

ARTIGO

## CARTOGRAFIA DA IMPLANTAÇÃO E EXECUÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE): IMPLICAÇÕES PARA O PROCESSO DE DESMEDICALIZAÇÃO

DAIANE KUTSZEPA BRAMBILLA<sup>1</sup>

<https://orcid.org/0000-0003-4352-3218>

MARIA ELISABETH KLEBA<sup>2</sup>

<https://orcid.org/0000-0002-6703-8375>

MÁRCIA LUÍZA PIT DAL MAGRO<sup>3</sup>

<https://orcid.org/0000-0002-2127-9261>

**RESUMO:** O presente artigo objetiva apresentar uma cartografia da implantação e execução do Programa Saúde na Escola (PSE) e seus efeitos para o processo de desmedicalização em um município de pequeno porte no sul do Brasil. Trata-se de um estudo cartográfico que contou com participação de 51 profissionais dos setores envolvidos no Programa. Para a produção dos dados foram utilizadas rodas de conversa, oficina de grupo, análise documental e observação participante. As análises indicam que as ações realizadas por meio do PSE explicitaram o processo de medicalização no cuidado a educandos, especialmente com foco na prescrição e uso de psicotrópicos. Por meio da articulação intersetorial promovida pelo Programa, aproximaram-se os setores Saúde, Educação e Assistência Social, ampliando-se a compreensão das problemáticas que envolviam os alunos, bem como o leque de ações promovidas para enfrenta-las. Isso indica o potencial do Programa para o processo de desmedicalização para o que a intersetorialidade mostrou-se determinante.

**Palavras-chave:** Intersetorialidade, medicalização, Programa Saúde na Escola.

### CARTOGRAPHY OF THE IMPLEMENTATION AND IMPLEMENTATION OF THE SCHOOL HEALTH PROGRAM (PSE): IMPLICATIONS FOR THE DEMEDICATION PROCESS

**ABSTRACT:** The present article aims to present a cartography of the implantation and execution of the Health in School Program (PSE) and its effects for the demedicalization process in a small municipality in the south of Brazil. It is a cartographic study that had the participation of 51 professionals from the sectors involved in the Program. For the production of the data were used talk wheels, group workshop, documentary analysis and participant observation. The analyzes indicate that the actions carried out through the PSE explained the medicalization process in the care of students, especially with a focus on prescription and use of psychotropic drugs. Through the intersectoral

<sup>1</sup> Secretaria Municipal de Saúde. Tigrinhos, SC, Brasil. <daianekutszepa@gmail.com>

<sup>2</sup> Docente da Universidade Comunitária da Região de Chapecó, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Chapecó, SC, Brasil. <lkleba@unochapeco.edu.br>

<sup>3</sup> Docente da Universidade Comunitária da Região de Chapecó, Programa de Pós-Graduação em Políticas Sociais e Dinâmicas Regionais. Chapecó, SC, Brasil. <lkleba@unochapeco.edu.br>

articulation promoted by the Program, the Health, Education and Social Assistance sectors were approached, broadening the understanding of the problems that involved the students, as well as the range of actions promoted to face them. This indicates the potential of the Program for the demedicalization process to which the intersectoriality proved to be determinant.

**Keywords:** Intersectoriality, medicalization, Health in School Program.

### **CARTOGRAFÍA DE LA APLICACIÓN Y EJECUCIÓN DEL PROGRAMA DE SALUD ESCOLAR (PSE): IMPLICACIONES PARA EL PROCESO DE DEMEDICALIZACIÓN**

**RESÚMEN:** Este artículo tiene como objetivo presentar una cartografía de la implementación y ejecución del Programa Salud en la Escuela (PSE) y sus efectos en el proceso de desmedicalización en una pequeña ciudad en el sur de Brasil. Es un estudio cartográfico con la participación de 51 profesionales de los sectores involucrados en el Programa. Para la producción de los datos, se utilizaron ruedas de conversación, talleres grupales, análisis de documentos y observación participante. Los análisis indican que las acciones realizadas a través del PSE hicieron explícito el proceso de medicalización en la atención de los estudiantes, especialmente con un enfoque en la prescripción y el uso de drogas psicotrópicas. A través de la articulación intersectorial promovida por el Programa, los sectores de Salud, Educación y Asistencia Social se acercaron, ampliando la comprensión de los problemas que involucraban a los estudiantes, así como la gama de acciones promovidas para enfrentarlos. Esto indica el potencial del Programa para el proceso de desmedicalización, para el cual la intersectorialidad resultó ser decisiva.

**Palabras clave:** Programa de intersectorialidad, medicalización, salud en la escuela.

## INTRODUÇÃO

Há uma crescente demanda de crianças e adolescentes para o setor saúde, por serem identificados na escola como tendo problemas de aprendizagem e/ou comportamento como agressividade, dificuldade para aprender, dificuldade para ficar sentado, etc. As queixas e encaminhamentos sustentam diagnósticos, indicação de tratamentos e prescrição de medicamentos para o controle dos sinais manifestos em sala de aula, fenômeno que caracteriza a atual medicalização do cuidado à saúde dos educandos, com reflexos no âmbito da educação (SIGNOR, 2013).

Os índices de transtornos mentais diagnosticados na população em idade escolar também têm sido apontados como efeito do processo de medicalização da saúde (CONRAD, 2007; MOYSES; COLLARES, 2010; ROSE, 2006; TIMIMI, 2002; WHITAKER, 2016). Essa perspectiva problematiza dados de pesquisas como de Thiengo, Cavalcante e Lovisi (2014), que em revisão sistemática da literatura sobre estudos de base populacional investigou a prevalência de transtornos mentais na infância e adolescência e possíveis fatores associados. Essa pesquisa indica prevalências que variam de 0,6% a 30% para depressão; 3,3% a 32,3% para ansiedade; 0,9% a 19% para Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH); 1,7% a 32,1% para transtornos por uso de substâncias; e 1,8% a 29,2% para transtornos de conduta.

