

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA
NÚCLEO DE SAÚDE — DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA-PPGpsi
MESTRADO ACADÊMICO

ROSIELE PINHO GONZAGA DA SILVA

**PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: SIGNIFICAÇÕES DE AGENTES DE UM
MUNICÍPIO AMAZÔNICO**

PORTO VELHO/RO

2019

ROSIELE PINHO GONZAGA DA SILVA

**PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: SIGNIFICAÇÕES DE AGENTES DE UM
MUNÍCIPIO AMAZÔNICO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Rondônia, para a obtenção do título de Mestra em Psicologia.

Linha de Pesquisa: Psicologia Escolar e Processos Educativos

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Lilian Caroline Urnau

PORTO VELHO/RO

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Fundação Universidade Federal de Rondônia
Gerada automaticamente mediante informações fornecidas pelo(a) autor(a)

S586p Silva, Rosiele Pinho Gonzaga da.
Programa saúde na escola : significações de agentes de um município amazônico / Rosiele Pinho Gonzaga da Silva. -- Porto Velho, RO, 2019.

147 f.

Orientador(a): Prof.^a Dra. Lilian Caroline Urnau

Dissertação (Mestrado Acadêmico em Psicologia) - Fundação Universidade Federal de Rondônia

1.programa saúde na escola. 2.Sentidos. 3.Significados. 4.Psicologia sócio-histórica. 5.Dimensão subjetiva. I. Urnau, Lilian Caroline. II. Título.

CDU 159.922.7

Bibliotecário(a) Ozelina do Carmo de Caralho

CRB 11/486

FOLHA DE APROVAÇÃO

**“PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: SIGNIFICAÇÕES DE AGENTES DE UM MUNICÍPIO
AMAZÔNICO”**

ROSIELE PINHO GONZAGA DA SILVA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em
Psicologia (MAPSI) como exigência parcial para obtenção do
título de Mestre em Psicologia pela Fundação Universidade
Federal de Rondônia

Linha de Pesquisa: Psicologia Escolar e Processos
Educativos

Orientador: Dr^a Lilian Caroline Urnau

Banca examinadora:

Dr^a Lilian Caroline Urnau
Programa de Pós-graduação em Psicologia (Mapi/Unir)

Assinatura:

Lilian C. Urnau

Wanda Maria Junqueira de Aguiar
Pontifícia Universidade Católica de São Paul-PUC/SP

Assinatura:

Wanda Maria Junqueira de Aguiar

Marli Lúcia Tonatto Zibetti
Universidade Federal de Rondônia-UNIR

Assinatura:

Marli L. T. Zibetti

Dissertação aprovada em: 02/12/2019

AGRADECIMENTOS

A Deus, em primeiro lugar, por ter me permitido caminhar por dois anos na jornada de mestrado; por ter me concedido força, saúde e coragem para desenvolver todas as atividades ao longo desses anos e por nunca me desamparar e me deixar sozinha; por ter me permitido chegar até aqui; por ter me colocado nas mãos de excelentes mestres e seres humanos, professora Lilian Caroline e Marli Zibetti, para me acompanhar e tornar mais leve essa jornada.

Ao meu esposo, Manoel, que desde o início esteve ao meu lado, que compreendeu os momentos de ausência, de estresse e de choro. Amo você!

À minha mãe querida, mulher forte, minha maior inspiração.

À professora Lilian Caroline Urnau, minha querida orientadora, que, com sua paciência, empatia, profissionalismo e respeito, me ajudou não só a compreender meu objeto de estudo, como me deu forças e compreensão nos momentos de minha ausência. Sua doçura deixou a caminhada mais leve. Deus abençoe por tudo!

Aos colegas de turma, em especial a Cleudi, Eudeir e Débora, que, com suas partilhas, contribuíram para a minha experiência, alargando horizontes.

Aos membros da Banca Examinadora, Prof^ª. Dr^ª. Wanda Maria Junqueira de Aguiar e Dr^ª. Marli Zibetti, pela paciência, sugestões valiosas e incentivos que foram essenciais no processo de construção desse texto. Serei sempre grata.

Aos professores e professores do MAPSI/Unir, que colocaram algumas pedras de edificação na construção do meu saber, nesta longa caminhada do conhecimento.

Aos profissionais que viabilizaram a concretização da ideia e que aceitaram participar do estudo.

Ao IFRO, por me conceder afastamento das minhas atividades e pelo programa de incentivo à qualificação.

— *Mamãe, você vai para “o Porto Velho”?*
— *Que dia a senhora volta, mamãe? Demora?*
— *Me mostra nos dedos o dia que a senhora chega.*
— *Mamãe, o que tem lá no “o Porto Velho”?*
— *Um dia a senhora me leva?*

*(Palavras singelas da minha pequena Ana Emanuele,
antecedendo minhas viagens)*

RESUMO

O Programa Saúde na Escola (PSE) é uma política intersetorial dos Ministérios da Educação e da Saúde, que considera a escola um ambiente privilegiado para práticas de promoção de saúde e de prevenção de agravos e doenças. No PSE, as equipes de Saúde da Família e a escola desenvolvem estratégias para integrar as políticas e ações de educação e de saúde. Esta pesquisa tem o objetivo geral de analisar a dimensão subjetiva do PSE, por meio das significações constituídas por profissionais da saúde e da educação em um município Amazônico. Para tanto, como alicerce teórico-metodológico, adota a Psicologia Sócio-Histórica, que utiliza as categorias sentido, significado e dimensão subjetiva da realidade a partir da dialética entre objetividade e subjetividade. O trabalho é composto por uma síntese teórica e uma investigação empírica realizada a partir de entrevistas semiestruturadas com uma agente de saúde e um de educação atuantes no Programa. Para a análise e interpretação das falas produzidas pelos sujeitos participantes da pesquisa, seguiu-se a lógica do procedimento metodológico denominado Núcleos de Significação, na perspectiva de se aproximar de zonas de sentidos constituídos pelos sujeitos, carregadas de significações. Ao total foram elaborados cinco Núcleos de Significação. Verificou-se que as significações constituídas sobre o PSE estão fortemente marcadas pela ausência de intersetorialidade e de capacitação, bem como pela desigualdade no acesso às informações inerentes ao Programa. Constatou-se que o planejamento e a intersetorialidade são estratégias utilizadas pela agente de saúde. As significações constituídas por ela acerca do Programa são de que é importante proporcionar vínculo entre atenção básica à saúde e escola. Ficou evidente que as significações constituídas são mobilizadas também por sentimentos de compromisso e responsabilidade profissional e por um olhar que ultrapassa a execução de ações. Tais significações carregam muitos elementos de sentido que foram sendo gestado a partir da vivência histórica da enfermeira na atividade profissional. Contraditoriamente, ao mesmo tempo em que a profissional gosta do Programa e o significa como bom, lindo e importante, ela se sente frustrada e impotente por não conseguir dar resolutividade a demandas identificadas no PSE. No caso do agente da educação, a desinformação sobre as diretrizes do PSE se destacou como um dos elementos desencadeadores de vários impasses presentes em sua atuação no Programa. Diferentemente dos conteúdos relacionados à atuação intersetorial significados pela enfermeira, o profissional da educação relata a ausência de planejamento intersetorial e de capacitação, como prejudicial em sua atuação. Os motivos que impulsionam a ação deste profissional estão concatenados aos resultados das atividades, que envolvem as respostas, a participação dos alunos nas ações e a sua vivência enquanto professor na atividade de alfabetização. A dimensão da afetividade esteve presente nas significações constituídas por ele. O profissional gosta, sente-se bem e útil por desenvolver as atividades do PSE. As mediações que levam à constituição das significações dos agentes estão relacionadas a elementos das condições objetivas, da vivência pessoal e de aspectos afetivos. Esses pontos evidenciados pela análise, entre outros, sinalizam a necessidade de ações de capacitação mais objetivas e específicas aos profissionais, inclusive envolvendo oficinas de planejamento conjunto tendo por base os manuais de referência.

Palavras-Chaves: Programa Saúde na Escola. Sentidos. Significados. Psicologia Sócio-Histórica. Dimensão Subjetiva.

ABSTRACT

The School Health Program (PSE) is an intersectoral policy of the Ministries of Education and Health, that considers the school a privileged environment for health promotion practices and prevention of injuries and diseases. In the PSE, family health teams and the school develop strategies to integrate education and health policies and actions. This research has the general objective of analyzing the subjective dimension of the PSE, through the meanings constituted by health and education professionals in an Amazonian municipality. Therefore, as a theoretical-methodological foundation, it adopts Socio-Historical Psychology, which uses the categories meaning, meaning and subjective dimension of reality from dialectics between objectivity and subjectivity. The work consists of a theoretical synthesis and empirical research conducted from semi-structured interviews with a health agent and one of education active in the Program. For the analysis and interpretation of the statements produced by the subjects participating in the research, the logic of the methodological procedure called Signification Centers was followed, in the perspective of approaching zones of meanings constituted by the subjects, loaded with meanings. In total, five Signification Cores were elaborated. It was found that the meanings constituted on the PSE are strongly marked by the absence of intersectorality and training, as well as by inequality in access to the information inherent to the Program. It was found that planning and intersectorality are strategies used by the health agent. The meanings constituted by it about the Program are that it is important to provide a link between primary health care and school. It was evident that the meanings constituted are also mobilized by feelings of commitment and professional responsibility and by a look that goes beyond the execution of actions. Such meanings carry many elements of meaning that were gestated from the historical experience of the nurse in professional activity. Contradictorily, while the professional likes the Program and means it as good, beautiful and important, she feels frustrated and powerless because she cannot give resolution to the demands identified in the PSE. In the case of the education agent, misinformation about the Guidelines of the PSE stood out as one of the triggering elements of several impasses present in his performance in the Program. Unlike the contents related to the intersectoral performance meant by the nurse, the education professional reports the absence of intersectoral planning and training, as harmful in his performance. The reasons that drive the action of this professional are concatenated to the results of the activities, which involve the answers, the participation of students in the actions and their experience as a teacher in literacy activity. The dimension of affection was present in the meanings constituted by it.

The professional likes it, feels good and useful for developing the activities of the PSE. The mediations that lead to the constitution of the senses of agents are related to elements of objective conditions, personal experience and affective aspects. These points evidenced by the analysis, among others, signal the need for more objective and specific training actions to professionals, including involving joint planning workshops based on reference manuals.

Keywords: School Health Program. Meanings and senses. Social-historical Psychology. Subjective Dimension.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- EPS — Escola Promotora de Saúde
- eSF — Equipe de Saúde da Família
- ESF — Estratégia de Saúde da Família
- GTI — Grupo de Trabalho Intersetorial
- GTI-E — Grupo de Trabalho Intersetorial Estadual
- GTI-M — Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal
- IBGE — Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IBICT — Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia
- IFRO — Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Rondônia
- LDB — Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
- OMS — Organização Mundial da Saúde
- ONU — Organização das Nações Unidas
- OPAS — Organização Pan-Americana de Saúde
- PCNs — Parâmetro Curricular Nacional
- PNPS — Política Nacional de Promoção da Saúde
- PSE — Programa Saúde na Escola
- PSF — Programa Saúde da Família
- SISAB — Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
- SPE — Projeto Saúde e Prevenção na Escola
- SUS — Sistema Único de Saúde
- TCLE — Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- UNESCO — Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
- UNIR — Universidade Federal de Rondônia

SUMÁRIO

1	MEUS MOTIVOS E OS OBJETIVOS DE PESQUISA.....	13
2	ENTRECRUZAMENTOS ENTRE POLÍTICA, SAÚDE E EDUCAÇÃO.....	19
2.1	POLÍTICAS PÚBLICAS SOCIAIS	19
2.2	INTERSETORIALIDADE SAÚDE E EDUCAÇÃO: O DESAFIO DO PSE.....	27
3	SAÚDE NA ESCOLA	37
3.1	PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: ARCABOUÇO LEGAL, COMPONENTES E LINHAS DE AÇÃO	37
4	SIGNIFICADOS E SENTIDOS: UMA POSSIBILIDADE DE OLHAR DA PSICOLOGIA SOBRE AS POLÍTICAS PÚBLICAS	45
4.1	PSICOLOGIA E AS POLÍTICAS PÚBLICAS	45
4.2	SENTIDO E SIGNIFICADO: LEITURAS DE VIGOTSKI	52
5	A PESQUISA: PRESSUPOSTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS	59
5.1	CENÁRIO DA PESQUISA	63
5.2	PARTICIPANTES.....	63
5.2.1	Breve apresentação dos profissionais envolvidos.....	64
5.3	PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS.....	66
5.3.1	Análise documental.....	67
5.3.2	Entrevistas.....	68
5.3.3	Análise dos dados e interpretação dos resultados.....	70
5.4	O PROCESSO DE CONSTITUIÇÃO DOS NÚCLEOS DE SIGNIFICAÇÃO	72
6	OS SENTIDOS E OS SIGNIFICADOS DO PSE NA VOZ DOS AGENTES DA SAÚDE E EDUCAÇÃO	74
6.1	ANÁLISES DOS NÚCLEOS DE SIGNIFICAÇÃO DA AGENTE DE SAÚDE	76
6.1.1	Núcleo 1: As (precárias) condições objetivas do PSE e o comprometimento pessoal da profissional.....	76
6.1.2	Núcleo 2: Tecendo caminhos para a intersetorialidade; mas a sobrecarga de atividades, como fica?	84
6.1.3	Núcleo 3: A contraditória relação entre frustração, impotência e o gostar do PSE91	
6.2	ANÁLISE DOS NÚCLEOS DE SIGNIFICAÇÃO DO AGENTE DA EDUCAÇÃO..	97
6.2.1	Núcleo 4: Olhar sobre as condições objetivas do PSE em meio aos entraves da (des)informação.....	97
6.2.2	Núcleo 5: A contradição entre o “peso” e as positivities das ações.....	107

7	CONSIDERAÇÕES FINAIS: UMA POSSÍVEL E BREVE ARTICULAÇÃO INTERNÚCLEOS	114
	REFERÊNCIAS.....	120
	APÊNDICE A — TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	130
	APÊNDICE B — TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO DE EDUCAÇÃO	132
	APÊNDICE C — TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE	134
	APÊNDICE D — ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA INDIVIDUAL DIRECIONADA PARA OS AGENTES DA SAÚDE E EDUCAÇÃO	13233
	APÊNDICE E — RELAÇÃO DE PRÉ-INDICADORES POR INDICADOR E NÚCLEO DE SIGNIFICAÇÃO.....	138
	ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA.....	144

1 MEUS MOTIVOS E O OBJETIVO DE PESQUISA

Como uma enfermeira pode estar inserida num Programa de Pós-Graduação (PPG) em Psicologia e, ainda, na linha de Psicologia Escolar e Processos Educativos? Estes foram dois dos questionamentos que me fizeram logo na primeira semana de aula. Psicologia Escolar e Enfermagem têm relação? Por que não ingressar na outra linha do PPG relativa a processos psicossociais em saúde? Eram tantas pessoas me perguntando a mesma coisa que chegou um momento em que até fiquei em dúvida e passei a me questionar sobre meus interesses. Olhares curiosos inicialmente me incomodavam. Com o passar dos dias e com as discussões travadas em sala de aula, no entanto, pude demonstrar aos colegas e professores/as que o/a enfermeiro/a, além de realizar o clássico trabalho de cuidar das pessoas enfermas em leitos hospitalares, é também um educador. Meu interesse de pesquisa no mestrado associavam estas duas dimensões. Não por acaso, compartilho com Bujes (2002, p. 14) o entendimento de que “[...] a pesquisa nasce sempre de uma preocupação com alguma questão, ela provém, quase sempre, de uma insatisfação com respostas que já temos, com explicações das quais passamos a duvidar, com desconfortos mais ou menos profundos em relação a crenças”.

Sou enfermeira, graduada na modalidade Bacharel e licenciada em uma Universidade Pública do Oeste do Paraná — uma profissional apaixonada por Políticas Públicas e pela educação. Já lectionei em escolas técnicas de enfermagem e atualmente sou enfermeira em um Instituto Federal de Educação.

Assim, a opção pela presente temática se deu por interesses e inquietudes que reverberam, desde a graduação, em discussões relacionadas às Políticas Públicas, em especial de Educação e Saúde, e acentuadas durante minha atuação profissional como executora de ações do Programa Saúde na Escola (PSE) em um dos *campi* do Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia de Rondônia (IFRO).

Quando iniciei minhas atividades profissionais em um dos *campi* do IFRO, em 2014, o *campus* não contava, ainda, com um profissional da área da saúde. Logo, fui a primeira enfermeira a atuar naquela unidade. Inicialmente me deparei com grandes demandas e expectativas pelo trabalho da enfermagem, as quais se voltavam principalmente ao atendimento de primeiros socorros. Com o passar dos dias, à medida que conhecia a realidade escolar, fui me deparando com a necessidade de realizar ações de promoção e prevenção à saúde. Conseqüentemente, questionamentos e desafios foram se apresentando devido principalmente à ausência de entendimento dos gestores e professores sobre a importância de ações de educação em saúde no ambiente escolar.

Nesta perspectiva, a curiosidade e a necessidade de posicionar-me e de articular o trabalho de profissionais da saúde e da educação suscitaram-me o desejo de pesquisar sobre o campo de atuação do enfermeiro escolar e sobre políticas públicas direcionadas à saúde dos estudantes. A partir de então comecei a buscar informações sobre o PSE de forma a implementar algumas ações no *campus*.

Após a leitura dos marcos legais e diretrizes do programa, busquei saber como ele funcionava em nível estadual e municipal, pois a proposta vinha ao encontro de necessidades que já tinham sido identificadas por mim. Logo, entrei em contato com a representante do Programa na Secretaria Estadual de Educação e posteriormente com os representantes municipais. A partir de então, comecei a participar das reuniões do Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTI-M), com o propósito de interagir e viabilizar uma possível pactuação da instituição de ensino onde atuo. No entanto, fui informada que todas as ações de promoção à saúde que já tinham sido realizadas naquele ano por mim no IFRO (vacinação, palestras, medidas antropométricas, etc.) não poderiam ser lançadas no sistema e validadas como atividades realizadas; portanto, se pactuasse naquela ocasião teria que repeti-las, o que se tornou inviável para mim. Assim, optei por continuar realizando algumas atividades preconizadas pelo programa sem lançá-las no sistema, com o apoio, em algumas ocasiões, dos servidores que atuam com o serviço de atenção básica em saúde do município.

Neste período fui convidada a participar de uma capacitação oferecida pela Secretaria Estadual de Saúde sobre o funcionamento e finalidades do programa, de modo que aumentaram meu interesse e minhas inquietações sobre esta política de governo.

Ao me aproximar dos representantes do programa (estadual e municipal) e ter contato frequente com os profissionais da educação tecnológica do *campus* e da Atenção Básica em Saúde, observei a existência de distintas significações, entendimentos sobre o PSE e a forma como as ações eram implementadas; observei ainda que as informações dos profissionais sobre o Programa eram bastante limitadas. A partir de então, o estudo da Dimensão Subjetiva que envolve tal política tornou-se objeto de interesse e passou a movimentar meu pensamento.

Em 2017 ingressei no Mestrado Acadêmico em Psicologia. Apesar de sua oferta estar distante de onde resido, não fiquei desencorajada, ao contrário, revesti-me do temor de Deus e enfrentei a batalha das idas e vindas semanais à capital. Aproveitei para construir diálogos com minhas “crônicas” inquietações. Com um tema em mente e com o referencial teórico de algumas disciplinas, tendo Vigotski como principal pilar, conseguimos¹ delinear o problema

¹ Optamos por juntar Apresentação e Introdução; assim, em alguns momentos deste texto utilizo a primeira pessoa do plural para expressar algo elaborado por mim e pela orientadora.

de pesquisa.

Assim, inicialmente elaboramos algumas questões, que foram ponto de partida para as perguntas de pesquisa que orientam esta dissertação: O que os agentes da saúde e da educação sabem sobre o PSE no município? Como avaliam o programa, sua gestão e implementação no local? Como analisam a atuação intersetorial? O que pensam sobre as ações desenvolvidas? Como se sentem participando do programa?

Com base em minhas experiências ao longo desses anos, parecia-me que alguns profissionais executavam as ações do Programa por obrigatoriedade e não detinham muito conhecimento sobre ele. Assim, observava que o discurso oficial e as significações pessoais dos profissionais vinculados a esta política pública não eram coincidentes, o que sinalizava para mim uma contradição. Mas era preciso ir além de minhas impressões iniciais e conhecer efetivamente quais seriam os sentidos e os significados do PSE constituídos pelos agentes da educação e da saúde que nele atuavam.

As aulas do mestrado e os estudos teóricos me permitiram reorganizar meus questionamentos iniciais, pois me aproximaram de conceituações sobre as categorias do materialismo histórico e dialético, dos pressupostos de Vigotski e da Psicologia Sócio-Histórica (PSH), que foram fundamentais para o desenvolvimento da pesquisa. A partir de então, passei a compreender o PSE como um fenômeno social e que, para avançar na apreensão das significações (sentidos/ significados), precisava dar visibilidade às contradições presentes nas condições objetivas de tal Programa. É no movimento dialético da objetividade sobre a subjetividade, no mundo social e histórico, que os significados sociais são internalizados e transformados em sentidos.

Pois bem, com um pouco de bagagem teórica e com as contribuições da banca de qualificação, já não era mais suficiente focar na compreensão dos sentidos e significados atribuídos ao PSE, mas sim buscar reconhecer a Dimensão Subjetiva desta política pública atravessada por mediações, na qual se identifica a participação de sujeitos e produções de subjetividades. Segundo Bock e Gonçalves (2009, p. 143), “[...] a dimensão subjetiva da realidade é a síntese entre as condições materiais e a interpretação subjetiva dada a elas”.

