

A IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA EM TRÊS MUNICÍPIOS DE MINAS GERAIS, BRASIL

THE IMPLEMENTATION OF THE HEALTH IN SCHOOL PROGRAM IN THREE MUNICIPALITIES OF MINAS GERAIS, BRAZIL

LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE SALUD EN LA ESCUELA EN TRES MUNICIPIOS DE MINAS GERAIS, BRASIL

Paula Luciana Gonçalves Pereira¹, Myriam Dantas Pereira², Rafaela das Graças Santiago Faria³, Darilene Rocha Cordeiro⁴, Fernanda Moura Lanza⁵, Selma Maria Fonseca Viegas⁶

RESUMO

Objetivo: Compreender a adesão e implementação do Programa Saúde na Escola em três municípios de Minas Gerais, Brasil. **Métodos:** Estudo de casos múltiplos holístico-qualitativo fundamentado na Sociologia Compreensiva do Cotidiano, em municípios de regiões sanitárias distintas do estado de Minas Gerais, em 2016. Totalizaram-se 91 participantes, sendo 53 profissionais da educação e 38 da área da saúde. **Resultados:** apontam a relevância do Programa e do elo Saúde e Educação para a prevenção de riscos e agravos e a promoção da saúde; os desafios enfrentados se mostram na incipiente integração entre os setores, nas ações descontínuas e pontuais, na escassez de recursos humanos, e no desconhecimento do Programa Saúde na Escola ou de seus pressupostos por alguns profissionais. **Conclusão:** ao analisar a implementação do Programa Saúde na Escola e o cotidiano de trabalho expresso pelos profissionais da Saúde e da Educação, observou-se diferentes impasses e formas de implementação prática frente à sua gênese.

Descritores: Serviços de saúde escolar; Educação; Estratégia saúde da família; Educação em saúde; Sociologia; Atividades cotidianas.

ABSTRACT

Objective: to understand the adherence and implementation of the Health in School Program in three municipalities of Minas Gerais, Brazil. **Methods:** a holistic-qualitative multiple case study based on the assumptions of Quotidian Comprehensive Sociology, in municipalities of different health regions of the state of Minas Gerais was conducted in 2016. There were 91 participants of whom 53 were education professionals and 38 were from the health area. **Results:** they pointed out the importance of the Program and the Health and Education link for the prevention of risks and aggravations and the promotion of health; the challenges faced are in the incipient integration between sectors, in the discontinuous and punctual actions, in the scarcity of human resources, and in the lack of knowledge of the Health in School Program or its assumptions by some professionals. **Conclusion:** when analyzing the implementation of the Health in School Program and the daily work expressed by health and education professionals, different impasses and practical implementation forms were observed in relation to their genesis.

Descriptors: School health services; Education; Family health strategy; Health education; Sociology; Daily activities.

RESUMEN

Objetivo: comprender la adhesión e implementación del Programa Salud en la Escuela en três municipios de Minas Gerais, Brasil. **Métodos:** estudio de casos múltiples holístico-cualitativo fundamentado en los presupuestos de la Sociología Comprensiva del Cotidiano, en municipios de regiones sanitarias distintas del estado de Minas Gerais, en 2016. Se totalizaron 91 participantes, siendo 53 profesionales de la educación y 38 del área de la salud. **Resultados:** señalan la importancia del Programa y del eslabón Salud y Educación para la prevención de riesgos y agravios y la promoción de la salud; los desafíos enfrentados se muestran en la incipiente integración entre los sectores, en la sacciones discontinuas y puntuales, en la escasez de recursos humanos y en el desconocimiento del Programa Salud en la Escuela o de sus presupuestos por algunos profesionales. **Conclusión:** al analizar la aplicación del Programa Salud en la Escuela y el cotidiano de trabajo expresado por los profesionales de la Salud y de la Educación, se observaron diferentes impasses y formas de implementación práctica frente a su génesis.

Descriptores: Servicios de salud escolar; Educación; Estrategia de salud familiar; Educación en salud; Sociología; Actividades diarias.

¹Residente do Programa de Pós-Graduação Residência em Enfermagem na Atenção Básica/Saúde da Família. ²Enfermeira pela Universidade Federal de São João del-Rei. ³Enfermeira pela Universidade Federal de São João del-Rei ⁴Enfermeira pela Universidade Federal de São João del-Rei. ⁵Doutora em Enfermagem. Docente Adjunto UFSJ do Curso Graduação em Enfermagem. ⁶Doutora e Pós-Doutora em Enfermagem. Docente Adjunto da Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ)

Como citar este artigo:

Pereira PLG, Pereira MD, Faria RGS et al. A implementação do programa saúde na escola em três municípios de Minas Gerais, Brasil. Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro. 2020;1010:e3566. [Access _____]. Available in: _____. DOI: <http://doi.org/10.19175/recom.v10i0.3566>

INTRODUÇÃO

Em sua gênese, o Programa Saúde na Escola (PSE), foi instituído pelo Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007⁽¹⁾, no âmbito dos Ministérios da Educação e da Saúde, no Brasil. É uma política implementada para impactar na situação de saúde, autonomia dos escolares e da comunidade e modificar os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença. Foi criado, para atrelar Saúde e Educação e para difundir, unificar e ampliar, no ambiente escolar, a oferta de ações de prevenção de riscos e agravos, promoção e atenção à saúde aos alunos da rede pública de ensino, no Brasil, de forma a contribuir na formação para escolhas de hábitos saudáveis de vida⁽²⁻³⁾.

A legislação vigente do Programa foi reestruturada a partir da Portaria nº 1.055, de 25 de abril de 2017, redefinindo as regras e os critérios para adesão ao PSE por estados, Distrito Federal e municípios e dispôs sobre o incentivo financeiro para custeio de ações⁽³⁾. Em 20 de outubro de 2017, foi publicada a Portaria 2.706 que homologa os municípios aderidos ao Programa, habilitando-os ao recebimento do teto de recursos financeiros pactuados. Conforme essa Portaria, o PSE passa a ter adesão bienal para o ciclo 2017/2018, o município pactua, em Termo de Compromisso, doze ações definidas e outras que queira incluir para serem realizadas em cada ano do ciclo, inclusive a de prevenção da obesidade infantil com escolares com recursos específicos. Ao final de cada ano, a gestão federal informa o balanço do monitoramento realizado, a partir das informações registradas, enviadas e validadas no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) e repassa o recurso financeiro ao município⁽⁴⁾.