As consequências negativas da medicalização incluem: uso excessivo de medicamentos, com possíveis efeitos adversos; apropriação de situações pelo setor saúde que poderiam ser resolvidas sem a interferência de profissionais dessa área; uso comercial do sofrimento humano por grandes empresas da saúde; e falta de apoio e reflexão social sobre a configuração de nossa própria sociedade e de suas instituições (BRZOZOWSKI; CAPONI, 2013).

Ao mesmo tempo, conceitos e práticas de saúde escolar vêm sendo problematizados, a partir de discussões em âmbito internacional, a exemplo das Conferências Mundiais de Promoção da Saúde, reforçando-se o ideário da escola enquanto ambiente potencialmente promotor de saúde (BRASIL, 2006). A partir desses debates, promover saúde no ambiente escolar implica em intervenções que requerem articulação intersetorial e participação social, mediante desenvolvimento de ações integrais de saúde. Os setores da saúde e da educação devem estabelecer parcerias para construir ambientes saudáveis e espaços seguros, de forma que os educandos possam usufruir de condições apropriadas para estudar, conviver e se desenvolver (BRASIL, 2015).

O Decreto Presidencial n. 6.286/2007, que cria e institui o Programa Saúde na Escola (PSE) no Brasil, representa uma iniciativa de reorientar a implementação de políticas públicas de saúde no contexto escolar. O Programa emerge integrado à Atenção Básica como estratégia intersetorial de articulação de saberes e de promoção da saúde integral. Assim, representa uma estratégia inovadora de atenção à saúde escolar no Brasil, qualificando ações de promoção à saúde nesse contexto. Ao invés de ações pontuais, fragmentadas e isoladas, focadas na visão biomédica que prioriza a abordagem clínica de avaliação, diagnóstico e tratamento de intercorrências, esse Programa propõe o desenvolvimento de ações articuladas entre saúde e educação e, com isso, propicia a atenção integral à saúde dos educandos, considerando aspectos sociais e mentais implicados em seu desenvolvimento (FIGUEIREDO; MACHADO; ABREU, 2010; BRASIL, 2009, 2015).

O processo de gestão do PSE está organizado na lógica da gestão compartilhada, em que tanto o planejamento, quanto a execução das ações são realizados coletivamente, de forma a atender necessidades e demandas locais. A tomada de decisão deve ser realizada por meio de análises construídas intersetorialmente. Dessa forma, as ações implementadas se tornariam mais efetivas e integrais, garantindo maior resolubilidade e, conseqüentemente, melhorando as situações de vulnerabilidade presentes no ambiente escolar (BRASIL, 2015).

Essa nova concepção de saúde pressupõe a corresponsabilidade, ou seja, a realização de parcerias para identificar determinantes e condicionantes de saúde, bem como a necessidade de atuar em conjunto para desenvolver ações de promoção em saúde. O fato de incluir outros setores no processo assume a promoção da saúde como produção social e permite avançar em estratégias conjuntas, na construção de políticas públicas que favoreçam a saúde (CARTA DE OTTAWA, 1986; BRASIL, 2015).

Os focos do PSE se concentram no fortalecimento da relação entre as redes de saúde e educação e motivam a comunicação entre essas, articulando as ações do Sistema Único de Saúde (SUS)

com as ações das redes de educação básica, visando à participação comunitária, à formação integral dos alunos e à redução de vulnerabilidades. Intersetorialidade, integralidade, articulação das redes públicas de educação e de saúde, monitoramento e avaliação permanentes das ações são diretrizes orientadoras do Programa (FERREIRA *et al.*, 2014).

Frente a esse contexto, o presente artigo objetiva apresentar uma cartografia da implantação e execução do Programa Saúde na Escola (PSE) e seus efeitos para o processo de desmedicalização em um município de pequeno porte no sul do Brasil.

## MÉTODOS

A estratégia metodológica utilizada no estudo foi a cartografia, modalidade de pesquisa intervenção que possibilita acompanhar e incidir sobre a rede de forças que compõem o campo, integrando produção de saberes e fazeres coletivos (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2009).

Esta pesquisa teve como cenário um município de pequeno porte, com população estimada em menos de 2.000 habitantes, dos quais aproximadamente 75% residem em área rural, situado na região Sul do Brasil. Na ocasião da pesquisa, o município tinha o PSE estruturado, com uma trajetória de implantação iniciada em 2013.

O estudo foi desenvolvido com a participação de profissionais vinculados aos três setores integrados ao PSE no município, sendo eles Educação, Saúde e Assistência Social. Os serviços envolvidos foram uma Unidade Básica de Saúde (UBS), um Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), um Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e três escolas municipais. Participaram da pesquisa 51 profissionais dos referidos serviços, sendo 29 que atuavam no setor da Educação, 17 da Saúde e cinco da Assistência Social, entre os quais o gestor de cada setor. Utilizou-se como critérios de inclusão estar vinculado às atividades do PSE e se disponibilizar a participar da pesquisa.

Para a produção dos dados, foram utilizados como técnicas e instrumentos de pesquisa rodas de conversa, oficina de grupo, pesquisa documental e observação participante registrada em diário de campo<sup>4</sup>.

As observações participantes iniciaram antes da realização das rodas de conversa e oficina, estenderam-se durante e depois dessas, tendo em vista que uma das pesquisadoras desempenhava junto à equipe do PSE função de articuladora, o que tornava aquele um campo habitual. Segundo Kastrup e Barros (2009, p. 56), durante a observação participante, o cartógrafo participa da vida das pessoas “ao mesmo tempo modificando e sendo modificado pela experiência”, um compartilhamento do território existencial em que sujeito e objeto de pesquisa se constituem.

A construção das rodas de conversa e da oficina de grupo foi mobilizada pelo reconhecimento dialógico de necessidades e dificuldades coletivas oriundas da realização do Programa Saúde na Escola. Foram realizadas quatro rodas de conversa envolvendo profissionais dos três setores, sendo uma dessas com os gestores municipais e os articuladores do PSE, que são as pessoas de referência do Programa. As rodas de conversa foram estruturadas com vistas a promover o protagonismo dos participantes e a construção compartilhada, na lógica intersetorial. Para tanto, consistiram em discussões a partir de uma questão norteadora, utilizando-se imagens didáticas como ferramenta dinamizadora.