Diante de tais considerações, apresento o objetivo geral desta pesquisa: analisar a dimensão subjetiva do PSE, por meio das significações constituídas por profissionais da saúde e da educação em um município amazônico. Com vistas a atingi-lo, foram propostos os seguintes objetivos específicos: a) investigar a história de participação e o envolvimento dos profissionais de saúde e educação no PSE do município; b) analisar as avaliações dos profissionais sobre o PSE, a implementação do Programa e as ações a ele vinculadas; c)

compreender os afetos implicados na participação dos profissionais no Programa e apreender como esses agentes significam o Programa.

Para a consecução desses objetivos e ampliar as reflexões e conhecimento sobre o tema, elegemos como fundamento a Psicologia Sócio-Histórica, que tem seus pressupostos teórico-metodológico e filosófico ancorados no materialismo histórico dialético. Logo, a opção por esse referencial teórico-metodológico tenciona o modo de produção e análise das informações e servirá de lente para olhar a realidade.

A partir da pista reflexiva eleita, buscamos fazer um levantamento sucinto dos trabalhos científicos já realizados em Psicologia sobre o Programa Saúde na Escola, os quais pudessem também subsidiar o estudo em tela. Para surpresa, na busca que realizamos na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações do Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (IBICT), encontramos apenas cinco produções que relacionam o Programa Saúde na Escola e a Psicologia. Dentre estes estudos, destacamos dois que convergem à proposta desta pesquisa, pois versam sobre as significações constituídas a partir do olhar dos profissionais envolvidos com o Programa — são os trabalhos de Vieira (2013) e Spineli (2014).

Fica evidente que ainda são poucos os estudos que buscam apreender este fenômeno social sob a lente dos atores envolvidos. Embora a pesquisa de Spineli (2014) se aproxime mais dos objetivos do trabalho que propomos, este se diferencia, pois nenhum daqueles encontrados na plataforma pesquisada, na área da Psicologia, abordou as categorias significação (sentidos, significados) e dimensão subjetiva a partir do marco teórico da Psicologia Sócio-Histórica. Este fato contribui, ainda mais, para reafirmar a relevância científica da nossa pesquisa. Além disso, as produções têm como campo de investigação realidades no Sul e Sudeste, distintas da realidade amazônica (foco deste estudo), o que amplia a relevância de nosso estudo.

Esta pesquisa, à luz da Psicologia Sócio-Histórica, reconhece o sujeito como ativo, histórico, social e que, na relação com o ambiente sociocultural, constrói seu mundo psicológico (AGUIAR *et al.*, 2009). Portanto, mesmo cientes de que as significações abstraídas da fala não traduzem toda a riqueza do conteúdo psicológico do sujeito concreto, avançar pelo campo das significações é uma tentativa de compreender integralmente este sujeito e dar visibilidade à síntese entre objetividade e subjetividade, compreendida como dimensão subjetiva da realidade.

Na perspectiva materialista histórica e dialética, os homens devem ser entendidos como seres que se desenvolvem permanentemente no espaço social e no tempo histórico. Suas

ideias, crenças, valores, conhecimentos são mediados pelas experiências em um dado momento histórico, refletem a realidade desse momento e o lugar concreto que ocupam e onde constroem a própria existência. Logo, a materialidade social é fruto da ação humana e agrega subjetividade.

A apreensão de significados e sentidos do PSE, constituídos pelos sujeitos nele atuantes, têm relevância para a compreensão da dinâmica das atividades implementadas pelo Programa, tendo em vista a experiência subjetiva de cada profissional quanto às práticas que executa e à avaliação pessoal sobre o PSE.

É pertinente frisar que inicialmente era de interesse estudar o PSE em âmbito estadual; porém, a Secretaria de Estado da Educação não autorizou a pesquisa, como descrito minuciosamente na seção metodológica. Tal fato direcionou o campo da pesquisa à esfera municipal.

Esta dissertação foi estruturada em seis seções com as três primeiras destinadas à discussão conceitual e do referencial teórico. Inicialmente apresentamos os motivos que conduziram a escolha do tema para a pesquisa em tela.

Posteriormente, apresentamos conceitos sobre políticas públicas e a conformação neoliberal de sociedade e de Estado, para culminar com a contextualização da elaboração de políticas de promoção à saúde e especificamente o Programa Saúde na Escola. Apresentamos um debate teórico sobre as expressões da intersetorialidade e sua especificidade no Programa Saúde na Escola. Na segunda seção, buscamos fazer uma breve incursão histórica no campo da saúde escolar e apresentamos os aspectos históricos e atuais do PSE: arcabouço legal, componentes e linhas de ação. A terceira aborda o referencial teórico que embasa este estudo, na qual enfatizamos os conceitos dos sentidos e significados inspirados em Vigotski e os aportes da Psicologia Sócio-Histórica para o estudo das Políticas Públicas.

Na quinta seção, descrevemos os aspectos metodológicos da pesquisa, o cenário, os participantes e os procedimentos empregados conforme a orientação da parte teórica do estudo.

Na seção intitulada “Os sentidos e os significados do PSE na voz dos agentes da saúde e educação”, é apresentada a organização dos indicadores sistematizados e os Núcleos de Significação propostos por Aguiar e Ozella (2006; 2013). A partir de viés interpretativo e tecendo articulações com o embasamento teórico da pesquisa, buscamos nos aproximar das significações constituídas pelos agentes da educação e da saúde sobre o PSE e dar visibilidade à Dimensão Subjetiva de tal política.

2 ENTRECruzamentos ENTRE POLÍTICA, SAÚDE E EDUCAÇÃO

Ao nos debruçarmos sobre o estudo de políticas públicas, é imprescindível a análise dos principais conceitos e processos de elaboração que as atravessam, mesmo cientes das divergências de entendimentos que pairam sobre os temas. Com isso em vista, nesta seção interessa-nos tratar o tema das políticas públicas reconhecendo que seu campo social se baseia na relação entre o Estado, a sociedade e o modo de produção capitalista. É nesta relação tão complexa que a questão social emerge. A transformação de necessidades da população em demandas reconhecidas por parte do governo e da sociedade torna-se um problema que requer uma resposta.

A complexidade assinalada em relação às políticas sociais é fruto dos múltiplos fatores que confluem para este campo, resultando em uma configuração e dinâmicas muitas vezes contraditórias. Nas últimas décadas, há o registro do surgimento no campo das políticas públicas da questão da intersectorialidade como ferramenta e mecanismo de gestão.

Nesta exposição buscamos também construir algumas análises sobre as políticas públicas e a concepção neoliberal de sociedade e de Estado para culminar com a contextualização da elaboração de políticas de promoção à saúde, especificamente o Programa Saúde na Escola.

Portanto, a seção está dividida em duas partes: a primeira apresenta alguns conceitos fundamentais produzidos no Brasil na área de políticas públicas sociais e seus desdobramentos numa arena de conflitos e de contradição, enquanto ações governamentais cujo intuito é amenizar e escamotear as desigualdades sociais.

Na segunda, apresentamos um debate teórico sobre as expressões da intersectorialidade e sua especificidade no Programa Saúde na Escola (PSE), foco deste estudo. Para tanto, a discussão teórica sobre intersectorialidade no campo da saúde e educação exigiu uma incursão histórica, ainda que breve, da questão da promoção da saúde no cenário internacional ocorrida por meio das conferências e discurso sobre a promoção da saúde no âmbito nacional. Essa recuperação foi relevante para o estudo, na medida em que permite identificar as forças que moldam suas concepções de sustentação.

2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS SOCIAIS

Na conjuntura do modo de produção capitalista, a noção de direitos e comportamentos sociais eclode como expressão de um sistema que se sustenta pela acentuada desigualdade

social. Para tanto, o Estado assume o papel de regulador e harmonizador das tensões oriundas dos conflitos de classes e lança como um dos instrumentos de ação as Políticas Públicas Sociais.

As políticas públicas são compreendidas como “[...] o Estado implantando um projeto de governo, através de programas, de ações voltadas para setores específicos da sociedade” (HOFLING, 2001). Elas configuram-se enquanto relações entre governantes e governados, marcadas necessariamente por ações e até mesmo inações do Estado diante das demandas da sociedade e da máquina estatal.

No esteio dessa proposição, Lopes, Amaral e Caldas (2008) afirmam que Políticas Públicas são ações, metas e planos que os governos (nas esferas nacional, estadual e municipal) disponibilizam para alcançar o bem-estar da sociedade e o interesse público. De forma complementar, Schimidt (2008, p. 231) diz que

o conceito de política pública remete à esfera do público e seus problemas. Ou seja, diz respeito ao plano das questões coletivas, da polis. O público distingue-se do privado, do indivíduo e de sua intimidade. Por outro lado, o público distingue-se do estatal: o público é uma dimensão mais ampla, que se desdobra em estatal e não estatal. O Estado está voltado (deve estar) inteiramente ao que é público, mas há igualmente instâncias e organizações da sociedade que possuem finalidades públicas expressas, às quais cabe a denominação de públicas não-estatais.

Com tais considerações, reiteramos que as Políticas Públicas podem ser entendidas como intervenções de um governo, num dado período, que objetivam atender as demandas da sociedade, na esfera econômica, social e/ou de infraestrutura. Logo, envolve decisões que permitem ao Estado cumprir com seus deveres em prol das demandas da sociedade, pelo menos no plano teórico.

No rol das políticas públicas estão as políticas sociais, cuja gênese está na relação da sociedade e Estado, no papel do Estado enquanto organização política e social, e na noção de direitos sociais. Para Paulo Netto (1992), por meio da política social, o Estado procura administrar as tensões, reflexos da questão social, de modo a atender às demandas do capital, conciliando-as segundo os interesses das classes dominadas. Logo, precisamos entender o Estado enquanto “[...] lugar do poder político [...], uma organização burocrática, uma instância de mediação para a práxis social capaz de organizar o que aparece num determinado território como o interesse geral” (FALEIROS, 1980, p. 46).

Dentro do modelo de produção capitalista, o Estado se apresenta como um administrador em épocas de conflito entre burguesia e a classe trabalhadora, como um

aparelho de integração social e de organização burocrática.

Os trabalhadores, por sua vez, têm interesse em valorizar ao máximo sua força de trabalho, desenvolvendo lutas e greves para aumento de salários e benefícios e melhoria de seu meio de vida. [...]. Aos capitalistas não interessa a permanência do conflito aberto que perturbe a produção e possa levar ao questionamento da própria “ordem social”, ou seja, das relações de exploração. [...]. Os gastos estatais na área social compensam, assim, certas perdas e desgastes da força de trabalho e possibilitam sua reprodução num nível que ao mesmo tempo garanta a produção e a paz social e não modifique a relação fundamental entre os donos dos meios de produção e os assalariados (FALEIROS, 1991, p. 34-35).

O Estado, entendido como um aparelho coercitivo e de integração, intervém no processo econômico capitalista para garantir a existência e perpetuação do capitalismo. “O trabalhador e sua família precisam alimentar-se, vestir-se, morar, estudar, cuidar da saúde para colocar-se em condições de trabalhar e produzir riquezas” (FALEIROS, 1991, p. 34). Neste sentido, as políticas públicas sociais, tendo o Estado capitalista como gerenciador, garantem a oferta e a reprodução de força de trabalho passível de exploração pelo capital. Às questões sociais são dadas respostas pelo Estado por meio das políticas sociais no conjunto das políticas públicas.

Para Vieira (1992, p. 22), “[...] a política social é uma maneira de expressar as relações sociais, cujas raízes se localizam no mundo da produção”. Ainda para o autor, existem elementos centrais que determinam as políticas sociais:

No decurso deste século XIX eclodiu o que se tem chamado de “problema da relação capital-trabalho”, de “questão social” ou de “luta de classes”. Apesar da variação de nome e de conceito, a compra da força de trabalho e seu preço pago principalmente pela indústria determinaram respostas muito diversas por parte dos empresários. Em certas ocasiões, reagiram através de ameaças e de atos repressivos. Em outras, prometeram melhoria da vida e dias risonhos no futuro. Em outros, ainda, pregaram a harmonia de interesse entre capital e trabalho, no progressivo crescimento da produtividade industrial (VIEIRA, 1992, p. 19).

Entendemos, então, que a questão da desigualdade social passa a demandar estratégias e ações por parte do governo para assegurar a coesão social e o cumprimento dos direitos sociais. Nessa mesma direção, Netto (2003, p.15) conceitua as políticas sociais como “[...] respostas do Estado burguês do período monopolista a demandas postas no movimento social por classes (ou estratos de classes) vulnerabilizados pela questão social”.

Destacamos que em certos momentos o Estado se antecipa às mobilizações sociais

reivindicatórias. De forma estratégica, ocorre um adiantamento na formulação de políticas sociais, para se prevenirem mobilizações organizadas e para neutralizar a força de oposição que as demandas sociais apresentam (PAULO NETTO, 2003). No entanto, apesar de estar voltado aos interesses do capital, o Estado, em certas ocasiões, cede às pressões reivindicatórias da luta dos trabalhadores fazendo concessões para assegurar alguns direitos, numa perspectiva mais de defesa e de interesses escamoteados na esfera do modo de produção do que pensando no bem-estar da classe trabalhadora.

Ao mesmo tempo, tais políticas podem adquirir a característica de universais ou focalizadas para segmentos específicos da sociedade. Neste ideário, Lombardi (2010) sinaliza que setores como da saúde, educação, seguridade social são imprescindíveis para a conservação e controle da força servil, assumem um caráter político institucionalizado de regulamentação das relações entre trabalhadores e empregadores dos sistemas capitalistas.

No Brasil as políticas públicas sociais possuem especificidades articuladas com a noção de direitos sociais, os quais devem ser garantidos pelo Estado, conforme o artigo VI da Constituição Federal: os direitos à educação, saúde, alimentação, trabalho, moradia, lazer, segurança, previdência social, proteção à maternidade e à infância e assistência aos desamparados. As políticas incidem sobre eles na tentativa de amenizar as tensões da questão social, ou seja, na busca por gerar padrões de proteção social, mas jamais operar sobre as causas específicas.

Vieira (2001, p. 18) esclarece que as políticas sociais se relacionam intrinsecamente com as políticas econômicas formando uma unidade. Tais políticas se refletem em estratégias governamentais: “As estratégias governamentais pretendem intervir nas relações de produção (no caso da política econômica) ou intervir no campo dos serviços sociais (no caso da política social)”. Tal entendimento também é compartilhado por Netto (1992, p. 20) pela assertiva de que “[...] as funções políticas do Estado imbricam-se organicamente com as funções econômicas”. Ainda acrescenta que “[...] as políticas sociais não podem ser pensadas como autônomas em face da orientação macroeconômica. Trocando em miúdos: não existe, por um lado, política econômica e, por outro, políticas sociais” (NETTO, 2003, p. 23).

Acrescentamos a compreensão de Governo elaborada por Höfling (2001, p. 31), segundo a qual são

programas e projetos que parte da sociedade (políticos, técnicos, organismos da sociedade civil e outros) propõe para a sociedade como um todo, configurando-se a orientação política de um determinado governo que assume e desempenha as funções de Estado por um determinado período.

Lombardi (2010, p. 36) complementa que os governos atuam por meio de estratégias

[...] formadas por programas, projetos e planos identificados em uma série de documentos e que buscam determinados objetivos no campo da educação, saúde, habitação, lazer, previdência, assistência social, entre outras áreas que atuam na sociedade, influenciando direta ou indiretamente na economia em que essa sociedade está envolvida.

Há o entendimento que a saúde e a educação são ladeadas por políticas públicas influenciadas pela luta de classes. Essas políticas são de responsabilidade do Estado, mas não elaboradas exclusivamente por organismos estatais. São formas de intervenção que visam à manutenção das relações sociais de determinada formação social (HÖFLING, 2001).

Neste cenário é oportuno considerar que, nas últimas décadas, investimentos internacionais também fizeram parte dos recursos destinados aos projetos de políticas sociais, principalmente nas áreas da educação e saúde, como neste caso:

[...] na década de 1970, as áreas de educação e saúde básicas emergem como prioridade para o BIRD² e estão circunscritas ao processo de satisfação das necessidades básicas como estratégia político-ideológica para administrar a pobreza, vinculadas à necessidade de estabilidade política e social [...] (FIGUEIREDO, 2006, p. 4).

Logo, precisamos sublinhar que o campo das políticas públicas, em especial das sociais, é atravessado por disputas de interesses e conflitos, seja entre atores governamentais, usuários e o capital financeiro internacional, que influencia demasiadamente a oferta e as finalidades de tais políticas. Ainda que os direitos sociais sejam assegurados por lei, ou seja, um direito constituído, a sua garantia requer ação do Estado para a execução de serviços. Os alvos que serão atendidos neste campo de direitos entrarão numa arena de disputa, onde existem interesses econômicos, de classes dominantes, de classes dominadas e de minorias (CORTIZO, 2015).

As decisões referentes às políticas sociais são delineadas entre o paradoxo da acumulação capitalista e a busca da justiça social. Logo, o seu processo de elaboração não está isento de perspectivas teóricas variadas, desde aquelas que percebem como natural a sociedade, as relações de dominação e de exploração entre classes, até postulados teóricos que imprimem criticidade e embates aos interesses econômicos e ideológicos da sociedade

² Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento, instituição financeira.

capitalista e de suas relações de dominação e exploração (LOMBARDI, 2010).

Diante da síntese dos determinantes ramificados que constituem as políticas sociais, é inequívoco que um novo modelo econômico impacta diretamente na relação Estado e sociedade e terá desdobramentos concretos nos programas de governo. Assim, a América latina a partir de 1990 iniciou uma reestruturação econômica, sob a égide do ideário neoliberal. O novo discurso perpassa um sistema que exercita a liberdade econômica, “[...] retoma as teses clássicas do liberalismo e se resume na conhecida expressão ‘menos Estado e mais mercado’ em sua concepção de Estado e de governo” (HÖFLING, 2001, p.36).

Segundo Pastorini (2004), o paradigma neoliberal discursa em favor de um Estado mínimo, na defesa de que despesas sociais acarretam ônus aos cofres públicos e, por consequência, o Estado deve ter limites na execução das políticas públicas. Estas, por sua vez, passam a ser orientadas e subordinadas aos interesses do grande capital, que transfere a responsabilidade de executá-las para a sociedade civil e a esfera privada. O Estado sai de cena como condutor das políticas sociais e estas passam a ser vistas como um favor, um benefício.

No Estado mínimo, as políticas públicas deixam de ser universais e passam a ser focais para determinados grupos considerados de maior vulnerabilidade social; as políticas ganham enfoque assistencialista e colocam em risco conquistas sociais expressas na Constituição e no sistema nacional de proteção social. A visão minimalista da política social, na hegemonia neoliberal, dilui os direitos universais, “[...] eliminando direitos sociais sob o argumento de constituírem obstáculos à livre ação modernizante do mercado, restringindo as políticas sociais a programas focalizados e emergenciais e identificando a solidariedade com a ajuda aos pobres” (CORTIZO, 2015, p. 450).

O neoliberalismo advoga em favor da iniciativa individual como base da atividade econômica, justificando o mercado como regulador da riqueza e da renda. Mas como estas questões incidem sobre as políticas públicas de saúde no país, tema de estudo nesta pesquisa?

Mudanças no plano econômico e político se refletiram numa nova concepção — por exemplo, no modelo de prestação de assistência em saúde:

A saúde passou a ser construída pelo cuidado de cada um consigo mesmo e com os outros, pela capacidade de tomar decisões e de ter controle sobre as circunstâncias da própria vida e pela luta para que a sociedade ofereça condições que permitam a obtenção de saúde por todos os seus membros (HEIDMANN *et al.*, 2006, p. 353).

Em meados da década de 1970, discussões no cenário internacional já sinalizam para uma “nova concepção de saúde” pautada na promoção à saúde. O moderno movimento de

promoção à saúde surgiu no Canadá em 1974, com a divulgação do conhecido “Informe Lalonde”, que apresenta conceitos novos ao campo da saúde (HEIDMANN *et al.*, 2006).

Assim, em meados dos anos 80, começa a surgir um discurso alternativo de promoção à saúde, reforçando a noção de determinação social neste campo. Em 1986 foi realizada em Ottawa a I Conferência Internacional sobre Promoção à Saúde, da qual resultou a Carta de Ottawa, que passou a ser marco de referência da promoção à saúde mundialmente, cujo conceito pode ser visto da seguinte forma:

Promoção de saúde é o processo de capacitação das pessoas para aumentar seu controle sobre e melhorar a sua saúde. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, um indivíduo ou grupo deve ser capaz de identificar e realizar aspirações, satisfazer necessidades e transformar ou lidar com os ambientes. Saúde é, portanto, vista como um recurso para a vida cotidiana, não o objetivo da vida. Trata-se de um conceito positivo enfatizando recursos sociais e pessoais, assim como capacidades físicas. Portanto, promoção de saúde não é apenas responsabilidade de um setor e vai além dos estilos de vida saudáveis para o bem-estar (WHO, 1986).

Dentre as estratégias apresentadas no documento, destaca-se: a implementação de políticas públicas saudáveis, e a adoção de uma postura intersetorial para a formulação de políticas públicas e sua ação sobre o setor saúde; a reorientação dos serviços de saúde, reforço das ações comunitárias; o desenvolvimento de habilidades pessoais, o desenvolvimento pessoal e social mediante a divulgação de informação, educação para a saúde e intensificação das habilidades vitais (HEIDMANN *et al.*, 2006).

Nestas propostas internacionais, fica notória a ampliação do controle individual sobre os determinantes necessários para a promoção da saúde. Fleury-Teixeira *et al.* (2008, p. 2.118) reforçam a ideia da presença da autonomia: “[...] podemos dizer, portanto, que a promoção da saúde busca ampliação da autonomia de indivíduos e comunidades; esse é, a nosso ver, o cerne da proposição de *empowerment* individual e coletivo”.