Destarte, o PSE constitui estratégia para a integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de educação e de saúde, com a participação da comunidade escolar, envolvendo as equipes de saúde da família e da educação básica⁽¹⁾. Para haver uma implementação efetiva do PSE, é imprescindível uma formação inicial e continuada de profissionais das duas áreas, já prevista pelas políticas de saúde e educação^(1,3).

No cotidiano, é indispensável a atuação intersetorial para a realização das ações preconizadas, voltadas para a avaliação das condições de saúde. São elas: Ações de combate ao mosquito *Aedes aegypti*; Promoção das práticas corporais, da atividade física e do lazer nas escolas; Prevenção ao uso de álcool, tabaco,

crack e outras drogas; Promoção da cultura de paz, cidadania e direitos humanos; Prevenção das violências e dos acidentes; Identificação de educandos com possíveis sinais de agravos de doenças em eliminação; Promoção e avaliação de saúde bucal e aplicação tópica de flúor; Verificação e atualização da situação vacinal; Promoção da alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil; Promoção da saúde auditiva e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração. Direito sexual e reprodutivo e prevenção de DST/AIDS; e Promoção da saúde ocular e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração⁽³⁾.

O PSE tem mobilizado ações relevantes pelo Brasil e, mesmo não atuando de forma homogênea em todas as regiões do país, evidencia-se a importância da aproximação entre o idealizado e o desempenhado na prática⁽⁵⁾. No entanto, estudos explanam alguns impasses nas propostas do Programa, tanto no setor Saúde quanto no setor Educação, como: carência de recursos físicos, financeiros e humanos, baixo abarcamento, por parte dos profissionais, uma falha de comunicação entre os setores; ilustrando a necessidade do envolvimento de ambos os setores para alcançar um impacto positivo sobre a situação de saúde da população escolar e da comunidade, ressaltando a importância de mais estudos sobre o tema^(1,3,6-7).

O conceito de Escola Promotora de Saúde, definido e iniciado pela Organização Mundial da Saúde, visa a ir além da mudança comportamental individual e considerar mudanças organizacionais e estruturais, como a melhoria do ambiente físico e social da escola e mais propício à saúde. A melhoria da alfabetização em saúde, a mudança de comportamento em saúde deve ser o foco da saúde pública da criança e do adolescente⁽⁸⁾. “Embora as escolas tenham potencial para contribuir para a saúde e o comportamento saudável das crianças e adolescentes, a incorporação da promoção da saúde nas realidades escolares ainda é um desafio”⁽⁹⁾.

Diante do exposto, questiona-se: Como está a adesão e implementação do PSE em três municípios de Minas Gerais, Brasil?

Objetivou-se, neste trabalho, compreender a adesão e implementação do Programa Saúde na Escola em três municípios, de três regiões sanitárias distintas, do estado de Minas Gerais, Brasil.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo de casos múltiplos holístico-qualitativo⁽¹⁰⁾, fundamentado no referencial teórico da Sociologia Compreensiva do Cotidiano¹¹. A pesquisa foi realizada em municípios de três regiões sanitárias do estado de Minas Gerais (MG), Brasil: Itapecerica, situada na região Centro-Oeste do estado, Sete Lagoas, na mesorregião Metropolitana de Belo Horizonte, e Curvelo, na região central de Minas Gerais. Os casos múltiplos foram definidos pelo cenário do estudo, isto é, os três municípios.

O estudo de caso é uma investigação empírica que investiga, em profundidade, um fenômeno contemporâneo associado ao contexto onde se insere. Realizou-se estudo de caso individual, em cada um dos municípios e, após a análise de cada caso, procedeu-se à quarta análise, visando a compreender, de forma conjunta, os três casos, compondo um estudo de casos múltiplos holísticos. Neste estudo, seguiu-se a lógica da replicação literal, para a saturação dos dados, isto é, os resultados encontrados apontam a repetição de informações similares, replicadas em cada um dos casos, isto é, nos municípios inseridos no estudo, como também os resultados podem ser generalizados em realidades similares, conforme afirma Yin, ao definir generalização analítica em estudo de casos múltiplos⁽¹⁰⁾. O estudo foi holístico, por adotar uma única unidade de análise para os três casos: "o contexto da adesão e implementação do Programa Saúde na Escola".

A Sociologia Compreensiva do Cotidiano, segundo Michel Maffesoli, auxilia na interpretação, ao descrever os fatos como eles são, discernindo as visões dos diferentes sujeitos envolvidos, ao analisar as diferentes formas da vida social⁽¹¹⁾.

Michel Maffesoli é um sociólogo pós-moderno que propõe a Sociologia Compreensiva do Cotidiano como forma de compreender e não explicar os fenômenos sociais, rompendo com a visão equivocada de que o mundo pode ser dominado apenas pelas luzes da razão. Ele propõe uma razão aberta, sensível, que busca valorizar os saberes do cotidiano e o senso comum, portanto, torna-se oportuno lançar o olhar da Sociologia Compreensiva do Cotidiano sobre este objeto de estudo, por analisar tudo o que diz respeito à vida cotidiana, as experiências vividas, as crenças e as ações dos sujeitos nos seus ambientes de relações⁽¹¹⁾, possibilitando, assim, a compreensão da adesão e implementação do Programa Saúde,

na Escola, em três municípios, por meio da pluralidade de visões e experiências vivenciadas pelos profissionais da saúde e da educação no dia a dia do ambiente escolar.

Os municípios, cenários do estudo, foram classificados, considerando o parâmetro quantitativo populacional: de pequeno porte (< 50 mil habitantes), médio (entre 50 mil e cem mil habitantes) e grande porte (> 100 mil habitantes). Foram selecionados, considerando-se a naturalidade das pesquisadoras, facilidade de deslocamento e estadia para coleta de dados; consideraram-se, ainda, dois municípios com adesão ao PSE e um não, contextualizando as ações integradas entre os setores da Saúde e Educação, com ou sem adesão ao Programa.

