico dos Determinantes Sociais da Saúde. Na sequência, compartilhou a proposta do encontro, detalhando o Itinerário de Pesquisa por meio da analogia

com o processo de produção de um livro, diferentes fases para sua produção, que são interdependentes: a Investigação temática corresponde ao levantamento de ideias sobre a história a ser narrada, a Codificação/Descodificação a redação do conteúdo e o Desvelamento crítico a obra final para ser publicada. Assim, as etapas do método foram representadas de maneira mais concreta, interativa, lúdica e dialógica, conforme ilustra a figura 9.

Figura 9 - Itinerário Freireano: analogia com a produção de um livro. Florianópolis, SC, 2021.



Fonte: a autora (2021).

Deste modo, foi projetada na tela do computador de modo compartilhado, os temas geradores levantados inicialmente pelas entrevistas realizadas, validando seus significados e promovendo o processo de ação-reflexão. Para constituir o segundo passo, a Codificação e Descodificação, que integram a segunda etapa do Itinerário de Paulo Freire, a mediadora instigou o debate com os participantes dialogando acerca dos fatores sociais que determinam a saúde e influenciam a aprendizagem infantil relacionando com as temáticas levantadas no primeiro momento. Ao confrontarem a realidade, expressaram e refletiram sobre sua ação, examinando os limites e possibilidades da prática profissional junto às crianças escolares para promover a saúde e a aprendizagem.

Os participantes iam sendo estimulados pela pesquisadora a expor suas opiniões e pensamentos quanto aos temas codificados, buscando respostas sobre a existência dos problemas identificados, sendo registrados pela facilitadora e projetados na tela do computador, para a visualização de todos. Este momento fez com que os temas recebessem significação, na

medida em que eram contextualizados, as falas substituíram a visão mágica por uma visão crítica e social do assunto discutido.

A partir disso foram codificados e descodificados cinco temas predominantes, dois relacionados aos DSS: I) Condições de vida da família; II) Hábitos e relações sociais da criança; e três diretamente à Aprendizagem Escolar: III) (In)visibilidade da dificuldade de aprendizagem; IV) Estratégias e recursos do setor educacional; III) Busca por resolutividade no setor saúde (QUADRO 4).

Quadro 4 - Temas codificados/descodificados e desvelados.

1. Renda/recursos financeiros 2. Alimentação 3. Moradia 4. Saneamento básico 5. Escolaridade dos pais 6. Recursos de cuidados à saúde	Condições de vida familiar
7. Hábitos alimentares/nutrição 8. Atividade física/esporte/recreação 9. Uso de telas 10. Dormir/Sono 11. Rotina domiciliar 12. Pandemia 13. Vínculos familiares 14. Suporte emocional 15. Segurança/proteção de violências 16. Vínculos na escola 17. <i>Bullying/Cyberbullying</i> 18. Vínculos na comunidade	Hábitos e relacionamentos da criança
19. Diferentes conceitos 20. Múltiplos fatores associados 21. Crianças apresentam sinais distintos 22. Registro da demanda	(In)visibilidade da dificuldade de aprendizagem
23. Mudança de estratégia de ensino-aprendizagem 24. Apoio pedagógico 25. Suporte da equipe pedagógica 26. Suporte da família	Estratégias e recursos do setor educacional
27. Encaminhamento para o setor saúde 28. Diagnóstico 29. Medicalização 30. Suporte multiprofissional	Busca por resolutividade no setor saúde

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Assim, a mediadora encorajou os profissionais a desafiarem sua realidade, e como autônomos, a tomarem decisões mediante suas práticas. O processo de ação-reflexão-ação foi conduzido por momentos de silêncio, alternando com pronunciamentos que exprimiam

sentimentos de impotência diante dos problemas desvelados, os quais ainda não se conheciam, ou simplesmente estavam ocultos. Ao passo que os profissionais tomavam consciência da situação real, iam fortalecendo-se uns aos outros, propondo recomendações e novas possibilidades de intervenções.

Esta caracterizou-se como a terceira e última etapa, Desvelamento Crítico tradicionalmente chamada de análise dos dados no Itinerário de Pesquisa de Freire, a qual é um processo contínuo e acontece com os participantes do CCV. Para finalizar o encontro foi realizada a leitura de um pequeno trecho do livro “Pedagogia da Esperança” de Paulo Freire (1997) pela pesquisadora. No momento de agradecimentos, foram recebidos *feedbacks* positivos dos participantes em relação à importância do estudo, bem como, do método desenvolvido, que favoreceu o diálogo entre os contextos da saúde e da educação.

Neste sentido, considerou-se o Itinerário Freireano adequado para a compreensão da influência dos determinantes sociais da saúde infantil e familiar no processo de aprendizagem escolar, mesmo com as adequações executadas, haja visto que, à medida que as etapas iam se concretizando, as realidades vivenciadas pelos profissionais eram desveladas, sendo apresentada a reflexão acerca de suas práticas, e tomada de consciência com vistas à ação tanto no âmbito intra e quanto intersetorial.

4.5 REGISTRO DOS TEMAS

As entrevistas foram gravadas, mediante permissão dos profissionais, por meio do uso de um aplicativo disponível no smartphone nas realizadas presencialmente, e no modo virtual, contou-se com o recurso audiovisual disponível na plataforma do Google Meet®, também utilizado no CCV.

Posteriormente, as informações foram transcritas de forma fiel à fala dos participantes, organizadas com auxílio de um editor de texto do programa Google Drive®, sendo todos os arquivos armazenados em pastas digitais com acesso limitado à pesquisadora.

Realizou-se reuniões com a orientadora do estudo como suporte na análise e interpretação dos temas investigados e demais direcionamentos necessários.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS DO ESTUDO

O estudo seguiu as normas e diretrizes previstas nas Resoluções nº 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que incorpora, sob a ótica do indivíduo e das

coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado (BRASIL, 2012; 2016).

Com a autorização, o projeto foi submetido ao CEPESH/USFC. O parecer consubstanciado foi favorável, conforme Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) de Nº 39239820.2.0000.0121 (ANEXO A). Deste modo, a investigação iniciou-se somente após esta aprovação e autorização de entrada no campo pelas instituições envolvidas. Como foram incluídas no decorrer do estudo as redes de ensino municipais de Florianópolis, São José, Palhoça e Biguaçu, foram encaminhadas as anuências destes locais ao CEPESH/UFSC, sendo validado o adendo (ANEXO A). Da mesma forma, as coletas de dados nas unidades educativas municipais somente iniciaram após todas as referidas autorizações.

O aceite de participação no estudo foi formalizado pelos profissionais através da assinatura do TCLE que previa a etapa individual de coleta de dados nos formatos presencial e/ou virtual, e a etapa em grupo apenas no modo virtual, conforme disponibilidade. As anotações e gravações em áudio e vídeo foram utilizadas exclusivamente para fins do estudo, sendo informado aos participantes sobre quaisquer esclarecimentos adicionais que houvessem.

Pelo fato de que o Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire se estrutura em etapas interligadas e não estanques, foram considerados como participantes do estudo todos os profissionais que realizaram o encontro dialógico individual com a pesquisadora, independentemente da participação no CCV. Adotou-se esta posição considerando que o método prevê a irregularidade e/ou redução no número de participantes, sendo o rigor epistemológico assegurado pela práxis dialógica e desenvolvimento da autonomia do sujeito no processo (ANTONINI, HEIDEMANN, 2020).

Reitera-se que aspectos éticos e o critério metodológico estiveram interligados no decorrer de todo o estudo, mediante o seguimento dos princípios em pesquisas com seres humanos, e da apresentação de uma descrição detalhada de cada etapa desenvolvida. Afirma-se o compromisso de disponibilizar às instituições envolvidas os resultados do estudo, a fim de divulgar o conhecimento produzido com esta tese e, dessa forma, estimular o pensamento crítico e reflexivo dos profissionais acerca dos determinantes sociais da saúde, e assim contribuir para a melhoria da prática profissional junto às crianças com dificuldades de aprendizagem, tanto no âmbito da educação, quanto da saúde.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo são apresentados na forma de manuscritos, conforme Instrução Normativa 01/PEN/2016, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC), que dispõe sobre a apresentação final de trabalhos de conclusão de Mestrado e Doutorado em Enfermagem.

5.1 MANUSCRITO 1

A DIFICULDADE DE APRENDIZAGEM ESCOLAR INFANTIL: PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO

RESUMO

Objetivo: conhecer as percepções dos profissionais da saúde e da educação acerca da dificuldade de aprendizagem de crianças escolares da rede pública de ensino. **Metodologia:** pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo ação participante, articulada ao Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire que consiste de três momentos: Investigação Temática; Codificação e Decodificação; Desvelamento Crítico. Desenvolvida com 45 profissionais de diferentes categorias do setor saúde e da educação básica, vinculados à quatro municípios da Região da Grande Florianópolis, entre novembro de 2020 e abril de 2021, por meio de entrevistas individuais e de círculo de cultura. O processo analítico dos resultados ocorreu através da leitura cuidadosa, reflexão e interpretação dos temas destacados, e nas discussões realizadas em conjunto com os integrantes do estudo. **Resultados:** emergiram três temáticas que expressam a percepção dos profissionais: a (in)visibilidade da dificuldade de aprendizagem, as estratégias e recursos do setor educacional e a busca por resolutividade no setor saúde. Verificou-se que a produção das queixas relacionadas à aprendizagem escolar está atribuída predominantemente como um problema individual da criança ou de sua família, isentando na maioria das vezes, a instituição educacional deste processo. **Considerações finais:** faz-se necessário maior investimento em políticas de formação e aperfeiçoamento dos profissionais, e que propiciem a articulação entre estes setores, com vistas a superar os modelos pedagógicos e de saúde ultrapassados, que não atendem as reais necessidades do escolar que enfrenta esta condição. **Descritores:** Saúde da criança; Serviços de saúde escolar; Baixo rendimento escolar; Ensino fundamental.

ABSTRACT

Objective: to know healthcare and education professionals' perceptions about schoolchildren's learning difficulties in the public school system. **Methodology:** a qualitative participative action research, articulated to Paulo Freire's Research Itinerary, which consists of three moments: Thematic Investigation; Coding and Decoding; Critical Unveiling. It was developed with 45 professionals from different categories of the healthcare sector and basic education, linked to four municipalities in the Greater Florianópolis Region, between November 2020 and April

2021, through individual interviews and culture circle. The analytical process of the results took place through careful reading, reflection and interpretation of highlighted themes, and in the discussions carried out together with the study participants. **Results:** three themes emerged that express professionals' perception: The (in)visibility of learning difficulties; Education sector strategies and resources; The search for resolution in the healthcare sector. It was found that the production of complaints related to school learning is predominantly attributed to an individual problem of the children or their family, exempting the educational institution from this process in most cases. **Final considerations:** it is necessary to invest more in policies for training and improving professionals, providing articulation between these sectors, with a view to overcoming the outdated pedagogical and health models, which do not meet the real needs of students facing this condition.

Keywords: Child health; Learning disabilities; School health services; Underachievement.

RESUMEN

Objetivo: conocer las percepciones de los profesionales de la salud y la educación sobre las dificultades de aprendizaje en escolares del sistema escolar público. **Metodología:** investigación con abordaje cualitativo, del tipo acción participativa, vinculada al Itinerario de Investigación de Paulo Freire, que consta de tres momentos: Investigación Temática; codificación y decodificación; Revelación crítica. Desarrollado con 45 profesionales de diferentes categorías del sector salud y educación básica, vinculados a cuatro municipios de la Región de la Gran Florianópolis, entre noviembre de 2020 y abril de 2021, a través de entrevistas individuales y de círculo de cultura. El proceso de análisis de los resultados ocurrió a través de la lectura atenta, la reflexión y la interpretación de los temas destacados, y en las discusiones realizadas junto a los participantes del estudio. **Resultados:** surgieron tres temas que expresan la percepción de los profesionales: la (in)visibilidad de las dificultades de aprendizaje, estrategias y recursos del sector educativo y la búsqueda de resolución en el sector salud. Se constató que la producción de quejas relacionadas con el aprendizaje escolar se atribuye predominantemente a un problema individual del niño o de su familia, eximiendo, en la mayoría de los casos, a la institución educativa de este proceso. **Consideraciones finales:** se necesita mayor inversión en políticas de formación y perfeccionamiento de los profesionales, y que brinden la articulación entre estos sectores, con vistas a superar los modelos pedagógicos y de salud obsoletos, que no atienden a las necesidades reales del estudiante que enfrenta este problema condición.

Palabras clave: Salud del niño; Discapacidades para el aprendizaje; Servicios de salud escolar; Rendimiento escolar bajo.

INTRODUÇÃO

A dificuldade de aprendizagem é uma problemática oriunda da educação que tem se apresentado de forma emergente no campo da saúde pública infanto-juvenil nas últimas décadas, denominada como queixa escolar. As crianças que apresentam esta condição têm sido encaminhadas para o atendimento especializado, no intuito de resolvê-la sob o olhar médico, o que tem suscitado a atenção de profissionais e pesquisadores da área para este tema (SILVA, BODSTEIN, 2016; FAERMANN, RUFATO, 2016; BRAMBILLA, KLEBA, DAL MAGRO, 2020).

Caracteriza-se pelo desempenho escolar aquém do esperado para as condições gerais do estudante, em consequência de múltiplos fatores, isolados ou em interação, de origem endógena e/ou exógena à criança, e que tende a desaparecer à medida que são sanadas as suas causas (FAERMANN, RUFATO, 2016; CORSO, MEGGIATO, 2019). Difere dos distúrbios ou transtornos da aprendizagem, os quais são decorrentes de disfunção do sistema nervoso central, de caráter funcional, que envolvem uma falha no processo de aquisição ou do desenvolvimento infantil (SILVA, OLIVEIRA, CIASCA, 2017; PATERLINI et al., 2019).

A demanda tornou-se mais evidente a partir da universalização do ensino fundamental, revelando fragilidades no processo de ensino e aprendizagem, especialmente na faixa etária entre seis e 10 anos (LOPES, ROSSATO, 2018, BRASIL, 2006). As estatísticas educacionais apontam que uma parcela grande de alunos apresenta defasagens no aprendizado desde os primeiros anos da trajetória escolar. Mais da metade dos alunos brasileiros chegam ao final do 3º ano do ensino fundamental sem saber ler, ou lendo precariamente, com sua trajetória escolar comprometida. Isso se reflete em altas taxas de reprovação, distorção idade-série, abandono e evasão, fator que tem agravado os recorrentes índices insatisfatórios brasileiros neste setor (CORSO, MEGGIATO, 2019; BRASIL, 2019).

Assim, deve-se considerar que a entrada na etapa da escolarização faz com que as crianças vivenciem mudanças importantes em seu processo de desenvolvimento, que repercutem em suas relações consigo mesmas e com os outros. Neste sentido, experienciar a dificuldade de aprendizagem constitui-se um obstáculo para o sucesso na vida escolar infantil, e quanto mais cedo for identificada, maior a possibilidade de intervir-la e/ou superá-la, haja visto que pode resultar em outros problemas, como emocionais (baixa autoestima, desmotivação) e

preocupação familiar, além de repercussão em diversas esferas: pessoais, familiares, escolares e sociais, inclusive na sua qualidade de vida (BRASIL, 2019; SIQUEIRA, GURGEL-GIANNETTI, 2011).

Atualmente, sabe-se que o fracasso ou o sucesso nos processos de ensino e de aprendizagem escolar é muito menos determinado por questões individuais do que por mecanismos institucionais e políticos (GOMES, PEDRERO, 2015). Portanto, este estudo se justifica pela oportunidade de conhecer parte das abordagens assistenciais realizadas junto às crianças que vivenciam dificuldades neste processo, sob o olhar de diferentes categorias profissionais que atuam nas redes de educação e de saúde, no intuito de auxiliar na discussão dos funcionamentos institucionais, bem como, no aprimoramento de políticas públicas em ambas as áreas que atendam esta demanda. Além do mais, acredita-se que o estudo dessas percepções trará contribuições relevantes para a produção de conhecimentos nesse campo de saber.

Frente a estas considerações, despontou a seguinte questão de pesquisa: Qual a percepção dos profissionais da educação e da saúde acerca da dificuldade de aprendizagem escolar infantil? Logo, tem-se como objetivo conhecer as percepções dos profissionais da saúde e da educação acerca da dificuldade de aprendizagem em crianças escolares da rede pública de ensino.

METODOLOGIA

Pesquisa qualitativa, do tipo ação-participante, fundamentada nos pressupostos teórico-metodológicos de Paulo Freire, conhecido como Itinerário de Pesquisa (FELCHER, FERREIRA, FOLMER, 2017; FREIRE, 2019). Este método compreende três etapas distintas e interligadas entre si: Investigação Temática, consiste no diálogo inicial que visa à identificação dos temas geradores extraídos da realidade dos participantes; Codificação e Descodificação em que ocorre a contextualização e problematização dos temas geradores, ampliando os conhecimentos; e Desvelamento Crítico, processo de ação-reflexão-ação, tomada de consciência da real situação, com vistas à transformação do contexto vivido (HEIDEMANN et al., 2017).

Realizada junto às áreas da saúde e da educação, em quatro (04) municípios da Região da Grande Florianópolis, Santa Catarina, com maior contingente populacional: Florianópolis, São José, Palhoça e Biguaçu. Os cenários envolvidos foram a Rede de Atenção à Saúde (RAS), se na Atenção Primária, por ser considerada a porta de entrada no Sistema Único de Saúde

(SUS); e na Atenção Secundária, em dois serviços clínicos especializados no atendimento às dificuldades de aprendizagem. Na Rede de Educação Básica, contemplou uma instituição de cada município que atende escolares vinculados aos anos iniciais do Ensino Fundamental, além de uma instituição estadual e uma federal, incluídas por abordarem alunos da região e serem referência na área educacional.

Os participantes foram 45 profissionais, sendo 27 da saúde e 18 da educação, incluídos por atuarem na prática assistencial e/ou gerencial junto às crianças com dificuldades de aprendizagem escolar, independentemente do tipo de vínculo empregatício. O processo de seleção ocorreu por conveniência, em virtude da aproximação com o problema de pesquisa, sendo indicados pelos responsáveis de cada instituição. Foram excluídos os profissionais com lotação inferior a 01 (um) ano no local, ou que estivessem afastados por férias ou licença de qualquer natureza no período da coleta de dados.

A operacionalização do Itinerário de Pesquisa deu-se no período compreendido entre novembro de 2020 a abril de 2021, que em virtude das barreiras impostas pelo contexto pandêmico da COVID-19, como o isolamento/distanciamento social e a sobrecarga de atividades do setor saúde e educação, o desenvolvimento das etapas do método necessitou ser adaptada, sendo realizada no primeiro momento por meio de entrevistas individuais do tipo abertas (ou em profundidade) sendo realizada o levantamento dos temas geradores, e no segundo momento, Círculo de Cultura Virtual (CCV) com todos ¹.

As entrevistas foram agendadas previamente, por contato telefônico ou via e-mail, e realizadas de forma presencial ou virtual, a escolha de cada profissional. O diálogo foi desencadeado a partir de questões guias, sendo também efetuado o levantamento dos dados pessoais e funcionais dos participantes. Posteriormente, foi elaborado pela pesquisadora um quadro em arquivo digital com trechos/palavras que refletiam os temas geradores extraídos a partir da realidade dos profissionais, constituindo a Investigação Temática. Esta representou o primeiro momento do Itinerário Freireano, sendo instigado pela mediadora durante as entrevistas o levantamento dos temas geradores.

Para o desenvolvimento do círculo de cultura contactou-se de modo remoto os profissionais que participaram da primeira etapa, porém em virtude da incompatibilidade de horários e/ou férias e licenças, alguns não puderam estar presentes. O encontro ocorreu no

¹ De acordo com os pressupostos de Freire, consiste em um espaço dinâmico, de aprendizagem e troca de saberes, no qual pesquisador e pesquisados refletem e discutem as situações desafiadoras vivenciadas, identificam a realidade e as possibilidades de intervenção para transformá-las (HEIDEMANN et al., 2017).

formato virtual, em uma única sessão, com duração de aproximadamente duas horas, mediado pela enfermeira pesquisadora, com suporte de duas facilitadoras com experiência na condução desse tipo de abordagem.

A fim de aproximar os participantes, visto serem oriundos de diferentes áreas de atuação, instituições e municípios, realizou-se uma breve rodada de apresentação. Na sequência, contextualizou-se a proposta metodológica, que visando torná-la mais lúdica e concreta, procedeu-se a analogia do Itinerário Freireano com o processo de escrita de um livro, que depende diferentes fases para sua produção, que são interdependentes: a Investigação temática corresponde ao levantamento de ideias sobre a história a ser narrada, a Codificação/Descodificação a redação do conteúdo e o Desvelamento crítico a obra final para ser publicada.

Deste modo, foi projetada na tela do computador de modo compartilhado, os temas geradores levantados inicialmente a partir das entrevistas realizadas, validando seus significados e promovendo o processo de ação reflexão. Para a Codificação e Descodificação, que integram a segunda etapa do Itinerário de Paulo Freire, a mediadora instigou o debate com os participantes dialogando acerca da dificuldade de aprendizagem infantil relacionando com as temáticas levantadas no primeiro momento. A partir disso, foram codificados e descodificados três temas predominantes: I) (In)visibilidade da dificuldade de aprendizagem; II) Estratégias e recursos do setor educacional; III) Busca pela resolutividade no setor saúde.

Assim, os participantes vivenciaram o último momento do Itinerário Freireano, o Desvelamento Crítico, o qual foi possível (re) significar os três temas geradores relacionados a percepção sobre a dificuldade de aprendizagem infantil. Neste momento, discutiu-se no círculo de cultura as reais possibilidades de transformar a realidade vivida, que mediante um processo de ação-reflexão-ação, socializaram novas perspectivas para o enfrentamento das dificuldades de aprendizagem no contexto em que atuam.

O registro das informações deu-se por meio de gravação de áudio nas entrevistas presenciais, por um aplicativo disponível no smartphone, e nos encontros virtuais, através do recurso audiovisual disponível na plataforma do Google Meet®. Na sequência, as informações foram transcritas de forma fiel à fala dos participantes, organizadas com auxílio de um editor de texto do programa Google Drive®, e armazenadas em pastas digitais com acesso limitado à pesquisadora.

A análise dos temas ocorreu concomitante ao desenvolvimento do CCV, durante a realização das etapas do Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire, que prevê este processo analítico contínuo, e ocorre com a interação de todos os participantes, por meio da leitura, reflexão e

interpretação dos temas emergentes, fundamentadas com base na literatura relacionada ao tema.

Acerca dos aspectos éticos, foram adotadas as recomendações estabelecidas nas Resoluções nº 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e somente após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (parecer nº 39239820.2.0000.0121), e a autorização das instituições envolvidas no estudo, foi realizada a investigação em campo. Para formalizar o aceite de participação dos profissionais, foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, com garantia do anonimato, sendo substituídos os nomes pelas iniciais das palavras “Profissionais da Saúde” e “Profissionais da Educação”, junto a um numeral arábico, por exemplo: PS1, PS2, PE1, PE2, e assim sucessivamente.

RESULTADOS

Perfil dos participantes

A investigação dos dados socioeconômicos (QUADRO 1) possibilitou o levantamento de informações acerca dos 45 profissionais participantes, sendo 18 atuantes na área da educação e 27 na saúde, em sua maioria do sexo feminino (41). A faixa etária predominante foi de 41 a 50 anos, e o grau de formação principal foi pós-graduação em nível de especialização (31). Em relação à profissão, destacou-se a pedagogia com 15 participantes, seguidos da medicina com sete representantes.

Quadro 1 - Características sociodemográficas dos profissionais da saúde e da educação entrevistados. Região da Grande Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2021.

Característica	Categoria	N=45
Área de atuação	Educação	18
	Saúde	27
Idade	20 a 30	02
	31 a 40	16
	41 a 50	20
	51 a 60	04

	NI*	03
Sexo	Feminino	41
	Masculino	04
Formação	Graduação	07
	Especialização	31
	Mestrado	05
	Doutorado	02
Profissão	Técnico (a) Pedagógico (a)	01
	Técnico (a) em Enfermagem	02
	Enfermeiro (a)	05
	Fonoaudiólogo (a)	03
	Dentista	01
	Assistente Social	05
	Médico (a)	07
	Psicólogo (a)	05
	Psicopedagogo (a)	01
	Pedagogo (a)	15

Nota: NI - não informou

(In)visibilidade da dificuldade de aprendizagem

Os profissionais possuem diferentes concepções acerca da dificuldade de aprendizagem, sendo compreendida como a criança que não consegue ter o desenvolvimento esperado para certa idade ou ano escolar, ou que demoram um pouco mais que os outros para aprender, mas que não possuem diagnóstico, ou ainda que apresenta dificuldade na leitura ou na escrita ou em uma disciplina específica. Neste sentido, chamam a atenção para a importância da diferenciação conceitual entre a dificuldade e os transtornos de aprendizagem, que estão relacionados aos aspectos neurobiológicos da criança, os quais muitas vezes são considerados como sinônimos pelos profissionais:

As dificuldades são problemas transitórios. A criança pode iniciar o ano com uma certa dificuldade e, a partir da nossa observação, da nossa avaliação em sala de aula, a gente percebe, e agente atua mais diretamente com ela, a gente investiga né, a possível causa, aí ela vai se transformando, vai avançando e vai melhorando a sua participação, a sua aprendizagem. Os transtornos são algo mais específicos, uma dificuldade muito acentuada, que tem até um fator neurológico, assim eu posso dizer, não sei o termo correto da saúde, uma disfunção no sistema nervoso central. (PE10)

Com relação aos fatores, afirmaram a existência de vários aspectos que podem interferir direta ou indiretamente na aprendizagem, no entanto, o foco envolve os aspectos individual e familiar do estudante, incluindo os de ordem clínica/biológica, cultural, psicológica/emocional, socioeconômica, os quais podem apresentar-se de forma associada no estudante

Eu vejo assim, tem a questão da desnutrição infantil, da privação cultural, da falta de estímulo em casa que acaba levando a esta dificuldade no processo de aprendizagem. (PE7)

É todo um contexto, da criança, da família, a gente tem que analisar. A gente sabe que tem aspectos emocionais, sociais, da estrutura familiar. (PS26)

Alguns profissionais destacaram como fator a questão pedagógica/metodológica. E englobam o processo de escolarização, que muitas vezes não é considerado, referente à promoção automática dos alunos nos primeiros anos do ensino fundamental, compreendido pelo ciclo de alfabetização. Vinculam a percepção da dificuldade de aprendizagem a partir do terceiro ano escolar:

Eu acredito que boa parte das dificuldades de aprendizagem tem muito a ver com o ensino, com a aprendizagem mesmo. (PE12)

Nós temos a escola com um ciclo de alfabetização de promoção automática né, então ele (o aluno) não reprova no primeiro, no segundo ano, vai reprovar lá no terceiro ano, que é aonde está dando o bum. E a criança entra com seis anos de idade no primeiro ano, no terceiro ela vai estar com oito, que é onde vão estar, que essas dificuldades serão mais latentes, vão ficar mais visíveis. (PS24)

Além disso, foram indagados como identificam tal dificuldade no público escolar infantil. Mencionaram, principalmente, que se dá a partir da observação do professor em sala

de aula, ou de outros membros da equipe pedagógica, como o orientador educacional. Ocasionalmente, esse olhar parte da própria família ou dos profissionais de saúde:

Às vezes, por exemplo, a escola que encaminha pedindo uma avaliação especializada ou pedindo um diagnóstico, ou a família que percebe que tá com dificuldade, vem com essa queixa, e as vezes a gente mesmo assim na consulta acaba fazendo algumas percepções. (PS3)

Apontaram que as crianças podem demonstrar sinais distintos para expressar a dificuldade, que muitas vezes podem passar despercebidos, confundidas com questões neurobiológicas da criança ou mesmo com mau comportamento:

Aquela criança que ela não consegue ficar concentrada, ter atenção em sala de aula, tá sempre se movimentando, ou então é uma criança apática. Também aquelas que são as crianças boazinhas para alguns professores, que não se identificam em sala de aula com o grupo, que são quietinhas, e ali elas ficam quietinha, aí não são lembradas, essas me preocupam muito. (PE16)

Às vezes relatam a agressividade da criança na escola ou problemas de relacionamentos com professores, com relação a outros colegas, e conseqüentemente, ela acaba dispersando, atrapalhando a aula ou faltando, não indo pra aula. (PS6)

Destacaram que a dificuldade de aprendizagem é uma situação comum nas salas de aula das escolas da rede pública de ensino, e uma queixa frequente nos serviços de saúde, principalmente nos escolares dos primeiros anos do ensino fundamental. No entanto, há um desconhecimento sobre a real proporção desta demanda:

Na verdade, o que eu vejo hoje assim, a gente não tem noção da demanda, dificulta muito organizar essa situação. A gente tem falas, fala da educação, fala de um CEI (centro de educação infantil), a fala de um outro serviço, os pediatras que vem com essa demanda, mas ninguém nos traz assim [...] A gente teria que talvez ver um jeito para poder ter noção dessa demanda específica, a gente não tem, não tem um local que eu posso dizer, eu tô com tantas crianças assim. (PS 19)

Os profissionais da saúde também salientaram que em virtude do contexto pandêmico da COVID, com o fechamento das escolas, houve queda nos atendimentos relacionados a esta demanda nos centros de saúde. Acreditam ser em virtude da necessidade de cumprimento das

regras sanitárias de isolamento/distanciamento social, pois foi priorizado o atendimento de casos graves. Por outro lado, os educadores mencionaram que o ensino no formato remoto, com aulas on line ou mediante atividades impressas, trouxe limitações na avaliação do desempenho dos alunos, por parte dos professores, bem como, das dificuldades de aprendizagem. Já consideram que houve aumento do número de alunos com essa necessidade.

Eu percebo as dificuldades deles, mas não de todos como eu gostaria. Tem alguns deles que não possuem em casa a medicação de um adulto, pra ajudá-los. Então, por mais que a gente se coloque à disposição das crianças, por mais que a gente tenha horários extra on line pra eles tirarem dúvidas, eles tem dificuldade de realizar as propostas. Então assim, eu não consigo te dizer assim pontualmente, com certeza, como eu tinha lá na relação presencial, como que é o desenvolvimento de cada um deles. [...] Isso me causa uma angústia muito grande, porque eu percebo o quanto essa forma de trabalho é falha, que não nos dá subsídios pra acompanhar e fazer esse trabalho atento, eu sei que elas podem existir (as dificuldades), mas eu não consigo avaliar elas, a dimensão delas. (PE10)

Estratégias e recursos do setor educacional

Para além da compreensão e identificação da dificuldade, a criança necessita de intervenções que visem o desenvolvimento do seu aprendizado. São muitos os profissionais que podem auxiliar neste processo, no entanto, o professor geralmente é o principal responsável pela abordagem inicial. Neste sentido, mencionaram que buscam uma mudança de estratégia de aprendizagem, de método de ensino em sala de aula e/ou a realização de atendimento de forma individual:

No primeiro trimestre eu faço essa sondagem, daí quem eu já vou conseguindo alcançar sobre o meu olhar o que ele precisa para melhorar, eu já vou ajudando. Então lá na minha sala eu estou trabalhando assim, eu tenho amiguinho que não sabe nem o “A”, esse amiguinho vai fazer essa atividade do “A”. Mas, aquele que está alfabetizado, eu não vou dar atividade do “A”, eu tenho outro xerox, eu tenho outra leitura para essa criança na minha aula. (PE1)

Entretanto, os participantes ressaltaram que nem sempre isto acontece, sobretudo pela sobrecarga de atividades, número excessivo de alunos nas turmas e falta de capacitação profissional para manejo das situações.

Em caso de não ocorrer evolução diante das intervenções realizadas em sala de aula, em um segundo momento, discutem-se os casos nas reuniões pedagógicas. Estas são debatidas com outros professores que atendem o aluno e/ou diretamente com o orientador educacional, com vistas a novas intervenções, muitas vezes, envolvendo a família neste processo:

As professoras do primeiro ao quinto ano me solicitam bastante, porque as vezes são três, quatro alunos dentro de sala com dificuldade. E eu tento uma vez na semana estar dando um apoio, porque eu sou sozinha na escola, pra tá vendo qual dificuldade a criança tá apresentando ali, o que está acontecendo. Trabalho com a criança, falo com a professora pra ter uma interação maior entre nós em relação a criança, e quando chamo a família ou o responsável para conversar, vejo o que que está acontecendo, e peço para ver se podem tá contribuindo. Mas nós também não podemos jogar a responsabilidade toda pra família. (PE2)

Nas escolas em que há o recurso do apoio pedagógico, referem que esta abordagem realizada de forma mais específica tem favorecido o aprendizado de muitos destes alunos. Além disso, também mencionaram a importância dos projetos sociais comunitários, que frequentemente dispõem de atividades deste cunho no contra turno escolar.

No início do ano eu faço uma avaliação diagnóstica para saber aonde que tá a dificuldade de cada uma (criança), e depois para poder separar e planejar as aulas. Junto com a professora da sala de aula, a gente vai selecionando os alunos que precisam de um reforço, precisa de uma orientação mais próxima. Ele visa ajudar as crianças que estão com dificuldades de aprendizagem e para evitar a reprovação, e os pais têm que estarem cientes, eles precisam autorizar. Então ele (o aluno) vai para escola normal, e dentro desse período, duas vezes na semana, ele tem esse reforço que vai trabalhar com ele a alfabetização ou a interpretação, depende do grupo. (PE17)

Às vezes também a gente consegue alguns projetos fora da escola que possa estar atendendo essas crianças, com pedagogo, com psicopedagoga. Porque a gente não consegue contemplar a todos (no apoio pedagógico da escola), a gente só tem um profissional para isso então, a gente consegue trabalhar com parcerias, e daí fazemos o encaminhamento. (PE15)

Alegaram que em sua maioria, a rede de educação pública não conta com uma equipe multiprofissional, seja interna ou externa à escola, para suporte aos alunos e professores.

Quando disponível, o trabalho conjunto de especialistas na educação oferece maiores oportunidades educacionais para os alunos:

Nós temos quatro especialidades, psicopedagoga, pedagoga, fonoaudiologia e psicóloga. A nossa demanda é toda da escola, atendemos no contra turno as crianças que eles verificam que estão com alguma dificuldade na sala de aula, com autorização da família. Inicialmente fazemos a anamnese, conversa e depois fazemos toda a investigação com a criança. Temos uma avaliação padrão da psicopedagogia e partindo disso eu verifico o que a criança tem na minha área, para poder fazer as intervenções, com atividades geralmente lúdicas que vão auxiliar ela a desenvolver. É um trabalho paralelo, não é um reforço escolar. Como a gente tem uma equipe, vai passar por todas, para daí a gente fazer um estudo de caso, e segue com a gente até dar alta, não tem um período, é de acordo com a necessidade da criança. Pode se desligar da minha área e continuar com os outros profissionais se ele precisar. Também realizamos assessorias nas escolas para fazer a conversa com os professores sobre aquela criança que a gente atende, uma parceria bem legal. (PE6)

Em outras situações, este suporte geralmente limita-se à serviços clínicos, tais como, avaliação e atendimentos diretos aos alunos, porém relatam a necessidade de intervenções coletivas na própria instituição que poderiam colaborar no processo de desenvolvimento da aprendizagem da criança:

Como fono da escola teriam mais ações coletivas de promoção da aprendizagem, que devo dizer, é difícil de realizar, porque os profissionais da escola no geral esperam de mim que eu identifique as crianças que tem alteração para encaminhar para algum serviço fora ali da escola, e isso é difícil, eu não vejo porque também só encaminhar esses estudantes.[...] Mas, assim, de rotina eu vou na sala de aula, observo alguns estudantes que os professores pedem, um olhar mais atento, participo das reuniões de conselho de classe, de reuniões de série, no intuito de discutir os casos, e na maioria das vezes, assim, eu confesso, termina que eu faço muito esse papel de encaminhamento, converso, faço orientações para as famílias. (PE13)

Citaram ainda, que a presença da equipe multiprofissional muitas vezes está atrelada à educação especial, com vistas a atender os alunos com algum tipo de deficiência ou transtorno específico. No entanto, afirmaram a importância de priorizar abordagens de inclusão a todos os alunos que apresentam dificuldades de aprendizagem no âmbito escolar.

A gente iniciou um projeto esse ano, que é uma oficina de linguagem para alguns estudantes que não tem o diagnóstico, talvez não tenham nenhum desses dos formais, mas que apresentam bastante dificuldade, especialmente na leitura, na escrita, na resolução de problemas na área de matemática. E eu acredito que o trabalho da educação especial deveria ser esse também, de que a gente pudesse estender os recursos que as vezes estão disponíveis para os estudantes com deficiência, mas também tentar flexibilizar um pouco as ações junto a algumas crianças, que tem várias dificuldades, alguns são multi repetentes, então a gente tem uma preocupação de também dar uma assistência a essas crianças, que são várias. (PE12)

Busca pela resolutividade no setor saúde

Neste contexto, os profissionais da educação relatam que nos casos em que as abordagens realizadas não são suficientes, e que consideram que as necessidades da criança ultrapassam os recursos disponíveis no setor, encaminham as famílias para buscar atendimento junto aos serviços de saúde. A maioria dos participantes, mencionou a importância da realização de uma avaliação neurológica, na tentativa de encontrar soluções para a não aprendizagem infantil.