A oficina de grupo incluiu 42 participantes. Durante sua execução, um convidado externo falou sobre o tema “Como abordar o diferente na sala de aula”. Em seguida, foi realizado um estudo de caso fictício, no qual os participantes, em pequenos grupos, elencaram possibilidades de acolhimento à família da situação analisada. Posterior à discussão, os participantes socializaram e debateram as propostas formuladas, refletindo suas próprias experiências.

---

<sup>4</sup> Os participantes da pesquisa foram identificados por nomes de flores, acompanhados pela letra “R”, correspondente à roda de conversa, ou pela letra O, correspondente à oficina de grupo. Foram desenvolvidas quatro rodas de conversa e uma oficina de grupo, então serão, respectivamente, R1, R2, R3, R4 ou O. Com vistas a identificar o setor onde atua o participante, foi acrescida à identificação a palavra Saúde, Educação ou Social, por exemplo: (Acácia, Educação-R3).

A pesquisa documental, por sua vez, serviu de base para mapear a trajetória do PSE no município. Essa etapa se deu por meio da identificação e apreciação de documentos como o Termo de Compromisso do PSE, as atas de reuniões do Programa e os relatórios do PSE do município.

Seguindo as pistas da cartografia, a análise dos dados produzidos se deu no decorrer da intervenção no campo de pesquisa, caracterizando-se como um processo contínuo. Primeiramente, os dados foram construídos no processo de imersão no campo, constituindo-se por meio das seguintes fontes: transcrição das gravações das rodas de conversa, registros da pesquisa documental, bem como registros das oficinas de grupo e das observações participantes no diário de campo. A cada etapa desenvolvida foram realizadas leituras flutuantes do material produzido e, a partir da identificação dos pontos relevantes, iniciou-se um processo de estabelecer conexões e agenciamentos, configurando o território em um grande mapa, possível de ser analisado e contextualizado, a partir da análise de implicações.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP), por meio da Plataforma Brasil, sendo aprovado sob o Parecer Consubstanciado n. 1.663.784.

## **PROBLEMATIZANDO A MEDICALIZAÇÃO A PARTIR DO PSE**

O Programa Saúde na Escola (PSE) foi instituído no país pelo Decreto Presidencial n. 6.286/2007. No entanto, inicialmente ele esteve acessível para alguns municípios considerados pelo Ministério da Saúde como prioritários, conforme definido na Portaria n. 1.861/2008. No ano de 2013, por meio da Portaria n. 1.413, ocorreu a universalização do Programa, sendo que todas as equipes da Atenção Básica ficaram aptas a serem vinculadas (BRASIL, 2013).

Conforme pesquisa documental, o município estudado aderiu ao PSE no ano de 2013, por meio de um Termo de Compromisso firmado pelos gestores municipais com o Ministério da Saúde. Esse documento pactua e formaliza as metas para a execução do Programa por um período de 12 meses entre as Secretarias de Saúde e Educação. Na ocasião, integraram o PSE a UBS e as três escolas do município, que tinham, então, 390 educandos.

O Termo de Compromisso define as ações e metas a serem alcançadas, sendo o instrumento que deve orientar o desenvolvimento das ações no PSE. No município estudado, essas ações foram planejadas no início de cada ano pelo Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTI-M), em articulação com representantes da gestão e da equipe intersetorial, sendo verificada a existência do cronograma anual de atividades (Notas de diário de campo).

Ao cartografar os discursos sobre o PSE, observou-se que a implantação do Programa visibiliza e coloca em discussão um problema largamente apontado pelos estudos brasileiros como o de Lima e Lima (2017), que é a medicalização do cuidado à saúde dos educandos, com reflexos no âmbito da educação. Sobre isso, uma participante aponta:

[...] conversando com os professores, começou essa discussão: ‘temos que fazer alguma coisa’. Era muito encaminhamento para o neurologista! Essas crianças voltavam sempre com medicação; estava tendo muito gasto com exames, com especialistas, e não tinha aquele resultado. A gente achava que teria, mas, não tinha. Estavam medicalizados, mas, mesmo assim faltava alguma coisa. (Verônica, Saúde-R1).

O fenômeno da medicalização no contexto escolar gera encaminhamentos desnecessários para profissionais de saúde. Como apontam Cruz, Okamoto e Ferrazza (2016, p. 704), “[...] na busca pelo filho e estudante ideais, pais e professores procuram, nos saberes médico-neuropsiquiátricos, a solução para suas dificuldades.” Esses encaminhamentos levam a um aumento considerável de diagnósticos relativos a transtornos mentais e comportamentais entre crianças e adolescentes, transformando a escola em um ambiente que não acolhe as diferenças, tornando propícias práticas medicalizantes, regulamentadas pelo saber médico (BRASIL, 2011).

Assim como aponta o estudo de Meira (2012), a relação estabelecida entre dificuldades de comportamento e/ou aprendizagem e problemas neurológicos era frequente no contexto estudado, o que mobilizou a problematização dos profissionais a partir de ações do PSE. A falta de diálogo entre profissionais da saúde e da educação é apontada como possível causa da falta de resolutividade do

encaminhamento para o especialista: “[...] a gente teria que poder dialogar mais com o neurologista, porque parece que ele está lá, distante, com um pensamento, e a gente aqui!” (Verônica, Saúde-R1).

A reflexão feita pela profissional de saúde mostra que alguns profissionais, apesar de identificarem limites de comunicação entre os setores educação e saúde, não põe em questão a própria prática do encaminhamento do aluno. Outros, por sua vez, sinalizam para o encaminhamento excessivo e indicam que a tentativa de padronização não se dá só na escola que tenta apagar as diferenças entre alunos, mas também nos diagnósticos e tratamentos.

Quando a gente identificou o problema do alto índice de encaminhamentos, observamos também que todo paciente que ia para o neurologista, ia com a consulta, tinha o exame e ele vinha com a medicação. O mais engraçado é que todas as receitas eram da mesma forma. (Lírio, Saúde-R1).