O município de Itapecerica, com uma população estimada de 22.134 habitantes, dispõe de cinco ESF, correspondendo a 70,3% de cobertura da atenção primária à saúde (APS). Referente à educação, em um total de 13 unidades educacionais públicas, sete são escolas estaduais, seis municipais. No período da coleta de dados, em 2016, o município de Itapecerica não tinha adesão ao PSE. Em Itapecerica, o cenário foi uma escola estadual e três municipais, e duas equipes da ESF (Notas de Campo-NC).

O município de Curvelo tem uma população estimada de 79.401 habitantes, possui 16 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo 14 urbanas e duas rurais, dois centros de saúde e um posto de assistência médica que concentra as especialidades, abrangendo 87,4% da população. Em relação à educação, a cidade possui 14 escolas estaduais e sete municipais, porém apenas duas escolas municipais aderiram ao programa até 2016. Em Curvelo, o cenário constituiu-se de uma escola estadual e duas municipais e três equipes da ESF(NC).

A cidade de Sete Lagoas, com uma população estimada de 234.221 habitantes, dispõe de 10 unidades básicas de saúde, 45 equipes da ESF e 78 unidades educacionais, sendo 30 escolas estaduais, 41 municipais e sete Centros Municipais de Educação Infantil (CMEI). O PSE foi inserido em junho de 2013, e em um ano de implantação a cobertura do Programa atingiu 100% das escolas públicas. Em Sete Lagoas, o cenário foi constituído por duas escolas estaduais e três municipais, e duas equipes da ESF(NC).

Como o PSE é desenvolvido por profissionais das equipes da ESF, da Educação e por gestores, os participantes desta pesquisa foram: os secretários municipais de Saúde e da

Educação, coordenadores da APS e do PSE, médicos, enfermeiros, técnicos de Enfermagem, agentes comunitários de saúde, cirurgiões dentista, auxiliares de saúde bucal e/ou técnicos de saúde bucal; e funcionários das escolas aderidas ao programa ou não: diretores ou vice-diretores, supervisores e professores; cujas participações foram voluntárias, totalizando 91 participantes, sendo 53 profissionais da Educação e 38 da área da Saúde. Do total de participantes, 76 (83,52%) eram do sexo feminino, apresentaram idade média na Saúde de 35,4 anos e na Educação de 45,6 anos. O tempo de atuação na Saúde tem média de 7,1 anos e na Educação de 19,5 anos. Como critério de inclusão, estabeleceu-se uma atuação de, no mínimo, um ano na função ou no cargo. Apenas um profissional convidado recusou participar da pesquisa. As escolas e as equipes da ESF foram sorteadas de forma aleatória. A coleta de dados obedeceu à ordem de sorteio para a realização das entrevistas.

O acesso ao campo de pesquisa foi obtido, por meio de autorização dos secretários municipais de saúde e de educação e pelos coordenadores da APS. Foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes. O anonimato dos participantes da pesquisa foi garantido, por meio da adoção de siglas alfa numéricas, sendo identificados como E_1 para os profissionais da área da educação e E_2 para os profissionais da saúde, acrescidos do número sequencial da ordem da sua entrevista.

Os dados foram coletados de junho a agosto de 2016, pelas pesquisadoras, previamente capacitadas para a coleta, utilizaram-se como fontes de evidências: a entrevista aberta e individual com roteiro semiestruturado; e notas de campo. A priori, foi realizado um pré-teste do roteiro de entrevista. Esse roteiro foi composto por questões de caracterização do entrevistado, questões acerca da integração entre a Saúde e a Educação e o contexto de adesão ou não ao PSE, com espaço destinado a comentários livres do entrevistado a respeito do objeto em estudo. A entrevista foi gravada com permissão prévia e transcrita na íntegra, realizada no ambiente de trabalho do participante, em um local reservado, com duração média de 12 minutos e 16 segundos. As notas de campo, como fonte de evidências, foram utilizadas com fins operacionais, direcionadas para os procedimentos operacionais da pesquisa, descrevendo características dos municípios, das equipes da ESF e das escolas.

A análise de dados foi feita com base no referencial de Análise de Conteúdo Temática⁽¹²⁾, obedecendo à técnica analítica da síntese cruzada dos casos em consonância ao referencial metodológico⁽¹⁰⁾. Foi definida pelo critério semântico, isto é, pela análise dos “significados”, seguindo três etapas: a pré-análise, que teve por objetivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais; a exploração do material que consistiu na codificação e categorização dos dados obtidos; e, por último, o tratamento dos resultados, inferência e interpretação⁽¹²⁾. Realizou-se a análise de cada caso, individualmente, para os três municípios, cenários do estudo e, posterior, a análise múltipla dos três casos.

A pesquisa foi desenvolvida, segundo as diretrizes e normas regulamentadoras da Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/2012. A coleta de dados iniciou-se, após a aprovação do projeto, sob o parecer 1.536.529, CAAE 54705016.5.0000.5545 e pela Comissão de Ética da Secretaria de Estado de Educação do Estado de Minas Gerais.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Embora o PSE tenha sido criado, em 2007, as compreensões sobre seus pressupostos, objetivos e alcance são diversos e se apresentam, conforme o contexto onde o Programa está inserido ou não. No município de Sete Lagoas, o trabalho com o PSE vem ocorrendo, desde junho de 2013 e, em Curvelo, a partir de 2014. Em Itapeverica, no período da coleta de dados desta pesquisa, o município não tinha adesão ao PSE, mas desenvolvia ações de integração entre a Saúde e a Educação. Os participantes do estudo, profissionais da Saúde e da Educação explanam suas noções:

“O Programa Saúde na Escola, qual é o propósito? A prevenção, porque se você se previne, evita-se o custo com o combate dessa situação lá na frente”(E₁₋₂₅: Sete Lagoas).

“Eu sei que é um programa do governo que tem como objetivo trabalhar a questão da saúde e a qualidade de vida, pela facilidade que tem de a população estar inserida na escola, reunida, é mais fácil atingir essa população ao invés de ir em todas as casas. Eu entendo que a ideia seria essa. O Programa é bom, porque ele traz instruções [...] que faz a diferença no dia a dia das pessoas. Então os alunos são orientados, em vários aspectos de saúde”(E₁₋₄₇: Sete Lagoas).

