



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

Yasmin Cunha de Oliveira

O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: SIGNIFICADOS E PRÁTICAS

Salvador
2015

Yasmin Cunha de Oliveira

O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: SIGNIFICADOS E PRÁTICAS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Educação da Universidade Federal da Bahia como requisito para obtenção do grau de Mestra em Educação.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Virgínia Machado Dazzani

Salvador

2015

Yasmin Cunha de Oliveira

O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: SIGNIFICADOS E PRÁTICAS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Educação da Universidade Federal da Bahia como requisito para obtenção do grau de Mestra em Educação.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Virgínia Machado Dazzani

Aprovada em 30 de setembro de 2015.

Banca Examinadora

Maria Virgínia Machado Dazzani (Orientadora)
Doutora em Educação — Universidade Federal da Bahia

Gilberto Lima dos Santos
Doutor em Psicologia — Universidade do Estado da Bahia

Vania Nora Bustamante Dejo
Doutora em Saúde Coletiva — Universidade Federal da Bahia

AGRADECIMENTOS

Guimarães Rosa disse mais ou menos o seguinte: a coisa não está nem na partida nem na chegada. Está é na travessia. Por isso, agradeço a todos que, de forma direta ou indireta, me acompanharam nesta travessia.

Primeiramente, não poderia deixar de mencionar aqueles que me acompanham desde o princípio e me ensinaram o valor da ética, do conhecimento e do cuidado ao próximo, meus pais.

Agradeço imensamente a minha orientadora, Virgínia Dazzani, que apoiou minhas escolhas, guiando esta travessia de forma sábia, respeitosa e cuidadosa.

Às professoras Olívia Silveira e Vania Bustamante, pela leitura atenta e pelas colocações no exame de qualificação, que tanto contribuíram com meu trabalho.

Aos professores Alessandra Barros e Gilberto Lima, pela leitura cuidadosa e ponderações que enriqueceram além do meu texto, meu olhar como pesquisadora.

À Capes (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), pelo apoio financeiro.

A Livia, Victor (Xumi) e Paula, pois, apesar de estarem longe da vida acadêmica, aceitaram me acompanhar e me socorrer em muitos momentos desta caminhada, com leituras e sugestões valiosíssimas.

Aos colegas de mestrado do grupo AA (Acadêmicos Anônimos), que dividiram angústias e risos e, sem dúvida, tornaram esta travessia mais leve. A Tarcyla, Maiara, Amanda, Solange, Wilson, Daiane, Patrícia e Alex.

Aos colegas do grupo de pesquisa, cúmplices dos questionamentos e das discussões, muitas vezes sem fim. A Ramon, Aline, Alan e, em especial, a Verônica, que estiveram sempre disponíveis para os diálogos e tanto contribuíram para meu trabalho.

Às amigas Natália, Milena, Aruanã e Bárbara, que desde a graduação me acompanharam em todos os passos, inclusive aceitando as ausências.

Por fim, agradeço às secretarias de Educação e de Saúde de Sapeaçu e aos participantes deste estudo, que me incluíram em suas rotinas e me encantaram com seus questionamentos, suas dificuldades e suas histórias de superação.

A VERDADE DIVIDIDA

A porta da verdade estava aberta
mas só deixava passar
meia pessoa de cada vez.

Assim não era possível atingir toda a verdade
porque a meia pessoa que entrava
só conseguia o perfil de meia verdade.

E sua segunda metade
voltava igualmente com meio perfil.

E os meios perfis não coincidiam.

Arrebentaram a porta. Derrubaram a porta.

Chegaram ao lugar luminoso
onde a verdade esplendia os seus fogos.

Era dividida em duas metades
diferentes uma da outra.

Chegou-se a discutir qual a metade mais bela.

Nenhuma das duas era perfeitamente bela.

E era preciso optar. Cada um optou
conforme seu capricho, sua ilusão, sua miopia.

Carlos Drummond de Andrade

RESUMO

OLIVEIRA, Yasmin Cunha de. *O Programa Saúde na Escola: Significados e Práticas*. 2015. 93 f. Dissertação (Mestrado) — Faculdade de Educação, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015.

A presente pesquisa investiga o Programa Saúde na Escola (PSE), particularmente os significados que os professores e a equipe de Saúde da Família (eSF) — médico, enfermeiro, agente comunitário e odontólogo — atribuem às práticas de educação em saúde. Implementado nacionalmente em 2007, o PSE nasceu de uma política intersetorial, entre a saúde e a educação. Partindo de uma abordagem qualitativa, este estudo valeu-se de observação participante e entrevistas semiestruturadas para a coleta dos dados, feita em uma escola do ensino fundamental I do município de Sapeaçu, na Bahia, que aderiu ao PSE. Tendo como base teórica algumas das ideias centrais de autores como Vigotski, Bruner e Valsiner, na análise, parte-se do pressuposto de que a experiência humana é uma realidade subjetiva culturalmente organizada e constantemente recriada. Nesse sentido, estudaram-se as ações do PSE em Sapeaçu explorando as práticas de educação em saúde e seus significados para profissionais envolvidos no programa. A análise dos dados pautou-se no discurso dos sujeitos sobre o PSE e nas observações em campo e revelou que, embora a implantação do PSE tenha trazido dificuldades e desafios, também foram identificadas ações que contribuíram para a formação dos estudantes, considerando a atenção e promoção da saúde e a prevenção de doenças. Os significados de educação em saúde oscilam de acordo com o estilo de pensamento adotado por cada sujeito, mas as atividades desenvolvidas no PSE são verticalmente decididas pelos ministérios da Saúde e da Educação, ou pela Coordenação Municipal do Programa. Avanços foram identificados principalmente na atenção à temática da saúde nas escolas após a implantação do programa no município, mas a falta de interação entre as equipes escolares e de saúde é um empecilho à boa condução e continuidade do programa.

Palavras-chave: Educação; Saúde; Programa Saúde na Escola; Educação em saúde; Política pública.

ABSTRACT

OLIVEIRA, Yasmin Cunha de. *The School Health Programme: Meanings and Practices*. 2015. 93 pp. Dissertation (Master's degree) — Faculty of Education, Federal University of Bahia, Salvador, 2015.

This research aims to investigate the School Health Programme (*Programa Saúde na Escola: PSE*) by examining the meanings that teachers and the Family Health team – a doctor, a nurse, a community health agent and a dentist – attribute to health education practices. Established nationally in 2007, the PSE grew out of an intersectoral policy between health and education. Based on a qualitative approach, data was collected through participant observation and semi-structured interviews and the study was conducted in a Level I Primary School in the municipality of Sapeaçu, Bahia, which implements the School Health Programme. Based on certain theoretical ideas central to authors such as Vygotsky, Bruner and Valsiner, the analysis sets out from an assumption that the human experience is a culturally organized and constantly recreated subjective reality. In this sense, it seeks to study PSE activities, within a municipality in Bahia, by exploring health education practices and their meanings for the professionals involved in the programme. Data analysis was based on subjects' discourse about the School Health Programme and field observations. The data analysis revealed that the implementation of the PSE creates a number of difficulties and challenges for both Family Health professionals and teachers. However, it is worth noting that certain activities were identified that contributed to students' education in relation to health care, promotion and prevention. The meanings of health education are related to each subject's life history, experience, knowledge and beliefs. The activities implemented by the PSE are, in general, decided vertically, through the Ministries of Health and Education and the Programme's Municipal Coordination Department. Important progress was identified in the areas of health and education, principally in the attention paid to the theme of health in schools, following the establishment of the PSE within the municipality. The study identified a lack of interaction between the school and health teams, which was the principal difficulty identified by professionals and other programme participants.

Key words: Education; Health; School Health Programme; Health Education; Public policy.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS Síndrome da imunodeficiência adquirida

CAPES Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CIESE Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola

DST Doença sexualmente transmissível

EJA Educação de Jovens e Adultos

ESF Estratégia de Saúde da Família

eSF Equipe de Saúde da Família

FAMAM Faculdade Maria Milza

GTI-E Grupo de Trabalho Intersetorial Estadual

GTI-F Grupo de Trabalho Intersetorial Federal

GTI-M Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal

HPV Papilomavírus humano

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDEB Índice de Desenvolvimento de Educação Básica

INEP Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira

IMC Índice de Massa Corpórea

MEC Ministério da Educação

MS Ministério da Saúde

OMS Organização Mundial de Saúde

PCN Parâmetros Curriculares Nacionais

PS Promoção da Saúde

PSE Programa Saúde na Escola

PSF Programa Saúde da Família

SIMEC Sistema Integrado de Monitoramento, Execução e Controle

SISAB Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica

SPE Saúde e Prevenção nas Escolas

SUS Sistema Único de Saúde

UFRB Universidade Federal do Recôncavo

USF Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO E JUSTIFICATIVA	13
1 EDUCAÇÃO E SAÚDE: UMA INTERFACE	15
2 O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: UMA INTERVENÇÃO INTERSETORIAL ..	25
2.1 Políticas públicas e intersetorialidade	25
2.2 Programa Saúde na Escola.....	26
3 PSICOLOGIA CULTURAL: INVESTIGANDO AÇÕES HUMANAS	34
4 MÉTODO	38
4.1 Problema	38
4.2 Objetivos.....	39
4.2.1 <i>Objetivo geral</i>	39
4.2.2 <i>Objetivos específicos</i>	39
4.3 Local da investigação	39
4.3.1 <i>O município</i>	40
4.3.2 <i>A escola</i>	42
4.3.3 <i>Unidade de Saúde da Família</i>	43
4.4 Participantes	44
4.5 Instrumentos para produção de dados	45
4.6 Procedimentos de coleta e produção de dados.....	47
5 RESULTADOS	49
5.1 Implantação do PSE	49
5.2 Ações do PSE: articulação com as práticas locais	54
5.3 Significados das práticas de educação em saúde.....	67

5.4 Desafios e estratégias de enfrentamento construídas pelos participantes do PSE.....	73
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	80
REFERÊNCIAS.....	85
ANEXO A — Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	90
ANEXO B — Roteiro de observação	92
ANEXO C — Roteiro de entrevista semiestruturada	93

APRESENTAÇÃO E JUSTIFICATIVA

O Programa Saúde na Escola (PSE) foi lançado em dezembro de 2007 pelo Decreto Presidencial nº 6.286, no âmbito do Ministério da Saúde (MS) e do Ministério da Educação (MEC). Por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde, o programa objetiva contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica (BRASIL, 2007b). A escola, nesse sentido, é considerada um espaço ideal para a formação do pensamento crítico e político, além de locus privilegiado para ações de promoção da saúde (BRASIL, 2009b), uma vez que contribui na construção de valores pessoais, crenças, conceitos e maneiras de conhecer o mundo.

O presente estudo analisa as práticas de educação em saúde e os significados que a equipe escolar e a equipe de Saúde da Família (eSF) atribuem às práticas de educação em saúde do PSE. Embora o programa tenha sido instituído em 2007, até a presente data há poucas publicações acerca da sua implementação e efetividade. Este estudo propõe um olhar sobre o programa, focando na vivência das equipes de atenção básica e do corpo docente de uma escola. Considerando a natureza do programa e valorizando os profissionais, nossa proposta se debruçou sobre os dados trazidos por aqueles que trabalham e desenvolvem as ações do PSE. Os dados obtidos neste estudo poderão contribuir para a compreensão sobre o funcionamento do programa e, posteriormente, servir de subsídio para a autoavaliação e o aperfeiçoamento dos profissionais que atuam no PSE.

O município baiano de Sapeaçu aderiu ao PSE em 2011 e, desde então, tem desenvolvido ações que refletem uma aproximação entre as áreas de saúde e educação. Localizado na região do Recôncavo Sul, na Bahia, esse município encontra-se a somente 155 km da capital, Salvador. Possui 16.585 habitantes (IBGE, 2011) e concentra variados níveis de ensino, sendo 31 estabelecimentos de educação, entre creches, pré-escolas e centros de ensino fundamental, de ensino médio e de educação de jovens e adultos (EJA). Após pouco mais de quatro anos de implementação, o PSE cobre, desde 2014, cem por cento das escolas do município.

O interesse por esta pesquisa e a escolha de conduzi-la sob os auspícios de um programa de pós-graduação em educação se deram por uma inquietação pessoal em compreender como as ações em saúde podem dialogar com a educação e vice-versa. Embora o programa preconize uma parceria entre as duas áreas de conhecimento, a produção acadêmica dessa interseção entre saberes ainda se concentra na saúde (CAIRES, 2014; FERRARO, 2011; GOMES, 2012; LEITE, 2013; SANTIAGO et al., 2012).

O presente trabalho é composto, inicialmente, por uma revisão de literatura relativa a duas áreas de conhecimento, saúde e educação. Ressalta-se a discussão da saúde dentro da perspectiva dos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs) e o papel e posicionamento da escola perante a educação em saúde, assim como as novas estratégias nesse campo trazidas pela Reforma Sanitária brasileira, como a promoção da saúde. É feita ainda uma introdução sobre as políticas e os projetos públicos até o Programa Saúde na Escola.

Este projeto se filia ao referencial teórico da psicologia cultural, apresentada à luz de autores como Bruner e Valsiner. Para tanto, o trabalho parte do pressuposto de que a psicologia cultural deve explorar os significados e seus usos na prática e na ação cotidiana, levando em conta os contextos culturais onde os sujeitos estão inseridos. Apoiados ainda nas formulações teóricas de Vigotski, compreendemos que o significado pode ser entendido como unidade de análise.

Em seguida, é apresentado o delineamento metodológico, desde a escolha da abordagem qualitativa, o problema, os objetivos e o contexto do local investigado aos participantes e instrumentos. A contextualização refere-se ao local da produção de dados, o município escolhido, a escola observada e a Unidade de Saúde da Família do território. Será discutida também a escolha dos participantes e instrumentos para a produção de dados.

Os resultados são apresentados em quatro seções do quinto capítulo, construídas de acordo com as entrevistas transcritas e as observações registradas em diário de campo, que foram analisadas com base nos pressupostos teóricos e nas demais pesquisas que versam sobre as temáticas. Por fim, será exposta a consideração sobre o Programa Saúde na Escola, as práticas e os significados de educação em saúde atribuídos pelos atores do programa.

1 EDUCAÇÃO E SAÚDE: UMA INTERFACE

Como descrito anteriormente, o Programa Saúde na Escola (PSE) resulta da ação integrada do Ministério da Saúde (MS) e do Ministério da Educação (MEC). Dessa forma, seu campo de atuação se dá na interface entre duas áreas — educação e saúde. No campo das políticas públicas brasileiras, a relação entre tais setores é histórica, vide que até a década de 1950 integravam um mesmo setor governamental, o Ministério da Educação e Saúde (MES) (BRASIL, 2009b). Desde então, discussões de novas concepções de saúde e educação ocorreram, principalmente a partir da redemocratização e da Constituição Federal de 1988. Estas últimas tiveram grandes repercussões nas políticas públicas e na relação entre tais setores.

O PSE além de articular a saúde e a educação propõe essa vinculação com o objetivo de atingir a educação integral dos estudantes. Cabe ressaltar que a concepção de educação integral tem matrizes diversas e, por vezes, até contraditórias.

No Brasil, investidas significativas a favor da educação integral ocorreram a partir da primeira metade do século XX. Educadores de concepções distintas como, por exemplo, católicos, anarquistas e integralistas defendiam uma educação integral. Anísio Teixeira, um grande educador brasileiro também defendia esse tipo de educação. Diferentes experiências foram postas em prática buscando realizar os ideais da educação integral. Pode-se afirmar que o que havia em comum entre essas diferentes concepções era a ideia de uma “formação mais completa possível” para o ser humano, no entanto não havia consenso sobre o que caracterizava tal completude (BRASIL, 2009c)

A Escola Nova, movimento reformador proeminente do início do século XX, de modo geral, reunia educadores que defendiam que a educação integral estava associada à valorização da atividade ou experiência na prática cotidiana. A educação deveria ser vista como vida e preparação para a vida (CAVALIERE, 2002).

Quase uma década depois, os ideias defendidos pelos escolanovistas se mantêm de algum modo. Segundo as diretrizes do Ministério da Educação (BRASIL,

2009c) a educação integral envolve a oferta dos serviços públicos para uma atenção integral, conjugado à proteção social. Dessa forma, a educação integral pressupõe:

políticas integradas (intersetoriais, transversalizadas) que considerem, além da educação, outras demandas dos sujeitos, articuladas entre os campos da educação, do desenvolvimento social, da saúde, do esporte, da inclusão digital e da cultura (BRASIL, 2009c, p.28).

Ao final do século XX, um fator de grande relevância para o entendimento da relação atual entre a saúde e o sistema educacional brasileiro foi a elaboração e publicação dos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs), em 1997, pelo Ministério da Educação. Os PCNs têm como objetivo servir de referência para a organização do sistema educacional brasileiro. A publicação está organizada em áreas de conhecimento — língua portuguesa, matemática, ciências naturais, história, geografia, arte e educação física — e temas transversais — ética, pluralidade cultural, orientação sexual, meio ambiente e saúde —, de acordo com a estrutura abaixo representada:

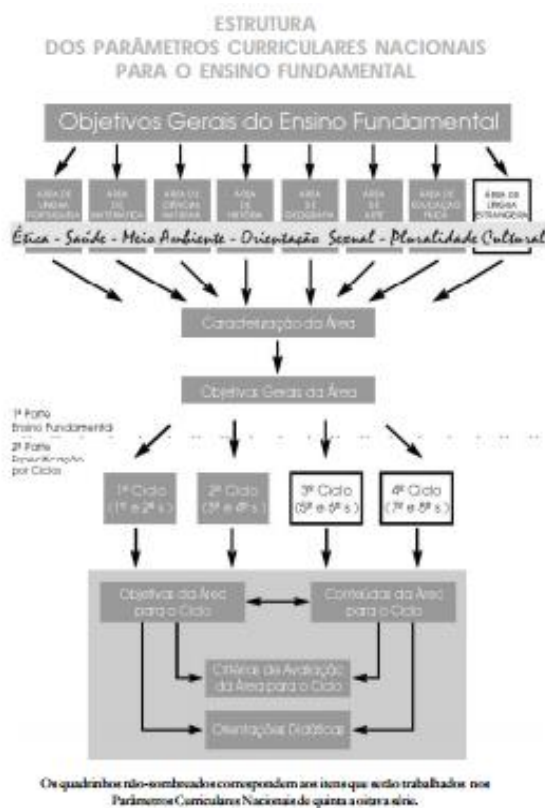


Figura 1 Estrutura dos PCNs para o ensino fundamental (BRASIL, 1997)

Os PCNs foram elaborados para responder à Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional — Lei Federal n. 9.394, 20 de dezembro de 1996 —, que definiu a importância de propiciar a todos a formação básica comum. Dessa forma, reforçou a necessidade de estabelecer diretrizes para nortear os currículos e os conteúdos. Logo, estes últimos deveriam ter uma base comum, porém flexível, de acordo com o contexto regional e a realidade escolar de cada lugar (BRASIL, 1996).

Os temas transversais apresentados nos PCNs nascem de problemáticas sociais que perpassam por diversas áreas de conhecimento. A saúde é uma das temáticas adotadas como tema transversal, devendo ser trabalhada em todo o ensino fundamental, de maneira articulada com os demais conteúdos escolares (BRASIL, 1997). Tal como acontece com as questões sociais, os conhecimentos sobre os temas escolhidos e selecionados como transversais são produzidos em diferentes áreas e instituições. Com o objetivo de resgatar a produção coletiva do conhecimento e se relacionar com a realidade circundante à escola, cabe a esta última o contato com as organizações, a exemplo de postos de saúde, grupos culturais e bibliotecas, para trabalhar tais temáticas (BRASIL, 1997).

Dessa forma, percebe-se que as interações escola–sociedade, tanto no nível individual quanto no social, são constantes. Por um lado, os próprios estudantes constroem o conhecimento sobre conteúdos escolares em outros contextos vivenciados. Por outro lado, as ações propostas pelas escolas são desenvolvidas conforme as demandas que surgem na vida cotidiana. Esses elementos apontam para o fato de que a construção de significados pelos discentes também se dá em outros espaços, como as instituições religiosas e a família, sob a influência da mídia e das demais instituições e organismos sociais. Assim, num processo de tensão e soma, esses significados devem ser integrados à aprendizagem escolar (BRASIL, 1997).

Em resposta à demanda social de criar uma proposta constitucional de consciência sanitária da população e dos governantes, visando o direito à saúde como prioridade, em 1997, o então Ministério da Educação e do Desporto adotou para a discussão da saúde nas escolas o conceito de educação para a saúde. Considerando este último como um “fator de promoção e proteção à saúde e estratégia para a conquista dos direitos de cidadania” (BRASIL, 1997, p. 65), passou

a ser papel da escola oferecer os elementos e subsídios para instruir os estudantes para uma vida saudável, no âmbito individual e coletivo, por meio do aumento da capacidade de autocuidado.