A autonomia apregoada na modernidade capitalista parece se reproduzir nos documentos oficiais modernos e nos conteúdos de políticas públicas voltadas à saúde. Neste sentido, cabe o posicionamento de Fleury-Teixeira *et al.* (2008, p. 2.119):

Talvez por isso, alguns leem a promoção da saúde como uma corrente derivada do chamado neoliberalismo. Deve-se reconhecer que reforça essa visão a existência de agendas de estímulo à mudança de estilo de vida modeladas sob a pretensão da livre escolha de indivíduos isolados. No entanto, entende-se como certo que a proposta da promoção da saúde não se

esgota em limites liberais. [...] Ainda que se questione o desdobramento da agenda internacional de promoção da saúde desde Ottawa, parece claro que ela não pode ser reduzida à doutrina liberal nem ao discurso neoliberal. Parece mesmo haver grande convergência nesse campo ideológico para o reconhecimento de que a alteridade é constitutiva do ser e do realizar-se de cada indivíduo humano. É, portanto, à autonomia construída e realizada na teia de interação e atividade social que se refere aí.

Diante destes apontamentos, torna-se relevante neste trabalho a compreensão da relação entre o Programa Saúde na Escola (PSE), foco deste estudo, e o processo de definição de políticas públicas sociais que visam assegurar as condições para a manutenção e reprodução da sociedade e do próprio Estado capitalista neoliberal. Cargnin (2015, p. 92) endossa este posicionamento ao destacar que

essa proposição de saúde na escola se gesta, se organiza e se implementa na atualidade, em um período tido e reconhecido como neoliberal, destacando-se que os deslocamentos nas racionalidades econômicas liberais/neoliberais foram contributivos para a produção dessa necessidade no presente.

As concepções de Estado, de políticas públicas sociais e de estado neoliberal oferecem elementos que contribuem para entendermos o contexto do surgimento do PSE no Brasil e sua posição diante das políticas públicas de governo. Além de ficar perceptível que a oferta de políticas sociais está arraigada, por um lado, às demandas sociais, frutos da relação capital/trabalho, e por outro se deve à expansão do modelo econômico capitalista.

Assim, pautadas na perspectiva de que as políticas públicas sociais, no projeto neoliberal, passam a ser focalizadas, ousamos afirmar que um destes focos são as crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade; a escola é um local privilegiado e estratégico para ações de promoção à saúde deste público, com vistas à produção de atitudes individuais mais saudáveis, construção da suposta autonomia individual e o controle das condições de saúde.

É certo, também, que os discursos de segmentos internacionais, no que concerne ao papel do Estado e aos avanços da promoção da saúde, foram determinantes para o surgimento de um programa nacional que vislumbra o espaço escolar como propiciador de ações de saúde às crianças, adolescentes e jovens. Ao mesmo tempo, o programa objetiva reforçar a ação intersetorial de políticas sociais, como de educação e saúde, com foco na comunidade escolar.

Enfim, é pertinente, a partir de agora, resgatar a discussão acerca de um dos grandes desafios que o debate político no campo da saúde vem atualmente delineando: a intersetorialidade entre políticas públicas de saúde e educação, e mais especificamente sua

presença no PSE, para que fique mais claro ao leitor o entrecruzamento de educação, política e saúde, o que será feito nas próximas páginas.

2.2 INTERSETORIALIDADE SAÚDE E EDUCAÇÃO: O DESAFIO DO PSE

Há um discurso na contemporaneidade que defende uma abordagem constante sobre o tema saúde, de modo a propiciar ambientes mais saudáveis e conseqüentemente promover a saúde da população. Somos bombardeados cotidianamente pela Internet, rádio, propagandas e programas televisivos que fazem alusão a como “ter saúde”. Um discurso com alto poder de convencimento que conclama o sujeito a mudar comportamentos incita-o a atitudes e a se tornar também responsável pela saúde de seu corpo.

Tal contexto é fruto de um movimento sanitário mundial de mudança de conceito de saúde, fortemente assentado na concepção ampliada e complexa da determinação do processo saúde e doença, que fomenta o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, com ênfase nas propostas de ambientes saudáveis, desenvolvimento de habilidades individuais, aplicação de políticas públicas focadas e ação intersetorial.

Em busca das raízes deste movimento, percebemos que ao longo da história o conceito de saúde foi se modificando, de reducionista, curativista e biomédico para uma concepção ampliada e socioambiental. No início do século XIX, pelo Movimento da Medicina Social, ocorreram as primeiras fundamentações teóricas que associavam a situação de saúde/doença dos sujeitos com suas condições de vida e trabalho e propunham ambientes mais saudáveis e políticas direcionadas a esta finalidade. Destaca-se neste período, na Inglaterra e nos Estados Unidos, o movimento sanitarista liderado pela classe operária, que denunciava as péssimas condições de saúde da população e reivindicava intervenções sociais, além de condutas médicas curativistas (GOMES, 2012).

Em 1948, a declaração da Organização Mundial de Saúde (OMS) provocou uma mudança significativa na concepção de saúde, definindo-a como “[...] um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades”. A partir de então, entra em discussão a dimensão social, como um dos determinantes do processo saúde-doença.

O Informe Lanlone, publicado em maio de 1974 no Canadá, é apontado como um documento de reorientação da política de saúde, pois enfatiza a insuficiência da assistência biomédica e hospitalocêntrica para atuar sobre os determinantes da saúde-doença, além de questionar o impacto e o custo elevado dos cuidados médicos para o setor da saúde.

“Propusera, então, ampliar o campo de atuação da Saúde Pública, priorizando medidas preventivas e programas educativos que trabalhassem com mudanças comportamentais e de estilos de vida” (SÍCOLI; ROBERTO NASCIMENTO, 2003, p. 103).

O Informe introduz no campo da saúde os “determinantes de saúde”, de modo que a promoção da saúde é entendida como formada por componentes: a biologia humana, o ambiente, o comportamento individual que afeta a saúde e a organização dos serviços da área. No entanto, a prerrogativa do discurso voltava-se aos estilos de vida, com ênfase na ação individual, adotando-se uma perspectiva comportamental e preventiva. Sendo assim, as práticas de saúde se desenvolviam a partir de propostas que visavam, principalmente, às mudanças de comportamento (HEIDMANN, 2006).

A partir da década de 1980, um discurso alternativo de promoção de saúde passou a ganhar notoriedade no campo da Saúde Pública. Em 1986, inspirada pelos princípios da Declaração de Alma-Ata (1978) e pelo ideário de “Saúde para todos no ano 2000”, a I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em Ottawa/Canadá, definiu a promoção da saúde como “[...] o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e de saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo” (OMS, 1986, p. 19). Desta Conferência resultou a “Carta de Ottawa”, que passou a ser referência ao desenvolvimento de práticas de promoção da saúde mundialmente.

Ficou explícito na Carta que a promoção da saúde ultrapassa as ações do respectivo setor e que todos os setores deveriam assumir a saúde como meta, pois possuem implicância no processo saúde-doença.

Para promover la salud se debe ir más alia del mero cuidado de la misma. La salud ha de formar parte del orden del día de los responsables de la Carta de Ottawa elaboración de los programas políticos, en todos los sectores y a todos los niveles, con objeto de hacerles tomar conciencia de las consecuencias que sus decisiones pueden tener para la salud y llevarles así a asumir la responsabilidad que tienen en este respecto (OMS, 1996, p. 368–369).

É compreensível, então, que a Conferência evidencia a promoção da saúde articulada com o estabelecimento de políticas públicas favoráveis à saúde, a criação de ambientes propícios, o fortalecimento da ação comunitária, o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação dos serviços sanitários, além de evidenciar a questão da adoção de uma postura intersetorial para a formulação de políticas públicas e sua ação sobre a promoção da saúde.

As estratégias de promoção da saúde preconizadas pela Carta de Ottawa funcionaram

como orientadoras para discussões posteriores que ocorreram em outras conferências internacionais. A II Conferência Internacional sobre Promoção à Saúde, realizada na cidade de Adelaide em 1988, elegeu como temática central as políticas públicas voltadas à saúde, caracterizadas “[...] pelo interesse e preocupação explícitos de todas as áreas das políticas públicas em relação à saúde e à equidade, e pelos compromissos com o impacto de tais políticas sobre a saúde da população” (BRASIL, 2002, p. 35). Logo, é afirmado que o principal propósito das políticas públicas da saúde é a criação de ambientes físicos e sociais favoráveis à saúde; para tanto, a intersectorialidade deve estar inserida no âmbito da Promoção da Saúde (HEIDMANN, 2006).

Na Suécia, em junho de 1991, ocorreu a III Conferência Internacional, de Sundsväl, tendo como principal temática a promoção de ambientes saudáveis. Nas palavras de Barreto (2008), a Conferência

conclamou todos os povos, nas diferentes partes do globo, a se engajarem ativamente na promoção de ambientes mais favoráveis à saúde. A concepção de ambiente favorável considera como integrantes do ambiente os aspectos físico e social. As ações de promoção da saúde e promoção de ambiente favorável devem, segundo a declaração, contemplar quatro dimensões — associação entre cultura, costumes e a saúde; garantia da participação da comunidade, descentralização de recursos e de responsabilidades; referência à gestão de recursos; participação da mulher em todos os setores da sociedade — e ser executadas em três níveis: local, regional, mundial.

Na Conferência em pauta, foram debatidas também quatro estratégias pontuais para as ações públicas em saúde, visando à promoção de ambientes saudáveis e promotores de saúde: reforço da ação comunitária; capacitação de indivíduos e da comunidade para ter maior controle sobre sua saúde; construção de elos para a saúde e os ambientes favoráveis; mediação de interesses conflitantes da sociedade. Sublinhamos ainda “[...] que a educação é um direito humano básico e um elemento-chave para realizar as mudanças políticas, econômicas e sociais necessárias para tornar a saúde possível para todos” (BRASIL, 2002, p. 43).

Em 1997, aconteceu a IV Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde e a Declaração de Jacarta realizada na Indonésia. O tema central versou sobre a promoção da saúde no século XXI, seus determinantes e estratégias para enfrentamento dos desafios. Destacou que a promoção à saúde deve ser realizada com a população e promover a responsabilidade social para com a saúde; deve ainda aumentar os investimentos para fomentar a saúde, expandir parcerias em prol da saúde, aumentar a capacidade comunitária e

dar direito de voz ao indivíduo (BRASIL, 2002).

Neste evento, as diretrizes intersetoriais também foram abordadas, evidenciando a necessidade de ações novas em prol da promoção à saúde, conforme o trecho abaixo:

Existe uma flagrante necessidade de derrubar as fronteiras tradicionais dentro dos setores públicos, entre organizações governamentais e não-governamentais e entre os setores público e privado. A cooperação é essencial. Em termos específicos, isto requer a criação de novas parcerias em prol da saúde entre os diferentes setores em todos os níveis de governabilidade nas sociedades em condições de igualdade (BRASIL, 2003, p. 277).

Outras conferências e eventos de promoção à saúde que ocorreram em âmbito regional (Genebra, 1998; México, 2000; Bangkok, 2005) trouxeram contribuições importantes para a elaboração do sistema de saúde atual, para o paradigma moderno da promoção da saúde vinculada à determinação social e econômica e também deixaram claros a relevância e o significado da intersetorialidade nas políticas públicas para a redução das iniquidades em questões de saúde.

No Brasil, a VIII Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu em 1986, seguiu a tendência das discussões internacionais e do movimento da Reforma Sanitária, com propostas de promoção à saúde que rompiam com o modelo biomédico e passavam a considerar os aspectos ligados aos determinantes da saúde. No Relatório Final o conceito amplo de saúde é posto da seguinte forma:

Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade (BRASIL, 1986, p 04).

Nesta direção, podemos afirmar que o discurso sanitário corrente no período embasou a redação da Constituição Federal de 1988, a qual ampliou os direitos humanos e as garantias individuais e coletivas para a sociedade brasileira, dentre eles o direito à saúde e à educação, como um dever do Estado provê-los mediante políticas públicas, que se destacam atualmente pela interligação com o mundo social e econômico. No artigo 194 a política de saúde se insere no contexto da política de Seguridade Social: “A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinado a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988, art. 194).

Desta forma, ao conceber a saúde como direito e como fenômeno multideterminado, produzido socialmente, o artigo 196 da Constituição Federal confirma as bases conceituais e organizativas da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e expressa uma importante conquista da Reforma Sanitária brasileira: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, art. 196). A política de saúde no Brasil passa a ser desenhada num contexto mais amplo da política pública: a Seguridade Social, que abrange, além da política de saúde, as políticas de previdência e assistência social, visando à composição de um modelo de proteção social universal e democrático.

Dessa forma, posteriormente às mudanças introduzidas a partir do texto constitucional, ocorreu a regulamentação de toda a política pública, e várias leis foram aprovadas. No tocante à saúde, tivemos as Leis Orgânicas da Saúde 8.080 e 8.142 (BRASIL, 1990a; 1990b), nas quais as decisões em matéria de saúde pública passaram a envolver novos e múltiplos atores, impondo mudanças significativas no desenho e formulação da política de saúde, com importantes inovações institucionais em termos da estrutura e dinâmica do processo decisório (LUCCHESI, 2002).

Consideramos, então, que o novo paradigma da saúde, surgido a partir de Ottawa (1986) e reafirmado pelas discussões internacionais, foi incorporado pelo arcabouço legal que embasa as políticas públicas do setor no Brasil, com destaque aos conceitos de promoção de saúde e intersetorialidade nas políticas respectivas, os quais atravessam a configuração de uma noção ampliada de saúde e consideram fatores determinantes e condicionantes da saúde. Barreto (2008, p. 23) corrobora este entendimento ao expor que

o Brasil se mantém atualizado no que concerne à legislação sobre promoção da saúde. Prova disso é a inserção do conceito na carta magna Brasileira (1988), na lei que regulamenta o SUS, nos Parâmetros Curriculares Nacionais da educação básica (PCNs) e na Política Nacional de Promoção da Saúde, lançada em 2006.

Sob uma visão intersetorial, a Lei 8.080 (BRASIL, 1990a) estabelece, no art.12, a criação de comissões intersetoriais nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos ministérios e órgãos competentes. Tais comissões intersetoriais tinham o objetivo de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolvesse áreas não compreendidas na esfera do SUS.

Um dos marcos de relevância para o entendimento do diálogo atual entre a saúde e o

sistema educacional brasileiro foi a construção dos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs) pelo Ministério da Educação (BRASIL, 1997). Os PCNs foram substituídos pelas diretrizes Curriculares Nacionais Gerais da Educação Básica de 2013, que constituem os fundamentos legais para a Base Nacional Comum Curricular (BNCC) de 2018 .

Segundo a BNCC a escola deve se constituir como espaço social de construção da cidadania; para tanto, é necessário abordar alguns temas que ganham novo estatuto na atual conjuntura política e econômica: a inserção no mercado de trabalho, o cuidado individual com o corpo e com a saúde, a sexualidade e a preservação do meio ambiente. Nesse sentido, a saúde continua presente, não como tema transversal, mas como objetivo educacional do Ensino Fundamental como podemos averiguar neste trecho:

Pretende-se que os estudantes, ao terminarem o Ensino Fundamental, estejam aptos a compreender a organização e o funcionamento de seu corpo, assim como a interpretar as modificações físicas e emocionais que acompanham a adolescência e a reconhecer o impacto que elas podem ter na autoestima e na segurança de seu próprio corpo. É também fundamental que tenham condições de assumir o protagonismo na escolha de posicionamentos que representem autocuidado com seu corpo e respeito com o corpo do outro, na perspectiva do cuidado integral à saúde física, mental, sexual e reprodutiva. Além disso, os estudantes devem ser capazes de compreender o papel do Estado e das políticas públicas (campanhas de vacinação, programas de atendimento à saúde da família e da comunidade, investimento em pesquisa, campanhas de esclarecimento sobre doenças e vetores, entre outros) no desenvolvimento de condições propícias à saúde (BRASIL, 2018, p. 327).

Avançando na questão da intersetorialidade, cabe frisar que em 2006 foi publicada a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) como proposta para melhorar a atenção nos serviços, garantindo ao SUS condições para superar a fragmentação da assistência à saúde, cujas diretrizes envolvem “[...] o estímulo à cooperação e à articulação intrasetorial e intersetorial para ampliar a atuação sobre determinantes e condicionantes da saúde” (BRASIL, 2014, p. 4).

Nestes moldes, as intervenções sobre os determinantes sociais de saúde devem contemplar a ação intersetorial, uma vez que as diversas propostas de políticas devem articular os diversos atores envolvidos (educação, cultura, economia) — promovendo espaços e oportunidades de interação entre eles — e, sobretudo, possibilitar mudanças na realidade de saúde da população. Para tanto,

diante do novo conceito ampliado de saúde que não contempla apenas a doença, mas o direito a qualidade de vida, as atuais políticas públicas, fragmentadas e centradas no modelo hospitalocêntrico se mostram incipientes em suprir as necessidades individuais e coletivas do cidadão e

sua totalidade. Para que possamos nos aproximar deste modelo, faz-se necessária a articulação com as políticas de educação, assistência, habitação, trabalho, além da readequação dos serviços profissionais e instituições de saúde (BERNARDI *et al.*, 2010, p. 138).

Diante desse excerto parece-nos que a intersetorialidade é apontada como uma estratégia fundamental para a realização da promoção da saúde a partir da ação conjunta, objetivando a construção coletiva de um novo jeito de compreender e agir em saúde. Nessa mesma direção, Moysés, Moysés e Krempel (2004, p. 630) afirmam que

a concepção ampliada de saúde exige que profissionais e instituições, com campo de ação ou de interesses ligados à saúde, assumam a responsabilidade de atuar como mediadores entre estes diversos interesses que atravessam a produção da saúde. Assim, a intersetorialidade surge como proposta de uma nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas voltadas para a promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida.

Destarte, a relação entre saúde e doença não é influenciada apenas por questões individuais e comportamentais, nem tampouco somente pelas ações do setor da saúde. Ou seja, provém de um amplo leque de estratégias, com foco em diferentes grupos sociais e espaços, por meio de ações articuladas que responsabilizam diferentes setores sociais, ações do Estado, da sociedade civil, do sistema de saúde e de outros parceiros intersetoriais, como a instituição escolar.

Neste contexto, a escola é vista como um provável espaço de promoção da saúde por diversos órgãos internacionais e nacionais. No âmbito internacional, em 1995 foi criado o movimento das Escolas Promotoras de Saúde (EPS), pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), que tinha como escopo melhorar a qualidade de vida e bem-estar dos alunos, docentes e funcionários (MEDEIROS, 2015). Nas palavras de Valadão (2004, p. 9):

Entendida como cenário fundamental (key setting) para a promoção da saúde, a escola ganha espaço destacado na agenda dos organismos internacionais na década de 1990. Diversos projetos de âmbito internacional são instituídos para implementar atividades nessa direção, entre eles a Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde (WHO, 1996a), a Iniciativa Global de Saúde Escolar (WHO, 1996a) e a Rede Latino Americana de Escolas Promotoras de Saúde (OPAS, 1996). Guias e modelos para a ação são preparados, com foco principal nos países em desenvolvimento, desenhados com vistas a incentivar e instrumentalizar os sistemas nacionais de educação na elaboração de políticas e programas voltados para a saúde na escola.

Desde então, os países da América Latina têm consolidado iniciativas de promoção da

saúde nas escolas. No Brasil isto tem ocorrido via Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a partir da Iniciativa Regional de EPS — a exemplo do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE), de 2004 —, da Política Nacional de Promoção da Saúde aprovada em 2006 e, recentemente, pelo PSE reforçando principalmente o viés da articulação e integração entre a saúde e a educação (GOMES, 2012).

O PSE, instituído em 2007 pelos Ministérios da Saúde e da Educação, nasce desta perspectiva de reiterar a proposta da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a PNPS. Tem por fim elaborar políticas intersetoriais incluindo saúde e educação que melhorem a vida da população brasileira. Segundo as diretrizes do programa, a escola é vislumbrada como um ambiente formador de opinião e atitudes, “[...] ideal para o desenvolvimento do pensamento crítico e político, na medida em que contribui na construção de valores pessoais, crenças, conceitos e maneiras de conhecer o mundo e interfere diretamente na produção social da saúde” (BRASIL, 2011).

No PSE a comunicação entre os setores da saúde e da educação acontece por meio dos Grupos de Trabalho Intersetoriais (GTIs) federal, estaduais e municipais. Os GTIs têm a responsabilidade de gestão do incentivo financeiro e material, apoio institucional às equipes de saúde e educação no planejamento e na implementação das ações. A convergência do trabalho intersetorial potencializa a ação do Programa pelo trabalho de profissionais dos dois setores, além de demandar a troca de saberes, a capacitação inicial de profissionais, equipe com vários profissionais e inclusão no Projeto Político-Pedagógico (CARGNIN, 2015).

Apesar de a intersetorialidade atravessar o discurso atual das políticas de saúde e educação, é pertinente reconhecer que ainda não está totalmente consolidada, pois são grandes os desafios vivenciados na realidade da gestão das políticas pelo viés da intersetorialidade, desde a dificuldade de superar aspectos da cultura institucional, de romper as relações tradicionais de trabalho, a escassos recursos financeiros para ações compartilhadas. Tais aspectos evidenciam a necessidade de investir em ferramentas de planejamento e avaliação de políticas intersetoriais, além de formação dos atores envolvidos no trabalho (MOYSÉS; MOYSÉS; KREMPEL, 2004).

Outro aspecto que merece ser delineado é que quando incorporada e apregoada nos textos das políticas públicas, a intersetorialidade é projetada como minimizadora das iniquidades sociais. Nos posicionamos que a existência de políticas sociais, materializadas por meio de programas que buscam articular diferentes setores não conseguirão, isoladamente, superar e, muitas das vezes nem minimizar, as desigualdades sociais, uma vez que essas mudanças demandam alterações nas estruturas de produção. No entanto, a intersetorialidade

pode ser uma ferramenta potente de enfrentamento das condições de miséria, desde que usuários e trabalhadores entendam desta forma e busquem alargar os espaços de atuação.