Às vezes é muito além da dificuldade realmente, do que a gente pode fazer em sala. Aí eu converso com a orientadora, chamamos a família, fazemos um relatório e pedimos que vá no posto (de saúde) para passar pelo clínico para tentar um neurologista. Daí o neuro que vai conseguir fazer os outros encaminhamentos que a criança precisa realmente. (PE8)

A porta de entrada dos serviços de saúde na rede pública normalmente ocorre pela Atenção Primária, sendo recebidas as demandas das dificuldades de aprendizagem dos alunos nas consultas de puericultura ou nos atendimentos de demanda espontânea. Neste contexto, ao buscarem a resolução da questão a partir do setor saúde, inferem que seja um fator individual da criança que esteja influenciando no processo, no entanto, relataram preocupação com esta conduta, haja visto que pode acarretar em um diagnóstico precipitado ou até mesmo errôneo:

Eu percebo que existe um movimento muito grande, uma angústia de se chegar a um diagnóstico por conta da dificuldade de aprendizagem, de se ter um dado ali concreto para poder se fazer alguma coisa. E aí depois que chega, o que que a gente vai fazer com isso? Pra mim o movimento é inverso. A gente não precisa rotular uma criança em desenvolvimento pra poder fazer coisa, porque a gente pode ofertar um modelo de educação mais inclusivo, que atenda as especificidades e as

particularidades das famílias, isso num âmbito cultural, social, enfim, com o que ele demanda, sem necessariamente apressar um diagnóstico. Porque aquela criança ela pode estar passando por várias situações que vão influenciar naquele momento, mas depois ela vai (desenvolver a aprendizagem) sabe. E o que a gente mais vê é diagnóstico equivocado de autismo, de déficit de atenção, e que depois a gente percebe que isso não procede. (PE11)

Ademais, assinalaram a crescente tendência à medicalização das crianças que apresentam dificuldades no aprendizado ou não se comportam de forma considerada adequada pela escola. Fato que desvia e reduz o foco apenas à dimensão biológica infantil, e que pode acarretar em outras consequências negativas ao estudante:

Eu trabalho aqui muito com as crianças da escola (nome da instituição), que é estadual, e a gente vê assim, por exemplo, eles passando de ano em ano sem a questão da alfabetização, e eu costumo conversar com as famílias porque depois eles vêm lá (no centro de saúde) querendo neuro ou remédio, por que a criança não aprende. Mas, a verdade é, o medicamento ele não substitui processos, e o que a gente vê é o que, elas vão passando de um ano para o outro, sem os conteúdos básicos, e aí chega lá na frente entendendo que tem uma dislexia, um problema de aprendizagem. Mas, o que aconteceu é que ela tá acumulando conteúdos não aprendidos, e que acaba gerando lá na frente um problema maior de auto estima, de problemas na sala de aula, problemas de relacionamento com os pais que cobram, que não veem a criança evoluir, mas, que muitas vezes a gente vê assim, que lá na base ela não conseguiu adquirir aqueles conhecimentos. (PS17)

Alertaram que as questões neurológicas, como os transtornos de aprendizagem, são problemas existentes, no entanto, ocorrem com menor frequência quando comparado ao número de encaminhamentos recebidos. Assim, destacaram a importância das avaliações serem realizadas por equipes multiprofissionais, sejam nas reuniões de matriciamento ou do Programa Saúde na Escola no nível primário, ou nos serviços clínicos especializados que realizem este processo:

Era uma prioridade as discussões das situações (de dificuldade de aprendizagem) serem em reuniões do PSE, para tentar primeiro atender bastante as demandas no território e quando extrapolasse e a gente não dessa conta desse atendimento, aí sim encaminharia para outra complexidade. [...] Era feita uma triagem do que a escola já tinha feito em relação à educação, e a gente enquanto equipe de saúde fazia

essa triagem clínica, oftalmológica, de audição, também de conflitos familiares, presença de violências, negligências, falta de apoio, falta de estímulo. Era uma discussão bem integral mesmo, porque a gente tinha nesta reunião assistente social, psicologia, médico, enfermeiros, educadores. A ideia era construir estratégias de acompanhamento daquela família. (PS9)

Neste sentido, desvelaram que ao ampliar o olhar sobre as situações que influenciam a aprendizagem dos alunos, os participantes têm constatado que para além dos aspectos pedagógicos e biológicos, deve ser considerado o fator social. Dessa forma, os profissionais apontaram a necessidade de se realizar uma intervenção individualizada, de modo articulada entre os setores da saúde e da educação, para assim, buscar maior resolutividade a essa demanda:

A gente tem visto há muito tempo, é que grande parte dos encaminhamentos que vem da escola, das crianças que apresentam alguma questão relacionada ao aprendizado, que eram encaminhadas para neuro, pro psiquiatra, pro fonoaudiólogo, em grande parte, não vou dizer todas, mas muitas vezes, na verdade o que a criança apresenta mesmo é uma dificuldade de aprendizagem relacionada às questões pedagógicas, e mais além, do social. [...] Então, não adianta colocar todos os problemas que se apresentam para a questão biológica porque não vai resolver. [...] Tem que sentar junto (saúde e educação) e traçar um plano terapêutico integrado ali para aquela criança e pra família. Ver o que a gente pode trazer de benefício no âmbito social, seja uma bolsa família, se ainda não tem, encaminhar para um serviço para conseguir emprego, aquele SINE (Sistema Nacional de Empregos), entre outras coisas. Então a gente tenta ajudar neste sentido, pra fortalecer aquela relação intersectorial ali no território. (PS5)

DISCUSSÃO

Há uma certa invisibilidade da dificuldade de aprendizagem pelos inúmeros fatores que a influenciam, sendo que os profissionais tendem a atribuir um olhar patológico sobre esta demanda, recorrendo muitas vezes à medicalização como possibilidade de solucioná-la. Diversas foram as barreiras referidas pelos participantes que limitam a efetivação de novas formas de atuar, apesar de alguns mencionarem esforços no sentido de trabalhar para desmistificar e/ou problematizar esta questão, buscando desenvolver um trabalho articulado entre os setores para atender as reais necessidades destas crianças.

Acerca das concepções dos profissionais, apesar de ser um assunto amplamente discutido principalmente no âmbito educacional, existe certa imprecisão nos conceitos relacionados à dificuldade e aos distúrbios/transtornos de aprendizagem. Isso propicia a utilização dos termos de forma inadequada, sem que haja muitas vezes distinção do significado. A ausência de consenso sobre a sua compreensão e definição é confirmada na literatura, sendo que o ponto principal dessa discordância reside no fato de que a população com dificuldade de aprendizagem apresenta-se em geral, de forma muito heterogênea (GIMENEZ, 2005).

Além disso, embora eles reconheçam a multifatorialidade envolta neste fenômeno, a responsabilização pela situação geralmente recai sobre o aluno, associando-se à um problema biológico, emocional, ou decorrente dos aspectos sociais, estruturais e organizacionais da sua família, ou seja, fatores externos à escola, conforme observado em diversos estudos (LOPES, ROSSATO, 2018; POZZOBON, MAHENDRA, MARIN, 2017; CORD et al, 2015; SCHWEITZER, SOUZA, 2018; VIEGAS, FREIRE, BOMFIM, 2018). Essa tendência minimiza a participação das relações sociais, políticas, econômicas e institucionais na produção da queixa escolar, desconsiderando o ensino, os mecanismos e funcionamentos escolares que interferem neste processo (GOMES, PEDRERO, 2015).

Ressalta-se que as práticas pedagógicas e políticas educacionais apareceram, com menor destaque, como corroboradoras dessa situação, o que indica um movimento de rompimento dessa centralidade na criança e sua família, conforme também foi observado no estudo realizado por Cord et al. (2015). Relataram as fragilidades da política de progressão continuada, que visa a não retenção das crianças no primeiro ciclo do ensino fundamental, favorecendo o acesso e a permanência dos alunos na escola, sem grandes distorções entre idade-série, mas que apresentasse desprovida de medidas pedagógicas fundamentais ao processo de ensino-aprendizagem, como tempos e metodologias diferenciados, reorganização dos conteúdos, número reduzido de alunos por sala de aula, atendimento em pequenos grupos fora do horário de aula para os alunos, com atraso ou dificuldades de aprendizagem (MASSENA, 2017).

Tal análise pode explicar a relação das queixas de dificuldades de aprendizagem manifestarem-se em maior proporção nas crianças que cursam os primeiros anos do ensino fundamental, com a faixa etária dos sete aos dez anos, sendo que o maior percentual ocorre no 3º ano, aos 8 anos de idade, apontando ainda a prevalência do sexo masculino. Além do mais, os resultados evidenciaram o aumento expressivo do número de crianças encaminhadas para atendimento de saúde e profissionais especializados, processo cada vez mais frequente na atualidade, originadas prioritariamente da rede pública de educação, sendo o professor o

principal informante, como também verificado em estudos que abordam este tema (CORSO, MEGGIATO, 2019; GOMES, PEDRERO, 2015; VIÉGAS, FREIRE, BOMFIM, 2018).

Com relação aos sinais apresentados pelas crianças, presente nos depoimentos dos profissionais entrevistados, percebe-se uma certa individualização, considerando-os portadores de características incompatíveis com a aprendizagem e o ajustamento escolar, e que as utilizam para justificar as dificuldades escolares. De certa forma, há uma preocupação em garantir uma homogeneidade nos modos de ser e de aprender dos alunos, visto que por vezes as opiniões mostram-se contraditórias, sendo que ao mesmo tempo que se desqualifica a apatia de alguns alunos, espera-se que eles não sejam agitados, processo que produz a negação da diversidade (CORD et al., 2015).

No entanto, verificou-se que a identificação e as ações frente à dificuldade de aprendizagem foram ofuscadas em decorrência da pandemia da COVID-19. A abrupta transformação das abordagens pedagógicas para encontros virtuais trouxe a necessidade de se desenvolver novas formas de ensinar no modo remoto, intensificando o trabalho dos professores, o que em muitos gerou certa insatisfação frente a esta nova possibilidade de atuação (SILVA et al., 2021). Cabe destacar que esta situação sobrecarregou também os pais, que além de suas demandas da casa e do trabalho, precisavam acompanhar as atividades escolares de seus filhos, sendo que alguns não tinham conhecimento dos conteúdos pedagógicos, nem acesso ou familiaridade com a modalidade remota e, por vezes, com a realidade do processo de ensino-aprendizagem de seus filhos para poder auxiliá-los (LUNARDI et al., 2021).

Neste contexto, de acordo com a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) toda essa situação provocada pelo evento pandêmico gerará um aumento da desigualdade na educação e no progresso do estudante. Neste sentido, ressalta que uma natural queda na aprendizagem poderá alastrar-se por mais de uma década, se não forem criadas políticas públicas que invistam em melhorias voltadas especificamente para a área educacional, chamando a atenção para a necessidade de ação sobre esta demanda (DIAS, PINTO, 2020).

Frente a estas considerações, observou-se que apesar dos avanços teórico-metodológicos propostos em novas concepções sobre as queixas escolares, estas ainda não se fazem suficientemente presentes na prática desses profissionais (GOMES, PEDRERO, 2015; CORD et al., 2015). A escola tem se apresentado desinteressante e as estratégias de ensino utilizadas não têm sido adequadas às expectativas dos estudantes, o que acaba frustrando os profissionais implicados em fazer ou pensar diferente. Com turmas superlotadas, remuneração

incompatível com a função, condições de trabalho inadequadas, tem-se uma realidade profissional desfavorável ao fazer docente (SCHWEITZER, SOUZA, 2018; POZZOBON, MAHENDRA, MARIN, 2017).

As principais estratégias de atendimento tanto das escolas quanto dos professores centraram-se na própria criança e isentaram, na maioria das vezes, a instituição da produção da queixa escolar, a qual ainda é excludente, não oferece a todos as mesmas oportunidades, nem tampouco os mesmos recursos de acesso e apropriação efetiva do conhecimento. A temática da dificuldade de aprendizagem parece distanciada dos estudos e da prática realizados pelos educadores, muitas vezes despreparados para o acolhimento dos alunos que enfrentam esta situação, o que demonstra a relevância da discussão na formação dos profissionais. Além disso, há ausência de investimentos em setores importantes, políticas voltadas para a educação continuada, processos inclusivos e reestruturação física do espaço escolar (GOMES, PEDRERO, 2015; SCHWEITZER, SOUZA, 2018; LOPES, ROSSATO, 2018).

Entretanto, embora se considere um avanço a percepção de que as metodologias de ensino utilizadas pelos professores em sala de aula também produzem dificuldades de aprendizagem e, conseqüentemente, o fracasso escolar, essa visão é criticada por autores que ressaltam que sair da dimensão da culpabilização do aluno e da família para a responsabilização do professor também se caracteriza como uma visão reducionista do fenômeno. As políticas educacionais e o projeto social brasileiro devem ser considerados na compreensão do fracasso escolar (POZZOBON, MAHENDRA, MARIN, 2017).

Urge a revisão do modelo pedagógico conteudista que se encontra ultrapassado e não visa a criticidade dos alunos. Identificou-se questões estruturais que precisam de atenção, pois as escolas não recebem o apoio necessário do poder público, como a oferta de programas de reforço extraclasse a estes estudantes, bem como, de profissionais para suporte aos docentes e discentes, tais como psicólogos, pedagogos, psicopedagogos e orientadores educacionais, aspectos estes que vão ao encontro das limitações mencionadas pelos professores entrevistados neste estudo (POZZOBON, MAHENDRA, MARIN, 2017; CORD et al, 2015).

Diante deste cenário, apesar do crescente número de pesquisas principalmente nas áreas da psicologia e da educação que reafirmam a importância de identificar questões que extrapolam a dinâmica individual e familiar das crianças encaminhadas, persiste uma tendência, por parte dos profissionais que atendem estas crianças, de tratar os problemas escolares como de origem exclusivamente biológica ou psicológica (GOMES, PEDRERO, 2015). Atribuem um papel central ao diagnóstico como elemento determinante para o encaminhamento das

dificuldades de aprendizagem, depositando sua resolutividade no setor saúde (POZZOBON, MAHENDRA, MARIN, 2017).

Em um estudo, observou-se que entre 40% da população indicada com dificuldade de aprendizagem, somente 3 a 5% apresentam transtorno de aprendizagem (GIMENEZ, 2005). Por não existirem causas médicas reais para o fracasso escolar, observa-se uma construção artificial de falsas relações entre doença e não-aprendizagem, centradas no indivíduo (SCHWEITZER, SOUZA, 2018). A naturalização desse processo e o fluxo contínuo de produção de demandas para a área da saúde podem sinalizar uma transferência de responsabilidades de uma área a outra como forma de simplificar problemas oriundos de um contexto, certamente, repleto de questões a serem reavaliadas e ressignificadas, como anteriormente apontado (GOMES, PEDRERO, 2015).

As tentativas de lidar com casos de fracasso escolar como se eles fossem uma patologia são exemplos de medicalização, ou seja, um recurso utilizado para transformar questões de origem eminentemente social e política em demandas médicas (GOMES, PEDRERO, 2015). Isso representa um retrocesso, visto que a ciência tem apontado a ineficácia da abordagem individual e medicamentosa das dificuldades de aprendizagem. Demonstra-se como um contrassenso às próprias políticas públicas governamentais, que vêm buscando implementar os princípios da territorialidade (pertencimento), intersetorialidade (corresponsabilidade), educação integral (o sujeito na sua totalidade) e saúde integral (a busca de autonomia e do autocuidado), além do controle social dessas políticas (CORD et al., 2015).

A eficácia do ensino e a dinâmica institucional, muitas vezes, nem chegam a ser questionadas pelos profissionais de saúde, porque sucumbem a uma análise superficial da situação das crianças e de suas famílias, especialmente aquelas provenientes das camadas mais empobrecidas, usuárias de uma escola precarizada (GOMES, PEDRERO, 2015). À medida em que se assume uma atuação que valoriza o processo de medicalização, trata-se apenas a pessoa, e afirma-se que o problema existe somente nele, o que gera uma desresponsabilização das diversas instâncias de poder produtoras e perpetuadoras de tais problemas. No entanto, a compreensão de fatores macroestruturais (sociais, políticos) é fundamental para se entender a complexidade das múltiplas determinações desse fenômeno. (BELTRAME, GESSER, SOUZA, 2019; CORD et al., 2015).

Por outro lado, os dados apontam que alguns profissionais têm incorporado uma perspectiva crítica, trabalhando no sentido de desconstruir estigmas e preconceitos em relação aos alunos encaminhados. Assim, foi possível detectar a presença de uma compreensão crítica da queixa escolar implicando em um atendimento que visa a desmistificar e/ou problematizar

o diagnóstico, fundamentalmente em parceria com a escola, o que é fundamental para a resolutividade das dificuldades de aprendizagem (VIÉGAS, FREIRE, BOMFIM, 2018). Portanto, faz-se necessário que educadores e profissionais da saúde sejam instrumentalizados para a compreensão das dificuldades de aprendizagem a partir de uma perspectiva ética e política, a fim de desconstruir o discurso biomédico que tende a inserir-se no cotidiano escolar, por meio de uma prática voltada ao diagnóstico e à medicalização da diversidade de modos de ser e de aprender (CORD et al., 2015).

Ante estas reflexões, considerando que a problemática se origina no universo educacional, urge repensar o modo de ensinar, considerando que cada comunidade apresenta um perfil diferente, características e demandas específicas e exige do professor certa adequação. Propõe-se a valorização das múltiplas aprendizagens e das diferentes experiências escolares, bem como, a importância de a escola e os professores reconhecerem a realidade dos alunos, favorecendo o direito às diferenças e singularidades e evitando rótulos e marginalizações (POZZOBON, MAHENDRA, MARIN, 2017). Compreende-se que os ideais de uma escola democrática e laica, ou seja, de um saber de qualidade para todos, constitui-se um objetivo ainda a ser alcançado por nossa sociedade (LOPES, ROSSATO, 2018).

Por fim, as limitações deste estudo correspondem a não generalização dos dados, por se tratar de uma realidade regional do Estado de Santa Catarina. Cabe mencionar que devido as restrições sanitárias impostas pelo contexto pandêmico da COVID-19, a pesquisadora não pode realizar o contato presencial prévio para a aproximação e apresentação da proposta aos profissionais, o que culminou com a recusa de alguns deles em participar. Além do mais, inviabilizou a realização de observação nos locais de atuação para acompanhamento das atividades, principalmente do campo educacional, pois as entrevistas em sua maioria necessitaram ser realizadas no formato virtual.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo evidenciou que a dificuldade de aprendizagem é uma situação influenciada por diversos fatores, porém o olhar dos participantes tende a voltar-se para a responsabilização prioritariamente ao aluno e/ou sua família, e eventualmente, ao contexto escolar. Neste sentido, tem-se atribuído uma característica patológica a essa demanda, buscando junto aos serviços de saúde, estratégias medicalizantes para solucioná-la.

A percepção de que fatores estruturais, como os sociais, também determinam a manutenção do fenômeno, e da necessidade de se investir em políticas educacionais de

formação acadêmica e de aperfeiçoamento nos serviços surgiram, mas de forma incipientes. Estas são questões urgentes que necessitam do apoio do poder público, além da adoção de estratégias que propiciem a articulação entre estes setores, com vistas a superar os modelos pedagógicos e de saúde, que não atendem as reais necessidades do escolar que enfrenta esta condição.

Salientam-se as contribuições para a área da enfermagem escolar, haja vista o papel importante que estes profissionais podem desempenhar com ações individuais e coletivas de promoção da saúde e bem-estar biopsicossocial aos estudantes, no intuito de favorecer o pleno desenvolvimento e o sucesso acadêmico infantil.

Nesta direção, considera-se oportuno o aprofundamento desta temática em outras pesquisas, envolvendo o entendimento dos estudantes e de suas famílias quanto à queixa escolar, garantindo, assim, a ampliação de saberes na complexidade que o fenômeno demanda.

REFERÊNCIAS

BELTRAME, Rudinei Luiz; GESSER, Marivete; SOUZA, Simone Vieira de. Diálogos sobre medicalização da infância e educação: uma revisão de literatura. **Psicol. Estud.**, v.24, e42566, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v24i0.42566> Acesso em: 30 de outubro de 2021.

BRAMBILLA, Daiane Kutzepa; KLEBA, Maria Elisabeth; MAGRO, Márcia Luíza Pit Dal. Cartografia da implantação e execução do Programa Saúde na Escola (PSE): implicações para o processo de desmedicalização. **Educ. rev.**, v.36, e217558, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-4698217558> Acesso em: 21 outubro 2020.

BRASIL. **Lei n. 9.394, de 20 de setembro de 1996.** Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 1996. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=content&task=view&id=78&Itemid=221> Acesso em: 15 setembro 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Alfabetização. **PNA Política Nacional de Alfabetização.** Secretaria de Alfabetização. – Brasília : MEC, SEALF, 2019. 54 p. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/images/banners/caderno_pna_final.pdf Acesso em: 15 setembro 2021.

CORD, Denise et al. As significações de profissionais que atuam no Programa Saúde na Escola (PSE) acerca das dificuldades de aprendizagem: patologização e medicalização do fracasso escolar. **Psicol. cienc. prof.**, v. 35, n. 1, p.40-53, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703000952013> Acesso em: 30 de outubro de 2021.

CORSO, Luciana Vellinho; MEGGIATO, Amanda Oliveira. Quem são os alunos encaminhados para acompanhamento de dificuldades de aprendizagem? **Rev. psicopedagogia**, v.36, n.109, p.57-72, 2019. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/195717> Acesso em: 28 de outubro de 2021.

DENZIN, Norman K., LINCOLN, Yvonna S. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DIAS, Érika; PINTO, Fátima Cunha Ferreira. A educação e a Covid-19. **Ensaio: aval. pol. públ. educ.**, v.28, n.108, p.545-54, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-40362019002801080001> Acesso em: 28 de outubro de 2021.

FAERMANN, Lindamar Alves; RUFATO, Vanessa Ferraz. Dificuldades de aprendizagem de crianças e adolescentes da rede pública de ensino: um fenômeno multicausal. **Educação**, v.4, n.3, p. 91 – 104, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.17564/2316-3828.2016v4n3p91-104> Acesso em: 21 outubro 2020.

GIMENEZ, Eloisa Hilsdorf Rocha. Dificuldade de aprendizagem ou distúrbio de aprendizagem? **Rev. Educ.**, v.8, n.8, p.78-83, 2005. Disponível em: <https://seer.pgskroton.com/educ/article/view/2214> Acesso em: 24 outubro 2021.

GOMES, Cláudia Aparecida Valderramas; PEDRERO, Jennifer do Nascimento. Queixa Escolar: Encaminhamentos e Atuação Profissional em um Município do Interior Paulista. **Psicol., Ciênc. Prof.**, v. 35, n. 4, p. 1239-56, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703002192013> Acesso em: 28 outubro 2021.

LOPES, Telma Silva Santana; ROSSATO, Maristela. A dimensão subjetiva da queixa de dificuldades de aprendizagem escolar. **Psicol. Esc. Educ.**, v.22, n.2, p. 385-94, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2175-35392018011363> Acesso em: 21 outubro 2020.

LUNARDI, Nataly Moretzsohn Silveira Simões et al. Aulas Remotas Durante a Pandemia: dificuldades e estratégias utilizadas por pais. **Educ. Real.**, v.46, n.2, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2175-6236106662> Acesso em: 24 outubro 2021.

MASSENA, Juliana Hass. Práticas avaliativas e progressão continuada na rede municipal de Eldorado do Sul/RS: a ênfase está nas aprendizagens dos alunos? In: RODRIGUES, Maria Bernadette Castro; ROCHA, Fabiana de Miranda; MASSENA, Juliana Hass, orgs. **Pesquisas e proposições pedagógico-curriculares na escolarização inicial da educação básica** [online]. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2017, 324 p. ISBN 978-85-386-0472-3. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/3vrq5/pdf/rodrigues-9788538604723.pdf> Acesso em: 21 janeiro 2022.

POZZOBON, Magda; MAHENDRA, Fénita; MARIN, Angela. Helena Renomeando o fracasso escolar. **Psicol. Esc. Educ.**, v. 21, n. 3, p. 387-96, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2175-3539201702131120> Acesso em: 21 outubro 2020.

SAMPIERI, Roberto Hernandez; COLLADO, Carlos Fernández; LUCIO, María del Pilar Baptista. **Metodologia da pesquisa**. 5. ed. São Paulo: McGraw-Hill, 2013.

SCHWEITZER, Lucas; SOUZA, Simone Vieira de. Os sentidos atribuídos à queixa escolar por profissionais de escolas públicas municipais. **Psicol. Esc. Educ.**, v. 22, n. 3, p. 565-72, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2175-35392018034949> Acesso em: 24 outubro 2021.

SILVA, Carlos dos Santos; BODSTEIN, Regina Cele de Andrade. Referencial teórico sobre práticas intersetoriais em Promoção da Saúde na Escola. **Ciênc. saúde colet.** v. 21, n. 6, p. 1777-1788, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015216.08522016>
Acesso em: 15 setembro 2020.

SILVA, Rosângela Ramos Veloso et al. Pandemia da COVID-19: insatisfação com o trabalho entre professores(as) do estado de Minas Gerais, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v.26, n.12, p. 6117-28, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212612.10622021>
Acesso em: 21 janeiro 2022.

SIQUEIRA, Cláudia Machado; GURGEL-GIANNETTI, Juliana. Mau desempenho escolar: uma visão atual. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, v.57, n.1, p. 78-87, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302011000100021.2011> Acesso em: 30 de outubro de 2021.

VIEGAS, Lygia de Sousa; FREIRE, Klessyo do Espírito Santo; BOMFIM, Flávia Brandão. Atendimento a queixa escolar nos serviços públicos de saúde mental da Bahia. **Psicol. Esc. Educ.** v.22, n.1, p. 133-40, 2018.. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2175-35392018013260> Acesso em: 21 outubro 2020.

5.2 MANUSCRITO 2

A INFLUÊNCIA DOS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE NA APRENDIZAGEM DE CRIANÇAS ESCOLARES

RESUMO

Objetivo: conhecer a influência dos determinantes sociais na aprendizagem de crianças escolares vinculadas à rede pública de ensino, sob a ótica dos profissionais da saúde e da educação. **Metodologia:** estudo de abordagem qualitativa, do tipo ação participante, articulado ao Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire, que consiste de três momentos: Investigação Temática; Codificação e Decodificação; Desvelamento Crítico. Realizada com profissionais das áreas da saúde e da educação básica, em quatro municípios da Região da Grande Florianópolis, por meio de entrevistas individuais e círculo de cultura, no período de novembro de 2020 a março de 2021. O processo analítico dos resultados ocorreu através da leitura cuidadosa, reflexão e interpretação dos temas destacados, e nas discussões realizadas em conjunto com os integrantes do estudo. **Resultados:** os profissionais compreendem que as condições de vida desfavoráveis, os hábitos pouco saudáveis e as relações sociais frágeis tendem a influenciar negativamente a aprendizagem escolar das crianças. Desvelaram a necessidade de ações intersetoriais sobre estes fatores, identificando o Programa Saúde na Escola uma possibilidade, e ressaltaram a importância da integração da assistência social, a fim de torná-las mais efetivas. **Considerações finais:** a atuação articulada dos profissionais de saúde e educação sobre os determinantes sociais são o caminho para a promover a saúde e o desempenho escolar infantil, com vistas a minimizar os efeitos das iniquidades existentes no país.

Descritores: Determinantes sociais da saúde; Saúde da criança; Serviços de saúde escolar; Baixo rendimento escolar.

ABSTRACT

Objective: to know the influence of social determinants in schoolchildren's learning linked to the public education network, from healthcare and education professionals' perspectives. **Methodology:** a qualitative participative action research, articulated to Paulo Freire's Research Itinerary, which consists of three moments: Thematic Investigation; Coding and Decoding; Critical Unveiling. It was developed with healthcare and basic education professionals, in four municipalities in the Greater Florianópolis Region, through individual interviews and culture

circle, between November 2020 and March 2021. The analytical process of the results took place through careful reading, reflection and interpretation of highlighted themes, and in the discussions carried out together with the study participants. **Results:** professionals understand that unfavorable living conditions, unhealthy habits and fragile social relationships tend to negatively influence schoolchildren's learning. They revealed the need for intersectoral actions on these factors, identifying the Health at School Program as a possibility, and highlighted the importance of integrating social assistance, in order to make them more effective. **Final considerations:** the coordinated action of healthcare and education professionals on social determinants is the way to promote children's health and school performance, with a view to minimizing the effects of existing inequities in the country.

Keywords: Social determinants of health; Child health; School health services; Underachievement.

RESUMEN

Objetivo: conocer la influencia de los determinantes sociales en el aprendizaje de los escolares vinculados a la red pública de educación, desde la perspectiva de los profesionales de la salud y la educación. **Metodología:** estudio con abordaje cualitativo, del tipo acción participativa, vinculado al Itinerario de Investigación de Paulo Freire, que consta de tres momentos: Investigación Temática; codificación y decodificación; Revelación crítica. Realizado con profesionales de las áreas de salud y educación básica, en cuatro municipios de la Región de la Gran Florianópolis, a través de entrevistas individuales y círculo de cultura, de noviembre de 2020 a marzo de 2021. El proceso analítico de los resultados ocurrió a través de la lectura atenta, la reflexión e interpretación de los temas destacados, y en las discusiones sostenidas junto a los participantes del estudio. **Resultados:** los profesionales comprenden que las condiciones de vida desfavorables, los hábitos no saludables y las relaciones sociales frágiles tienden a influir negativamente en el aprendizaje escolar de los niños. Revelaron la necesidad de acciones intersectoriales sobre estos factores, identificando como posibilidad el Programa Salud en la Escuela, y subrayando la importancia de integrar la asistencia social para hacerla más efectiva. **Consideraciones finales:** la acción coordinada de los profesionales de la salud y la educación sobre los determinantes sociales es el camino para promover la salud infantil y el desempeño escolar, con miras a minimizar los efectos de las inequidades existentes en el país.

Palabras clave: Determinantes sociales de la salud; Salud del niño; Servicios de salud escolar; Rendimiento Escolar Bajo.

INTRODUÇÃO

A vivência de iniquidades sociais desde a fase da infância, que se manifestam pela dificuldade ou falta de acesso aos serviços e equipamentos públicos, aos bens materiais e imateriais, e a oportunidades que permitem a reprodução da vida em patamar de dignidade, são atribuídos como fatores, que com frequência, contribuem para iniquidades nas condições de saúde dos indivíduos no seu desenvolvimento (FIORATI, ARCÊNCIO, SOUZA, 2016). No entanto, a existência dessas desigualdades é injusta e evitável, causadas por políticas públicas e estilos de vida impróprios, influenciados por fatores estruturais que abrangem vários setores da sociedade (DAHLGREN, WHITEHEAD, 2007).

Como forma de enfrentar tais adversidades, reconhece-se a importância do pleno desenvolvimento infantil, com vistas a reduzir seus efeitos prejudiciais. Deste modo, a literatura ressalta que há uma estreita associação entre educação e saúde, sendo que quanto menor o desempenho educacional, pior será o estado de saúde do indivíduo quando adulto, e vice-versa (WHO, 2008). Neste sentido, compreende-se que a educação tem o potencial de moldar fundamentalmente as trajetórias ao longo da vida das pessoas, sendo apontada como um importante Determinante Social da Saúde (DSS) (DSSBR, 2012).

Os DSS são as condições em que as pessoas nascem, vivem, crescem, trabalham e envelhecem, correspondem aos fatores sociais, econômicos, políticos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam, afetam e condicionam a saúde da população. (CNDSS, 2008). Cabe mencionar a distinção da linha determinação social da saúde, a qual discute a abrangência da coletividade e do caráter histórico-social do processo saúde-doença, que opera como crítica ao modo de produção vigente, sem focar em dados epidemiológicos individuais (ROCHA, DAVID, 2015).

Desse modo, dadas as desigualdades sociais existentes no contexto brasileiro, que inclui a disparidade de renda, a falta de acesso a bens e serviços, dentre outros, pondera-se que os escolares da rede pública de ensino constituem um grupo vulnerável a diversos DSS, considerados como fatores indiretos do déficit na aprendizagem (ARAGÃO et al., 2019; CHRISTMANN, PAVÃO, 2015). Portanto, torna-se necessário um olhar ampliado acerca da complexidade que envolve esse fenômeno, haja visto que a literatura considera que crianças de origens desfavorecidas são mais propensas a se sair mal na escola e, posteriormente, como adultos, a terem menor renda, e piores condições de vida e trabalho (CHRISTMANN, PAVÃO, 2015; WHO, 2008).

No atual cenário, observa-se uma tendência dos professores, escolas e demais profissionais envolvidos, em culpabilizar estes estudantes e suas famílias pelo fracasso escolar, muitas vezes, reduzindo-o a um problema supostamente individualizado da criança. Motivo pelo qual, cresce o número de encaminhamentos de escolares que apresentam dificuldade de aprendizagem aos serviços de saúde, na tentativa de resolvê-la sobre o prisma médico (POZZOBON, MAHENDRA, MARIN, 2017). Compreende-se por dificuldade de aprendizagem, qualquer tipo de dificuldade apresentada durante o processo de aprender, decorrente de condições inerentes da criança, ou extrínsecas, que envolvem um contexto mais amplo, seja didático-pedagógica e/ou sociocultural (CIASCA ROSSINI, 2002; PATERLINI et. al., 2019).

A literatura considera que há uma produção multifacetada, envolvendo a questão do mau desempenho escolar, a qual pode trazer consequências para além da dimensão pedagógica, como psicológicas, comportamentais, sociais, repercutindo adiante da infância (BARBOSA, LEITE, 2020; POZZOBON, MAHENDRA, MARIN, 2017; SCHWEITZER, SOUZA, 2018). Independentemente da etiologia, as estatísticas educacionais brasileiras indicam um cenário desafiador, com altas taxas de reprovação, distorção idade-série, abandono e evasão, resultado do mau desempenho pelo não aprendido nos primeiros anos do ensino fundamental (BRASIL, 2019).

Frente a este contexto, considera-se que a aprendizagem das principais habilidades, como ler, escrever e calcular, impactam positivamente em toda vida, sendo vista como instrumento de superação de vulnerabilidades sociais e condição para o exercício pleno da cidadania (BRASIL, 2019). Por serem escassas as reflexões sobre essa temática no campo da saúde, torna-se necessário elucidar a realidade dessas crianças e os DSS envoltos a este público, para que profissionais e gestores da saúde e da educação possam intervir sobre estes fatores, e assim, diminuir as iniquidades a que podem estar expostos, contribuindo para o desenvolvimento e o bem-estar infantil.

Aliado a este cenário, cabe destacar que com a pandemia da COVID-19, a situação da dificuldade de aprendizagem tende a agravar-se, principalmente em relação aos alunos dos primeiros anos do ensino fundamental, com possíveis repercussões na saúde infantil ainda de difícil mensuração, o que reforça a necessidade de atuação sobre esta questão (UNICEF, 2020). Diante dessas considerações, emergiu a seguinte questão norteadora: Qual a influência dos determinantes sociais da saúde na aprendizagem escolar infantil? Logo, este estudo teve como objetivo, conhecer a influência dos determinantes sociais da saúde na aprendizagem de crianças

escolares vinculadas à rede pública de ensino, sob a ótica dos profissionais da saúde e da educação.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo ação-participante, fundamentada nos pressupostos teórico-metodológicos de Paulo Freire, conhecido como Itinerário de Pesquisa (FELCHER, FERREIRA, FOLMER, 2017; FREIRE, 2019). Este método compreende três etapas distintas e interligadas entre si: Investigação Temática, consiste no diálogo inicial que visa à identificação dos temas geradores extraídos da realidade dos participantes; Codificação e Descodificação em que ocorre a contextualização e problematização dos temas geradores, ampliando os conhecimentos; e Desvelamento Crítico, processo de ação-reflexão-ação, tomada de consciência da real situação, com vistas à transformação do contexto vivido (HEIDEMANN et al., 2017).

O estudo foi desenvolvido nos contextos saúde e da educação, nos municípios de Florianópolis, São José, Palhoça e Biguaçu, selecionados por possuírem o maior contingente populacional na Macrorregião da Grande Florianópolis, Estado de Santa Catarina. Em relação aos cenários, na rede de atenção à saúde realizou-se no nível primário de cada município, por este ser considerado a porta de entrada no Sistema Único de Saúde (SUS), e em dois serviços clínicos especializados no atendimento às dificuldades de aprendizagem escolar. Na educação, envolveu quatro instituições da rede básica municipal, uma estadual e uma federal, com foco no segmento dos anos iniciais do ensino fundamental.