Recursos medicamentosos como os psicotrópicos são utilizados no cenário em questão na busca por uma solução rápida para os sinais apresentados, sem que os conflitos, ou a causa dos problemas, sejam de fato trabalhados e tampouco solucionados.

Pensam na educação infantil, dois, três aninhos! Caso de uma aluna nossa que tomava [psicotrópico]. Conosco ela ficava tranquila; mas, passava o efeito do remédio, a aluna voltava, a filha voltava a ser agitada, a ter o comportamento não agradável, tanto na escola como em casa e, ao mesmo tempo, já levava à desconcentração, à não atenção, o que deixa a gente preocupada. (Helicônia, Educação-R4).

Como sinaliza Brasil (2011), com o medicamento, algumas situações apresentadas são amenizadas; todavia, surgem outras, em decorrência do fármaco ou da causa base não resolvida, o que mobiliza os profissionais da educação e os faz questionar sobre os efeitos do medicamento: “[...] o remédio acalma. Mas será que o remédio está fazendo bem para essa criança?” (Helicônia, Educação-R4).

Os profissionais apontam para a medicalização do cuidado aos educandos no contexto estudado, em que se reduz a subjetividade aos aspectos orgânicos e muitas vezes se transformam “problemas de viver em sintomas de doenças” (MEIRA, 2012, p. 136). Ao restringir a abordagem terapêutica ao uso do medicamento, apenas se rotula e culpabiliza o sujeito, sem de fato procurar medidas para potencializar o aluno e a instituição escolar na resolução do problema. Assim, o setor saúde, nessa forma de estabelecer contato com o setor educação, produz uma assistência fragmentada, individualizada e biologizante, sem considerar o contexto social do qual a criança é oriunda, ou problematizar a instituição escolar como parte do problema em questão. Assim, “[...] é problema neurológico, vai para o neurologista; é dificuldade de concentração, vai para o psicólogo [...]” (Helicônia, Educação-R4).

Os participantes da pesquisa destacaram a importância de compreender o contexto social do qual a criança é oriunda e que pode ter relação com as dificuldades apresentadas, apontando que não devem restringir a compreensão da dificuldade apenas à manifestação da criança em sala de aula. Citam que situações vivenciadas em casa podem repercutir no desempenho e no comportamento do estudante na escola, tais como: “[...] a questão da violência, do relacionamento entre pai e mãe, do psicológico!” (Verônica, Saúde-R1); “ou são pais separados, ou o pai está preso!” (Perpétua, Educação-R1); “alcooolismo” (Verônica, Saúde-R1); práticas coercitivas de educação parentais, como “casos de agressão, estupro” (Perpétua, Educação-R1).

Apesar da tentativa de ampliar a compreensão do sofrimento psíquico das crianças e sua relação com o processo de ensino-aprendizagem, observa-se que muitos profissionais não colocam em questão a instituição escolar e os limites e dificuldades do processo pedagógico em si, ao que cabe evocar a célebre frase de Mannoni (1988), ao refletir que a escola encarrega a “medicina de responder onde o ensino fracassou” (MANNONI, 1988, p. 62). Assim:

Se, por um lado, os profissionais da Educação se veem destituídos de sua possibilidade de ação junto às crianças pela hegemonia do discurso das especialidades; por outro, ao assumir e validar

os discursos médico-psicológicos, a pedagogia não deixa de fazer a manutenção dessa mesma prática, desresponsabilizando a escola e culpabilizando as crianças e suas famílias por seus fracassos. (GUARIDO, 2007, p. 157).

De acordo com Silva, Bodstein e Cele (2016), as estratégias adotadas na prevenção de doenças e promoção da saúde dos educandos no contexto escolar pressupõem uma abordagem que valorize a diversidade de sujeitos, conhecimentos e saberes, considerando ainda o contexto social em que esses estão inseridos. Neste sentido, é importante a existência de propostas inovadoras que busquem romper com um discurso biomédico hegemônico constituído historicamente, reconhecendo a escola como ambiente propício para a promoção da saúde, o compartilhamento de saberes e experiências, por meio de iniciativas mais dialógicas e reflexivas (BRZOZOWSKI; CAPONI, 2013).

Executar um trabalho intersetorial, em rede, como proposto pelo PSE, exige dos profissionais sair da lógica biomédica, do atendimento individual, centrado na cura por meio de medicamentos e do atendimento exclusivo do profissional de saúde. Exige reflexão crítica sobre a abordagem terapêutica convencionalmente prestada aos educandos com dificuldades de aprendizagem e/ou problemas de comportamento escolar. Exige que a rede acredite que respostas apropriadas e possíveis soluções somente serão construídas no conjunto, no coletivo e na responsabilização mútua (FIGUEIREDO; FURLAN, 2010).

## **CONTRIBUIÇÕES DA INTERSETORIALIDADE PROMOVIDA PELO PSE PARA A DESMEDICALIZAÇÃO DO CUIDADO À SAÚDE**

A articulação entre escola e UBS, proposta pelo PSE, visa fortalecer a adoção de um novo modelo de atenção centrado na promoção da saúde, por meio da ação intersetorial de equipes multiprofissionais (BRASIL, 2009). Destaca-se que, apesar de não haver indicação explícita nos documentos do Programa em nível nacional, no município estudado o Departamento da Assistência Social está inserido nas atividades do PSE desde o início de sua implantação.

Neste estudo, observou-se um envolvimento efetivo das secretarias de Saúde, Educação e Assistência Social na definição de metas, no planejamento e na execução de ações. É importante refletir sobre a tendência de maior envolvimento de um setor específico em programas dessa natureza, resultando em ações fragmentadas e centralizadoras, nas quais os envolvidos não conseguem ultrapassar as fronteiras do seu setor e tampouco reconhecer o potencial dos demais setores para o enfrentamento de problemas que se constituem demandas comuns. Essa realidade é constatada por Sousa, Esperidião e Medina (2017), que destacam o protagonismo do setor saúde no planejamento, realização das atividades e avaliações do PSE em um município da região metropolitana do nordeste do país.