Diante do que já foi proposto como políticas públicas — que em sua essência visam à redução da vulnerabilidade social e à manutenção da estabilidade política, social e econômica —, cabe problematizar se a prática da intersetorialidade entre saúde e educação, por meio das ações do PSE, torna os sujeitos realmente aptos a diminuir as vulnerabilidades da sua vida e do seu entorno.

Nestes moldes, queremos atentar que há contradições no discurso que coloca educação e saúde como possibilitadoras da diminuição da desigualdade social e como condição para melhorar a qualidade de vida e do desenvolvimento social. Trata-se de um discurso ideológico que coloca nestes setores a responsabilidade pela diminuição da pobreza e desigualdade no país, e omite as verdadeiras forças e interesses que sustentam o sistema capitalista. Com essas preocupações, apropriamo-nos de uma citação presente em Figueiredo (2006, p. 246), pois sintetiza o que queremos expressar:

o sucesso do discurso ideológico da educação e da saúde, como supostos agentes do desenvolvimento e da redução da pobreza reside justamente na sua capacidade de dissimular as suas funções e aparentar independência em relação às condições contextuais a que serve. Portanto, a crença no caráter redentor da educação e da saúde, alimentada pelo discurso dominante, em âmbito nacional e internacional, dissimula as contradições e as relações internas de dominação, próprias ao modo de produção capitalista, e alimenta o mito do crescimento econômico e desenvolvimento social (p.246).

É oportuno acrescentar que não negamos a pertinência da intersetorialidade, pois a promoção à saúde por meio de políticas delineadas por vários setores, a exemplo do que contempla o PSE (Saúde e Educação), pode ter maior êxito em seus objetivos, mas precisamos ser cautelosos em face de discursos reducionistas e justificativas governamentais para sua inserção na elaboração de políticas públicas e que não mencionam sobre investimentos em processos de acompanhamento e avaliação dos resultados das ações intersetoriais.

Do mesmo modo, precisamos considerar a forma burocrática como os profissionais têm encarado o desenvolvimento de programas dessa natureza, principalmente sua proposição verticalizada. Em algumas situações a forma como as políticas têm sido propostas e implementadas, sem envolvimento dos sujeitos que serão responsáveis por sua execução, tem gerado uma compreensão equivocada e reducionista da intersetorialidade.

Em síntese, a intersetorialidade é vislumbrada como importante ferramenta para a

elaboração de uma nova estratégia de gestão para o aparato governamental setorizado, para superar e minimizar as características históricas de fragmentação das políticas sociais por meio do desenvolvimento de ações sinérgicas entre diferentes instituições envolvidas. Assim, buscamos através do exposto até o momento, evidenciar a articulação do conceito ampliado e restrito de saúde com o campo da promoção da saúde, na perspectiva de discutir o processo de Intersetorialidade Saúde e Educação nas diretrizes do PSE. Os aspectos do programa serão explorados na próxima seção.

3 SAÚDE NA ESCOLA

As discussões ocorridas a partir de 1960 no campo sanitário e político versaram pela ampliação do conceito de saúde e o reconhecimento dela como resultante de fatores socioeconômicos e culturais. Tal contexto possibilitou a criação de políticas públicas que favorecem o enfrentamento e o combate de determinantes sociais, ambientais, culturais e psicológicos que afetam a saúde da comunidade escolar. A possibilidade da escola de promover o desenvolvimento social e humano foi interpretada como estratégica para promoção à saúde. Logo, consideramos que o PSE emerge de um contexto discursivo implicado e articulado com a concepção de escola na contemporaneidade — uma base argumentativa que reconhece os processos educativos como aliados à construção de valores e comportamentos positivos em saúde. Neste sentido, a proposta central desta seção é focar uma das propostas de promoção da saúde do escolar que se expressa na atualidade: o PSE.

3.1 PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: ARCABOUÇO LEGAL, COMPONENTES E LINHAS DE AÇÃO

A atenção sobre a saúde dos escolares não é algo recente; a incursão pela história nos evidencia que ela se dá desde o século XVIII, tendo a França, Alemanha e Inglaterra como territórios precursores do movimento. No Brasil a atenção à saúde escolar surgiu no final do século XIX, por meio de uma prática de intervenção sanitária pautada no uso do poder de polícia, na higienização dos corpos e dos espaços e na ideia de que a não instalação ou propagação de moléstias no espaço escolar estavam relacionadas com a adoção de comportamentos saudáveis por meio de ações de higiene escolar (SILVA, 2010).

Um dos maiores expoentes no contexto assistência médica à infância escolar é o médico pediatra Arthur Moncorvo Filho (1871–1944), que fundou o Instituto de Proteção e Assistência à Infância em 1899 e um serviço de inspeção sanitário-escolar. Sua atuação se justificava pelo alto índice de mortalidade infantil resultante da inexistência de saneamento, das condições precárias das moradias e de doenças como diarreia, varíola, peste, cólera e tuberculose. Assim, o médico denunciava a ausência de uma inspeção sanitária escolar no país, ao contrário de outros países, que já se beneficiavam desta prática e defendiam a existência de um serviço especializado aos escolares (SPINELI, 2015). Em suas palavras “[...] a escola tem sido até aqui um foco de difusão de moléstias contagiosas e frequentemente o ponto de partida de epidemias de casa e de paroxismos epidêmicos urbanos é constituído

(veja se não há algum erro na redação, pois está sem coesão aqui.) pela existência de casos de contágio nos estabelecimentos de instrução” (MONCORVO FILHO, 1927, p. 192).

Pelas discussões internacionais ao longo do século XX, vislumbramos uma mudança do modelo sanitaria, biomédico e assistencialista para o novo modelo de promoção da saúde, ou seja, de intervenções sanitárias para um modelo de educação em saúde. A concepção de saúde escolar no Brasil como ambiente para o desenvolvimento de programas de saúde avançou, pois a escola passa a ser responsável também pela formação do ser humano na sua totalidade e passa a reconhecer a importância da atuação de profissionais que não são da área de saúde como educadores em saúde (BARRETO, 2008).

Nesta direção, em 1995 foi criada a Rede Latino-Americana de Escolas Promotoras de Saúde com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), iniciativa que fomenta a rediscussão e reflexão dos setores da Saúde e Educação na elaboração de “[...] prioridades da saúde escolar e das ações para implementar, criar e manter ambientes escolares físicos e psicossociais saudáveis” (BRASIL, 2007a, p.11).

No Brasil, a consolidação da parceria interministerial ocorreu pela criação do Programa Saúde na Escola (PSE), instituído pelo Decreto Presidencial n. 6.286 (BRASIL, 2007b), oriundo da integração entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, no intuito de avultar as atividades específicas de saúde aos educandos da rede pública: Ensino Fundamental, Ensino Médio, Rede Federal de Educação Profissional e Tecnológica, Educação de Jovens e Adultos (BRASIL, 2009).

O Programa Saúde na Escola (PSE) vem contribuir para o fortalecimento da atenção integral (prevenção, promoção e atenção) à comunidade escolar, a partir de projetos que articulem saúde e educação para o enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o aprendizado, a qualidade de vida e o desenvolvimento de crianças e jovens (BRASIL, 2015).

Há o entendimento de que o ambiente escolar torna-se fértil para a execução de projetos que contribuem para o desenvolvimento de habilidades para estilos de vida e comportamentos saudáveis, no pleno exercício da cidadania. Assim, a promoção da saúde refere-se a medidas que servem para aumentar a saúde e o bem-estar gerais, com vistas ao “[...] fortalecimento da capacidade individual e coletiva para lidar com a multiplicidade dos condicionantes da saúde, [...] por meio da construção de capacidade de escolha, bem como a utilização do conhecimento com o discernimento de atentar para as diferenças e singularidades dos acontecimentos” (CZERESNIA, 1999, p. 5).

No entanto, as diretrizes do programa indicam que “[...] o espaço escolar não deve ser utilizado para consultas médicas com o objetivo da medicalização ou de diagnóstico clínico-

psíquico dos fracassos do processo ensino-aprendizagem, mas apenas para triagens por sua objetividade e ganho de escala em ambiente coletivo” (BRASIL, 2011, p. 6).

Os documentos legais preconizam que as ações do PSE devem estar incluídas no Projeto Político-Pedagógico das escolas antes do início das atividades na instituição, de forma a atender às necessidades e demandas locais, mediante análises e avaliações construídas intersetorialmente com o auxílio da comunidade local. Essa ação conjunta, intersetorial, visa ao cruzamento e à influência de múltiplos fatores e forças na perspectiva de superação fragmentada do olhar, para poder intervir na comunidade, visto que se deve atentar para as dimensões biopsicossociais, ou seja, para a integralidade do atendimento do educando, perpassando as ações de prevenção e promoção da saúde (CARGNIN, 2015).

No artigo 3º do decreto 6.286 (BRASIL, 2007), que institui o PSE, é determinado que as equipes de Saúde da Família (eSF) e da Educação Básica participam da estratégia de integrar as políticas e ações de educação e de saúde, com a participação da comunidade escolar.

A Portaria 648 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) aprovou a Política Nacional de Atenção Básica com a revisão de diretrizes e normas organizacionais no âmbito do Programa Saúde da Família (PSF) e do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). De acordo com o item 1, dos “Princípios Gerais”,

a Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

A interface da Atenção Básica com as escolas do território intenciona a implementação de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos. As equipes Saúde da Família (eSFs) e as equipes das escolas são responsáveis pelo acompanhamento do cuidado do educando na rede de saúde. A unidade de saúde, por meio das eSFs, não se limita a referenciar o encaminhamento da escola para um especialista.

Dessa forma, o PSE visa a articular as políticas e as ações de educação e de saúde por meio do envolvimento da eSF e a comunidade escolar. A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi criada pelo Ministério da Saúde em 1994, inicialmente com o nome Programa Saúde da Família (PSF), como uma proposta estratégica de fortalecimento da atenção básica e para reverter o modelo assistencial vigente no que tange à forma de organização dos serviços e à prestação da assistência à população. A Estratégia Saúde da Família é consolidada pela aprovação da Política Nacional de Atenção Básica, revista pela Portaria 2.488, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), quanto às diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (eSF) e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Há a prerrogativa de que a equipe mínima que deve compor a Unidade de Saúde da Família (USF) deve ser formada por um médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Cada profissional pertencente à eSF tem suas atribuições específicas definidas na Portaria n. 648/GM, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), no que se refere à execução de ações assistenciais, de prevenção e promoção à saúde. Os profissionais das escolas têm função mediadora, facilitadora e colaborativa (BRASIL, 2012).

Conforme o Decreto Presidencial n. 6.286, no artigo 4º, cabe às eSF “[...] realizar visitas periódicas e permanentes às escolas participantes do PSE para avaliar as condições de saúde dos educandos, bem como para proporcionar o atendimento à saúde ao longo do ano letivo, de acordo com as necessidades locais de saúde identificadas” (BRASIL, 2007b).

Essas atribuições estão em conformidade à Política Nacional de Atenção Básica, segundo a qual são atribuições comuns a todos os profissionais das equipes de Saúde da Família “[...] realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros)” (BRASIL, 2006). Caso identificada alguma necessidade, as eSF devem buscar parceria com a rede de serviços de saúde, de educação e com outros serviços disponíveis para a resolução das necessidades e dos problemas detectados (BRASIL, 2009).

Dessa forma, a condição para implantação do PSE está vinculada à adesão dos municípios pelo Sistema de Gestão da Atenção Básica, ressaltando que todos os municípios do País estão aptos a aderir e pactuar atividades. Durante a adesão³, os gestores municipais se comprometem com um conjunto de metas de cobertura de educandos beneficiados pelas ações do PSE e vinculam as equipes de Atenção Básica com as escolas do território sob sua

³ Na conjuntura do PSE, a adesão é um processo de pactuação de compromissos a serem firmados entre os secretários municipais de saúde e educação com os Ministérios da Saúde e da Educação.

responsabilidade (BRASIL, 2015).

No ano de 2017, o Programa sofreu algumas modificações, pois a publicação da Portaria n. 1.055 do Ministério da Educação (BRASIL, 2017a) provocou uma reestruturação para desenvolvimento nos municípios brasileiros. O objetivo central da publicação, segundo anunciado pelo Ministério da Saúde, foi simplificar e fortalecer o Programa Saúde na Escola. Até a data da Portaria (25/4/2017), as ações previstas no programa direcionavam-se à avaliação, à prevenção e à formação profissional, as quais precisavam ser desenvolvidas para construir processos de educação e saúde integral e qualificar a gestão intersetorial:

[...] o PSE trabalha com três componentes, ou seja, três dimensões que precisam ser desenvolvidas para que possamos construir processos de educação e saúde integral e qualificar a gestão intersetorial. São eles: I) Avaliação das Condições de Saúde; II) Prevenção de Doenças e Agravos e Promoção da Saúde; III) Formação. É importante que o planejamento e as ações realizadas pelos GTIs e pelas equipes de saúde e educação envolvam todos os Componentes (Avaliação das condições de Saúde, Prevenção de Doenças e Agravos e Promoção da Saúde, assim como Formação) potencializando a prática intersetorial, a atenção à saúde e a educação integral (BRASIL, 2013, p. 9).

As ações eram divididas em componentes, sem possibilidade de os municípios acrescentarem outras propostas de atividades. Contudo, a partir da nova Portaria do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017a), há um conjunto de 12 ações de prevenção de doenças e promoção da saúde que deverão ser desenvolvidas mediante planejamento intersetorial e gestão compartilhada entre a saúde e a educação. Há o entendimento de que pelos indicadores de saúde e demais indicadores sociais (violência, gravidez na adolescência, evasão escolar, etc.) determinadas ações podem ser direcionadas para instituições específicas. Os 12 temas elencados pela nova portaria compreendem:

O 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 da situação vacinal; promoção da segurança alimentar e nutricional e 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; promoção da saúde ocular e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração (BRASIL, 2017a).

Conforme preconizado pela atual Portaria 1.055/MS (BRASIL, 2017a), a adesão dos municípios ao PSE, que tinha validade de um ano, passou para dois anos, ou seja, um ciclo bienal. No entanto, no momento do cadastro, o município deve aderir às 12 ações e pode optar por acrescentar outras, se tiver demandas para serem realizadas em cada ano do ciclo. Tais ações são monitoradas por meio do Sistema de Informação da Atenção Básica em Saúde (SISAB), alimentado pelas informações das ações; ao término de cada ano do ciclo, a gestão federal publica o balanço do monitoramento realizado. O município selecionará as instituições de ensino da rede pública que participarão do Programa, e a pactuação deverá ser por escola.

Também, o novo documento aumentou o valor inicial, otimizou e desburocratizou o repasse de recursos financeiros aos municípios. O incentivo federal era de R\$ 3.000,00 para envolver até 599 estudantes em duas parcelas; atualmente o incentivo é de R\$ 5.676,00 para envolver até 600 estudantes, acrescido de R\$ 1.000,00 a cada intervalo entre 1 e 800 alunos. O repasse é realizado em parcela única a cada ano do ciclo, via fundo a fundo, no Piso Variável de Atenção Básica, com valor calculado a partir do número de educandos pactuados, e recalculado no segundo ano do ciclo. As normas de repasse financeiro apontam que todas as escolas pactuadas deverão ser contempladas com ações do PSE (BRASIL, 2017a).

Outra ressalva é a superação do direcionamento das ações por nível de ensino, sem envolver todos os alunos da escola pactuada. Além disso, houve a definição do Sistema de Informação da Atenção Básica (SISAB) como único sistema nacional para registro das informações, no intuito de desburocratizar o processo de registro, garantir o monitoramento da Atenção Básica, acompanhar a cobertura do programa e subsidiar a operacionalização nacional do prontuário eletrônico. Para tanto, é necessário o Cartão Nacional de Saúde dos educandos nas ações (BRASIL, 2017a).

O monitoramento será realizado utilizando-se dados do primeiro ano do ciclo registrados no SISAB de janeiro até novembro do mesmo ano. Para a escola pactuada, não há um quantitativo mínimo de alunos inseridos nas atividades; todavia, a escola deverá desenvolver as ações definidas no planejamento. “Por isso, as metas locais deverão ser expressas no planejamento conjunto para acompanhamento dos envolvidos com o PSE no município” (BRASIL, 2017a, p. 13).

Portanto, o município que não registrar nenhuma ação do PSE, registrar apenas um tipo de ação, mesmo com grande cobertura, mas não registrar ações de combate ao mosquito *Aedes aegypti* — mesmo que contemplada as demais, ou que registrar uma ou mais ações somente em uma escola, tendo pactuado outras escolas, permanecerá aderido ao ciclo, mas não fará jus ao incentivo financeiro no ano seguinte (BRASIL, 2017a).

O PSE, como política estratégica assistencial-educativa, traduz em sua essência a intersetorialidade. A coordenação do PSE é realizada por meio dos Grupos de Trabalho Intersetoriais, centrada na gestão compartilhada, numa construção em que tanto o planejamento quanto a execução das ações são realizados, coletivamente, de forma a atender às necessidades e demandas locais. As decisões são compartilhadas por meio de análises e avaliações construídas intersetorialmente (BRASIL, 2015). O trabalho no GTI pressupõe, dessa forma, interação com troca de saberes e poderes entre profissionais da saúde e da educação, educandos, comunidade e demais redes sociais.

O recurso do PSE não é destinado às equipes de Saúde da Família, é um incentivo que deve ser empenhado para efetivar as ações do PSE. A decisão sobre seu uso deve ser intersetorial (saúde e educação), de responsabilidade do Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTI-M) (BRASIL, 2015).

Tendo em vista que a nossa análise referente ao PSE se dará no âmbito municipal, faz-se necessário delimitar o que compete a cada GTI. Em nível estadual, o GTI-E responsabiliza-se pelo apoio e a mobilização dos municípios para a realização das ações do PSE, cabendo a ele:

I - Definir as estratégias específicas de cooperação entre Estados e municípios para o planejamento e a implementação das ações no âmbito municipal; II - Articular a rede de saúde para gestão do cuidado dos educandos identificados pelas ações do PSE com necessidades de saúde; III - Subsidiar o planejamento integrado das ações do PSE nos municípios entre o SUS e a rede de educação pública básica; IV - Subsidiar a formulação das propostas de educação permanente dos profissionais de saúde e da educação básica para implementação das ações do PSE; V - Apoiar os gestores municipais na articulação, planejamento e implementação das ações do PSE; VI - Pactuar, nas Comissões Intergestores Bipartites (CIB) do Sistema Único de Saúde, encaminhamentos e deliberações no âmbito do PSE, conforme fluxo de adesão; VII - Contribuir com os ministérios no monitoramento e avaliação do programa; e VIII - Identificar experiências exitosas e promover o intercâmbio das tecnologias produzidas entre os municípios e o PSE (BRASIL, 2011, p. 10).

O Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTI-M) deve fazer a gestão do PSE em nível local e auxiliar o preenchimento do Termo de Compromisso, deliberando em conjunto as metas de cobertura das ações e as escolas pactuadas, formado por profissionais da saúde e da educação, instituídos mediante portaria. O GTI Municipal tem como responsabilidades:

I - Garantir os princípios e diretrizes do PSE no planejamento, monitoramento, avaliação e gestão do recurso de maneira integrada entre as equipes das escolas e das Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família; II - Articular para a inclusão dos temas relacionados às ações do Programa

Saúde na Escola nos projetos político-pedagógicos das escolas; III - Definir as escolas federais, estaduais e municipais a serem atendidas no âmbito do PSE, considerando as áreas de vulnerabilidade social, os territórios de abrangência das Unidades Básicas de Saúde e o número de equipes de Saúde da Família implantadas; IV - Subsidiar a formulação das propostas de educação permanente dos profissionais de saúde e da educação básica para implementação das ações do PSE; V - Subsidiar a assinatura do Termo de Compromisso pelos secretários municipais de Educação e Saúde, por meio do preenchimento das metas do plano de ação no sistema de monitoramento (SIMEC); VI - Apoiar e qualificar a execução das ações e metas previstas no Termo de Compromisso municipal; VII - Garantir o preenchimento do sistema de monitoramento (SIMEC) pelas escolas e pelas equipes de Saúde da Família; VIII - Definir as 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 a entrega dos materiais do PSE, enviados pelo Ministério da Educação, para as equipes de saúde e para as escolas. Se houver no Estado o Grupo Gestor Estadual (GGE) do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE), sugere-se que ele seja integrado no GTIE (BRASIL, 2011, p.11).

Face ao exposto, partimos do pressuposto que o Programa Saúde na Escola faz parte de uma racionalidade política atual que busca proporcionar saúde e auxiliar na aprendizagem dos alunos. A escola é concebida como uma instituição que também pode contribuir no processo de difusão de estratégias de ação para a promoção de saúde, com relação à prevenção de doenças, cuidado com o corpo e adoção de comportamentos. Tem a “[...] pretensão de constituir sujeitos responsáveis pela sua saúde e produtivos, para que todos se sintam relativamente seguros dentro de um conjunto de ações predeterminadas” (CARGNIN, 2015, p. 30)

Analisamos as falas dos atores sociais que fazem parte desta política, de modo a realizar uma construção teórica que expresse como esses atores veem e significam o programa a partir de seu cotidiano. Esperamos que a análise dessas narrativas permita apreender a dimensão subjetiva do PSE, verificando também como os problemas relatados impactam em seus pensamentos, sentimentos e ações.