Por assumir papel social destacado na construção de condutas, práticas e crenças, a escola deve, na sua rotina, ser uma referência para as crianças e adolescentes através da educação em saúde. Segundo os PCNs,

os valores, que se expressam na escola por meio de aspectos concretos como a qualidade da merenda escolar, a limpeza das dependências, as atividades propostas, a relação professor-aluno, são apreendidos pelas crianças na sua vivência diária (BRASIL, 1997, p. 69).

Para a compreensão de como a educação inclui esse tema no currículo, é salutar o posicionamento da escola como formadora de práticas e crenças de sujeitos que valorizam a saúde e decidem como suas escolhas repercutem na saúde individual e coletiva. Os estudantes não se tornam pacientes, mas protagonistas desse processo (BRASIL, 1997). No volume dedicado à saúde, os PCNs orientam os educadores e demais cidadãos que é por meio da educação que se promove a saúde, com a adoção de estilos de vida saudáveis, o desenvolvimento de aptidões e capacidades individuais e a produção de um ambiente sadio. Algumas ações protetoras da saúde citadas pelos PCNs são: vacinações, saneamento básico, vigilância epidemiológica, vigilância sanitária de alimentos, do meio ambiente e de medicamentos, adequação do ambiente de trabalho e aconselhamentos específicos, como os de cunho genético ou sexual. Com vista à complementação da atenção integral à saúde por meio das medidas curativas e assistenciais, destaca-se a importância da realização de exames médicos e odontológicos periódicos (BRASIL, 1997).

Com relação à saúde, um dos marcos norteadores da saúde pública que dialoga nessa interface com a educação é o conceito de promoção de saúde, que emergiu na década de 1970. A Carta de Ottawa, fruto da Primeira Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde (1986), reafirmou internacionalmente a importância da promoção da saúde e a definiu como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde,

responsabilidade esta que não é exclusiva do setor de saúde e que objetiva o bem-estar global (BRASIL, 2002).

Segundo Silva e Delorme (2007), a promoção da saúde não é exclusiva das ciências da saúde. Todas as políticas sociais, tais como as de educação, transporte, habitação, cultura e economia, ao favorecerem melhores condições de saúde e de vida à população, visando à equidade, à justiça e aos direitos de cidadania, são consideradas também políticas públicas saudáveis. Assim, para que a população assuma o controle da própria saúde, as ações devem ser realizadas em diversos ambientes sociais, como escolas, lares, locais de trabalho e outros espaços comunitários (BRASIL, 2002).

No decorrer do século XX, no Brasil, novos parâmetros trouxeram mudanças no conceito de saúde. Destaca-se uma amplitude e complexidade no entendimento do processo de saúde, que passou a ser pensado sob a multideterminação saúde–doença–cuidado. Esse cenário criou as condições ideais para o surgimento do paradigma da promoção da saúde.

A promoção da saúde sustenta-se na compreensão da saúde como produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida. Entre estes fatores estão inclusos as oportunidades de educação, de habitação e saneamento, apoio social para famílias, padrão adequado de alimentação e saneamento, boas condições de trabalho, entre outros (BUSS, 2000).

Gutierrez (1996 apud VALADÃO, 2004) define a promoção da saúde como um conjunto de atividades, processos e recursos orientados a propiciar uma melhoria das condições de bem-estar e acesso a bens e serviços sociais, que objetivam o desenvolvimento de estratégias que permitam à população um maior controle sobre sua saúde e condições de vida, tanto individual quanto coletivamente. Uma das ideias fundamentais na concepção da promoção da saúde, apresentada por Antonovsky, é a de que a saúde é gerada nos ambientes em que as pessoas vivem, amam, trabalham e divertem-se (VALADÃO, 2004). Dessa maneira, toda comunidade possui potencial para o desenvolvimento de saúde, sendo a escola um dos *settings* adequados para tanto.

No Brasil, esse movimento por uma nova concepção e por um sistema de saúde para todos se deu com o processo de redemocratização e ficou conhecido como Reforma Sanitária. Pautada no tema Saúde e Democracia, essa mobilização defendia que a “saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado” e é considerada a responsável pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (MACHADO et al., 2007).

O SUS foi fundado e operacionalizado pela Lei Orgânica de Saúde, n. 8.080/1990. As ações de saúde devem ser desenvolvidas de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos princípios básicos dessa lei orgânica, como a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; a integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; a divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário; e a igualdade da assistência, sem preconceitos de qualquer espécie (BRASIL, 1990).

Baseada nesse panorama, em 1995, a Organização Mundial de Saúde (OMS) reuniu o Comitê de Especialistas na Educação em Saúde e Prevenção na Escola e fundou o WHO's Global Health Initiative (Iniciativa Global de Saúde da OMS). Essa iniciativa promoveu diversas ações, tais como as Escolas Promotoras de Saúde. Apesar de as definições variarem de acordo com os contextos, a OMS caracterizou uma Escola Promotora da Saúde como aquela que constantemente fortalece e reforça sua capacidade como um ambiente saudável para viver, aprender e trabalhar (WHO, 1998). As Escolas Promotoras da Saúde possibilitaram uma nova visão do desenvolvimento infantil, que leva em consideração fatores como as condições ambientais, a convivência familiar e social, a alimentação e as oportunidades de aprendizagem e construção de conhecimento, além do acesso à recreação e às condições de segurança (IERVOLINO, 2000). No Brasil, ocorreram algumas iniciativas de Escolas Promotoras de Saúde, que possibilitaram discussões sobre a revitalização de saúde na escola e ensejaram a continuidade das ações de intersetorialidade entre educação e saúde (BRASIL, 2007a).

Acompanhando esse movimento, no Brasil, em 2006, constituiu-se a Câmara Intersetorial de Educação em Saúde na Escola com o objetivo de formular diretrizes para a Política Nacional de Educação em Saúde na Escola. Esta última foi constituída com base nas portarias interministeriais n. 749/05 e n. 1.820/06, dos ministérios da Saúde e da Educação (BRASIL, 2007a). Em 2007, por meio do Decreto Presidencial n. 6.285, foi instituído o PSE, um programa intersetorial dos ministérios da Educação e da Saúde.

O PSE tem como objetivo contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por intermédio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde (BRASIL, 2007b). Ele parte do pressuposto de que a escola tem como missão desenvolver processos de ensino–aprendizagem e exerce um papel fundamental na formação e atuação das pessoas em todas as áreas da vida social. A escola se configura, portanto, como um espaço importante para ações da saúde dirigidas a crianças, adolescentes e jovens adultos (BRASIL, 2009b, 2011a).

O programa visa promover a saúde e a cultura da paz; articular as ações do SUS às ações das redes de educação básica pública; contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos; favorecer a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos; fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar; promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes; e fortalecer a participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde, nos três níveis de governo (BRASIL, 2007b).

As ações em saúde previstas no âmbito do PSE devem considerar os princípios e as diretrizes do SUS e articular-se com a rede pública básica de ensino. Entre as possibilidades apresentadas pelo Decreto n. 6.285, encontram-se desde cuidados básicos até ações que terão consequências cotidianas na escola, como a promoção e a avaliação de hábitos saudáveis; a avaliação psicossocial; a redução da morbimortalidade por acidentes e violências; a prevenção e a redução do consumo do álcool; a prevenção do uso de drogas; a promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva; a educação permanente em saúde; a promoção da cultura da

prevenção no âmbito escolar; e a inclusão das temáticas de educação em saúde no projeto político-pedagógico das escolas (BRASIL, 2007b). Além das ações eventuais — de acordo com as demandas de cada escola —, as eSFs devem realizar visitas periódicas e permanentes às escolas, visando avaliar as condições de saúde e o próprio atendimento à saúde dos educandos no decorrer do ano letivo.

No âmbito do SUS, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é considerada essencial para a reorganização da atenção básica. Ela prevê um investimento em ações coletivas e a reconstrução das práticas de saúde a partir da interdisciplinaridade (BRASIL, 2011a).

O PSE é implantado mediante a adesão dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, contemplando seus objetivos e suas diretrizes. Inicialmente, os municípios selecionados para participar do programa, de acordo com a Portaria n. 1.861, de 4 de setembro de 2008, foram definidos a partir de alguns critérios, por exemplo, ter 100% do território coberto pela eSF e possuir o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (Ideb) de 2005 menor ou igual a 2,69 nos anos iniciais do ensino fundamental (BRASIL, 2008b).

A afirmação de que a escola é um espaço ideal para a educação em saúde, sendo uma das responsáveis diretas pela função de assistir a saúde dos educandos, esteve presente nas práticas do século XX. Com a expansão do sistema de ensino para as camadas populares, a educação fundamental tem incorporado, por vezes de maneira desarticulada, conteúdos de saúde como higiene bucal e pessoal e questões ambientais que interferem diretamente na saúde pessoal e coletiva (VALADÃO, 2004). Essa forma de inclusão da discussão da saúde no ambiente escolar ampliou as expectativas em relação ao professor. Além disso, segundo Valadão (2004), onerou ainda mais a carga de trabalho dos professores e da instituição escolar. Ou seja, professores e escola se viram desafiados a trabalhar e discutir tais conteúdos, assim como interagir cotidianamente com os profissionais da saúde.

Da interface saúde e educação se constrói, também, a área de conhecimento denominada educação em saúde. Considerada um campo multifacetado, a educação em saúde demanda a visão de diversas ciências, como da psicologia, antropologia, sociologia e filosofia (MACHADO et al., 2007). De acordo com Alves

(2005), a educação em saúde constitui um conjunto de saberes e práticas dirigidas para a prevenção de doenças e promoção da saúde. Ela propõe que o conhecimento científico produzido no campo da saúde dialogue com a vida cotidiana dos sujeitos.

Dessa forma, a educação em saúde pode envolver diferentes concepções de saúde, de doença e de homem. No decorrer de sua construção histórica, essa área foi nomeada de diversas maneiras, como *educação sanitária*, *educação e saúde*, *educação para saúde* e *educação popular em saúde*. Embora essas expressões sejam tomadas como sinônimos, cada uma pressupõe diferentes concepções de educação e de saúde, sendo que prevalece, atualmente, o uso da expressão *educação em saúde* (SILVA, 1994 apud ALVES, 2004). E é esta última expressão que está sendo adotada no presente estudo.

Alves (2004), que revisou histórica e conceitualmente a educação em saúde, considera que a aproximação desses dois campos não significa a constituição de uma unidade, mas configura-se como um ponto de reflexão que a educação ocupa nas práticas de saúde.

Na história da educação em saúde podem ser identificados diferentes enfoques (ou estilos de pensamento) que conduzem os discursos sobre as práticas. O modelo tradicional, higienista e normalizador, possui como objetivo a prevenção de doenças. Esse modelo, que reproduz um discurso individualizante, reforça a culpabilização do sujeito pelo próprio processo de saúde–doença. O modelo dialógico, por sua vez, tem como meta a transformação dos saberes prévios na comunidade, por meio da proposta de promoção da saúde. Este último modelo busca uma horizontalização da relação profissional–usuário, na qual a educação–saúde se dá de forma crítico-reflexiva (COSTA 1987 apud ALVES, 2005; DA ROS, 2000 apud BESEN et al., 2007).

Silva (1994 apud ALVES 2004) identificou duas principais concepções da relação saúde–educação. A primeira, que tem como representante a ideia da *educação sanitária* e *da educação para saúde*, privilegia o indivíduo e objetiva a mudança de hábitos dos sujeitos, visando à prevenção e ao controle das doenças. A segunda, por sua vez, favorece a ação coletiva, “reafirmando a participação popular sobre os determinantes sociais do processo saúde–doença” (ALVES, 2004, p. 15).

Valorizadora do coletivo, esta tem como representante a *educação popular em saúde*. Alves (2004) identifica, derivados de tais concepções, dois modelos de prática educativa em saúde: o hegemônico e o dialógico. Define a educação em saúde, segundo o modelo hegemônico, como

[...] uma prática de caráter instrumental orientada para a prevenção de doenças e agravos à saúde mediante redução dos riscos individuais pela transformação dos usuários. Por transformação subentende-se, ainda, disciplinamento, moralização e controle dos comportamentos e hábitos dos indivíduos pelos profissionais de saúde (ALVES, 2004, p. 23-24).

O modelo dialógico, como o nome sugere, tem como objetivo o diálogo entre o saber técnico-científico e o saber popular. Esse modelo busca superar a dicotomia entre a prática educativa e as demais práticas de saúde, pois nessa perspectiva o diálogo se dá nas relações interpessoais (ALVES, 2004).

A relação educador–educando é uma das discussões apresentadas por Paulo Freire (2012). Esse autor considera que o ensinar se faz pela partilha de conhecimentos e deve ser um esquema horizontal de respeito, ressaltando a disponibilidade para o diálogo. Além disso, defende que deve haver coerência entre o que o educador diz e os métodos que adota. Isso porque, para que aquilo que é dito tenha força, deve ser vivido pelo sujeito. Dessa forma, o educando acredita no que o educador diz. Caso contrário, diante de eventuais contradições entre o dizer e o fazer, a relação educador–educando se torna frágil e dúbia e tende a deteriorar (FREIRE, 2012).

A intervenção na realidade proposta pelos educadores que defendem a relação dialógica é possível se for considerada sua interação com os estudantes. Segundo Freire (2012), isso requer conhecimento das condições concretas do contexto dos estudantes. Assim, conhecendo a realidade dos educandos, tem-se acesso à maneira como pensam, o que sabem e como sabem. Isso significa que todos os temas podem ser discutidos em sala de aula, se levada em conta a linguagem utilizada e as condições sociais, culturais e históricas do contexto em que se ensina (FREIRE, 2012).

2 O PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: UMA INTERVENÇÃO INTERSETORIAL

2.1 Políticas públicas e intersectorialidade

Políticas públicas são definidas como ações do governo com implicações na vida dos cidadãos (SOUZA, 2006). Consideradas como a prática do sistema político, elas atribuem à política um papel ativo na solução de problemas. Além de serem desenvolvidas e implementadas para atingir distintas camadas sociais, podem ser formuladas para atender a diversas questões. As políticas públicas podem ser setoriais, tais como as de educação, saúde, cultura ou assistência social, assim como podem dialogar com mais de um setor. O PSE, caracterizado como uma política intersectorial, está no rol das políticas que têm natureza transversal e que demandam a atuação articulada, coordenada e afirmativa de distintas políticas públicas, a saber, da saúde e da educação.

Conforme afirmam Marques e Faria (2013), a área das políticas públicas é interdisciplinar por natureza, ou seja, tem grandes possibilidades de diálogo com outras áreas, mas também riscos de fragmentação, devido à dificuldade de construção de patamares comuns entre as disciplinas.

Considerando que programas e projetos do governo são traduções das políticas públicas e da sua implementação, estes são a política pública posta em prática, ou seja, são transformações da política em ação (SOUZA, 2006). Assim, é possível considerar o PSE como a política pública para a promoção da intersectorialidade.

Contandriopoulos et al. (1997, p. 31) discutem os programas sob a ótica da intervenção, definindo-a como

[...] constituída pelo conjunto de meios (físicos, humanos, financeiros, simbólicos) organizados em um contexto específico, em um dado momento, para produzir bens ou serviços com o objetivo de modificar uma situação problemática.

Ao definirem intervenção, os autores consideram também os atores que ela envolve. E, conseqüentemente, os objetivos e a avaliação de cada ator em relação à intervenção se tornam importantes (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

De acordo com Minayo (2005, p. 56), os processos de intervenção social devem integrar o conjunto de experiências vividas pelos indivíduos em todos os âmbitos de sua experiência existencial, pois

qualquer mudança social e institucional é um fenômeno simultaneamente histórico, coletivo e estrutural e relacional. No entanto, as transformações que venham a ocorrer passam pelas subjetividades por interferirem na vida cultural, afetando as mentalidades e criando novas possibilidades de organização de todos estes mesmos aspectos (estrutural, reacional e subjetivo).

Para atingir os objetivos propostos por uma política pública desse porte, parte-se do pressuposto de que é preciso que a experiência vivida ganhe sentido para os sujeitos envolvidos com as ações do programa, sejam eles os professores, estudantes ou profissionais de saúde.

2.2 Programa Saúde na Escola

A implantação do PSE surge com a finalidade de colaborar para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção promoção e atenção à saúde (BRASIL, 2008b). Surgido em 2007, o programa foi inicialmente voltado para os municípios com baixo Ideb ($\leq 2,69$) em 2005 e com 100% de cobertura populacional das eSFs (BRASIL, 2008b). Esses critérios de adesão foram revogados. Recentemente, em 2013 (BRASIL, 2013a), todos os municípios passaram a estar aptos para a adesão ao PSE. Porém, é necessária primeiramente a adesão do estado ao programa.

Segundo o Decreto Presidencial n. 6.286, publicado em dezembro de 2007, que institui o Programa Saúde na Escola (BRASIL, 2007b), os objetivos do programa são:

I - promover a saúde e a cultura da paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde, bem como fortalecer a relação entre as redes públicas de saúde e de educação;

II - articular as ações do Sistema Único de Saúde - SUS às ações das redes de educação básica pública, de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis;

III - contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos;

IV - contribuir para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos;

V - fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar;

VI - promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes; e

VII - fortalecer a participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde, nos três níveis de governo.

Dessa forma, o PSE visa articular as políticas e as ações de educação e de saúde por meio do envolvimento da comunidade escolar e das eSFs, assim como da educação básica (BRASIL, 2007b). De acordo com o Decreto Presidencial n. 6.286 (BRASIL, 2007b) as ações em saúde consideram a atenção, a promoção, a prevenção e a assistência, sendo apontadas, já no texto do documento, possíveis ações:

I - avaliação clínica;

II - avaliação nutricional;

III - promoção da alimentação saudável;

IV - avaliação oftalmológica;

V - avaliação da saúde e higiene bucal;

VI - avaliação auditiva;

VII - avaliação psicossocial;

VIII - atualização e controle do calendário vacinal;

IX - redução da morbimortalidade por acidentes e violências;

X - prevenção e redução do consumo do álcool;

XI - prevenção do uso de drogas;

XII - promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva;

XIII - controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer;

XIV - educação permanente em saúde;

XV - atividade física e saúde;

XVI - promoção da cultura da prevenção no âmbito escolar; e

XVII - inclusão das temáticas de educação em saúde no projeto político pedagógico das escolas.

Além das ações pactuadas anualmente, as eSFs têm a função de realizar visitas periódicas às escolas participantes do PSE, com o objetivo de proporcionar atendimento e avaliar as condições de saúde dos educandos (BRASIL, 2007b).

A partir da instituição do PSE, têm sido publicadas portarias que visam organizar e regulamentar o programa. Em 2008, a Portaria Interministerial n. 675, de 4 de junho (BRASIL, 2008a) instituiu uma Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola (Ciese), com o intuito de acompanhar a execução do PSE, sobretudo na apreciação do material pedagógico elaborado sobre o programa. A Ciese é composta de integrantes do Ministério da Saúde (MS) e Ministério da Educação (MEC). Podem ser convidados para compor essa comissão representantes de órgãos, entidades ou pessoas do setor público e privado para o exame de assuntos específicos.

De acordo com as diretrizes da Ciese, a gestão do PSE é feita por Grupos de Trabalho Intersetorial (GTI), Federal, Estadual, do Distrito Federal e Municipal (Brasil, 2013a). Os GTIs têm como função monitorar as ações realizadas e avaliar a obtenção das metas pactuadas. No âmbito municipal, os gestores devem nomear um Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI-M) que inclua representantes das Secretarias de Saúde e de Educação municipais (BRASIL, 2008b).

Considerando que a nossa análise referente ao PSE se dará no âmbito municipal, faz-se necessário delimitar o que compete ao GTI-M:

I - apoiar a implementação dos princípios e diretrizes do PSE no planejamento, monitoramento, execução, avaliação e gestão dos recursos financeiros;

II - articular a inclusão dos temas relacionados às ações do PSE nos projetos políticos pedagógicos das escolas;

III - definir as escolas públicas federais, estaduais (em articulação com o Estado) e municipais a serem atendidas no âmbito do PSE, considerando-

se as áreas de vulnerabilidade social, os territórios de abrangência das Equipes de Atenção Básica e os critérios indicados pelo Governo Federal;

IV - possibilitar a integração e planejamento conjunto entre as Equipes das Escolas e as Equipes de Atenção Básica;

V - subsidiar o processo de assinatura do Termo de Compromisso de que trata o art. 2º pelos Secretários Municipais de Educação e de Saúde;

VI - participar do planejamento integrado de educação permanente e formação continuada e viabilizar sua execução;

VII - apoiar, qualificar e garantir o preenchimento do Sistema de Monitoramento e Avaliação do PSE;

VIII - propor estratégias específicas de cooperação entre Estados e Municípios para a implementação e gestão do cuidado em saúde dos educandos no âmbito municipal; e

IX - garantir que os materiais do PSE, enviados pelo Ministério da Educação, sejam entregues e utilizados de forma adequada pelas Equipes de Atenção Básica e Equipes das Escolas (Brasil, 2013a).