O PSE foi instituído com a intenção de contribuir na melhora da qualidade de vida e na formação de alunos da rede pública, por meio de ações com cunho de atenção e promoção da saúde, à prevenção de riscos e agravos no ambiente escolar, local considerado privilegiado, por ser um espaço de aprendizagem, capaz de influenciar no comportamento dos estudantes; por ser propício ao desenvolvimento de pensamento crítico e político. Outra questão é que, por contribuir na construção de valores pessoais, crenças, conceitos e maneiras de conhecer o mundo, interfere diretamente na produção de hábitos saudáveis^(1,3,13).

Os estudos sociológicos sobre a infância brasileira esboçam ser preciso levar em consideração os aspectos socioeconômicos, religiosos, étnicos, em respeito ao estilo peculiar de viver de cada criança e a uma infância plural para todas elas. Esse multiculturalismo deve ser considerado e trabalhado pela escola. Contudo, a assimilação apropriada dessas diferenças no contexto escolar se configura de forma alocada ou pejorativa⁽¹⁴⁾.

Sopesar a escola apenas como determinado espaço físico delimitado, como uma "grandeza, geometricamente, perceptível, fazendo referência à mecânica dos sólidos, não é adequado"⁽¹⁵⁾. Devemos analisá-la de "maneira holística (simbólica) também, referenciando a mecânica dos fluídos, como o conjunto dos elementos que fazem comunicação [...] onde circula informações, rumores, imagens, palavras"⁽¹⁵⁾.

Aproveita-se a comunidade escolar ali reunida para compartilhar vivências e conhecimentos.

A noção sobre o PSE vem atrelada ao contexto onde tem sido desenvolvido esse Programa ou não:

"Tinha que acontecer o PSE. O que tem no papel, o que é pregado, anunciado, as reuniões que a Secretaria da Saúde faz, as posições, as colocações, os cronogramas pré-estabelecidos, é perfeito! Se o que está no papel e o que é pregado pelo governo, acontecesse, meio por cento, já estaria de bom tamanho. Mas, simplesmente, não acontece. A ideia é fantástica! [...] Teríamos uma atuação que diminuiria o fluxo nos postos de saúde. Então, o Programa só precisa acontecer. Eu entendo que a Saúde da Família começa na prevenção, e aqui na escola é a primeira porta [...] São vários motivos, falta de pessoal, alta rotatividade de profissionais, inúmeros pontos que eu já ouvi que atrapalha, e nós estamos

fazendo o nosso trabalho mais individual"(E₁₋₅₁: Curvelo).

"Na última adesão o município não aderiu ao PSE, então na próxima, estamos correndo atrás para fazer. A gente não entrou no PSE, mas não deixamos de fazer as ações lá na escola, não é porque não tem esse programa instituído que não fazemos as ações, então vai otimizar ainda mais as ações se aderir"(E₂₋₂₄: Itapetecica).

A escola foi apontada como a primeira porta para a ESF realizar as ações de prevenção de riscos e agravos para crianças e adolescentes. Porém, os problemas e os motivos enumerados implicam, contrariamente, sobre oportunidades de desenvolvimento das ações integradas preconizadas pelo PSE. O contexto demonstra que as ações têm sido setorialmente individualizadas.

A implementação de programas de saúde pública complexos e em vários níveis é um desafio nos ambientes escolares. Discrepâncias entre os resultados esperados e reais do programa são devidas às interações complexas entre fatores contextuais. Os fatores contextuais estão relacionados ao cenário, à comunidade em que a implementação ocorre, às partes interessadas envolvidas e às características do próprio programa. Um único programa não pode ser adequado ou introduzido da mesma maneira em todos os contextos. No entanto, as principais combinações recorrentes de fatores contextuais podem fornecer diretrizes e recomendações para a implementação de programas de base⁽¹⁶⁾.

Porém, orientar e instruir crianças e adolescentes dentro das instituições educacionais para escolhas saudáveis de vida é essencial. Segundo Maffesoli, defende-se "a necessidade de vitalizar a experiência humana, ou seja, assumir que a principal referência para o ato de conhecer é a própria vivência no mundo, lidando com os fenômenos, fatos e imagens estéticas do cotidiano"⁽¹⁷⁾.

Na infância, o desenvolvimento da personalidade da criança e a construção da sua autonomia e independência no futuro dependem da influência do ambiente à sua volta, e da disponibilidade dos profissionais em contribuir nessa formação⁽¹⁸⁾.

O adolecer deve ser um alvo de atenção dos profissionais de saúde, pelo fato de se sentirem desacolhidos quando procuram informações e orientações nas unidades de APS, gerando um distanciamento entre profissional e adolescente, prejudicando a comunicação em saúde. Se essa comunicação em saúde não é

efetiva, não desperta nem a discussão nem a reflexão sobre determinado tema, sobre os cuidados ofertados pela equipe e, se não há assimilação das informações adquiridas, não há transformação dos seus hábitos em rotinas saudáveis^(13,19).

Um impasse levantado pelos participantes da pesquisa é a falta de profissionais e a sua alta rotatividade. Obstáculos como esses dificultam o trabalho, principalmente na área educativa, pois a maior parte do tempo é gasta para atender às demandas espontâneas. A contratação de mais recursos humanos na Saúde seria essencial para a obtenção de bons resultados, uma vez que a rotatividade dos profissionais é um ponto maléfico para a efetividade das ações de promoção da saúde e prevenção de riscos⁽²⁰⁾.

A abordagem holística foi apontada em contraponto com o trabalho realizado que foge dos pressupostos do PSE:

“Eu entendo o que é prevenção, promoção e ação e o que deveria ser. [...] Deveria ter um elo entre Educação e Saúde, que são o alicerce do futuro dessas crianças. [...] Eu acho que o PSE deveria estar dentro da escola, atuando diariamente, em um trabalho contínuo e não esse trabalho esporádico, voltado para campanha de vacina, focado só em eventos e DST. O PSE deveria lidar com a situação holística, ver o aluno como um todo”(E₂₋₁₆: Sete Lagoas).