4 SIGNIFICADOS E SENTIDOS: UMA POSSIBILIDADE DE OLHAR DA PSICOLOGIA SOBRE AS POLÍTICAS PÚBLICAS

Nesta seção objetivamos apresentar o entrecruzamento da psicologia e as políticas públicas, de modo a evidenciar a compreensão que defendemos sobre o psicológico: constituído na relação dialética com as condições objetivas, sociais e históricas. As políticas públicas, como dissemos, são ações de um governo sobre determinados focos/problemas no campo social, os quais necessariamente implicam-se à vida e às vivências de pessoas, o que, por sua vez, envolve subjetividades, processos cognitivos/afetivos singulares, socialmente construídos.

Nesse sentido, os aportes teóricos da psicologia têm muito a contribuir nas discussões do campo das políticas públicas, principalmente aquelas destinadas às pessoas em vulnerabilidade socioeconômica. Ela provoca um olhar mais atento das e sobre as pessoas envolvidas, sejam elas planejadoras, executoras ou beneficiárias de políticas, programas, serviços ou ações públicas. A diversidade teórica da psicologia permite entender o psicológico na relação dialética com o campo social. A subjetividade é um processo multideterminado pelas interações sociais, nas quais as condições objetivas históricas, sociais e culturais são constitutivas do psiquismo humano. A partir desses apontamentos, procuramos em diálogo com alguns autores, evidenciar que a Psicologia Sócio-Histórica tem a condição de apreender a realidade como histórica, social e, ao mesmo tempo, produzida por indivíduos. Entendemos que todas as expressões dos indivíduos são sociais, históricas e individuais ao mesmo tempo.

Dividimos esta seção em duas subseções: no primeiro momento, tecemos considerações sobre a subjetividade e a relação com o social, reafirmando as possíveis relações entre a psicologia e as políticas públicas, tomando por base a perspectiva da subjetividade dos fenômenos sociais a partir das contribuições da Psicologia Sócio-Histórica. Na segunda, a partir das construções teóricas de Vigostki e Leontiev, buscamos conceituar sentidos e significados por considerar que estes são oriundos da atividade social do sujeito.

4.1 PSICOLOGIA E AS POLÍTICAS PÚBLICAS

Entendemos a notoriedade de conceber a psicologia como um corpo de conhecimento em movimento, que tem por fundamento a pesquisa e intervenção, a partir de um objeto específico — a subjetividade. Pela visão marxista, a subjetividade torna o sujeito único, oriundo de uma realidade material, e síntese das relações sociais estabelecidas entre os

homens.

Neste sentido, Saviani (2004, p. 28), referindo-se às concepções teóricas de Marx, nos diz que “[...] o conteúdo da essência humana reside no trabalho, o ser do homem, a sua existência, não é dada pela natureza, mas é produzida pelos próprios homens”. Ou seja, a essência humana não se compõe por uma abstração, mas está concatenada com as relações sociais e históricas estabelecidas pelo sujeito.

Nessa mesma direção, Leontiev (2004, p. 279), ao discorrer sobre o desenvolvimento histórico da sociedade humana, afirma que “[...] o homem⁴ é um ser de natureza social, que tudo o que tem de humano nele provém de sua vida em sociedade, no seio da cultura criada pela humanidade” (2004, p. 279). Por meio da internalização dos mediadores culturais criados pela humanidade, o indivíduo humaniza-se.

No esteio destas proposições, reafirmamos o entendimento de que o ser humano só se torna humano na medida em que se apropria do que foi produzido no decurso do desenvolvimento histórico e cultural da sociedade; a “[...] constituição da sua subjetividade se dá nesse ir e vir do mundo interno para o mundo externo, numa relação dialética entre objetividade e subjetividade” (AITA; FACCI, p. 35, 2011). Em consequência, a dimensão da subjetividade se constitui numa articulação dialética entre a realidade objetiva e as representações subjetivas ou imagem mental da realidade material.

Martins (2015) reforça este entendimento ao expor que o aporte materialista dialético sustenta as proposições da natureza do psiquismo humano aliada à gênese social e sua base orgânica. Ainda para a autora, “[...] o desenvolvimento do psiquismo humano identifica-se com a formação da imagem subjetiva da realidade objetiva, a quem cumpre a tarefa de orientar o homem, subjetiva e objetivamente, na realidade concreta” (p.11). No entanto, esta imagem não é formada mecanicamente, mas pelas mediações consolidadas pela vida coletiva, pela prática social do conjunto dos homens. A subjetividade é constituída por fatores internos e externos, na qual a forma do indivíduo se perceber está relacionada com o modo como os homens estabelecem as relações sociais em um contexto específico, decorrente de condições histórico-sociais (AITA; FACCI, 2011).

A respeito disso, Furtado (2015, p. 110) tem dito que “[...] a constituição da subjetividade individual é um processo singular que surge na complexa unidade dialética entre sujeito e meio atual, definido pelas ações e mediante as quais a história pessoal e do meio atual, apresenta uma configuração subjetiva e uma configuração objetiva”.

⁴ Atualmente, mais apropriado, em lugar de “o homem”, seria o termo “o ser humano”, não reduzido ao gênero masculino.

Silva (2009) faz observações sobre o uso indiferenciado no campo da psicologia. A autora chama a atenção para o fato de que muitos cientistas e teóricos utilizam o termo subjetividade e o conceituam de maneiras distintas, e geralmente o definem com a totalidade dos processos psíquicos. Silva adverte que para Leontiev a subjetividade não é sinônimo de psíquico, mas especificamente “[...] refere-se ao processo pelo qual algo se torna constitutivo e pertencente no indivíduo; ocorrendo de tal forma que esse pertencimento se torna único, singular” (p. 171).

Nossa intenção é destacar que a realidade objetiva e a subjetiva estão integradas, como unidades de contrários. Ou seja, pela relação com o mundo sociocultural, o homem constrói sua subjetividade e simultaneamente é produtor desta realidade. Segundo Aguiar *et al.* (2015, p. 57), “[...] é um processo no qual o ser humano objetiva sua subjetividade, ao mesmo tempo em que torna subjetiva a realidade objetiva, por meio da capacidade de registro cognitivo e afetivo de suas experiências”.

É neste contexto teórico que defendemos que a subjetividade humana tem base material, extrapola comportamentos individuais e o arcabouço biológico do indivíduo e, portanto, não pode ser reduzida a questões de crenças, mas encarada como um fenômeno que abarca a concretude da objetividade. A subjetividade e a objetividade são duas categorias que se constituem mutuamente, uma não existe sem a outra.

Nesta perspectiva, a subjetividade pode ser expressa “[...] como uma possibilidade humana de organizar experiências convertidas em sentidos. É uma dimensão da realidade que podemos denominar dimensão subjetiva da realidade objetiva” (AGUIAR, 2013, p. 304). Dessa forma, a partir da interpretação da existência de uma relação dialética entre objetivo e subjetivo, denotamos que existe uma dimensão subjetiva da realidade.

Ao dissertar sobre essa categoria, Gonçalves e Bock (2009, p. 143) acrescentam que

a dimensão subjetiva da realidade estabelece a síntese entre as condições materiais e a interpretação subjetiva dada a elas. Ou seja, representa a expressão de experiências subjetivas em um determinado campo material. [...]. Entende-se a dimensão subjetiva da realidade como construções da subjetividade que também são constitutivas dos fenômenos. São construções individuais e coletivas, que se imbricam, em um processo de constituição mútua e que resultam em determinados produtos que podem ser reconhecidos como subjetivos.

Todos esses aspectos permitem reconhecer nos fenômenos sociais a sua historicidade e a existência de uma relação com sujeitos e sua subjetividade, em termos epistemológicos: a relação dialética subjetividade e objetividade. Portanto, o que queremos ressaltar é que, ao

considerarmos o campo social, não podemos esquecer que a dinâmica de sua produção não fica circunscrita aos aspectos da objetividade; implica a noção de subjetividade, ou seja, considerar a existência de determinações e bases subjetivas na análise das mediações que a produziram.

A dimensão subjetiva pode ser reconhecida em produções diversas, e os recortes podem ser variados: representações sociais, identidade social, ideologia, valores, rituais, hábitos, costumes, leis e regras. São produtos coletivos, nos quais se percebe a participação de sujeitos e a presença de subjetividades, ou seja, uma dimensão subjetiva da realidade (GONÇALVEZ; BOCK, 2009, p. 145).

Tendo em vista que a dimensão subjetiva constitui processos sociais e condições objetivas, reconhecemos que os sujeitos representam a realidade vivida por meio de valores, crenças, emoções, ideias, ações. Ou seja, há produção de subjetividade na relação com as condições objetivas. Compreender essa dimensão subjetiva é desafiador para o pesquisador.

Neste trabalho, não constitui nosso intento analisar a constituição do psiquismo na relação com as políticas públicas, mas justamente as apropriações singulares das ações públicas para pessoas a elas relacionadas, em nosso caso, mais especificamente para pessoas que são responsáveis pela execução das políticas por meio do Programa Saúde na Escola. Com base nessas noções de sujeito e subjetividade, ancoradas na abordagem teórica da psicologia Sócio-Histórica, dissertaremos sobre a relação da psicologia com as políticas públicas a partir de agora.

Em uma sociedade movida pelo viés capitalista, que preza pela acumulação de riquezas, a pobreza e a desigualdade são crescentes, como ocorre nos países periféricos da América Latina, e em especial no Brasil. Neste país, a exclusão e a pobreza são faces da mesma moeda, resultado de uma história escravocrata, de modelos econômicos, preceitos neoliberais e a diminuição da ação social do Estado.

Apropriamo-nos de uma citação presente em Wanderley (2014, p.26), que sintetiza o que queremos evidenciar:

[...] As altas taxas de concentração de renda e de desigualdades — persistentes em nosso país — convivem com os efeitos perversos do fenômeno do desemprego estrutural. Se, de um lado, cresce mais a distância entre os “excluídos” e os “incluídos”, de outro, essa distância nunca foi tão pequena, uma vez que os incluídos estão ameaçados de perder direitos adquiridos. O Estado de Bem-Estar (que no Brasil já foi muito bem apelidado de estado de Mal-Estar) não tem mais condições de assegurar esses direitos. Acresça-se a isso tudo, a tendência política neoliberal de

diminuição da ação social do Estado.

É na forma de ações fragmentadas, setorializadas e insuficientes que as políticas sociais buscarão amenizar as mazelas sociais, por meio da institucionalização de direitos e garantias sociais mínimas. No Brasil vem se expressando a contradição de reconhecer os direitos sociais pela elaboração de políticas sociais, pela intenção em combater a “exclusão social”, mas ao mesmo tempo ocorre a manutenção de privilégios de uma elite dominante.

A superação da desigualdade social passa pela democratização do Estado, enfrentamento das investidas neoliberais, universalização das políticas públicas e reconhecimento da “[...] dimensão subjetiva dos fenômenos sociais presente no campo das políticas públicas sociais” (GONÇALVES, 2010, p. 64).

O que queremos enfatizar é que o aspecto subjetivo constitui variadas formas de organização da sociedade, inclusive o processo de produção e execução de políticas públicas sociais. Tal consideração oportuniza um processo interdisciplinar, “[...] com o uso de recursos teóricos tomados das ciências humanas e sociais, no qual a psicologia comparece com uma nova zona de sentido no estudo dos fenômenos sociais” (GONÇALVES, 2010, p. 13).

Na direção de analisar políticas públicas sociais com os aportes da psicologia, consideraremos a linha de raciocínio de que a dimensão subjetiva, materialmente determinada, se apresenta como componente das políticas públicas, seja na fase de elaboração, na implementação, na avaliação e na sua perspectiva de assegurar à sociedade direitos sociais.

Gonçalves (2003, p. 290), ao discorrer sobre as políticas públicas, diz que elas “[...] envolvem as dimensões social e política, afeitas ao campo do poder público, responsável por sua implementação, e ao campo da participação social. Mas envolvem também a dimensão subjetiva de todos seus atores [...]”. Ou seja, pelo fato de as políticas serem destinadas às necessidades de sujeitos e envolverem em sua operacionalidade pessoas dotadas de singularidades, a psicologia pode contribuir.

Seguindo o exposto, Gonçalves (2003, p. 279) reforça a relação da psicologia com a formulação de políticas públicas:

A atuação em defesa da elaboração e implementação de políticas de saúde, educação, lazer, participação, e organização popular, convivência social, circulação humana, proteção ambiental, segurança pública, nas quais a contribuição da psicologia é fundamental, pode representar uma possibilidade de atuação transformadora e deve expressar essa posição de defesa de uma psicologia voltada a necessidades da nossa sociedade, acessível a todos, contribuindo para a emancipação das pessoas e engajada

na transformação social que leve à superação da desigualdade.

Se desde seu nascimento a psicologia esteve a serviço do controle social e da adaptação da população aos preceitos da sociedade normativa, a partir da década de 1990 presenciamos um reposicionamento social da psicologia, uma nova imagem da profissão e da atuação, atenta às necessidades da sociedade (GONÇALVES, 2010).

A inserção no campo social pela psicologia aproxima os profissionais das políticas públicas e de novos espaços de atuação, conforme as construções teóricas de Bernardes (2007, p. 44):

Esta nova imagem da psicologia, resultante da entrada de psicólogos nos trabalhos da área de saúde pública e de sua participação nos debates para a elaboração das políticas dessa área, revela novos campos de trabalho. Práticas alternativas e críticas à psicologia tradicional ampliam o acesso da população carente aos serviços de psicologia, e o compromisso social torna-se cada vez mais a marca da profissão.

O encontro da psicologia com o campo social e das políticas públicas evidenciou a necessidade de operar mudanças conceituais e o aprofundamento de aspectos que o campo requer, pela superação de concepções universalizantes e de naturalização da realidade. Para tanto, há a necessidade de se reconhecer a psicologia compromissada com a transformação social, proteção e a noção de prevenção e promoção de saúde, tomadas na perspectiva ampliada, da reivindicação de direitos.

Nessa linha, Silva e Carvalhaes (2016, p. 247) observam que

ao trabalhar na rede de instituições que compõem as políticas públicas, as (os) psicólogas (os) vêm sendo “convidadas” a repensar o foco de sua atuação, principalmente na compreensão mais atenta do fato de que a constituição subjetiva se estrutura também por meio de relações de violência e de exclusões.

Por conseguinte, a questão em jogo é o reconhecimento de que não há cisão entre indivíduo e sociedade e que os fenômenos psicológicos, longe de naturalizados, se constituem numa realidade histórica e social; os operacionalizadores e o público-alvo de políticas são sujeitos que constituem sua subjetividade nas condições concretas das relações de produção, conforme os pressupostos da concepção Sócio-Histórica. Com este posicionamento, Gonçalves (2010, p. 116) se posiciona:

Na direção da superação dessa dicotomia é que propomos trabalhar com a noção de dimensão subjetiva dos fenômenos sociais, noção fundamentada na

dialética subjetividade-objetividade, seguindo a perspectiva desnaturalizante da psicologia-sócio-histórica [...], [de modo que] considerar a dimensão subjetiva dos fenômenos sociais é identificar na relação com os indivíduos e o contexto social aspectos que vão se constituindo em ambas as direções. Há aspectos subjetivos individuais que passam a constituir os fenômenos sociais; e há aspectos objetivos dos quais se apropriam os indivíduos e que passam a constituir sua subjetividade. [...]

Os aspectos objetivos e subjetivos permitem caracterizar os fenômenos sociais e humanos como históricos, inseridos num movimento dialético de constituição mútua, em que a objetividade e subjetividade se fundem num contínuo. Para tanto, a noção e a leitura da dimensão subjetiva dos fenômenos sociais permite que as políticas levem em conta a existência de condições materiais diferentes; este reconhecimento por parte de profissionais e investigadores em psicologia possibilitará orientações, intervenções e análises que contribuam para a formulação e implementação de políticas que superem o caráter universal de atendimento aos sujeitos e considerem as desigualdades produzidas socialmente.

Essas concepções permitem à psicologia um olhar diferenciado sobre o fenômeno social, dando visibilidade a aspectos que são subjetivos, sem desconsiderar o processo histórico e social. Nesta perspectiva histórica, a psicologia auxilia a compreender a dinâmica atual da sociedade brasileira e o sistema de garantia de direitos dos profissionais em se instrumentar e estabelecer diálogo com os usuários e suas comunidades, com vistas à construção de ações conjuntas e solidárias, fortalecimento de redes de solidariedade articuladas por projetos coletivos e fomento da investigação-ação-participante como prática política (FREITAS, 2012).

As ações públicas produzem espaços de encontro entre sujeitos, tal como destaca Urnau (2008, p. 27): “Formuladores, gestores, executores, participantes, e seus muitos outros, estão presentificados nas ações públicas como partícipes, espectadores e autores em suas construções”. Ainda que se tratem de encontros fragmentados e com papéis delimitados e impermeáveis, são importantes para avançarmos na produção de ações públicas desenhadas com a participação das pessoas atendidas.

Também é preciso considerar as subjetividades daqueles responsáveis pela execução das políticas. Como se apropriam das políticas públicas? Qual o grau de participação e autonomia nas decisões que envolvem a implementação das ações/programas? Como isso afeta seus compromissos e seus comprometimentos diante das políticas públicas e das populações atendidas? Estas são algumas das questões que implicam as singularidades individuais e ao mesmo tempo as condições materiais, objetivas e sociais. Para nortear nosso

interesse em analisar a dimensão subjetiva do Programa de Saúde na Escola, sob a perspectiva das pessoas que o executam, consideraremos os sentidos e os significados constituídos pelos agentes da saúde e da educação.

4.2 SENTIDO E SIGNIFICADO: LEITURAS DE VIGOTSKI

Na atualidade, há um crescente aumento de produções acadêmicas, em diversas áreas do conhecimento, que utilizam os termos sentido e significado em seus estudos, numa ampla variação semântica e sem uma conceituação e referencial teórico. Assim, o objetivo desta seção é apresentar brevemente e numa perspectiva histórica tais conceitos, propondo uma vertente teórica sob a qual ancoramos este trabalho.

Nesta perspectiva, os seres humanos se constituem em bases históricas, sociais e culturais, ou seja, nas e pelas relações dialéticas que estabelecem com o mundo, enquanto seres biológicos e sociais, que se apropriam da cultura e a constituem.

Logo, a compreensão de significações humanas deve considerar as singularidades e inúmeras determinações que as constituem. Dentre as categorias de análise dessa vertente psicológica, destacam-se os sentidos e significados.

Neste estudo, utilizamos os escritos dos precursores da Psicologia Russa, Lev Semionovitch Vigotski⁵ e Aleksei Nikolaievitch Leontiev como fontes primárias. Utilizamos também a produção de outros autores da mesma escola e os que contribuem para o objetivo da pesquisa.

No tratamento que Vigotski (2009, p. 396) dispensou ao psiquismo humano, enfatizou a necessidade de analisá-lo de modo interfuncional. Para tanto, destacou a relação entre pensamento e linguagem como chave para a compreensão da consciência humana, sendo impróprio para o autor conceber o pensamento e a linguagem como dois processos dicotômicos, tomados em separado no decurso da evolução, “[...] como duas forças independentes que fluem e atuam paralelamente uma à outra ou se cruzam em determinados pontos da sua trajetória, entrando em interação mecânica”.

Por conseguinte, em suas investigações, Vigotski (2000) concebeu o método de análise por unidades para explicar a relação entre pensamento e linguagem, em que cada unidade retém, sob uma forma simples, as propriedades do todo. À vista disso, encontrou no significado das palavras essa unidade fundamental que expressa a unidade do pensamento e

⁵ Utilizaremos a grafia Vigotski durante o texto, mas nas citações respeitaremos as grafias de acordo com cada obra.

da linguagem. O significado que uma palavra representa é uma unidade indecomponível do pensamento e da linguagem, de modo que fica difícil afirmar se é um fenômeno da fala ou do pensamento.-

No curso do pensamento verbal, a palavra tem uma carga de significados, o sujeito a utiliza apropriando-se de sua natureza social, num processo complexo que se desenvolve pela relação específica entre pensamento e a experiência cultural e social do sujeito. Nas palavras de Vigotski (2009, p. 398), “[...] a palavra desprovida de significado não é palavra, é um som vazio. Logo, o significado é um traço constitutivo indispensável das palavras”.

Ainda, para Vigotski, a palavra é uma generalização, ou seja, um modo original de representar a realidade na consciência⁶. Dessa forma, em uma palavra estão sintetizadas determinadas ações dos seres humanos, uma vez que a palavra carrega a máxima generalização dessas ações (ASBAHR, 2014).

Neste processo, o significado não é algo imutável, mas que, durante o processo de desenvolvimento humano, se modifica e é elaborado. Segundo Vigotski (2009, p. 409), a relação entre pensamento e palavra deve ser compreendida

[...] antes de tudo, não uma coisa, mas um processo, é um movimento de pensamento à palavra e da palavra ao pensamento. [...] passa por uma série de fases e estágios, sofrendo mudanças que por todos os seus traços essenciais, podem ser suscitadas pelo desenvolvimento no verdadeiro sentido da palavra [...]. O pensamento não se exprime na palavra, mas nela se realiza.

Com essas proposições, Vigotski (2009) reiterou que o significado da palavra é ao mesmo tempo, um fenômeno verbal e intelectual: “[...] só é um fenômeno de pensamento na medida em que o pensamento está relacionado à palavra e nela materializado, e vice-versa: é um fenômeno de discurso apenas quando o discurso está vinculado ao pensamento e focalizado por sua luz” (p. 398).

Ao se dedicar às interdependências entre as funções psicológicas e método de análise por unidades, Vigotski diz que “[...] encontrou na significação do signo o dado essencial para a compreensão do psiquismo como sistema interfuncional, identificando na palavra o ‘signo dos signos’, isto é, a unidade de análise nuclear no estudo do comportamento complexo” (MARTINS, 2015, p. 67).

⁶ Há o entendimento de consciência a partir da definição apresentada por Martins (2004, p. 88): “[...] não pode ser identificada exclusivamente com o mundo das vivências internas, com “o que está dentro”, mas, sim, apreendida como ato psíquico experienciado pelo indivíduo e, ao mesmo tempo, expressão de suas relações com os outros homens e com o mundo”.