Assim como apontado por Brasil (2011b), as ações do PSE — sejam elas de promoção prevenção ou atenção à saúde — são os meios para atingir a proposta da formação integral dos estudantes, de modo a enfrentar as vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino. As ações do programa se assentam em três componentes: (I) avaliação clínica e psicossocial, (II) promoção e prevenção à saúde e (III) formação.

O passo a passo do PSE (BRASIL, 2011b) defende que as ações do primeiro componente, avaliação clínica e psicossocial, devem ser realizadas no ambiente da escola, como uma proposta de triagem do crescimento e desenvolvimento das crianças — sendo encaminhados à unidade básica de saúde aqueles que foram detectados com uma maior necessidade de cuidado. Entre as medidas recomendadas estão: a atualização do calendário vacinal; a detecção precoce de hipertensão arterial sistêmica e de agravos de saúde negligenciados (prevalentes na região, como hanseníase, tuberculose e malária); e as avaliações antropométrica, oftalmológica, auditiva, nutricional, da saúde bucal e psicossocial.

As ações de promoção e prevenção da saúde, do segundo componente, têm como objetivo que cada estudante seja protagonista do seu processo pessoal de produção da saúde. Para isso, as estratégias foram estipuladas conforme as temáticas a seguir: ações de segurança alimentar e promoção da alimentação

saudável; promoção de práticas corporais e atividade física nas escolas; saúde e prevenção nas escolas: educação para a saúde sexual, saúde reprodutiva e prevenção das DSTs/aids; saúde e prevenção nas escolas: prevenção ao uso de álcool e tabaco e outras drogas; promoção da cultura de paz e prevenção das violências; e promoção da saúde ambiental e do desenvolvimento sustentável (BRASIL, 2011b).

Por fim, o terceiro componente é a formação dos gestores e das equipes de educação e saúde que atuam no PSE. Fica definido que educação e saúde devem desenvolver estruturas de formação para os profissionais envolvidos no PSE, assim como seus materiais didático-pedagógicos (BRASIL, 2011b). Esse compromisso é das três esferas de governo (municipal, estadual e federal) e foi formulado de acordo com cinco estratégias: (I) para o GTI, uma proposta de formação permanente por meio de oficinas, ensino a distância e apoio institucional (sendo a esfera nacional responsável pelo apoio aos estados e municípios, e devendo os estados apoiar também os municípios); (II) a estratégia de Formação de Jovens Protagonistas para a Saúde e Prevenção nas Escolas, por meio da metodologia de educação de pares; (III) a formação de profissionais da educação e da saúde em relação aos variados temas do PSE; (IV) o curso de educação a distância Prevenção do Uso de Drogas para Educadores de Escolas Públicas; (V) e a Rede Universidade Aberta do Brasil, do MEC e da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), que se dedica à formação continuada e possui uma especialização específica para atender a demanda dos profissionais PSE, denominada Formação em Educação e Saúde.

Apesar de os grupos de trabalho serem intersetoriais e compostos por profissionais da saúde e da educação — em cada nível da gestão —, os componentes do programa são monitorados por sistemas de informação diferenciados. O PSE possui três componentes, e destes o componente I deve ser monitorado e avaliado com base nas informações inseridas no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), por meio do software e-SUS Atenção Básica, um sistema de informações nacional do MS. Os componentes II e III são monitorados por meio das informações do Sistema Integrado de Monitoramento, Execução e Controle (SIMEC), pertencente ao MEC (BRASIL, 2013a).

Segundo a Portaria Interministerial n. 1.413, de 10 de julho de 2013, é de domínio do MS o incentivo financeiro para o custeio das ações a serem realizadas no âmbito do PSE; por sua vez, pertence ao MEC financiar ou fornecer material para a implementação das ações do PSE (BRASIL, 2013a).

Embora o programa preconize a parceria entre a educação e a saúde, a produção normativa dessa interseção de saberes também se concentra na área da saúde. Ferreira et al. (2012) revelam tal situação ao investigarem os Diplomas Normativos publicados pelo PSE. Segundo os autores, os dados dos setores da educação e da saúde revelaram que existe um protagonismo da saúde no financiamento das ações e no processo de adesão, bem como na coordenação da Ciese. A produção acadêmica sobre o programa é ainda recente e tem revelado também um protagonismo da área da saúde sobre o interesse na temática.

Ferraro (2011) realizou um estudo em que foca a concepção de professores sobre saúde na escola. Para isso, a autora definiu como sujeitos os professores de escolas públicas estaduais (do município que estudou) inseridos no Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas, definido como uma das ações do PSE. As contribuições do estudo revelam uma perspectiva importante, pois a autora entrevistou professores que lidam com o cotidiano do programa e suas ações em sala de aula. O estudo aponta para o fato de que o projeto na escola é um desafio, pois os profissionais da educação apresentam pouca formação em saúde, criando um sentimento de despreparo para a atuação como agentes de promoção da saúde na escola.

O artigo de Santiago et al. (2012) relata a experiência de implantação do PSE por uma equipe da ESF (Estratégia de Saúde da Família) em uma escola pública de Fortaleza. Essa experiência foi realizada por profissionais da saúde. Os autores apontam como benefício da implantação do PSE o estabelecimento do vínculo dos adolescentes com a equipe da ESF, além da percepção dos próprios profissionais de saúde quanto ao seu papel social de educador. Os professores, por sua vez, foram considerados pelos profissionais de saúde colaboradores da ESF para as ações que ocorrem na escola.

Na dissertação de mestrado de Gomes (2012), intitulada “O desafio da intersetorialidade: a experiência do Programa Saúde na Escola (PSE) em Manguinhos, no Município do Rio de Janeiro”, a pesquisadora faz um relato sobre a

implementação do PSE na região pesquisada, tendo como foco a articulação entre saúde e educação, e identifica desafios e possibilidades para a ação intersetorial. Observou-se que a comunicação e a articulação com atores locais eram frágeis e descontínuas, levando mesmo à interrupção de algumas ações. Gomes apontou para a necessidade de fortalecer as ações locais, de forma mais articulada e sustentável, de capacitar as equipes e de incentivar a participação da comunidade nas ações.

O artigo de Leite et al. (2013), bem como a monografia de conclusão de curso de Leite (2013), aborda percepções de docentes sobre as ações do PSE no município de Barbalha, estado do Ceará. Leite et al. (2013) e Leite (2013) identificam fragilidades do programa na escola investigada, por exemplo, uma alta rotatividade dos profissionais. Para os autores, isso dificulta a criação de vínculos entre os atores envolvidos no PSE. Outros pontos importantes referidos pelos autores foi a corresponsabilização do programa — sendo esta considerada pelos docentes uma ação prioritária dos profissionais da ESF — e a relevância da continuidade das ações na escola. A pesquisa realizada por Leite (2013) aponta, portanto, para uma ainda incipiente articulação entre os profissionais dos setores de saúde e educação.

Caires (2014) realizou uma investigação sobre o PSE em um município da Bahia, situado na região Metropolitana de Salvador. A autora se debruçou sobre a ação intersetorial entre saúde e educação no processo de implementação do programa, revelando uma liderança do setor saúde e uma atuação coadjuvante da equipe escolar nas atividades de saúde na escola.

Essas produções acadêmicas sobre o PSE demonstram um protagonismo da área da saúde com relação à edição de Diplomas Normativos (FERREIRA et al., 2012) e ao preparo profissional para as ações do PSE (FERRARO, 2011; SANTIAGO et al., 2012). Os profissionais da Estratégia de Saúde da Família são considerados os responsáveis pela implantação do programa (SANTIAGO et al., 2012) e pelas ações (LEITE et al., 2013), em detrimento dos professores e demais profissionais da educação, tidos como colaboradores e não como corresponsáveis pelo PSE (LEITE et al., 2013; SANTIAGO et al., 2012).

Outro destaque da saúde pode ser notado com relação às próprias publicações, que, por serem construídas por profissionais da saúde (LEITE, 2013;

SANTIAGO et al., 2012) ou em programas de pós-graduação em medicina (FERRARO, 2011) ou saúde pública e coletiva (CAIRES, 2014; GOMES, 2012), podem ser consideradas reflexos do olhar da saúde sobre o PSE. A presente pesquisa, contudo, surge dentro de um programa de pós-graduação em educação, área que, embora tenha envolvimento direto com o PSE, apresenta produção incipiente em comparação às contribuições advindas da área da saúde.

Apesar de construída sob os auspícios de um Programa de Pós-Graduação em Educação, esta investigação não se limita à educação. Ela buscou ouvir os atores das duas áreas de conhecimento diretamente envolvidas no PSE. O objetivo principal da pesquisa foi investigar o programa à luz das práticas e dos significados atribuídos às ações de educação em saúde pelos professores e pela eSF — médico, enfermeiro, agente comunitário e odontólogo.

3 PSICOLOGIA CULTURAL: INVESTIGANDO AÇÕES HUMANAS

Como já citado, este estudo visa investigar a experiência dos sujeitos em um contexto social e histórico específico. Adota-se a crença segundo a qual esse nível de realidade não pode ser quantificado. Desenvolvida em uma abordagem qualitativa, esta pesquisa carrega como principal característica a necessidade de levar em consideração os significados atribuídos pelos sujeitos participantes do estudo às próprias experiências. Desse modo, lidaremos com os significados produzidos pelos professores e pela eSF a partir da implementação de ações do PSE, com base nas experiências vividas por alguns dos seus atores sociais.

Assim, esta pesquisa se apoia nas formulações da teoria de Vigotski (2009), sendo os significados aqui compreendidos como uma unidade que deve ser tomada como análise e encontrada no aspecto interno da palavra. Dessa forma, o significado pertence igualmente ao reino da linguagem e do pensamento. Para Vigotski (2009), é parte inalienável da palavra e, como fenômeno da linguagem e do pensamento, também uma unidade do pensamento verbalizado. Sem significado, a palavra perderia sua propriedade de palavra e seria apenas um som vazio.

Desse modo, o significado da palavra é uma unidade indecomponível e um traço constitutivo indispensável. Ele é a própria palavra vista no seu aspecto interior e, dessa maneira, Vigotski (2009) considera que tem o fundamento para considerá-la como um fenômeno discursivo. O autor define ainda que o significado da palavra é uma generalização ou conceito. Partindo do pressuposto adotado por ele de que a formação de conceitos é um pensamento, é justificável considerar o significado da palavra como um fenômeno do pensamento. Destarte, compreendendo o significado da palavra como fenômeno do discurso e do pensamento, Vigotski (2009) propõe que o principal eixo dessa tese é a “descoberta de que os significados das palavras se desenvolvem” (VYGOTSKY, 2009, p. 399).

No presente estudo, adotamos uma posição teórica segundo a qual o processo de formação das funções psicológicas humanas é mediado culturalmente pela linguagem (LORDELO, 2011). Assim, a maneira como o homem se forma e interage com seus semelhantes e seu mundo é essencialmente de troca, atividade

esta com fundo social. Segundo Vigotski (1998, p. 75), “a internalização de formas culturais de comportamento envolve a reconstrução psicológica tendo como base as operações com signos”. Bezerra (2009, p. xii) afirma que a teoria vigotskiana da relação entre o homem e o mundo é um salto qualitativo científico, por considerar que

passa pela mediação do discurso, pela formação de ideias e pensamentos através dos quais o homem apreende o mundo e atua sobre ele, recebe a palavra do mundo sobre si mesmo e sobre ele-homem, e funda a sua própria palavra sobre esse mundo.

Bruner (1997), por sua vez, propõe que uma psicologia que adota os significados como objeto de estudo é necessariamente uma psicologia cultural. A psicologia cultural, portanto, segundo tal autor, busca compreender como interpretamos o mundo e como interpretamos os atos de interpretação dos demais seres humanos. Logo, não seria possível uma psicologia centrada exclusivamente no indivíduo, sem considerar o ser humano em uma perspectiva cultural. Do mesmo modo, Bruner defende a ideia de que uma área de conhecimento, em vez de focar nos comportamentos, deve investigar as ações, pois estas são fundadas em estados intencionais e situadas em um contexto cultural.

Correia (2003) aponta, ainda, que a prática educacional é apreciada por Bruner como o cenário apropriado para testar a psicologia cultural, de maneira que determinados trabalhos de Bruner referem-se diretamente às relações entre a psicologia cultural e a educação. Bruner considera que a psicologia cultural deve explorar os significados e, além disso, o uso desses significados na prática e na ação cotidiana. Assim, a psicologia cultural é interpretativa e está interessada nas formas através das quais os seres humanos produzem significados, levando em conta os contextos culturais onde estão inseridos (CORREIA, 2003).

Valsiner (2012) define a psicologia cultural como uma ciência básica que tem por objetivo formular e generalizar modelos explicativos sobre o funcionamento cultural das pessoas. O autor propõe compreendermos a cultura como mediação semiótica (por signos), sendo esta uma parte da organização sistêmica das funções humanas psicológicas, tanto no âmbito intrapsicológico quanto no interpessoal, e não uma entidade externa ao indivíduo. Dessa maneira, Valsiner (2012) pondera que a cultura pertence à relação da pessoa com o ambiente. Assim, a interação da

pessoa com seu mundo compreende a cultura como esse processo de internalização e externalização, em que pessoa e mundo social se constituem mutuamente.

Valsiner (2012) considera o aspecto dinâmico da cultura como pertencente ao sistema psicológico individual, desempenhando uma função dentro dele. O autor destaca o papel ativo da pessoa na apropriação dos signos, e isso é o que possibilita investigar a experiência humana cotidiana. Sendo assim, a psicologia cultural se dedica à investigação de como os signos são construídos e utilizados e de seus resultados na vida prática. Estes últimos abrangem o conceito de novidade, a emergência de fenômenos psicológicos que só puderam existir após uma nova compreensão, por meio de um signo, aqui-e-agora. Ao mesmo tempo, o acesso aos microcontextos de construção do novo se dá pela criação e utilização dos signos. Nesse processo, as pessoas se utilizam da sua história de construção de signos para criar novos signos, orientados por outros sujeitos que, coletivamente, também se encontram sob orientação de diferentes instituições sociais, engajados em fabricar sentidos (VALSINER, 2005, 2012).

O autor afirma, ainda, que o desenvolvimento psicológico humano é culturalmente orientado e pessoalmente construído (Valsiner, 2005). Psicologicamente, a pessoa em desenvolvimento e o mundo circundante são fenômenos culturais — em sua dependência de construção e reconstrução de signos no curso de seu desenvolvimento.

Segundo Valsiner (2012), um sistema cultural pode ser transferido de uma pessoa para a outra de maneira bidirecional, por meio de uma coconstrução ativa. Desse modo, o conhecimento seria algo em constante processo de criação, e todos os participantes estariam ativamente transformando as mensagens culturais transmitidas. Isso implicaria uma decomposição e reconstrução das mensagens comunicativas por parte tanto do codificador quanto do decodificador, que inclusive revezam seus papéis (VALSINER, 2012).

Tal perspectiva adotada pela psicologia cultural sobre como se dá a transferência dos sistemas culturais de uma pessoa para a outra se encontra em oposição ao modelo unidirecional de conhecimento, usualmente adotado pelas instituições que buscam regular a vida das pessoas (VALSINER, 2012). No discurso

da educação, da antropologia e da psicologia infantil tradicionais, o conhecimento tem sido visto como algo dado, que deve ser aprendido por aquele que recebe a informação. Segundo Valsiner (2012), isso se dá por uma compreensão equivocada dos profissionais ou pais, que consideram que as funções psicológicas das crianças são “moldadas” ou “formadas” nesse processo de transmissão, que segue uma direção única de uma dada mensagem (conhecimento).

Valsiner (2012, p. 67) considera que, assim como o conhecimento produzido coletivamente se transforma dentro das pessoas, “os seres humanos vivem em uma sociedade e a sociedade vive no interior dos seres humanos”. A sociedade é, portanto, uma abstração conceitual, um signo criado a partir do século XIX para dar conta das ciências sociais que discutiam aquilo que estava entre o público e o privado da existência humana.

A sociedade, essa entidade abstrata, é então mediada por diferentes instituições sociais, a exemplo de governos, polícia, vendedores e professores. Tais instituições, agentes reais e poderosos na vida social, apesar de fazerem uso político de falar em nome da sociedade, agenciando o controle social das pessoas, não equivalem ao signo “sociedade” (VALSINER, 2012).

Embora o PSE seja um programa bem delimitado e tenha ações pautadas na cooperação entre os ministérios da Saúde e da Educação, a iniciativa é constantemente reconstruída, atualizada e ressignificada pelos sujeitos. Suas ações e seus objetivos dialogam cotidianamente com a realidade escolar, e é essa experiência que procuramos investigar. Assim, estudar um programa como este, na perspectiva teórica apresentada, pressupõe levar em consideração a experiência subjetiva de cada participante, tanto com relação às suas práticas quanto com relação à avaliação pessoal sobre o PSE como um todo.

4 MÉTODO

Objetivando compreender os significados das ações em saúde à luz das experiências dos sujeitos envolvidos no PSE e partindo do pressuposto de que a realidade vivida e partilhada pelos seres humanos dificilmente pode ser traduzida em números e indicadores quantitativos (MINAYO, 2011), esta pesquisa se caracteriza como qualitativa. A pesquisa qualitativa aborda o mundo fora dos contextos especializados de pesquisa — como os laboratórios —, visando entender, descrever ou explicar os fenômenos sociais “de dentro”. Creswell (2010) destaca a investigação qualitativa como um meio para explorar e compreender o significado que os indivíduos ou os grupos atribuem a um problema humano ou social. Assim, os dados devem ser coletados no ambiente de atuação dos participantes. Nesse caso, as entrevistas e observações foram realizadas prioritariamente no contexto escolar, palco dos eventos escolares cotidianos e das práticas do PSE.

Desenvolveu-se um estudo de caso (YIN, 2010) sobre o PSE numa escola do interior da Bahia. O foco da investigação foram as práticas e os significados de educação em saúde produzidos na atuação do PSE numa escola municipal de ensino fundamental I de Sapeaçu. De acordo com Yin (2010, p. 39), o estudo de caso é uma investigação empírica que analisa um fenômeno atual em profundidade “e em seu contexto de vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente evidentes”. Mais do que uma técnica ou um método, o estudo de caso se configura como uma estratégia de pesquisa, em que o investigador se dedica de maneira aprofundada a um ou poucos objetos em seus contextos de realidade (YIN, 2010).

4.1 Problema

Quais são as práticas e os significados de educação em saúde atribuídos pelos profissionais envolvidos nas ações do PSE em um município da Bahia?

4.2 Objetivos

4.2.1 *Objetivo geral*

Investigar o PSE à luz das práticas e dos significados que os professores e a eSF — médico, enfermeiro, agente comunitário e odontólogo — atribuem às ações de educação em saúde.

4.2.2 *Objetivos específicos*

- (I) Recuperar a história de implantação do PSE na escola selecionada;
- (II) Identificar as práticas desenvolvidas pelo PSE na escola selecionada;
- (III) Analisar os significados de educação em saúde produzidos pelos profissionais que atuam no PSE na escola selecionada;
- (IV) Identificar dificuldades e desafios enfrentados pelos professores e pela eSF na sua atuação no PSE;
- (V) Identificar as estratégias utilizadas pelos professores e pela eSF para enfrentar as dificuldades de atuação do PSE.

4.3 Local da investigação

O município escolhido para este estudo de caso foi Sapeaçu, localizado na região do Recôncavo Sul da Bahia. A escolha do município justificou-se por:

- a) estar habilitado no PSE;
- b) possuir 100% de cobertura da ESF;
- c) possuir 100% das escolas públicas participantes do PSE.

4.3.1 O município

O município de Sapeaçu tem 62 anos de emancipação política. Desanexado de Cruz das Almas em 27 de abril de 1953, foi composto de dois distritos: Sapeaçu e Baixa do Palmeira. (IBGE, 200-). Sapeaçu é limitado geograficamente pelos municípios de Castro Alves (oeste), Cruz das Almas (leste), Conceição do Almeida (sul) e Cabaçeiros do Paraguaçu (norte). Está distante de Salvador, capital do estado, 155 km por rodovia (BR-101), em conexão com a BR-324. O Ideb de Sapeaçu, divulgado pelo Ministério da Educação em 2013, foi 3,2 (INEP, 2013).

De acordo com o Censo IBGE 2010 (2011), a população do município é de 16.585 habitantes, estando 49% na zona urbana e 51% na zona rural. Porém, ocorre uma discrepância na distribuição das Unidades de Saúde da Família, pois, das oito unidades que o município possui, seis estão na zona rural e apenas duas na zona urbana. Com relação às escolas municipais, apesar de numericamente existirem mais estabelecimentos na zona rural (64%), o maior número de alunos estuda na zona urbana (56%). Assim, os moradores da zona rural utilizam tanto os serviços de saúde quanto os de educação localizados na zona urbana, distantes de suas residências. O município costuma disponibilizar gratuitamente ônibus escolares para os estudantes e a população em geral.