O atendimento em saúde, não raro, é desenvolvido frente ao adoecimento. Tal situação distancia a promoção da saúde e prevenção das doenças do contexto comunitário, minimizando o êxito das ações desenvolvidas na APS. Nesse sentido, o PSE constitui uma possibilidade de suprimento de uma necessidade há tempos discutida: o fortalecimento da integração entre os setores Educação e Saúde, promovendo a intersetorialidade, apregoada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e a corresponsabilização entre esses setores, habituados a trabalhar isoladamente. Compreendemos que diversificar os locais de atendimento à saúde, bem como colocar em prática estratégias extramuros educativas e problematizadoras da realidade vivida, além das meras palestras tradicionais, ampliam as possibilidades de melhoria da assistência prestada pela equipe da ESF⁽¹³⁾.

Para realizar uma educação em saúde satisfatória é essencial conhecer a realidade do público alvo, assim como seus potenciais e suscetibilidades, além de avaliar o indivíduo de forma holística. Logo, as ações podem e devem ser

ajustadas às necessidades, interesses e conhecimentos prévios de cada participante⁽²⁰⁾.

Um estudo realizado em quatro escolas de Heerlen, Holanda, identificou comportamentos de saúde aprimorados das crianças e práticas saudáveis de professores. Percebeu-se também que as crianças se tornaram mais criativas, trabalharam mais juntas e falaram de maneira diferente sobre nutrição saudável na escola: tornou-se parte de sua identidade e não apenas de algumas atividades escolares⁽⁹⁾.

Entretanto, mesmo com a existência do PSE no município este é desconhecido pelos profissionais que devem atuar:

“Eu acho que o pessoal deve saber mais da existência desse Programa. Muitas pessoas daqui não sabem da existência do PSE, e nem sabem o que é”(E₂₋₁₆: Sete Lagoas).

“Sinceramente, eu não estou sabendo responder nada, porque eu não tenho acesso a esse tipo de informação, a escola não nos passa. [...] Ou seja, até que ponto vamos poder fazer algo, se não sabemos nem o que é?”(E₁₋₁₇: Sete Lagoas).

Para a implementação das ações previstas no PSE, são essenciais os processos de formação inicial e continuada de profissionais das duas áreas, já previstos pelas políticas de saúde e de educação. Mas como fazer sem conhecer? A verticalização na criação de programas de saúde e de mecanismos sociais demonstra as dificuldades para a implantação dos programas e a implementação das ações, uma vez que, quem vai trabalhar e está no cotidiano dos serviços frente à população, desconhece o contexto e os pressupostos e distancia-se do idealizado e preconizado. Os setores devem estar atentos para ações intersetoriais e interdisciplinares, em que é necessário o estabelecimento de educação permanente, para novos programas e políticas passarem a fazer parte do cotidiano dos trabalhadores com domínio do fazer, com ações e atitudes efetivas.

É necessário também trabalhar a visão de cada profissional para as questões suscitadas, levar em consideração a forma como encaram essas situações, assim como impugnar seus próprios limites, preconceitos para, conseqüentemente, provocar uma mudança de postura de tal modo a desenvolver outra visão para o cotidiano escolar⁽²¹⁾. Torna-se relevante que os profissionais envolvidos se apropriem da linguagem uns aos outros para fomentarem discussões de estratégias e alcancarem bons resultados^(3,22-23).

Executar as ações não é uma responsabilidade única da equipe da ESF ou da equipe da escola. Cabe, principalmente, aos profissionais da educação disseminar o objetivo do PSE para os escolares, assim como indagá-los sobre quais temas são relevantes para cada faixa etária e ajudar a promover a aproximação entre profissional da saúde e o aluno. Essa interação entre aluno e profissional da escola, aluno e profissional da saúde, entre professor e profissional da saúde será imprescindível para o êxito das ações do Programa⁽²⁴⁾.

Nas escolas, o trabalho de promoção da saúde com os educandos e, também, com professores e funcionários precisa ter como ponto de partida “o que eles sabem” e “o que eles podem fazer”. É preciso desenvolver em cada um a capacidade de interpretar o cotidiano e atuar de modo a incorporar atitudes e/ou comportamentos adequados para a melhoria da qualidade de vida. “Cada sujeito está apto a ler o imaginário com certa autonomia, mesmo assim o imaginário de um indivíduo é muito pouco individual, mas sobretudo grupal, comunitário, tribal, partilhado”⁽²⁵⁾.

Mesmo frente às dificuldades supracitadas, as ações são desenvolvidas pelos profissionais de equipes da ESF e escolas aderidas ao PSE:

“Houve um dia em que a escola inteira foi preparada para cada sala ser assistida por um determinado profissional: otorrino, fonoaudiólogo, dentista, entre outras áreas que eu não estou me recordando aqui. Nessas áreas específicas os alunos passavam, ouviam a palestra [...] Então, percebe-se que é um Programa interessante, mas não deu continuidade, foi uma vez e não voltou mais” (E₁₋₂₂ Sete Lagoas).

“Mudou porque eu consegui chegar perto da escola, abraçar a escola, trazê-la para a minha unidade. E vi essa questão do HPV, que não é só imunizar, quando ocorreu a campanha e conseguimos visualizar a precariedade de cultura, a falta de informação. Assim eu pude ver quem é o jovem da minha área de abrangência. Fazendo a vacina, percebi o perfil dos meus pacientes, os jovens, as crianças [...] Se eu estivesse à frente de um programa grandioso, bonito, eu penso no PSE, mas é como se eu estivesse diante do SUS, que é amplo, bonito, maravilhoso, porém no papel. Assim como eu vejo o PSE. É um programa que poderia dar certo, ou dá certo e poderia dar mais certo. Porque nós estamos numa fase de crianças com sexualidade aguçada antes da juventude, tudo precoce, crianças na escola usando drogas, e

a escola cada dia mais perdendo o seu valor” (E₂₋₁₄ Sete Lagoas).

O PSE é descrito como um programa grandioso, que poderia dar certo, mas as ações não são contínuas e bem pontuais. Para o PSE acontecer efetivamente, deve-se deixar de ser um programa idealizado no papel e passar a ser um programa implementado com vistas à promoção da saúde. É imprescindível superar o modelo biomédico de atenção e acreditar na clínica ampliada.