Por conseguinte, as esferas das significações só podem ser concebidas em seu movimento dinâmico com a natureza social do psiquismo, no entrelaçamento dialético entre o cultural e o biológico; não ficam alheias à mediação por signos, ou seja, pelo universo simbólico disponibilizado pelo legado cultural. Nas palavras de Vigostki (2000, p. 479),

o pensamento não é só externamente mediado por signos como internamente mediado por significados. Acontece que a comunicação imediata entre consciências não é impossível só fisicamente mas também psicologicamente. Isto só pode ser atingido por via indireta, por via mediata. Essa via é uma mediação interna do pensamento, primeiro pelos significados e depois pelas palavras.

Esse excerto coloca em evidência que signos são os instrumentos psíquicos, as ferramentas pelas quais nosso psiquismo opera e se rearticula. “O uso de signos determina rupturas no modo de operar já instalado de uma função específica e, ao fazê-lo, modifica suas articulações com outras funções, inaugurando novas formas de manifestação psíquica” (MARTINS, 2015, p. 67).

Como já apontado, a relação entre sujeito e o meio físico e social é mediada por sistemas simbólicos, de origem histórica e social, que representam a realidade. Como sistema simbólico, a linguagem cumpre um papel de destaque nessa relação, pois é a mediadora por excelência, permitindo que o ser humano interaja com o objeto e possa internalizar o social (externo).

Asbahr (2005, p. 40) sintetiza o que queremos sustentar: “A linguagem é o sistema de signos mediatizador por excelência das funções psíquicas, pois é através dela que os indivíduos organizam, transmitem e apropriam-se das experiências individuais e coletivas”. A linguagem, então, é a ferramenta fundamental no processo de mediação das relações sociais.

Assim, a mediação concebida por Vigostki pode ser entendida como uma instância que relaciona objetos, processos ou situações entre si; a partir daí, o conceito designará um elemento que viabiliza a realização de outro que, embora distinto dele, garante a sua efetivação, dando-lhe concretude (AGUIAR; OZELLA, 2013). Dito de outro modo, a palavra possui uma carga significativa, um modo original de representar a realidade na consciência, que vai se ampliando pelas mediações sociais constitutivas do contexto do sujeito, saindo assim da aparência, do imediato, e indo em direção ao não falado, à categoria sentido.

A partir de uma relação social, de uma interação real com o que o cerca, o sujeito converterá estas significações em dados do reflexo psíquico, que dependerá diretamente das relações objetivas estabelecidas com o objeto, ou seja, da sua significação. Nas palavras de

Leontiev (2004, p. 100):

A significação é a generalização da realidade que é cristalizada e fixada num vector sensível, ordinariamente a palavra ou a locução. É a forma ideal, espiritual da cristalização da experiência e das práticas sociais da humanidade. [...] A significação pertence, portanto, antes de mais, ao mundo dos fenômenos objetivamente históricos.

Logo, a capacidade de internalização dos signos de formular conclusões, a partir do processo de generalização da realidade, envolve a relação da categoria significado e sentido. O sistema de significações mediatiza as relações do ser humano com o entorno, embora esteja em constante transformação, encontra-se “pronto” quando nasce, o qual passa a se apropriar ou não do entorno, dependendo do sentido que adquire para o sujeito (ASBAHR, 2011).

As ações de trabalho e de interação entre os homens são mediadas por significados elaborados historicamente (conceitos, saberes, modos), ao mesmo tempo que o sujeito constrói sentidos no âmbito da individualidade, como se fosse um processo de conversão “[...] em transformar materialidades concretas em produções simbólicas, como é próprio da atividade humana” (PINO, 1995, p. 3). Portanto, entender os processos de constituição de significados e sentidos é o caminho para se aproximar do sujeito e de compreendê-lo.

Nesta perspectiva, nos estudos de Vigotski (2009), a categoria sentido aparece introduzida na relação entre pensamento e linguagem, ao afirmar que “[...] o pensamento nunca é igual ao significado direto das palavras [...] o significado medeia o pensamento em sua caminhada rumo à expressão verbal [...]” (p. 479).

Vigotski (2009), no capítulo “Pensamento e Palavra”, procura fazer uma diferenciação entre sentido e significado. O sentido na linguagem interior possui supremacia sobre o significado. O autor ressalta o caráter instável dessa categoria e apresenta sua relação com o significado:

[...] o sentido de uma palavra é a soma de todos os fatos psicológicos que a palavra desperta em nossa consciência. Assim, o sentido é sempre uma formação dinâmica, fluida, complexa, que tem várias zonas de estabilidade variada. O significado é apenas uma dessas zonas do sentido que a palavra adquire no contexto de algum discurso e, ademais, uma zona mais estável, uniforme e exata. Como se sabe, em contextos diferentes, a palavra muda facilmente de sentido. O significado, ao contrário, é um ponto imóvel e imutável que permanece estável em todas as mudanças de sentido da palavra em diferentes contextos (p. 465).

Desse excerto revela-se ilustrativa a inconstância que assume o sentido real de uma palavra, constituindo-se como a soma dos fatos psicológicos que a palavra desperta na

consciência. O sentido enriquece a palavra a partir de seu significado, que é elaborado pela humanidade e apresentado sob um saber. Há uma primazia do sentido da palavra, pois é uma linguagem para si mesmo, com uma estrutura semântica própria.

Significado é, portanto, social, aquilo que aparece objetivamente no sistema de relações, ou seja, é a palavra conforme está no dicionário, o conceito conforme definido em um meio científico reconhecido socialmente e elaborado historicamente. No entanto, apesar de dicionarizados, os significados das palavras não são eternos, podem sofrer modificações ao longo da história de uma determinada sociedade.

Segundo Vigotski (2000, p. 125), “[...] o significado dicionarizado de uma palavra nada mais é do que uma pedra no edifício do sentido, não passa de uma potencialidade que se realiza de formas diversas na fala”. O sentido, como uma categoria mais instável, relaciona-se à forma como cada sujeito subjetiva suas vivências e apreende o real a partir de experiências afetivas e cognitivas com o mundo simbólico dos significados. Assim, o sentido não é individual, mas mantém uma relação dialética com o coletivo e o contexto. Ao discutir o par dialético sentido e significado, Aguiar (2015, p. 129) destaca alguns aspectos, a nosso ver bastante esclarecedores:

O homem, ao nascer, encontra um sistema de significações pronto, elaborado historicamente. Por outro lado, o sentido é a soma dos eventos psicológicos que a palavra evoca na consciência. O sentido se constitui, portanto, a partir do confronto entre as significações sociais vigentes e a vivência pessoal [...], quando nos referimos às expressões do sujeito, ao novo que ele é capaz de colocar no social, estamos nos referindo aos sentidos que produz, aos sentidos subjetivos por ele construídos a partir da relação dialética com o social e a história.

Parece-nos, então, que os significados ganham uma segunda vida no plano da subjetividade e da individualidade, num movimento em que a vivência afetiva e as emoções também são mobilizadas para constituírem os sentidos. Avançando nesta discussão, Vigotski (2009) destaca o papel dos motivos e afetos imbricados no processo de formação do pensamento humano. Isso fica claro quando diz que

por trás do pensamento existe uma **tendência afetiva e volitiva**. Só ela pode dar resposta ao último porquê na análise do pensamento. Se antes comparamos o pensamento a uma nuvem pairada que derrama uma chuva de palavras, a continuar essa comparação figurada teríamos de assemelhar a motivação do pensamento ao vento que movimenta as nuvens. A compreensão efetiva e plena do pensamento alheio só se torna possível quando descobrimos a sua eficaz causa profunda afetivo-volitiva (p. 479–480).

Nessa assertiva fica clara a preocupação do teórico em integrar o pensamento, a linguagem, a dimensão emocional e os motivos para o entendimento completo do discurso de um sujeito. Conforme Aguiar (2015, p. 130), “[...] o pensamento será concebido como pensamento emocionado, a linguagem será sempre emocionada, ou seja, terá como elemento constitutivo a dimensão emocional, expressando uma avaliação do sujeito, ou seja, o sentido subjetivo que determinado fato ou evento teve para ele”.

Ao longo do processo de internalização do universo simbólico, o indivíduo vai mudando; e também se alteram os significados das palavras que emprega. Nesse mesmo movimento, seus próprios processos psicológicos também acabam por se transformar: a consciência de um novo significado mobiliza as funções intelectuais de classificação, comparação e generalização, modificando-as substancialmente. Altera-se o processo de produção de sentidos, criam-se novas necessidades, entendidas como socialmente constituídas e com caráter emocional, mas nem sempre conscientes/significadas.

Para ampliar o que temos dito e nos aproximarmos do estudo proposto, exemplificamos com o Programa Saúde na Escola (PSE), que possui, obrigatoriamente, um significado socialmente compartilhado, ou seja, explicitado em lei. No entanto, seu sentido é particular para cada integrante do programa, nos espaços institucionais em que atua. O programa como tal, experienciado pelo enfermeiro da Unidade Básica, cujo público de ações é formado por crianças e adolescentes de determinada escola, não será experienciado/vivido pelos profissionais responsáveis pela gestão do programa. Desse modo, o programa pode despertar sentidos diferenciados para cada um de seus agentes. Assim, no processo de constituição dos sentidos para esta política, entrecruzam-se o tempo todo, as vivências, afetos, desejos, histórias, memórias e emoções.

Avançando nesta discussão teórica, consideramos que apesar de serem apresentados como duas categorias, sentido e significado não devem ser apreendidos de forma dicotomizada, pois estão fundidos com a consciência: o sentido é expresso na significação e se concretiza nas significações, ou seja, há uma dialética constitutiva dos sentidos e significados, não teríamos as significações se não fossem os sentidos constituídos pelos humanos.

A constituição de sentido e os processos de significações sociais relacionam-se com a imersão do sujeito na atividade e em relações objetivas refletidas na consciência humana. A partir da atividade em que o sujeito está inserido emerge a atribuição de um sentido a ela. Dialeticamente este sentido atribuído influenciará a ação, o fazer. Neste sentido, Leontiev (2004, p. 104) sinaliza para a relação dialética que atravessa sentidos e significados: “Não há

sentidos puros, todo sentido é sentido de algo, é sentido de uma significação”.

Em suma, é no interior da atividade e durante sua realização que os sentidos e significados vão emergindo e se transformando. “A qualidade única do trabalho humano não se encontra na realização de um propósito preconcebido, mas na significatividade da atividade humana” (NEWMAN; HOLZMAN, 1993, p. 64).

Vigotski e Leontiev, embora com distinções conceituais, evidenciam em suas produções teóricas que a definição de sentido não deve ficar circunscrita a uma natureza psíquica direta de ser humano, por ela mesma, embora haja certa objetividade, uma vez que esta categoria não é produzida isoladamente pelo indivíduo; resulta da atividade social, isto é, de uma trama de relações que se estabelecem nas condições objetivas.

Portanto, os sentidos dizem respeito às variadas designações de acordo com cada sujeito e com circunstâncias diversas. Mesmo que uma palavra tenha culturalmente um significado, ao longo da história esse significado poderá ganhar diferentes sentidos harmonizados ao contexto e às vivências de cada sujeito. Esse é um processo que nunca finda, que é contínuo durante toda nossa vida.

Por último, há o entendimento de que a apresentação de aspectos que constituem o sentido envolve a apreensão (ainda que por aproximações) das múltiplas mediações que constituem a realidade estudada. Compreendemos a pertinência da tarefa do pesquisador de olhar para o contexto, se debruçar sobre os dados e descortinar possíveis determinações presentes nas relações sociais e históricas, as quais no nível da aparência dos fenômenos não se revelam, mas se relacionam com o processo de atribuição de sentidos e significados, significações.

5 A PESQUISA: PRESSUPOSTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS

A pesquisa como uma atividade humana é circunscrita por preferências, valores, visão de mundo, habilidades do pesquisador, realidade histórica e conhecimentos que não a fazem uma atividade específica aos dotados de poderes especiais. Ao contrário, a pesquisa reúne “[...] o pensamento e a ação de uma pessoa, ou de um grupo, no esforço de elaborar o conhecimento de aspectos da realidade [...]. Esse conhecimento é, portanto, fruto da curiosidade, da inquietação, da inteligência e da atividade investigativa dos indivíduos [...]” (LUDKE, 1986, p. 2). Logo, na construção de conhecimento sobre o objeto do estudo, o pesquisador servir-se-á de técnicas, de procedimentos, pressupostos filosóficos e epistemológicos que orientarão o trabalho, sem perder de vista o rigor do trabalho científico.

Apresentamos aqui um estudo qualitativo. Este tipo de pesquisa “[...] pressupõe o questionamento dos fenômenos e sujeitos investigados, com o objetivo de perceber aquilo que eles experimentam em suas instituições, o modo como interpretam as experiências e como estruturam o mundo social em que vivem” (GIL, 1999, p.64).

A pesquisa qualitativa permite apreender o significado que os acontecimentos e interações têm para os sujeitos. Flick (2009) corrobora o exposto ao sublinhar que a pesquisa de abordagem qualitativa tem o escopo de analisar experiências de grupos ou sujeitos, as quais podem estar relacionadas às práticas cotidianas e profissionais.

Nesse sentido, a pesquisa qualitativa busca esclarecer como um fato singular pode adquirir relevância em relação aos contextos mais amplos. Como condição medular, deverá ocorrer o aprofundamento na esfera da subjetividade e do simbolismo, firmemente arraigados no contexto social do qual emergem. Por meio dela, consegue-se penetrar nas intenções e motivos, a partir dos quais ações e relações adquirem sentido. O seu emprego é imperativo quando os temas pesquisados demandam um estudo fundamentalmente interpretativo (PAULILO, 1999).

Paulilo (1999) complementa que na pesquisa qualitativa há elementos pontuais: a imersão do pesquisador no contexto da pesquisa; o reconhecimento dos atores sociais como sujeitos produtores de conhecimentos e práticas; os resultados oriundos de um trabalho dinâmico entre pesquisador e participante; a aceitação de todos os fenômenos como igualmente importantes e valiosos: a constância e o ocasional, a fala e o silêncio, as revelações e os ocultamentos, o significado manifesto e o implícito.

O estudo pretendido não visa enumerar ou quantificar o fenômeno estudado; vai ao encontro da investigação qualitativa, visto que esta procura, a partir da perspectiva dos

participantes, compreender o fenômeno pesquisado, sem a intenção de medir tal evento (GODOY, 1995).

O emprego da abordagem qualitativa nesta pesquisa é respaldado pela concepção da construção do conhecimento como historicamente situado, em que não existe neutralidade. Por este viés, a proposta de pesquisa não será neutra, imparcial ou desinteressada, pois será realizada sob a influência da perspectiva teórica que a pesquisadora traz, com algumas (im)possibilidades de ver, o que direciona a investigação por determinado caminho.

Mesmo tendo conhecimento sobre críticas empregadas à vinculação desta abordagem e tendo a leitura teórica ancorada no materialismo histórico, acreditamos que não estamos descaracterizando ou preterindo a epistemologia marxiana. A forma de conduzir a pesquisa está apoiada em instrumentos, procedimentos e marco teórico que possibilitam a apreensão das significações de sujeitos concretos, entendidas a partir do desvelamento das mediações e tensões que constituem a materialidade da vida social; ou seja, a partir deste processo compreenderemos possíveis mediações constitutivas do PSE. Tampouco estamos negando a pertinência das pesquisas quantitativas e ou contrapondo-as ao enfoque qualitativo.

Logo, não rompemos com a premissa de construção do conhecimento a partir de abstrações do pensamento, ou mesmo, conforme Vigotski (2010, p. 68), “[...] estudar alguma coisa historicamente significa estudá-la no processo de mudança: esse é requisito básico do método dialético”.

Nesta direção de pensamento, reconhecemos a existência de construções teóricas adversas à metodologia aqui apresentada, como também que críticas fazem parte do universo da produção do conhecimento, não sendo, portanto, oportuno neste momento, entrarmos no mérito desta profusa discussão teórica.

A abordagem, sendo qualitativa ou não, requer que seus instrumentos, procedimentos e arcabouço teórico estejam afinados entre si para responder aos objetivos previamente postulados pelos pesquisadores. Logo, tendo a Psicologia Sócio-Histórica como referencial teórico-metodológico, assumimos neste trabalho a concepção de que o ser humano é constituído pelas inter-relações e sofre influência das condições sociais e culturais elaboradas no desenvolvimento histórico geral da humanidade. Tais premissas nos possibilitam uma concepção de mundo e uma concepção de sujeito, as quais se tornam indissociáveis à escolha do método de investigação.

Nesta perspectiva, a Psicologia Sócio-Histórica, baseada na Psicologia Histórico-

Cultural de Vigotski (1896-1934), parte de categorias⁷ fundamentais do materialismo histórico e dialético para analisar seu objeto de estudo. Bock (2015, p. 24) afirma que o materialismo histórico e dialético

fundamenta-se no marxismo e adota o materialismo histórico e dialético como filosofia, teoria e método. Nesse sentido, concebe o homem como ativo, social e histórico; a sociedade, como produção histórica dos homens que, através do trabalho, produzem sua vida material; as ideias, como representações da realidade material; a realidade material, como fundada em contradições que se expressam nas ideias; e a história, como o movimento contraditório constante do fazer humano, no qual, a partir da base material, deve ser compreendida toda produção de ideias, incluindo a ciência e a Psicologia.

Esta pesquisa se pauta na tentativa de superar o olhar dicotômico e abstrato do objeto estudado, ou seja, visualiza a realidade e o fenômeno psicológico⁸ constituídos no movimento histórico e material da realidade. Na concepção materialista dialética e histórica, a matéria, categoria que designa a realidade objetiva, é a “base da constituição do real” (KAHHALE; ROSA, 2009, p. 27), o que nos remete a pensar que, para a compreensão dos fenômenos humanos e sociais, devemos considerar a realidade concreta, leis que estão na realidade material do trabalho e nas relações sociais que não estão manifestadas diretamente.

Para a Psicologia Sócio-Histórica, a análise do sujeito concreto se dá mediante a compreensão do processo histórico que o constituiu e se expressa na sua singularidade, pois “[...] o sujeito é uma unidade múltipla, que se realiza na relação eu-outro, sendo constituído e constituinte do processo sócio-histórico e a subjetividade é a interface desse processo” (MOLON, 2003, p. 116).

Aguiar e Ozella (2006, p. 224) reforçam este entendimento ao expor que o ser humano é “[...] constituído na relação dialética com o social e com a história, sendo, ao mesmo tempo, único, singular e histórico”. Isso nos leva a compreender que o homem mantém uma relação de constituição dialética com as condições objetivas (políticas, econômicas e sociais) de existência.

No esteio destas proposições epistemológicas e teóricas, cabe afirmarmos, então, que o

⁷ Numa perspectiva metodológica, a menção de categorias expressa processos e não conceitos. “As categorias se apresentam então como aspectos do fenômeno, constituídos a partir do estudo do processo, do movimento, da gênese deste último. Dão conta de explicitar, descrever e explicar o fenômeno estudado em sua totalidade. [...] carregam o movimento do fenômeno estudado, suas contradições e sua historicidade” (AGUIAR, 2015, p. 117–118).

⁸ Entendemos o fenômeno psicológico não deslocado da realidade, do meio social e cultural. Estamos nos referindo a uma relação dialética entre objetividade e subjetividade, constituído materialmente e socialmente. “O fenômeno psicológico deve ser entendido como construção no nível individual do mundo simbólico que é social” (BOCK, 2015, p. 30).

mundo das significações do sujeito, que é construído no processo social e histórico, não é fácil de ser apreendido. Não basta entender suas palavras, exige-se um processo dinâmico que nega a aparência e se infiltra pelo desvelar das mediações do fenômeno a ser apreendido. Este caminho se dá pelas abstrações, que é o movimento histórico de elevação do empírico, do “falado” ou “da aparência”, em direção à apreensão do significado da fala; ou seja, o pesquisador buscará a dissolução dessa forma de significação pelas relações que constituem a gênese e o movimento do fenômeno.

Para avançarmos na compreensão de que o mundo “psicológico” não pode ser expresso em palavras, mas se realiza nas palavras, recorremos a Vigostki (2009, p. 412), que nos diz:

A linguagem não é um simples reflexo especular da estrutura do pensamento [...]. A linguagem não serve como expressão de um pensamento pronto. Ao transformar-se em linguagem, o pensamento se reestrutura e se modifica. O pensamento não se expressa, mas se realiza na palavra.

Sem dúvida, o grande desafio é este: a partir da fala (palavra carregada de significados e sentidos), realizar processos de análise teóricos e metodológicos que nos permitam apreender o objeto estudado, constituído de mediações históricas e sociais. Aguiar (2015, 2015, p. 159), de modo complementar, afirma que a palavra com significado

encerra as propriedades do pensamento, por se constituir numa mediação deste. Por meio das palavras podemos apreender os aspectos cognitivos/afetivos/volitivos constitutivos da subjetividade, sem esquecer que tal subjetividade e, portanto, os sentidos produzidos pelos indivíduos são sociais e históricos.

Logo, nesse trabalho buscamos dar visibilidade à dimensão subjetiva de uma política pública. Para tanto, nossos esforços teóricos se debruçaram nas categorias de análise significado e sentido, que, conforme Aguiar *et al.* (2009, p. 15), “[...] cumprem o papel de dar visibilidade a uma determinada e importante zona do real, ou seja, como construções intelectivas abstratas que são, carregam a materialidade e as contradições presentes no real, condensando aspectos dessa realidade e, assim, destacando-os e revelando-os”. Ou seja, a partir das falas dos sujeitos envolvidos com a PSE, as quais estão impregnadas de significações constituídas pelo sujeito frente à realidade, podemos nos aproximar de arranjos internos que são as sínteses do movimento dialético interno e externo.