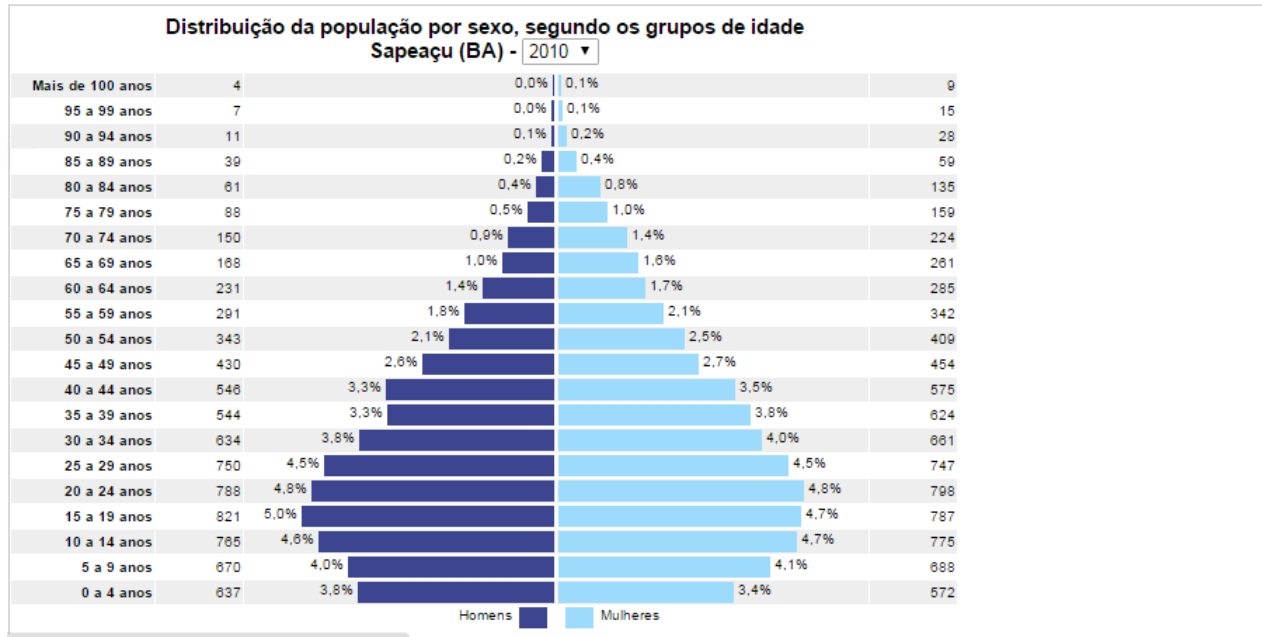


Gráfico 1 – Distribuição da população por sexo segundo grupos etários (IBGE, 2011)

Como dito anteriormente com relação às Unidades de Saúde da Família, o município possui oito USFs, duas na sede do município e as demais na zona rural. Possui também um Hospital Municipal, um Centro Municipal de Saúde (tipo de estabelecimento policlínica) e um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

O município possui 31 unidades educacionais públicas, sendo 2 creches municipais, 26 escolas municipais e 3 colégios estaduais. Por não haver instituição de ensino superior dentro dos limites do município, duas instituições localizadas fora da cidade servem como referência para a região: a Faculdade Maria Milza (FAMAM), no município de Cruz das Almas, e a Universidade Federal do Recôncavo (UFRB), *campus* Cruz das Almas e *campus* Santo Antônio de Jesus.

De acordo com o divulgado pelo IBGE (2012) a respeito do Censo Escolar da Educação Básica em 2012, havia 3.255 estudantes matriculados na rede de ensino fundamental, 882 no ensino médio e 560 matriculados no ensino pré-escolar de Sapeaçu.

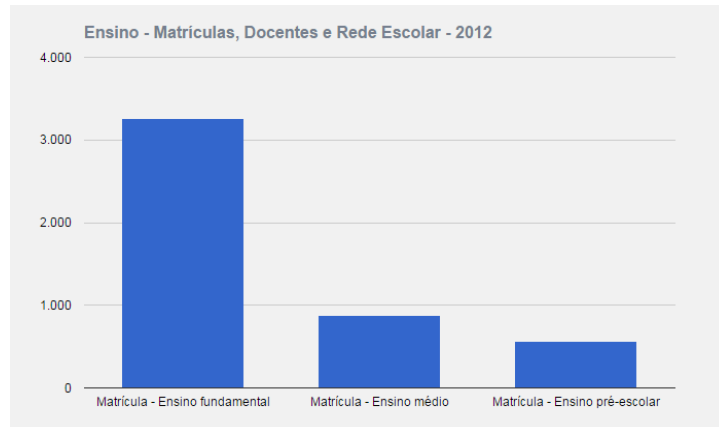


Gráfico 2 Matrículas, docentes e rede escolar de Sapeaçu (IBGE, 2012)

A indicação da escola selecionada para este estudo foi feita pela Secretaria de Educação do Município. A representante da secretaria indicou uma escola que possuía experiências exitosas relacionadas ao PSE e que inclusive havia recebido um prêmio em 2013, do Ministério da Saúde, em virtude da realização de um projeto intitulado Mais Saúde na Escola. Após a indicação da Secretaria de Educação do Município, a escola foi contatada e aceitou participar do nosso estudo.

4.3.2 A escola

A escola participante do estudo oferece o ensino fundamental I nos turnos matutino, vespertino e noturno. Acompanhamos o cotidiano dessa escola entre junho de 2014 e junho de 2015. Nesses dois anos, o estabelecimento possuía 264 e 250 estudantes, respectivamente.

A escola está localizada no perímetro urbano. Ela possui quatro salas de aula, uma copa, um depósito, uma sala da direção, um banheiro feminino e um masculino. Em 2015, no turno matutino, 22 estudantes cursavam o 2º ano, 33 cursavam o 3º ano, 31 faziam o 4º ano e 33 estavam no 5º ano. O horário de entrada dos alunos é às 7h50, e o horário de saída, às 11h40. O turno vespertino utiliza apenas três das quatro salas de aula. Uma das salas tem sido utilizada para atividades do projeto de educação integral Mais Educação. No entanto, durante o período de coleta e produção de dados do nosso estudo, esse projeto esteve suspenso. Assim, o turno vespertino funcionou com uma turma de 2º ano, composta por 24 estudantes, uma

turma de 3º ano, composta por 31 estudantes, e uma turma do 4º ano, composta por 31 estudantes. O horário de entrada dos alunos era às 12h50, e o de saída, às 16h40. A escola possui doze professores, dois zeladores, um porteiro, duas copeiras, duas auxiliares de limpeza, uma diretora, uma vice-diretora e duas coordenadoras que exercem o cargo de professora no turno oposto.

O turno noturno é voltado para a Educação de Jovens e Adultos (EJA) e possui turmas do 1º ao 4º ano. Apesar de ter havido uma ação em 2013 do PSE no turno noturno, não houve relato de ações em 2014 e 2015. As aulas do EJA ocorrem das 19h às 21h30 e, nesse turno, as USFs e demais instituições de atenção básica à saúde do município não funcionam, o que impossibilita as ações e trocas entre a educação e a saúde.

4.3.3 Unidade de Saúde da Família

O município adota a proposta de cada USF ficar responsável por determinadas escolas que se localizam no seu território. Dessa maneira, a sede do município possui duas unidades básicas de saúde, tendo sido selecionada para o estudo a responsável direta pela escola. Além desse estabelecimento, tal unidade é responsável pelo PSE em mais seis unidades de ensino. Uma característica particular da USF que trabalha com a escola selecionada é que, apesar de possuir prédio próprio, ela tem funcionado numa unidade na qual coexistem duas USFs.

A Unidade de Saúde da Família participante deste estudo é composta por uma equipe multiprofissional: um médico, um enfermeiro, três técnicas de enfermagem, sendo uma para a sala de vacina, uma técnica em saúde bucal e um auxiliar de farmácia, um funcionário de serviço geral, uma recepcionista e três agentes comunitários de saúde.

Nessa USF são desenvolvidos os seguintes programas: Controle e Acompanhamento de Diabetes e Hipertensão – HIPERDIA; Controle e Acompanhamento da Hanseníase e Tuberculose; Controle e Acompanhamento das DSTs/Aids; Planejamento Familiar; Preventivo Pré-Natal; Imunização; Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento Infantil; Programa de Saúde Bucal; Programa de Educação em Saúde nas Escolas; Programa de Farmácia

Básica – Dispensação de Medicações Padronizadas pelo Sistema Único de Saúde; Programa de Avaliação, Acompanhamento e Monitoramento do Estado Nutricional (de crianças, gestantes, nutrizes, hipertensos e diabéticos, coordenado por uma nutricionista); Suplemento de Ferro (para crianças, gestantes e nutrizes); Acompanhamento das famílias beneficiadas com o Bolsa Família; e atividades educativas na unidade e nas microáreas correspondentes.

A eSF em questão, segundo dados da instituição, possuía 1.171 famílias cadastradas em 2013, correspondendo a 7.096 pessoas.

4.4 Participantes

De acordo com Flick (2009), a pesquisa qualitativa visa analisar experiências de indivíduos ou grupos. E estas podem estar relacionadas a práticas cotidianas e/ou profissionais. Buscando responder a questões particulares, as pesquisas qualitativas trabalham com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes.

Esse conjunto de fenômenos humanos é entendido como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes (MINAYO, 2005, p. 27).

Elegeram-se como participantes desta pesquisa os professores e diretor de uma escola de ensino fundamental I que aderiu ao PSE, além dos profissionais de saúde (enfermeiro, médico, agente comunitário e odontólogo) da eSF, ligados à USF, que atuam no programa do município de Sapeaçu, Bahia. O critério principal para a escolha dos informantes foi serem sujeitos que tivessem participado das ações do PSE desde o início da implantação na escola selecionada. E, no decorrer da experiência de campo, surgiu a demanda de entrevistar os gestores do programa em nível municipal, tanto o coordenador da Secretaria de Saúde quanto o coordenador da Secretaria da Educação.

O contato com a escola selecionada se deu após apresentação do projeto à secretária de Educação do Município, que destacou a escola como a que possuía o

maior número de ações do PSE realizadas. E relatou ainda que a escola tinha recebido um prêmio do Ministério da Saúde, em 2013 referente ao seu projeto de promoção à saúde de 2103, nomeado Mais Saúde na Escola.

Foram adotados os procedimentos éticos usuais de proteção aos participantes da pesquisa, com apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os termos de consentimento encontram-se anexados ao final da dissertação (ANEXO A).

Cargo/função	Idade	Sexo	Tempo de atuação no PSE
Professor 1	41	F	3
Professor 2	42	F	3
Diretor	32	F	3
Médico	63	M	5
Enfermeiro	49	F	3
Gestor do PSE — Saúde	43	F	2
Gestor do PSE — Educação	32	F	2
Odontólogo	28	F	5
Agente comunitário	30	F	3

Quadro 1 – Participantes das entrevistas semiestruturadas

4.5 Instrumentos para produção de dados

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com professores e diretora da escola selecionada, além de profissionais de saúde da eSF que atuam na USF do município de Sapeaçu. Participaram das entrevistas, então, os seguintes

profissionais: médico, odontólogo, agente comunitário e enfermeiro. As entrevistas se deram em horários e locais acessíveis para os participantes: na escola, na Unidade de Saúde e nas Secretarias de Educação e de Saúde.

Segundo Minayo (2011), a entrevista sobre determinado tema científico é a forma de coleta de informações mais utilizada e tem como objetivo construir informações pertinentes sobre o objeto de pesquisa. As entrevistas podem ser entendidas como conversas com finalidades definidas previamente. O participante/entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema sem se prender à indagação previamente formulada.

O roteiro das entrevistas deste estudo foi elaborado e organizado em três seções. A primeira seção da entrevista se refere aos dados sociodemográficos (nome, idade, sexo, renda, nível de escolaridade e ocupação) e ao tempo de atuação ou participação no PSE. Na segunda seção, indagou-se sobre os significados produzidos na atuação e no cotidiano do PSE, com perguntas disparadoras sobre a atuação (ou participação) no programa, os conhecimentos produzidos nessas experiências e as ações do PSE e repercussões dessas vivências. A terceira e última seção abarcou os questionamentos necessários para complementar a compreensão dos conteúdos compartilhados pelos participantes. Além de conferir aquilo que foi trazido pelo participante, esse foi um momento no qual o sujeito pôde complementar as primeiras informações e analisar o PSE, expressando seus julgamentos sobre os benefícios, as dificuldades, as estratégias utilizadas e as avaliações da experiência.

A versão preliminar do roteiro de entrevista foi submetida a um teste-piloto com um profissional da saúde e um profissional de educação do município estudado. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para se aproximar do cotidiano escolar, foi utilizada a observação participante com o registro no diário de campo. Segundo Minayo (2011), a observação participante é considerada parte essencial do trabalho de campo na pesquisa qualitativa. Apesar da produção de dados, principalmente advinda da observação participante, ter contemplado a escuta dos estudantes da escola, os dados gerados ali foram considerados complementares. Os estudantes não tiveram uma participação direta na entrevista e não fizeram parte da relação de participantes.

Entretanto, eles foram mencionados diversas vezes pelos profissionais que trabalham no PSE. Os dados produzidos durante a observação participante permitiram identificar as contradições e as relações entre os sujeitos participantes da pesquisa.

Definida como o processo pelo qual um pesquisador se coloca como observador de uma situação social, a observação na escola permitiu que se construísse uma relação direta com os participantes no espaço social da pesquisa. Tal instrumento auxiliou a vinculação dos fatos às suas representações, além de facilitar o desvendamento de possíveis contradições entre as normas e regras e as práticas vividas cotidianamente pelos sujeitos e pela instituição observados (MINAYO, 2011).

4.6 Procedimentos de coleta e produção de dados

O processo de análise consistiu em compreender, com base na realidade vivida e partilhada por professores, diretora e eSF, as práticas e os significados das ações de educação em saúde (MINAYO, 2011). As práticas e os significados relacionados ao PSE estavam pautados em suas experiências. Com as entrevistas, notamos a multiplicidade de práticas e significados sobre o programa.

Entre junho de 2014 e junho de 2015, a pesquisadora registrou observações nos diários de campo e realizou as entrevistas. Estas foram agendadas e realizadas na escola ou na Unidade de Saúde da Família, de acordo como a disponibilidade de cada participante. Elas foram gravadas e, em seguida, transcritas na íntegra. A análise dos dados tomou como ponto de partida as anotações do diário de campo e as transcrições das entrevistas. Cada conversa com os participantes se tornou importante e foi considerada para fins de pesquisa. Com o objetivo de conhecer de forma mais profunda as práticas e os significados das ações de educação em saúde relacionados ao PSE, foram feitas leituras exaustivas das transcrições das entrevistas e das anotações do diário de campo.

Para a análise desse material, obteve-se a percepção geral das informações por meio de uma leitura sistematizada das entrevistas e observações de campo. Após a leitura do material coletado e baseando-se nos objetivos geral e específicos, foram criados quatro eixos temáticos:

- (I) Implantação do PSE;
- (II) Ações do PSE: articulação com as práticas locais;
- (III) Significados das práticas de educação em saúde;
- (IV) Desafios e estratégias de enfrentamento construídas pelos participantes do PSE.

Devemos lembrar que uma das premissas da teoria vigotskiana é a do significado da palavra como fenômeno discursivo que deve ser tomado como unidade de análise (VIGOTSKI, 2009). Assim, as unidades das falas produzidas pelos participantes desta pesquisa foram reduzidas em eixos temáticos, de maneira que toda a produção referente às transcrições e ao diário de campo pudesse ser inserida nesses eixos.

Ressalta-se o fato de que o eixo temático intitulado Os Significados de Educação em Saúde apresenta quatro sub-eixos: Diálogo na Escola, Transmissão de Informações Biomédicas, Instrumentalização e Atenção Curativa. Essa subdivisão se deu de forma a facilitar a compreensão e a interpretação dos dados.

5 RESULTADOS

Além do que está exposto nos documentos oficiais (BRASIL, 2007b, 2008b, 2011a, 2011b, 2013a), conhecemos as ações do PSE no município de Sapeaçu por meio da descrição dada pelos participantes (professores, diretor, estudantes, coordenadores PSE municipal e eSF) durante as entrevistas semiestruturadas e por meio das observações realizadas de junho de 2014 a junho de 2015. Foram diversos os significados das práticas de educação em saúde, tal como esperado, considerando a história de vida de cada participante, a relação com o programa, a formação profissional e as relações que cada profissional mantém com os serviços de saúde e de educação do município.

Neste capítulo, apresentamos os quatro eixos temáticos de análise deste estudo: implantação do PSE; ações do PSE: articulação com as práticas locais; significados de educação em saúde; e desafios e estratégias de enfrentamento construídas pelos participantes do PSE.

5.1 Implantação do PSE

A presente seção agrega os elementos dos discursos trazidos pelos entrevistados e os documentos acessados sobre a adesão do município ao PSE até o estabelecimento e a implementação das suas práticas.

Sapeaçu aderiu ao programa em 2011. No entanto, mesmo com o início oficial e a realização de algumas práticas/ações todos os participantes da presente pesquisa consideram 2013 como a data e o ponto de partida efetivo do PSE naquela cidade, marcado pela mudança de gestores locais, com a atenção e a cobrança destes com relação à condução e ao registro das ações que estavam previstas.

Observa-se, contudo, que antes da adesão municipal ao PSE parte dos profissionais da saúde já considerava a importância de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde dos estudantes e atuava de modo coerente com o

proposto. Essas práticas, em consonância com projetos e movimentos que ocorriam no período, tais como as Escolas Promotoras de Saúde, inspiraram iniciativas locais, como os projetos municipais Sorria Sapeaçu — que trabalhava com a saúde bucal dos escolares — e o homônimo Saúde na Escola, que promovia palestras educativas nas unidades de educação da região.

Eu tive um projeto meu locado aqui na educação, que era saúde na escola. Era só: saúde na escola. E que a gente fazia uma interação, uma integração... e fazíamos palestras, fazíamos campanhas junto às escolas (Médico).

Tais iniciativas de educação em saúde, antecessoras do PSE, reforçaram a importância da institucionalização das medidas supracitadas. Dessa maneira, seria relevante contar com uma estrutura regulamentada para dar continuidade às ações que já vinham sendo realizadas pelo poder público municipal. Então, a institucionalização em âmbito nacional, por meio da criação do PSE, além de prover mais recursos financeiros aos municípios, tem estimulado a continuidade do que já existia e oferecido condições para a emergência de novas ações.

As ações realizadas no município até 2010 surgiram de forma mais espontânea, menos estruturada, como desdobramentos da vontade e iniciativa dos profissionais da USF e das escolas e com base nas necessidades da comunidade.

Os entrevistados afirmaram que, depois da implantação do PSE, os programas locais sofreram mudanças, já que foram incorporados ao programa, cuja proposta é nacional. O projeto Sorria Sapeaçu é um exemplo disso. Nas entrevistas, nota-se que as mudanças provocaram um acúmulo de tarefas e procedimentos burocráticos, como a necessidade de realização de uma chamada dos alunos participantes da escovação de dentes e o registro dessa atividade no sistema indicado pelo PSE.

Como consequência dessas mudanças, a equipe de saúde do projeto Sorria Sapeaçu reduziu o número de escolas que realizavam a escovação semanal, a partir da implantação do PSE, buscando dar conta também das questões burocráticas. Atualmente, a escovação ocorre nas creches e escolas de ensino fundamental I. Os colégios estaduais e as escolas particulares ficaram fora do projeto relacionado à escovação.

O momento de implantação do PSE, com a reorganização dos projetos anteriormente existentes (tais como os já mencionados Sorria Sapeaçu e Saúde na Escola) e novas ações que surgiram de forma menos espontânea, como aqueles sugeridos diretamente pelo MS para o PSE, acabou causando um questionamento geral sobre a possibilidade da institucionalização dessas práticas. Isso porque, por vezes, elas podem gerar excesso de burocracia e inclusive enfraquecer a prática em si e os projetos locais.

Como verificado na literatura, os processos de intervenção social, chamados comumente de “projetos”, devem levar em conta a integração e a valorização do conjunto de experiências vividas pelos indivíduos em todos os âmbitos de sua experiência existencial (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997; MINAYO, 2005). Cabe àqueles que implantam um programa considerar os atores envolvidos, contemplando suas experiências, e levar em conta que as transformações consequentes de cada projeto (ou programa) passam pelas subjetividades diversas e interagem com os indivíduos, suas práticas cotidianas, suas crenças e toda a sociedade.

As ações descritas a partir de 2013 são mais específicas do PSE, tal como preconizado pelos ministérios da Saúde e da Educação. Elas levam em conta as ações pactuadas pelo município e em conformidade com o material divulgado nacionalmente, tal como a proposta para a Semana Saúde na Escola. Portanto, aqui se consideram como práticas do PSE no município aquelas que se referem ao período entre 2013 e 2015.