Participaram do estudo profissionais da saúde e da educação, incluídos por atuarem na prática assistencial e/ou gerencial junto às crianças escolares de seis a 10 anos. A seleção ocorreu por conveniência, em virtude do envolvimento com o problema de pesquisa, sendo os participantes indicados pelos responsáveis de cada instituição, independentemente do tipo de vínculo empregatício. Como critério de exclusão adotou-se a lotação inferior a 01 (um) ano na instituição, ou que estivessem afastados por férias ou licença de qualquer natureza no período da coleta de dados.

A operacionalização do Itinerário de Pesquisa deu-se no período compreendido entre novembro de 2020 a abril de 2021. Em virtude das barreiras impostas pelo contexto pandêmico da COVID-19, como o isolamento/distanciamento social e a sobrecarga de atividades do setor saúde e educação, o desenvolvimento das etapas do método necessitou ser adaptada, sendo realizada no primeiro momento por meio de entrevistas individuais sendo realizado o

levantamento dos temas geradores, e no segundo momento, em Círculo de Cultura Virtual (CCV)² com os participantes.

As entrevistas foram agendadas previamente, por contato telefônico ou via e-mail, e realizadas de forma presencial ou virtual, a escolha de cada profissional. O diálogo foi desencadeado a partir de questões guias, sendo também efetuado o levantamento dos dados pessoais e funcionais dos profissionais. Posteriormente, foi elaborado pela pesquisadora um quadro em arquivo digital com trechos/palavras que refletiam os temas geradores extraídos a partir da realidade dos participantes, constituindo a Investigação Temática. Esta representou o primeiro momento do Itinerário Freireano, sendo instigado pela mediadora durante as entrevistas o levantamento dos temas geradores.

Para o desenvolvimento do Círculo de Cultura contactou-se de modo remoto os profissionais que participaram da primeira etapa, porém em virtude da incompatibilidade de horários e/ou férias e licenças, alguns não puderam estar presentes. O encontro ocorreu no formato virtual, em uma única sessão, com duração de aproximadamente duas horas, mediado pela enfermeira pesquisadora, com suporte de duas facilitadoras com experiência na condução desse tipo de abordagem.

A fim de aproximá-los, visto serem oriundos de diferentes áreas de atuação, instituições e municípios, realizou-se uma breve rodada de apresentação. Na sequência, contextualizou-se a proposta metodológica, que visando torná-la mais lúdica e concreta, procedeu-se a analogia do Itinerário Freireano com o processo de escrita de um livro, que depende diferentes fases para sua produção, que são interdependentes: a Investigação temática corresponde ao levantamento de ideias sobre a história a ser narrada, a Codificação/Descodificação a redação do conteúdo e o Desvelamento crítico a obra final para ser publicada.

Deste modo, foi projetada na tela do computador de modo compartilhado, os temas geradores levantados inicialmente pelas entrevistas realizadas, validando seus significados e promovendo o processo de ação reflexão. Para a Codificação e Descodificação, que integram a segunda etapa do Itinerário de Paulo Freire, a mediadora instigou o debate com os participantes dialogando acerca dos fatores sociais que determinam a saúde e influenciam a aprendizagem infantil relacionando com as temáticas levantadas no primeiro momento. A partir disso foram

² De acordo com os pressupostos de Freire, consiste em um espaço dinâmico, de aprendizagem e troca de saberes, no qual pesquisador e pesquisados refletem e discutem as situações desafiadoras vivenciadas, identificam a realidade e as possibilidades de intervenção para transformá-las (HEIDEMANN et al., 2017).

codificados e decodificados dois temas predominantes: I) Condições de vida da família; II) Hábitos e relações sociais da criança.

Assim, os participantes vivenciaram o último momento do Itinerário Freireano, o Desvelamento Crítico, o qual foi possível (re) significar os dois temas geradores e reconheceram os fatores sociais que influenciam a aprendizagem infantil. Neste momento, discutiu-se no círculo de cultura as reais possibilidades de transformar a realidade vivida, e mediante um processo de ação-reflexão-ação, socializaram novas perspectivas para o enfrentamento destes determinantes no contexto em que atuam.

Para o registro das informações, utilizou-se a gravação de áudio nas entrevistas presenciais, por um aplicativo disponível no smartphone, e nos encontros virtuais, incluindo o círculo de cultura, com o recurso audiovisual ofertado por uma plataforma de acesso gratuito via internet. Posteriormente, as falas dos participantes foram transcritas de forma fiel, organizadas com auxílio de um programa de editor de texto, e armazenadas em pastas digitais com acesso limitado à pesquisadora.

A análise dos temas ocorreu concomitante ao desenvolvimento do CCV, durante a realização das etapas do Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire, que prevê este processo analítico contínuo, e ocorreu com a interação de todos os participantes, por meio da leitura, reflexão e interpretação dos temas emergentes, fundamentada no referencial dos DSS (HEIDEMANN, et al 2017; DAHLGREN E WHITEHEAD; 2007).

O estudo seguiu as normas e diretrizes previstas nas Resoluções nº 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). A investigação teve início somente após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, protocolada sob o nº 39239820.2.0000.0121, e autorização de todas as instituições envolvidas no estudo. O aceite de participação no estudo foi formalizado pelos profissionais através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo assegurado o anonimato mediante a substituição dos nomes pelas iniciais das palavras “Profissionais da Saúde” e “Profissionais da Educação”, seguidos por um numeral arábico, por exemplo: PS1, PS1, PE1, PE2, e assim sucessivamente.

RESULTADOS

No total foram 45 participantes na fase de entrevistas, sendo 27 atuantes no setor saúde e 18 no educacional, de diferentes categorias profissionais; sendo 41 do sexo feminino e 04 do

sexo masculino. Destes, 21 participaram da segunda etapa que correspondeu ao círculo de cultura, 10 profissionais vinculados à saúde e 11 à educação.

Considerando todos os participantes, foram 40 do sexo feminino e cinco do masculino, com idade entre 28 e 56 anos, sendo cinco assistentes sociais, cinco enfermeiros, três fonoaudiólogos, sete médicos, uma odontóloga, 15 pedagogas, cinco psicólogos, uma psicopedagoga, uma técnica em educação, duas técnicas em enfermagem. Sobre a formação, sete mencionaram nível de graduação, 31 de especialização, cinco com mestrado e dois possuem doutorado.

Com relação à Rede de Atenção à Saúde, 20 profissionais representavam a Atenção Primária e sete os serviços clínicos especializados no atendimento às crianças com dificuldades no processo de aprendizagem. Na Rede de Educação Básica, cinco profissionais pertenciam à instituição federal, cinco da estadual e oito da municipal.

Os profissionais, ao refletiram sobre a saúde dos escolares, associaram aspectos que consideraram influenciar na dificuldade de aprendizagem escolar, para além dos fatores estritamente biológicos, os quais envolvem as condições de vida da família e os hábitos e relações sociais da criança, apresentados na sequência.

Condições de vida da família

Acerca deste tema, apontaram a importância das famílias terem acesso a direitos, bens e serviços essenciais. Estes, quando ausentes ou indisponíveis, os colocam em situação de vulnerabilidade, afetando principalmente os membros mais frágeis, como as crianças. Questão que repercute não só na saúde, mas também pode trazer prejuízos no seu desempenho escolar:

A família tem que ter garantia dos direitos, de moradia, de alimentação, de infraestrutura, de saneamento, de tudo, para as crianças conseguirem se desenvolver em sua amplitude. [...] E a criança não vai ter condições de permanecer na escola, de estudar e de adquirir o conhecimento se ela não está saudável, sua família não está saudável, porque ela sofre as consequências do meio que ela vive.
(PE11)

Deste modo, destacaram que a situação socioeconômica familiar está relacionada à (im) possibilidade financeira de aquisição de recursos e de acessos a serviços que proporcionem melhorias para o cuidado, qualidade de vida, bem como, para o pleno desenvolvimento escolar infantil.

Um dos fatores de maior relevância mencionado pelos profissionais refere-se à alimentação. Afirmam que muitas famílias não dispõem de alimentos de qualidade e em quantidade suficiente em seus domicílios, sendo o problema da fome uma realidade vivenciada por muitas crianças nos municípios envolvidos no estudo. Neste sentido, o fornecimento da alimentação escolar foi destacado como uma forma de amenizar esta situação.

A questão da alimentação lá no colégio é uma coisa bem forte. Teve época que muitos alunos chegavam com dor de cabeça no setor (de enfermagem) porque não tinham se alimentado. Ainda acontece, e aí tu vais perguntar, o porquê que não comeu? Porque não tinham o que comer. Então, como é que o aluno vai render? E vai aprender? Influencia demais no desempenho deles. (PE9)

Outro aspecto evidenciado trata-se das condições habitacionais. Em relação à estrutura, as moradias em que há poucos cômodos e uma configuração familiar extensa, foram consideradas insalubres para o desenvolvimento infantil. Assim, a indisponibilidade de um local propício para a realização das tarefas escolares nestas moradias foi apontada como um limitador para o estudo e aprendizagem da criança.

Porque, de repente, não tem um ambiente adequado, por exemplo, nós na nossa casa, nós temos uma mesa, uma cadeira, nós temos, pra poder sentar e escrever, pode ser que muitas dessas famílias da nossa comunidade não tem. Acho que a falta de espaço físico, é que muitas vezes pode dificultar essa criança de fazer as atividades. (PE8)

Além disso, o saneamento básico inapropriado da rede de esgoto foi associado a maior susceptibilidade do público infantil às doenças infecciosas, impactando na assiduidade às aulas, e conseqüentemente, o acompanhamento dos conteúdos escolares.

Com relação ao nível de escolaridade dos pais, os profissionais referiram que nas famílias com menor tempo (anos) de estudo ou analfabetismo, há dificuldade no acesso às informações e ao conhecimento sobre os assuntos relacionados ao desenvolvimento da criança, bem como, da importância do estímulo à aprendizagem dos filhos:

Nem todas as crianças que vêm para a escola passaram por um pré-escolar, muitas delas só ficaram dentro de casa sem nenhum estímulo. Tem pais que mal sabem ler, então fica difícil, porque ela (a criança) não tem o apoio de um adulto que possa estar orientando, ajudando nas tarefas. (PE15)

Mencionaram que quando há maior envolvimento familiar no processo de escolarização, participação nas demandas escolares, incentivo à leitura e oferta de jogos educativos, são observados em sua maioria, um melhor desempenho da criança na escola.

Outro fator evidenciado foi o acesso aos cuidados à saúde infantil. Apontam que para as crianças na faixa etária escolar não há um acompanhamento regular do crescimento e desenvolvimento, principalmente as que dependem exclusivamente da rede pública. Assim, os atendimentos são realizados geralmente quando ocorre um encaminhamento da escola, quando há alguma comorbidade infantil ou nos casos em que consideram urgentes.

Muitas crianças perdem o contato com a unidade de saúde depois da vacina dos quatro anos. [...] É uma grande falha na assistência primária não privilegiar esse acompanhamento. Seria fundamental que houvesse uma avaliação global dessa criança, saúde física, mental, visão, audição e linguagem. (PS27)

Consideram que essa questão pode retardar a identificação de algum fator relacionado à aprendizagem, e além disso, mencionam a dificuldade de atendimento quando há encaminhamento para avaliações por profissionais especializadas. O que não ocorre nas famílias que dispõem de planos privados de saúde ou de recurso para consultas particulares, sendo rápido o acesso a pediatras, fonoaudiólogos, neurologista, dentre outros, quando indicados.

Hábitos e relações sociais da criança

No que diz respeito aos hábitos das crianças, os profissionais relacionaram alguns aspectos que consideram importantes para manter os escolares saudáveis e favorecer seu rendimento escolar:

Primeiramente uma alimentação balanceada é algo base, a prática de alguma atividade física é fundamental, assim, também eu acho que atividades de lazer, fazer as coisas que gosta, para se sentir feliz. (PE10)

Para eles, no entanto, muitos escolares têm sido expostos a adotar hábitos desfavoráveis no contexto atual de vida. Além da importância da alimentação, anteriormente mencionado, apontaram que são escassas as oportunidades de recreação das crianças para atividades físicas

e lúdicas fora do contexto escolar. Neste sentido, o tempo das crianças tem sido preenchidos por longos períodos em frente às telas, conforme destacado no relato abaixo:

O pai, a mãe ou o responsável tem que trabalhar o dia inteiro, na maioria das vezes. A criança, vamos supor, venha de manhã para a escola, a tarde ela não tem um esporte, uma atividade, ela fica sozinha em casa [...] No outro dia elas chegam na escola cansadas, tão com sono, porque ficaram até muito tarde na televisão. (PE2)

Situação que compreendem ter se agravado com o cenário pandêmico da Covid-19, no qual as crianças foram bastante afetadas com o fechamento das escolas devido as restrições sanitárias. Ademais, a ausência de uma rotina, com horários estabelecidos, realização de cuidados e supervisão dos pais, também foi um fator apontado como prejudicial ao à saúde e ao aprendizado infantil na percepção dos profissionais.

Eu percebo que é um pouco de dificuldade da família se organizar sabe. Na minha época eu tinha o momento de brincar, comer, eu tinha o momento de estudar, de ir para a escola, meu filho também foi criado assim, dessa forma. Hoje eu vejo que as famílias não têm rotina, então isso é uma das coisas que eu percebo também, e as crianças precisam disso. (PS18)

Acerca das relações sociais, como primeira referência para socialização, a criança tem a sua família. Assim, a estruturação e a boa convivência nas relações intrafamiliares foram mencionadas como elementos primordiais para o desenvolvimento infantil, principalmente, afetivo-social, com relevante importância na aprendizagem. No entanto, a existência de conflitos e quebra de vínculos familiares, foram considerados determinantes que podem levar à ocorrência de alterações emocionais e comportamentais, que refletem no rendimento escolar.

Então se a criança não está bem, se acontecem coisas na vida dela que não são boas e que afeta ela, como estar num ambiente tóxico né, um ambiente que é pesado, tem muitas brigas, isso faz mal, tanto mentalmente quanto psicologicamente, eu acredito. E como que ela vai aprender? Ela não se interessa, tem outras coisas que deixa ela triste. (PE17)

Outro aspecto referido foi o suporte emocional dos pais à criança, que pode se caracterizar tanto pela falta de atenção e carinho, ou mesmo, pela superproteção e expectativa exacerbada pelo desempenho escolar dos filhos. Entendem que isto pode gerar sentimentos de

baixa autoestima e culpa, o que afeta não só o seu psicológico, mas também a evolução do seu aprendizado.

Penso que às vezes a família não dá possibilidade dela avançar, é uma mãe super-protetora, ou uma mãe muito, que cobra demais, ou que não dá tanta atenção, então isso também altera o desempenho da criança. (PS26)

Os pais não entendem, chamam de preguiçoso, falam que (a criança) não quer fazer, são imediatistas. É um processo, tem tempo de desenvolvimento. Às vezes cobram muito cedo e estimulam pouco. (PS2)

Referiram a relevância da segurança no ambiente familiar, visto as situações de vulnerabilidades que muitas crianças vivenciam, como o consumo de álcool e drogas pelos pais e a exposição a diversos tipos de violências. Os profissionais relataram que em virtude do contexto pandêmico houve aumento nos casos de violência, principalmente doméstica, e que na visão deles, trará reflexos negativos futuros à saúde e a educação das crianças.

Outra rede de apoio fundamental apontada pelos profissionais foi a escola, considerada um importante espaço de convivência e interação social, que colabora sobremaneira na formação, no desenvolvimento e na proteção infantil. No entanto, mostra-se, muitas vezes, despreparada para atender às reais demandas dos escolares, o que pode interferir no estabelecimento do vínculo da criança com a instituição e professores:

A criança que está no processo de aprendizado, ela precisa se sentir acolhida, ela precisa se sentir segura, eu percebo assim, que a gente tem que elogiar e enaltecer os acertos da criança, e não só evidenciar os erros. (PE3)

Neste sentido, os participantes mencionam a existência de estigmas no contexto escolar, especialmente sobre as crianças que apresentam dificuldade na aprendizagem, com uma tendência a preconceitos sociais e criação de rótulos associados a esta demanda, que se inclinam a subestimá-las. Ocasionalmente, a criança depara-se também com demonstrações de *bullying/cyberbullying*, advindos principalmente de colegas de classe, que podem ocasionar em exclusão e isolamento social, interferindo neste processo, e que produz sofrimento ao escolar:

Eu fiz um trabalho em uma escola por conta do PSE, e fiquei impressionada com a questão do bullying. Como tá presente na escola, quase como uma realidade assim, quase como fazendo parte do

contexto escolar, é realmente muito preocupante e pouco percebido. Não só o bullying, mas o cyberbullying que tem um alcance, uma projeção muito maior, e realmente, emocionalmente, afeta a saúde mental, e repercute no processo de aprendizado. (PS8)

Além destas, destacaram a importância dos centros de convivência comunitários como grandes aliados para a melhoria da qualidade de vida, saúde e aprendizagem do público infantil. No entanto, os profissionais consideram que há pouco suporte social para ocupação das crianças no período do contraturno escolar, sendo limitado às iniciativas de organizações não governamentais/fraternais, que realizam projetos que muito contribuem com a socialização, fornecimento de alimentação e atividades de reforço escolar às crianças, mas que não conseguem alcançar a todas que necessitam deste apoio.

Debateu-se que existem fatores sociais que muitas vezes limitam suas ações junto as crianças com dificuldade de aprendizagem, entre outras barreiras que encontram na dinâmica do processo de trabalho. No entanto, destacaram a importância de buscarem uma atuação integrada em rede com vistas a intervir na transmissão destas iniquidades:

Então a gente tem diversas complexidades, além de toda a estruturação de rede que precisa ser discutida [...] Eu acho muito pertinente a gente tentar se fortalecer, enquanto profissionais nesse sentido de poder atuar em conjunto, as experiências que a gente tem tido nas discussões de rede, elas têm sido muito válidas, muito importantes. [...] E aí a gente vai tentando, enfim, interromper aquele ciclo pro futuro, pros filhos, para os netos, para a gente não estar atendendo eles também. (PE14)

Os participantes procuraram ressignificar e propor transformações em sua realidade. Desvelaram que se torna necessário o fortalecimento das ações intersetoriais não somente entre a educação e a saúde, mas associando a assistência social para uma atuação mais efetiva sobre estes determinantes:

Daquilo que a gente tem governabilidade, eu acho que a principal forma é a intersetorialidade, é você manter um canal de comunicação entre os profissionais. Quando a gestão não incentiva, que seria o ideal, você cria, você cria e coloca essa pauta, essa necessidade nos locais onde você atua. Ter uma articulação com o NASF no caso da saúde, ter canal de comunicação com as escolas, ter canal de comunicação com os CRASS (Centro de Referência de Assistência Social), e por outro lado, a escola ter canais de comunicação com a unidade de saúde, buscar ativamente isso, seja marcando reuniões, e agora tem a potência dos canais virtuais. (PS7)

Entendem que o trabalho intersetorial é a estratégia proposta pelo Programa Saúde na Escola (PSE), que tem como base a articulação entre escola e a rede básica de saúde, com a possibilidade de participação de outros setores. Neste sentido, compreendem que o programa tem potencial para a abordagem sobre estes fatores, e propuseram a realização de ações coordenadas para uma maior integração e fortalecimento entre os serviços e profissionais.

O Programa Saúde na Escola é um grande veio que acabam surgindo situações bem na linha da perspectiva da pesquisa, onde a gente identifica como a influência dessas determinantes sociais pode ocorrer nessa questão da aprendizagem das crianças [...] Seria bem interessante, a nível local, e as vezes até a nível mais macro, a gente pensar em fóruns de articulação intersetorial, entre essas várias políticas públicas (educação, saúde e assistência social), porque daí a gente poderia somar, ver os pontos, os nós críticos da rede em relação a estas questões, e aí trazer outras proposições, para quem sabe minimizar ou quiçá, cessar a questão da dificuldade de aprendizagem escolar com esses inúmeros determinantes que acabam influenciando bastante. (PS15)

DISCUSSÃO

Conforme a perspectiva dos DSS, a saúde, e todo o desenvolvimento humano são influenciados por eventos aos quais as pessoas estão expostas ao longo da vida. Naqueles potencialmente adversos, originados da precariedade social e econômica em que muitas famílias vivem, têm-se impacto direto em diferentes domínios – físico, cognitivo, emocional, ocupacional (SOUZA, PANÚNCIO-PINTO, FIORATI, 2019). Neste sentido, as condições de vida precárias, os hábitos desfavoráveis e as relações sociais frágeis são fatores que determinam a saúde vulnerável das crianças, e estão relacionados à questão da dificuldade escolar, mesmo indiretamente, haja vista as interferências negativas que causam no processo do aprendizado infantil (PATERLINI, et al., 2019; NSCDC, 2020).

As condições em que as crianças vivem são aspectos significativos no desenvolvimento de suas capacidades, como a aprendizagem, e de seu modo de ser e de conhecer o mundo, modelando seus hábitos de vida (CORREIA et al, 2015; CHRISTMANN, PAVÃO, 2015). De maneira geral, há que se considerar que as condições de vida melhoraram de forma contínua e sustentada na maioria dos países, graças aos progressos políticos, econômicos, sociais, ambientais e aos avanços na saúde pública (BUSS et al, 2020). Porém, as desigualdades sociais existentes no contexto brasileiro atingem grande parcela da população, e são evidenciadas pela

distribuição injusta de renda e nas escassas ou inexistentes oportunidades de inclusão econômica e social, impactando na situação de saúde e de educação das crianças (SOUZA, PANÚNCIO-PINTO, FIORATI, 2019; ARAGÃO et al., 2019).

A pobreza limita severamente a chance de viver uma vida saudável, sendo que historicamente e globalmente, tem sido a principal causa direta e indireta de saúde precária e das iniquidades sociais em saúde (DAHLGREN, WHITEHEAD, WHO, 2006). Dessa forma, concebe-se que uma posição socioeconômica familiar mais elevada, possibilita melhor recuperação de eventos adversos sofridos pela criança, ou mesmo a protege da sua ocorrência (LEIVAS et al., 2018). Em relação à educação, identificou-se que quanto mais baixa a renda familiar per capita e a escolaridade materna, maior a ocorrência de dificuldade de aprendizagem, repetências e até evasão escolar (SUCUPIRA et. al., 2014).

A escassez de recursos financeiros para a subsistência da família tende a trazer outras consequências, como a privação de acesso aos alimentos (GUETERRES et al., 2017). A fome lidera a lista dos dez maiores riscos à saúde e é considerada o maior problema solucionável do mundo, embora a segurança alimentar e nutricional constitua um direito fundamental (PEDRAZA, 2021). Neste sentido, a alimentação tem uma posição central no aprendizado e na formação social, sendo que o fornecimento de refeições no âmbito escolar é uma estratégia fundamental por contribuir para o desenvolvimento biopsicossocial, o rendimento e a permanência dos alunos na escola (SILVA, AMPARO-SANTOS, SOARES, 2018).

As famílias com precárias condições de vida tendem a ter acesso prejudicado à habitação de boa qualidade, que contribua para o bem-estar e para dignidade humana de seus membros, sendo as condições de moradia um importante determinante da saúde (COSTA et al., 2020). As crianças geralmente são mais suscetíveis aos riscos da inadequação dos domicílios, como a falta de saneamento básico que favorece a ocorrência de doenças transmissíveis, por passarem mais tempo dentro deles do que os demais membros em geral (PASTERNAK et. al., 2016). Ademais, cabe destacar que estudo de Ribeiro e Vóvio (2017) corrobora a relação entre as condições de moradia e o desempenho escolar, sendo que as crianças que vivem em locais precários têm a sua performance prejudicada.

A educação foi apontada pelos participantes como elemento primordial que pode facilitar os processos de desenvolvimento individual, assim como, a interação com os outros, o que dá condições para criar projetos que melhorem suas condições de saúde e o meio em que vivem (RIBEIRO et al., 2018). Desse modo, considera-se que nas famílias com pais com nível de formação mais elevado, as crianças são mais propensas a terem um desenvolvimento

cognitivo saudável e conseqüentemente, vantagem educacional e maior acesso à informação (CAVALCANTE et al., 2020).

O sucesso educacional não é distribuído igualmente na sociedade, visto que frequentemente, são as pessoas que vivem em circunstâncias desfavorecidas que têm desempenho educacional insatisfatório e menor acesso a serviços educacionais de boa qualidade (DAHLGREN, WHITEHEAD, WHO, 2006). Nestas famílias, geralmente, o processo de escolarização dos filhos tende a não ser valorizado pelos pais, já que suas vidas não foram transformadas pelo veículo educacional. É importante compreender que muitos destes adultos também foram crianças que apresentaram dificuldades na escola, por falta de acessos ou pela necessidade de trabalhar desde muito cedo, vítimas de uma sociedade de poucas oportunidades e de violação de direitos essenciais (RIBEIRO et al., 2018; SOUZA, PANÚNCIO-PINTO, FIORATI, 2019).

Neste contexto, a saúde infantil é um reflexo direto das condições socioeconômicas familiar, sendo que as iniquidades existentes, muitas vezes, impossibilitam ou dificultam o acesso aos serviços, tratamentos e tecnologias em saúde por estes segmentos sociais (FIORATI, ARCÊNCIO, SOUZA, 2016). A implantação do programa de atenção básica, hoje denominado Estratégia de Saúde da Família, nos municípios brasileiros tem favorecido o acesso e a vigilância da saúde infantil, embora ainda haja disparidades regionais na cobertura da rede básica no país, pouca garantia da integralidade de atenção e predomínio de ações curativas. Tais inadequações levam à incapacidade no atendimento das necessidades de saúde dessa população, e ao não reconhecimento da importância do acompanhamento periódico infantil junto à atenção básica, que se inclina a direcionar o usuário, familiar da criança, primeiro aos serviços de média e alta complexidade em busca da resolutividade (DAMASCENO et al, 2016).

Em relação a temática que engloba fatores relacionados ao estilo de vida, cabe considerar que na literatura, muitas vezes, este é compreendido apenas como responsabilidade individual/familiar, dependente de opções feitas pelo livre arbítrio das pessoas. No entanto, entende-se como um DSS, já que as opções estão fortemente condicionadas por fatores sociais que podem levar a hábitos mais ou menos saudáveis (SUCUPIRA et al, 2014).

Atualmente, observa-se uma mudança na relação das atividades diárias de trabalho, estudos, socialização e lazer, influenciadas pela globalização e transformações tecnológicas e científicas, que tornou frequente a vida acelerada e a busca por praticidade e modernização dessas tarefas (MONTEIRO; OSÓRIO, 2015; CORREIA et al., 2015). Associado a isto, situações de vulnerabilidade podem abrir brechas para que as famílias, cujas redes formais de proteção não lhes alcançaram, adotem estilos de vida inadequados que poderão trazer desfechos

ruins para a saúde da criança, com repercussões em todo seu ciclo vital (ARAGÃO et al., 2019; CORREIA et al., 2015).

Visto a infância ser uma fase marcada pela formação de hábitos alimentares, a oferta de uma dieta saudável, rica em nutrientes, é essencial para o crescimento e desenvolvimento biopsicossocial, que favorece também à aquisição da aprendizagem (CESÁR et al., 2018). Do mesmo modo, ressalta-se a importância da adoção da prática de atividades físicas pelas crianças, as quais desempenham papel fundamental, especialmente, nas funções cognitiva, intelectual e motora, o que contribui para o rendimento escolar infantil, dentre outros benefícios (NASCIMENTO, NASCIMENTO, 2020).

No entanto, progressivamente, as crianças têm sido submetidas ao divertimento passivo e solitário, configuradas pelo excesso de uso de dispositivos eletrônicos. Fato que pode suscitar diversos problemas comportamentais, sociais e mentais, como a diminuição da interação social e a privação do sono (MONTEIRO, OZÓRIO, 2015; CORREIA et al., 2015). Neste sentido, destaca-se a importância das rotinas, especialmente no contexto familiar, as quais podem fornecer estrutura para as famílias e ajudá-las a organizar as tarefas cotidianas, com vistas a atender as necessidades de seus membros. Além do mais, podem ajudar no desenvolvimento de habilidades acadêmicas e sociais da criança (SPAGNOLA, FIESE, 2007).

Olhar na perspectiva dos determinantes sociais da saúde postula-se que não apenas fatores constitucionais e estilo de vida individual, mas também as redes sociais e comunitárias impactam a saúde das pessoas, em especial, a infantil, indo ao encontro das considerações realizadas pelos profissionais (DAHLGREN, WHITEHEAD, 2007).

A família é a primeira rede social da criança, indispensável à garantia da sobrevivência e da proteção integral dos filhos, independentemente da forma como vêm se estruturando. Ela propicia a construção dos laços afetivos e a satisfação das necessidades no desenvolvimento da pessoa, desempenha um papel decisivo na socialização e na educação. Local onde são absorvidos os primeiros saberes, e se aprofundam os vínculos humanos (CASARIN, RAMOS, 2007). Para um processo de aprendizagem sadio, é preciso que o contexto familiar proporcione condições para isso, visto que os acontecimentos no interior da família, como conflitos, violências, falta de apoio emocional, podem afetar negativamente o desenvolvimento cognitivo da criança (BRITO, SOARES, 2016).

No contexto escolar, é que se constituem os primeiros vínculos sociais, sendo este um espaço destinado a formação sócio educacional capaz de contribuir significativamente na formação de pessoas, de modo pleno, integral e saudável (GUETERRES et al., 2017). Ressalta-se a importância do papel do professor, pois quando bem capacitados e sensíveis acerca dos

processos de aprendizagem e desenvolvimento dos alunos, atua tanto na promoção de saúde mental quanto na prevenção de dificuldades, buscando interromper com a lógica de “patologizar” o campo das aprendizagens (CORSO, MEGGIATO, 2019). Neste sentido, torna-se necessário superar a histórica produção da violência no ambiente escolar, entre elas a prática do *bullying*, que expõe alunos a condição de vulnerabilidade, interferindo no processo de ensino-aprendizagem e na saúde do estudante (MELLO et al., 2017).

Frente a estas considerações, com vistas a ultrapassar estas barreiras estabelecidas na infância e fortalecer as bases da saúde e da aprendizagem ao longo da vida, nota-se que nos diálogos oriundos deste estudo uma preocupação com determinantes sociais da saúde e sua relação com a aprendizagem da criança. Mas, para além da identificação destes fatores, há uma necessidade urgente de estratégias mais eficazes dos serviços e das políticas públicas para apoiar a saúde e o desenvolvimento das crianças, enfrentando a pobreza, a instabilidade habitacional, a insegurança alimentar, e outras fontes de adversidade que impõem tensões significativas às famílias (NSCDC, 2020).

Embora seja consenso a importância e o interesse global pela temática, o processo de implementação de abordagens relacionadas aos DSS para redução das iniquidades e melhoria da situação de saúde tem decorrido de forma lenta e frágil, especialmente nos países em desenvolvimento, onde predominam as barreiras impostas pela desvantagem e injustiças sociais (CARRAPARO, CORREIA, GARCIA, 2017). Considera-se que ações integradas construídas de forma intersetorial podem ser a chave para uma nova dinâmica no aparato governamental e para a busca de uma sociedade mais equânime, constituindo-se em modalidade de interferência em problemas no campo das práticas sociais (CHIARI et al, 2018).

O movimento da promoção da saúde tem colaborado no enfrentamento das iniquidades sociais, constituindo-se um relevante apoio para a implementação de políticas de caráter transversal (FIGUEIREDO et al., 2019). Assim, no que tange à saúde do escolar, o Programa Saúde na Escola tem se mostrado como uma importante ferramenta para o enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento infantil, com vistas a promover a saúde, e conseqüentemente, a aprendizagem de crianças da rede pública básica de ensino, além de contribuir para a melhoria dos hábitos de vida (CHRISTMANN, PAVÃO, 2015).

Como limitações deste estudo, menciona-se as restrições impostas pelo enfrentamento do contexto pandêmico, que resultou na necessidade de adaptação do Itinerário de Pesquisa para o formato virtual. Embora não tenha ocorrida interação presencial com os participantes, esta configurou-se como uma possibilidade efetiva para a realização da pesquisa ação

participante envolvendo diferentes categorias profissionais e setores, como a educação e a saúde, que tiveram suas atividades intensificadas neste período.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu conhecer a influência dos determinantes sociais da saúde na aprendizagem escolar infantil na perspectiva de profissionais da saúde e da educação. Ressaltam-se os fatores associados à precarização das condições de vida, exposição a hábitos desfavoráveis e a fragilização das redes sociais, principalmente, pela situação de vulnerabilidade social à que muitas famílias das crianças escolares da rede pública de ensino estão expostas.

Diante destes fatos, torna-se imprescindível a elaboração e implementação de políticas públicas que abranjam vários setores, especialmente, educação, saúde e assistência social, que reconheçam a importância de um desenvolvimento infantil saudável e do desempenho educacional pleno, sobretudo mediante a atuação interprofissional, como potenciais para redução das iniquidades sociais existentes no país.

Assim, pondera-se que este estudo representa uma contribuição ao universo da saúde do escolar, o qual ainda precisa ser explorado por futuras pesquisas e publicações. Recomenda-se a realização de novas investigações junto às famílias, profissionais e gestores, incluindo diferentes setores, a fim de aprofundar o conhecimento acerca da temática da dificuldade de aprendizagem e fornecer possibilidades para a atuação sobre os determinantes sociais que envolvem este público.

REFERÊNCIAS

ARAGÃO, Ailton de Souza et al. Promoção da saúde da criança escolar e a identificação de determinantes sociais: relato de experiência. *Aletheia.*, v. 52, n. 1, p. 189-199, 2019. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942019000100015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 19 mai. 2021.

BARBOSA, Mariana de Barros; LEITE, César Donizetti Pereira. Infância e patologização: contornos sobre a questão da não aprendizagem. *Psicol. Esc. Educ.*, v. 24, e220707, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2175-35392020220707>>. Acesso em: 20 mai. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Alfabetização. **PNA Política Nacional de Alfabetização**. Secretaria de Alfabetização. – Brasília: MEC, SEALF, 2019. 54 p. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/images/banners/caderno_pna_final.pdf> Acesso em: 16 jun. 2021.

BRITO, Roberta Gama; SOARES, Sebastião Silva. Influência da família na aprendizagem escolar da criança: ponto de reflexão. **Revista Exitus**, v. 4, n. 1, p. 241-253, 2016. Disponível em: <http://www.ufopa.edu.br/portaldeperiodicos/index.php/revistaexitus/article/view/140> Acesso em: 31 jul. 2021.

BUSS, Paulo Marchiori et al. Promoção da saúde e qualidade de vida: uma perspectiva histórica ao longo dos últimos 40 anos (1980-2020). **Ciênc Saúde Colet.**, v.25, n.12, p. 4723-35, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320202512.15902020>>. Acesso em: 15 mai. 2021.

CARRAPATO, Pedro; CORREIA, Pedro; GARCIA, Bruno. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. **Saude soc.**, v. 26, n. 3, p. 676-689, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902017170304>>. Acesso em: 15 jun. 2021.

CASARIN, Nelson Elinton Fonseca; RAMOS, Maria Beatriz Jacques. Família e aprendizagem escolar. **Rev. psicopedag.**, v. 24, n. 74, p. 182-201, 2007. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862007000200009&lng=pt&nrm=iso Acesso em: 20 set. 2021.

CAVALCANTE, Marília Vieira et al. Estimulação cognitiva e aprendizagem infantil: revisão de literatura. **Braz. J. of Develop.**, v. 6, n. 6, p.41981-90, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.34117/bjdv6n6-655>>. Acesso em: 15 jun. 2021.

CÉSAR, Josiane Tiborski et al. Alimentação Escolar no Brasil e Estados Unidos: uma revisão integrativa. **Ciênc. saúde colet.**, v. 23, n. 3, p. 991-1007, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.01582016>>. Acesso em: 15 jun. 2021.

CIASCA, Sylvia Maria; ROSSINI, Sonia D. Rodrigues. Distúrbios de aprendizagem: mudanças ou não? Correlação de dados de uma década de atendimento. **Temas sobre Desenvolvimento**. v.8, n.48, p.11-6, 2000.

CHIARI, Antônio Paulo Gomes et al. Rede intersetorial do Programa Saúde na Escola: sujeitos, percepções e práticas. **Cad. Saúde Pública**. v. 34, n. 5, e00104217, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00104217> Acesso em: 20 set 2021.

CHRISTMANN, Morgana; PAVÃO, Silvia Maria de Oliveira. A saúde do escolar cuidada por práticas governamentais: reflexos para a aprendizagem. **Rev. educ. PUC-Camp.**, v. 20, n.3, p:265-77. Disponível em: <<http://periodicos.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/reeducacao/article/download/2803/2206>> Acesso em: 15 jun 2021.

CNDSS - Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf> Acesso em: 04 abr 2020.

CORREIA, Aline Medianeira; Gomes, et al. Percepção de pais acerca do impacto de tecnologias no viver saudável dos seus filhos. **Cogitare Enferm.**, v. 20, n.4, p. 805-12,

out/dez, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v20i4.41127>>. Acesso em: 07 jun. 2021.