Embora o Ministério da Saúde não exija a inserção de setores além da Saúde e Educação no PSE, ensaios para aproximações efetivas já existem, como mostra o estudo de Ferreira et al. (2014) com vistas à ampliação do alcance das ações do Programa. Esses autores realizaram pesquisa com gestores de cinco municípios das diferentes regiões do país, sendo que a maioria mencionou a aproximação entre saúde e educação, bem como sinalizou aproximações com outros setores como universidades, organizações não governamentais e a política de Assistência Social.

É importante reforçar a importância da comunicação em todos os níveis da rede intersetorial com vistas a realização de um trabalho efetivo na perspectiva da integralidade do cuidado. Partindo da valorização da ação intersetorial, assim como da abordagem integral com intervenções que considerem a diversidade existente na comunidade escolar, é possível estabelecer um novo sentido à saúde, onde não é mais concebível um olhar restrito às dimensões biológicas, aos fatores de risco e adoecimento. Ao invés disso, amplia-se a compreensão da saúde, como um processo constituído de múltiplas dimensões, sendo influenciado pelo meio onde o indivíduo está inserido, suas experiências e vivências (SILVA; BODSTEIN; CELE, 2016).

Apesar dos entraves, os participantes reconhecem avanços do trabalho em rede, ao envolverem outros setores para pensar as dificuldades reconhecidas na escola:

[...] eu acho que é importante ressaltar esse trabalho feito em conjunto. Eu lembro que, há anos atrás, nos nossos conselhos de classe, quando nós abríamos preocupações com relação à aprendizagem do aluno, a gente percebia que necessitaria de um conjunto maior de pessoas pensando em prol do aluno. Primeiramente, a gente recorria à família que por muitas vezes não dava a resposta, a ajuda esperada. Quando a gente começou a trabalhar em conjunto, que foi uma ideia lá da saúde, eu acho que a gente começou a pensar, e a gente começou a ter um respaldo maior e uma coragem maior de começar a investigar a origem dos problemas e, conseqüentemente, buscar soluções para eles [...]. (Crisântemo, Educação-R3).

Envolver o setor saúde na discussão dos problemas observados na escola pode ampliar a compreensão sobre os problemas observados. Entretanto, pode também levar à medicalização de dificuldades cotidianas e/ou relativas ao processo pedagógico, que passam a ser compreendidas como agravos em saúde.

Assim, ao trabalhar na perspectiva da integralidade da saúde e sob uma lógica intersetorial, gera-se suporte para o setor da educação, como aponta uma professora: “[...] a gente não se sente tão só, porque a gente pensa o aluno num todo, todos juntos. O aluno não é só um problema meu, ele é um problema de toda equipe.” (Begônia, Educação-R3). No entanto, é também um processo desafiador, permeado de entraves e que exige questionamento e reflexividade constante das equipes para ser efetivo sem medicalizar ainda mais os cuidados voltados aos educandos no âmbito da educação:

[...] eu acho que foi um dos pontos mais positivos dos últimos anos, o trabalho em conjunto, essa rede que se formou. A gente pode analisar que ainda tem muitas coisas que poderiam ser melhores. Desde tempo para a gente se reunir, tempo para visitar a família, tempo para fazer a reunião, trazer a família. Mas, enfim, um começo está feito e alguns resultados já estão aparecendo e acho que o caminho é continuar [...]. (Crisântemo, Educação-R3).

Essa nova organização da assistência à saúde, regulamentada por políticas públicas, implica em adoção de práticas de colaboração. Sendo assim, é necessário revigorar o princípio da intersetorialidade citado na Política Nacional da Promoção da Saúde (PNPS), uma vez que esse conceito remete à articulação de saberes e ao desenvolvimento de ações compartilhadas com vistas a diminuir as lacunas, aumentar os vínculos e se corresponsabilizar na formulação e na gestão de objetivos comuns (BRASIL, 2014). Dias *et al.* (2016, p. 1797) contextualizam que esse novo cenário de organização dos serviços de saúde se constitui no “[...] exercício permanente da desfragmentação das ações e serviços com o objetivo de promover e potencializar redes cooperativas e resolutivas.”

Neste sentido, a intersetorialidade representa no município uma iniciativa para compreender as dimensões biológicas, psicológicas, educacionais e socioculturais dos problemas vivenciados pelos educandos, à medida que permite a soma de saberes individuais, para o desenvolvimento de ações planejadas em conjunto, potencializadas pela comunicação do saber coletivo.

Ressalta-se a importância de desenvolver as ações do PSE em consonância com o projeto político-pedagógico das escolas, como previsto no Programa (BRASIL, 2015). Com ações conjuntas e integradas, entre escolas e serviços de saúde, cria-se um cenário propício para trabalhar de modo intersetorial sob a perspectiva da integralidade em saúde.

Ressalta-se que, no município estudado, há registros no ano de 2014 que apontam para ações intersetoriais no projeto político-pedagógico das unidades escolares municipais. No entanto, ao examinar os dados relativos as ações desenvolvidas no PSE, verificou-se que, embora essas tenham sido planejadas na lógica intersetorial, algumas foram implementadas setorialmente, com destaque para ações de caráter clínico desenvolvidas pelo setor da saúde, como: avaliação antropométrica; avaliação em saúde bucal e saúde ocular. O que se questiona e problematiza não é a realização dessas ações, as quais se incluem entre as competências do campo profissional da saúde, mas o fato de essas não serem articuladas com ações de caráter educativo, mobilizadoras de reflexão e de promoção da autonomia nos sujeitos no cuidado de si, como refere a PNPS (BRASIL, 2014).



Se, historicamente, as políticas de educação e saúde se estruturaram em uma lógica de funcionamento fragmentada e setorial, a implantação do PSE buscou romper com essa premissa e permitiu estreitar os vínculos entre escola, UBS e Assistência Social. Nessa perspectiva, ações conjuntas entre esses serviços devem ser otimizadas, à medida que a escola se configura como instituição com cenários propícios para trabalhar de modo intersetorial, sob a perspectiva da integralidade em saúde. Por atingir grande parcela da população com foco na educação, a escola se transforma em potencial agente de mudança, que pode fornecer elementos importantes para os educandos na construção de uma vida saudável (CARVALHO, 2015; FARIAS *et al.*, 2016).