A escola participante aderiu ao programa em 2013. O MS desde então vem publicando anualmente um tema nacional e um Guia de Sugestões de Atividades Semana Saúde na Escola (BRASIL, 2013b, 2014, 2015). Na semana definida para o início das ações, a qual ocorre usualmente em abril, o município que adere ao programa apresenta e propõe a mobilização do tema previamente lançado pelo MS para os profissionais locais e para toda a comunidade. Assim, as atividades do PSE realizadas nas escolas, durante o ano letivo, devem se constituir como o desenvolvimento das ações previamente indicadas pelo MS.

Por meio das entrevistas com os participantes deste estudo, foi possível observar duas percepções relacionadas à implantação do PSE em Sapeaçu: de um lado, a fala das professoras e dos profissionais ligados à educação enfatizaram a

mudança das temáticas abordadas com a chegada do programa às unidades de ensino; de outro lado, os profissionais de saúde afirmam que tiveram que reorganizar as práticas de educação em saúde previamente existentes.

A equipe escolar enxerga as ações como uma atividade interessante, que deveria ser implementada com o currículo e a partir do currículo. Alguns dos temas do PSE já eram trabalhados na escola participante, tais como higiene, meio ambiente e lixo, além da cultura de paz. No entanto, havia temas que, apesar da sua importância ululante, não eram contemplados pelos professores, pois estes não se sentiam aptos para introduzi-los no espaço escolar. Os temas de saúde mental e educação sexual e reprodutiva, por exemplo, foram considerados por eles como um entrave. Nas suas falas, tais profissionais de educação deixavam claro que, com a parceria firmada oficialmente através do PSE com os profissionais de saúde, sentiram-se estimulados a trabalhar com os temas relacionados à saúde nas suas salas de aula. A coordenadora do PSE Educação confirma e evidencia na seguinte fala a diferença da relação dos professores com determinados temas e a consequente ampliação das temáticas discutidas a partir da implantação do PSE:

Alguns professores, a depender ação eles não tem muita propriedade para estar discutindo na sala de aula. Então eles chegam a realizar algumas das atividades, mas aquelas focadas mesmo, no que eles tem uma certa propriedade. A gente observa aqui “cultura na perspectiva de paz” eles realizam muita coisa, “direitos e deveres” ele realizam, a questão das “práticas corporais” eles realizam, a gente pode observar aqui muita atividade sobre práticas corporais, “alimentação saudável”. Mas tem outras temáticas que eles pedem assim... no ano passado mesmo, muitos professores e diretores de escola pediram assim: “Eu preciso de um profissional para falar de drogas, sobre sexualidade”. Que elas não se sentem assim, até o jeito, para estar passando para as crianças, então eles precisam mais desse apoio mais ainda dos profissionais da saúde

As professoras e os profissionais ligados à educação afirmaram que alguns temas da saúde eram trabalhados frequentemente nas salas de aula no período anterior à implementação do PSE. Lembraram que o tema da saúde começou a ser introduzido a partir dos temas transversais propostos nos PCNs, especialmente no ensino fundamental I. Nesse sentido, institucionalizar o debate e abordar o tema da saúde como forma de promoção da saúde foi um incentivo para o trabalho com as temáticas que já costumavam ser discutidas nos currículos, a exemplo da higiene pessoal, do saneamento básico e das campanhas de vacinação. Tais ações eram

conduzidas no cronograma planejado e organizado pela coordenação pedagógica. Os professores, por sua vez, definiam como seriam trabalhados tais conteúdos. Os participantes entrevistados neste estudo expressaram um sentimento de continuidade entre as ações praticadas anteriormente, relacionadas à saúde na escola, e a implantação do PSE.

Para os profissionais de saúde, a implementação do PSE significou um desafio, no sentido de que causou um aumento considerável na sua carga de trabalho. Houve uma sobrecarga de horas trabalhadas no início do programa, pois os profissionais precisavam estar presentes nas escolas semanalmente para fazer as visitas e realizar as ações planejadas. A enfermeira, coordenadora da equipe de Saúde da Família, aponta as dificuldades iniciais:

Mas é um programa, que como ele não tem uma equipe, pra fazer isso, ele precisa da equipe do Programa de Saúde da Família, então existem várias dificuldades. E a dificuldade é essa, é a questão da demanda, porque uma equipe do PSF às vezes tem “x” pacientes, ela tá numa área muito populosa: ela precisa fazer visita domiciliar, saúde da mulher, saúde do adulto, gestante, acompanhamento de criança, então assim, ela tem várias ocupações, ela gerencia aquela unidade, então ela não o tempo disponível pra preparar tudo para estar presente dentro da escola, entendeu? (Enfermeira)

A escovação dos dentes, por exemplo, é uma atividade que ocorre toda quarta-feira na escola participante, desde 2013. Essa ação é executada pelo agente comunitário e conta, ocasionalmente, com a presença da odontóloga, que atua pelo PSE em diferentes escolas de seu território de cobertura. Com base nas questões de saúde identificadas entre os estudantes, como o a identificação de cáries, por exemplo, a USF deve abrir um horário na sua agenda para atender tais estudantes. O atendimento deve acontecer na própria USF e, no município, envolve serviços como extrações de dente, vacinações etc.

Com a chegada do PSE, um desafio também surgiu para os profissionais de saúde, que passaram a lidar diretamente com o público estudantil dentro do ambiente escolar. Dessa forma, profissionais que eram acostumados a atender o público infantil, acompanhado pelos pais e/ou responsáveis, tiveram que se adaptar às atividades sem a mediação desses adultos. Além disso, passou a haver a necessidade de intervir em grupos de crianças e adolescentes em contextos escolares.

De uma forma ou de outra, a implantação do PSE no município de Sapeaçu significou um período de reorganização das práticas cotidianas dos profissionais que atuavam na escola. Serviu, portanto, para um replanejamento das ações que já eram realizadas. Além disso, novas práticas surgiram para responder à demanda do PSE.

Os participantes lembram que a chegada do PSE trouxe uma necessidade de repensar suas práticas cotidianas. É o caso, por exemplo, da reserva de um período na semana para tais ações, assim como a necessidade de disponibilidade para o planejamento das atividades. Como consequência, houve a desistência e/ou o abandono de algumas práticas, como o projeto homônimo Saúde na Escola, que acabou sendo incorporado ao PSE.

Desse modo, os temas e as ações passaram a ser planejados pelos gestores locais responsáveis pelo PSE e, em alguns casos, em parceria com as escolas. De forma geral, o médico que participava mais ativamente do antigo programa já não se consideram tão implicados nas ações do PSE. Alguns profissionais vinculados a ESF abandonaram parte das atividades para dar conta de novas funções que lhes foram atribuídas. A implantação do PSE teve como consequência a reavaliação das prioridades desses profissionais e a consequente sobrecarga de trabalho, em razão do acúmulo das ações de outros projetos na área da saúde naquele município. Por sua vez, aqueles profissionais que não já não se envolviam nos projetos anteriores e que não estavam engajados em outras iniciativas pessoais foram convocados pela Secretaria Municipal de Saúde a participar do PSE. Todos eles foram convidados a tomar consciência da importância de ações de educação em saúde por meio do PSE. No entanto, acreditamos que isso vem ocorrendo de maneira lenta e gradativa.

5.2 Ações do PSE: articulação com as práticas locais

O PSE é instituído em nível nacional e tem o objetivo de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por intermédio de ações de prevenção de doenças, bem como de promoção e atenção à saúde (BRASIL, 2007b). Para atingir tais objetivos, são praticadas ações que se organizam

em três frentes de trabalho ou componentes: (I) avaliação clínica e psicossocial, (II) promoção e prevenção à saúde e (III) formação (BRASIL, 2011b).

O primeiro componente, avaliação clínica e psicossocial, tem como função adquirir informações sobre a saúde dos estudantes. As triagens são realizadas nas escolas e, quando há a necessidade de maiores cuidados, os estudantes devem ser encaminhados à USF. Esse componente tem um caráter marcadamente sanitarista e normalizador. As ações, embora executadas num ambiente coletivo (neste caso, a escola), privilegiam o indivíduo e objetivam a prevenção e o controle de doenças. Essa perspectiva se coaduna com o modelo hegemônico de prática educativa em saúde, discutido e criticado por Alves (2004), cuja característica é de controle dos comportamentos e hábitos dos estudantes pelos profissionais de saúde.

O segundo componente segue, como o próprio nome sugere, a estratégia de promoção da saúde, com ações também realizadas em grupos, seja no pátio da escola, seja nas salas de aula. Essas ações buscam estimular os estudantes a serem protagonistas do seu processo de saúde e de suas condições de vida, relacionadas tanto às escolhas individuais quanto à noção de coletividade. Essa responsabilização pela melhoria da própria qualidade de vida e da de outras pessoas está de acordo com o modelo dialógico de educação em saúde, que articula o saber dos estudantes com as demais atividades escolares e cotidianas.

De acordo com o passo a passo do PSE (BRASIL, 2011b), o terceiro componente, intitulado formação (dos gestores, da equipe de educação e da equipe de saúde que atuam no PSE), é de responsabilidade das três esferas do governo: municipal, estadual e federal. A formação envolve estratégias para formar tanto os profissionais que atuam no PSE quanto os próprios estudantes e profissionais da escola. Uma dessas estratégias é a formação de jovens protagonistas, por meio da metodologia de educação por pares. As demais propostas de formação dizem respeito a cursos de especialização e educação a distância oferecidos dentro dos temas sugeridos para a execução do PSE.

Nas observações de campo e nos relatos dos participantes deste estudo, foram identificadas as seguintes linhas de ações relacionadas ao componente de avaliação clínica e psicossocial: (I) verificação da situação vacinal, (II) saúde ocular e (III) avaliação antropométrica. Do componente de promoção e prevenção à saúde,

foram identificadas as seguintes linhas de ação: (I) saúde e prevenção nas escolas — drogas e sexualidade, (II) saúde ambiental, (III) saúde bucal, (IV) alimentação saudável, (V) higiene pessoal e (VI) práticas corporais e atividade física. A ação nomeada pelo estabelecimento como Mais Saúde na Escola contempla diversos temas e pode estar relacionada a mais de um componente do PSE, inclusive o de formação.

A avaliação antropométrica ocorre uma vez ao ano. A enfermeira da USF visita a escola nos dias agendados (usualmente, são dois ou três dias até a conclusão da ação). Ela é auxiliada por dois técnicos, que podem ser técnicos de enfermagem ou agentes comunitários. É calculado o Índice de Massa Corpórea (IMC) de todos os estudantes e realizado um levantamento daqueles que precisam ser encaminhados para atendimento individual com a nutricionista. O encaminhamento é feito por meio de convite aos pais, que devem levar seus filhos a uma consulta agendada.

O MS orienta que se verifique a situação vacinal uma vez ao ano, no ensino fundamental; no entanto, tal verificação costuma ocorrer nos períodos de campanha de vacinação, a depender do interesse demonstrado pelos profissionais da Unidade de Saúde. Foi o caso da campanha de vacinação contra o HPV (papilomavírus humano) para as jovens de 9 a 11 anos. Foram colocados cartazes e realizadas palestras incentivando que as meninas dessa faixa etária tomassem a vacina. Apesar disso, a vacinação ocorre na Unidade de Saúde, sem necessidade de agendamento.

A saúde ocular foi objeto de atividade apenas em 2013. Inicialmente, ocorreu uma capacitação para os professores e profissionais das eSFs e uma triagem com os alunos. Foram disponibilizados painéis para a realização do Teste Snellen, uma medida de acuidade visual em que os estudantes identificam as letras que conseguem ler a certa distância do painel. Com os resultados, foi levantado o número de estudantes que fugiam do padrão esperado e precisavam utilizar óculos. A proposta da ação apresentada aos profissionais era que esses estudantes fossem encaminhados para atendimento com oftalmologista e, em seguida, que fossem distribuídos óculos aos que necessitassem. Isso não ocorreu devido à falta da segunda parcela do repasse da verba destinada ao projeto.

Essa ação que não foi concluída em virtude da falta de verba foi traduzida pelos participantes como uma ação sem “resultado”. Usualmente, os pais, estudantes e funcionários da escola esperam que as ações relacionadas à saúde, independente da linha de ação, tenham um “resultado”, ou seja, algo concreto, que possa gerar benefícios para seus usuários. Esses benefícios podem consistir na doação de óculos para os estudantes, em uma consulta com o especialista ou mesmo na distribuição de brindes.

As ações relacionadas à saúde bucal, tal como descritas anteriormente, ocorrem há mais tempo, sendo anteriores à implantação do PSE em Sapeaçu. A partir de 2013, ocorreram as seguintes atividades relacionadas à saúde bucal: escovação inspecionada, aplicação de flúor, evidenciação de placas, palestra sobre escovação e encaminhamento para atendimentos individuais na USF.

No início de cada semestre letivo um dentista e um técnico de saúde bucal, além de agentes comunitários, visitam as escolas. É proferida uma palestra sobre escovação com um material que ajuda a visualização, com um macromodelo, o Kit Bocão, distribuído para a prática do PSE. Ao final da palestra é realizada a evidenciação de placas bacterianas com o auxílio de pastilhas que, ao serem mastigadas, coram as placas existentes. Após isso, são distribuídas escovas de dente e é realizada a primeira escovação inspecionada. Com o auxílio de copos com água, todos os estudantes devem escovar os dentes, enquanto um dentista explica como deve ser feita a escovação. Ao final dessa atividade, ocorre a aplicação de flúor.

As ações de escovação seguem ocorrendo semanalmente, às quartas-feiras. Um ou dois agentes comunitários são responsáveis pela condução da ação e uma dentista da unidade visita todas as escolas para conferir se a ação está acontecendo normalmente. Os estudantes que possuem placas bacterianas ou outro problema relacionado à saúde bucal são encaminhados para a USF. Uma lista dos estudantes que precisam de atendimento é usualmente encaminhada para a diretoria da escola, que envia aos pais um convite para levar seus filhos à USF para atendimento com a dentista. A data e o horário são previamente definidos.

Segundo a dentista da unidade, os pais não levam os filhos para o atendimento com a frequência esperada. Ela atribui essa atitude negligente ao desinteresse dos pais e/ou responsáveis pelos próprios filhos:

ó, teve um período que a gente pedia que os pais trouxessem, por conta de que tinha alguns alunos que precisavam de extração e a gente precisava saber dos pais qual o remédio que o aluno tem alergia, se tem algum problema de saúde... e extração, como é uma coisa mais invasiva,, a gente preferia que [o estudante] viesse com os pais. Os pais não traziam de jeito nenhum. A gente morria de mandar as fichas, mandava pra escola as fichas de seleção dos alunos, a escola avisava os pais, “ó, tal dia é pra levar seu filho pro posto, que foi selecionado pro atendimento”. Que aqui é difícil vaga pro atendimento, né?! Porque a demanda é grande. Aí eles achavam e não dão valor. Aí não vinham, os pais não vinham!

Notamos, nas observações e nos relatos dos participantes, que os profissionais de saúde não questionam como as consultas são marcadas ou como são realizados os procedimentos relacionados ao próprio atendimento — se os pais e/ou responsáveis têm disponibilidade para ir até a unidade de saúde, por exemplo, e se concordam que seus filhos devem fazer uma intervenção específica, seja uma extração dentária, seja uma limpeza de dente.

Considerando a baixa frequência da procura de pais e/ou responsáveis pelo serviço disponível na unidade, os profissionais da saúde modificaram a estratégia a partir do final de 2014, para garantir uma maior adesão ao programa. As professoras passaram a ser as responsáveis pela marcação e o acompanhamento às consultas dos estudantes nos atendimentos individuais com o dentista. Essa nova estratégia, além de desresponsabilizar os pais pela saúde bucal de seus filhos, passou a responsabilizar os professores, inclusive pelo início de um tratamento de saúde para os estudantes. Isso tem algumas implicações. Uma delas é a necessidade de que os professores saiam do ambiente escolar para fazer a visita ao dentista e/ou ao médico nas USFs. Outra implicação é a grande responsabilidade outorgada aos professores.

Essa estratégia tem criado novos problemas. Um deles é a falta de comunicação entre os professores e os funcionários da unidade de saúde sobre os procedimentos necessários no atendimento dos estudantes na USF. Como consequência, os professores têm desistido de levar os estudantes para o atendimento ou sido negligentes, pois acreditam que não cabe a eles tal função.

Entretanto, os professores não informam à unidade essa tomada de decisão. De modo geral, a dentista não é avisada sobre a ausência à consulta e fica à espera dos estudantes na USF. O horário para o atendimento, por sua vez, fica ocioso.

As estratégias do PSE sofrem mudanças permanentemente, via tentativas e erros. Não parece haver um diálogo entre os atores envolvidos no PSE para a realização de cada ação relacionada ao programa. Essa situação gera um questionamento sobre o lugar da educação e da saúde na vida do cidadão brasileiro e, em especial, dos atores no campo da saúde e da educação daquele município. Sabemos que a educação é um direito de todos e dever do Estado e da família. A educação básica pública é obrigatória no Brasil desde 1971. Ela sofreu mudanças ao longo da história do país: era obrigatória dos 7 aos 14 anos e passou a ser obrigatória e gratuita dos 4 aos 17 anos, assegurada, inclusive, a sua oferta gratuita para todos os que a ela não tiveram acesso na idade própria, a partir da Emenda Constitucional n. 59, de 11 de novembro de 2009 (BRASIL, 2009a). A saúde também é um direito de todos e dever do Estado. Contudo, seus serviços não são obrigatórios. Por outro lado, os profissionais da ESF são os responsáveis por um território específico, e isso envolve uma relação com a área educacional.

Ao professor são atribuídas novas responsabilidades e tarefas, como os atendimentos individuais dos estudantes nas USFs. A escola, então, realiza ações que ultrapassam a educação pela saúde e a promoção da saúde. Por meio do exemplo citado acima, da estratégia da dentista local para assegurar os atendimentos que ela julgava necessários, foi possível notar as dificuldades vivenciadas pelos atores envolvidos no PSE.

Em 2009, com a Emenda n. 59, foi assegurado o atendimento ao educando/estudante, em todas as etapas da educação básica, por meio de programas suplementares de assistência à saúde (BRASIL, 2009a). Assim a saúde, na condição de um tema e uma ação que ingressa no contexto escolar, passa a fazer parte de um espaço que é obrigatório para todas as crianças e adolescentes — a escola. Entretanto, a contradição do sistema é evidente, pois a família tem sido pouco a pouco desresponsabilizada dos cuidados relacionados à saúde e, ao mesmo tempo, não há ninguém (profissional ou agente) efetivamente implicado para

suprir essa responsabilidade. Os profissionais da saúde e da escola não se sentem preparados para assumir a função que lhes foi dada.

A linha de ação de saúde e prevenção nas escolas realizada no estabelecimento participante desta pesquisa foi conduzida utilizando principalmente os seguintes temas: drogas, e sexualidade e saúde reprodutiva. Os professores relataram uma necessidade de abordar esses temas. Para tanto, o procedimento foi entrar em contato com a coordenação municipal do PSE (saúde e/ou educação) para solicitar um profissional para proferir uma palestra. Esse procedimento reflete as práticas usuais na relação entre a escola e a coordenação municipal do PSE. O diálogo entre as duas áreas (saúde e educação) tem sido muito limitado.

De modo geral, os profissionais convidados para apresentar as palestras recebem o convite considerando sua especialização e/ou área de interesse. São profissionais que, normalmente, possuem pós-graduação e são especialistas no tema da palestra. A depender do tema, diferentes palestrantes são convidados para participar do programa e, usualmente, não são profissionais vinculados diretamente à USF.

O fato de que os palestrantes são convidados e contratados pela coordenação do PSE gera uma burocracia e uma mediação desnecessária. A escola considera que não possui autonomia para fazer o convite direto aos palestrantes. Não existe, portanto, uma via permanente e estável de acesso, comunicação e vínculo entre os profissionais da escola e os palestrantes convidados pela unidade de saúde. Os palestrantes são convidados e selecionados pela coordenação do PSE conforme suas especialidades. Isso significa que muitas vezes esses palestrantes não fazem parte da eSF; logo, não têm uma relação direta e contínua com a escola. Eles são profissionais que, de modo geral, não conhecem a realidade da escola visitada e não mantêm contato com os funcionários da USF nem com os profissionais das escolas. Essas atividades pontuais, portanto, não permitem a construção de vínculos entre os atores do PSE, saúde–educação–comunidade.

Durante a coleta e produção de dados deste estudo, os alunos e professores da UFRB assistiram a seis palestras, em 2014, com o tema saúde ambiental. As palestras versaram sobre (I) “ambiente limpo e saudável”, (II) “água e qualidade de vida”, (III) “lixo e qualidade de vida”, (IV) “a importância das florestas brasileiras para

a sobrevivência das espécies”, (V) “o meio ambiente e a tecnologia” e (VI) “poluição ambiental e saúde”.