CORSO, Luciana Vellinho; MEGGIATO, Amanda Oliveira. Quem são os alunos encaminhados para acompanhamento de dificuldades de aprendizagem?. **Rev. psicopedag.**, São Paulo, v. 36, n. 109, p. 57-72, 2019. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862019000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 mai. 2021.

COSTA, Djalma Ribeiro et al. Associação entre taxa de mortalidade infantil e indicadores de habitação e saneamento: um guia para tomada de decisão em medicina preventiva e social. **Rev. Adm. Saúde.**, v. 20, n. 79: e251, 2020. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.23973/ras.79.251>>. Acesso em: 16 jun. 2021.

DAMASCENO, Simone Soares et al. Saúde da criança no Brasil: orientação da rede básica à Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. saúde colet.**, v. 21, n.9, p. 2961-73, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.25002015>>. Acesso em: 16 jun. 2021.

DAHLGREN, Göran; WHITEHEAD, Margaret. **Policies and Strategies to promote social equity in health**. Stockholm: Institute for Future Studies; 2007. Disponível em: <<https://www.iffs.se/media/1326/20080109110739filmz8uvqv2wqfshmr6cut.pdf>> Acesso em: 07 jun. 2021.

DAHLGREN, Göran; WHITEHEAD, Margaret; WHO, World Health Organization. Regional Office for Europe. **Levelling up (part 2): a discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health**. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2006. Disponível em: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/103824/E89384.pdf Acesso em: 06 jun. 2021.

DSSBR. **Escolaridade: um macro determinante limitado por diferentes realidades sociais**. 2012. Disponível em: <<https://dssbr.ensp.fiocruz.br/escolaridade-um-macro-determinante-limitado-por-diferentes-realidades-sociais/>> Acesso em: 07 jun. 2021.

FELCHER, Carla Denize Ott; FERREIRA, André Luis Andrejew; FOLMER, Vanderlei. Da pesquisa-ação à pesquisa participante: discussões a partir de uma investigação desenvolvida no Facebook. **Experiências em Ensino de Ciências**, v. 12, n.7, 2017. Disponível em: <<https://fisica.ufmt.br/eenciojs/index.php/eenci/article/view/677/647>>. Acesso em: 15 jun. 2021.

FIGUEREDO, Daniela. Promoção da saúde articulada aos determinantes sociais: possibilidade para a equidade. **Rev enferm UFPE on line**, v.13, n.4, p. 943-51, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i4a239123p943-951-2019> Acesso em: 15 jun. 2021.

FIORATI, Regina Celia; ARCÊNCIO, Ricardo Alexandre; SOUZA, Larissa Barros de. As iniquidades sociais e o acesso à saúde: desafios para a sociedade, desafios para a enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, v. 24, p. e2687, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0945.2687>>. Acesso em: 16 jun. 2021.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. 80ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2019. 256p.

GUETERRES, Évilin C. et al. Educación para la salud en el contexto escolar: estudio de revisión integradora. **Enfermería Global**, v.16, n.2, p.464–499, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.6018/eglobal.16.2.235801> Acesso em: 06 jun. 2021.

HEIDEMANN, Ivonete Teresinha Schuller Buss et al. Reflexões sobre o Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire: Contribuições para a saúde. **Texto Contexto Enferm**. v. 26, n. 4, e0680017, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v26n4/0104-0707-tce-26-04-e0680017.pdf> Acesso em: 19 abr. 2020.

LEIVAS, Pedro Henrique Soares et al. Associação da posição socioeconômica e da depressão materna com a saúde das crianças: avaliação da PNAD 2008, Brasil. **Ciênc. saúde colet.**, v. 23, n. 5, p. 1635-45, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018235.23162015>. Acesso em: 15 jun. 2021.

MELLO, Flávia Carvalho Malta et al. A prática de bullying entre escolares brasileiros e fatores associados, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015. **Ciênc. saúde colet.**, v. 22, n. 9, p. 2939-48, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.12762017> Acesso em: 06 jun. 2021.

MONTEIRO, Ana Francisca; OSÓRIO, António José. Novas tecnologias, riscos e oportunidades na perspectiva das crianças. **Rev. Portuguesa Educação**, v. 28, n. 1, p.35–57. Disponível em: <https://doi.org/10.21814/rpe.7049>. Acesso em: 06 jun. 2021.

NASCIMENTO, Alexandre; NASCIMENTO, Gabriel Sena. Dificuldades na aprendizagem escolar, atraso motor e prática de atividade física: Revisão sistemática. *Arq. Cienc. Saúde UNIPAR, Umuarama*, v. 24, n. 1, p. 61-66, jan./abr. 2020. Disponível em: [10.25110/arqsaude.v24i1.2020.6907](https://doi.org/10.25110/arqsaude.v24i1.2020.6907). Acesso em: 07 jun. 2021.

NSCDC. National Scientific Council on the Developing Child. **Connecting the brain to the rest of the body: early childhood development and lifelong health are deeply intertwined** Working Paper, n. 15, 2020 Disponível em: https://ncpi.org.br/wp-content/uploads/2021/04/wp15_health_PORT.pdf Acesso em: 16 jun. 2021.

PASTERNAK, Suzana. Habitação e saúde. **Estud. av.**, v. 30, n. 86, p. 51-66, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-40142016.00100004>. Acesso em: 10 jul. 2021.

PATERLINI, Larissa Solange Moreira et al. Screening and diagnosis of learning disabilities/disorders - outcomes of interdisciplinary assessments. **Revista CEFAC.**, v. 21, n. 5, e13319, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0216/201921513319>. Acesso em: 19 mai. 2021.

PEDRAZA, Dixis Figueroa. Insegurança alimentar e nutricional de famílias com crianças menores de cinco anos da Região Metropolitana de João Pessoa, Paraíba, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva.**, v. 26, n. 4, p. 1511-20, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021264.06942019>. Acesso em: 15 jun. 2021.

POZZOBON, Magda; MAHENDRA, Fénita; MARIN, Angela Helena. Renomeando o fracasso escolar. **Psicol. Esc. Educ.**, v. 21, n. 3, p. 387-396, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2175-3539201702131120>>. Acesso em: 17 mai. 2021.

RIBEIRO, Vanda Mendes; VÓVIO, Cláudia Lemos. Desigualdade escolar e vulnerabilidade social no território. **Educ. rev.**, n. spe.2, p. 71-87, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0104-4060.51372>>. Acesso em: 10 jul. 2021.

RIBEIRO, Kelen Gomes et al. Educação e saúde em uma região em situação de vulnerabilidade social: avanços e desafios para as políticas públicas. **Interface.**, v. 22, suppl 1, p. 1387-98, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0419>>. Acesso em: 10 jul. 2021.

ROCHA, Patrícia Rodrigues da; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal. Determinação ou Determinantes? uma discussão com base na teoria da produção social da saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v.49, n.1, p. 129-35, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000100017> Acesso em: 27 abr. 2020.

SCHWEITZER, Lucas; SOUZA, Simone Vieira de. Os sentidos atribuídos à queixa escolar por profissionais de escolas públicas municipais. **Psicol. Esc. Educ.**, v. 22, n. 3, p. 565-572, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2175-35392018034949>>. Acesso em: 19 mai. 2021.

SILVA, Edleuza Oliveira; AMPARO-SANTOS, Lígia; SOARES, Micheli Dantas. Alimentação escolar e constituição de identidades dos escolares: da merenda para pobres ao direito à alimentação. **Cad. Saúde Pública.**, v. 34, n. 4, e00142617, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00142617>>. Acesso em: 10 jul. 2021.

SOUZA, Larissa Barros de; PANÚNCIO-PINTO, Maria Paula; FIORATI, Regina Célia. Crianças e adolescentes em vulnerabilidade social: bem-estar, saúde mental e participação em educação. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, v. 27, n. 2, p. 251-69, 2019, Disponível em: <<https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1812>>. Acesso em: 16 jun. 2021.

SPAGNOLA, Mary; FIESE, Barbara H. Family Routines and Rituals: A context for development in the lives of young children. **Infants & Young Children**, v.20, n.4, p. 284-99, 2007. Disponível em: <<https://doi.org/10.1097/01.IYC.0000290352.32170.5a>> Acesso em: 31 jul. 2021.

SUCUPIRA, Ana Cecília Silveira Lins et al. Social Determinants of Health among children aged between 5 and 9 years within the urban area, Sobral, Ceará, Brazil. **Rev. bras. epidemiol.**, v. 17, n. Suppl 2, pp. 160-77, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1809-4503201400060014>>. Acesso em: 10 jul. 2021.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Cenário da Exclusão Escolar no Brasil Um alerta sobre os impactos da pandemia da COVID-19 na Educação**. Brasil: UNICEF, 2021. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/media/14026/file/cenario-da-exclusao-escolar-no-brasil.pdf> Acesso em: 21 janeiro 2022.

WHO. World Health Organization. PART 3: Daily living conditions: Recommendations for action. In: CSDH. **Closing the gap in a generation: health equity through action on the**

social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. World Health Organization: Geneva, 2008. Disponível em:
https://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008_part3.pdf
Acesso em: 16 jun. 2021.

5.3 MANUSCRITO 3

PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: POTENCIALIDADES E LIMITES DA ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE INFANTIL³

RESUMO

Objetivo: conhecer as potencialidades e os limites da articulação intersetorial do Programa Saúde na Escola para a promoção da saúde infantil sob a ótica dos profissionais da atenção primária. **Metodologia:** pesquisa de abordagem qualitativa, de cunho descritivo-exploratório, realizada com 20 participantes da área da saúde, de diferentes categorias profissionais, em quatro municípios da Região da Grande Florianópolis. A coleta de dados foi desenvolvida por meio de entrevistas individuais, no período de novembro de 2020 a março de 2021. Os dados passaram por análise de conteúdo e discutidos à luz do referencial teórico da Promoção da Saúde. **Resultados:** destacaram-se como potencialidades o acompanhamento das condições de saúde dos escolares, a ampliação do acesso à informação em saúde, a parceria com outros setores e a criação de vínculos com a comunidade escolar. Os limites evidenciados foram a cobertura parcial da rede escolar atendida, desconhecimento sobre o programa, sobrecarga de atividades, falta de recursos humanos e de infraestrutura, e impactos causados pela pandemia da COVID-19. **Considerações Finais:** há necessidade de fortalecimento do Programa Saúde na Escola enquanto política pública com vistas a efetivação de ações articuladas entre saúde e educação para que de fato possam promover a melhoria da qualidade de vida dos escolares e atuar sobre os seus determinantes sociais.

Descritores: Promoção da saúde; Colaboração intersetorial; Saúde da criança; Atenção primária à saúde; Serviços de saúde escolar.

ABSTRACT

Objective: to know the potential and limits of the intersectoral articulation of the Health at School Program to promote children's health from the perspective of primary care professionals. **Methodology:** a qualitative, descriptive-exploratory research, carried out with 20 healthcare professionals, from different professional categories, in four municipalities in the Greater Florianópolis Region. Data collection was carried out through individual interviews, from November 2020 to March 2021. The data underwent content analysis and discussed in the

³ Este manuscrito consiste em um recorte dos dados das entrevistas realizadas com os profissionais da saúde da Atenção Primária.

light of health promotion theoretical framework. **Results:** monitoring students' health conditions, expanding access to health information, partnering with other sectors and creating links with the school community stood out as potential. The limits highlighted were partial coverage of the school network served, lack of knowledge about the program, activity overload, lack of human resources and infrastructure and impacts caused by the COVID-19 pandemic. **Final considerations:** there is a need to strengthen the Health at School Program as a public policy with a view to carrying out articulated actions between health and education so that they can actually promote an improvement in schoolchildren's quality of life and act on their social determinants.

Keywords: Health promotion; Intersectoral collaboration; Child health; Primary health care; School health services.

RESUMEN

Objetivo: conocer las potencialidades y los límites de la articulación intersectorial del Programa Saúde na Escola para la promoción de la salud del niño en la perspectiva de los profesionales de la atención primaria. **Metodología:** investigación con abordaje cualitativo, realizada con 20 participantes del área de la salud, de diferentes categorías profesionales, en cuatro municipios de la Región de la Gran Florianópolis. La recolección de datos se realizó a través de entrevistas individuales, de noviembre de 2020 a marzo de 2021. Los datos fueron sometidos a análisis temático y discutidos a la luz del marco teórico de la Promoción de la Salud. **Resultados:** se destacaron como potencialidades el seguimiento de las condiciones de salud de los estudiantes, la ampliación del acceso a la información en salud, la alianza con otros sectores y la creación de vínculos con la comunidad escolar. Los límites señalados fueron la cobertura parcial de la red escolar atendida, el desconocimiento del programa, la sobrecarga de actividades, la falta de recursos humanos e infraestructura y los impactos provocados por la pandemia del COVID-19. **Consideraciones finales:** existe la necesidad de fortalecer el Programa Salud en la Escuela como política pública con miras a realizar acciones articuladas entre salud y educación para que efectivamente promuevan la salud de los escolares y actúen sobre sus determinantes sociales.

Palabras clave: Promoción de la salud; Colaboración intersectorial; Salud del Niño; Atención primaria de salud; Servicios de salud escolar.

INTRODUÇÃO

O movimento moderno de promoção da saúde vem se desenvolvendo de forma mais vigorosa nos últimos trinta anos, a partir da divulgação da Carta de Ottawa, norteando a elaboração e implementação de políticas públicas em diversos países, dentre eles, o Brasil (BUSS et al., 2020). A adoção da promoção da saúde como elemento redirecionador das políticas do Sistema Único de Saúde (SUS) culminou com a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), a qual reafirma a relevância do setor saúde, trazendo como objetivo a melhoria da qualidade de vida e a redução de vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes - modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (MALTA, 2018).

Com a PNPS impôs-se a necessidade de sistematizar propostas intersetoriais com vistas a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais, a fim de produzir efeitos mais significativos na saúde dos indivíduos e comunidades. Entende-se por intersetorialidade “a articulação de saberes, potencialidades e experiências de sujeitos, grupos e setores na construção de intervenções compartilhadas, estabelecendo vínculos, corresponsabilidade e cogestão para objetivos comuns” (BRASIL, 2014). Esta representa um grande desafio na articulação e planejamento do processo de trabalho, pois requer respeitar a visão do outro e sua contribuição para a construção de decisões no enfrentamento dos problemas e situações levantados, sendo uma ação chave no trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família (ESF) (SILVA, TAVARES, 2016).

Deste modo, a busca por ações integradas e com abordagens intersetoriais tem sido a estratégia adotada por políticas públicas para o desenvolvimento de ações de promoção à saúde de escolares, considerando que os hábitos, atitudes e crenças formados durante a infância têm grandes chances de serem perpetuados até a vida adulta. (SILVA JUNIOR, 2014; LOPES, NOGUEIRA, ROCHA, 2018). Na tentativa de contingenciar as vulnerabilidades às quais esta população está exposta, iniciativas direcionadas ao contexto escolar ganharam destaque, especialmente pela educação ser considerada um dos principais determinantes para a saúde, que contribui para o empoderamento dos sujeitos, promovendo seu desenvolvimento pessoal e social, e conseqüentemente, como um instrumento de transformação social (SILVA et al., 2019).

Neste sentido, orientada pelo referencial teórico contemporâneo da promoção da saúde e em consonância com as ações propostas na PNPS, que estimula a articulação entre os diferentes setores, os Ministérios da Saúde e Educação elaboraram e aprovaram a

regulamentação do Programa Saúde na Escola (PSE), representando um marco no processo de apropriação do espaço escolar como campo de saúde (VIEIRA, BELISÁRIO, 2018). Esta política intersetorial, fundamentada nos princípios da integralidade, da territorialidade e da intersetorialidade, visa trabalhar com ações de prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde para colaborar na formação integral dos escolares, materializando-se na parceria entre escolas públicas e unidades básicas de saúde (LOPES, NOGUEIRA, ROCHA, 2018).

O PSE encontra-se em permanente movimento de ampliação, com um panorama cada vez mais expandido no território brasileiro, sendo o principal programa voltado para atenção à saúde dos estudantes das escolas públicas, dado seu caráter inovador de ação intersetorial (VIEIRA, BELISÁRIO, 2018). Considerando que cerca de 99,7% dos estudantes brasileiros da educação básica na faixa de idade de seis a 14 anos frequentam escolas no país, é perceptível sua importância e alcance potencial, visto que a aproximação e a atuação conjunta dos setores saúde e educação, com a participação de estudantes e familiares, possibilitam ações concretas na abordagem das vulnerabilidades e condicionantes sociais do processo saúde-doença (IBGE, 2021; SOUZA, ESPERIDIÃO, MEDINA 2017; CHIARI et al., 2018).

No entanto, em virtude do caráter inovador da proposta de ação intersetorial, a sua efetiva operacionalização ainda é um desafio aos gestores. Conduzir a informação, articular os setores e atores envolvidos, sobrepujar a medicalização da educação, inclusive nas normativas, e encadear ações permanentes e integrais com seu monitoramento continuam como adversidades a serem superadas no cotidiano do PSE (LOPES, NOGUEIRA, ROCHA, 2018). Neste sentido, a realização de estudos sobre o programa são importantes, pois permitem estimar o rumo das estratégias adotadas para favorecer a ação intersetorial nos territórios e o alcance da sua utilização para promover a saúde das crianças e suas famílias, em prol da redução das iniquidades sociais.

Diante deste contexto, despontou a seguinte questão de pesquisa: Quais as potencialidades e os limites da articulação intersetorial do Programa Saúde na Escola para a promoção da saúde infantil? A partir de então, o objetivo do estudo foi conhecer as potencialidades e os limites da articulação intersetorial do Programa Saúde na Escola para a promoção da saúde infantil sob a ótica dos profissionais da atenção primária.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de cunho descritivo-exploratório, desenvolvida na Região da Grande Florianópolis, Estado de Santa Catarina, em quatro municípios com o maior

contingente populacional: Florianópolis, São José, Palhoça e Biguaçu que possuem adesão ao Programa Saúde na Escola. Biguaçu (DENZIN, LINCOLN, 2006; SAMPIERI, COLLADO, LUCIO, 2013).

Participaram do estudo 20 profissionais da saúde que atuam na prática assistencial e/ou gerencial junto às crianças escolares, independentemente do tipo de vínculo empregatício. A seleção ocorreu por conveniência, em virtude do envolvimento com a saúde do escolar, indicados pelos responsáveis de cada instituição. Como critério de exclusão adotou-se a lotação inferior a 01 (um) ano ou que estivessem afastados por férias ou licença de qualquer natureza no período da coleta de dados.

A coleta dos dados ocorreu no período de novembro de 2020 a março de 2021, por meio de entrevistas individuais, do tipo abertas em profundidade. Utilizou-se um guia contendo questões acerca da temática de promoção da saúde, determinantes sociais e dados sócio demográfico dos participantes. Em virtude das restrições impostas pela pandemia da COVID-19, foram oferecidas duas modalidades para a realização das entrevistas, presencial ou virtual, escolhidas a critério dos participantes.

Para o registro das informações, utilizou-se a gravação de áudio nas entrevistas presenciais, por um aplicativo disponível no smartphone, e nos encontros virtuais, através do recurso audiovisual disponível na plataforma do Google Meet®. Posteriormente, as informações foram transcritas de forma fiel à fala dos participantes, organizadas com auxílio de um editor de texto do programa Google Drive®, e armazenadas em pastas digitais com acesso limitado à pesquisadora.

Na sequência, procedeu-se a análise de conteúdo das entrevistas, que compreende três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos, inferência e interpretação (BARDIN, 2016). Após a transcrição das entrevistas, realizou-se a leitura repetida e exaustiva, permitindo assim a ordenação do conjunto dos dados obtidos. Iniciou-se, desta forma, uma primeira classificação para apreender as estruturas relevantes, possibilitando o desvelamento das categorias empíricas, interpretadas com base no referencial da Promoção da Saúde e da literatura atual relacionada ao tema (WHO, 1986).

O estudo seguiu as normas e diretrizes previstas nas Resoluções nº 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). A investigação teve início somente após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, protocolada sob o nº 39239820.2.0000.0121, e autorização de todas as instituições envolvidas no estudo. O aceite de participação no estudo foi formalizado pelos profissionais através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo assegurado o

anonimato mediante a substituição dos nomes pelas iniciais das palavras “Profissionais da Saúde”, junto a um numeral arábico, por exemplo: PS1, PS2, e assim sucessivamente.

RESULTADOS

Participantes

Ao total participaram deste recorte do estudo 20 profissionais da saúde, sendo quatro do município de Biguaçu, cinco de São José, seis de Palhoça e cinco de Florianópolis. Os dados sobre o perfil são apresentados na tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização dos profissionais da atenção primária à saúde. Florianópolis, SC, Brasil, 2021.

Característica	Categoria	N
Sexo	Feminino	17
	Masculino	3
Idade	30 – 40 anos	8
	41 – 50 anos	11
	Não informou	1
Profissão	Assistente Social	4
	Enfermeira (o)	4
	Fonoaudiólogo (a)	1
	Médico (a)	5
	Odontólogo(a)	1
	Psicólogo (a)	4
	Técnico (a) em Enfermagem	1
Formação	Graduação	5
	Especialização	12
	Mestrado	3
Tempo de atuação	1 – 5 anos	4
	6 – 10 anos	4
	11 – 15 anos	8
	Acima de 15 anos	4
Vínculo trabalhista	Estatutário	20
	Celetista	0
Área de atuação	Assistencial	16
	Gerencial	4

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

Potencialidades da articulação intersetorial do PSE

Como potencialidades, destacaram-se a criação de vínculos com a comunidade escolar; o acompanhamento das condições de saúde dos escolares; a ampliação do acesso à informação em saúde; e a parceria com outros setores.

Ponderaram que o estreitamento das relações entre as equipes de saúde e comunidade escolar foram beneficiados com o programa, melhorando o processo de comunicação entre os setores, favorecendo o alcance de crianças e famílias que muitas vezes não eram assistidas pelo centro de saúde:

Eu acho uma potência gigantesca essa interação, todos os trabalhos que eu fiz com as equipes no território com as escolas foi sempre muito rica. Então a gente tem inclusive grupo de whatsapp do PSE que a gente fica ali de suporte, a ideia não é ali ficar atendendo urgência, mas que a gente se comunique, que a gente possa conversar nas situações que precisam. Porque a ideia é realmente a gente dialogar, e entendendo que as situações são complexas, precisam de mais pessoas atuando e mais políticas trabalhando junto sabe, senão a gente não dá conta. (PS9)

A articulação entre estes setores também potencializa o acompanhamento das condições de saúde dos escolares. A avaliação antropométrica, oftalmológica, de saúde bucal e verificação da situação vacinal, é desenvolvida pelos profissionais junto aos estudantes dos primeiros anos do ensino fundamental, mediante ações planejadas e agendadas de forma compartilhada entre a unidade educativa pactuada e a equipe de saúde a que está vinculada, de acordo com a realidade de cada local.

Então com as crianças até a 5ª série, mais ou menos uma vez por semestre a gente fazia essa avaliação de triagem de peso, altura, caderneta de vacinação. (PS11)

A gente verificava a caderneta de vacinação, questão da escovação dos dentinhos das crianças, fazíamos medição de peso, estatura das crianças. Também foi feito um estudo do IMC, então do peso e estatura dessas crianças, se tava abaixo, se tava acima. (PS16)

Muitas das avaliações são realizadas pelos profissionais de ambas as áreas, mediante capacitação, como exame de acuidade visual, e outras são de competência técnica exclusiva da saúde, como os procedimentos odontológicos. Assim, ao identificarem possíveis agravos,

referem a continuidade do acompanhamento do educando na rede de saúde quando necessário, por intermédio de marcação de atendimento junto ao centro de saúde.

Ano passado a gente teve algumas ações em relação à obesidade, crianças que foram avaliadas pelo PSE, e aí conforme a percepção, as crianças que estavam acima do peso e tal, essas crianças foram remetidas para a unidade de saúde para acompanhamento, foram pedidos exames, depois elas vinham para gente avaliar. (PS17)

Outro fator considerado foi a ampliação do acesso à informação em saúde envolvendo não só as crianças, mas também as famílias e os professores. Desta forma, realizam ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, com orientações visando o autocuidado dos escolares:

Dentro de cada ano escolar, de uma forma pela idade, a gente foi vendo o que seria mais viável, o tema a ser trabalhado. O primeiro ano recebia escovação e orientação de saúde bucal, segundo ano era higiene e falar sobre verminose, que é doença de exclusão, terceiro ano a gente falava sobre alimentação saudável e atividade física, quarto ano dengue, quinto ano era acidentes e violências. (PS19)

Somado a isto, com vistas a transcender a realização de ações pontuais da equipe de saúde na escola e o foco meramente na doença, buscam atrelar aos currículos escolar os temas do PSE para que sejam trabalhados pelos educadores no cotidiano nas atividades pedagógicas:

A educação abraçou muito isso, por conta dos currículos, a gente sempre estimulou pra que as ações de educação em saúde fossem incluídas nos projetos políticos pedagógicos das escolas, em ações transdisciplinares. Então, que alguns assuntos fossem trabalhados na aula de educação física, na aula de ciências, em outras aulas também, porque não necessariamente o profissional de saúde é que tem que ir lá trabalhar com questões relacionadas à saúde. Um professor bem orientado, bem treinado, bem capacitado, ele consegue trabalhar isso no dia a dia de sala de aula, que vai fazer muito mais diferença na vida daquela criança do que o profissional ir lá uma vez ou outra no ano fazer uma palestra e ir embora. (PS5)

Destacaram as atividades de educação permanente realizadas principalmente aos professores, em que buscam abordar prioritariamente nas temáticas relativos ao Programa Saúde na Escola:

A ideia é de estar fazendo a capacitação dos professores, para poder capacitar eles e deixando eles mais confortáveis para falar sobre higiene, para falar sobre a dengue, fazer capacitações sobre cada tema com os professores específicos, da educação física para fazer a antropometria, explicar qual a importância de uma alimentação saudável. [...] Porque eles já fazem muito esse trabalho dentro da escola, e às vezes o que precisam é de um apoio, de uma capacitação. (PS19)

A diretora precisou outro dia que eu trabalhasse com alguns professores sobre cuidados com crianças que foram violentadas em casa, como eles iriam trabalhar com essas crianças, como que eles iriam abordar essas crianças, então eu levei uma psicóloga comigo, foi bem legal. (PS18)

De forma ainda incipiente, procuram aproximar as famílias em algumas ações desenvolvidas, visando orientá-las e esclarecer as dúvidas dos pais nos temas que envolvem os cuidados com a saúde e a educação das crianças:

Fui convidada algumas vezes para fazer, que era uma parceria da saúde e da educação pelo PSE, que era escola em família. Então os profissionais se disponibilizavam e iam a noite nas escolas pra fazer conversas com os pais, a gente tinha um cronograma. Assim, por exemplo, eu falava sobre o estabelecimento de limites, a gente já falou sobre a questão de violência, então várias temáticas, conforme também eles levantavam em determinadas escolas. (PS20)

Como grande potencializador dessa articulação, foram consideradas as parcerias estabelecidas, seja da equipe multiprofissional do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) ou de outros setores, principalmente os vinculados à Assistência Social, como o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS). Estratégia que mencionaram ser fundamental para tentar atender todas as necessidades das crianças, haja visto que identificam muitas questões sociais implicando na saúde e na educação das crianças e que precisam desse suporte:

Uma vez por mês a gente tinha no centro de saúde a reunião do Programa Saúde na Escola junto com as equipes de saúde, representantes de cada equipe, que eu participava, junto com outros profissionais NASF, junto com o CRAS, com representantes das escolas, sempre tinha a presença, ou da coordenadora, ou da orientadora educacional, ou alguma professora. (PS6)

A gente tentava fazer essa avaliação um pouco mais multi, trabalhar em conjunto, integrado com as escolas, assistência social, conselho

tutelar, quando necessário, fazia discussão de caso, cada equipe com suas situações. (PS8)

Limites da articulação intersetorial do PSE

Os profissionais enfrentam cotidianamente limites para a implantação e desenvolvimento do PSE nos municípios estudados. Em alguns, os processos de pactuação são recentes e a cobertura das escolas públicas é parcial, sendo priorizadas as que são vinculadas a rede da prefeitura:

A gente só fez a adesão em 2017, pactuou em torno de 11 escolas, sendo metade centro de educação infantil (creches) e metade centro educacional municipal (escolas) só municipais, até hoje nunca trabalhamos com estadual, até pelo número enorme que tem e por estarmos começando. (PS19)

No último biênio, de 2019 a 2020, nós tivemos a contratualização mais ampliada no PSE, para todos os bairros do município, incluindo desde escola de ensino básico e em algumas estaduais de ensino médio. (PS12)

Além disso, os profissionais mencionam o desconhecimento sobre o programa ou visões reducionistas sobre ele por parte dos profissionais da educação, com pouca participação no planejamento, execução e discussão das atividades desenvolvidas, geralmente centrada na direção da escola.

A gente teve dificuldade de acesso na escola da nossa área. A gestora lá acreditava que a nossa entrada atrapalhava um pouco a questão da organização deles. Mas, depois ela compreendeu o objetivo e a gente conseguiu fazer várias atividades. (PS13)

No entanto, o maior entrave sinalizado foi a demanda excessiva de atividades designadas a equipe de saúde da Atenção Primária, que muitas vezes não consegue priorizar as ações no contexto escolar:

Acho que a gente não tem conseguido trabalhar (o PSE), mas não necessariamente pela escola, mas talvez por uma limitação nossa. Na atenção primária a gente tem muitas demandas de atendimento e cada vez vem mais coisas pra equipe desenvolver, a gente não tava

conseguindo dar conta de todas as coisas assim, de grupos, de atendimentos, de vigilância e ações de território. (PS6).

Ademais, atrelam que a falta de recursos humanos na saúde contribui para agravar esta situação, principalmente quando relacionados às equipes multiprofissionais do NASF que dão suporte às equipes básicas em muitas ações:

Atualmente eu sou, desde que eu entrei, a única assistente social de todas as unidades de saúde, então a demanda é assim, bem grande, [...] imagina, uma profissional para um município que a gente considera bastante vulnerável (PS1)

Hoje nós somos quatro psicólogos para toda a atenção básica, então isso é enxugar gelo, assim, é uma demanda gigante, isso que eu ainda divido minha carga horária [...] a gente circula entre as unidades. (PS20)

Outro fator limitador foi a pandemia da COVID-19. Além da redução significativa no número de profissionais atuando presencialmente nas unidades de saúde, pois alguns mantiveram-se em teletrabalho por pertencerem ao grupo de risco, houve sobrecarga das equipes de saúde que se voltaram para o atendimento dessa demanda, o que acabou intervindo negativamente na execução das atividades do PSE:

Agora na fase da pandemia a gente não tá indo, não tá mais realizando atividade educativa, tá tudo parado por toda essa questão que a gente tá vivenciando. O nosso foco agora é dentro da unidade, a gente continua com os atendimentos da criança, mas essa parte de educação (em saúde), essa parte da escola, a gente precisou dar uma parada. (PS16)

A gente tinha um planejamento junto com a equipe de saúde e educação, só que infelizmente veio a pandemia e a gente não conseguiu por em prática. Mas, a gente pretende seguir com esse mesmo planejamento quando melhorar essa situação. (PS1)

Cabe destacar que em virtude da emergência pandêmica, foi incorporada como ação prioritária a prevenção ao novo coronavírus. Frente a este cenário, houve impacto na oferta das atividades presenciais, o que necessitou a adoção de novas estratégias nas modalidades remotas ou híbridas para desenvolver esta e outras ações neste período:

Nós gravamos um teatro de fantoche que falava das orientações do COVID, formas de transmissão e cuidados de higiene. Esse vídeo foi encaminhado para os diretores das escolas para que eles passassem aos professores e estes multiplicassem para os alunos. (PS4)

A gente tá começando a construir materiais educativos para colocar nos portais educacionais, então, nas plataformas que as secretarias de educação estão usando, seja o Google Classroom, ou o Portal Educacional próprio da Secretaria Municipal de Educação, então materiais educativos para as crianças fazer, desenhar, pintar, vídeos, folhetos, para que isso seja incluído ali dentro dos portais educacionais ou das plataformas que as escolas usam para que as crianças tenham acesso aos conteúdos de saúde. (PS5)

Na questão da logística e operacionalização, apontaram como fatores limitadores para o desenvolvimento das ações, a falta de infraestrutura, como a indisponibilidade de transporte para deslocamento dos profissionais dos centros de saúde para as escolas, assim como, a ausência de recursos materiais, principalmente os de cunho educativo, para trabalhar com as crianças.

DISCUSSÃO

Com este estudo identificaram-se mecanismos potencialmente integradores entre a saúde e a educação para a promoção a melhoria das condições de vida dos escolares. No entanto, há limitações que interferem no processo de implantação e de desenvolvimento das ações do PSE, o qual dificultam a adoção de uma lógica de atuação intersetorial.

A escola como instituição se define por sua função de ensino, com objetivo realizar a formação humana, tendo como ponto de partida o reconhecimento das necessidades das pessoas. Espaço de saber em que saúde emerge como tema recorrente de aprendizagem, abrigando amplas possibilidades, tais como: ações de diagnóstico clínico e/ou social; estratégias de triagem e/ou encaminhamento aos serviços de saúde especializados ou de atenção básica; atividades de educação e promoção da saúde, que com a participação da família e o apoio das políticas públicas, deve ser o primeiro contato das crianças sobre o entendimento de saúde. (FERREIRA et al., 2018; CASEMIRO, FONSECA, SECCO, 2014; SILVA, BODSTEIN, 2016).

A inclusão da saúde na escola traz benefícios para a qualidade de vida dos educandos e, conseqüentemente, melhora o acesso dessa população aos serviços de saúde, o que interfere positivamente na educação. Essa relevância é confirmada no estudo de Farias et al. (2016), que

destaca a escola como um ambiente de importantes interações sociais entre professores, alunos, familiares e profissionais de saúde, e onde surgem as diversas demandas e necessidades que podem ser problematizadas em seu contexto mais amplo.

O espaço escolar não deve ser utilizado para consultas médicas, com o intuito da medicalização ou de diagnóstico clínico-psíquico dos fracassos do processo ensino-aprendizagem, mas apenas para detecção de sinais e sintomas de agravos em saúde, por sua objetividade e ganho de escala em ambiente coletivo (BRASIL, 2015). Neste sentido, torna-se necessário superar a lógica higienista e preventivista que perdurou na trajetória da educação em saúde, com componentes normativos e conteúdo pré-definidos sobre o que deveria ser feito e discutido em saúde nas escolas, com foco na mudança de comportamento ou de fatores de risco, em uma perspectiva individual (SILVA, BODSTEIN, 2016; LOPES, NOGUEIRA, ROCHA, 2018).

Destaca-se um estudo realizado na América Latina que o contexto de ações de saúde nas escolas ainda é permeado por iniciativas com foco nas doenças. Prioriza-se as formas de transmissão, ações de triagem e atividades educativas focada no conhecimento preventivista e de primeiros socorros, muitas vezes desconsiderando a condição epidemiológica de vida da população, com caráter prescritivo das regras de controle dos riscos à saúde, práticas que também foram apontadas neste estudo (CASEMIRO; FONSECA; SECCO, 2014).

Assim, visando a ampliação do acesso à informação em saúde, mediante propostas que estimulem a capacidade crítica e a autonomia das pessoas, encontra-se na promoção da saúde um contraponto a este modelo (BRASIL 2017). Entendida como um conjunto de estratégias promissoras de enfrentamento aos múltiplos problemas de saúde que afetam os indivíduos e comunidades, e que busca diminuir as diferenças nas condições de vida da população através de um desenvolvimento social mais equitativo (MALTA et al, 2016a). Partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, essa estratégia propõe a articulação de saberes técnicos e populares, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados a favor da qualidade de vida (BUSS et al, 2020).

Neste sentido, reforça-se a importância do PSE estar incluído no Projeto Político Pedagógico das instituições escolares, conforme observado neste estudo, o qual necessita considerar a dimensão escolar e social, bem como o diagnóstico de saúde local do estudante. O programa deve tratar a saúde e educação integrais como parte de uma formação ampla para a cidadania; permitir a progressiva ampliação das ações executadas pelos sistemas de saúde e educação, com vistas à atenção integral de crianças; e promover a articulação de saberes, a

participação de estudantes, pais, comunidade escolar e sociedade em geral na construção e controle social da política pública (BRASIL, 2015).

Um estudo com representatividade em todo o Brasil avaliou os dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) no ano de 2012, cujo resultados apontaram fragilidade das ações políticas para a promoção de saúde dos estudantes. Identificaram-se significativas desigualdades regionais, dentre as quais as regiões sul e sudeste tendem a ter melhores escores e maior proporção de alunos em escolas que contemplam os indicadores de promoção de saúde avaliados (HORTA et al., 2017).

Portanto, a promoção da saúde, enquanto relevante paradigma, deve nortear não somente a prática, mas também o ensino dos profissionais, visto que seu ensino se assenta numa abordagem transdisciplinar, que envolve diversas áreas do saber, oportunizando a integração de conhecimentos relevantes à sua prática. Para isso, requer-se uma formação profissional alinhada à construção de capacidades que facilitem a efetivação dos princípios teórico-metodológicos desta, englobando a concepção holística de cuidado, a intersectorialidade, o empoderamento comunitário e a participação social, a busca pela equidade e a atuação sobre os determinantes sociais da saúde (XAVIER et al, 2018).