Com o objetivo de repensar as ações desenvolvidas no âmbito da saúde mental no contexto escolar e com vistas à melhor abordagem das situações-problema envolvendo crianças e adolescentes, o município estudado pactuou em seu Termo de Compromisso, em 2013, a ação: “Promoção da saúde mental no território escolar: criação de grupos intersetoriais de discussão de ações de saúde mental no contexto escolar, em articulação com o GTI-M”.

Com a implantação do PSE, vislumbrou-se a possibilidade de organizar a rede de atendimento em saúde mental para crianças e adolescentes, o que gerou expectativa de mudança com relação ao panorama de medicalização apresentado. Assim, em agosto de 2014 teve início o projeto “Programa Saúde na Escola: construindo redes intersetoriais para desmedicalizar o ambiente escolar” no município em questão. Nesse projeto, um grupo de profissionais dos setores da Saúde, Educação e Assistência Social, bem como os profissionais integrantes do GTI-M, se reuniam periodicamente para discutir as demandas e programar ações voltadas aos educandos, no âmbito da saúde mental.

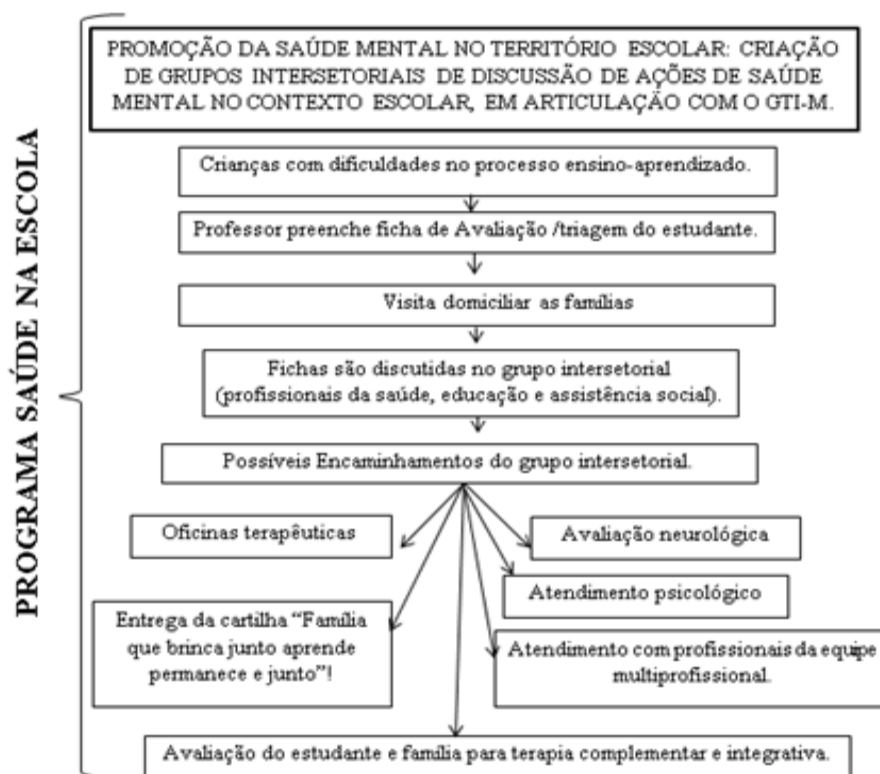
Para a construção da rede de atendimento em saúde mental e o estabelecimento de um fluxo de atendimentos, buscou-se a parceria da equipe intersetorial e multiprofissional. Para tanto, a primeira etapa do projeto, que posteriormente se constituiu como uma estratégia contínua, “[...] foi o levantamento das dificuldades das crianças que estavam passando por alguma dificuldade na escola [...]” (Jasmim, Saúde-R2). Esse levantamento era realizado pelo professor que, “[...] ao identificar no seu dia a dia dificuldades no processo ensino-aprendizagem de um estudante, preenche uma ficha de avaliação para encaminhar ao GTI-M.” (BRAMBILLA *et al.*, 2016, p. 40).

A iniciativa de identificar dificuldades da criança no processo de ensino-aprendizagem e discutir com a equipe multiprofissional e intersetorial exige cuidado por parte de todos os envolvidos, a fim de que não se restrinja o problema ao aluno como um corpo que sofre. Como dizem Pais, Menezes e Nunes (2016, p. 445), é “[...] a partir da escola que emergem as primeiras impressões sobre a necessidade de um olhar mais atento para um potencial problema que podem levar à medicalização.”

Após o encaminhamento das avaliações pela escola, as fichas eram discutidas em reunião do Grupo de Trabalho Intersetorial, a fim de compreender especificidades da situação de cada educando, bem como identificar fragilidades e potencialidades, as quais serviam de suporte para serem definidos encaminhamentos posteriores (BRAMBILLA *et al.*, 2016). Valorizar as informações sobre as potencialidades do educando possibilita aos profissionais utilizar estratégias de acolhimento, bem como de alívio e minimização do sofrimento.

A figura a seguir apresenta o fluxograma de atendimento aos educandos com dificuldades de ensino-aprendizado, organizado a partir do projeto desenvolvido no município.

Figura 1 – Fluxograma proposto para atendimentos de educandos com dificuldades no processo ensino-aprendizado



Fonte: os autores (2017), a partir de registros documentais municipais.

Segundo o caderno gestor do PSE, caso haja necessidade de encaminhamentos de educandos à rede de saúde, é de grande valia que haja o envolvimento das equipes do PSE, da ESF e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), possibilitando que a decisão seja tomada em conjunto, após discussão exaustiva do caso e construção conjunta de possíveis soluções, com vistas à atenção integral à saúde desse educando (BRASIL, 2011). Isso permite respeitar a individualidade de cada criança e não adotar a homogeneização das práticas adotadas e, conseqüentemente, a hipermedicalização.