Isto posto, acreditamos que as categorias supramencionadas nos possibilitaram a

produção de conhecimento coerente com os objetivos propostos para esta pesquisa sem nos desvirtuar da perspectiva teórica e metodológica defendida por nós.

5.1 CENÁRIO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada em um município amazônico do Estado de Rondônia. De acordo com a estimativa populacional realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), este município dispõe de aproximadamente 40 mil habitantes (IBGE, 2010).

Nossa pesquisa envolveu as Redes Municipais de Saúde e de Educação, uma escola e uma Unidade Básica de Saúde (UBS), considerando-se nelas especificamente os agentes da saúde e da educação que atuam no Programa Saúde da Escola.

O município possui 12 equipes de saúde da família e 1 (uma) equipe de saúde bucal, ambas cadastradas no sistema do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2018).

O município possui 36 unidades educacionais públicas, dentre as quais 15 escolas municipais, duas particulares e oito escolas estaduais.

Conforme informações do Ministério da Saúde, o município conta com 23 escolas pactuadas no PSE, com o quantitativo de 9.174 alunos, sendo nove equipes de Saúde da Família (eSF) e nove creches (BRASIL, 2018).

5.2 PARTICIPANTES

Para a escolha dos sujeitos da pesquisa, adotamos os seguintes procedimentos:

- 1) identificação dos membros do PSE local, por meio da portaria que institui o GTI-M;
- 2) levantamento das escolas pactuadas com o PSE;
- 3) levantamento das unidades de saúde responsáveis pela cobertura de ações nas unidades escolares.

Após o levantamento dessas informações, definimos o número máximo de três sujeitos a serem entrevistados, tendo em vista o espaço de tempo para o desenvolvimento da pesquisa e representatividade dos conteúdos das falas. Com o intuito de ouvir pelo menos um sujeito com mais tempo de participação no PSE, direcionamo-nos inicialmente a um integrante do GTI-M (um representante da Secretaria de Saúde), conforme indicação obtida na Secretaria de Saúde. A definição dos demais sujeitos não seguiu um critério específico, optamos por

selecionar aleatoriamente as escolas e as unidades de saúde e abordar pessoalmente os atores sociais diretamente envolvidos com o PSE.

Ao final, optamos por analisar as entrevistas com dois participantes, para maior aprofundamento das abordagens: um pedagogo (vice-diretor) e uma enfermeira (representante do GTI-M). Todos os sujeitos se prontificaram a participar da pesquisa, concedendo a entrevista individual.

Apresentamos os participantes do estudo conforme a sequência das entrevistas (quadro 1).

Quadro 1 — Perfil dos agentes de saúde e de educação participantes da pesquisa

Setor de Atuação	Idade	Nível de escolarização	Tempo de PSE
Agente da Saúde	48 anos	Pós-Graduação <i>lato sensu</i>	10 anos
Agente da Educação	52 anos	Pós-Graduação <i>lato sensu</i>	8 meses

Fonte: Organizado pelas pesquisadoras a partir das entrevistas (2019)

Previamente informamos aos participantes os objetivos da pesquisa e seus procedimentos metodológicos, bem como deixamos a critério deles o interesse ou não de participar da pesquisa. Em seguida, foi-lhes apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para assinatura (Apêndice A).

Por considerar os riscos que a pesquisa poderia oferecer aos participantes, já que estudos dessa natureza implicam a exposição de juízo de valor dos profissionais em relação à política pública e seu funcionamento, além de exposição do trabalho executado no programa em nível municipal, tivemos o cuidado de preservar o anonimato dos participantes e também não divulgar o nome do município, campo da pesquisa. Este procedimento teve por objetivo proporcionar menor risco de identificação das pessoas, que são servidores públicos, com o intuito de evitar possíveis transtornos no decorrer e posterior a pesquisa, além de honrar o compromisso assumido com os sujeitos que assentiram em participar da pesquisa.

5.2.1 Breve apresentação dos profissionais envolvidos

O objetivo de se fazer esta breve apresentação dos participantes da pesquisa é ampliar o campo de evidências para melhor compreensão dos fenômenos encontrados nas respostas, visto que questões como idade, tempo de serviços, formação e outras informações podem influenciar comportamentos e expressões.

a) Profissional da Saúde

A profissional tem 48 anos, atualmente reside em um município de Rondônia e é casada. Graduiu-se em 2001 em Enfermagem. Relata que, para a escolha da profissão, foi influenciada por uma tia. Na época sua tia era atendente de enfermagem e a profissional sempre passava as férias de final do ano na casa da tia em uma grande metrópole, Vitória/ES. A tia ficava com medo de deixá-la sozinha em casa, de modo que acabava indo junto ao local onde a tia trabalhava, um berçário. Para a agente, só cuidar de bebê era a coisa mais linda, o que, então, foi “o primeiro estalo” para querer ou gostar da enfermagem, cuidar de criança. Assim, em 2001 terminou a graduação na área. Após a conclusão do curso, foi contratada por um hospital particular. Em 2003 passou em concurso público e começou a atuar em um hospital municipal. No ano de 2007, ficou sensibilizada com a necessidade de outra enfermeira em trabalhar no regime de plantão, pois ela residia em outra cidade e tinha pais doentes, de modo que permutou com ela e passou a atuar nos serviços de Atenção Básica de Saúde. Relatou que “sentiu muito, muito”. Sentiu falta do ambiente hospitalar. Segundo ela, na época nada lhe chamava atenção sobre a função desenvolvida, pois se via sem a menor vocação para isso, mas as Agentes de Saúde a fizeram ficar apaixonada. Menciona que, inicialmente, não sentia preparada para o serviço na Atenção Básica. Contudo, com a ajuda dos colegas de profissão, passou a gostar, e cada vez mais se apaixonou pela Atenção Básica. Relata também a experiência profissional como Coordenadora Municipal da Atenção Básica e Secretária de Saúde, esta por pouco tempo. Há 11 anos atua na Atenção Básica e há 10 anos tem realizado ações do PSE.

b) Profissional da Educação

O profissional da educação tem 52 anos, atualmente reside na zona rural em um município de Rondônia, casado, graduado em 2004 em Pedagogia. Conforme seu relato, começou a estudar aos 11 anos, pois foi somente no final da década de 1970 que começou a funcionar a escola na região. Narra que a alfabetização promovida a ele pelos pais e a ajuda que a professora permitia que desse aos colegas de turma são dois fatos que o levaram a desejar ser um educador. Em 1991 começou a lecionar em uma escola no interior de Roraima e continuou a estudar, até terminar o ensino fundamental e médio. Em 2000 começou a cursar a Graduação em Pedagogia e em 2005 concluiu uma Pós-Graduação *Lato Sensu* em Gestão Escolar.

Segundo o profissional, sua professora foi uma das pessoas que mais exerceu influência para a escolha da profissão; nutria admiração pelo trabalho dela. Assim destaca uma de suas lembranças: “Eu via como ela ficava feliz quando a criança aprendia, ela se sentia feliz e aquilo também estimula e eu me sinto assim”. Também a profissionalização o motivava, pois a vida de um professor e o salário, na época, transpareciam melhor que o serviço da roça, segundo ele.

Há 27 anos que atua na rede pública de educação; no momento exerce a função de vice-diretor em uma escola rural. Deixa claro em seu relato que, apesar de não estar em sala de aula, procura fazer o trabalho com carinho e com amor.

5.3 PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS

O ponto inicial da pesquisa foi o acesso aos marcos legais do PSE em meio eletrônico e leituras acerca da temática de políticas públicas sociais e das categorias significação (sentido/ significado) e dimensão subjetiva a serem utilizadas. Ainda na fase de elaboração do projeto, buscamos o contato com os responsáveis pelo Programa em nível estadual, em específico o núcleo estadual do PSE na Secretaria de Estado da Educação, com o objetivo de informalmente apresentar a proposta do estudo e averiguar a viabilidade de sua realização, pois inicialmente havíamos planejado envolver os atores da esfera estadual do programa. Na ocasião os responsáveis pelo núcleo se mostraram interessados e entusiasmados, uma vez que até então não havia pesquisas desta natureza no Estado, além de compreenderem a relevância da proposta para o núcleo e para o PSE de modo geral. De antemão se propuseram a participar da pesquisa e de colaborar com os repasses de informações quando necessário.

Após este contato, finalizamos o projeto e apresentamo-lo ao Secretário Estadual da Saúde, a fim de esclarecer sobre os objetivos da pesquisa e as contribuições que poderia trazer para o PSE no Estado. A carta de autorização foi prontamente assinada. Em seguida, pedimos autorização ao Secretário Estadual de Educação; no entanto, após vários dias de espera, fomos informados por telefone que o secretário não havia autorizado a pesquisa.

Mediante tal negativa tivemos que reestruturar o projeto e optamos por envolver somente a esfera municipal. Posteriormente, o projeto foi apresentado aos gestores das Secretarias Municipais de Educação e de Saúde de um município amazônico, os quais prontamente assinaram o termo de autorização (Apêndices B e C).

Vale destacar que o projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil, do Ministério da Saúde, e submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Fundação Universidade

Federal de Rondônia (UNIR), conforme preconiza a Resolução 466/2012 Conselho Nacional de Saúde. Somente após a aprovação pelo Comitê de Ética iniciamos as atividades no campo, anexo A.

A abordagem, sendo qualitativa ou não, requer que seus procedimentos teórico-metodológicos estejam afinados para responder os objetivos previamente postulados. Para Zago (2003, p. 287) “[...] os instrumentos adotados na coleta de dados somente ganham sentido quando articulados à problemática de estudo”.

Para isto, alguns autores recomendam a utilização de vários instrumentos que possibilitem o levantamento de dados auxiliares na compreensão dos variados aspectos do tema em estudo e exposição de elementos importantes para análise e interpretação dos significados atribuídos pelos sujeitos aos problemas investigados (BOGDAN; BIKLEN, 1994; MINAYO, 2008). Com estas preocupações, optamos pela análise documental e entrevista semiestruturada para compor os métodos de coleta de dados da pesquisa. No planejamento inicial dessa pesquisa, pensamos na proposta de observação das reuniões do GTI-M; porém, no período destinado à coleta de dados, não ocorreu nenhuma atividade do grupo.

5.3.1 Análise documental

A análise documental constitui uma técnica importante na pesquisa qualitativa, “[...] seja complementando informações obtidas por outras técnicas, seja desvelando aspectos novos de um tema ou problema” (LUDKE; ANDRÉ, 1986, p. 38). Ainda, para os autores, os documentos podem ser leis e regulamentos, normas, pareceres, cartas, memorandos, jornais, revistas, diários, etc.

Silva *et al.* (2009) complementam que a análise dos documentos escolhidos deve responder aos objetivos do estudo, requerendo do pesquisador a capacidade de refletir sobre o problema e estabelecer relações entre este e seu contexto, para chegar às suas conclusões. Toda a trajetória de análise está enviesada pela concepção epistemológica em que se ancora o investigador. No cerne da discussão aqui apresentada, adotamos uma abordagem qualitativa, enfatizando não a quantificação ou descrição dos dados recolhidos, mas a importância das informações que podem ser geradas a partir de um olhar cuidadoso e crítico das fontes documentais.

Para este procedimento, é importante atentar-se para a forma de registro das informações coletadas. Além disso, é importante incluir o tipo de informação coletada, o tipo

de documento, o local e outros dados. Ou seja, é preciso contextualizar a fonte documental utilizada (LUDKE; ANDRÉ, 1986).

A utilização de documentos permite realizar uma contextualização histórica e social do fenômeno estudado. Este procedimento possibilita a observação do processo de evolução de indivíduos, grupos, conceitos, conhecimentos, comportamentos, mentalidades e práticas (CELLARD, 2008).

Na pesquisa em tela, recorreremos a portarias, decretos e resoluções sobre o Programa Saúde na Escola, de modo a possibilitar uma interpretação coerente sobre a política e responder aos questionamentos da pesquisa, principalmente no que se refere às mudanças ocorridas a partir da publicação da Portaria nº 1.055/2017 Ministério da Saúde. Ressaltamos que a análise documental não foi o procedimento central de produção de informações, mas complementar. Inicialmente planejamos utilizar textos de atas das reuniões e outros relatórios para fundamentar ainda mais a análise, mas, apesar das tentativas, não foi possível obtê-los.

5.3.2 Entrevistas

Compreendemos que não existe um vínculo obrigatório entre o fazer pesquisa qualitativa e o emprego de entrevistas, mas que a abordagem teórica deve estar atrelada aos procedimentos metodológicos. Assim, utilizamos as entrevistas semiestruturadas para responder aos objetivos da pesquisa.

Para Minayo (2008, p. 261), “[...] entrevista é acima de tudo, uma conversa entre dois, [...] realizada por iniciativa do entrevistador, destinada a construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa e abordagem pelo entrevistador, de temas pertinentes tendo em vista esse objetivo”.

Para Duarte (2004), as entrevistas permitem ao pesquisador fazer uma imersão em dado contexto, obtendo informações de como cada um daqueles indivíduos percebe e significa sua realidade, com informações consistentes que lhe permitam descrever e interpretar a lógica que rege as relações que se estabelecem no interior do grupo estudado, o que, em geral, é mais difícil de se obter com outros instrumentos de coleta de dados.

A entrevista foi organizada a partir de um roteiro prévio de questões. Para Manzini (2004), o roteiro serve para a obtenção de informações principais, como também é um meio de o pesquisador se organizar para o processo de interação com o informante, além de ser flexível para complementação por outras questões pertinentes às circunstâncias momentâneas. O autor ainda esclarece que, neste tipo de entrevista, as respostas não seguem alternativas

padronizadas e são mais livres.

Durante a confecção do roteiro, procuramos tomar cuidado quanto à linguagem empregada, a sequência das perguntas e os objetivos da pesquisa. As questões centraram-se em torno da inserção profissional, implantação do programa no município, capacitação, desempenho das ações, concepção sobre o PSE, intersectorialidade, funcionamento e organização do PSE. O roteiro completo está disponível no Apêndice D.

No mês de setembro, a partir da versão preliminar do roteiro de questões, realizamos uma entrevista piloto. Posteriormente, realizamos as entrevistas que compõem nossos dados. O contato inicial e as entrevistas ocorreram no ambiente de trabalho dos participantes, na escola e na unidade de saúde. No primeiro contato nos apresentávamos com o fornecimento de informações sobre a nossa instituição de origem, os objetivos e as possíveis contribuições da pesquisa, a importância da participação e os preceitos éticos basilares, assegurando o anonimato. Neste processo, questionamos o interesse ou não de participar voluntariamente. Também procuramos dirimir as dúvidas dos entrevistados, de modo a estabelecer uma relação cordial.

Todas as entrevistas ocorreram logo no primeiro contato, sem necessidade de agendamento prévio por interesse e disponibilidade dos sujeitos naquele momento.

Na condução das entrevistas, procuramos deixar o entrevistado discorrer livremente, intervínhamos apenas quando necessário, para que a nossa fala não direcionasse o conteúdo das opiniões do entrevistado.

No processo de elaboração do roteiro da entrevista, tomamos o cuidado de propor questões objetivas, de fácil compreensão e que pudessem trazer insumos para a análise posterior. No entanto, tivemos que reformular as questões e/ou fazer retomadas quando o discurso dos entrevistados se apresentava confuso e sem responder aos enunciados.

A entrevista, segundo Ozella (2006, p. 5), é “[...] um dos instrumentos mais ricos e que permitem acesso aos processos psíquicos que nos interessam, particularmente os sentidos e significados”.

Durante o período das entrevistas, fomos recebidas de forma cordial e atenciosa por todos os profissionais; eles se colocaram à disposição para colaborar com a pesquisa, caso ainda fosse necessário. Assim, tivemos que realizar uma segunda entrevista com cada profissional, pois, após a transcrição e análise, identificamos a necessidade de retornar a campo para complementar a entrevista. Dentre os sujeitos, cabe destacarmos a participação da enfermeira, pois, desde o primeiro contato, nos concedeu informações singulares para a definição do nosso objeto de estudo e nos forneceu a portaria mais recente do GTI-M.

As entrevistas foram gravadas por microgravador digital (com o fim de preservar o conteúdo discursivo) integralmente transcritas e deletadas posteriormente. Queiroz (1983) alude sobre as vantagens de a transcrição ser feita pelo pesquisador, ao apontar como sendo a “[...] primeira reflexão sobre sua experiência [...]; captar a experiência sem a acuidade dos envoltimentos emocionais que o contexto vivo, [...] ao efetuar a transcrição o pesquisador tem, então, a invejável posição de ser ao mesmo tempo interior e exterior à experiência” (p. 84). Procuramos realizar a transcrição da forma mais célere possível, para não perder de vista detalhes não ditos, mas que poderiam ser lembrados. Em média, cada entrevista durou 30 minutos.

5.3.3 Análise dos dados e interpretação dos resultados

Conforme Minayo (2008, p. 351), “[...] na produção de análises sobre questões sociais e mesmo de abordagens qualitativas não há consenso, há sim, vários caminhos de possibilidades à escolha do pesquisador”. Desse modo, optamos por trabalhar com a metodologia de construção dos Núcleos de Significação a partir da proposta de Aguiar e Ozella (2006, p. 223), que tem por objetivo “[...] apreender os sentidos que constituem o conteúdo do discurso dos sujeitos informantes [...]”.

Nesta forma de conduzir a análise, temos em vista instrumentos e procedimentos que possibilitem a apreensão dos sentidos e significados de sujeitos concretos, inseridos em contextos reais, em dado período histórico. O pesquisador, no processo de análise e de interpretação, se aproxima das determinações sociais e históricas do fenômeno estudado, num movimento dialético para ir além do que é dado na aparência, pelo discurso do sujeito.

Entendemos que a priorização da linguagem na análise “[...] é fundamental por carregar/conter os sentidos, tornando-os passíveis de serem desvelados pelo pesquisador no processo construtivo e interpretativo de análise [...]” (AGUIAR; SOARES; MACHADO, 2015, p. 3). Além de que, ainda, conforme os autores, os significados de uma palavra não se limitam, somente, ao aspecto linguístico do pensamento e/ou à dimensão intelectual da fala.

Compreendemos que nossos pressupostos teóricos estão afinados com a proposta metodológica, pois não privilegiamos a descrição irreflexiva das palavras. Seguimos a concepção de que o significado direto das palavras não se refere especificamente a um pensamento singular, mas a uma atividade do pensamento humano atravessada pela dimensão social e concreta. Assim, procuramos desvelar mediações e captar o movimento do objeto estudado para a apreensão das significações constituídas pelos agentes da saúde e da educação

no PSE.

Para a análise e interpretação das falas produzidas pelos sujeitos participantes da pesquisa, segundo a proposta dos Núcleos de Significação, foi necessário realizar alguns procedimentos, a saber: leitura flutuante e levantamento de pré-indicadores; sistematização de indicadores e composição dos Núcleos de Significação.

Inicialmente, após a transcrição das entrevistas, fizemos uma leitura minuciosa das falas dos sujeitos, a partir das quais levantamos os pré-indicadores. Este é um tipo de fase que “[...] consiste na identificação de palavras que já revelam indícios da forma de pensar, sentir e agir do sujeito que, como ser mediado pela história, se apropria das características da sua cultura e as converte em funções psicológicas” (AGUIAR; SOARES; MACHADO, 2006, p. 229). As palavras carregam materialidade, não são falas vazias de significado; devem ser consideradas pelos pesquisadores “[...] sem a intenção de fazer mera análise das construções narrativas, mas com a intenção de fazer uma análise do sujeito”, ainda conforme os autores.

Após a conclusão do levantamento dos pré-indicadores, passamos à fase de aglutiná-los por similaridade, pela complementaridade ou pela divergência, de modo a nos direcionar aos possíveis Núcleos de Significação. Nessas etapas não perdemos de vista os objetivos da pesquisa, ou seja, a importância das unidades para responder aos objetivos da pesquisa.

Posteriormente, realizamos o processo de articular os indicadores para a organização dos Núcleos de Significação. Nesta fase, o pesquisador já tem condições de vislumbrar “[...] as transformações e contradições que ocorrem no processo de construção dos sentidos e dos significados, o que possibilitará uma análise mais consistente que nos permita ir além do aparente e considerar tanto as condições subjetivas quanto as contextuais e históricas” (AGUIAR; OZELLA, 2006, p. 231).

Nesta perspectiva, é um procedimento de ascensão do abstrato ao concreto. O concreto, segundo Marx, é “a unidade do diverso”. Mas a tarefa consiste em representar este concreto como algo em formação, no processo de sua origem e mediatização, porque só este processo conduz à completa diversidade de manifestações do todo. Trata-se de examinar o concreto em desenvolvimento, em movimento, para que se possam descobrir as conexões internas do sistema e as relações do singular com o universal (DAVIDOV, 1988, p. 131). Assim, através do movimento de abstração, buscamos a elevação do imediato, ou seja, captar a totalidade e as determinações históricas e sociais presentes no fenômeno estudado para se chegar as significações constituídas pelos sujeitos.

De modo complementar, Aguiar e Ozella (2013, p. 310) sustentam que os Núcleos de Significação devem “[...] ser entendidos como um momento superior de abstração, o qual, por

meio da articulação dialética das partes, movimento subordinado à teoria, se avança em direção ao concreto pensado, às zonas de sentido”. É um momento em que se acentua o processo construtivo e interpretativo do pesquisador frente à síntese construída, de modo a sinalizar para possíveis mediações que atravessam a constituição do sujeito.

Na próxima seção, apresentaremos a análise dos dados com a identificação dos pré-indicadores oriundos das falas dos sujeitos, os indicadores organizados a partir da aglutinação dos pré-indicadores e, por fim, os Núcleos de Significação sistematizados a partir da fala de cada entrevistado, com base na articulação dos indicadores.