O tema da saúde ambiental surgiu como uma demanda da escola, com o objetivo de que fosse trabalhado e apresentado na Feira de Conhecimento, que ocorreria na própria instituição. Foi solicitada à coordenação do PSE a participação de profissionais que pudessem auxiliar na condução da feira. Naquele período, um grupo de pesquisa do Centro de Ciências Agrárias, Ambientais e Biológicas da UFRB estava interessado em realizar um trabalho sobre manejo de resíduos sólidos no município de Sapeaçu e, por isso, foi firmada uma parceria entre a Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, a unidade e a escola. Os participantes do grupo de pesquisa da UFRB se ofereceram para colaborar com as palestras na escola em Sapeaçu. Assim, a escola definiu os temas de cada palestra e o grupo de pesquisa da UFRB selecionou os profissionais que iriam proferi-las, bem como assegurou o transporte deles.

A linha de ação sobre alimentação saudável, de acordo com a proposta do componente II, de promoção e prevenção em saúde, visa que os estudantes questionem o que comem, tanto na escola quanto em casa. Foram citadas pelos participantes diversas palestras sobre alimentação, em 2013 e 2014, apresentadas por enfermeiros e nutricionistas. Com as primeiras orientações sobre uma alimentação saudável, mudou-se a merenda escolar, num movimento conjunto de diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde e da escola participante. Uma professora relata a mudança da seguinte forma:

no primeiro dia que você veio nos visitar na escola, o lanche era maçã. E eles comeram. No início tinha uma rejeição, mas hoje não. E tudo isso veio por causa do PSE, mudando a alimentação deles. [...] De nada adianta mudar e trabalhar a saúde na escola e não mudarmos o cardápio.

Essa mudança no cardápio da merenda escolar e a consequência na alimentação das crianças marcaram a trajetória dos entrevistados como uma ação exitosa, mencionada por quase todos os participantes deste estudo. De acordo com o preconizado pelos PCNs, é papel social da escola a construção de condutas, práticas e crenças, servindo como uma referência (BRASIL, 1997). Os estudantes que não aceitavam frutas e lanches saudáveis, aos poucos, foram modificando seus

hábitos alimentares e consumindo o lanche oferecido pelo novo cardápio. Esses estudantes costumavam levar salgadinhos para a escola diariamente, antes da ação do PSE.

A higiene pessoal foi o tema que mais sobressaiu nas observações realizadas na escola. As professoras relatam que se sentem confortáveis em trabalhar esse tema e realizam frequentemente atividades em sala de aula sobre essa temática. Elas consideram importante falar de higiene, principalmente para os estudantes do 2º e do 3º ano do ensino fundamental I. As ações em sala de aula têm um traço lúdico, com músicas e brincadeiras sobre a lavagem das mãos, a necessidade de banho diário e outros cuidados com a higiene corporal.

Essas atividades foram realizadas envolvendo os conteúdos das demais disciplinas, tais como português, matemática ou ciências, e trabalhadas transversalmente. O maior desafio na abordagem do tema da higiene corporal está apontado na discussão dos PCNs:

[...] levar em conta a realidade do aluno, não empobrecendo os conteúdos em condições adversas, mas buscando as soluções críticas e viáveis. O conhecimento dessa realidade é condição fundamental; portanto, pesquisar, recolher e elaborar informações sobre os usos e costumes da comunidade, analisá-los e avaliar sua eficácia, é um caminho para articular conhecimentos, atitudes e possibilidades de ação (BRASIL, 1997, p. 76).

Como citado anteriormente, parte dos alunos que estudam na sede de Sapeaçu, zona urbana, habitam a zona rural. Da mesma forma, parte dos estudantes da escola participante desta pesquisa moram na zona rural. Nem todas as residências dessas áreas possuem água potável. Existem cisternas que dependem da água da chuva ou de carros-pipa e, muitas vezes, ficam vazias. Esse é um desafio vivido pelos moradores das comunidades rurais, que têm de buscar água em poços da região. Alguns professores da escola também moram na zona rural e vivenciam a falta d'água. Apesar disso, não incluem na discussão da higiene pessoal essa difícil realidade.

Freire (2012) considera que práticas escolares como essas, descontextualizadas da realidade dos alunos, não possibilitam o acesso ao saber dos educandos, ou seja, impedem o próprio processo de conhecer-ensinar-

aprender. A internalização fica comprometida em razão da distância entre a realidade vivida e os conteúdos discutidos em sala de aula.

Em 2014, o tema selecionado para a Semana Saúde na Escola foi “Práticas Corporais, Atividade Física e Lazer numa perspectiva de Cultura de Paz e Direitos Humanos” (BRASIL, 2014). No período estipulado, a coordenação municipal do PSE convidou dois educadores para discutir o tema na mobilização da Semana Saúde na Escola. Foi abordada a importância e os benefícios das práticas corporais e da atividade física para as crianças e os adolescentes. Entretanto, a grande surpresa é que a escola participante não possui, no quadro de funcionários, um educador físico. São oferecidas para os estudantes apenas aulas de karatê fora do turno escolar.

O tema e as sugestões da Semana Saúde na Escola são definidos nacionalmente, conforme a realidade do país. O colesterol alto e o sobrepeso, por exemplo, são apontados pelo médico local como problemas atuais recorrentes na infância. O mesmo médico sugere que a atividade física deveria ser pensada para a melhoria da qualidade de vida dos estudantes. Entretanto, a despeito do diagnóstico do médico local, a escola não abordou esse tema nas ações do PSE, nem em qualquer outra ação. A demanda que surge do diagnóstico dos profissionais locais nem sempre é atendida e incorporada nos temas e nas ações do PSE. O tema selecionado pela escola, em 2014, foi saúde ambiental.

Não podemos negar que a escola, ao escolher seu tema de interesse, teve um momento de autonomia perante o PSE, pois saúde ambiental não foi o tema sugerido pelos ministérios da Saúde e da Educação na Semana Saúde na Escola para 2014. Essa liberdade de escolha do tema de atenção, promoção e prevenção em saúde tem sido fundamental; ela assegura a autonomia da escola e é muito valorizada pelo PSE e pelos diversos atores.

A escola iniciou as ações do PSE em 2013, num movimento conjunto entre as coordenações municipais do programa (da saúde e da educação) e a diretoria da unidade de ensino. Foi criada a Feira de Conhecimento, planejada como uma ação do PSE, com um tema relacionado à saúde abordado a cada ano. Há um tema geral para toda a escola e subtemas para cada turma, com palestras disparadoras. Proferidas as palestras conduzidas por profissionais da saúde, os professores dão

continuidade às discussões em sala de aula por um período. E os temas discutidos em sala são aqueles previamente abordados na feira.

Em 2013, o tema escolhido foi Mais Saúde na Escola. As palestras versaram sobre saúde, higiene bucal, corporal e ambiental, saneamento básico, vacinação e alimentação saudável. Em 2014, o projeto se intitulava Preservar o Ambiente é Garantir Melhor Qualidade de Vida. Alguns subtemas foram discutidos, tais como “ambiente limpo — vida saudável”, “água e qualidade de vida”, “lixo e qualidade de vida”, “importância das florestas brasileiras para a sobrevivência das espécies”, meio ambiente e tecnologia” e “poluição ambiental e saúde”. Em 2015, o tema geral ainda não havia sido definido até o levantamento das informações para este estudo. Segundo os participantes entrevistados, a mudança da diretora nesse ano letivo atrasou diversos projetos da escola e o PSE foi um deles.

Em virtude da realização da Feira de Conhecimento, a escola foi reconhecida municipalmente. A comunidade visitou a feira e refere-se a ela como algo positivo. Além disso, a feira ganhou visibilidade nacional, pois participou de uma mostra em Brasília, a convite do MS.

As ações do PSE podem ser pensadas desde o início do ano letivo em parceria com os profissionais, com a gestão e com os funcionários da área da saúde. Assim, uma vez escolhido o tema que será trabalhado no PSE, os professores definem os conteúdos programáticos a ser discutidos em sala de aula. O tema pode ser abordado em todas as disciplinas. O projeto da Feira de Conhecimento é um exemplo porque consegue firmar essa parceria, inclusive com a comunidade.

O projeto da Feira de Conhecimento tem ações que são nomeadas disparadoras. Elas acontecem com uma antecedência de dois meses e são marcadas por palestras com diversos temas. Os estudantes pesquisam sobre os temas propostos e os pais são convidados a auxiliar nas atividades que são encaminhadas para casa (construção de maquetes e cartazes, por exemplo). Algumas mães costumam ir à escola para auxiliar nas atividades. Existe uma parceria entre a escola e a família, e uma boa mobilização.

O ensino fundamental I tem um fator facilitador para tais ações, pois conta com um número reduzido de professores, que podem acompanhar todo o processo de construção da feira. O 2º e o 3º ano têm apenas um professor por turma e o 4º e o 5º ano têm dois professores por turma. Assim, um mesmo professor acompanha todas as atividades e ações relacionadas à sua turma, dialogando com as disciplinas e um mesmo tema. Esse processo de imersão no tema facilita o envolvimento tanto dos professores quanto dos estudantes. A feira ainda permite que os estudantes sejam multiplicadores do conhecimento ali produzido.

A Feira de Conhecimento é, portanto, uma ação criada no diálogo entre a escola e a coordenação do PSE. Ela consegue circular pelos três componentes do PSE: primeiro, com as avaliações clínicas e visitas dos profissionais de saúde à escola para a realização das triagens. Em seguida, com as ações de prevenção e promoção por meio de palestras e discussões em sala de aula. Podemos ainda dizer que esses estudantes, ao se apresentarem no dia da feira, assumem uma função de agentes formadores, pois estão compartilhando o saber produzido com a sua comunidade, com outras turmas, com seus pais e com grupos de outras escolas visitantes. Essa ação, apesar de não durar todo o ano letivo, consegue incluir diferentes componentes do PSE durante três ou quatro meses.

Observando de maneira geral as ações realizadas pelo PSE, foi possível perceber algumas possibilidades um percurso, desde o nascimento da demanda da ação até sua execução. Por vezes essas ações podem surgir da iniciativa da escola, que solicita da área da saúde profissionais para trabalhar em parceria. As ações também podem surgir da área da saúde da eSF. Essas ações são normalmente relacionadas à avaliação clínica. Outra possibilidade diz respeito àquelas ações que anualmente são escolhidas de uma lista proposta pelos ministérios da Saúde e da Educação, no momento de adesão do município, e são planejadas e solicitadas pelas coordenações do PSE municipais. Estas últimas são as mais observadas.

Alguns participantes vinculados à escola relatam que, quando percebem um tema pertinente ligado à área de saúde, por uma necessidade dos estudantes ou um interesse específico relacionado aos projetos das disciplinas, buscam acionar essa parceria com a Secretaria da Saúde. Por exemplo, a saúde reprodutiva e a

sexualidade costumam ser um entrave para os professores, e estes buscam, pelo PSE, um meio para o tema ser trabalhado na escola.

Os professores identificam a necessidade das turmas e informam à diretoria da escola. Esta, por sua vez, aciona a coordenação do PSE, vinculada à unidade de saúde. O gestor busca um palestrante especializado para trabalhar com o tema proposto. Assim, a escola envia um ofício de solicitação e a coordenação do PSE envia uma proposta de data de acordo com a disponibilidade do profissional em saúde para a realização da atividade. Usualmente, quando convidados, os profissionais proferem uma palestra na escola para os estudantes.

No dia da atividade, a eSF indica os palestrantes (de modo geral, especialistas), responsáveis pela abordagem do tema. Esses profissionais, quando são convidados externos à USF, visitam as escolas parceiras com dois funcionários da eSF. Estes últimos levam um livro-ata para registrar a ação e a ficha de atividade coletiva do PSE (no qual deve ser inserido o cartão SUS do profissional, a atividade, o tema e o cartão SUS do público). Em geral, os palestrantes convidados são uma nutricionista, um coordenador de Atenção Básica Municipal, um educador físico e profissionais que atuam no próprio município de Sapeaçu ou em instituições universitárias das cidades próximas.

Além dessas palestras e atividades solicitadas pela escola, a eSF promove atividades regulares, tais como avaliação antropométrica, escovação dentária, aplicação de flúor e verificação da situação vacinal.

As ações de sensibilização e responsabilização sobre alguma temática, nomeadas como palestras educativas e atividades de saúde e prevenção, surgem do interesse da escola e pertencem ao componente II (promoção e prevenção à saúde). A Secretaria de Educação é a responsável pela criação de relatórios e por sua inserção no SIMEC. As ações de avaliação clínica e psicossocial vinculadas ao componente I costumam surgir da iniciativa das unidades básicas de saúde e as informações sobre as práticas realizadas são inseridas no e-SUS.

Dessa forma, foi identificado que cada equipe se mobiliza para propor práticas de educação em saúde de acordo com os componentes que é sua responsabilidade da inserção nos respectivos sistemas de monitoramento.

Levantando o questionamento se estas práticas são pensadas a partir da necessidade real dos estudantes, público alvo do PSE, ou se são realizadas apenas para cumprir a meta pactuada pelos municípios e conseqüentemente receberem, em seguida, a verba do projeto.

5.3 Significados das práticas de educação em saúde

Como apontado anteriormente, a psicologia cultural estuda os significados e seu uso na prática e na ação cotidiana. Numa investigação que adota tal perspectiva, podemos pensar que as práticas do PSE desvelam significados de educação em saúde. Educação em saúde é um tema multifacetado, pois não se refere apenas a um método, uma ação pontual ou uma área do conhecimento específica. Ela se refere ao conjunto de saberes e práticas dirigidas à prevenção de doenças e promoção de saúde. Dessa forma, as ações do PSE podem ser interpretadas de distintas maneiras por cada participante.

Neste estudo, o que nos interessa são os diversos significados de educação em saúde compartilhados pelos participantes do PSE. Algumas das práticas de educação em saúde que surgiram das entrevistas podem ser elencadas aqui: ensinar a maneira correta de escovar os dentes por meio da escovação inspecionada; proferir palestras sobre alimentação saudável e sobre higiene pessoal (lavar as mãos antes de comer, tomar banho corretamente, escovar os dentes depois de comer); fazer campanha de vacinação contra o HPV; levar informações sobre DSTs e sobre sexualidade; executar triagem de saúde e encaminhamento dos alunos identificados com algum problema para a USF; formar roda de conversa sobre temas de saúde; e promover ações de prevenção por meio do esclarecimento e alerta.

Foram criados sub-eixos temáticos buscando abarcar esses significados de educação em saúde produzidos pelos participantes na experiência com as ações do PSE. Partimos da perspectiva deles, buscando compreender suas razões e crenças sobre o programa. Essa criação de sub-eixos se deu de forma a facilitar a compreensão e a interpretação dos dados, e podem ser elencados aqui: Diálogo na

Escola, Transmissão de Informações Biomédicas, Instrumentalização e Atenção Curativa.

O sub-eixo Diálogo na Escola (entre estudantes e profissionais do PSE) abarcou os discursos sobre as práticas de educação em saúde que tinham como proposta a troca de experiências e a construção conjunta do conhecimento em sala de aula. Esses discursos se manifestaram em debates que partiam do saber dos estudantes em diálogo com o saber técnico-científico dos professores e demais profissionais de saúde participantes do PSE, tendo como foco principal o processo de saúde.

Os discursos relacionados ao sub-eixo Diálogos na Escola foram identificados principalmente na fala das professoras, da diretora, do médico e da coordenadora do PSE de Saúde. Participantes indicaram a necessidade de “debater dentro da sala de aula sobre saúde; passar pesquisa, estudar e fazer trabalho em sala de aula sobre saúde”. Segundo eles, “o aluno deve entrar (imersão) no tema através das palestras e da abordagem em todas as disciplinas para a construção do conhecimento teórico e prático”, e é preciso “estimular as crianças e falar com todos ao mesmo tempo de um tema de saúde”. As práticas devem levar em conta a autonomia do público-alvo do PSE — os estudantes — e seus saberes, que são produzidos, considerando as experiências que ultrapassam o contexto escolar.

A Transmissão de Informações Biomédicas é um sub-eixo temático que considera o conhecimento como algo dado por uma pessoa, a ser aprendido e incorporado por quem recebe as informações. Essas informações são traduzidas como “levar, dar, passar ou disseminar a informação sobre saúde”; “falar ou conversar sobre o tema de saúde dado”; “falar sobre os temas de saúde e fazer com que os alunos aprendam”; e “aprender a partir de pequenas conversas e histórias e passar a praticar”.

Essa forma de pensar a educação em saúde e suas práticas está relacionada com o modelo unidirecional do conhecimento, adotado na lógica e nas práticas da educação tradicional. Essa lógica tradicional considera que o processo de transmissão do conhecimento segue uma direção unilateral e vertical, daqueles que dão a informação (pais e/ou profissionais) para aqueles que aprendem e são “formados” (VALSINER, 2012).

O sub-eixo temático intitulado Instrumentalização se refere àquelas práticas por meio das quais os profissionais buscam a adoção de hábitos de vida saudáveis por parte do público-alvo. A Instrumentalização envolveria, portanto, ações educacionais, com o objetivo de intervir na realidade dos estudantes, modificando seus hábitos de vida. Ela oferece exemplos sobre o que fazer e como fazer, utilizando “demonstrações das técnicas adequadas de cuidado e atenção à saúde”, ou “alerta para uma maior consciência da saúde e a mudança de hábitos”. Em última instância, as instruções visam ao estabelecimento de hábitos saudáveis. Essa concepção considera que “educar em saúde” deve ser uma maneira de orientar para a redução de riscos individuais. O seu objetivo seria o disciplinamento e o controle de comportamentos e hábitos saudáveis. Essa perspectiva está relacionada com o descrito por Alves (2004), ou seja, se configura como uma forma tradicional de conceber a educação em saúde.

Por fim, o sub-eixo temático Atenção Curativa compreende um modo de pensar o educar em saúde como uma ação de “avaliar as condições de saúde dos estudantes buscando identificar os problemas de saúde, e posteriormente [é] feito um encaminhamento para acompanhamento com médicos ou especialistas”. Essa compreensão sobre educação em saúde foi a mais comum entre os participantes. São esperados dos “especialistas” resultados concretos, por exemplo, a indicação e uso de óculos para estudantes que têm baixa acuidade visual ou mesmo a adoção de uma dieta para uma criança com diagnóstico de sobrepeso.

Os discursos dos participantes, mais especificamente o modo como compreendem e comunicam as práticas e saberes relacionados à prevenção e promoção da saúde, estão coadunados com uma concepção particular de educação em saúde. Eles apontam dois estilos de pensamento mencionados por Alves (2004): um estilo com enfoque tradicional/hegemônico, mais prevalente, e o dialógico.

Derivado do modelo dialógico de educação em saúde, identificamos o sub-eixo Diálogo na Escola, referente aos discursos que valorizam o saber e a autonomia dos estudantes, professores e profissionais de saúde, por meio de atividades como debates e rodas de conversas dentro do contexto escolar. Nas práticas dialógicas, ocorre uma troca de experiências entre o saber técnico-científico dos profissionais de saúde e/ou dos professores e o saber dos estudantes, com

base no que estes últimos já produziram nas suas vivências, no que eles entendem do tema, assim como no que é construído conjuntamente nas ações do PSE. O segundo elemento fundamental do enfoque dialógico na escola é o caráter promotor de saúde — a responsabilização e a capacitação dos estudantes para operarem no domínio de sua saúde e condição de vida.

Como descrito anteriormente, as professoras, a diretora da escola, médico e Coordenadora PSE da Saúde expressaram os discursos que compuseram o sub-eixo temático Diálogos na Escola. Dessa forma, compreendemos que neste contexto estudado os profissionais de educação e os dois profissionais com mais estudos na área da saúde – o médico e a Coordenadora PSE Saúde – concebem a educação em saúde sob a lógica de troca de experiências e saberes com a comunidade, concepção esta dialógica.

O médico participante é um profissional formado há 40 anos, com formação em psicoterapia transpessoal e pós-graduação em Saúde da Família e Auditoria. Ele afirma acreditar que o trabalho do Programa Saúde da Família é o melhor modelo de saúde e trabalha no Programa desde o início da implantação na Bahia. A enfermeira Coordenadora do PSE pela Secretária Municipal de Saúde, por sua vez, é pós-graduada em Gestão Pública e Saúde da Família. Afirma, também, que acredita no modelo atual de saúde pública e no PSE:

Você vê como a questão do PSE é bom, traz benefícios para esses alunos. Até para os profissionais, né?! Porque com o passar do tempo eles vão ser responsáveis por aqueles alunos. Então a questão é acreditarem no programa, no caso, os profissionais acreditarem.