Destaca-se ainda na atuação entre os setores da educação e da saúde que os profissionais podem e devem buscar a formação de parcerias para resolver muitas das dificuldades vivenciadas cotidianamente, a fim de tornar as ações mais efetivas (BRASIL, 2017). Estas são consideradas como uma ferramenta eficiente e viável, capaz de melhorar e/ou resolver diversos problemas por meio da união de esforços de setores e parceiros que, em colaboração com várias áreas do conhecimento, podem aumentar o impacto e a sustentabilidade de qualquer ação desenvolvida (SANTOS et al, 2018). Nessa perspectiva, as diversas pessoas envolvidas no PSE compartilham saberes individuais e coletivos para formar cidadãos críticos e informados, com habilidades para agir em defesa da vida e de sua qualidade (BRASIL, 2015).

O desenho do PSE propõe a organização e a oferta de serviços em uma determinada área geográfica para que a articulação ocorra entre as equipes de Saúde da Família (ESF) e as escolas do território adstrito (BRASIL, 2015). Embora a implantação da ESF no país tenha experimentado expressiva expansão de cobertura na última década, com ritmos diferentes entre as regiões e porte populacional dos municípios, existem importantes diferenças na cobertura e no acesso e na oferta de cuidados nos centros de saúde, em parte em função de mecanismos de gestão e das desigualdades sociais, com repercussões relevantes no acesso e uso dos serviços de saúde, como a adesão e implantação do PSE (MALTA et al., 2016b). Além do mais, a complexidade do modelo intersectorial e multidisciplinar para construir

uma escola promotora de saúde dificulta o desenvolvimento do programa no contexto dos municípios. (LOPES, NOGUEIRA, ROCHA, 2018).

Ainda que se tenha aproximado o diálogo entre os setores saúde e educação, a relação entre os serviços apresenta fragilidades relacionadas ao envolvimento para a formulação, implantação, acompanhamento ou avaliação conjunta das ações no cenário da escola, ratificado pela fala dos profissionais. Sousa, Esperidião e Medina (2017) ao investigarem as práticas vinculadas ao PSE em um município da Bahia verificaram que o planejamento, as atividades e as avaliações, mesmo informais são protagonizados pelo setor saúde, gerando desigualdade no comprometimento, nas responsabilidades e nas decisões tomadas, sendo a participação do setor educação tida como periférica, o que certamente restringe a potencialidade do programa.

O desconhecimento sobre o PSE, seus objetivos e a forma de atuação do outro setor, assim como, problemas de comunicação entre os setores e entre os diferentes níveis de gestão, e dos profissionais, foram citados como fatores dificultadores para ação intersetorial. Apontaram ainda outras limitações tais como incompatibilidades de agendas; excesso de atividades e número reduzido de profissionais; cumprimento de prazos e metas; planejamento centralizado; divergências e desrespeito entre os setores e dificuldade na adoção de novas posturas (CHIARI et al, 2018). Fatores que contradizem o paradigma promocional da saúde, que expõe a necessidade de que o processo de produção do conhecimento e das políticas públicas ocorra por meio de construção e gestão compartilhadas (FARIAS et al., 2016).

Neste contexto, o evento inesperado da pandemia COVID-19 agravou a sobrecarga dos profissionais, que diante deste cenário, precisaram readequar as atividades para atender esta demanda e a necessidade de manutenção do distanciamento social e prevenção do risco de contágio. Um estudo realizado para verificar a atuação do enfermeiro de atenção primária nas ações de cuidado de rotina à saúde da criança durante o período o estado pandêmico, indicaram que determinadas ações de cuidado para a criança em suas unidades de saúde deixaram de ser realizadas neste período, havendo suspensão de atendimentos de rotina para priorização de casos, acolhimento e consulta somente para queixas agudas, o que também foi mencionado pelos participantes (TOSO et al, 2020).

Assim, com vistas a dar continuidade às ações e com a inclusão da temática relacionada ao coronavírus no PSE, um estudo apontou que a adoção de estratégias utilizando o ensino remoto possibilitaram, de certa forma, a continuidade na integração com as atividades desenvolvidas pelo programa, conforme também verificado nesta investigação (FETTERMANN et al., 2021).

Diante deste cenário, a gestão é considerada pelas equipes de saúde um elo entre elas e os demais setores, no entanto, lida com poucos recursos para desempenhar este trabalho. Neste sentido, é necessário proporcionar meios adequados às equipes e à gestão para executarem suas ações, com influência direta sobre a produção e qualidade do trabalho em saúde. Dificuldades burocráticas também foram detectadas, como ausência ou desconhecimento de como estimular financiamento de ações intersetoriais para concretizá-las (SILVA, TAVARES, 2016).

Frente ao exposto, verifica-se que as ações práticas entre saúde e educação carecem de muitos debates, aproximação teórica e outras formas de parcerias para que juntas possam substituir o pensamento linear e unidirecional por conhecimentos circulares e multirreferenciais (SANTOS et. al., 2018). No entanto, embora apresente algumas dificuldades estruturais e gerenciais, evidencia-se o PSE como ferramenta capaz de propiciar melhorias na qualidade de vida dos alunos, com potencial de repercutir nas famílias e comunidades (FARIAS et al, 2016).

Dessa forma, há necessidade de fortalecimento desta política pública, mediante a incorporação da articulação intersetorial na rotina de gestores e profissionais para que, paulatinamente, adquiram habilidades no desenvolvimento de ações de promoção da saúde realmente impactantes, almejando melhoria das condições de saúde da população (SILVA, TAVARES, 2016).

Como limitações deste estudo, aponta-se que em virtude das restrições sanitárias impostas pelo contexto pandêmico do novo coronavírus, no período em que foi coletado os dados as atividades das escolas estavam na modalidade remota, assim a pesquisadora não teve a oportunidade de acompanhar o desenvolvimento das ações pelos profissionais *in loco*, o que certamente identificaria possíveis distinções entre os municípios envolvidos e complementaria as informações levantadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Urge avanços e amplo debate nos diversos setores da sociedade para inclusão de ações intersetoriais com vistas à melhoria da qualidade de vida infantil. Ao desvelar a percepção dos profissionais acerca da articulação intersetorial do Programa Saúde na Escola como uma das possibilidades para promover a saúde infantil, identifica-se potencialidades, porém há limites que necessitam ser superados para que ocorram transformações na realidade.

Verifica-se uma tentativa de intersetorialidade entre a saúde e a educação, no entanto, com entraves alheios às possibilidades dos profissionais, que o tornam um processo difícil de

ser concretizado. Este constitui-se um desafio a ser conquistado, mas uma prática possível, principalmente se amparada pela gestão.

Assim, há necessidade de fortalecimento do PSE enquanto política pública, para a efetivação de ações articuladas entre os setores, e alcance de novas parcerias, para que se possa de fato promover a saúde dos escolares e atuar sobre seus determinantes sociais, e desta forma, trazer repercussões benéficas a toda a comunidade.

O presente estudo não pretendeu esgotar o debate sobre o assunto, sendo assim, torna-se pertinente e necessário o investimento em novos estudos, a fim de aprofundar a compreensão sobre o trabalho intersectorial. Considera-se relevante o desenvolvimento de pesquisas futuras abarcando outros atores envolvidos no contexto, como família, educandos, equipes de educação e demais parceiros, no intuito de compreender a visão destes acerca do PSE como uma política de promoção da saúde.

REFERÊNCIAS

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 3ª reimpressão. São Paulo: Edições 70, 2016.

BRASIL, Eysler Gonçalves Maia et al. Promoção da saúde de adolescentes e Programa Saúde na Escola: complexidade na articulação saúde e educação. **Rev. esc. enferm. USP**. v. 51 e03276, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016039303276> Acesso em: 16 setembro 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Política Nacional de Promoção da Saúde - PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. 32 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_pnaps.pdf Acesso em: 12 setembro 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno do gestor do PSE / Ministério da Saúde, Ministério da Educação. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 68 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_gestor_pse.pdf Acesso em: 16 setembro 2021.

BUSS, Paulo Marchiori et al. Promoção da saúde e qualidade de vida: uma perspectiva histórica ao longo dos últimos 40 anos (1980-2020). **Ciênc. Saúde Colet.** v. 25, n. 12, p. 4723-35, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202512.15902020> Acesso em: 12 setembro 2021.

CASEMIRO, Juliana Pereira; FONSECA, Alexandre Brasil Carvalho da; SECCO, Fabio Vellozo Martins. Promover saúde na escola: reflexões a partir de uma revisão sobre saúde escolar na América Latina. **Ciênc. Saúde Colet.** v. 19, n. 03, p. 829-40. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.00442013> Acesso em: 13 setembro 2021.

CHIARI, Antônio Paulo Gomes et al. Rede intersetorial do Programa Saúde na Escola: sujeitos, percepções e práticas. **Cad. Saúde Pública**. v. 34, n. 5, e00104217, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00104217> Acesso em: 20 setembro 2021.

DENZIN, Norman K., LINCOLN, Yvonna S. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

FARIAS, Isabelle Caroline Veríssimo et al. Análise da Intersetorialidade no Programa Saúde na Escola. **Rev. bras. educ. med.** v.40, n.2, p.261-67, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/39ZTRdxxTHwsQx5hCdjWzjB/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 17 setembro 2021.

FERREIRA, Heraldo Simões et al. Domínio implementação: diálogo entre o CompHP e as ações de promoção da saúde no contexto escolar. p.77-104./ In: Maria de Fátima Antero Sousa Machado, Maria Rosilene Cândido Moreira e Heraldo Simões Ferreira (Orgs.). **Promoção da saúde em ambientes educacionais** [Recurso eletrônico] - Sobral: Edições UVA, 2018. 286 p. Disponível em: http://www.uvanet.br/edicoes_uva/gera_xml.php?arquivo=promocao_saude_embientes Acesso em: 13 setembro 2021.

FETTERMANN, Fernanda Almeida et al. Programa de saúde na escola e o alinhamento de ações na prevenção do coronavírus. **RSD**. v. 10, n. 5, e37810514686, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i1.14686> Acesso em: 16 setembro 2021.

HORTA, Rogério Lessa et al. Promoção da saúde no ambiente escolar no Brasil. **Rev Saude Publica**. v.51, n.0, p.27, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006709> Acesso em: 16 setembro 2021.

IBGE. Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Pesquisa nacional de saúde do escolar 2019**. Rio de Janeiro: IBGE, 2021. 162 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101852.pdf> Acesso em: 15 dezembro 2021.

LOPES, Iraneide Etelvina; NOGUEIRA, Júlia Aparecida Devidé; ROCHA, Dais Gonçalves. Eixos de ação do Programa Saúde na Escola e Promoção da Saúde: revisão integrativa. **Saúde debate**. v. 42, n. 118, p. 773-89, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811819> Acesso em: 12 setembro 2021.

MALTA, Deborah Carvalho et al. O SUS e a Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectiva resultados, avanços e desafios em tempos de crise. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1799-1809, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04782018> Acesso em: 17 setembro 2021.

MALTA, Debora et al. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1683-1694, 2016a. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015216.07572016> Acesso em: 21 abr. 2020.

MALTA, Debora et al. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21,

n. 2, p. 327-338, 2016b. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.23602015> Acesso em: 15 setembro 2020.

SAMPIERI, Roberto Hernandez; COLLADO, Carlos Fernández; LUCIO, María del Pilar Baptista. **Metodologia da pesquisa**. 5. ed. São Paulo: McGraw-Hill, 2013.

SANTOS, Maria Adriana Borges dos et al. Análise do domínio parceria na promoção da saúde na escola. p.57-74/ In: Maria de Fátima Antero Sousa Machado, Maria Rosilene Cândido Moreira e Heraldo Simões Ferreira (Orgs.). **Promoção da saúde em ambientes educacionais** [Recurso eletrônico] - Sobral: Edições UVA, 2018. 286 p. Disponível em: http://www.uvanet.br/edicoes_uva/gera_xml.php?arquivo=promocao_saude_embientes Acesso em: 13 setembro 2021.

SILVA, Aristides José da. Programa saúde na escola: limites e possibilidades intersetoriais. **Interface**. v. 18, n. 51, p. 799. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0583> Acesso em: 15 setembro 2021.

SILVA, Carlos dos Santos; BODSTEIN, Regina Cele de Andrade. Referencial teórico sobre práticas intersetoriais em Promoção da Saúde na Escola. **Ciênc. saúde colet**. v. 21, n. 6, p. 1777-1788, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015216.08522016> Acesso em: 15 setembro. 2020.

SILVA, Denise Alves José da; TAVARES, Maria de Fátima Lobato. Ação intersetorial: potencialidades e dificuldades do trabalho em equipes da Estratégia Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro. **Saúde debate**. v. 40, n. 111, p. 193-205, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201611115>. Acesso em: 17 setembro 2021.

SILVA, Meirele Rodrigues Inácio da et al. Processo de Acreditação das Escolas Promotoras de Saúde em âmbito mundial: revisão sistemática. **Ciênc. saúde colet**. v. 24, n. 2, p. 475-86, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018242.23862016>. Acesso em: 20 setembro 2021.

SOUZA, Marta Caires de; ESPERIDIÃO, Monique Azevedo; MEDINA, Maria Guadalupe. A intersetorialidade no Programa Saúde na Escola: avaliação do processo político-gerencial e das práticas de trabalho. **Ciênc. saúde colet**. v. 22, n. 6, p. 1781-90, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.24262016> Acesso em: 13 setembro 2021.

TOSO, Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira; et al. Ações de Enfermagem no cuidado à criança na atenção primária durante a pandemia de COVID-19. **Rev Soc Bras Enferm Ped**. v.20, n.spe, p.6-15, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.31508/1676-3793202000000122> Acesso em: 20 setembro 2021.

VIEIRA, Lidiane Sales; BELISÁRIO, Soraya Almeida. Intersetorialidade na promoção da saúde escolar: um estudo do Programa Saúde na Escola. **Saúde debate**. v. 42, n. spe4, p. 120-133, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S409> Acesso em: 12 setembro 2021.

WHO - World Health Organization. **The Ottawa Charter For Health Promotion**. Ottawa: WHO, 1986. Disponível em:

<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index1.html> Acesso em: 21 abr. 2020.

XAVIER, Samyra Paula Lustoza et al. O Ambiente educacional e a promoção da saúde na formação dos profissionais: uma articulação necessária. p.35-54/ In: Maria de Fátima Antero Sousa Machado, Maria Rosilene Cândido Moreira e Heraldo Simões Ferreira (Orgs.). **Promoção da saúde em ambientes educacionais** [Recurso eletrônico] - Sobral: Edições UVA, 2018. 286 p. Disponível em: http://www.uvanet.br/edicoes_uva/gera_xml.php?arquivo=promocao_saude_ambientes Acesso em: 13 setembro 2021.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao finalizar este estudo, considero importante ressaltar a trajetória envolvida neste processo de formação, a partir das disciplinas, elaboração do projeto, banca de qualificação, desenvolvimento da pesquisa até a defesa da tese, a qual foi fundamental para o meu aprimoramento pessoal e profissional. Ao longo destes anos, foram diversas oportunidades de aprendizagem e trocas de experiências, como a participações em bancas, eventos científicos, atividades junto ao LAPEPS, dentre outras, que certamente contribuirão em minha prática enquanto enfermeira assistencial e pesquisadora, especialmente para a multiplicação do conhecimento nas áreas da Saúde da Criança e dos Determinantes Sociais da Saúde.

No entanto, destacam-se os desafios enfrentados no decorrer deste percurso, que estiveram relacionados particularmente ao evento pandêmico da COVID-19. Foram muitos os sentimentos e emoções despertados durante este período, em virtude da imprevisibilidade, da mudança de rotina e da necessidade de isolamento/ distanciamento social. Houve a necessidade de adaptação à modalidade virtual, para manutenção dos encontros com colegas de turma, orientadora, grupo de pesquisa e universidade, bem como, para o desenvolvimento do estudo. Havia a esperança que o cenário se modificasse para que esta ocorresse integralmente na forma presencial, porém não se concretizou, mas não impediu a sua realização e conclusão.

Assim, ao retomar o objetivo da pesquisa, que foi a relação dos determinantes sociais da saúde na aprendizagem de crianças escolares da rede pública de ensino, sob a perspectiva de profissionais da saúde e da educação, acredita-se que este foi alcançado. Ressaltaram-se os aspectos associados à precarização das condições de vida, à exposição a hábitos desfavoráveis e à fragilização das redes sociais, principalmente, pela situação de vulnerabilidade à que muitas famílias das crianças escolares da rede pública de ensino encontram-se sujeitas em nossa sociedade, e que foram agravadas com a pandemia.

Diante destes fatos, entende-se ser imprescindível a elaboração e implementação de políticas públicas que abranjam vários setores, que reconheçam e favoreçam a importância de um desenvolvimento infantil saudável e do desempenho educacional pleno, sobretudo mediante a ação interprofissional, como potenciais para melhoria da qualidade de vida das crianças e redução das iniquidades sociais existentes no país. Neste contexto, confirma-se a tese de que a atuação articulada entre os profissionais da saúde e da educação sobre os Determinantes Sociais da Saúde podem favorecer a promoção da saúde e, conseqüentemente, a aprendizagem das crianças escolares que apresentam dificuldades neste processo.

O estudo trouxe outros apontamentos importantes para a saúde e a educação da criança em idade escolar, no qual evidenciou que a problemática da dificuldade de aprendizagem é uma condição associada à múltiplos fatores, porém o olhar dos profissionais tende a manter-se voltado para a responsabilização prioritariamente do aluno e/ou de sua família. De forma muito incipiente, foram considerados os aspectos relacionados ao contexto escolar, apesar das inúmeras fragilidades evidenciadas e que são uma realidade presente no setor público educacional, bem como, outros fatores estruturais que também determinam a manutenção deste fenômeno.

Apesar da evolução dos estudos acerca desta temática, observou-se que permanece uma tendência em se atribuir uma característica patológica a essa demanda, em que se busca junto aos serviços de saúde, práticas medicalizantes para solucioná-la. Há necessidade urgente do apoio do poder público, que além de investimento em infraestrutura e recursos humanos, deve subsidiar políticas de formação e aperfeiçoamento aos profissionais, e reforçar a importância da adoção de práticas que propiciem a intersetorialidade, para que se busque superar os modelos pedagógicos e de saúde, que não atendem as reais necessidades do escolar que enfrenta esta condição.

Os resultados também evidenciaram a importância do Programa Saúde na Escola (PSE), tendo em vista que o trabalho intersetorial é uma de suas estratégias, com base na articulação entre escola e a rede básica de saúde. Neste sentido, os participantes compreendem que o programa tem potencial para a abordagem tanto sobre os determinantes sociais quanto na dificuldade de aprendizagem, e propõem a realização de ações coordenadas para uma maior integração entre os serviços e os profissionais.

Apresenta potencialidades que favorecem a promoção da saúde infantil, todavia, há limites alheios à responsabilidade dos profissionais, que tornam este processo difícil de ser concretizado. Portanto, constitui-se um desafio a ser conquistado, mas uma prática possível, principalmente se amparada pela gestão. Há necessidade de fortalecimento do PSE enquanto política pública, e alcance de novas parcerias, como a assistência social, para que se possa de fato trazer repercussões benéficas não só ao estudante e sua família, mas à toda comunidade ao seu redor.

Como limitações, aponta-se a não generalização dos dados, por se tratar de uma realidade regional do Estado de Santa Catarina. Devido às restrições sanitárias impostas pelo enfrentamento do contexto pandêmico, a pesquisadora não pode realizar o contato presencial prévio para a aproximação e apresentação da proposta aos profissionais, o que culminou com a recusa de alguns deles em participar. Além do mais, inviabilizou a realização de observação

nos locais de atuação para acompanhamento das atividades, principalmente do campo educacional, que se encontrava na modalidade remota, o que certamente identificaria possíveis distinções entre os municípios envolvidos e complementaria as informações levantadas.

Com a necessidade de adaptação do Itinerário de Pesquisa para o formato virtual, houve a dificuldade em reunir os profissionais para o desenvolvimento do círculo de cultura, em decorrência da intensificação das atividades nos setores saúde e educação neste período. No entanto, embora não tenha ocorrido a interação presencial com todos os participantes, o modo virtual configurou-se como uma possibilidade efetiva para a realização da pesquisa ação participante, propiciando o envolvimento de diferentes categorias de atuação. Portanto, o método de pesquisa demonstrou-se oportuno, pois contribuiu para o diálogo e a troca de conhecimentos entre os profissionais, de forma a propiciar a reflexão de novas propostas de ação para melhoria da saúde e da aprendizagem dos escolares.

Salientam-se as contribuições para a área da enfermagem escolar, haja vista o papel importante que estes profissionais podem desempenhar com ações individuais e coletivas de promoção da saúde e bem-estar biopsicossocial aos estudantes. O acesso diário a um grande número de alunos propicia a criação de vínculos, a identificação e as intervenções sobre as necessidades de saúde das crianças escolares, que para além dos aspectos biológicos, devem envolver os determinantes sociais. Tem um significativo papel na articulação da equipe pedagógica neste processo, no intuito de favorecer o pleno desenvolvimento e o sucesso acadêmico infantil.

Por fim, pondera-se que este estudo representa uma pequena contribuição do campo da saúde à temática que envolve a aprendizagem escolar, a qual ainda precisa ser explorada por futuras pesquisas e publicações dada a complexidade que o fenômeno demanda. Recomenda-se a realização de novas investigações junto aos estudantes, às famílias, profissionais e gestores, incluindo diferentes setores, a fim de ampliar o conhecimento e fornecer possibilidades para a atuação sobre os determinantes que envolvem o público infantil. Considera-se relevante também, o desenvolvimento de estudos que aprofundem a compreensão sobre o trabalho intersetorial e o PSE, com vistas à promoção da saúde do escolar.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA-FILHO, Naomar. Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis. **Ciê. Saúde Colet.**, v. 9, n. 4, p. 865-884, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232004000400009>.

ANDERMANN, Anne. **Evidence for health: from patient choice to global police**. Ottawa: Cambridge, 2013. 220 p.

ARAGÃO, Ailton de Souza et al. Promoção da saúde da criança escolar e a identificação de determinantes sociais: relato de experiência. **Aletheia.**, v. 52, n. 1, p. 189-199, 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942019000100015&lng=pt&nrm=iso Acesso em: 19 maio 2021.

ARAÚJO, Juliane Pagliari et al. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Rev Bras Enferm.** v. 67, n. 6, p. 1000-1007, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2014670620> Acesso em: 16 setembro 2021.

ASSUNCAO, Wildson Cardoso; FREITAS, José Carlos de. Dificuldades de aprendizagem no contexto escolar: possíveis estratégias didáticas e de intervenção. **Rev. Exitus**, v. 9, n. 5, p. 391-420, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.24065/2237-9460.2019v9n5ID1112> Acesso em: 18 abril 2021.

BARBOSA, Mariana de Barros; LEITE, César Donizetti Pereira. Infância e patologização: contornos sobre a questão da não aprendizagem. **Psicol. Esc. Educ.**, v. 24, e220707, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2175-35392020220707> Acesso em: 20 maio 2021.

BARBIANI, Rosângela. Violação de direitos de crianças e adolescentes no Brasil: interfaces com a política de saúde. **Saúde debate**. v. 40, n. 109, p. 200-211, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201610916> Acesso em: 17 abril 2021.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 3ª reimpressão. São Paulo: Edições 70, 2016.

BATISTA, Leticia Alves; CARDOSO, Maykon Dhones de Oliveira. Educação Inclusiva: desafios e percepções na contemporaneidade. **Revista Educação Pública**, v. 20, nº 44, 2020. Disponível em: <https://educacaopublica.cecierj.edu.br/artigos/20/44/educacao-inclusiva-desafios-e-percepcoes-na-contemporaneidade> Acesso em: 18 abril 2021.

BELTRAME, Rudinei Luiz; GESSER, Marivete; SOUZA, Simone Vieira de. Diálogos sobre medicalização da infância e educação: uma revisão de literatura. **Psicol. Estud.**, v.24, e42566, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v24i0.42566> Acesso em: 30 de outubro de 2021.

BEZERRA, Italla Maria Pinheiro; SORPRESO, Isabel Cristina Esposito. Concepts and movements in health promotion to guide educational practices. **J. Hum. Growth Dev.**, v.26, n.1, p.11-20, 2016. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822016000100002&lng=pt&nrm=iso Acesso em: 29 abril 2020.

BRAMBILLA, Daiane Kutzepa; KLEBA, Maria Elisabeth; MAGRO, Márcia Luíza Pit Dal. Cartografia da implantação e execução do Programa Saúde na Escola (PSE): implicações para o processo de desmedicalização. **Educ. rev.**, v.36, e217558, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-4698217558> Acesso em: 21 outubro 2020.

BRASIL, Eysler Gonçalves Maia et al. Promoção da saúde de adolescentes e Programa Saúde na Escola: complexidade na articulação saúde e educação. **Rev. esc. enferm. USP.** v. 51 e03276, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016039303276> Acesso em: 16 setembro 2021.

BRASIL. **Lei n. 9.394, de 20 de setembro de 1996. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional.** *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 1996. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=content&task=view&id=78&Itemid=221> Acesso em: 15 setembro 2021.

BRASIL. **Lei nº 13.005/2014 - Aprova o Plano Nacional de Educação - PNE e dá outras providências.** *Diário Oficial da União*, Brasília, DF. Disponível em: <https://pne.mec.gov.br/18-planos-subnacionais-de-educacao/543-plano-nacional-de-educacao-lei-n-13-005-2014> Acesso em: 15 setembro 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. **Base Nacional Comum Curricular.** Brasília, MEC, 2018. Disponível em: <http://basenacionalcomum.mec.gov.br/> Acesso em: 15 setembro 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. **Parâmetros Curriculares Nacionais para o Ensino Fundamental.** Brasília, MEC/SEF, 1997. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/introducao.pdf> Acesso em: 15 setembro 2021.

BRASIL. Ministério da Educação - MEC; Ministério da Saúde – MS; Decreto nº 6.286 de 05 de dezembro de 2007. **Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6286.htm Acesso em: 20 abril 2020.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Alfabetização. **PNA - Política Nacional de Alfabetização.** Secretaria de Alfabetização. – Brasília: MEC, SEALF, 2019. 54 p. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/images/banners/caderno_pna_final.pdf Acesso em: 15 setembro 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Básica. Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão. Conselho Nacional da Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais Gerais da Educação Básica.** Brasília: MEC, SEB, DICEI, 2013. 542p. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/docman/julho-2013-pdf/13677-diretrizes-educacao-basica-2013-pdf/file> Acesso em: 15 setembro 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. **Caderno do gestor do PSE.** Brasília: DF, 2015. 68 p. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_gestor_pse.pdf Acesso em: 16 setembro 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde - PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

32 p. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_pnaps.pdf
Acesso em: 12 setembro 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica**, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html Acesso em: 22 novembro 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece as diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2010. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf Acesso em: 10 abril 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html Acesso em: 22 novembro 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história**. (Série I. História da Saúde). Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 80 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/70_anos_historia_saude_crianca.pdf Acesso em: 10 abril 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 180 p. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/07/Pol%C3%ADtica-Nacional-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-Integral-%C3%A0-Sa%C3%BAde-da-Crian%C3%A7a-PNAISC-Vers%C3%A3o-Eletr%C3%B4nica.pdf> Acesso em: 10 abril 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 40 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude.pdf Acesso em: 29 abril 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Passo a passo PSE: Programa Saúde na Escola: tecendo caminhos da intersectorialidade** (Série C. Projetos, programas e relatórios). Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 46 p. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/passos_a_passo_programa_saude_escola.pdf
Acesso em: 29 abril 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola**. Brasília (Cadernos de Atenção Básica). Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_24.pdf
Acesso em: 16 dezembro 2020.

BRASIL. **Portaria interministerial nº 1.055, de 25 de abril de 2017. 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**. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/pri1055_26_04_2017.html Acesso em: 16 dezembro 2020.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Brasília: Ministério da Saúde, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm Acesso em: 31 julho 2021.

BRITO, Roberta Gama; SOARES, Sebastião Silva. Influência da família na aprendizagem escolar da criança: ponto de reflexão. **Revista Exitus**, v. 4, n. 1, p. 241-253, 2016. Disponível em: <http://www.ufopa.edu.br/portaldeperiodicos/index.php/revistaexitus/article/view/140>
Acesso em: 31 julho 2021.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**. v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006> Acesso em: 15 maio 2021.

BUSS, Paulo Marchiori et al. Promoção da saúde e qualidade de vida: uma perspectiva histórica ao longo dos últimos 40 anos (1980-2020). **Ciêns Saúde Colet.**, v.25, n.12, p. 4723-35, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202512.15902020> Acesso em: 15 maio 2021.

CARRAPATO, Pedro; CORREIA, Pedro; GARCIA, Bruno. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. **Saude soc.**, v. 26, n. 3, p. 676-689, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017170304> Acesso em: 15 junho 2021.

CARVALHAL, Lidiane Moura et al. Agenda de compromissos para a saúde integral e redução da mortalidade infantil em um município de Alagoas. **Rev Bras Promoc Saude**.v. 26, nº.4, p.530–538, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.5020/3119> Acesso em: 20 setembro 2021.
CARVALHO, Fabio Fortunato Brasil de. A saúde vai à escola: a promoção da saúde em práticas pedagógicas. **Physis**. v. 25, n. 4, p. 1207-1227, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000400009> Acesso em: 31 julho 2021.

CASARIN, Nelson Elinton Fonseca; RAMOS, Maria Beatriz Jacques. Família e aprendizagem escolar. **Rev. psicopedag.**, v. 24, n. 74, p. 182-201, 2007. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010384862007000200009&lng=pt&nrm=iso Acesso em: 20 setembro. 2021.

CASEMIRO, Juliana Pereira; FONSECA, Alexandre Brasil Carvalho da; SECCO, Fabio Vellozo Martins. Promover saúde na escola: reflexões a partir de uma revisão sobre saúde escolar na América Latina. **Ciênc. Saúde Colet.** v. 19, n. 03, p. 829-40, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.00442013> Acesso em: 13 setembro 2021.

CAVALCANTE, Marília Vieira et al. Estimulação cognitiva e aprendizagem infantil: revisão de literatura. **Braz. J. of Develop.**, v. 6, n. 6, p.41981-90, 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/12432/10423> Acesso em: 15 junho 2021.

CÉSAR, Josiane Tiborski et al. Alimentação Escolar no Brasil e Estados Unidos: uma revisão integrativa. **Ciênc. saúde colet.**, v. 23, n. 3, p. 991-1007, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.01582016> Acesso em: 15 junho 2021.

CESÁRIO, Natália Carolina Mendes; COSTA, Raquel Jorge Vieira; PEREIRA, Juliana Tomé. O Enfermeiro no Ambiente Escolar: práticas educativas atuais e eficazes. **Revista Tecer**, v. 7, n.12, p. 38-47, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15601/1983-7631/rt.v7n12p38-47> Acesso em: 15 abril 2020.

CHIARI, Antônio Paulo Gomes et al. Rede intersetorial do Programa Saúde na Escola: sujeitos, percepções e práticas. **Cad. Saúde Pública.** v. 34, n. 5, e00104217, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00104217> Acesso em: 20 setembro 2021.

CHRISTMANN, Morgana; PAVÃO, Silvia Maria de Oliveira. A saúde do escolar cuidada por práticas governamentais: reflexos para a aprendizagem. **Rev. educ. PUC-Camp.**, v. 20, n.3, p.265-77. Disponível em: <http://periodicos.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/reeducacao/article/download/2803/2206> Acesso em: 15 junho 2021.

CIASCA, Sylvia Maria; ROSSINI, Sonia D. Rodrigues. Distúrbios de aprendizagem: mudanças ou não? Correlação de dados de uma década de atendimento. **Temas sobre Desenvolvimento.** v.8, n.48, p.11-6, 2000.

CNDSS - Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf Acesso em: 04 abril 2020.

CORD, Denise et al. As significações de profissionais que atuam no Programa Saúde na Escola (PSE) acerca das dificuldades de aprendizagem: patologização e medicalização do Fracasso Escolar. **Psicol. cienc. prof.**, v. 35, n. 1, p. 40-53. 2015 . Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703000952013> Acesso em: 09 março 2020.

CORREIA, Aline Medianeira Gomes, et al. Percepção de pais acerca do impacto de tecnologias no viver saudável dos seus filhos. **Cogitare Enferm.**, v. 20, n.4, p. 805-12, out/dez, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v20i4.41127> Acesso em: 07 junho 2021.

CORSO, Luciana Vellino; MEGGIATO, Amanda Oliveira. Quem são os alunos encaminhados para acompanhamento de dificuldades de aprendizagem? **Rev. psicopedagogia**, v.36, n.109, p.57-72, 2019. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/195717> Acesso em: 28 de outubro de 2021.

COSTA, Djalma Ribeiro et al. Associação entre taxa de mortalidade infantil e indicadores de habitação e saneamento: um guia para tomada de decisão em medicina preventiva e social. **Rev. Adm. Saúde.**, v. 20, n. 79: e251, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.23973/ras.79.251> Acesso em: 16 junho 2021.

CYPRIANO, Camilla Costa. **Práticas de promoção da saúde no contexto da atenção primária**. 2016. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016. 148p. Disponível em: <https://tede.ufsc.br/teses/PNFR0955-D.pdf> Acesso em: 28 de outubro de 2021.

DAMASCENO, Simone Soares et al. Saúde da criança no Brasil: orientação da rede básica à Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. saúde colet.**, v. 21, n.9, p. 2961-73, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.25002015> Acesso em: 16 junho 2021.

DAHLGREN, Göran; WHITEHEAD, Margaret. **Policies and Strategies to promote social equity in health**. Stockholm: Institute for Future Studies; 2007. Disponível em: <https://www.iffs.se/media/1326/20080109110739filmz8uvqv2wqfshmr6cut.pdf> Acesso em: 07 junho 2021.

DAHLGREN, Göran; WHITEHEAD, Margaret; WHO, World Health Organization. Regional Office for Europe. **Levelling up (part 2): a discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health**. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2006. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107791/E89384.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em: 06 junho 2021.

DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Yvona S. Introdução: a disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Yvona S. (Orgs). **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. 2ªed. Porto Alegre: Artmed. 2010.

DIAS, Érika; PINTO, Fátima Cunha Ferreira. A educação e a Covid-19. **Ensaio: aval. pol. públ. educ.**, v.28, n.108, p.545-54, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-40362019002801080001> Acesso em: 28 de outubro de 2021.

DIAS, Maria Socorro de Araújo et al. Política Nacional de Promoção da Saúde: um estudo de avaliabilidade em uma região de saúde no Brasil. **Ciênc. saúde colet.** v. 23, n. 1 p. 103-114, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.24682015> Acesso em: 28 de outubro de 2021.

DOWBOR, Tatiana Pluciennik; WESTPHAL, Márcia Faria. Determinantes sociais da saúde e o Programa Saúde da Família no município de São Paulo. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 781-790, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004585> Acesso em: 15 junho 2021.

DSSBR. **Escolaridade: um macro determinante limitado por diferentes realidades sociais**. 2012. Disponível em: <https://dssbr.ensp.fiocruz.br/escolaridade-um-macro-determinante-limitado-por-diferentes-realidades-sociais/> Acesso em: 07 junho 2021.

EGRY, Emiko Yoshikawa. **Saúde Coletiva: construindo um novo método em enfermagem**. São Paulo: Ícone; 1996.

FAERMANN, Lindamar Alves; RUFATO, Vanessa Ferraz. Dificuldades de aprendizagem de crianças e adolescentes da rede pública de ensino: um fenômeno multicausal. **Educação**, v.4, n.3, p. 91 – 104, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.17564/2316-3828.2016v4n3p91-104> Acesso em: 21 outubro 2020.

FARIAS, Isabelle Carolline Veríssimo et al. Análise da Intersetorialidade no Programa Saúde na Escola. **Rev. bras. educ. med.** v.40, n.2, p.261–67, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/39ZTRdxxTHwsQx5hCdJWzjB/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 17 setembro 2021.

FAWCETT, J.; DESANTO-MADEYA, S. **Contemporary Nursing Knowledge: Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories**. 3ed. Philadelphia Pa: F.A. Davis, 2013. 480 pag

FELCHER, Carla Denize Ott; FERREIRA, André Luis Andrejew; FOLMER, Vanderlei. Da pesquisa-ação à pesquisa participante: discussões a partir de uma investigação desenvolvida no Facebook. **Experiências em Ensino de Ciências**, v. 12, n.7, 2017. Disponível em: <https://fisica.ufmt.br/eenciojs/index.php/eenci/article/view/677/647> Acesso em: 15 junho 2021.