Após o GTI-M discutir a ficha de avaliação individual, realizava-se, usualmente, uma visita domiciliar, com a finalidade de conhecer a dinâmica familiar, seu contexto social e realizar uma aproximação com a família. Nesse sentido, “[...] a aproximação com a família, as informações sobre a vida desse sujeito nos espaços que ocupa, auxiliam no entendimento dos fenômenos que se apresentam na escola.” (BRASIL, 2011, [s.p.]).

Na sequência, levando em consideração as habilidades e dificuldades de cada educando, era ofertado seguimento do atendimento, a citar: atendimento psicológico, encaminhamento ao neurologista, inserção em grupos para fortalecimento de vínculos junto ao departamento de Assistência Social, práticas complementares e integrativas e ações psicopedagógicas, a exemplo da ludoterapia (BRAMBILLA *et al.*, 2016).

No que se refere às práticas integrativas e complementares, os articuladores do PSE citam o uso de Florais de Bach como medida empregada com o objetivo de encontrar “a melhor forma possível, menos agressiva de ajudar” (Verônica, Saúde-R1). Os participantes da pesquisa ressaltam que a abordagem com os Florais prevê não apenas disponibilizar o princípio ativo, porque permaneceria focado na criança, mas a mudança de enfoque, que considera determinantes sociais do processo saúde doença e o princípio da integralidade na definição do processo terapêutico. Além disso, valoriza o contexto biopsicossocial, à medida que insere a família no processo e valoriza as subjetividades do educando.

Além disso, verifica-se que a equipe buscou estratégias para valorizar potencialidades da rede de atenção à saúde e de outros setores, tais como o desenvolvimento de grupos, nos quais as

crianças e, em determinados momentos, suas famílias, seriam mobilizadas por meio de técnicas diferenciadas, como a ludoterapia.

Para essa mudança de rota, conta-se com ações integradas da equipe de referência da Atenção Básica, dos profissionais das escolas e dos CRAS e CREAS. Assim, os participantes discutem que o projeto permitiu avanços no atendimento, na perspectiva do trabalho intersetorial: “[...] com a criação do GTI, com a formação desses três setores, Educação, Saúde e Assistência Social, acho que nós melhoramos a condição de decidir esses casos de uma forma mais ampla para daí, sim, ter um encaminhamento correto [...]” (Lírio, Saúde-R1). “Esse casamento, Saúde e Educação, foi perfeito! Claro que perfeito nada é; mas, enfim, muito pertinente! Porque as questões, sempre, o que tem na Saúde ou na Educação casam com o Social também, não tem como separar isso.” (Perpétua, Educação-R1).

Para fortalecer a implementação das ações do PSE no município, os participantes destacam a importância da formação, correspondente ao componente III da pactuação: “e a gente precisa de apoio. A gente precisa de palestras, a gente precisa de capacitação” (Rosa, Educação-R4).

As atividades relativas à formação foram organizadas por membros do GTI-M e articuladores do Programa e destinadas aos três setores: Saúde, Educação e Assistência Social. Para além dos momentos em que a equipe se reunia para processos de formação, havia encontros de discussão sobre assuntos específicos, conforme evidências nos registros documentais. Destaco título de reportagem publicada em 2014 em jornal de circulação local: “GTI MUNICIPAL DO PSE ORGANIZOU REUNIÕES”, que trata de ciclo de reuniões nas escolas. A ação foi organizada intersetorialmente com a finalidade de discutir a implementação do projeto de saúde mental.

Nesse sentido, os profissionais destacam que o PSE possibilitou avanços importantes relativos à formação, sinalizam para temas ligados à sexualidade e à medicalização. No que tange à medicalização, os participantes ressaltam que, a partir das ações do PSE, passaram a refletir sobre os desafios do contexto que permeia esse tema.

Diante dessas considerações, a articulação intersetorial, proposta pelo PSE, mostrou-se ferramenta importante para contemplar e abordar de forma mais apropriada a complexidade das relações que permeiam o processo de medicalização do cuidado prestado aos educandos no contexto escolar. Apesar de existirem diversos entraves no processo, a equipe intersetorial construiu uma rede de atendimento, com potencial significativo para contribuir com a integralidade da atenção à saúde no ambiente escolar do município. Nesse sentido, pode-se visualizar o impacto positivo do PSE no território por meio do fluxograma de atendimento desenvolvido no projeto. Trata-se de uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) que aos poucos está sendo consolidada na perspectiva da intersetorialidade.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A cartografia realizada no presente estudo mostrou que o PSE ajudou os profissionais das políticas públicas envolvidas a reconhecerem e enfrentarem, mesmo que não de maneira uniforme, o processo de medicalização do cuidado prestado aos educandos no contexto da educação presente no território. Nesse movimento, observou-se o predomínio de ações centradas no setor saúde, especialmente no médico neurologista, que desencadeavam uma assistência fragmentada, medicamentosa e padronizada, sem resolutividade das dificuldades das crianças, das escolas ou das famílias.

O PSE, por meio da articulação intersetorial, planejou e executou ações voltadas à atenção integral à saúde que geraram desmedicalização. Essa articulação, apesar dos desafios, configurou-se como uma potencialidade do Programa no município estudado, pois fomentou a implementação, inédita naquele contexto, de ações planejadas envolvendo os setores Educação, Saúde e Assistência Social, ampliando a percepção das problemáticas que envolviam os educandos, bem como o leque de ações promovidas pelos profissionais.

Assim, diante de uma dificuldade antes enfrentada somente com medicamentos psicotrópicos, com uma comunicação restrita entre escola e serviço de saúde, passou-se a discutir os casos em equipes multiprofissionais e de forma intersetorial. No atendimento do setor saúde, diversificaram-se as ofertas terapêuticas, inserindo, por exemplo, as PICs e envolvendo outros profissionais que não só o médico. Também se buscou outras estratégias para envolver as famílias nas

ações e a promover ações psicopedagógicas com vistas a enfrentar as limitações do processo pedagógico.