Outro aspecto primordial para a efetivação do PSE é a união e a participação efetiva de gestores, profissionais das equipes ESF e da Educação, da comunidade escolar no enfrentamento das deficiências específicas levantadas em cada local, considerando as necessidades individuais e coletivas⁽²⁶⁾.

Um estudo, realizado no norte da Inglaterra, aponta que a implementação eficaz de programas de estilo de vida saudável, baseados na escola, seja por meio de programas flexíveis e adaptáveis, são eficazes, quando permitem bom ajuste contextual, têm recursos adequados e liderança eficaz, exista envolvimento de alunos e de pais. Para facilitar a sustentabilidade, os programas precisam ser integrados ao currículo e às políticas escolares, em longo prazo, com o apoio sustentado dos diretores e funcionários⁽²⁷⁾.

A gênese do PSE foi unificada pelo Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, no entanto, sua implementação, no município de Sete Lagoas, teve um contexto diferente do proposto, onde uma equipe de 50 profissionais de nível superior e mais 20 estagiários acadêmicos foram contratados, exclusivamente, para desenvolver as ações do Programa:

“As ações com cunho de promoção da saúde e prevenção das doenças e agravos nós não temos mais. Mas até quando tínhamos a equipe exclusiva de profissionais, tais como enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, fonoaudiólogos e dentistas, cada profissão já tinha suas ações preconizadas [...] O PSE em Sete Lagoas, como foi criado, principalmente, pela equipe da APS e da vigilância em proteção à saúde, nós conseguimos fazer com que ele fosse fundamental no cumprimento de diversas metas desses dois setores. O setor de vigilância em saúde é responsável por um projeto do governo do estado que até então se chamava Projeto do Fortalecimento, em que o município recebia algumas verbas para desenvolver ações de promoção da saúde e monitoramento no

município. E quem era o principal desenvolvedor dessas ações era o PSE, então o município sempre cumpriu as metas que eram estipuladas pelo Projeto [...] as vacinas do município, HPV, por exemplo, para cumprir as metas, eles iam até as escolas para realizar a vacinação. A vacina da poliomielite, em 2015, chegou à última semana da campanha contra a pólio e muitas crianças ainda não tinham tomado, e o PSE foi para as escolas fazer a busca ativa de crianças que não haviam tomado, vacinamos as crianças de sala em sala e conseguimos cumprir” (E₂₋₂₅: Sete Lagoas).

Ações específicas como vacinar, orientar sobre IST, são preconizadas pelo PSE e devem ser efetivadas, de acordo com a necessidade de cada local. É evidenciado que as ações de educação em saúde mais trabalhadas, no Brasil, junto aos escolares são direcionadas para a promoção da saúde sexual e reprodutiva, pela vulnerabilidade às IST, o uso impróprio ou não uso dos métodos contraceptivos, aliados à falta de conhecimento e acesso aos mesmos. Outro tema bem debatido é acerca do uso de álcool e outras drogas⁽⁵⁾.

Entretanto, no município de Curvelo, os responsáveis pelas ações do PSE foram as equipes da ESF e os profissionais da educação:

“O pessoal da Saúde da Família está aqui dentro da escola o tempo todo [...] Eles vieram para escola, faziam teatros [...], vídeos sobre escovação. [...] Nós trabalhamos sobre a dengue, o Chikungunya [...] uma campanha de recolhimento de materiais, lixos descartáveis [...] a escola fez passeata e mobilizou. [...] Estamos trabalhando a educação para a saúde bucal [...], a saúde do corpo e da mente o tempo todo” (E₁₋₅₀: Curvelo).

Mediante o exposto, fica nítido como as ações fluem bem, quando feitas de acordo com a proposta, quando há uma parceria entre os profissionais da saúde e os da educação. Se planejar e trabalhar ações preventivas de riscos, acreditar e apostar nas mudanças em benefício à saúde da população, é o início para se alcançar os objetivos de atenção integral na Saúde e na Educação, mesmo frente aos agravantes como a alta demanda dentro dos serviços de saúde e número insuficiente de recursos humanos^(20,26).

A intersetorialidade é considerada um incremento, pois permite uma abordagem mais ampla pelos profissionais da saúde e da educação, somando fazeres, conhecimentos e extrapolando suas habilidades em abordar problemas e discussão temática na educação para a saúde de forma clara^(6,24).

Nos contextos dos municípios, cenários do estudo, os participantes expressam a importância do PSE:

“De extrema relevância. Tudo que é trabalho preventivo tem uma importância muito grande. É muito melhor trabalhar com a prevenção do que depois atacar o problema já instalado. O gasto e o desgaste são muito maiores e, muitas vezes, nós não vamos conseguir resultado desejado” (E₁₋₂₀: Sete Lagoas).

“Porque gera no ser humano, na pessoa que participa (do PSE) a consciência de estar saudável [...] E, mais cedo ou mais tarde, vai ser cobrado por tudo isso. Então, se não cuidar da saúde no presente, no futuro terá problemas. Então, a conscientização que devemos ter no presente para, no futuro, não ter complicações maiores” (E₁₋₄₂: Curvelo).

“Existe um desenvolvimento, um ápice de aprendizado, a formação psico, física, social de um ser humano, de um sujeito, mas e se ele não tiver saúde? [...] Então é uma relevância 100%, e seria muito importante se esse processo fosse adiante, e se mais pessoas aderissem ao PSE e lutasse mais” (E₁₋₅₃: Curvelo).

“Consegue-se detectar algo que não chega até a unidade de saúde, porque a família não percebeu ou a criança não demonstrou ainda, e aí você consegue descobrir mais precocemente que, às vezes, demoraria mais tempo para ser detectado” (E₂₋₃₀: Curvelo).

Em estudo realizado em Olinda, estado de Pernambuco, Brasil, os participantes ressaltam a importância do PSE, assim como os benefícios para a qualidade de vida dos educandos e a inclusão da saúde na escola, melhorando o acesso dessa população aos serviços de saúde e interferindo, de maneira positiva, na educação. Entretanto, a baixa credibilidade quanto à execução do PSE se faz como um obstáculo na proposta de reorganização dos serviços de saúde, tanto na concretização da intersetorialidade quanto no acolhimento dos escolares⁽⁶⁾.