FERREIRA, Heraldo Simões et al. Domínio implementação: diálogo entre o CompHP e as ações de promoção da saúde no contexto escolar. p.77-104./ In: Maria de Fátima Antero Sousa Machado, Maria Rosilene Cândido Moreira e Heraldo Simões Ferreira (Orgs.). **Promoção da saúde em ambientes educacionais** [Recurso eletrônico] - Sobral: Edições UVA, 2018. 286 p. Disponível em: http://www.uvanet.br/edicoes_uva/gera_xml.php?arquivo=promocao_saude_embientes Acesso em: 13 setembro 2021.

FETTERMANN, Fernanda Almeida et al. Programa de saúde na escola e o alinhamento de ações na prevenção do coronavírus. **RSD**. v. 10, n. 5, e37810514686, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i1.14686> Acesso em: 16 setembro 2021.

FIGUEIREDO, Daniella Santa. Promoção da saúde articulada aos determinantes sociais: possibilidade para a equidade. **Rev enferm UFPE on line**, v.13, n.4, p. 943-51, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i4a239123p943-951-2019> Acesso em: 15 junho 2021.

FIGUEIREDO, Túlio Alberto Martins de; MACHADO, Vera Lúcia Taqueti; ABREU, Margaret Mirian Scherrer de. A saúde na escola: um breve resgate histórico. **Ciênc. saúde colet.** v. 15, n. 2, p. 397-402, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000200015> 06 junho 2021.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. Ministério da Saúde. **COVID-19 e a saúde da criança e do adolescente**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2020. Disponível em: http://www.iff.fiocruz.br/pdf/covid19_saude_crianca_adolescente.pdf 16 setembro 2021.

FIORATI, Regina Celia; ARCÊNCIO, Ricardo Alexandre; SOUZA, Larissa Barros de. As iniquidades sociais e o acesso à saúde: desafios para a sociedade, desafios para a enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, v. 24, p. e2687, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0945.2687> Acesso em: 16 junho 2021.

FREIRE, P. **Pedagogia da Esperança: Um reencontro com a Pedagogia do oprimido**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997. 127p.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. 80ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2019. 256p.

FUJIMORI, Elizabeth et al. Teaching of the Integrated Management of Childhood Illness strategy in undergraduate nursing programs. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** v. 21, n. 3, p. 655-662, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692013000300002> Acesso em: 16 junho 2021.

GARBOIS, Júlia Arêas; SODRÉ, Francis; DALBELLO-ARAUJO, Maristela. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. **Saúde debate.** v. 41, n. 112, p. 63-76, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711206> Acesso em: 31 outubro 2021.

GATTI, Bernadete A. Possível reconfiguração dos modelos educacionais pós-pandemia. **Estudos Avançados.** v. 34, n. 100, p. 29-41, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2020.34100.003> Acesso em: 31 outubro 2021.

GEIB, Lorena Teresinha Consalter. Determinantes sociais da saúde do idoso. **Ciênc. saúde colet.** v. 17, n. 1, p. 123-133, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000100015> Acesso em: 31 outubro 2021.

GIMENEZ, Eloisa Hilsdorf Rocha. Dificuldade de aprendizagem ou distúrbio de aprendizagem? **Rev. Educ.**, v.8, n.8, p.78-83, 2005. Disponível em: <https://seer.pgskroton.com/educ/article/view/2214> Acesso em: 24 outubro 2021.

GOMES, Cláudia Aparecida Valderramas; PEDRERO, Jennifer do Nascimento. Queixa Escolar: Encaminhamentos e Atuação Profissional em um Município do Interior Paulista. **Psicol., Ciênc. Prof.**, v. 35, n. 4, p. 1239-56, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703002192013> Acesso em: 28 outubro 2021.

GOMES, Manoel Messias. Fatores que facilitam e dificultam a aprendizagem. **Revista Educação Pública**, v. 18, nº 14, 2018. Disponível em: <https://educacaopublica.cecierj.edu.br/artigos/18/14/fatores-que-facilitam-e-dificultam-a-aprendizagem> Acesso em: 28 outubro 2021.

GONÇALVES, Roberta Lima; PENNA, Cláudia Maria de Matos. Cenas cotidianas do cuidado: a Rede Cegonha em construção. **Rev Min Enferm.** v. 23:e-1237, 2019. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20190085> Acesso em: 06 junho 2021.

GONZALEZ, Virgínia Valiate. **A trajetória da Comissão Nacional sobre determinantes sociais da saúde**. 2015. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2015. 97 f. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/24422/1/virg%C3%ADnia_valiate_gonzalez_ensp_mest_2014.pdf Acesso em: 28 outubro 2021.

GRACIANO, Andréa Monteiro de Castro. Promoção da Saúde na Escola: história e perspectivas. **J. Health Biol Sci.** v. 3, n.1, p:34-38, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.12622/2317-3076jhbs.v3i1.110p.34.2015> Acesso em: 06 junho 2021.

GRACIETTI, Adriana et al. Promoção da saúde: revisão integrativa. **Rev. Enferm. UFPE on line.**, Recife, v. 8, n. 11, p. 3972-82, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v8i11a13622p3972-3982-2014> Acesso em: 28 outubro 2021.

GUETERRES, Évilin Costa. et al. Educación para la salud en el contexto escolar: estudio de revisión integradora. **Enfermería Global.**, v.16, n.2, p.464–499, 2017. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.2.235801> Acesso em: 06 junho 2021.

HEIDEMANN, Ivonete Teresinha Schuller Buss et al. Estudo comparativo de práticas de promoção da saúde na atenção primária em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil e Toronto, Ontário, Canadá. **Cad. Saúde Pública.** v. 34, n. 4, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00214516> Acesso em: 18 abril 2020.

HEIDEMANN, Ivonete Teresinha Schuller Buss. Promoção da saúde e qualidade de vida: concepções da Carta de Ottawa em produção científica. **Cienc Cuid Saude.** v.11, n.3, p.613-619, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v11i3.13554> Acesso em: 19 abril 2020.

HEIDEMANN, Ivonete Teresinha Schuller Buss et al. Reflexões sobre o Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire: Contribuições para a saúde. **Texto Contexto Enferm.** v. 26, n. 4, e0680017, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017000680017> Acesso em: 19 abril 2020.

HEIDEMANN, Ivonete Teresinha Schuller Buss; WOSNY, Antônio Miranda; BOEHS, Astrid Eggert. Promoção da Saúde na Atenção Básica: estudo baseado no método de Paulo Freire. **Ciênc. saúde colet.**, v. 21, n. 6, p. 1683-1694, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000803553 Acesso em: 1 abril 2020.

HERMIDA, Patrícia Madalena. et al. Educação em saúde nas práticas do subsistema profissional de saúde. **Rev baiana enferm.**, Salvador, v. 30, n. 2, p. 1-12, abr./jun. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.18471/rbe.v30i2.15726> Acesso em: 1 abril 2020.

HORTA, Rogério Lessa et al. Promoção da saúde no ambiente escolar no Brasil. **Rev Saude Publica.** v.51, n.0, p.27, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006709> Acesso em: 16 setembro 2021.

IBGE. Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Pesquisa nacional de saúde do escolar 2019**. Rio de Janeiro: IBGE, 2021. 162 p. Disponível em:

<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101852.pdf> Acesso em: 15 dezembro 2021.

INEP. Instituto Nacional De Estudos E Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. **Censo da Educação Básica 2019: notas estatísticas**. Brasília: MEC, 2019. Disponível em: https://download.inep.gov.br/educacao_basica/censo_escolar/press_kit/2019/press_kit_censo_escolar_2019.pdf Acesso em: 16 setembro 2021.

JACKSON, Suzane F. et al. Synergy for health equity: integrating health promotion and social determinants of health approaches in and beyond the Americas. **Rev Panam Salud Publica**. v.34, n.6, p. 473- 480, 2013. Disponível em: <https://scielosp.org/article/rpsp/2013.v34n6/473-480/> Acesso em: 17 outubro 2021.

KAUARK, Fabiana da Silva; SILVA, Valéria Almeida dos Santos. Dificuldades de aprendizagem nas séries iniciais do ensino fundamental e ações psico & pedagógicas. **Rev. psicopedag.**, v. 25, n. 78, p. 264-270, 2008 . Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862008000300009&lng=pt&nrm=iso Acesso em: 18 maio 2021.

LEAL, Maria do Carmo et al. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciênc. saúde colet.** v. 23, n. 6, p. 1915-1928, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.03942018> Acesso em: 17 outubro 2021.

LEIVAS, Pedro Henrique Soares et al. Associação da posição socioeconômica e da depressão materna com a saúde das crianças: avaliação da PNAD 2008, Brasil. **Ciênc. saúde colet.**, v. 23, n. 5, p. 1635-45, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018235.23162015> Acesso em: 15 junho 2021.

LIMA-SERRANO, Marta; LIMA-RODRÍGUEZ, Joaquín S. Impact of school-based health promotion interventions aimed at different behavioral domains: a systematic review. **Gac Sanit.** v.28, n.5, p.411–417, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.05.003> Acesso em: 13 setembro 2021.

LOPES, Iraneide Etelvina; NOGUEIRA, Júlia Aparecida Devidé; ROCHA, Dais Gonçalves. Eixos de ação do Programa Saúde na Escola e Promoção da Saúde: revisão integrativa. **Saúde debate**. v. 42, n. 118, p. 773-89, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811819> Acesso em: 12 setembro 2021.

LOPES, Maria do Socorro Vieira et al . Análise do conceito de promoção da saúde. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 19, n. 3, p. 461-468, Sept. 2010 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000300007&lng=en&nrm=iso Acesso em: 01 abril 2020.

LOPES, Telma Silva Santana; ROSSATO, Maristela. A dimensão subjetiva da queixa de dificuldades de aprendizagem escolar. **Psicol. Esc. Educ.**, v.22, n.2, p. 385-94, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2175-35392018011363> Acesso em: 21 outubro 2020.

LUNARDI, Nataly Moretzsohn Silveira Simões et al. Aulas Remotas Durante a Pandemia: dificuldades e estratégias utilizadas por pais. **Educ. Real.**, v.46, n.2, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2175-6236106662> Acesso em: Acesso em: 24 outubro 2021.

MAGAGNIN, Adriana Bitencourt. **Empowerment do familiar cuidador: Promoção da Saúde na hospitalização**. 2018. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2018. 149 p. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/205797> Acesso em: 24 outubro 2021.

MAGALHÃES, Rosana. Avaliação da Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectivas e desafios. **Ciênc. saúde coletiva**, v.21, n.6, p. 1767-1776, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015216.07422016> Acesso em: 15 setembro 2020.

MALTA, Deborah Carvalho. A implementação das prioridades da Política Nacional de Promoção da Saúde, um balanço, 2006 a 2014. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 19, n.11, p. 4301-11, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04782018> Acesso em: 17 setembro 2021.

MALTA, Deborah Carvalho et al. O SUS e a Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectiva resultados, avanços e desafios em tempos de crise. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1799-1809, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04782018> Acesso em: 17 setembro 2021.

MALTA, Deborah et al. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1683-1694, 2016a. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015216.07572016> Acesso em: 21 abril 2020.

MALTA, Deborah et al. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 327-338, 2016b. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.23602015> Acesso em: 15 setembro 2020.

MASSENA, Juliana Hass. Práticas avaliativas e progressão continuada na rede municipal de Eldorado do Sul/RS: a ênfase está nas aprendizagens dos alunos? In: RODRIGUES, Maria Bernadette Castro; ROCHA, Fabiana de Miranda; MASSENA, Juliana Hass, orgs. **Pesquisas e proposições pedagógico-curriculares na escolarização inicial da educação básica** [online]. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2017, 324 p. ISBN 978-85-386-0472-3. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/3vraq5/pdf/rodrigues-9788538604723.pdf> Acesso em: 21 janeiro 2022.

MAZER, Sheila Maria; DAL BELLO, Alessandra Cristina, BAZON, Marina Rezende. Dificuldades de Aprendizagem: revisão de literatura sobre os fatores de risco associados. **Psicol. educ.**, São Paulo, n. 28, p. 7-21, jun. 2009. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-69752009000100002&lng=pt&nrm=iso Acesso em: 02 outubro 2019.

MEDINA, Maria Guadalupe et al. Health promotion and chronic disease prevention: what are Family Health teams doing? **Saúde debate**. v.38, n.0, p.69-82, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S006> Acesso em: 02 outubro 2019.

MELLO, Flávia Carvalho Malta et al. A prática de bullying entre escolares brasileiros e fatores associados, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2015. **Ciênc. saúde colet.**, v. 22, n. 9, p. 2939-48, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.12762017> Acesso em: 06 junho 2021.

MELLO, Manoela Aparecida Fumagalli Coelho et al. Avaliações de saúde de escolares no Programa Saúde na Escola. **RIES**. v.8, n.2 (18), 2019. Disponível em: <https://periodicos.uniarp.edu.br/index.php/ries/article/view/1546> Acesso em: 02 outubro 2020.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Rev Med Minas Gerais**, v. 18, supl. 4, p. S3-S11, 2008. Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/1262> Acesso em: 27 abril 2020.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf Acesso em: 27 abr. 2020.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14ª ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MONTEIRO, Ana Francisca; OSÓRIO, António José. Novas tecnologias, riscos e oportunidades na perspectiva das crianças. **Rev. Portuguesa Educação**, v. 28, n. 1, p.35–57. Disponível em: <https://doi.org/10.21814/rpe.7049> Acesso em: 06 junho 2021.

NASCIMENTO, Alexandre; NASCIMENTO, Gabriel Sena. Dificuldades na aprendizagem escolar, atraso motor e prática de atividade física: Revisão sistemática. **Arq. Cienc. Saúde UNIPAR**, Umuarama, v. 24, n. 1, p. 61-66, jan./abr. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.25110/arqsaude.v24i1.2020.6907> Acesso em: 07 junho 2021.

NASN, National Association of School Nurses. **Our history**. Disponível em: <https://www.nasn.org/about-nasn/about/our-history> Acesso em: 15 abril 2020.

NOGUEIRA, Roberto Passos (org.). **Determinação social da saúde e reforma sanitária**. (Coleção Pensar em Saúde). Rio de Janeiro: Cebes, 2010. 200 p. ISBN 978-85-88422-13-1. Disponível em: <http://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/Determina%C3%A7%C3%A3o%20Social%20da%20Sa%C3%BAde%20e%20Reforma%20Sanit%C3%A1ria.pdf> Acesso em: 12 dezembro. 2020

NOVAES, Marcos Bidart Carneiro de; GIL, Antonio Carlos. A pesquisa-ação participante como estratégia metodológica para o estudo do empreendedorismo social em Administração de Empresas. **Rev. Adm. Mackenzie**, v. 10, n. 1, art. 25, p. 134-160, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1678-69712009000100007> Acesso em: 15 abril 2020.

NSCDC. National Scientific Council on the Developing Child. **Connecting the brain to the rest of the body: early childhood development and lifelong health are deeply intertwined** Working Paper, n. 15, 2020 Disponível em: https://ncpi.org.br/wp-content/uploads/2021/04/wp15_health_PORT.pdf Acesso em: 16 junho 2021.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde: documento de discussão**. Rio de Janeiro: OMS; 2011. Disponível em: <https://dssbr.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/10/Documento-Tecnico-da-Conferencia-vers%C3%A3o-final.pdf> Acesso em: 19 maio 2021.

PATERLINI, Larissa Solange Moreira et al. Screening and diagnosis of learning disabilities/disorders - outcomes of interdisciplinary assessments. **Revista CEFAC.**, v. 21, n. 5, e13319, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0216/201921513319> Acesso em: 19 maio 2021.

PASTERNAK, Suzana. Habitação e saúde. **Estud. av.**, v. 30, n. 86, p. 51-66, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-40142016.00100004> Acesso em: 10 julho 2021.

PEDRAZA, Dixis Figueroa. Insegurança alimentar e nutricional de famílias com crianças menores de cinco anos da Região Metropolitana de João Pessoa, Paraíba, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva.**, v. 26, n. 4, p. 1511-20, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021264.06942019> Acesso em: 15 junho 2021.

PEITER, Caroline Cechinel et al. Healthcare networks: trends of knowledge development in Brazil. **Escola Anna Nery**, v. 23, n. 1, e20180214, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0214> Acesso em: 29 abril 2020.

PELLEGRINI FILHO, Alberto. Public policy and the social determinants of health: the challenge of the production and use of scientific evidence. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, suppl 2, p. 135-140, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011001400002> Acesso em: 08 abril 2020.

PENIN, Sônia. **Cotidiano e escola: a obra em construção**. 2ª ed. São Paulo:Cortez, 2011.

PEREIRA, Francisco Gilberto Fernandes et al. Segurança do paciente e promoção da saúde: uma reflexão emergente. **Rev baiana enferm.**, v. 29, n. 3, p. 271-277, jul/set, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.18471/rbe.v29i3.12205> Acesso em: 08 abril 2020.

PINTO, Maria Benegelania; SILVA, Kênia Lara. Promoção da saúde na escola: discursos, representações e abordagens. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 73, n. 3, e20180774, 2020. Disponível em <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0774> Acesso em: 29 abril 2020.

POZZOBON, Magda; MAHENDRA, Fénita; MARIN, Angela Helena. Renomeando o fracasso escolar. **Psicol. Esc. Educ.**, v. 21, n. 3, p. 387-96, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2175-3539201702131120> Acesso em: 21 outubro 2020.

REZENDE, Bárbara Antunes; LEMOS, Stela Maris Aguiar; MEDEIROS, Adriane Mesquita de. Qualidade de vida e autopercepção de saúde de crianças com mau desempenho escolar. **Rev. paul. pediatr.** v. 35, n.4, p. 415-421, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1984-0462/;2017;35;4;00009> Acesso em: 18 abril 2021.

RIBEIRO, Kelen Gomes; AGUIAR, Jaina Bezerra de; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. Determinantes sociais da saúde: o instituído constitucional no Sistema Único de Saúde. **Rev**

Bras Promoc Saúde. v. 31, n. 4, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5020/18061230.2018.8778> Acesso em: 18 abr. 2022.

RIBEIRO, Vanda Mendes; VÓVIO, Cláudia Lemos. Desigualdade escolar e vulnerabilidade social no território. **Educ. rev.**, n. spe.2, p. 71-87, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-4060.51372> Acesso em: 10 julho 2021.

RIBEIRO, Kelen Gomes et al. Educação e saúde em uma região em situação de vulnerabilidade social: avanços e desafios para as políticas públicas. **Interface.**, v. 22, suppl 1, p. 1387-98, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0419> Acesso em: 10 julho 2021.

ROCHA, Patrícia Rodrigues da; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal. Determinação ou Determinantes? uma discussão com base na teoria da produção social da saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v.49, n.1, p. 129-35, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000100017> Acesso em: 27 abril 2020.

ROTTA, Newra Telleche; OHLWEILER, Lygia; RIESGO, Rudimar dos Santos. **Transtornos de Aprendizagem: abordagem neurobiológica e multidisciplinar.** 2ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

SANTOS, Maria Adriana Borges dos et al. Análise do domínio parceria na promoção da saúde na escola. p.57-74/ In: Maria de Fátima Antero Sousa Machado, Maria Rosilene Cândido Moreira e Heraldo Simões Ferreira (Orgs.). **Promoção da saúde em ambientes educacionais** [Recurso eletrônico] - Sobral: Edições UVA, 2018. 286 p. Disponível em: http://www.uvanet.br/edicoes_uva/gera_xml.php?arquivo=promocao_saude_embientes Acesso em: 13 setembro 2021.

SANINE, Patricia Rodrigues et al. Do preconizado à prática: oito anos de desafios para a saúde da criança em serviços de atenção primária no interior de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública.** v. 34, n. 6, e00094417, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00094417> Acesso em: 13 setembro 2021.

SBP. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento. **O papel do pediatra diante da criança com Dificuldade Escolar.** Diretrizes Nº 1 / Setembro / 2018. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/21156d-DIRETRIZES_Papel_pediatra_diante_crianca_DificEscolar.pdf Acesso em: 01 maio 2020.

SCHWEITZER, Lucas; SOUZA, Simone Vieira de. Os sentidos atribuídos à queixa escolar por profissionais de escolas públicas municipais. **Psicol. Esc. Educ.**, v. 22, n. 3, p. 565-72, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2175-35392018034949> Acesso em: 24 outubro 2021.

SILVA, Aristides José da. Programa saúde na escola: limites e possibilidades intersetoriais. **Interface.** v. 18, n. 51, p. 799. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0583> Acesso em: 15 setembro 2021.

SILVA, Carlos dos Santos; BODSTEIN, Regina Cele de Andrade. Referencial teórico sobre práticas intersetoriais em Promoção da Saúde na Escola. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio

de Janeiro , v. 21, n. 6, p. 1777-1788, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015216.08522016> Acesso em: 19 março 2020.

SILVA, Denise Alves José da; TAVARES, Maria de Fátima Lobato. Ação intersetorial: potencialidades e dificuldades do trabalho em equipes da Estratégia Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro. **Saúde debate**. v. 40, n. 111, p. 193-205, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201611115>. Acesso em: 17 setembro 2021.

SILVA, Edleuza Oliveira; AMPARO-SANTOS, Lígia; SOARES, Micheli Dantas. Alimentação escolar e constituição de identidades dos escolares: da merenda para pobres ao direito à alimentação. **Cad. Saúde Pública.**, v. 34, n. 4, e00142617, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00142617> Acesso em: 10 julho 2021.

SILVA FILHO, C. C. D. et al. **Da pirâmide para o círculo**: em busca de práticas educativas participativas em saúde. In: PRADO, Marta Lenise do.; SCHMIDT, Kenya R. Paulo Freire: a boniteza de ensinar e aprender na saúde. Florianópolis: NFR/UFSC. p. 141-156, 2016.

SILVA, Marcelo José de Souza; SCHRAIBER, Lilia Blima; MOTA, André. The concept of health in Collective Health: contributions from social and historical critique of scientific production. **Physis**. v. 29, n. 1, e290102, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290102> Acesso em: 10 julho 2021.

SILVA, Meirele Rodrigues Inácio da et al. Processo de Acreditação das Escolas Promotoras de Saúde em âmbito mundial: revisão sistemática. **Ciênc. saúde colet**. v. 24, n. 2, p. 475-86, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018242.23862016>. Acesso em: 20 setembro 2021.

SILVA, Rosângela Ramos Veloso et al. Pandemia da COVID-19: insatisfação com o trabalho entre professores(as) do estado de Minas Gerais, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v.26, n.12, p. 6117-28, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212612.10622021> Acesso em: 21 janeiro 2022.

SILVA, Samara Lilian Zulian Ruas da; OLIVEIRA, Maria Carolina Camargo de; CIASCA, Sylvia Maria. Desempenho percepto-motor, psicomotor e intelectual de escolares com queixa de dificuldade de aprendizagem. **Rev. psicopedag.**, São Paulo , v. 34, n. 103, p. 33-44, 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862017000100004&lng=pt&nrm=iso Acesso em: 10 março 2020.

SIQUEIRA, Cláudia Machado; GURGEL-GIANNETTI, Juliana. Mau desempenho escolar: uma visão atual. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v.57, n.1, p. 78-87, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302011000100021.2011> Acesso em: 30 de outubro de 2021.

SOUTO, Lúcia Regina Florentino; OLIVEIRA, Maria Helena Barros de. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. **Saúde debate**. v. 40, n. 108, p. 204-218, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104-20161080017> Acesso em: 30 de outubro de 2021.

SOUZA, Daniela Maysa de et al. Entre a alienação e a libertação: da concepção bancária a concepção problematizadora da educação. In: PRADO, Marta Lenise do.; SCHMIDT, Kenya

Reibnitz (Org). **Paulo Freire: a boniteza de ensinar e aprender na saúde**. Florianópolis: NFR/UFSC, 2016. 195p.

SOUZA, Diego de Oliveira; SILVA, Sóstenes Ericson Vicente da; SILVA, Neuzianne de Oliveira Determinantes sociais da saúde: reflexões a partir das raízes da “questão social”. **Saúde Soc**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 44-56, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000100006> Acesso em: 16 junho 2021.

SOUZA, Jeane Barros de et al. Determinantes sociais da saúde que impactam a vivência da imigração no Brasil. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 28, [S.l.], p. e53194, dez. 2020. ISSN 0104-3552. Disponível em <https://doi.org/10.12957/reuerj.2020.53194> Acesso em: 12 abril 2022.

SOUZA, Larissa Barros de; PANÚNCIO-PINTO, Maria Paula; FIORATI, Regina Célia. Crianças e adolescentes em vulnerabilidade social: bem-estar, saúde mental e participação em educação. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, v. 27, n. 2, p. 251-69, 2019, Disponível em: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1812> Acesso em: 16 junho 2021.

SOUZA, Luis Eugenio Portela Fernandes de. Saúde Pública ou Saúde Coletiva? **Revista Espaço para a Saúde**. v. 15, n. 4, p. 07-21, out/dez, 2014. Disponível em: http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/saude_publica_4.pdf Acesso em: 16 junho 2021.

SOUZA, Marta Caires de; ESPERIDIÃO, Monique Azevedo; MEDINA, Maria Guadalupe. A intersectorialidade no Programa Saúde na Escola: avaliação do processo político-gerencial e das práticas de trabalho. **Ciênc. saúde colet.** v. 22, n. 6, p. 1781-90, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.24262016> Acesso em: 13 setembro 2021.

SPAGNOLA, Mary; FIESE, Barbara H. Family Routines and Rituals: A context for development in the lives of young children. **Infants & Young Children**, v.20, n.4, p. 284-99, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/01.IYC.0000290352.32170.5a> Acesso em: 31 julho 2021.

SUCUPIRA, Ana Cecília Silveira Lins et al. Social Determinants of Health among children aged between 5 and 9 years within the urban area, Sobral, Ceará, Brazil. **Rev. bras. epidemiol.**, v. 17, n. Suppl 2, pp. 160-77, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-4503201400060014> Acesso em: 10 julho 2021.

TRAGTENBERG, Mauricio. A escola como organização complexa. **Educação & Sociedade** v. 39, n. 142, p. 183-202, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/ES0101-73302018191196> Acesso em: 10 julho 2021.

TOSO, Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira; et al. Ações de Enfermagem no cuidado à criança na atenção primária durante a pandemia de COVID-19. **Rev Soc Bras Enferm Ped.** v.20, n.spe, p.6-15, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.31508/1676-3793202000000122> Acesso em: 20 setembro 2021.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Cenário da Exclusão Escolar no Brasil Um alerta sobre os impactos da pandemia da COVID-19 na Educação**. Brasil: UNICEF,

2021. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/media/14026/file/cenario-da-exclusao-escolar-no-brasil.pdf> Acesso em: 21 janeiro 2022.

VERDI, Marta Inez Machado; DA ROS, Marco Aurélio; SOUZA, Thaís Titon de. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica. Saúde e sociedade. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2013. 101 p. Disponível em: https://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/33313/mod_resource/content/2/AtencaoBasica_2SaudeSociedade.pdf Acesso em: 21 outubro 2020.

VIEIRA, Lidiane Sales; SAPORETTI, Gisele Marcolino; BELISÁRIO, Soraya Almeida Programa saúde na escola: marcos jurídicos e institucionais. **Rev Med Minas Gerais**. v.26 , Supl 8, p: S381-S387, 2016. Disponível em: <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/2183> Acesso em: 21 outubro 2020.

VIEGAS, Lygia de Sousa; FREIRE, Klessyo do Espírito Santo; BOMFIM, Flávia Brandão. Atendimento a queixa escolar nos serviços públicos de saúde mental da Bahia. **Psicol. Esc. Educ.** v.22, n.1, p. 133-40, 2018.. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2175-35392018013260> Acesso em: 21 outubro 2020.

VIEIRA, Lidiane Sales; BELISÁRIO, Soraya Almeida. Intersetorialidade na promoção da saúde escolar: um estudo do Programa Saúde na Escola. **Saúde debate**. v. 42, n. spe4, p. 120-133, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S409> Acesso em: 12 setembro 2021.

WESTPHAL, Marcia. Mesa redonda: Criação de ambientes favoráveis a saúde. **Anais do I Simpósio Internacional de Promoção da Saúde e Enfermagem: Diálogo com os Determinantes Sociais**. V.1, n. 1 (ISSN: 2447-209) Florianópolis, SC, 2016.

WHO. World Health Organization. PART 3: Daily living conditions: Recommendations for action. In: CSDH. **Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health**. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. World Health Organization: Geneva, 2008. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43943/97892?sequence=1> Acesso em: 16 junho 2021.

WHO - World Health Organization. **The Ottawa Charter For Health Promotion**. Ottawa: WHO, 1986. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index1.html> Acesso em: 21 abril 2020.

XAVIER, Samyra Paula Lustoza et al. O Ambiente educacional e a promoção da saúde na formação dos profissionais: uma articulação necessária. p.35-54/ In: Maria de Fátima Antero Sousa Machado, Maria Rosilene Cândido Moreira e Heraldo Simões Ferreira (Orgs.). **Promoção da saúde em ambientes educacionais** [Recurso eletrônico] - Sobral: Edições UVA, 2018. 286 p. Disponível em: http://www.uvanet.br/edicoes_uva/gera_xml.php?arquivo=promocao_saude_embientes Acesso em: 13 setembro 2021.

APÊNDICE A – MANUSCRITO DE REVISÃO INTEGRATIVA

Determinantes Sociais articulados às práticas das equipes de saúde

RESUMO

Objetivo: identificar e analisar as evidências científicas nacionais e internacionais acerca da articulação dos determinantes sociais da saúde, nas práticas das equipes multiprofissionais nos serviços de saúde. **Método:** revisão integrativa de literatura de abordagem qualitativa, realizada em cinco bases de dados, com a utilização de descritores combinados com os operadores booleanos. Fez-se uma leitura e análise crítica dos estudos publicados no período de 2010 a 2020, nos idiomas português, espanhol e inglês. **Resultados:** foram selecionados 48 artigos originais, agrupados e apresentados neste estudo nas seguintes categorias: 1- Determinantes individuais, proximais e a influência das redes comunitárias; 2- Determinantes intermediários e distais. Estes apontam que as equipes buscam relacionar os determinantes sociais da saúde à sua atuação profissional, todavia esta acontece de forma pontual e limitada. **Conclusão:** identificou-se que as equipes necessitam reestruturar suas práticas mediante ações intersetoriais, atuando sobre os determinantes da saúde em todas as etapas do ciclo vital. **Descritores:** Determinantes sociais da saúde; Promoção da saúde; Equipe de assistência ao paciente; Serviços de saúde.

INTRODUÇÃO

O debate acerca do conceito de saúde tem sido intenso ao longo das últimas décadas, discutido pelas agendas internacionais entre uma perspectiva baseada maioritariamente na tecnologia médica, tendo em paralelo outra posição que busca compreender como um fenômeno social. Para a Organização Mundial da Saúde, a definição não se restringe à ausência de doença, vai além dos aspectos estritamente biológicos/genéticos, incluindo uma multiplicidade de fatores como os de origem social, econômica, cultural e ambiental.^(1,2)

Atualmente, há consenso sobre a importância de considerar esse conjunto de fatores para construção e melhoria da saúde dos indivíduos e comunidades, que implica em formas mais complexas de ação.⁽³⁾ Denominados como Determinantes Sociais da Saúde (DSS), estes são descritos como as condições nas quais as pessoas nascem, crescem, desenvolvem suas vidas, executam seus trabalhos e envelhecem, as quais são moldadas pelo acesso aos recursos, dinheiro, poder e outras circunstâncias que culminam em iniquidades em saúde.⁽⁴⁾ Apesar da

inquestionável influência desses fatores externos ao indivíduo, nem sempre eles estiveram incluídos na formulação de políticas públicas relacionadas com a saúde.^(2,5)

Neste sentido, os determinantes foram introduzidos na Carta de Ottawa, documento resultante da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em 1986 na cidade canadense, que destacou a relevância da responsabilização intersetorial para a qualidade de vida da população.⁽⁶⁾ No entanto, a implementação de mudanças e a compreensão destes processos continuam sendo limitadas, com intervenções insuficientes, haja vista que o paradigma dominante tem negado sistematicamente a dimensão social das desigualdades em saúde, privilegiando abordagens e estratégias biologicistas, culturalistas e, principalmente, aquelas que as têm explicado como efeitos de decisões pessoais e estilos de vida pouco saudáveis.^(5,7)

O enfrentamento a tais determinantes requer profissionais instrumentalizados para refletir e intervir sobre eles, de modo a articular o trabalho de maneira intersetorial com a realidade local do território, sendo capazes de estabelecer relações de cuidado efetivas. Dessa forma, é importante que as equipes de saúde identifiquem e analisem os DSS, sendo premente compreender que fatores como disparidades por sexo, etnia, raça, renda ou ocupação podem condicionar a situação de saúde das pessoas, com vistas a remodelar o cuidado a partir das necessidades de cada população. Para tal, inclui-se a importância de ações multiprofissionais e articuladas entre os diversos setores para alcance das demandas, que busquem fortalecer a coesão e o empoderamento da comunidade com práticas que ultrapassem o modelo hegemônico de saúde, tendo em vista o *continuum* das desigualdades que assolam o Brasil e o mundo.^(8,9)

Ressalta-se que há várias abordagens para o estudo dos mecanismos através dos quais os DSS provocam as iniquidades de saúde. A aceleração no conhecimento sobre a temática permitiu a construção de diversos modelos que procuram demonstrar a relação entre as desigualdades sociais e os resultados na saúde.⁽¹⁰⁾ Neste estudo, será utilizado a proposta de Dahlgren e Whitehead⁽¹¹⁾, que explica os mecanismos pelos quais as interações entre os diferentes níveis de condições sociais produzem as desigualdades em saúde, desde o individual até o nível das condições econômicas, culturais e ambientais, os quais predominam na sociedade como um todo.⁽¹²⁾ A escolha deve-se ao fato deste ser o modelo adotado pela Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) e por ser intensamente referenciado na literatura por sua simplicidade, fácil compreensão e clara visualização gráfica dos diversos.⁽²⁾

Considerando a relevância da temática dos DSS para o cuidado em saúde, justifica-se o desenvolvimento desta revisão pela seguinte inquietação: como as equipes multiprofissionais

articulam os DSS às suas práticas nos serviços de saúde, com base nas publicações científicas? Logo, tem-se o objetivo de identificar e analisar as evidências científicas nacionais e internacionais, acerca da articulação dos DSS nas práticas das equipes multiprofissionais nos serviços de saúde.

MÉTODOS

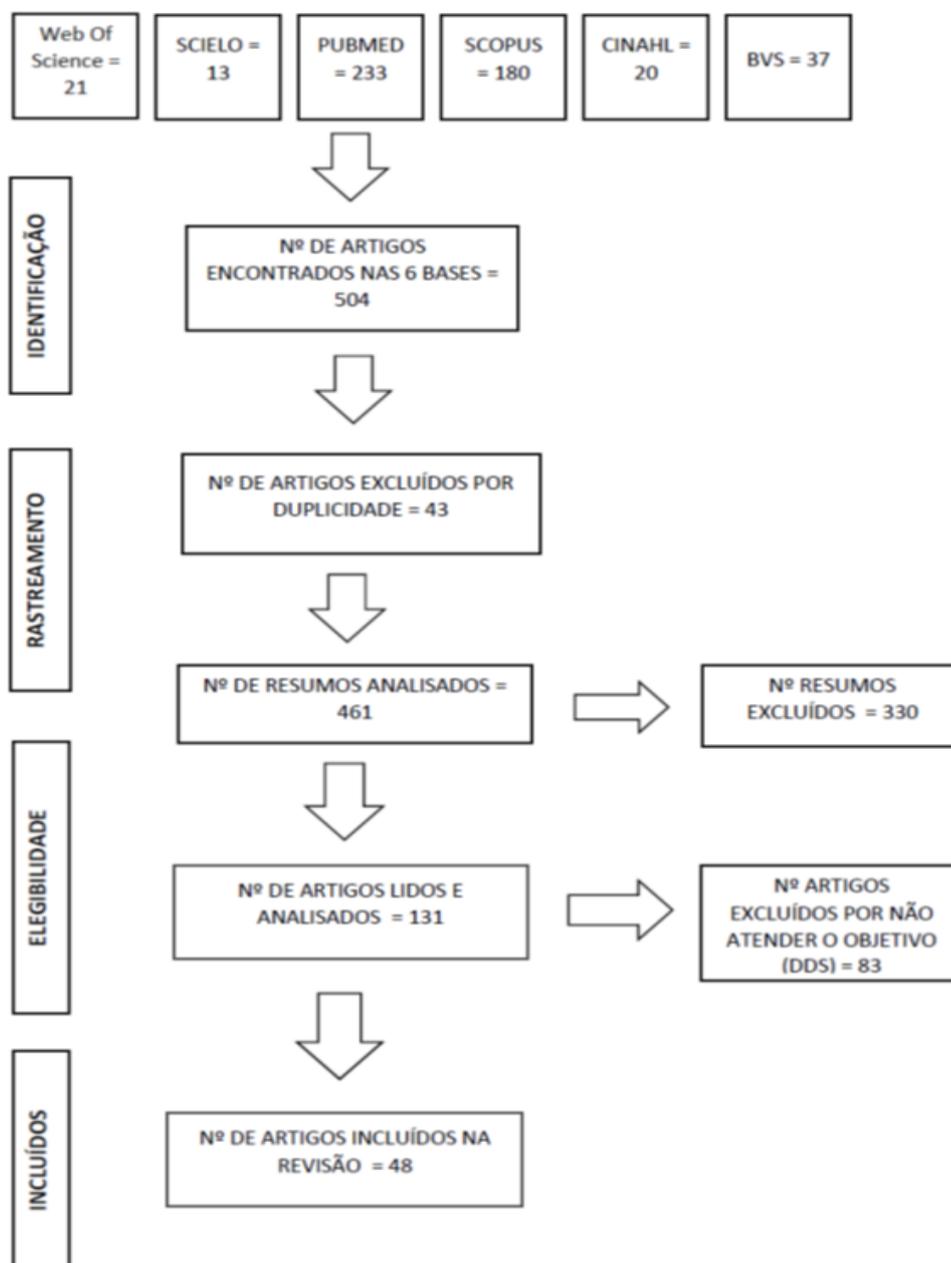
Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, método que permite sintetizar resultados provenientes de pesquisas sobre um tema, de forma sistemática, ordenada e abrangente.⁽¹³⁾ As etapas metodológicas do estudo seguiram um protocolo previamente estabelecido, constando de: identificação do problema; levantamento da literatura; avaliação crítica; análise dos dados e apresentação.⁽¹⁴⁾

As buscas foram realizadas nas bases de dados BVS, CINAHL, PubMed, Scopus, SciELO e Web of Science. Para cada base foi elaborada uma estratégia de busca com os descritores e os sinônimos consultados no Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) para português e espanhol e no Medical Subject Headings (MeSH) para inglês, de modo a abranger a totalidade das publicações. Os termos utilizados foram: Promoção da Saúde; Determinantes Sociais da Saúde; Equipe de Assistência ao Paciente; Assistência à Saúde; Serviços de Saúde e Práticas Interdisciplinares, consultados combinados entre si, por meio dos termos booleanos OR para distingui-los e AND para associá-los.