O projeto implementado no município, por intermédio do PSE, configurou-se como uma estratégia na direção do cuidado integral à saúde com potencial para a desmedicalização do cuidado aos educandos no contexto da educação, para o que o trabalho cartográfico também contribuiu, tendo em vista sua dimensão interventiva, que se visibiliza com as rodas de conversa e oficina. No entanto, também evidencia que a simples aproximação entre os setores saúde e educação, que não envolva práticas refletidas e a corresponsabilização dos diferentes profissionais, pode fortalecer a medicalização da saúde, ao ampliar o acesso dos alunos aos profissionais de saúde.

Instituição financiadora: Fundo de Apoio à Pesquisa da Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNOCHAPECÓ).

## REFERÊNCIAS

BRAMBILLA, D. K. et al. Programa Saúde na Escola: construindo redes intersetoriais para desmedicalizar o ambiente escolar. **Revista Catarinense de Saúde da Família**, Florianópolis, v. 2, n. 13, p. 37-41, out. 2016. ISSN: 2357-7088.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica: Saúde na Escola**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Caderno do gestor do PSE**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **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.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Departamento de Atenção Básica. **Passo a Passo do PSE – Programa de Saúde da Escola**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Organização Pan-Americana da Saúde. **Escolas Promotoras da Saúde: experiências no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Portaria Interministerial n. 1.413, de 10 de julho de 2013. Redefine as regras e critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE) por Estados, Distrito Federal e Municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 10 jul. 2013.

BRZOZOWSKI, F. S.; CAPONI, S. Medicalização dos desvios de comportamento na infância: aspectos positivos e negativos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 1, n. 33, p. 208-221, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932013000100016>.

CARTA DE OTTAWA. In: 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, Canadá; 1986. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta\\_ottawa.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf)>. Acesso em: 5 out. 2016.

CARVALHO, F. F. B. A saúde vai à escola: a promoção da saúde em práticas pedagógicas. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1207-1227, out./dez. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000400009>.

CONRAD, P. **The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders**. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2007.

CRUZ, M. G. A.; OKAMOTO, M. Y.; FERRAZZA, D. A. O caso Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e a medicalização da educação: uma análise a partir do relato de pais e professores. **Interface**, Botucatu, v. 20, n. 58, p. 703-714, abr. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0575>.

DIAS, M. A. S. et al. Colaboração interprofissional no Projeto Saúde e Prevenção na Escola. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6 n. 21, p. 1789-1798, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015216.08112016>.

FARIAS, I. C. V. et al. Análise da intersetorialidade no Programa Saúde na Escola. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 2, n. 40, p. 261-267, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v40n2e02642014>.

FERREIRA, I. R. C. et al. Percepções de gestores locais sobre a intersetorialidade no Programa Saúde na Escola. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 56, p. 61-76, jan./mar. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-24782014000100004>.

FIGUEIREDO, M. D.; FURLAN, P. G. O subjetivo e o sócio-cultural na co-produção de saúde e autonomia. In: CAMPOS, G. W. S. C.; GUERRERO, A. V. P. (Org.). **Manual de Práticas em Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 154-178.

FIGUEIREDO, T. A. M.; MACHADO, V. L. T.; ABREU, M. M. S. A saúde na escola: um breve resgate histórico. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 15, p. 397-402, mar. 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000200015>.

GUARIDO, R. A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 151-161, jan./abr. 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1517-97022007000100010>.

LIMA, L. N.; LIMA, M. L. C. Medicalização da educação: Investigações acerca da produção bibliográfica brasileira bibliográfica brasileira. **Revista CESUMAR**, Maringá, v. 22, n. 2, p. 463-477, jul./dez. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.17765/1516-2664.2017v22n2p463-477>.

KASTRUP, V.; BARROS, R. B. Movimentos-funções do dispositivo na prática da cartografia. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Org.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009. p. 76-91.

MANNONI, M. **Educação impossível**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1988.

MEIRA, E. M. Para uma crítica da medicalização na educação. **Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 135-142, jan./jun. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-85572012000100014>.

PAIS, S. C.; MENEZES, I.; NUNES, J. A. Saúde e escola: reflexões em torno da medicalização da educação. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 9, p. 1-10, set. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00166215>.

MOYSES, M. A. A.; COLLARES, C. A. L. Dislexia e TDAH: uma análise a partir da ciência médica. In: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO (Org.). **Medicalização de Crianças e Adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010. p. 71-110.

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Org.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009.

ROSE, N. Disorders without borders? The expanding scope of psychiatric practice. **BioSocieties**, Chennai, v. 1, n. 4, p. 465-484, dez. 2006. DOI: 10.1017/S1745855206004078.

SIGNOR, R. **O sentido do diagnóstico de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade para a constituição do sujeito/aprendiz**. 2013. 114 f. Tese (Doutorado em Linguística) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

SILVA, C. S.; BODSTEIN, R. C. A.; CELE, R. Referencial teórico sobre práticas intersetoriais em Promoção da Saúde na Escola. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 1777-1788, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015216.08522016>.

SOUSA, M. C.; ESPERIDIÃO, M. A. E.; MEDINA, M. G. A intersetorialidade no Programa Saúde na Escola: avaliação do processo político-gerencial e das práticas de trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 22, p. 1781-1790, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017226.24262016>.

THIENGO, D. L.; CAVALCANTE, M. T.; LOVISI, G. M. Prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e fatores associados: uma revisão sistemática. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 63, p. 360-372, maio 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000046>.

TIMIMI, S. **Pathological child psychiatry and the medicalization of childhood**. New York: Brunner-Routledge, 2002.

WHITAKER, R. Transformando crianças em pacientes psiquiátricos: fazendo mais mal do que bem. In: CAPONI, S.; VASQUEZ-VALENCIA, M. F.; VERDI, M. (Org.). **Vigiar e medicar: estratégias de medicalização da infância**. São Paulo: LiberArs, 2016. p. 13-28.

**Submetido:** 14/12/2018

**Aprovado:** 03/09/2019