Foram expressas, entretanto, que devem atuar sobre os fatores determinantes e condicionantes do processo saúde-doença que possam ser modificáveis:

“É de fundamental importância porque quando trabalhamos na área de saúde da família, nós vemos que a parte de promoção e prevenção é muito mais fácil do que depois tratar a enfermidade do problema, isso no cotidiano é muito nítido. Quem não tem ações de promoção da saúde e prevenção das doenças acaba voltando

sempre com os mesmos problemas, leva a um ciclo que não tem fim. Então, principalmente na escola, tratar ou embutir hábitos ainda na infância, em quem não tem hábitos saudáveis é muito mais fácil”(E2-35: Curvelo).

“Nossa, eu acho que mudaria tudo (ter PSE), não é?! [...] tantas doenças que evitaria, seria tudo de bom!”(E1-2: Itapetecica)

Um desafio enfrentado pelas equipes de saúde é fazer seus usuários entenderem que a ESF deve trabalhar, além das ações curativas, a prevenção de riscos e promoção da saúde. Mas, mudar essa concepção entre os usuários representa um desafio essencial para essa estratégia alcançar bons resultados. Para que os usuários de serviços de saúde apreendam, se empoderem e participem, ativamente, do planejamento de ações junto à equipe precisam entender, efetivamente, o funcionamento do serviço e a relevância da participação popular (20,26).

Aflora, por conseguinte, a concepção de que doença pode estar distante, considerando o período do adolecer:

“A dificuldade é principalmente o adolescente absorver, porque infelizmente ele acredita que ‘se eu não tenho nada eu não preciso nunca me prevenir de nada’. Isso é o achar, de que nunca serei atingido por uma enfermidade ou por acreditar que sou de ‘cripto’ e, às vezes, recusar a ajuda!”(E1-25: Sete Lagoas)

A procura dos adolescentes nos serviços de saúde, ainda é restrita ao modelo curativo, voltado ao tratamento e controle da doença, ou seja, eles ainda não veem na prática da APS algo que irá contribuir para a promoção de sua saúde. Fazendo-se necessária a adoção de medidas para enfrentar esse desafio, promovendo atividades-chave capazes de contribuir para a satisfação do adolescente e minimizar as situações de vulnerabilidade pelas quais os adolescentes possam estar expostos. Portanto, espera-se haver uma maior aproximação entre os atores envolvidos nas ações do PSE, para atender às necessidades expressas pelos adolescentes^(24,28-29).

É tempo de modernizar, inovar, ousar, sensibilizar e instigar a comunidade na (re)construção das atividades-chave relevantes, para cada contexto local, e acreditar na potencialidade dos profissionais na (re)construção das propostas educativas coletivas e plurais⁽²¹⁾.

CONCLUSÃO

Vincular ações de saúde ao cotidiano dos escolares é uma tarefa intensa. Ao analisar o contexto do PSE e o cotidiano de trabalho expresso pelos profissionais da Saúde e da Educação, observaram-se diferentes impasses e formas de implementação prática frente à sua gênese. Os desafios enfrentados se mostram na incipiente integração entre os setores, nas ações descontínuas e pontuais, na escassez de recursos humanos, e no desconhecimento do PSE ou de seus pressupostos por alguns profissionais. Porém, explicações sobre a importância da aproximação das equipes da saúde e da educação com os escolares para promover a saúde e prevenir riscos foram identificadas.

Apesar de todos os impasses para a implementação, é fulgente a importância do PSE para atuar sobre os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença e para disseminação de uma cultura de hábitos saudáveis de vida. Portanto, o êxito de implementação desse Programa está nas intervenções cotidianas realizadas intersetorialmente, em que as equipes da Saúde e da Educação, os escolares e a comunidade são protagonistas na produção da saúde.

No Brasil, pensar outros caminhos para garantir a saúde e a educação da população, de forma integral, se materializa, ao considerar as desigualdades sociais e a necessidade de constituir esses direitos de forma mais inclusiva. Cuidar da vida de modo a reduzir a vulnerabilidade ao adoecer, a produção de incapacidades, de sofrimento crônico e de morte prematura de indivíduos e população, implica atuar sobre os determinantes e condicionais, nas fases iniciais do viver, sendo a escola um espaço de convivência privilegiado, para a formação de escolhas mais saudáveis de vida.

Aponta-se a necessidade de estudos sobre o tema, considerando as vivências cotidianas dos escolares no âmbito das ações desenvolvidas no PSE, programa este em vigor com destinação de recursos específicos para sua implementação. Por fim, Saúde e Educação não se fazem só, o PSE vem calhar a necessidade de maior integração para melhor qualidade de vida dos atores envolvidos.

REFERÊNCIAS

1- Brasil. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil 2007.