Foram encontrados 504 documentos, cujos os títulos e resumos foram lidos, sendo utilizado o gestor de referências *on-line endnote web*[®] para auxiliar esta etapa. A seleção teve como critérios de inclusão: artigos científicos, na modalidade de pesquisa original, de métodos qualitativos e quantitativos, publicados em periódicos nacionais e internacionais, entre os anos 2010 a 2020, nos idiomas português, inglês e/ou espanhol, que focaram a temática do estudo. Excluíram-se a duplicidade das publicações nas bases de dados, os artigos de outras modalidades de pesquisa e os que não contemplavam o escopo do estudo.

Desse modo, foram removidos 43 artigos por duplicidade e 330 por não se enquadrarem aos critérios estabelecidos, obtendo-se 131 pré-selecionados, submetidos a uma análise na íntegra dos seus conteúdos. Após uma leitura crítica e minuciosa, excluíram-se 83 artigos, que não contemplavam os critérios de inclusão e objetivo do estudo, totalizando 48 no refinamento desta revisão. Para a seleção das publicações foram utilizadas as recomendações do *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses* (PRISMA), representado na Figura 1.

Figura 1 - Fluxograma do processo de seleção dos estudos a partir da metodologia PRISMA. Florianópolis, SC, 2021.



Com os textos completos dos estudos incluídos, realizou-se a leitura científica, extraindo informações que foram registradas em um instrumento para a coleta e análise dos dados, permitindo o detalhamento dos estudos. Foram registradas as seguintes informações: título do estudo, periódico, ano de publicação, autores e suas procedências (país/universidade), objetivo(s) da pesquisa, percurso metodológico, principais resultados sobre as práticas das equipes multiprofissionais articuladas aos determinantes sociais nos serviços de saúde.

Posteriormente, os dados foram analisados seguindo as etapas de redução, visualização e comparação dos dados; esboço da conclusão; e, verificação.⁽¹⁴⁾

A categorização desta revisão ocorreu conforme a análise dos DSS, a partir do modelo proposto por Dahlgren e Whitehead⁽¹¹⁾, que os dispõe em diferentes camadas concêntricas, segundo seu nível de abrangência: localizados na base, na primeira camada, estão os indivíduos e seus determinantes individuais (idade, sexo, herança genética) e os determinantes proximais (comportamentos e estilos de vida); a camada subjacente corresponde comunidades e suas redes de relações; na quarta camada estão os determinantes intermediários (condições de vida, trabalho, alimentos, acesso a ambientes e serviços essenciais, como saúde, educação, saneamento, habitação); e na última, estão os determinantes distais ou macrodeterminantes (condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade), que incluem os determinantes supranacionais (como a globalização).⁽¹⁵⁾

A análise dos estudos revelou a articulação de diferentes níveis dos DSS, os quais foram agrupados e estão apresentados como categorias dos resultados desta revisão: 1- Determinantes individuais, proximais e a influência das redes comunitárias; 2- Determinantes intermediários e distais.

RESULTADOS

O quantitativo de estudos se constituiu de 48 artigos: 26 publicados na PubMed/MEDLINE, 14 na *Scopus*, quatro na SciELO, dois na BVS e dois na CINAHL. Na Web Of Science não houve manuscritos selecionados. O Quadro 1 apresenta os 48 estudos selecionados quanto à autoria, títulos, aos periódicos e ano de publicação.

Quadro 1. Estudos selecionados pela pesquisa. Florianópolis, SC, Brasil, 2021.

Autoria	Título	Revista	Ano
Giannakopoulos G, Tzavara C, Dimitrakaki C, Ravens-Sieberer U, Tountas Y. ¹⁶	Adolescent health care use: Investigating related determinants in Greece	J Adolesc.	2010
Baldani MH, Mendes YBE, Lawder JCA, Lara API, Silva MMA, Antunes JLF. ¹⁷	Inequalities in dental services utilization among Brazilian low-income children: the role of individual determinants	J Public Health Dent	2011

Graziano AP, Egry EY. ¹⁸	Micropolítica do trabalho dos profissionais de saúde na UBS: visão sobre necessidades de saúde das famílias	Rev. esc. enferm.	2012
Qaimbayo Fandiño LR, Fandiño Osorio VC, Jaimes Valencia ML. ¹⁹	Condiciones de vida desde el enfoque de los determinantes sociales en salud en un grupo organizado de madres adolescentes	Rev. cuid.	2012
Johns B, Steinhardt L, Walker DG, Peters DH, Bishai D. ²⁰	Horizontal equity and efficiency at primary health care facilities in rural Afghanistan: A seemingly unrelated regression approach	Soc Sci Med.	2013
Vélez C, Vidarte JA, Cerón JD. ²¹	Determinantes sociales de la salud y discapacidad: caso Santiago de Cali	Rev. Fac. Nac. Salud Pública	2013
Målqvist M, Lincetto O, Du NH, Burgess C, Hoa DT. ²²	Maternal health care utilization in Viet Nam: increasing ethnic inequity	Bull World Health Organ.	2013
Tu D, Belda P, Littlejohn D, Pedersen JS, Valle-Rivera J, Tyndall M. ²³	Adoption of the chronic care model to improve HIV care	Can Fam Physician.	2013
Torres S, Labonté R, Spitzer DL, Andrew C, Amaratunga C. ²⁴	Improving Health Equity: The Promising Role of Community Health Workers in Canada	Healthc Policy.	2014
Santiago AX, Barreto ICHC, Sucupira ACSL, Lima JWO, Andrade LOM. ²⁵	Equidade no acesso aos serviços de saúde entre crianças de 5 a 9 anos em uma cidade média do nordeste do Brasil: resultado da Estratégia Saúde da Família	Rev. bras. epidemiol.	2014
Thurston WE, Coupal S, Jones A, Crowshoe LFJ, Marshall DA, Homik J, et al. ²⁶	Discordant indigenous and provider frames explain challenges in improving access to arthritis care: a qualitative study using constructivist grounded theory	Int J Equity Health	2014
Harwood L, Clark AM. ²⁷	Dialysis modality decision-making for older adults with chronic kidney disease	J Clin Nurs.	2014
Fritel X, Panjo H, Varnoux N, Ringa V. ²⁸	The Individual Determinants of Care-Seeking Among Middle-Aged Women Reporting Urinary Incontinence: Analysis of a 2273-Woman Cohort	NeuroUrol Urodyn.	2014

Ito K, Aida J, Yamamoto T, Ohtsuka R, Nakade M, Suzuki K, et al. ²⁹	Individual- and community-level social gradients of edentulousness	BMC Oral Health	2015
Masona K, Dodda Z, Sockalingam S, Altenberga J, Meaney C, Millsone P, et al. ³⁰	Beyond viral response: A prospective evaluation of a community-based, multi-disciplinary, peer-driven model of HCV treatment and support	Int J Drug Policy	2015
Lewis JH, Whelihan K, Navarro I, Boyle KR. ³¹	Community health center provider ability to identify, treat and account for the social determinants of health: a card study	BMC Fam Pract	2016
Trohel G, Bertaud-Gounot V, Soler M, Chauvin P, Grimaud O. ³²	Socio-Economic Determinants of the Need for Dental Care in Adults	PLoS One.	2016
Tette EMA, Sifah EK, Nartey ET, Nuro-Ameyaw P, Tete-Donkor P, Biritwum RB. ³³	Maternal profiles and social determinants of malnutrition and the MDGs: What have we learnt?	BMC Public Health	2016
Isaacs D, Riley AC, Prasad-Reddy L, Castner R, Fields H, Harper-Brown D, et al. ³⁴	Jazzin' Healthy: Interdisciplinary Health Outreach Events Focused on Disease Prevention and Health Promotion	J Racial Ethn Health Disparities.	2016
Adell CN, Rua MP, Soler JC, Alvarez CS, Farga AE. ³⁵	La salud comunitaria en los equipos de atención primaria: objetivo de dirección	Aten. prim.	2016
Powell RE, Doty A, Casten RJ, Rovner BW, Crescente KG. ³⁶	A qualitative analysis of interprofessional healthcare team members' perceptions of patient barriers to healthcare engagement	BMC Health Serv Res	2016
Apperley LJ, Ng SM. ³⁷	Socioeconomic Deprivation, Household Education, and Employment are Associated With Increased Hospital Admissions and Poor Glycemic Control in Children With Type 1 Diabetes Mellitus	Rev Diabet Stud.	2016
Rahman R, Pinto RM, Wall MM. ³⁸	HIV Education and Welfare Services in Primary Care: An Empirical Model of Integration in Brazil's Unified Health System	Int J Environ Res Saúde Pública	2017
Kaposy C, Greenspan	Clinical Ethics Issues in HIV Care	BMC Med	2017

NR, Marshall Z, Allison J, Marshall S, Kitson C. ³⁹	in Canada: An Institutional Ethnographic Study	Ethics.	
Gundlapalli AV, Redd A, Bolton D, Vanneman ME, Carter ME, Johnson E, et al. ⁴⁰	Patient-aligned Care Team Engagement to Connect Veterans Experiencing Homelessness With Appropriate Health Care	Med Care.	2017
Pinto AGA, Jorge MSB, Marinho MNASB, Vidal ECF, Aquino PS, Vidal ECF. ⁴¹	Vivências na Estratégia Saúde da Família: demandas e vulnerabilidades no território	Rev. Bras. Enferm.	2017
Joshi N, Bolorhon B, Narula I, Zhu S, Manaseki-Holland S. ⁴²	Social and environmental determinants of child health in Mongolia across years of rapid economic growth: 2000-2010	Int J Equity Health.	2017
Mehdipanah R, Schulz AJ, Israel BA, Gamboa C, Rowe Z, Khan M, et al. ⁴³	Urban HEART Detroit: a tool to better understand and address health equity gaps in the city	J Urban Health	2017
Mumm R, Diaz-Monsalve S, Hänselmann E, Freund J, Wirsching M, Gärtner J, et al. ⁴⁴	Exploring urban health in Cape Town, South Africa: an interdisciplinary analysis of secondary data	Pathog Glob Health.	2017
Tong ST, Liaw WR, Kashiri PL, Pecsok J, Rozman J, Bazemore AW, et al. ⁴⁵	Clinician experiences with screening for social needs in primary care	J Am Board Fam Med.	2018
Heidemann ITSB, Cypriano CC, Gastaldo D, Jackson S, Rocha CG, Fagundes E. ⁴⁶	Estudo comparativo de práticas de promoção da saúde na atenção primária em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil e Toronto, Ontário, Canadá	Cad. Saúde Pública	2018
MacDonald T, Jackson S, Charles MC, Periel M, Jean-Baptiste MV, Salomon A, et al. ⁴⁷	The fourth delay and community-driven solutions to reduce maternal mortality in rural Haiti: a community-based action research study	BMC Pregnancy Childbirth.	2018
Ignacio CF, de Lima Barata MM, de Moraes Neto AHA. ⁴⁸	The Brazilian Family Health Strategy and the management of intestinal parasitic infections	Prim Health Care Res Dev.	2018

Jones AL, Hausman LRM, Kertesz SG, Suo Y, Cashy JP, Mor MK, et al. ⁴⁹	Providing Positive Primary Care Experiences for Homeless Veterans Through Tailored Medical Homes: The Veterans Health Administration's Homeless Patient Aligned Care Teams.	Med Care	2019
Byhoff E, Marchis EH, Hessler D, Fichtenberg C, Adler N, Cohen AJ, et al. ⁵⁰	Part II: A qualitative study of social risk screening acceptability in patients and caregivers	Am J Prev Med	2019
Prodan-Bhall N, Browne AJ. ⁵¹	Exploring women's health care experiences through an equity lens: Findings from a community clinic serving marginalised women	J Clin Nurs.	2019
Schenker M, Costa DH. ⁵²	Avanços e desafios da atenção à saúde da população idosa com doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde	Ciênc. saúde coletiva	2019
Oosman S, Ogunson M, Bath B. ⁵³	Enhancing access to physical therapy services for people experiencing poverty and homelessness: The lighthouse pilot Project	Physiother Can.	2019
Haggstrom DA, Lee JL, Dickinson SL, Kianersi S, Roberts JL, Teal E, et al. ⁵⁴	Rural and urban differences in the adoption of new health information and medical technologies	The Journal of Rural Health	2019
Whittemore R, Vilar-Compte M, De La Cerda S, Marron D, Conover R, Delvy R, et al. ⁵⁵	Challenges to diabetes self-management for adults with type 2 diabetes in low resource settings in Mexico City: a qualitative descriptive study	Int J Equity Health.	2019
Santos AS, Watanabe SM, Tarumi Y, Wildeman T, García AMH, Adewale B, et al. ⁵⁶	Social disparities and symptom burden in populations with advanced cancer: specialist palliative care providers' perspectives	Support Care Cancer.	2019
De Man J, Aweko J, Daivadanam M, Alvesson HM, Delobelle P, Mayega RW, et al. ⁵⁷	Diabetes self-management in three different income settings: Cross-learning of barriers and opportunities	PloS One.	2019
Vignier N, Desgrees Du Lou A, Pannetier J,	Social and structural factors and engagement in HIV care of sub-	AIDS Care.	2019

Ravalihasy A, Gosselin A, Lert F, et al. ⁵⁸	Saharan African migrants diagnosed with HIV in the Paris region		
Feehan K, Kehinde F, Sachs K, Mossabeb R, Berhane Z, Pachter LM, et al. ⁵⁹	Development of a Multidisciplinary Medical Home Program for NICU Graduates	Matern Child Health J.	2020
Emengo VN, Williams MS, Odusanya R, Uwemedimo OT, Martinez J, Pekmezaris R, et al. ⁶⁰	Qualitative program evaluation of social determinants of health screening and referral program	PloS One.	2020
Flower KB, Massie S, Janies K, Bassewitz JB, Coker TR, Gillespie RJ, et al. ⁶¹	Increasing Early Childhood Screening in Primary Care Through a Quality Improvement Collaborative	Pediatrics	2020
Lin AM, Vickrey BG, Barry F, Lee ML, Ayala-Rivera M, Cheng E, Montoya AV, et al. ⁶²	Factors Associated With Participation in the Chronic Disease Self-Management Program	Stroke	2020
Wilderink L, Bakker I, Schuit AJ, Seidell JC, Renders CM. ⁶³	Key elements of a successful integrated community-based approach aimed at reducing socioeconomic health inequalities in the Netherlands: A qualitative study	PloS One.	2020

Quanto ao ano de publicação, 31,25% foram publicados entre 2010 e 2015 e 68,75%, entre os anos de 2016 e 2020. As nacionalidades dos artigos são diversificadas, predominando os Estados Unidos da América (EUA) com 15 (31,25%), Canadá com nove (18,75%) e Brasil com seis (12,50%). Subsequente, estão outros países (Colômbia, Espanha, França, Colômbia, Japão, Grécia, Reino Unido, Gana e Holanda) com 11 (22,91%) dos estudos e os realizados em parcerias entre universidades internacionais, totalizaram sete (14,59%). Foram encontradas publicações de todos os idiomas pesquisados, sendo 39 (81,25%) em inglês, seis (12,50%) em português e três (6,25%) em espanhol. Outro aspecto foi o delineamento metodológico de pesquisa, em que se identificou 18 (37,50%) do tipo qualitativas, 29 (60,41%) do tipo quantitativas e um (2,08%) de métodos mistos.

DSS articulados às práticas das equipes

A partir da leitura interpretativa e aprofundada dos artigos selecionados, identificaram-se os seguintes DSS articulados às práticas das equipes:

1- Determinantes individuais, proximais e as redes sociais e comunitárias: Nesta categoria destaca-se os estudos relacionados aos determinantes de idade, gênero, estilo de vida e o apoio social.

Em um estudo ao investigar a saúde das crianças na Mongólia de 2000 a 2010, percebeu-se que o crescimento econômico no país resultou em um aumento no efeito de determinantes sociais de saúde infantil, com melhorias no acesso à imunização, reduzindo a iniquidade em saúde.⁽⁴²⁾ No Brasil evidenciou-se que as crianças de baixa renda que frequentavam escolas e eram monitoradas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família tinham maiores oportunidades de ir ao dentista, desvelando que os determinantes individuais são preditores de acesso aos serviços odontológicos.⁽¹⁷⁾

Quanto ao público adolescente, um estudo desenvolvido na Grécia identificou determinantes que preveem o uso de cuidados de saúde e contribuem para a qualificação do planejamento dos serviços de saúde, tais como: educação dos pais, necessidades de saúde dos adolescentes, bem-estar físico, problemas emocionais e comportamentais.⁽¹⁶⁾ No contexto da gravidez na adolescência, destaca-se alguns DSS: habitantes de um território que envolve vulnerabilidade, escolaridade média, sem remuneração econômica, início das relações sexuais na adolescência média (14 a 17 anos), com escasso uso de métodos contraceptivos.⁽²²⁾

Na população adulta, ao estudar os desafios de autogestão da Diabetes Tipo 2 suscitaram alguns desafios como crenças, falta de recursos, estilo de vida, falta de apoio da família e problemas de saúde.⁽⁵⁵⁾ Outros estudos revelaram que este público tem ciência das principais estratégias de autogestão do seu autocuidado, mas não conseguem integrá-las em suas vidas diárias.^(57,62) Em adultos com câncer percebeu-se que as condições sociais podem agravar os sintomas, tais como: baixa renda e escolaridade, falta de apoio social, barreiras linguísticas e ruralidade, sendo que há populações propensas à carga complexa de sintomas como os sem-teto, povos indígenas, indivíduos com histórico de vícios e problemas de saúde mental.⁽⁵⁶⁾

No cuidado aos idosos, sobretudo dos indivíduos diagnosticados com doenças crônicas, ainda há escassa acessibilidade aos serviços, com a perpetuação de iniquidades na assistência à saúde.⁽⁵²⁾ As decisões para o tratamento dos idosos com doença renal crônica em diálise domiciliar são similares aos indivíduos mais jovens. No entanto, enfrentam algumas limitações

que são influenciadas conforme sua saúde, gênero, conhecimento, cultura, crenças, experiências passadas, estilo de vida e recursos.⁽²⁷⁾

Na perspectiva do sexo, uma pesquisa investigou a associação entre renda individual e comunitária e desdentação, evidenciando desigualdades e as diferenças entre homens e mulheres nas desigualdades socioeconômicas. Neste âmbito, as intervenções devem se concentrar não apenas nos esforços individuais, mas também considerar os determinantes sociais da comunidade, subjacentes à saúde bucal da população.⁽²⁹⁾ Os cuidados primários de saúde às mulheres marginalizadas precisam ter uma abordagem em prol da redução das iniquidades expressas pelo racismo, discriminação, estigma, entre outros.⁽⁵¹⁾ Os indivíduos marginalizados necessitam de serviços com ações multidisciplinares, indo para além das questões biológicas, atuando nos principais DSS.⁽³⁰⁾ É urgente promover acessibilidade e acolhimento por meio de uma assistência conforme o contexto e história de cada indivíduo, considerando sua realidade e estilo de vida.⁽¹¹⁾

Outro estudo que envolveu o estilo de vida ao investigar o acesso aos serviços de saúde dos indígenas com problemas de artrite, apontou que a equipe de saúde contribui para as tensões ao realizar suposições quanto ao estilo de vida dos indígenas, emergindo o racismo e a criação de estereótipos, o que reforça a rejeição dos povos indígenas aos cuidados prestados.⁽²⁶⁾

Os artigos que se referem à influência das redes comunitárias e de apoio, expressam a maior ou menor riqueza pelo nível de coesão social, relevante para toda a população, pois pode diminuir o risco de ocorrer situações de saúde e doença e comprometer a qualidade de vida da pessoa, como realizado em um programa que rastreia famílias. Nos estudos analisados, identificou-se que o apoio social emerge como um fator importante para que crianças que frequentam escolas, jardins de infância, ou são acompanhadas em organizações comunitárias, tenham maiores possibilidades de acesso aos serviços de saúde.^(17,60) Em um trabalho realizado no Canadá percebeu-se que a rede de apoio e colaboração em saúde pública podem reduzir as barreiras de acesso a serviços das populações marginalizadas, como imigrantes, aborígenes, mulheres e crianças, que vivem com baixa renda.⁽²⁴⁾ O apoio comunitário realizado com estas pessoas por meio de serviços culturais e linguísticos apropriados podem atuar sobre os DSS, de modo a diminuir seus efeitos. Em outro estudo destaca-se que o apoio da família e dos profissionais de saúde é fundamental para o desenvolvimento de uma ação, principalmente nas situações crônicas de saúde.⁽²⁷⁾

2- Determinantes intermediários e distais: Nesta categoria foram associados o nível dos determinantes intermediários relacionados às condições de vida e de trabalho, principalmente

os serviços de saúde e os do nível distal, que incluem os macrodeterminantes, condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais, de acordo com o modelo de DSS proposto.

Nos estudos analisados, destaca-se a importância de abordagens a indivíduos socialmente e economicamente marginalizados, como no caso dos portadores de hepatite C e pessoas sem-teto. Programas e modelos de redução de danos baseados na comunidade, multidisciplinares, de apoio grupal, propiciam melhor acesso para os cuidados em saúde, além de outros benefícios, como resolução de questões sociais e melhoria da qualidade de vida, quando comparados com as abordagens padrão de atenção primária.^(49,60)

Na perspectiva da influência dos DSS atrelada ao ambiente, o adensamento populacional, principalmente nas regiões periféricas dos grandes centros urbanos tem relação direta com a atenção à saúde. Um estudo brasileiro aponta que em territórios com alta densidade demográfica, há a necessidade da Estratégia Saúde da Família (ESF) dispor de inovações no seu processo operacional para equacionar a relação de oferta-demanda-cuidado.⁽⁴¹⁾ Outro fator ambiental moderado pelos DSS mencionado em um estudo americano, trata-se da adoção de novas tecnologias médicas e de comunicação/informação para reduzir as diferenças de acesso à saúde pelas populações residentes em área urbana e rural.⁽⁵⁴⁾

Destaca-se o acesso aos serviços de saúde, sendo relevante assegurar serviços que são essenciais para promover o direito humano de viver com dignidade e de forma equitativa. Em um artigo é mencionado sobre os hábitos inadequados de higiene bucal de jovens adultos e a dificuldade de acesso às consultas odontológicas das famílias, que em sua maioria estiverem ausente para articular este processo.⁽¹⁷⁾ Por outro lado, os serviços de saúde que estão preparados para atender os DSS oferecem uma melhor experiência de cuidado para as pessoas vulneráveis, como os sem-teto, imigrantes, aborígenes, com deficiência, populações marginalizadas e bebês prematuros, do que aqueles que utilizam modelo hegemônico de atenção em saúde.^(21,24,49,51,59)

A reestruturação dos serviços de saúde é importante para superar as iniquidades sociais. No Brasil o modelo de atenção, baseado na Saúde da Família (SF) busca favorecer, ao mesmo tempo, a equidade, a integralidade, a participação social, a intersetorialidade e a orientação das necessidades de saúde das pessoas, considerando os indivíduos em seu território.⁽²⁵⁾ Já a experiência com sistema de saúde materna realizado no Vietnã, ao utilizar a estrutura analítica dos DSS revelou ser importante para melhorar as suas condições de vida.⁽²²⁾ Outros estudos analisados um com mães adolescentes, outro com mulheres, evidenciou que a ocorrência de intervenção nos determinantes sociais estruturais tanto preventiva quanto de reabilitação melhora o acesso ao serviço de saúde.^(19,52)

Destaca-se, entretanto, limites de acesso ao setor saúde relacionados à dificuldade de abordar os riscos sociais, falta de recursos materiais e financeiros e envolvimento das pessoas. Apesar dos avanços observados na qualidade da assistência prestada, às limitações encontradas acabam perpetuando as iniquidades no cuidado à saúde.^(36,50,55) Já em um estudo realizado com indivíduos em situação de rua, revelou diversas barreiras de acesso aos serviços de saúde, principalmente de fisioterapia, incluindo transporte, custo, tempo de espera e localização geográfica.⁽⁵³⁾ As dificuldades de acesso aos serviços de saúde também foram identificadas em populações que vivem em área remotas, uma vez que as unidades de saúde rural têm menos visitas ambulatoriais do que as instalações não remotas, aumentando as desigualdades das populações rurais desfavorecidas.⁽²⁰⁾ Verifica-se, ainda, que os profissionais que estão familiarizados com os DSS incluem os aspectos sociais no cuidado de saúde, desenvolvendo ações voltadas à realidade das pessoas de forma equitativa.^(31,61,63)

DISCUSSÃO

A amostra dos estudos selecionados representa a expressividade das publicações sobre a articulação dos DSS nas práticas interprofissionais no campo da saúde, em especial nas duas últimas décadas. Com o cenário de saúde apontando para a necessidade de melhorar a compreensão dos processos de saúde e doença, além do aumento da complexidade do cuidado, advindo da mudança do perfil epidemiológico e demográfico, houve uma ampla exigência de avanços tecnológicos e a reestruturação das práticas em saúde, com ênfase na colaboração entre os profissionais e nas demandas de saúde dos usuários e da população.⁽⁶⁴⁾

Observa-se que a distribuição dos estudos ao longo dos anos é ascendente, ratificando que a importância dos DSS tem-se traduzido em aumento da investigação, realizadas no sentido de encontrar a relação entre a forma como está organizada determinada sociedade e a condição de saúde de sua população.⁽²⁾ Pondera-se que a partir da década de 1990, o debate acerca dos DSS se intensificou, ocupando uma nova agenda no campo da produção científica e no debate técnico-político sobre saúde, especialmente a partir de duas iniciativas institucionais, sendo uma internacional e outra nacional: a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da OMS, criada em 2004, liderou a formação de comissões semelhantes em todo o mundo; e a Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), instituída em 2006 no Brasil.⁽⁶⁵⁾

Os determinantes individuais estão na base do modelo de Dahlgreen e Whithead⁽¹¹⁾, com características particulares de idade, sexo e fatores genéticos que, evidentemente, exercem influência sobre seu potencial e suas condições de saúde, sendo o fator relacionado à faixa etária, o mais evidenciado na presente revisão.⁽¹⁵⁾ A infância é uma fase de grande relevância

no ciclo vital dos indivíduos, marcada por mudanças decorrentes do crescimento e desenvolvimento que são influenciadas pelas variações do ambiente físico, familiar e social em que a criança está inserida.⁽⁶⁶⁾ A desigualdade social impacta na condição de saúde das crianças, no que tange à perspectiva dos DSS, envolvendo diversos aspectos, tais como étnicos e de sexo; a vida familiar e comunitária; o acesso ou não à habitação, ao saneamento básico e à alimentação; os serviços de saúde e de assistência social; o trabalho e à educação.⁽⁴⁾ Apesar dos avanços e redução das taxas mundiais de mortalidade infantil, é fundamental a manutenção e ampliação da assistência à saúde da criança, especialmente na atenção primária.⁽⁶⁶⁾

A fase da adolescência é um período de transição para a vida adulta que consiste em muitas mudanças (biológico, cognitivo, emocional e social), com a adoção de novas práticas e comportamentos. Tais mudanças podem torná-los suscetíveis a diversas situações de vulnerabilidade, que associadas aos DSS, como nível de escolaridade, cor/etnia, condições socioeconômicas, estrutura familiar, grupos sociais e questões de gênero, podem influenciar danos e agravos à saúde.⁽⁶⁷⁾ O reconhecimento dos direitos de proteção integral preconizada pelo Estatuto da Criança e do Adolescente no Brasil, engendrou novas formas de cuidado a estes, como a defesa à saúde integral. Essa proposição traz importantes aspectos para a compreensão do processo saúde-doença dessa população, como o direito à educação, cultura, esporte e lazer, bem como, garantias no campo do exercício da liberdade e da socialização, fatores que estão fortemente atravessados pelos DSS.⁽⁶⁸⁾

Em relação à saúde da população adulta, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são responsáveis por um número elevado de mortes prematuras, diminuição da qualidade de vida, alto grau de limitação para as atividades de trabalho e lazer, impacto negativo nas questões econômicas das famílias, indivíduos e sociedade, resultando no agravamento das iniquidades sociais e da pobreza.⁽⁶⁹⁾ O enfrentamento das DCNT passa pela governança e ações e políticas públicas voltadas para a prevenção e redução dos fatores de risco, acesso aos cuidados de saúde, organização da vigilância e monitoramento, além do enfrentamento dos determinantes sociais como a redução da pobreza e da desigualdade social.⁽⁷⁰⁾

O envelhecimento populacional tem acarretado uma transição demográfica e epidemiológica, com a predominância das DCNT e a ampliação da população idosa. Esse crescimento está relacionado às melhores condições materiais de sobrevivência, aos avanços das práticas de saúde, dos métodos de diagnóstico e tratamento e ao acesso à informação e meios de comunicação.⁽⁷¹⁾ No entanto, um importante fator a ser considerado na velhice é a vulnerabilidade social, a qual traz consigo demandas para as políticas públicas, podendo estar altamente relacionada à saúde e às necessidades de auxílios da assistência social. Intervenções

multidimensionais e multissetoriais em relação ao idoso em contexto vulnerável é de suma importância, a fim de potencializar o monitoramento e realizar abordagens de cuidado à longo prazo.⁽⁷²⁾

No contexto de sexo, considera-se como determinante social, porque conduz e perpetua vivências subjetivas e sociais que imprimem vulnerabilidades a mulheres e a homens. No entanto, as realidades de saúde são diferentes, sendo que as condições das mulheres são profundamente afetadas pela forma como são tratadas e pelo status que lhes é conferido pela sociedade como um todo. As desigualdades neste determinante, agravadas pela associação a questões raciais ou socioeconômicas, aumentam a vulnerabilidade das mulheres ou a exposição a certos riscos, e podem limitar o acesso aos recursos, às informações e aos serviços. Neste sentido, é de fundamental importância que sexo e gênero sejam considerados no desenvolvimento de estratégias apropriadas para promoção, prevenção e tratamento de problemas de saúde, a fim de sobrepor a hegemonia da dimensão anátomo-fisiológica e das intervenções essencialmente biomédicas.^(73,74)

Os determinantes proximais representam comportamento e estilos de vida individuais, baseando-se em escolhas pessoais, realizadas por livre arbítrio e geralmente condicionadas pela sociedade ou pelo que é disponibilizado por ela.⁽¹⁵⁾ As profundas mudanças socioeconômicas e sanitárias que ocorrem na sociedade traduzem-se em mudanças substantivas no padrão de vida da população, e conseqüentemente, têm impactos na saúde. Atualmente, há consenso da necessidade de adoção precoce de estilos de vida saudáveis para a prevenção dos problemas de saúde. No entanto, enquanto condições modificáveis, as escolhas individuais estão diretamente relacionadas com a educação, o nível socioeconômico e a idade.⁽⁷⁵⁾

Nos estudos relacionados à camada 3, destaca-se a influência das redes comunitárias e de apoio, cujo nível de coesão social é relevante para a saúde da população.⁽¹⁵⁾ As redes sociais e comunitárias constituem o conjunto das relações sociais formadas por amigos, parentes, vizinhos, grupos religiosos e associações, caracterizadas por atitudes de confiança e comportamento de cooperação e reciprocidade. O desgaste dos laços de coesão social é considerado como um DSS, visto que em sociedades não equitativas tem-se explicado por que a situação de saúde é inferior à de outras localidades em que as relações de solidariedade são mais desenvolvidas.⁽¹²⁾

Representando os determinantes intermediários, têm-se os fatores relacionados às condições de vida e de trabalho, à disponibilidade de alimentos e ao acesso a ambientes e serviços essenciais, tais como saúde e educação, indicando que o fator social pode gerar diferenças entre indivíduos.⁽¹⁵⁾ Tais determinantes produzem as desigualdades nas condições

de vida e fatores de risco. Assim, nota-se o papel do sistema de saúde, primordial pela determinação do acesso aos serviços e pela intersectorialidade na saúde.⁽⁷⁶⁾

O acesso aos serviços de saúde pode ser determinado por situações de vulnerabilidade da população, que depende do capital humano, físico, financeiro e social. É influenciado pela predisposição do indivíduo para utilização do serviço de saúde (características demográficas, estrutura social e crenças), por fatores capacitantes que permitem e que impedem a utilização (renda, seguro de saúde, disponibilidade de serviços, distância geográfica e tempo de espera) e pela necessidade de saúde do indivíduo.⁽⁷⁷⁾ A utilização caracteriza a efetivação do acesso aos serviços, sendo indicador do desempenho dos sistemas de saúde. No entanto, a verificação da falta de acesso deve também ser priorizada para a avaliação dos serviços e das iniquidades em saúde.⁽⁷⁸⁾

Neste sentido, percebe-se que a atuação sobre os DSS faz parte da realidade das práticas em saúde, todavia, esta acontece de forma pontual e limitada. Apesar de ser um tema crescente e de grande importância, as ações dos profissionais ainda estão muito focadas no indivíduo e apresentam dificuldades em se trabalhar intersectorialmente. Deste modo, ressalta-se que as equipes de saúde, quando insuficientes em número e qualificação, com excessiva demanda espontânea, somado a uma prática curativista hegemônica e a formação profissional biologicista, podem influenciar de forma negativa a prestação dos cuidados aos usuários.^(79,80)

Logo, é preciso programar ações em todos os setores e em todas as etapas do ciclo vital, para a promoção do bem-estar da sociedade, para a sustentabilidade do trabalho com os DSS. A compreensão destes fatores é fundamental para definir estratégias de intervenção que visem a equidade em saúde. Urge, portanto, a necessidade de sensibilizar as equipes para a importância de engajar as questões sociais às suas práticas, estabelecendo vínculo com a população e assim, facilitar a adesão ao serviço, no intuito de tornar o cuidado mais efetivo/eficaz e motivador para os trabalhadores, produzindo novas formas de relação entre si e com os usuários.^(2,79)

Por fim, tratando-se das limitações do estudo, ressalta-se que a escolha do termo 'Práticas Interdisciplinares' pode ter interferido na busca das publicações no período relacionado, restringindo o número de estudos levantados, visto que foi incluído recentemente como descritor. No entanto, salienta-se que as equipes da saúde incorporem em seu cotidiano a atuação interprofissional direcionada aos DSS, com objetivo de buscar a equidade social das condições de vida e saúde das populações.

CONCLUSÃO

Ao final dessa revisão, constata-se que a maior parte das práticas profissionais está relacionada principalmente a dois níveis de determinantes da saúde: individual, com foco nas diferentes faixas etárias do ciclo vital, e intermediário, com ênfase no acesso ao setor saúde.

Ao longo dos anos, os estudos analisados apontam um movimento ascendente em direção ao desenvolvimento de ações em que se preconiza o coletivo, os DSS e o trabalho multidisciplinar. Porém, ao mesmo tempo, destaca-se que o trabalho intersetorial precisa avançar, transpondo o setor saúde, haja vista que as políticas sociais contemporâneas sugerem tal articulação para o enfrentamento da realidade de iniquidades históricas, a fim de criar maior benefício para a população e assegurar os direitos humanos.

Diante do exposto, acredita-se que este estudo representa um pequeno passo na produção do conhecimento sobre a atuação das equipes multiprofissionais nos serviços de saúde sobre os DSS. Recomenda-se a realização de novos estudos, com o intuito de ampliar o desvelamento dessas práticas nos diversos setores, a partir do olhar sobre os DSS das diferentes categorias profissionais, dos gestores e da população.