Os outros três sub-eixos temáticos, Transmissão de Informações Biomédicas, Instrumentalização e Atenção Curativa, no entanto, são nitidamente filiados a um modelo tradicional/hegemônico de educação em saúde. De modo geral, os atores envolvidos no PSE, especialmente os profissionais de saúde, consideram o discurso científico, principalmente de caráter biomédico, aquele que deve ser transmitido pelos profissionais de saúde para a comunidade e incorporado pelos estudantes. Esse modelo caracteriza-se por uma verticalização da relação profissional-comunidade, na qual o conhecimento sobre a saúde é entendido como um saber a ser transmitido unilateralmente. O conhecimento, nesse caso, é exclusivo dos

profissionais de saúde, que de forma hegemônica criam um monopólio do saber. Esse modelo, podemos afirmar, está em oposição ao enfoque dialógico, que produz discursos sobre práticas horizontais, em uma relação crítico-reflexiva.

No sub-eixo Instrumentalização, observa-se a expectativa de que os estudantes, por meio do que chamam de educação em saúde, adotem a técnica adequada de cuidado e atenção em saúde. Tal perspectiva tem como objetivo condicionar os estudantes para a adoção de hábitos de vida saudáveis, via disciplinamento e moralização. A prática instrumental norteada para a prevenção de doenças e agravos à saúde visa a transformações individuais. Nesse sentido, “por transformação subentende-se, ainda, disciplinamento, moralização e controle dos comportamentos e hábitos dos indivíduos pelos profissionais de saúde” (ALVES, 2004, p. 24). Essa prática instrumental sobre educação em saúde adota, portanto, um modelo hegemônico.

A perspectiva tradicional clínica de Atenção Curativa, que também utiliza um enfoque hegemônico, considera o educar para a saúde dentro de um modelo individualizante. Essa perspectiva atua por meio de práticas de avaliação das condições de saúde e doença do sujeito, pois, apesar de a avaliação ocorrer no ambiente escolar, em grupos, seu caráter é individual, relacionado à doença e aos desvios das condições consideradas saudáveis. Com a identificação de patologias, os estudantes são encaminhados para especialistas da saúde visando a medidas curativas.

As ações do PSE costumam ser de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde ou da Secretaria Municipal de Educação. Não existe planejamento e construção de atividade conjunta, tal como proposto nas políticas públicas intersetoriais. A ação mais complexa observada foi a Feira de Conhecimento, que incluía diversos atores, envolvendo a ideia de responsabilidade da saúde; as palestras; um momento dedicado aos professores; a discussão em sala de aula do que seria apresentado na feira pelos estudantes; e o momento dedicado aos pais para que pudessem auxiliar os alunos na construção de maquetes e na realização das pesquisas passadas como tarefas de casa. A função da diretoria era organizar a estrutura física para a feira. Esses papéis foram bem definidos e não se misturaram. Entretanto, as ações ocorreram com uma separação de funções e em momentos

desarticulados. Dessa forma, o objetivo principal daquilo que se entende como um dos pilares de um programa intersetorial, a atuação articulada entre as áreas, não foi alcançado. Embora tenhamos observado uma grande atuação dos atores sociais vinculados ao PSE, não houve planejamento e articulação entre os setores, ao contrário do preconizado pelo PSE.

São diversas as práticas de educação em saúde, que tem também diversos significados e, conseqüentemente, estilos de pensamento a eles filiados (ALVES, 2004). Os temas pactuados anualmente para a realização das ações do PSE são definidos, na maior parte das vezes, de forma vertical. Os temas da saúde são, inicialmente, propostos pelo MS. O município então escolhe, de uma lista fornecida pelo ministério, aqueles temas com os quais trabalhará (ou os temas são definidos em reunião com a coordenação pedagógica da escola, em consonância com os PCNs). Assim, no decorrer do ano letivo, outros temas são incluídos ou mesmo excluídos, caso não haja profissionais capacitados para palestrar sobre eles. O município, entretanto, tem a responsabilidade de cumprir com os temas pactuados, de forma que a maior parte das ações realizadas são as indicadas pelo MS.

De acordo com os profissionais do PSE, especialmente aqueles diretamente ligados à escola, os estudantes consideram as ações do PSE “muito legais”. Elas são tidas como oportunidades de sair da sua rotina, de deixar o exercício diário de ficar sentado nas carteiras em sala de aula, de estabelecer uma relação diferente com a turma e a professora. As atividades propostas pelo PSE são mais divertidas. Uma das observações anotadas no diário de campo corrobora o relato:

os estudantes aparentam empolgação com a visita do profissional convidado. Alguns prestam atenção, outros apenas conversam, mas todos os estudantes riem e se divertem com o caráter lúdico da exposição do educador físico que fala sobre o lazer e os esportes. A eles é permitido sair da sala, ficar em grupo no pátio da escola, encontrar seus colegas de outras turmas.

Assim, apesar das dificuldades que se impõem à execução do PSE, podemos perceber, como discutido por Freire (2012), que a relação com os educandos é o caminho para intervir, e não há temas sobre os quais não se possa falar na escola. Se respeitado o contexto dos estudantes, os temas de saúde podem e devem ser

discutidos nesse ambiente. Esses temas são considerados parte do currículo e da rotina acadêmica, tal como descrito pelos estudantes.

5.4 Desafios e estratégias de enfrentamento construídas pelos participantes do PSE

A inserção do PSE foi considerada um grande desafio para os profissionais da USF, principalmente os enfermeiros (coordenadores da unidade de saúde). A Atenção Básica de saúde atualmente concentra diversos programas, ações e estratégias de saúde, segundo a coordenadora do PSE da Educação:

em relação aos profissionais da saúde, principalmente os enfermeiros, eles falam que fica muito sobrecarregado, porque eles têm uma demanda muito grande dentro dos PSFs, dentro da unidade de saúde. E essa saída, esses deslocamentos deles pra ir até a escola, fica um pouco difícil. Mas eles (né?), na medida do possível, estão realizando essas atividades.

A enfermeira da USF queixava-se constantemente da sobrecarga de trabalho e da falta de tempo para realizar ações que requeriam a saída do posto de saúde:

e, tratando-se do município, na sede, onde a gente ocupa as escolas com alunos maiores, de segundo grau, e assim, num quantitativo bem maior — tem escolas que têm mais de mil alunos —, então pra você oferecer uma ação de qualidade apenas com um enfermeiro é difícil [...]. Então cada ação que a gente faz dentro da escola, a gente deixa de fazer uma ação dentro do posto.

Para suprir a ausência dos profissionais da USF, que são os responsáveis pelas visitas às escolas e pelas ações no seu território, a coordenação do PSE municipal convida outros profissionais (usualmente contratados pelo município como especialistas — nutricionistas, educadores físicos, médicos de outras unidades de saúde e psicólogos, entre outros) ou estagiários para cumprir as ações pactuadas pelo município do PSE. Em uma estratégia encontrada pela coordenação municipal, são também convidados os professores ou os alunos da Universidade Federal do Recôncavo ou da Faculdade Maria Milza.

As ações em grupo são consideradas, também, uma estratégia de enfrentamento das dificuldades com relação à sobrecarga de trabalho e ao tempo para atuação no PSE. Uma das enfermeiras defende a lógica produtivista de reunir o maior número de estudantes no menor tempo possível para compensar sua saída da Unidade de Saúde da Família:

outra estratégia que a gente utiliza bastante é levar todos os alunos pro pátio, para a área, e aí você utiliza o microfone e fala com todos ao mesmo tempo, sendo que não é uma coisa que fortalece bastante a informação que você tá passando, porque eles ficam muito inquietos. Então trabalhar em grupos menores facilita mais, tipo assim: dentro da sala de aula, você tem uma resposta melhor. Quando você utiliza todos num salão, não é uma coisa bem legal, mas é o que a gente utiliza bastante para dar conta da demanda.

Os programas do governo são traduções das políticas públicas que implicam a vida dos cidadãos — práticas do sistema político (SOUZA, 2006). Um dos grandes desafios das políticas públicas é a sua inserção nesse processo de tradução para a vida cotidiana. Para tal, o PSE se propõe a articular duas redes públicas: a Educação Básica e a Atenção Básica em saúde. Os representantes dessas redes que têm a responsabilidade pelas ações são os funcionários da ESF e da escola, que, por se sentirem pouco responsáveis, pecam na interação e no diálogo entre essas duas instituições.

Fator importante levantado pela coordenadora do PSE Educação é a falta que ela sente do trabalho conjunto desde a adesão até o delineamento das ações e de sua implementação:

há uma tentativa de interação, mas, como falei, acho que deveria haver mais uma interação, que tanto a saúde quanto a educação estivessem presentes nas decisões, até em relação às ações do PSE, que se reunissem mais, entendeu?... que houvesse mesmo essa interação pra traçar um plano de ação daquele ano em relação àquele programa. Eu acho que isso seria um ponto positivo entre as duas secretarias [...]. E juntas formar um plano de ação pra que de fato aquelas ações, ou todas as ações, ou pelo menos a maioria possa ser efetiva de fato. Então acho que essa interação, o planejamento, pra traçar um plano de ação até pra estar esclarecendo mais ainda ao professor, ao diretor da escola, eles já entendem, né, que eles são parte integrante, mas se houvesse assim um plano já montado de ação... temos isso. PSE acontece, nós pactuamos essas ações e nós temos essas ações para serem desenvolvidas esse ano, estar apresentando mesmo de forma conjunta.

O Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTI-M) seria, em princípio, composto por gestores das Secretarias de Saúde e de Educação, assim como representantes das equipes de saúde da atenção básica e das escolas, estudantes e pessoas da comunidade local com função de planejar, integrar as unidades, definir ações e temas (BRASIL, 2013a). Assim, a fala acima expõe a ausência de grupos de trabalho em Sapeaçu e a dificuldade de interação entre as secretarias de Educação e de Saúde para a programação do PSE.

A falta de interação entre a ESF e a escola se expressa de diversas formas. Primeiramente, percebe-se que não existe um vínculo entre os profissionais dos dois setores. Além disso, os professores não se sentem pertencentes ao PSE. Os profissionais de saúde, por sua vez, acreditam que os alunos são de responsabilidade apenas dos professores.

Sobre o vínculo entre os profissionais das unidades, Gomes (2012) concluiu, em sua investigação do PSE, que a comunicação e a articulação com atores locais eram frágeis e descontínuas, levando mesmo à interrupção de algumas ações. O relato dessa falta de articulação entre as equipes de profissionais também foi proeminente no presente estudo. Os professores não se sentem à vontade e livres para contatar diretamente os profissionais de saúde. Os profissionais de saúde da USF só atuam nas escolas quando convocados pela coordenação municipal do PSE. Além de não existir esse contato direto e fortalecido, há circulação de um alto número de profissionais de saúde nas ações das escolas (por serem convidados diferentes profissionais a cada atividade). Dessa maneira, os contatos são pontuais e não se firma uma relação duradoura entre a eSF, os funcionários e os estudantes.

Cabe à coordenação do PSE municipal, por meio da centralização da gestão, fazer os contatos necessários para o planejamento e a execução das práticas do PSE de forma mais integrada e participativa:

então o desafio é esse, porque não é só um profissional, tem que ser uma parceria entre o profissional de saúde e da educação. O trabalho, em relação aos profissionais, era um pouco devagar, teria que estar, assim, correndo atrás — a coordenadora do programa, que no caso era eu, estar fazendo as atividades, porque a unidade já contempla muita coisa, então o profissional já não tem tempo. E a questão de o PSE ser um programa novo, as pessoas ainda não, assim, não têm a disponibilidade (coordenadora PSE Saúde).

Os discursos sobre as ações apresentam discrepâncias, demonstrando assim uma falta de diálogo entre os profissionais envolvidos no PSE. Um exemplo disso são as falas sobre os encaminhamentos dos estudantes com problemas de saúde bucal para atendimento na USF. De um lado, a dentista informa que não há interesse dos pais ou da escola em levar os estudantes para o atendimento. Ela relata ter mudado as estratégias de encaminhamento, mas acredita que há um desinteresse geral por parte dos professores: “às vezes, a escola não leva a sério, o problema tá aí”. Uma das professoras, por sua vez, queixa-se: “a parte odontológica deixa um pouco a desejar com relação aos alunos. Fizeram toda aquela triagem lá e encaminharam os mais necessitados. E os outros?” A professora relata, ainda, que as mães buscam constantemente os professores para saber quando seus filhos serão atendidos.

Fica evidente um descompasso entre os discursos da dentista e da professora. Percebemos que os profissionais buscam aplicar o princípio da igualdade de direito à educação nas suas práticas e acreditam que todos devem ter acesso a qualquer atividade realizada na escola. A saúde, no entanto, segue uma lógica diferente, pois seus atores trabalham com a ideia de urgência ou emergência. Os atendimentos são pontuais. Sob o princípio da equidade, a saúde prioriza aqueles com maiores necessidades por meio da máxima de “tratar desigualmente os desiguais”. Assim legitimados, os profissionais de saúde não se sentem desconfortáveis de atender apenas o número possível de estudantes, e escolhem os casos mais urgentes. Entretanto, a escola enxerga essa seleção dos alunos como uma falha no PSE.

Na fala dos professores, também fica evidente a falta de interação entre as áreas da saúde e da educação. Os próprios professores e gestores da escola não se sentem pertencentes ao PSE. Eles o descrevem como um programa da saúde, afirmando que cabe à escola apenas dar continuidade, em sala de aula, a essas ações que vêm de fora (ou seja, da área da saúde). Assim, os professores entendem o programa como de responsabilidade dos profissionais da área da saúde — referem-se a “eles” e não a “nós”:

Mas assim, é difícil, nós não vamos agradar 100%. **Eles** também não podem, mas **eles** estão no caminho certo. **Eles** estão trilhando pra acertar.

Então assim, se eu cruzar meus braços, não vou dar continuidade àquilo que foi iniciado lá fora. E eu tenho que ser a pessoa intermediária na escola, mas se eu fizer de conta que isso aqui é nada, não vai adiantar (professora 1).

O médico confirma a ideia de que o PSE não é considerado pelos demais atores escolares como sua função de médico. Numa posição diferente da dos demais profissionais da saúde, o médico, que possui um lugar de destaque na comunidade, demonstra que o programa não é considerado parte integrada das políticas locais:

eu acho que, quando eu vou fazer uma palestra numa escola, eles agem como antes. Como uma gratidão pessoal. Eu estou ali fazendo um favor pessoal, me disponibilizando pessoalmente, e não dentro de um programa sendo cumprido dentro da escola. Então eu não vejo isso como uma coisa engajada na própria escola. Não é um programa que seja inserido na escola mesmo.

Por fim, os profissionais da área da saúde também expressam a falta de interação educação–saúde ao mencionarem a ausência do sentimento de responsabilidade e comprometimento perante os estudantes. Essa ausência, por vezes, aparece velada no discurso da falta de parceria e apoio dos professores para a condução das ações do programa. Mas a preocupação evidente não se refere à qualidade da ação, e sim ao controle dos alunos, como expresso na fala da dentista:

o certo era os professores estarem participando, mas nem todas as escolas os professores querem participar, tem professor que se aproveita daquele momento que a gente pegou o aluno e vai pra secretaria bater papo, fazer outras atividades, **e deixa os alunos sob a responsabilidade da gente**. E o correto é o professor estar lado a lado, ali com a gente, controlando seus alunos, porque a gente não tem como controlar eles, **os alunos são deles**. A gente vai pra lá pra fazer a escovação.

Uma das funções da ESF é a reorganização da Atenção Básica em saúde, por meio do investimento em ações coletivas e da reconstrução das práticas com base na interdisciplinaridade (BRASIL, 2011a). No entanto, ao investigarmos o PSE, cujas ações requerem uma atuação interdisciplinar e atividades coletivas, percebemos uma falta de preparo dos profissionais. O despreparo torna evidentes

os problemas na formação de tais profissionais, pois as graduações e especializações não os habilitam para o trabalho em equipe interdisciplinar.

Com relação às dificuldades apontadas sobre o PSE em Sapeaçu, a rotatividade dos profissionais, principalmente dos gestores municipais da educação e saúde, foi considerada como fator que impossibilita a continuidade das ações. Isso também foi encontrado na pesquisa realizada por Leite (2013) sobre a percepção dos docentes do PSE, que identificou como fragilidade do programa a alta rotatividade dos profissionais, tanto da saúde como da educação.

O município de Sapeaçu criou a estratégia de contratar um enfermeiro para ser coordenador municipal do PSE. Esse profissional tem sido o responsável por gerir o programa e fazer os contatos necessários para a execução e continuação das atividades, inclusive a interação das escolas com as eSFs. Entre 2011 e 2015, passaram pelo PSE três gestores. Cada um apresentou uma forma particular de trabalho, e a gestora entrevistada neste estudo — responsável pelos anos de 2013, 2014 e parte de 2015, pois estava deixando o cargo — foi considerada a pessoa que implantou o programa efetivamente no município. Assim, com a sua saída, todos os profissionais queixaram-se da descontinuidade do PSE:

a grande falha é descontinuidade. Por exemplo, o PSE depende de quem estiver na coordenação. Então há algum tempo a gente não recebe nenhuma orientação, nem nenhum contato com o PSE. [...] Mas acho que depende muito da coordenação, no caso, da coordenação municipal — da Secretaria de Saúde e de Educação. A gente fica muito sujeito a essas interrupções, em função disso. Porque deve estar vindo as informações de lá (governo federal e estado), mas muitas vezes não chega aqui (médico).

Se a gente pudesse trabalhar com um grupo fixo de pessoas, que não houvesse essa rotatividade... Ano passado eu pude observar que, de março até julho, mais ou menos, a gente conseguiu produzir muita coisa, só que depois de julho teve duas mudanças, pro final do ano mais uma mudança por parte da saúde. Isso desestabilizou um pouco as ações que estavam ocorrendo, tava acontecendo palestras nas escolas sobre várias temáticas, avaliação ocular teve, a avaliação ocular aconteceu com alguns alunos da EJA, então, assim, o trabalho estava vindo num ritmo muito bom, muito significativo, mas a partir do momento que começou a haver essas mudanças, o trabalho praticamente parou, entendeu? (coordenadora PSE da Educação)

Além da descontinuidade das ações em andamento, existe um rompimento dos vínculos entre os atores envolvidos no PSE. Segundo o médico, essa

descontinuidade traduz o modo como as relações do programa se dão em nível pessoal. Na perspectiva do médico, essas relações são frágeis:

então acho que na verdade depende das pessoas que estão na frente. Então eu acho que, se tem uma pessoa na frente que toca, que briga, que faz, que é interessada por aquilo, tudo bem. Quando sai aquela pessoa, acabou! Depende se é uma pessoa preparada ou não, se é uma pessoa interessada ou não. Então é um nível muito pessoal (médico).

Uma incoerência entre algumas das ações do PSE e o cotidiano escolar foi identificada neste estudo. De acordo com Freire (2012), a contradição entre o dito e o vivido acarreta uma perda da força daquilo que é dito pelos educadores. Ações sobre higiene pessoal (que incluíam a lavagem das mãos, a prática de tomar banho diariamente e a escovação dos dentes, entre outras) foram largamente realizadas pelos professores, profissionais de saúde e estagiários das USFs na escola. No entanto, durante o período de observação, não havia sabão para a lavagem das mãos nos banheiros da escola. Portanto, os estudantes não podiam vivenciar na escola aquilo que os educadores estavam defendendo como uma prática necessária para a boa higiene.

Contudo, nem todas as práticas do PSE apresentaram tal contradição. As ações de alimentação saudável, como descritas neste trabalho, foram consideradas exitosas pelos participantes devido a essa relação entre o dito e o vivido pelos estudantes. Após as ações de alimentação saudável do PSE o cardápio da merenda escolar foi modificado e os estudantes passaram a se alimentar de maneira mais saudável.

De acordo com o indicado nos PCNs, a escola assume o papel social de construção das condutas, práticas e crenças dos alunos. Logo, ela deve, em sua rotina, ser a referência por meio de exemplos concretos, tais como a limpeza do espaço físico, a relação professor–estudante e a merenda escolar (BRASIL, 1997).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste estudo foi investigar o Programa Saúde na Escola por meio das práticas e dos significados de educação em saúde para profissionais envolvidos no programa. É importante lembrar que este estudo não visou realizar uma avaliação sistemática de um programa público, mas, de certo modo, contorna tal avaliação. Analisando os discursos, as concepções e as crenças dos atores envolvidos, foi possível definir um panorama do programa.

Reconhecendo que a atuação dos participantes no PSE desvela suas concepções sobre suas práticas, que se constroem em relação com o mundo social, a investigação permite o conhecimento da realidade do programa em funcionamento no município de Sapeaçu. Discutir as práticas e os significados de educação em saúde nos levou à reflexão sobre a atuação do programa na escola participante. Assim, as ações são construídas com base nos saberes dos sujeitos na relação com o PSE e demonstraram como tem sido a interação saúde–educação–comunidade.

As práticas do PSE observadas e descritas na presente investigação permitiram um conhecimento mais profundo sobre o programa, por meio dos atores que estão na ponta, vivendo concretamente a implementação de uma política pública. Cabe, então, ressaltar que os pontos destacados aqui não têm natureza conclusiva; são constatações que pretendem apenas contribuir com o conhecimento e a abertura de novos caminhos de investigação.