- 2- Santiago LM, Rodrigues MTP, Oliveira Junior AD, Moreira TMM. Implantação do Programa Saúde na escola em Fortaleza-CE: atuação de equipe da Estratégia Saúde da Família. *Ver Bras Enferm.* 2012;65(6):1026-9. DOI: 10.1590/S0034-71672012000600020
- 3- Brasil, Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1.055, de 25 de abril de 2017. Redefine as regras e os critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola – PSE por estados, Distrito Federal e municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações. *Diário Oficial da União* 2017.
- 4- Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 2.706, de 18 de outubro de 2017. Lista os Municípios que finalizaram a adesão ao Programa Saúde na Escola para o ciclo 2017/2018 e os habilita ao recebimento do teto de recursos financeiros pactuados em Termo de Compromisso e repassa recursos financeiros para Municípios prioritários para ações de prevenção da obesidade infantil com escolares. *Diário Oficial da União* 2018.
- 5- Machado MFAS, Gubert FA, Meyer APGFV, Sampaio YPCC, Dias MSA, Almeida AMBAB, et al. The health school programme: A health promotion strategy in primary care in Brazil. *J Hum Growth Dev.* 2015;25(3): 307-12. DOI: 10.7322/jhgd.96709
- 6- Farias ICV, Sá RMPF, Figueiredo N, Filho AM. Análise da Intersetorialidade no Programa Saúde na Escola. *Rev Bras Educ Méd.* 2016;40(2):261-7. DOI: 10.1590/1981-52712015v40n2e02642014
- 7- Casemiro JP, Fonseca ABC, Secco FVM. Promover saúde na escola: Reflexões a partir de uma revisão sobre saúde escolar na América Latina. *Cienc Saúde Coletiva* 2014;19(3):829-40. DOI: 10.1590/1413-81232014193.00442013
- 8- Lee A, Lo ASC, Keung MW, Ming C, Kwong A, Wong KK. Effective health promoting school for better health of children and adolescents: Indicators for success. *BMC Public Health* 2019;9(1):1088. DOI: 10.1186/s12889-019-7425-6
- 9- Bartelink NHM, Van Assema P, Jansen MWJ, Savelberg HHCM, Moore GF, Hawkins J, et al. Process evaluation of the healthy primary school of the future: the key learning points. *BMC Public Health* 2019;19(1):698. DOI: 10.1186/s12889-019-6947-2
- 10- Yin RK. Estudo de caso: Planejamento e métodos. 5a ed. Porto Alegre (RS): Bookman; 2015.
- 11- Maffesoli M. O conhecimento comum: Introdução à sociologia compreensiva. 2a ed. Porto Alegre: Sulina; 2010.
- 12- Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
- 13- Melo MCP, Santos MM, Mendes RNC, Sales JRP, Silva RM. Percepção de adolescentes sobre imunização em uma escola pública de Petrolina-PE. *Rev Mineira Enferm.* 2013 17(2):374-80. DOI: 10.5935/1415-2762.20130028
- 14- Moruzzi AB, Abramowicz A. Infância, raça e currículo: Alguns apontamentos sobre os documentos brasileiros para educação infantil. *Rev Contemp Educ.* 2015;10(19):199-214. DOI: 10.20500/rce.v10i19.2336
- 15- Maffesoli M. No fundo das aparências. Porto Alegre: Vozes; 1996.
- 16- Darlington EJ, Violon N, Jourdan D. Implementation of health promotion programmes in schools: An approach to understand the influence of contextual factors on the process? *BMC Public Health* 2018;18(1):163. DOI: 10.1186/s12889-017-5011-3
- 17- Maffesoli M. Elogio da razão sensível. 2a ed. Petrópolis: Vozes; 2008.
- 18- Silva ACD, Engstrom EM, Miranda CT. Fatores associados ao desenvolvimento neuropsicomotor em crianças de 6-18 meses de vida inseridas em creches públicas do Município de João Pessoa, Paraíba, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2015;31(9):1881-93. DOI: 10.1590/0102-311X00104814
- 19- Marques JF, Queiroz MVO. Cuidado ao adolescente na atenção básica: Necessidades dos usuários e sua relação com o serviço. *Rev Gaúcha Enferm* 2012;33(3):65-72. DOI: 10.1590/S1983-14472012000300009
- 20- Roecker S, Budo MLD, Marcon SS. The educational work of nurses in the Family Health Strategy: Difficulties and perspectives on change. *Rev Esc Enferm USP* 2012;46(3):641-9. DOI: 10.1590/S0080-62342012000300016
- 21- Candau VMF. Cotidiano escolar e práticas interculturais. *Cad Pesqui.* 2016;46(161):802-20. DOI: 10.1590/198053143455
- 22- Ferreira IRC, Moysés SJ, França BHS, Carvalho ML, Moysés ST. Percepções de gestores locais sobre a intersetorialidade no Programa Saúde na Escola. *Rev Bras Educ.* 2014;19(56):61-76. DOI: 10.1590/S1413-24782014000100004
- 23- Jacóe NB, Aquino NM, Pereira SCL, Souza ES, Souza FC, Santana MS, et al. O olhar dos profissionais de uma Unidade Básica de Saúde sobre a implantação do Programa Saúde na Escola. *Rev Med Minas Gerais* 2014; 24(1):182-8. DOI: 10.5935/2238-3182.2014S006

- 24- Leite CT, Machado MFAS, Vieira RP, Marinho MNASB, Monteiro CFS. Programa de Saúde na Escola: Percepções dos professores. Invest Educ Enferm. 2015;33(2):280-7. DOI: 10.17533/udea.iee.v33n2a10
- 25- Maffesoli M. O imaginário é uma realidade (Entrevista concedida a Juremir Machado da Silva, em Paris, em 20/03/2001). Revista Famecos 2001;8(15):74-82. DOI: 10.15448/1980-3729.2001.15.3123
- 26- Viegas SMF, Penna CMM. As dimensões da integralidade no cuidado em saúde no cotidiano da Estratégia Saúde da Família no Vale do Jequitinhonha, MG, Brasil. Interface 2015;19(55):1089-1100. DOI: 10.1590/1807-57622014.0275
- 27- Day RE, Sahota P, Christian MS. Effective implementation of primary school-based healthy lifestyle programmes: a qualitative study of views of school staff. BMC Public Health 2019;19(1):1239. DOI: 10.1186/s12889-019-7550-2
- 28- Perez LG, Sheridan JD, Nicholls AY, Mues KE, Saleme PS, Resende JC, et al. Professional and community satisfaction with the Brazilian Family health strategy. Rev Saúde Pública 2013;47(2):403-13. DOI: 10.1590/S0034-8910.2013047003868
- 29- Vieira RP, Gomes SHP, Machado MFAS, Bezerra IMP, Machado CA. Participação de adolescentes na Estratégia Saúde da Família a partir da estrutura teórico-metodológica de uma participação habilitadora. Rev Latino-Am Enfermagem 2014;22(2):309-16. DOI: 10.1590/0104-1169.3182.2417

Nota: Originado de Trabalho de Conclusão de Curso “O contexto do Programa Saúde na Escola em três municípios de Minas Gerais, Brasil”.

Recebido em: 02/11/19

Aprovado em: 20/04/20

Endereço de correspondência:

Universidade Federal de São João del-Rei, Campus Centro-Oeste. Rua Sebastião Gonçalves Coelho, 400. Bairro Chanadour. Bloco A, sala 207. Divinópolis, Minas Gerais, Brasil. 35.501-296.

e-mail: selmaviegas@ufsj.edu.br