REFERÊNCIAS

- 1- Silva MJS, Schraiber LB, Mota A. The concept of health in Collective Health: contributions from social and historical critique of scientific production. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [Internet]. 2019 [cited 2020 set 05]; 29(1):676-689, e290102. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312019290102>
- 2- Carrapato P, Correia P, Garcia B. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. *Saúde Soc* [Internet]. 2017 [citado 2020 set 08]; 26(3):676-689. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017170304>
- 3- Galea S, Abdalla SM, Sturchio JL. Social determinants of health, data science, and decision-making: Forging a transdisciplinary synthesis. *PLoS Med* [Internet]. 2020 [cited 2020 oct 11]17(6): e1003174. Doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003174>
- 4- Garbois JA, Sodré F, Dalbello-Araujo M. Determinantes sociais da saúde: o “social” em questão. *Saude soc* [Internet]. 2014 [citado 2020 out 08];23(4):1173-82. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000400005>

- 5- Thornton RL, Glover CM, Cené CW, Glik DC, Henderson JA, Williams DR. Evaluating strategies for reducing health disparities by addressing the social determinants of health. *Health Aff* [Internet]. 2016 [cited 2020 out 20]; 35(8):1416-1423. Doi: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2015.1357>
- 6- Buss PM, Hartz ZMA, Pinto LF, Rocha CMF. Promoção da saúde e qualidade de vida: uma perspectiva histórica ao longo dos últimos 40 anos (1980-2020). *Ciênc Saúde Colet*. [Internet]. 2020[citado 2021 fev 20]; 25(12):4723-35. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202512.15902020>
- 7- Borde E, Hernández-Álvarez M, Porto MFS. Uma análise crítica da abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde a partir da medicina social e saúde coletiva latino-americana. *Saúde em Debate* [Internet]. 2015[citado 2021 fev 05];(39)106:841-854. Doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201510600030023>
- 8- Broch D, Riquinho DL, Vieira LB, Ramos AR, Gasparin VA. Determinantes sociais de saúde e o trabalho do agente comunitário. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2020 [citado 2020 Aug 23];54:e03558. Doi: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2018031403558>
- 9- Schmitz CCC, Heidemann ITSB, Durand MK. A atuação dos profissionais da atenção primária acerca das práticas de promoção e dos determinantes sociais da saúde. *REAIID* [Internet]. 2018 [citado 2020 nov 04] 86(24):1-13. Doi: <https://doi.org/10.31011/reaid-2018-v.86-n.24-art.92>
- 10- Melo FCC, Costa RFR, Corso JMD. Modelo conceitual aplicável a estudos sobre determinantes sociais da saúde em municípios brasileiros. *Saude soc* [Internet]. 2020 [citado 2020 Aug 25]; 29(2), e181094. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020181094>
11. Dahlgren G, Whitehead M. *Policies and Strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute for Future Studies; 2007. Available from: <https://core.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf>
- 12- Geib LTC. Determinantes sociais da saúde do idoso. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2012 [citado 2020 Out 13]; 17(1):123-33. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000100015>
- 13- Ercole FF, Melo LS, Alcoforado CLGC. Revisão integrativa *versus* revisão sistemática. *Rev Min Enferm*. 2014 [citado 2020 Out 21]; 18(1): 9-11 Doi: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140001>
- 14- Whittemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nur* [Internet] 2005 [cited 2020 Sept 25];52(5):543-53. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>

- 15- Ferreira HLOC, Barbosa DFF, Aragão VM, Oliveira TMF, Castro RCMB, Aquino PS et al. Social Determinants of Health and their influence on the choice of birth control methods. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2019 [cited 2021 Feb 17]; 72(4): 1044-1051. Doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0574>
- 16 - Giannakopoulos G, Tzavara C, Dimitrakaki C, Ravens-Sieberer U, Tountas Y. Adolescent health care use: Investigating related determinants in Greece. *J Adolesc.* [Internet]. 2010 [cited 2021 Feb 20];33(3):477-85. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2009.06.003>
- 17 - Baldani MH, Mendes YBE, Lawder JCA, Lara API, Silva MMA, Antunes JLF. Inequalities in dental services utilization among Brazilian low-income children: the role of individual determinants. *J Public Health Dent.* [Internet]. 2011 [cited 2021 Feb 20];71(1):46-53. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1752-7325.2010.00201.x>
- 18 - Graziano AP, Egry EY. Micropolítica do trabalho dos profissionais de saúde na UBS: visão sobre necessidades de saúde das famílias. *Rev. esc. enferm.* [Internet]. 2012 [cited 2021 Feb 20]; 46(3):650-6. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000300017>
- 19 - Qaimbayo Fandiño LR, Fandiño Osorio VC, Jaimes Valencia ML. Condiciones de vida desde el enfoque de los determinantes sociales en salud en un grupo organizado de madres adolescentes. *Rev. cuid.* [Internet]. 2012[cited 2021 Feb 20];3(1):308-319. Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=359533179008>
- 20 - Johns B, Steinhardt L, Walker DG, Peters DH, Bishai D. Horizontal equity and efficiency at primary health care facilities in rural Afghanistan: A seemingly unrelated regression approach. *Soc Sci Med.* [Internet]. 2013 [cited 2021 Feb 20];89:25-31. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.04.012>
- 21 - Vélez C, Vidarte JA, Cerón JD. Determinantes sociales de la salud y discapacidad: caso Santiago de Cali. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública.* [Internet]. 2013 [cited 2021 Feb 20];31 (supl 1). Available from: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/13500/14442>
- 22 - Målqvist M, Lincetto O, Du NH, Burgess C, Hoa DT. Maternal health care utilization in Viet Nam: increasing ethnic inequity. *Bull World Health Organ.* [Internet]. 2013 [cited 2021 Feb 20];91:254–261. Doi: <https://doi.org/10.2471/BLT.12.112425>
- 23 - Tu D, Belda P, Littlejohn D, Pedersen JS, Valle-Rivera J, Tyndall M. Adoption of the chronic care model to improve HIV care. *Can Fam Physician.* [Internet]. 2013 [cited 2021 Feb 20];59(6):650-7. Available from: <https://www.cfp.ca/content/59/6/650.long>
- 24 - Torres S, Labonté R, Spitzer DL, Andrew C, Amaratunga C. Improving Health Equity: The Promising Role of Community Health Workers in Canada. *Healthc Policy.* [Internet].

- 2014 [cited 2021 Feb 20];10(1):73-85. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25410697/>
- 25 - Santiago AX, Barreto ICHC, Sucupira ACSL, Lima JWO, Andrade LOM. Equidade no acesso aos serviços de saúde entre crianças de 5 a 9 anos em uma cidade média do nordeste do Brasil: resultado da Estratégia Saúde da Família. *Rev. bras. Epidemiol.* [Internet]. 2014 [cited 2021 Feb 20]; 17(2):39-52. Doi: <https://doi.org/10.1590/1809-4503201400060004>
- 26 - Thurston WE, Coupal S, Jones A, Crowshoe LFJ, Marshall DA, Homik J, et al. Discordant indigenous and provider frames explain challenges in improving access to arthritis care: a qualitative study using constructivist grounded theory. *Int J Equity Health.* [Internet]. 2014 [cited 2021 Feb 20]; 13(46). Available from: <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-9276-13-46>
- 27 - Harwood L, Clark AM. Dialysis modality decision-making for older adults with chronic kidney disease. *J Clin Nurs.* [Internet]. 2014 [cited 2021 Feb 20]; 23(23-24):3378-90 Doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.12582>
- 28 - Fritel X, Panjo H, Varnoux N, Ringa V. The Individual Determinants of Care-Seeking Among Middle-Aged Women Reporting Urinary Incontinence: Analysis of a 2273-Woman Cohort. *Neurourol Urodyn.* [Internet]. 2014 [cited 2021 Feb 20];33(7):1116-22. Doi: <https://doi.org/10.1002/nau.22461>
- 29 - Ito K, Aida J, Yamamoto T, Ohtsuka R, Nakade M, Suzuki K, et al. Individual- and community-level social gradients of edentulousness. *BMC Oral Health.* [Internet]. 2015 [cited 2021 Feb 20];15(34). Doi: <https://doi.org/10.1186/s12903-015-0020-z>
- 30 - Masona K, Dodda Z, Sockalingam S, Altenberga J, Meaney C, Millsone P, et al. Beyond viral response: A prospective evaluation of a community-based, multi-disciplinary, peer-driven model of HCV treatment and support. *Int J Drug Policy.* [Internet]. 2015 [cited 2021 Feb 20];26(10):1007-13 Doi: <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2015.04.012>
- 31 - Lewis JH, Whelihan K, Navarro I, Boyle KR. Community health center provider ability to identify, treat and account for the social determinants of health: a card study. *BMC Fam Pract.* [Internet]. 2016 [cited 2021 Feb 20]; 17(121) Doi: <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0526-8>
- 32 - Trohel G, Bertaud-Gounot V, Soler M, Chauvin P, Grimaud O. Socio-Economic Determinants of the Need for Dental Care in Adults. [Internet]. *PLoS One.* 2016 [cited 2021 Feb 20];11(7): e0158842. Doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158842>
- 33 - Tette EMA, Sifah EK, Nartey ET, Nuro-Ameyaw P, Tete-Donkor P, Biritwum RB. Maternal profiles and social determinants of malnutrition and the MDGs: What have we learnt?.

- BMC Public Health. [Internet]. 2016 [cited 2021 Feb 20]; 16(214) Doi: <https://doi.org/10.1186/s12889-016-2853-z>
- 34 - Isaacs D, Riley AC, Prasad-Reddy L, Castner R, Fields H, Harper-Brown D, et al. Jazzin' Healthy: Interdisciplinary Health Outreach Events Focused on Disease Prevention and Health Promotion. *J Racial Ethn Health Disparities*. [Internet]. 2016 [cited 2021 Feb 20];4(2):223-232. Doi: <https://doi.org/10.1007/s40615-016-0221-4>
- 35 - Adell CN, Rua MP, Soler JC, Alvarez CS, Farga AE. La salud comunitaria en los equipos de atención primaria: objetivo de dirección. *Aten. prim*. [Internet]. 2016[cited 2021 Feb 20];48(10):642-48. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.10.009>
- 36 - Powell RE, Doty A, Casten RJ, Rovner BW, Crescente KG. A qualitative analysis of interprofessional healthcare team members' perceptions of patient barriers to healthcare engagement. *BMC Health Serv Res*. [Internet]. 2016 [cited 2021 Feb 20]; 16(493). Doi: <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1751-5>
- 37 - Apperley LJ, Ng SM. Socioeconomic Deprivation, Household Education, and Employment are Associated With Increased Hospital Admissions and Poor Glycemic Control in Children With Type 1 Diabetes Mellitus. *Rev Diabet Stud*. [Internet]. 2016 [cited 2021 Feb 20];14(2-3):295-300. Doi: <https://doi.org/10.1900/RDS.2017.14.295>
- 38 - Rahman R, Pinto RM, Wall MM. HIV Education and Welfare Services in Primary Care: An Empirical Model of Integration in Brazil's Unified Health System. *Int J Environ Res Saúde Pública*. [Internet]. 2017 [cited 2021 Feb 20];14(3):294 Doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph14030294>
- 39 - Kaposy C, Greenspan NR, Marshall Z, Allison J, Marshall S, Kitson C. Clinical Ethics Issues in HIV Care in Canada: An Institutional Ethnographic Study. *BMC Med Ethics*. [Internet]. 2017[cited 2021 Feb 20]; 18(9) Doi: <https://doi.org/10.1186/s12910-017-0171-3>
- 40 - Gundlapalli AV, Redd A, Bolton D, Vanneman ME, Carter ME, Johnson E, et al. Patient-aligned Care Team Engagement to Connect Veterans Experiencing Homelessness With Appropriate Health Care. *Med Care*. [Internet]. 2017 [cited 2021 Feb 20];55:S104-S110. Doi: <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000000770>
- 41 - Pinto AGA, Jorge MSB, Marinho MNASB, Vidal ECF, Aquino PS, Vidal ECF. Vivências na Estratégia Saúde da Família: demandas e vulnerabilidades no território. *Rev. Bras. Enferm*. [Internet]. 2017[citado 2021 Fev 20];70(5):970-7. Doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0033>
- 42 - Joshi N, Bolorhon B, Narula I, Zhu S, Manaseki-Holland S. Social and environmental determinants of child health in Mongolia across years of rapid economic growth: 2000-2010.

- Int J Equity Health. [Internet]. 2017 [cited 2021 Feb 20]; 16(189). Doi: <https://doi.org/10.1186/s12939-017-0684-x>
- 43 - Mehdipanah R, Schulz AJ, Israel BA, Gamboa C, Rowe Z, Khan M, et al. Urban HEART Detroit: a tool to better understand and address health equity gaps in the city. J Urban Health. [Internet]. 2017 [cited 2021 Feb 20];95(5):662-671. Doi: <https://doi.org/10.1007/s11524-017-0201-y>
- 44 - Mumm R, Diaz-Monsalve S, Hänselmann E, Freund J, Wirsching M, Gärtner J, et al. Exploring urban health in Cape Town, South Africa: an interdisciplinary analysis of secondary data. Pathog Glob Health. [Internet]. 2017[cited 2021 Feb 20];111(1):7–22 Doi: <https://doi.org/10.1080/20477724.2016.1275463>
- 45 - Tong ST, Liaw WR, Kashiri PL, Pecsok J, Rozman J, Bazemore AW, et al. Clinician experiences with screening for social needs in primary care. J Am Board Fam Med. [Internet]. 2018[cited 2021 Feb 20];31(3):351-363. Doi: <https://doi.org/10.3122/jabfm.2018.03.170419>
- 46 - Heidemann ITSB, Cypriano CC, Gastaldo D, Jackson S, Rocha CG, Fagundes E. Estudo comparativo de práticas de promoção da saúde na atenção primária em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil e Toronto, Ontário, Canadá. Cad Saúde Pública. [Internet]. 2018 [citado 2021 Fev 20];34(4):e00214516. Doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00214516>
- 47 - MacDonald T, Jackson S, Charles MC, Periel M, Jean-Baptiste MV, Salomon A, et al. The fourth delay and community-driven solutions to reduce maternal mortality in rural Haiti: a community-based action research study. BMC Pregnancy Childbirth. [Internet]. 2018 [cited 2021 Feb 20]; 18(254) Doi: <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1881-3>
- 48 - Ignacio CF, de Lima Barata MM, de Moraes Neto AHA. The Brazilian Family Health Strategy and the management of intestinal parasitic infections. Prim Health Care Res Dev. [Internet]. 2018 [cited 2021 Feb 20];19(4):333-43. Doi: <https://doi.org/10.1017/S146342361700072X>
- 49 - Jones AL, Hausman LRM, Kertesz SG, Suo Y, Cashy JP, Mor MK, et al. Providing Positive Primary Care Experiences for Homeless Veterans Through Tailored Medical Homes: The Veterans Health Administration's Homeless Patient Aligned Care Teams. Med Care. [Internet]. 2019 [cited 2021 Feb 20];57(4):270-278 Doi: <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000001070>
- 50 - Byhoff E, Marchis EH, Hessler D, Fichtenberg C, Adler N, Cohen AJ, et al. Part II: A qualitative study of social risk screening acceptability in patients and caregivers. Am J Prev Med. [Internet]. 2019 [cited 2021 Feb 20]; 57(Suppl 1):S38-S46. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2019.07.016>

- 51 - Prodan-Bhall N, Browne AJ. Exploring women's health care experiences through an equity lens: Findings from a community clinic serving marginalised women. *J Clin Nurs*. [Internet]. 2019 [cited 2021 Feb 20]; 28(19-20), 3459-3469 Doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.14937>
- 52 - Schenker M, Costa DH. Avanços e desafios da atenção à saúde da população idosa com doenças crônicas na Atenção Primária à Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. [Internet]. 2019 [citado 2021 Fev 20]; 24 (4). Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018244.01222019>
- 53 - Oosman S, Ogunson M, Bath B. Enhancing access to physical therapy services for people experiencing poverty and homelessness: The lighthouse pilot Project. *Physiother Can*. [Internet]. 2019 [cited 2021 Feb 20]; 71(2):176-186. Doi: <https://doi.org/10.3138/ptc.2017-85.pc>
- 54 - Haggstrom DA, Lee JL, Dickinson SL, Kianersi S, Roberts JL, Teal E, et al. Rural and urban differences in the adoption of new health information and medical technologies. *The Journal of Rural Health*. [Internet]. 2019 [cited 2021 Feb 20];35(2):144-154. Doi: <https://doi.org/10.1111/jrh.12358>
- 55 - Whittemore R, Vilar-Compte M, De La Cerda S, Marron D, Conover R, Delvy R, et al. Challenges to diabetes self-management for adults with type 2 diabetes in low resource settings in Mexico City: a qualitative descriptive study. *Int J Equity Health*. [Internet]. 2019[cited 2021 Feb 20];18(133). Doi: <https://doi.org/10.1186/s12939-019-1035-x>
- 56 - Santos AS, Watanabe SM, Tarumi Y, Wildeman T, García AMH, Adewale B, et al. Social disparities and symptom burden in populations with advanced cancer: specialist palliative care providers' perspectives. *Support Care Cancer*. [Internet]. 2019 [cited 2021 Feb 20]; 27(12):4733-4744. Doi: <https://doi.org/10.1007/s00520-019-04726-z>
- 57 - De Man J, Aweko J, Daivadanam M, Alvesson HM, Delobelle P, Mayega RW, et al. Diabetes self-management in three different income settings: Cross-learning of barriers and opportunities. *PloS One*. [Internet]. 2019[cited 2021 Feb 20]; 14(3):e0213530. Doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213530>
- 58 - Vignier N, Desgrees Du Lou A, Pannetier J, Ravalihasy A, Gosselin A, Lert F, et al. Social and structural factors and engagement in HIV care of sub-Saharan African migrants diagnosed with HIV in the Paris region. *AIDS Care*. [Internet]. 2019 [cited 2021 Feb 20];31(7):897-907. Doi: <https://doi.org/10.1080/09540121.2019.1576842>
- 59 - Feehan K, Kehinde F, Sachs K, Mossabeb R, Berhane Z, Pachter LM, et al. Development of a Multidisciplinary Medical Home Program for NICU Graduates. *Matern Child Health J*. [Internet]. 2020 [cited 2021 Feb 20];24(1):11-21. Doi: <https://doi.org/10.1007/s10995-019-02818-0>

- 60 - Emengo VN, Williams MS, Odusanya R, Uwemedimo OT, Martinez J, Pekmezaris R, et al. Qualitative program evaluation of social determinants of health screening and referral program. *PloS One*. [Internet]. 2020 [cited 2021 Feb 20]; 15(12): e0242964. Doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0242964>
- 61 - Flower KB, Massie S, Janies K, Bassewitz JB, Coker TR, Gillespie RJ, et al. Increasing Early Childhood Screening in Primary Care Through a Quality Improvement Collaborative. *Pediatrics*. [Internet]. 2020 [cited 2021 Feb 20]; 146(3) e20192328. Doi: <https://doi.org/10.1542/peds.2019-2328>
- 62 - Lin AM, Vickrey BG, Barry F, Lee ML, Ayala-Rivera M, Cheng E, Montoya AV, et al. Factors Associated With Participation in the Chronic Disease Self-Management Program. *Stroke*. [Internet]. 2020 [cited 2021 Feb 20]; 51:2910–2917. Doi: <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.119.028022>
- 63 - Wilderink L, Bakker I, Schuit AJ, Seidell JC, Renders CM. Key elements of a successful integrated community-based approach aimed at reducing socioeconomic health inequalities in the Netherlands: A qualitative study. *PloS one*. [Internet]. 2020 [cited 2021 Feb 20]; 15(10): e0240757. Doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240757>
- 64- Arruda LS, Moreira COF. Colaboração interprofissional: um estudo de caso sobre os profissionais do Núcleo de Atenção ao Idoso da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (NAI/UERJ), Brasil. *Interface* [Internet]. 2018 [citado 2021 fev 06]; 22(64):199-210. Doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0613>
- 65- Sucupira ACSL, Andrade LOM, Barreto ICHC, Lima JW, Santiago AV, Santiago AX. Determinantes sociais da saúde de crianças de 5 a 9 anos da zona urbana de Sobral, Ceará, Brasil. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2014 [citado 2021 fev 06]; 17(Suppl 2):160-77. Doi: <https://doi.org/10.1590/1809-4503201400060014>
- 66- Viera MM, Whitaker MCO, Costa AA, Ribeiro JM. A atenção da enfermagem na saúde da criança: revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira Multidisciplinar* [Internet]. 2015 [citado 2021 fev 06]; 18(1):97-115. Doi: <https://doi.org/10.25061/2527-2675/ReBraM/2015.v18i1.341>
- 67- Costa MIF, Viana TRF, Pinheiro PNC, Cardoso MVLML, Barbosa LP, Luna IT. Social determinants of health and vulnerabilities to sexually transmitted infections in adolescents. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2019 [citado 2021 fev 15]; 2(6):1595-1601. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0726>
- 68- Aragão AS, Silveira RE, Querino RA, Moraes FSB, Cardoso MCV, Buscaratti LC et al. Promoção da saúde da criança escolar e a identificação de determinantes sociais: relato de

- experiência. Aletheia [Internet]. 2019[citado 2021 fev 15]; 52(1):189-99. Disponível em: <http://www.periodicos.ulbra.br/index.php/aletheia/article/view/4648>
- 69- Becker RM, Heidemann ITSB. Health promotion in care for people with chronic non-transmittable disease: integrative review. Texto contexto - enferm. [Internet]. 2020 [cited 2021 fev 06]; 29: e20180250. Doi: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0250>
- 70- Malta DC, Bernal RTI, Lima MG, Araújo SSC, Silva MMA, Freitas MIF et al. Noncommunicable diseases and the use of health services: analysis of the National Health Survey in Brazil. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2017 [cited 2021 Feb 17]; 51(Suppl 1): 4s. Doi: <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051000090>
- 71- Toldrá RC, Cordone RG, Arruda BA, Souto ACF. Promoção da saúde e da qualidade de vida com idosos por meio de práticas corporais. O Mundo da Saúde [Internet]. 2014 [cited 2021 Feb 20];38(2):159-168. Doi: <http://dx.doi.org/10.15343/0104-7809.20143802159168>
- 72- Jesus ITM, Orlandi AAS, Grazziano ES, Zazzetta MS. Fragilidade de idosos em vulnerabilidade social. Acta Paul Enferm. [Internet]. 2017 [cited 2021 Feb 20]; 30(6):614-20. Doi: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700088>
- 73- Leitão MNC. Health, Sex, and Gender: The Inequalities As Challenges. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2015 [cited 2021 Feb 17]; 49(1):8-13. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000100001>
- 74- Gomes R, Murta D, Facchini R, Meneghel SN. Gênero, direitos sexuais e suas implicações na saúde. Ciênc. saúde colet. [Internet]. 2018 [citado 2021 Fev 17]; 23(6):1997-2006. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04872018>
- 75- Marques MCMP, Mendes FRP, Serra ICC. Estilos de vida: representações sociais construídas por doentes com infarto do miocárdio e familiares. Rev. Gaúcha Enferm. [Internet]. 2017 [citado 2021 Fev 20];38(2): e62593. Doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.62593>
- 76- Bueno RE, Moysés ST, Bueno PAR, Moysés SJ. Determinantes sociais e saúde bucal de adultos nas capitais do Brasil. Rev Panam Salud Publica[Internet]. 2014 [citado 2021 Fev 15];36(1):17–23. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2014.v36n1/17-23/>
- 77- Viegas APB, Carmo RF, Luz ZMP. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. Saude soc. [Internet]. 2015 [citado 2021 Fev 20];24(1): 100-12. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000100008>

- 78- Nunes BP, Thumé E, Tomasi E, Duro SMS, Facchini LA. Socioeconomic inequalities in the access to and quality of health care services. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2014 [cited em 2021 Mar 15]; 48(6):968-976. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005388>
- 79- Figueredo D, Heidemann ITSB, Fernandes GCM, Arakawa-Belaunde AM, Oliveira LS, Magagnin AB. Promoção da saúde articulada aos determinantes sociais: possibilidade para a equidade. *Rev enferm UFPE on line* [Internet]. 2019 [citado em 2021 Mar 15]; 13(4): 943-51. Doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i4a239123p943-951-2019>
- 80- Rocha CGG, Heidemann ITSB, Souza JB, Durand MK, Maciel KS, Simas LTL. Social Determinants of Health in prenatal care: a multidisciplinary view in Primary Health Care. *Research, Society and Development* [Internet]. 2021 [cited 2021 Mai 07]; 10(3):e50510313434. Doi: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i3.13434>

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**
(com base na Resolução n. 466/12, do Conselho Nacional de Saúde)

Prezado(a) Senhor(a)

Eu, Pamela Camila Fernandes Rumor, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, orientada pela Professora Dra. Ivonete T. S. Buss Heidemann, sou a pesquisadora responsável pelo projeto intitulado: “**Determinantes Sociais da Saúde de crianças com dificuldade de aprendizagem**”, que constitui um dos requisitos para a conclusão do curso de doutorado. Este projeto de tese tem como objetivo compreender a relação dos determinantes sociais da saúde com a dificuldade de aprendizagem em crianças escolares, na perspectiva interprofissional.

Dessa forma, gostaria de convidá-lo(a) a participar desta pesquisa, que será realizada seguindo o método do Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire, por meio de entrevista individual e de encontro grupal denominado “Círculo de Cultura”. Na etapa das entrevistas (presencial ou virtual), buscar-se-á as experiências profissionais dos participantes frente à atuação com crianças com dificuldade de aprendizagem escolar e a identificação dos principais temas geradores a partir de questões guia. Posteriormente, no Círculo de Cultura (virtual), serão abordadas de forma conjunta, dialógica, analítica e reflexiva, as temáticas mais relevantes e significativas para o grupo. O tempo de duração previsto para as entrevistas é de 30 minutos, e dos círculos de aproximadamente 120 minutos, sendo que as datas e horários serão agendados conforme a disponibilidade dos participantes. A ferramenta utilizada para os encontros virtuais será o aplicativo de videochamadas on-line Google Meet®.

O registro dos dados será feito por meio de diário de campo, e os Círculos serão gravados, filmados e fotografados, para tanto solicitamos sua autorização. Os dados referentes ao estudo são confidenciais, suas informações serão utilizadas unicamente nesta pesquisa e sua

identificação não será revelada, para tanto serão utilizados numerais como codinomes para possíveis apresentações que mostrarão apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelações de nome, instituição ou qualquer informação relacionada à sua privacidade.

Sua participação é voluntária, portanto, sinta-se à vontade em deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem ter que apresentar qualquer justificativa e sem ter qualquer prejuízo, sanção, dano ou desconforto.

O benefício do estudo será propiciar momentos de integração entre os profissionais e de reflexões sobre as relações existentes entre os DSS e a dificuldade de aprendizagem infantil, a fim de possibilitar intervenções em seus processos de trabalho e na comunidade em que atuam.

O grau de risco a que os participantes da pesquisa serão expostos pode ser considerado mínimo, pois a participação nos Círculos de Cultura virtuais não oferece risco à sua integridade física, podendo gerar algum desconforto psicológico decorrente das reflexões. Caso haja sensações e reações emotivas, o participante receberá suporte das pesquisadoras envolvidas. Além disso, a pesquisa poderá eventualmente provocar cansaço físico aos participantes durante a realização dos encontros; no entanto, será respeitada a sua necessidade de descanso e higiene. Informamos que a sua participação não terá nenhum custo e de que igualmente não será feito qualquer ressarcimento.

Colocamos-nos disponíveis para informações sobre o estudo, esclarecimentos de dúvidas, ou ainda para a retirada do seu consentimento de participação nesta pesquisa, sem qualquer ônus. Caso necessário, entrar em contato com En^{fa}. Pamela Camila Fernandes Rumor, e-mail: pamrumor@hotmail.com, telefone (48) 9.8400-6722; e/ou Prof^a Dr^a. Ivonete T. S. Buss Heidemann, e-mail: ivoneteheideman@gmail.com, telefone (48) 9.999-9263, endereço: Campus Universitário Trindade, 88040-900, Florianópolis/SC, Centro de Ciências da Saúde, Bloco I, sala 511.

Este estudo tem aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH-UFSC), e atende a Resolução 466/2012 e 510/2016 CNS/MS e suas complementares. O CEPSH é um órgão colegiado interdisciplinar, deliberativo, consultivo e educativo, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina, mas independente na tomada de decisões, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Caso precise contactá-lo, fica localizado no Prédio da Reitoria II, Rua Desembargador Vítor Lima, n.222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC, CEP: 88.040-400, telefone: (48) 3721-6094 e e-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br.

O TCLE será fornecido em duas vias assinado e rubricado, ficando uma via com as pesquisadoras e a outra em poder do(a) participante.

Eu Dra. Ivonete T. S. Buss Heidemann, declaro que este projeto está em cumprimento com as exigências expressadas no item IV.3 da Resolução 466/2012 CNS MS.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Pelo presente consentimento informado, declaro que fui esclarecido(a), de forma clara e detalhada sobre a pesquisa, concordo e aceito livremente participar da mesma. Afirmando que compreendi os procedimentos quanto à confidencialidade, guarda, utilização e divulgação das informações. Estou ciente que as informações por mim fornecidas serão tratadas de forma anônima.

Assim, eu, _____
(participante do estudo), abaixo assinado, aceito e concordo em participar de maneira livre e voluntária do desenvolvimento da pesquisa **“Determinantes Sociais da Saúde de crianças com dificuldade de aprendizagem”**.

Florianópolis, _____ de _____ de 202__.

Assinatura do(a) Participante

Assinatura da Pesquisadora Principal Responsável
Profª Drª Ivonete T. S. B. Heidemann

Assinatura da Pesquisadora Principal Assistencial
Doutoranda em Enfermagem Pamela C. F. Rumor

APÊNDICE C – INSTRUMENTO GUIA DE ENTREVISTA



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

Projeto de Pesquisa: Determinantes Sociais da Saúde de Crianças com
Dificuldades de Aprendizagem Escolar

IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE

Data: _____
 Instituição: _____
 Nome: _____
 Idade: _____
 Sexo: () M () F
 Profissão: _____
 Grau de formação: _____
 Tempo de atuação na instituição: _____
 Outras experiências na área: _____

QUESTÕES GUIA

- I) O que significa saúde para você?
- II) O que você entende por determinantes sociais da saúde?
- III) Você percebe ou identifica relação com a dificuldade de aprendizagem? De que maneira?
- IV) O que você entende por dificuldade de aprendizagem escolar?;
- V) Como você costuma atuar com crianças com dificuldade de aprendizagem escolar?; Há algum segmento para esta situação?

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP/UFSC

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE DE CRIANÇAS COM DIFICULDADES DE APRENDIZAGEM ESCOLAR

Pesquisador: Ivonete Teresinha Schülter Buss Heidemann

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 39239820.2.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.532.255

Apresentação do Projeto:

Pesquisa qualitativa, do tipo ação-participante, desenvolvido junto ao Programa de Saúde na Escola em:

- Centros de saúde (n=4): Florianópolis, São José, Biguaçu e Palhoça;
 - Escolas públicas (n=2): Instituto Estadual de Educação e Colégio de Aplicação;
 - Serviços regionais especializados no atendimento clínico-educacional de crianças com dificuldades de aprendizagem (n=2): Centro de Avaliação, Reabilitação e Desenvolvimento da Aprendizagem (CEDRA/PMF) e Núcleo Interdisciplinar de Apoio ao Desenvolvimento Humano (Núcleo Desenvolver/HU).
- Tamanho amostral: 20, divididos em 3 grupos: Escolar (n=6), Serviço Especializado de Saúde (n=8) e Serviço Básico de Saúde (n=6).

Critério de Inclusão: profissional lotado há pelo menos 1 ano na instituição e ter disponibilidade para participar da Entrevista dialogada e dos Círculos de Cultura.

Critério de Exclusão: profissionais afastados por férias ou licença de qualquer natureza no período de coleta de dados.

Instrumentos de avaliação: todos os grupos serão submetidos a entrevista e círculo de cultura. O pesquisador realizará anotações em diário de campo, fotografias e gravações de vídeo e áudio das entrevistas e círculos de cultura.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 4.532.255

Objetivo da Pesquisa:

Segundo pesquisadores: "Compreender a relação dos determinantes sociais da saúde com a dificuldade de aprendizagem em crianças escolares da rede pública de educação na perspectiva interprofissional."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo pesquisadores:

"Riscos: O grau de risco a que os participantes da pesquisa serão expostos pode ser considerado mínimo, pois a participação dos cuidadores nos Círculos de Cultura não oferece risco à sua integridade física, podendo gerar algum desconforto psicológico decorrente das reflexões. Caso haja sensações e reações emotivas, o participante receberá suporte das pesquisadoras envolvidas. Além disso, a pesquisa poderá eventualmente provocar cansaço físico aos participantes durante a realização dos encontros; no entanto, será respeitada a sua necessidade de descanso e higiene.

Benefícios:propiciar momentos de integração entre os profissionais e de reflexões sobre as relações existentes entre os Determinantes Sociais da Saúde e a dificuldade de aprendizagem infantil, a fim de possibilitar intervenções positivas em seus processos de trabalho e na comunidade em que atuam, contribuindo para a melhoria da saúde do escolar e suas famílias."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisador submeteu emenda com a seguinte justificativa "Solicito a ampliação no número de escolas públicas participantes do estudo para 06, pela necessidade de incluir 01 escola de cada município (Fpolis, Biguaçu, São José e Palhoça), além das 02 (federal e estadual) previamente selecionadas, a fim de aprofundar as especificidades do objeto do estudo, os determinantes sociais da saúde das crianças com dificuldade de aprendizagem escolar."

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Pesquisador anexou carta de anuência de responsáveis das escolas públicas das prefeituras de Florianópolis, Biguaçu, Palhoça e São José.

Recomendações:

Nada a recomendar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A emenda não apresenta pendências e/ou inadequações.

Considerações Finais a critério do CEP:

Lembramos que a presente aprovação da emenda solicitada (formulário base 28/01/2021) refere-se apenas aos aspectos éticos do projeto.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 4.532.255

Qualquer alteração nestes documentos deve ser encaminhada para avaliação do CEPSC. Informamos que obrigatoriamente a versão do TCLE a ser utilizada deverá corresponder na íntegra à versão vigente aprovada.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1695726_É1.pdf	28/01/2021 18:04:35		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracaoSMEPMSJ.pdf	28/01/2021 18:01:32	Ivonete Teresinha Schülter Buss Heidemann	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DeclaedPalhoca.pdf	28/01/2021 18:01:08	Ivonete Teresinha Schülter Buss Heidemann	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacaoSME.pdf	28/01/2021 18:00:13	Ivonete Teresinha Schülter Buss Heidemann	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracaoSMEBiguacu.pdf	28/01/2021 17:58:40	Ivonete Teresinha Schülter Buss Heidemann	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOCEP3.pdf	28/01/2021 17:57:54	Ivonete Teresinha Schülter Buss Heidemann	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	29/10/2020 18:23:13	Ivonete Teresinha Schülter Buss Heidemann	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	RESPOSTAPENDENCIAS.pdf	28/10/2020 20:25:39	Ivonete Teresinha Schülter Buss Heidemann	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEmodificado.pdf	28/10/2020 20:23:18	Ivonete Teresinha Schülter Buss Heidemann	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	04/10/2020 22:21:30	Ivonete Teresinha Schülter Buss Heidemann	Aceito
Outros	INSTRUMENTOGUIA.pdf	04/10/2020 22:15:59	Ivonete Teresinha Schülter Buss Heidemann	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DeclaracaoSaojose.pdf	04/10/2020 22:13:01	Ivonete Teresinha Schülter Buss Heidemann	Aceito
Declaração de	DeclaracaoHUEBSERHUFSC.pdf	03/10/2020	Ivonete Teresinha	Aceito

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC

Continuação do Parecer: 4.532.255

Instituição e Infraestrutura	DeclaracaoHUEBSERHUFSC.pdf	18:53:30	Schülter Buss Heidemann	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DeclaracaoFlorianopolis.pdf	03/10/2020 18:43:02	Ivonete Teresinha Schülter Buss Heidemann	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DeclaracaoBiguacu.pdf	03/10/2020 18:41:38	Ivonete Teresinha Schülter Buss Heidemann	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DeclaracaoCA.pdf	03/10/2020 18:39:29	Ivonete Teresinha Schülter Buss Heidemann	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DeclaracaoIEE.pdf	03/10/2020 18:37:50	Ivonete Teresinha Schülter Buss Heidemann	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DeclaracaoPailhoca.pdf	03/10/2020 18:36:22	Ivonete Teresinha Schülter Buss Heidemann	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	03/10/2020 17:50:13	Ivonete Teresinha Schülter Buss Heidemann	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 09 de Fevereiro de 2021

Assinado por:
Nelson Canzian da Silva
(Coordenador(a))

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br