Por meio da análise do material produzido nas entrevistas e nas observações de campo, foi identificado que o município aderiu ao programa em 2011, mas apenas em 2013 as ações começaram a ocorrer de fato, sendo caracterizadas como ações do PSE. As práticas de educação em saúde anteriores ao PSE surgiram de movimentos e iniciativas locais do município ou dos profissionais de saúde. Esses movimentos e iniciativas locais nasceram, então, da necessidade e demanda da comunidade e dos profissionais de saúde — a necessidade e a demanda emergem sempre da relação entre os atores.

Essa relação é aquela esperada na condução adequada de um programa público intersetorial como o PSE. No entanto, as práticas do PSE observadas neste

estudo têm sido definidas de maneira vertical. Algumas delas foram definidas diretamente pelo MS e pelo MEC, com base nos temas e nas atividades propostas anualmente nos Guias de Sugestões de Atividades: Semana Saúde na Escola, que ensinam o passo a passo das ações e inibem a criação e o planejamento local das atividades. Outras práticas têm derivado da figura da coordenadora do PSE municipal, como uma estratégia para incentivar a execução do programa; porém, a coordenação define e propõe de forma vertical as ações que serão realizadas, bem como os palestrantes que visitarão as escolas. A maior parte das ações surgiu da escola e em relação com as necessidades dos estudantes.

Para a escola participante, o PSE garantiu aporte financeiro para a concretização de um desejo antigo da equipe escolar: a Feira de Conhecimento, levando em conta que a institucionalização de programas como esse, em âmbito nacional, fornece mais recursos financeiros aos municípios, estimulando ações inovadoras para as escolas, com aquisição de material para a realização das suas atividades.

Ao mesmo tempo, os programas institucionalizados nacionalmente passam por processos de controle, monitoramento e avaliação que aumentam consideravelmente a burocratização das atividades. Dessa forma, a cada ação realizada existe um número alto de procedimentos a serem seguidos, que servem de controle do MEC e do MS. Esses procedimentos provocam um acúmulo de tarefas e uma sobrecarga de trabalho para os profissionais, principalmente aqueles da eSF. A burocracia excessiva foi apontada como um dos fatores responsáveis pelo desânimo dos agentes de saúde.

Outro fator relevante identificado neste estudo foi a falta de interação e diálogo entre os atores vinculados ao PSE. A falta de interação entre a ESF e a escola se expressa de diversas formas. Primeiramente, os professores não se sentem pertencentes ao PSE. O PSE é considerado uma ação da saúde e, assim, seria responsabilidade das equipes de saúde, cabendo aos professores e demais equipes escolares apenas colaborar com as atividades e posteriormente reforçar a transmissão de conteúdos, abordando os temas em sala de aula.

Além disso, os atores escolares não se sentem comprometidos com toda a comunidade. Eles não acreditam que a escola deve ter esse compromisso contínua

e necessariamente. A escola acolhe os estudantes, mas não se responsabiliza pela comunidade. O PSE, porém, deveria ser um disparador de práticas de intervenções solidárias, nas quais a escola assumiria um papel de destaque perante todo o território e sua comunidade.

A proposta do PSE é que seja possível, num segundo momento, já de maneira educativa e preventiva, sensibilizar os estudantes para esse sentimento de dever cívico, que estimule o compromisso coletivo. A proposta geral do PSE, na sua base, é de que os estudantes se sintam responsáveis por sua educação e sua saúde, e aprendam a estabelecer um compromisso com o coletivo. A ideia, também, é que os alunos devem aprender de forma mais fluida, envolvendo diferentes elementos, pessoas, conhecimentos e áreas, e extrapolando, inclusive, os muros da escola.

Atualmente a educação formal ainda é segmentada em conteúdos que, muitas vezes, não se articulam entre si: matemática, língua portuguesa, ciências naturais, história, geografia, arte e educação física. Apesar de a proposta da saúde ser um dos temas transversais descritos nos PCNs, acredita-se que, para garantir o sucesso do PSE, o ensino deva incentivar mais intensamente a interdisciplinaridade.

Os profissionais de saúde, por sua vez, acreditam que os estudantes são de responsabilidade apenas dos professores. Eles vão para a escola para realizar ações pontuais, mas não se sentem responsáveis pela continuidade das ações nem se envolvem com as situações de vida de cada sujeito ou ator escolar. Esse elemento parece indicar que os profissionais da Saúde da Família não consideram que as atividades de educação em saúde façam parte da educação formal dos estudantes e da comunidade. Logo, eles não se percebem como agentes ou promotores de educação.

Vale ressaltar que, de maneira geral, existe uma crença do senso comum no Brasil de que o funcionalismo público não se responsabiliza por seu trabalho. No PSE pudemos observar que, por falta de participação direta nas decisões do planejamento, das metas e das práticas, as equipes profissionais se sentem pouco responsáveis e não tomam o programa para si. Isso se deve em parte à ideia de que o PSE é um programa externo, do MEC e MS, que não necessariamente estão de

acordo com as necessidades mais presentes ou urgentes daquela comunidade específica.

Não podemos deixar de pontuar que o PSE é um programa complexo. Existem diversos fatores envolvidos, como a falta de estrutura pessoal, isto é, de equipe suficiente para dar conta de todas as atividades. Se houvesse uma estrutura mais participativa das atividades do PSE, bem como maior tempo para as ações, talvez os profissionais se sentissem mais comprometidos e disponíveis para assumir as diversas tarefas previstas no programa.

Com relação aos significados de educação em saúde aqui analisados, foi possível uma compreensão do que está por trás das práticas das equipes escolares e da saúde: suas concepções, seus conceitos e demais compreensões sobre a intercessão da saúde e da educação e sobre o PSE. As ações desse programa foram, em grande parte, definidas verticalmente, principalmente no que tange aos temas usualmente selecionados. As ações não são planejadas ou executadas conjuntamente entre as áreas da saúde e da educação. Verificou-se, ainda, que a maior parte delas não é promotora de saúde, mas está voltada para um discurso individualizante de prevenção, identificação e cuidado às doenças, estando aquém do proposto pela Reforma Sanitária brasileira e pelos PCNs.

Por fim, mas não menos importante, o presente estudo sinaliza a fragmentação e a fragilidade das relações dos profissionais envolvidos no PSE. Não existe um vínculo contínuo ou um trabalho interdisciplinar entre a equipe da escola e a USF. São necessárias mudanças na capacitação e mesmo na formação dos profissionais, tanto da saúde como da educação. Notamos também a ausência de um fator importante para o trabalho em equipe: o diálogo entre os profissionais de ambas as áreas.

Por meio da apresentação e discussão dos dados produzidos, este estudo sinaliza o avanço do PSE, que incentiva e contribui para a formação dos estudantes da rede pública de educação, levando para as escolas ações de prevenção de doenças e de promoção e atenção à saúde. Apesar das dificuldades identificadas, percebemos que as ações, por mínimas que possam parecer, trazem mudanças importantes, principalmente para o público-alvo. Aos estudantes é oferecido um

espaço de discussão sobre os processos de saúde, além de acesso aos profissionais de saúde da ESF.

Embora existam duas coordenações municipais do PSE, uma da Secretaria de Saúde e outra da Secretaria de Educação, a figura centralizadora do programa em âmbito municipal é a coordenadora do PSE da Saúde. Além disso, a maior parte das ações é focada num profissional de saúde que realiza uma ação e “transmite” o conhecimento de maneira tradicional para os alunos e os professores. A estes últimos cabe auxiliar o profissional de saúde e, em seguida, reforçar o tema discutido em sala de aula.

Esta pesquisa não pretendeu esgotar a compreensão sobre o tema. Outros questionamentos devem ser suscitados e a realização de novas pesquisas é necessária para um melhor conhecimento sobre as práticas e os significados produzidos com base na vivência relacionada ao PSE. Este estudo aponta, ainda, para algumas possibilidades de investigações futuras sobre as relações de poder entre a educação e a saúde, pois foi percebido o protagonismo da saúde no PSE, principalmente do discurso biomédico.

Dessa forma, em termos teóricos, este trabalho buscou primordialmente explorar e conhecer o PSE sob a perspectiva dos atores que trabalham e desenvolvem suas ações.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.861, de 4 de dezembro de 2008. Estabelece recursos financeiros pela adesão ao PSE para Municípios com equipes de Saúde da Família, priorizados a partir do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica – IDEB, que aderiram ao Programa Saúde na Escola – PSE. **Diário Oficial da União**, 2008b.

_____. Emenda constitucional nº 59, de 11 de novembro de 2009. Acrescenta § 3º ao art. 76 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para reduzir, anualmente, a partir do exercício de 2009, o percentual da Desvinculação das Receitas da União incidente sobre os recursos destinados à manutenção e desenvolvimento do ensino de que trata o art. 212 da Constituição Federal, dá nova redação aos incisos I e VII do art. 208, de forma a prever a obrigatoriedade do ensino de quatro a dezessete anos e ampliar a abrangência dos programas suplementares para todas as etapas da educação básica, e dá nova redação ao § 4º do art. 211 e ao § 3º do art. 212 e ao caput do art. 214, com a inserção neste dispositivo de inciso VI. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola**. Brasília, 2009b. (Série B: Textos Básicos de Saúde, Cadernos de Atenção Básica, n. 24).

_____. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Continuada. **Educação integral: texto referência para o debate nacional**. Brasília, 2009b. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/cadfinal_educ_integral.pdf>. Acesso em 1 jun.2014

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Instrutivo PSE**, Brasília, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Passo a passo PSE: Programa Saúde na Escola: tecendo caminhos da intersetorialidade**. Brasília, 2011b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/passo_a_passo_programa_saude_escola.pdf>. Acesso em: 1 de jun. 2014.

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

_____. Ministério da Educação, Ministério da Saúde. **Guia de sugestões de atividades: semana saúde na escola**. Brasília, 2013b. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/GUIA_DE_SUGESTOES_DE_ATIVIDADES_SSE_2013.pdf>. Acesso em: 1 de jun. 2014.

_____. Ministério da Educação, Ministério da Saúde. **Guia de sugestões de atividades: semana saúde na escola**. Brasília, 2014. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/guia_atividades_sse2014.pdf>. Acesso em: 12 out. 2014.

_____. Ministério da Educação, Ministério da Saúde. **Guia de sugestões de atividades: semana saúde na escola**. Brasília: MEC, MS, 2015. Disponível em:

<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/guia_atividades_pse_versao_preliminar.pdf>. Acesso em: 10 maio 2015.

BRUNER, J. **Atos de significação**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.5, n.1, 2000.

CAIRES, M. C. **Saúde na escola**: analisando os caminhos da intersetorialidade. 2014. 101 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) — Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2014. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/16334/1/DISSERTA%C3%87%C3%83O%20MARTA%20CAIRES.%202014.pdf>>. Acesso em: 17 de jan. 2015.

CAVALIERE, A. M. V. Educação Integral: uma nova identidade para a escola brasileira? *Educ. Soc.*, Campinas, vol. 23, n. 81, p. 247-270, dez. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/es/v23n81/13940.pdf>>. Acesso em: 21 de fev. 2015

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (org). **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997. p. 29-47.

CORREIA, M. F. B. A constituição social da mente: (re)descobrimo Jerome Bruner e construção de significados. **Estudos de Psicologia**, v. 8, n. 3, 2003. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26180318>>. Acesso em: 20 ago. 2014.

CRESWELL, John W. **Projeto de pesquisa**: métodos qualitativo, quantitativo e misto. Porto Alegre: Artmed, 2010.

FERRARO, M. R. **A concepção de professores sobre Saúde na Escola**. 2011. 124 f. Dissertação (Mestrado) — Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17139/tde-29112011-152321/pt-br.php>>. Acesso em: 13 de dez. 2014.

FERREIRA, I. R. C. et al. Diplomas Normativos do Programa Saúde na Escola: análise de conteúdo associada à ferramenta ATLAS TI. **Ciencia & Saúde Coletiva**, 17, 12, 3385-3398, 2012.

FLICK, U. **Qualidade na pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed: Bookman, 2009.

FREIRE, Paulo. **Professora, sim; tia, não**: cartas a quem ousa ensinar. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012.

GOMES, Livia Cardoso. **O desafio da intersetorialidade**: a experiência do Programa Saúde na Escola (PSE) em Manguinhos, no município do Rio de Janeiro. 2012. 185 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) — Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=653199&indexSearch=ID>>. Acesso em: 13 dez. 2015.

IERVOLINO, S. A. **Escola promotora da saúde**: um projeto de qualidade de vida. 2000. 167 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) — Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo demográfico 2010**: resultado do universo. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=292960>>. Acesso em: 2 jul. 2013.

_____. **Histórico do município de Sapeaçu**. Acervo Online [200-] IBGE. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/painel/historico.php?lang=&codmun=292960&search=bahia|sapeacu|infograficos:-historico>>. Acesso em: 2 jul. 2013.

_____. **Acervo online**: infográficos: escolas, docentes e matrículas por nível. 2012. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/educacao.php?lang=&codmun=292960&search=bahia|sapeacu|infogr%E1ficos:-escolas-docentes-e-matr%E1culas-por-n%E1vel>> Acesso em: 1 abr. 2015.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS ANÍSIO TEIXEIRA (INEP). **Índice de desenvolvimento da Educação Básica 2013**. Disponível em: <<http://www.qedu.org.br/cidade/4345-sapeacu/ideb>>. Acesso em: 1 abr. 2015.

LEITE, C. T. **Educação em saúde**: a percepção de docentes em relação às ações do Programa Saúde na Escola (PSE). 2013. 47 f. Monografia (Graduação em Enfermagem) — Universidade Regional do Cariri – URCA, Crato, 2013.

LEITE, C. T.; MACHADO, M. F. A. S.; VIEIRA, R. P.; MARINHO, M. N. A.B. Percepções de docentes em relação às ações no Programa Saúde na Escola (PSE). **Anais do 2º Convibra — Gestão, Educação e Promoção da Saúde**. Congresso Online Convibra, 2013. Disponível em: <http://www.convibra.com.br/upload/paper/2013/76/2013_76_7712.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2014.

LORDELO, L.R. **Significados de trabalho para crianças de diferentes contextos culturais**. 2011. 195 f. Tese (Doutorado em Psicologia) — Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011. Disponível em: <[http://www.pospsi.ufba.br/Lia_Lordelo%20\(tese\).pdf](http://www.pospsi.ufba.br/Lia_Lordelo%20(tese).pdf)>. Acesso em: 11 abr. 2014.

MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 7 abr. 2014.

MARQUES, E.; FARIA C. A. P. A política pública como campo multidisciplinar. São Paulo: Editora Unesp; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

MINAYO, C. S. (org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

_____. **Avaliação por triangulação de métodos:** abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

SANTIAGO, L. M de et al. Implantação do Programa Saúde na escola em Fortaleza-CE: atuação de equipe da Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 6, dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000600020&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 1 set. 2014.

SILVA, C. S.; DELORME M. I. C. Apresentação das experiências. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Escolas promotoras de saúde:** experiências do Brasil. Brasília, 2007. p. 21-30.

SOUZA, Celina. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, n. 16, dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-45222006000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 1 dez. 2013.

VALADÃO, M. M. **Saúde na escola:** um campo em busca de espaço na agenda intersetorial. São Paulo, 2004. 154 f. Tese (Doutorado em Prática de Saúde Pública) — Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

VALSINER, J. **Culture and Human Development:** an introduction. London/Thousand Oaks: Sage, 2005.

_____. **Fundamentos de uma psicologia cultural:** mundos da mente, mundos da vida. Porto Alegre: Artmed, 2012.

VIGOTSKI, L.S. **A formação social da mente:** o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

VYGOTSKI, L.S. **A construção do pensamento e da linguagem.** Trad. Paulo Bezerra. 2. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Division of Health Promotion, Education and Communication. **Health-Promoting Schools:** a healthy setting for living, learning and working. Geneva, 1998. Disponível em: <http://www.who.int/school_youth_health/media/en/92.pdf?ua=1>. Acesso em: 4 fev. 2014.

YIN, R.K. **Estudo de caso:** planejamento e métodos. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O(s) senhor(a) está sendo convidado a participar do estudo denominado **Programa Saúde na Escola: Significados e Práticas**. A pesquisa tem como objetivo estudar as ações do Programa Saúde na Escola em um município da Bahia, explorando as práticas de educação em saúde e seus significados para profissionais envolvidos no programa. Nós pedimos que o(a) senhor(a) leia com atenção as informações a seguir e, caso ache necessário, nos pergunte sobre qualquer coisa que não esteja clara.

A participação no estudo será no sentido de responder a um roteiro de entrevista, com tempo máximo de 20 minutos. As questões buscarão informações sobre as práticas de educação em saúde que ocorrem na execução do Programa Saúde na Escola, enfatizando o significado dessa experiência. A participação na pesquisa se dará de forma **voluntária**, não havendo pagamento pela participação e sem qualquer despesa para você. Todas as informações fornecidas serão tratadas de forma ética pela pesquisadora e **será mantido o sigilo da identidade do participante, inclusive nas publicações**. As informações coletadas serão utilizadas eticamente, apenas para os fins da pesquisa, bem como **a privacidade e o anonimato** dos participantes serão preservados. Os dados serão coletados por meio de **gravação de áudio e serão mantidos em poder da pesquisadora responsável**, Yasmin Cunha de Oliveira, **por um período de 5 anos**. Após esse período, **os dados serão destruídos**. A pesquisadora conduzirá a pesquisa de forma a minimizar qualquer forma de constrangimento e/ou desconforto que possa surgir, **deixando-o livre, inclusive, para manter-se em silêncio ou negar-se a responder a quaisquer questionamentos**.

As pesquisadoras responsáveis são a professora dra. Maria Virgínia Machado Dazzani, da Universidade Federal da Bahia, e a mestrandia Yasmin Cunha de Oliveira, do Programa de Pós-Graduação em Educação da mesma universidade.

Em caso de dúvidas ou necessidade de maiores esclarecimentos, você poderá entrar em contato com a pesquisadora. Você poderá retirar o seu

consentimento a qualquer momento da pesquisa, sem que haja qualquer medida de penalidade pela desistência.

Pesquisadora: Yasmin Cunha de Oliveira

Telefone: (71) 9653 5539

e-mail: yasmincunha@gmail.com

Ao assinar este termo, o(a) Sr(a) consente voluntariamente a participação bem como a autorização para a análise das informações e para a divulgação pública dos resultados da pesquisa pelos responsáveis por meio de artigos científicos e de dissertação.

Eu, _____, após informações recebidas pela pesquisadora, sinto-me suficientemente esclarecido(a) para concordar com a minha participação na pesquisa **Programa Saúde na Escola: Significados e Práticas**. Comunico, também, que **recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido** e que me foi dada a oportunidade de esclarecer as minhas dúvidas.

Sapeaçu, _____ de _____ de _____.

Sujeito da pesquisa

Yasmin Cunha de Oliveira

(Orientanda)

Maria Virgínia Machado Dazzani

(Orientadora)

ANEXO B – Roteiro de observação

1. O ambiente da escola

Observar e descrever o ambiente físico da escola. Como se dá a circulação de cada ator social? Diferenciar turmas, faixa etária, profissionais e nível sócio- econômico.

1. As relações

Como as pessoas observadas se relacionam entre si e com o PSE. Como se dão as relações nas diversas práticas.

2. As ações do PSE

Como se dão as práticas do PSE? O grau de participação ou de envolvimento dos diferentes atores sociais nas ações de educação em saúde. Observar as interações entre as equipes de saúde e escolar.

ANEXO C – Roteiro de entrevista semiestruturada

Nome_____

Idade_____

Sexo_____

Nível de escolaridade/ocupação _____

Há quanto tempo você trabalha no Programa Saúde da Família? _____
(em meses)

Somando a sua renda com a renda das pessoas que moram com você, quanto é, aproximadamente, a renda familiar mensal?

- (A) Nenhuma renda.
- (B) Até 1 salário mínimo (até R\$ 724,00).
- (C) De 1 a 3 salários mínimos (de R\$ 724,00 até R\$ 2.172,00).
- (D) De 3 a 6 salários mínimos (de R\$ 2.172,00 até R\$ 4.344,00).
- (E) Mais que 6 salários mínimos (acima de R\$ 4.344,00).

1. Gostaria que você falasse sobre o programa de saúde na escola. Como foi a implantação do programa na escola
2. Quando você começou a trabalhar no Programa Saúde na Escola?
3. De quais práticas você participa ou já participou? Você poderia falar um pouco sobre essa experiência?
4. Como se dão as ações de educação em saúde do Programa? E na escola participante?
5. Como você avalia essas ações do Programa?
6. Na sua experiência, quais as dificuldades e/ou desafios enfrentados na realização das ações do Programa?
7. E quais estratégias foram utilizadas para enfrentar essas dificuldades?
8. Na sua opinião, como se dá a relação entre Educação e Saúde?
9. Você gostaria de falar algo mais sobre o Programa Saúde na Escola?