5.4 O PROCESSO DE CONSTITUIÇÃO DOS NÚCLEOS DE SIGNIFICAÇÃO

Nesta fase, a partir de sucessivas leituras, fizemos o levantamento dos pré-indicadores, utilizando elementos como palavras e expressões que se repetiam ou reiteravam, pela ênfase dada na fala, pela carga de afetividade e emoção apresentadas e pela ambivalência do discurso de cada um dos participantes.

Também optamos por deixar em destaque, com negrito, as palavras e/ou trechos que iriam representar os pré-indicadores e organizamo-los em quadros, conforme apêndice E. Nesta fase da proposta, compartilhamos com Aguiar e Ozella (2013) o entendimento de que não é qualquer palavra, mas palavras que já carregam um significado, ou seja, o pensamento verbalizado (unidade), marcado por determinações históricas, sociais e culturais e que nos darão indícios do caminho de constituição das zonas dos sentidos do sujeito, frente à realidade que atua.

Nesta perspectiva, os pré-indicadores são recortes do aspecto externo da linguagem, que possuem elementos subjetivos e objetivos capazes de nos oferecer pistas sobre as formas de pensar, sentir e agir dos sujeitos sobre o PSE.

Encerrada a construção dos pré-indicadores a partir das entrevistas, iniciamos a sistematização dos indicadores. Com eles, fizemos aglutinações para se chegar aos indicadores, cujo processo foi fundamentado nos princípios de “similaridade”, “convergência”, “complementaridade” e/ou contraposição (AGUIAR; OZELLA, 2006; 2013).

Após o processo de levantamento e organização de palavras nucleares, que carregam significações, construímos dois quadros, os quais foram organizados com base nas falas de cada um dos agentes. Os quadros são o resultado da articulação dos indicadores em núcleos de significação, conforme as postulações de Ozella e Aguiar (2006; 2013), tendo em vista a aproximação de sentidos constituídos pelo sujeito.

A transcrição dos pré-indicadores, que foram organizados em indicadores e Núcleos de Significação, consta no Apêndice E deste estudo. Na análise dos dados, apresentada na próxima seção, os pré-indicadores são transcritos para corroborar ou ilustrar a análise das significações identificadas.

6 OS SENTIDOS E OS SIGNIFICADOS DO PSE NA VOZ DOS AGENTES DA SAÚDE E EDUCAÇÃO

Nesta seção, procuramos a partir dos núcleos de significação e sem prescindir a trajetória dos indicadores e pré-indicadores, nos aproximar das significações expressas pelos sujeitos da pesquisa em relação ao PSE. Os Núcleos de Significação estão relacionados com o discurso falado de cada sujeito; em sua produção buscamos sentidos e significados impregnados nas palavras, para trilharmos o caminho rumo à categoria significação e ao desvelar das mediações que constituem a palavra e a tornam dinâmica e complexa. Para tanto organizamos a apresentação em dois quadros.

Quadro 2 — Indicadores e Núcleos de Significação construídos a partir das entrevistas realizadas com a agente da saúde

Núcleos de Significação	Indicadores
1- As (precárias) condições objetivas do PSE e o comprometimento pessoal da profissional	1- As nuances da composição e do funcionamento do GTI-M
	2- A (des)organização da gestão do PSE em oposição à busca em desenvolver as atividades
	3- A falta de compreensão sobre o programa e a capacitação profissional
2- Tecendo os caminhos para a intersetorialidade; mas a sobrecarga de atividades, como fica?	4- Atividades de educação em saúde nas escolas do município: a atuação da estratégia saúde da família
	5- A comunicação entre as instituições de educação e saúde: a sobrecarga de atividades
	6 O olhar para a comunicação entre a saúde e a escola — livre e sem resistência.
3- A contraditória relação entre frustração, impotência e o gostar do PSE	7 A importância do PSE e as críticas à política
	8 PSE: o sentimento de impotência da profissional
	9 PSE: o sentir-se bem com os resultados
	10 Entre o gostar e a frustração

Fonte: Dados da entrevista semiestruturada e das autoras (2019)

Quadro 3 — Indicadores e Núcleos de Significação construídos a partir das entrevistas realizadas com o participante

Núcleos de Significação	Indicadores
4- Olhar sobre as condições objetivas do PSE em meio aos entraves da (des)informação	1- A capacitação existe, mas é insuficiente: “assim, o básico”
	2- Entraves a partir da (des) informação no âmbito do PSE: a presença/ausência do setor saúde nas ações do PSE
	3- Sobre o papel da escola e da saúde no âmbito do PSE: isso é intersetorialidade?
	4- A (des)informação sobre os recursos financeiros
5- A contradição entre o “peso” e as positivities das ações	5- A diversidade de atividades da escola <i>versus</i> a falta de planejamento das ações: “fica muito pesado”, “se eu tivesse mais tempo”, “você tem as coisas programadas para ser atendidas”
	6- Sentimento de culpa e falha diante da desinformação
	7- A relação afetiva com o PSE: a motivação que vem dos resultados
	8- A relação afetiva com o PSE: o gostar, o sentir-se útil e o jeitinho brasileiro
	9- A relação afetiva com o PSE: sentimentos que reverberam da experiência docente

Fonte: Dados da entrevista semiestruturada e das autoras (2019)

Neste processo de análise e interpretação, procuramos avançar do real aparente para uma análise não restrita à fala do sujeito, mas articulada com o social, político, econômico. Ou seja, fizemos uma busca do movimento das determinações históricas e sociais que permitisse a compreensão do que seria expresso pelo sujeito em sua totalidade.

Buscamos realizar uma articulação do conteúdo empírico, apresentado pelas falas, ao seu contexto social, histórico, político e econômico, para compreender a realidade concreta do fenômeno da expressão. A partir da apreensão das mediações que constituem e que articulam a fala e o pensamento do sujeito, realizamos a interpretação dos Núcleos de Significação para cada sujeito da pesquisa e finalmente apresentamos algumas considerações sobre as significações que perpassam os elementos de discurso de todos os sujeitos.

6.1 ANÁLISES DOS NÚCLEOS DE SIGNIFICAÇÃO DA AGENTE DE SAÚDE

6.1.1 Núcleo 1: As (precárias) condições objetivas do PSE e o comprometimento pessoal da profissional

Neste primeiro Núcleo de Significação (NS) foi possível analisar como se dá a configuração das condições objetivas do PSE local, ou seja, como são significados os aspectos de organização, planejamento e funcionamento para a profissional, que está inserida no GTI-M e também faz parte de uma eSF, responsável por executar ações do PSE. Assim, os indicadores que compuseram este Núcleo Significação foram: As nuances da composição e do funcionamento do GTI-M; A (des) organização da gestão do PSE versus a busca de desenvolver as atividades; A falta de compreensão sobre o programa e a capacitação profissional?

Temos em vista que tais os aspectos elencados são extremamente relevantes como mediações para a prática profissional e por conseguinte, para apreendermos as significações acerca do PSE na relação dialética subjetividade-objetividade. Entendemos que, apesar de a subjetividade ser individual, constitui-se a partir da atividade subjetiva e objetiva, dos processos sociais e dos históricos do sujeito. Neste sentido, os indicadores ainda estão no plano da aparência, quando fazemos a articulação e abstração nos Núcleos podemos apreender de modo mais profundo as significações atribuídas ao PSE.

A profissional parece-nos revelar um compromisso e interesse pela composição do GTI-M e pelo desempenhar das atividades propostas pelo programa, seja como membro do GTI-M ou como agente executora, como expresso em suas falas:

Na primeira vez com a secretária [municipal], **ela me abordou, se eu queria [fazer parte do GTI-M] e eu aceitei.** Já na segunda vez **não me solicitaram.** Numa reunião que tivemos na SEMECE no início do ano, nós verificamos que as pessoas **que estavam nomeadas para tal função não tinham perfil,** segundo, no caso da [nome] nem estava mais no município já algum tempo, tinha sido desligada.

[...] **sabendo disso, da importância do programa dentro do município, a gente se juntou; não falo só eu, mas eu, [nome das profissionais], para tentar desenvolver as ações, para melhorar, porque em 2017 nós não vimos as ações sendo desenvolvidas, entendeu?** Nós [enfermeiros] não tivemos conhecimento e aí a gente se uniu.

Sim, desde a primeira vez que foi para implantar, [nome], no caso **me chamou, a gente conversou e assumimos, vamos fazer.** E agora, como falei, ficamos quatro anos da gestão; quando trocou a administração que

retiraram nosso nome, **mas nomearam e nós não ficamos sabendo** e só foi no ano passado, ou melhor, no início deste ano 2018, **que reunimos e vimos quem estava nomeado**, compreendeu? Que eles nem estavam sabendo... O quê? Por quê? Uma que nem estava aqui, daí eu e a [nome], que já nos conhecíamos desenvolvendo as ações, **nos juntamos novamente para ver se colocávamos [enfermeiros] este ano para funcionar, apesar do que não obtivemos tanto êxito assim, não.**

Assim, ela nos conta que sua ligação com o programa ocorre desde a primeira pactuação do município com o governo Federal, sinalizando uma trajetória longa de vivências com o programa, o que pode ser um fato mediador de significações distintas se comparada a outros profissionais que atuam no PSE.

Também fica evidente pelos excertos a presença de alguns impasses no processo de nomeação para compor o grupo de trabalho, principalmente no trecho em que ela se remete à presença de impasses de nomeação de novos gestores. De fato, a mudança no comando político da gestão municipal gera dúvidas sobre nomeações e a descontinuidade administrativa e de políticas anteriormente desenvolvidas. A situação pode ser agravada quando não há comunicação pela equipe gestora, como foi o caso, pois a profissional estava nomeada e não foi reportada sobre tal fato.

A este respeito, Spink (1987, p. 57) traz valiosa contribuição ao abordar características da (des)continuidade administrativa:

A expressão ‘continuidade e descontinuidade administrativa’ refere-se aos dilemas, práticas e contradições que surgem na Administração Pública, Direta e Indireta, a cada mudança de governo e a cada troca de dirigentes. Como fenômeno, manifesta-se pelas consequências organizacionais de preencher um sem número de cargos de confiança, explícita ou implicitamente disponíveis para distribuição no interior das organizações públicas.

A situação que nos é apresentada parece-nos que está na contradição dos marcos legais do PSE, pois o Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTI-M) é instituído para o planejamento, execução, gestão dos recursos financeiro e material do PSE, acompanhamento e monitoramento das ações do PSE. Compreendemos que o GTI-M estava constituído apenas na teoria, pois é um dos pré-requisitos colocado pela esfera federal para a pactuação do município com o programa, e sem efetivar-se na realidade local. Por conseguinte, a problemática apresentada nos possibilita realizar algumas indagações que estão diretamente ligadas à situação: As metas de cobertura das ações que foram pactuadas no termo de

compromisso foram alcançadas? Houve monitoramento das ações? E os recursos financeiros que foram destinados às atividades?

É oportuno esclarecer, nesta discussão, que o recurso do PSE é um incentivo financeiro para a efetivação das ações do PSE, seu uso é de responsabilidade intersetorial, ou seja, do Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTI-M). Após a assinatura do Termo de Compromisso, é repassada uma parcela por meio do Piso Variável da Atenção Básica (PAB Variável); o restante do valor total do recurso financeiro é pago após o cumprimento das metas municipais pactuadas (BRASIL, 2017a).

Logo, ao analisar a influência da questão da (des)continuidade administrativa, que pode ocorrer em diversos graus e em diferentes elementos (projetos, programas, políticas), tendo por base as colocações da agente (“[...] porque em 2017 nós não vimos as ações sendo desenvolvidas, entendeu? Nós [enfermeiros] não tivemos conhecimento”), podemos, então, sinalizar que houve interrupção da execução das ações do programa por um tempo, até o período mencionado pela agente, que teve conhecimento de sua inclusão na portaria que constituiu o GTI-M.

Outro ponto importante a ser destacado diante da fala da profissional são os possíveis efeitos negativos da mudança de gestores, seja neste caso específico como em outros, pois infelizmente ainda é uma prática recorrente no cotidiano da política brasileira. Os efeitos negativos são, por exemplo: o desperdício de recursos públicos, descrédito do programa pelo público-alvo e, até mesmo, a desconfiança por parte dos agentes executores (COUTO, 2017).

Por outro lado, essa descontinuidade referida pode estar relacionada à organização desarticulada de diversos fatores: humanos, financeiros, materiais, de conhecimento ou falta de prioridade de política de governo — situação que merece ser aprofundada em outros estudos.

Apesar de a agente entrevistada revelar em suas falas um lamento pela descontinuidade do programa, percebemos seu comprometimento pessoal com a execução das ações, o qual manteve-se ao longo do tempo em que atua no PSE. A postura da profissional nos remete aos aspectos afetivos destacados por ela sobre sua profissão e da sua trajetória profissional no município. A este respeito, Sawaia, Albuquerque e Busarello (2018) nos dizem que “[...] por trás do pensamento existe uma tendência afetiva e volitiva, que contém o último porquê de nossas atividades e ideias” (p.32), o que nos permite compreender que existem motivos que estão por trás da fala; ou seja, afetos medeiam nossas experiências e nossos comportamentos. As seguintes falas nos exemplificam essas questões:

Quando adentrei na atenção básica na verdade na época nada me chamava atenção, eu me via sem a menor vocação para isso, mas as Agentes de Saúde me fizeram **ficar apaixonada** [...]

Trabalhei três anos lá na estratégia saúde da família; outros aspectos também desenvolvi nesses três anos e cada vez mais me **apaixonando** [..].

Eu acho que a nossa função, além de exercer o que nós exercemos, é **ajudar as pessoas naquilo que a gente pode**.

Eu gosto, [sobre a profissão] eu tive dúvidas lá no início para formação entre psicologia, que eu achava que era uma área muito interessante da Saúde Mental, e a enfermagem. Eram duas opções para mim, mas quando eu passei a princípio para enfermagem, então eu comecei a fazer o curso e gostei. **Eu escolheria a profissão novamente**.

Por conseguinte, podemos dizer que os motivos que direcionam as ações da agente no PSE estão concatenados, ainda que não unicamente, a aspectos emocionais e afetivos relacionados ao gostar da profissão e de ser “apaixonada” pela área em que atua. “O pensamento não nasce de si mesmo, nem de outro pensamento, mas da esfera motivadora de nossa consciência, que abarca nossas inclinações e necessidades, nossos interesses e impulsos, nossos afetos e emoções” (VIGOTSKI, 1993, p. 343).

Podemos considerar, então, que toda atividade ou pensamento é fundado na motivação e vontade; ou seja, há uma tendência afetivo-volitiva. Sendo assim, para entender as ações e o pensamento dos sujeitos, é necessário, a partir de esforço analítico, nos aproximarmos dos motivos direcionadores da ação. Corroborando esse pressuposto, Aguiar *et al.* (2009, p. 67) afirmam que

os motivos sejam eles fatos sociais, situações ou objetos, de algum modo são depositários e contêm/condensam afetos, crenças, valores do sujeito, que assim os vê e assim os sente. [...] ao aprendermos a riqueza e a complexidade dos motivos direcionadores das ações, caminharemos para a compreensão das zonas de sentido.

Importante reiterarmos que, por estarmos tentando nos aproximar de zonas de sentido, é necessário compreender que o sentido será sempre particular e emocionalmente constituído na relação objetividade/subjetividade, ou seja, implica fatores cognitivos, afetivos e biológicos e toda a vivência do sujeito, social e histórica. Supomos que a servidora, mesmo diante dos impasses da organização, sente-se mobilizada em “colocar o programa para funcionar”, ela encontra motivos, ou seja, significa a importância da política, que a mobiliza e dirige suas ações à satisfação de suas necessidades individuais e historicamente constituídas.

Se os aspectos objetivos são imprescindíveis para o estudo da dimensão subjetiva, como foi argumentado por nós, repetidas vezes, a percepção sobre as ações concretas é também essencial. Assim, a profissional destaca aspectos relacionados à estrutura organizacional local do PSE no que se refere ao lançamento de informações no sistema, as quais são pertinentes a essa discussão. Veja-se como isso aparece nas falas da enfermeira:

Olha, **o nosso município está péssimo em relação à informação**, talvez ele até realizou as ações, mas o que a gente tem obtido nos indicadores é que **ninguém lançou praticamente as ações**; não lançando, para o governo, a gente continua sem fazer, **pois não adianta realizar e não lançar**.

[...] se perdeu um pouco deste contato, estratégia e escola. E este ano que tentamos retomar, mas nem todas as estratégias e as escolas conseguiram fazer, para outro ano precisamos repensar e fortalecer isto que não foi muito bom este ano. Porque eles [agentes da saúde e educação] **não conseguiram mesmo entrosamento que precisa ter para desenvolver as ações e para que elas sejam lançadas no sistema**.

Os conteúdos descritos acima sinalizam para certa descontinuidade entre o realizar as ações do PSE e o cadastro no sistema. Segundo os manuais, o registro das informações sobre as atividades desenvolvidas no PSE é efetuado apenas no sistema de informação da Atenção Básica (SISAB) pelos profissionais da saúde ou pelos gestores responsáveis pelo Programa nos Municípios (BRASIL, 2018). O registro das informações é uma das condições para o município receber o incentivo financeiro. A Portaria Interministerial nº 1.055 (BRASIL, 2017a) é clara ao abordar explicitamente o assunto, vejamos:

1. O município que não registrar nenhuma ação do PSE, permanecerá aderido ao ciclo, mas, não fará jus ao incentivo financeiro no ano seguinte; 2. O município que registrar apenas um tipo de ação, mesmo com grande cobertura, permanecerá aderido ao ciclo, mas, não fará jus ao incentivo financeiro no ano seguinte; 3. O município que não registrar a ação ‘Ações de combate ao mosquito *Aedes aegypti*’, mesmo que contemplada as demais, permanecerá aderido ao ciclo, mas, não fará jus ao incentivo financeiro no ano seguinte; 4. O município que registrar uma ou mais ações apenas em uma escola, tendo pactuado número superior de escolas, permanecerá aderido ao ciclo, mas, não fará jus ao incentivo financeiro no ano seguinte.

A partir das regras legais apresentadas, é possível extrair elementos que nos permitem asseverar que o fato de não ter registrado as ações repercutiu em prejuízos ao município, principalmente no que se refere ao repasse de recurso financeiro para auxiliar na implementação das ações. As declarações da agente sobre o assunto demonstram preocupação

com a situação e mais uma vez revelam o compromisso e o empenho enquanto componente do GTI_M e profissional executora que, diante da situação, não se mostra desmotivada, mas com atributos que permitem compreender a importância da sua colaboração e visão para a efetividade do trabalho.

Sabemos que a dinâmica de implementação de um programa não é um processo fácil de realizar, é atravessada por diferentes dilemas e desafios, entre os quais destacamos elementos de ordem estrutural, recursos humano e financeiro, escassez de conhecimentos sobre o programa e de capacitação profissional. Ao discutir a implementação de políticas públicas, Rúa (2018, p. 21) traz importante ponderação para compreender a situação:

Os implementadores, se devidamente preparados e motivados, podem mobilizar os recursos necessários para suplantar as dificuldades que venham a surgir ao longo do processo da política pública; entretanto, se despreparados e insatisfeitos, também podem inviabilizar ou sabotar a realização apropriada da política pública, desvirtuando-a.

Neste sentido, um importante aspecto mencionado na fala da agente é que a capacitação dos profissionais que atuam na implementação do programa pode contribuir para melhorar os indicadores do município, principalmente no que se refere ao lançamento de dados e de compreensão efetiva do que é o PSE. Suas colocações ressaltam também a pertinência de uma formação inicial de enfermeiros que os aproxime da proposta ministerial o suficiente para desenvolver as atividades. Nesta linha, pinçamos os pré-indicadores abaixo como reveladores da reflexão:

Então para mim, hoje, o município como **ponto fraco seria buscar, talvez informar mais e melhor**; novos enfermeiros chegaram para esta nova gestão e talvez **fazer um treinamento, uma capacitação interna para que cada um consiga informar e melhorar este indicador**.

Temos todas as escolas cobertas pela estratégia, então eu vejo isto como um ponto forte, toda estratégia tem sua equipe completa e toda escola tem sua equipe completa. Então profissionais nós temos, **nós temos que, talvez, melhorar essa condição desse profissional, de fazer entender a importância do programa, visualizando os resultados lá na frente, entendeu?**

Não, **mas não foi por falta de capacitações não**. Houve inclusive uma este ano, não me lembro se foi em junho, eu não pude na data ir. Foi quase uma semana, não foi por falta de eles terem oferecido, mas porque na data eu não pude ir, não me lembro o motivo. A única pessoa que foi do grupo é a [nome]. **Não me lembro de terem oferecido** [sobre anos anteriores], talvez até tenha tido, mas na saúde, não. Este ano veio

convite, ofício falando dos dias, eu não fui porque não pude. **Mas os anos anteriores não.**

Certamente a insuficiência da capacitação profissional é um dos nós críticos presentes na realidade local e que está repercutindo negativamente em vários aspectos da efetivação deste programa. Nestas falas fica evidente que a profissional atribui peso à formação “interna” dos profissionais e relaciona-a com obtenção das metas pactuadas, talvez por perceber que espaços de formação podem propiciar maior engajamento dos atores que estão no território para a implementação da política pública.

No estudo realizado por Farias (2013), os profissionais entrevistados das unidades de saúde relataram não terem formação específica para o PSE e pouca intimidade com o tema saúde na escola. Além disto, a maioria dos entrevistados desconhece essa iniciativa interministerial.

Mesmo ao considerar como ponto fraco para o município a ausência de formação, a contradição está presente na fala da profissional, alguns dos trechos revelam a existência de capacitação. A nosso ver, essa contradição aparente pode revelar um movimento de mudança sobre a formação, pois, em anos anteriores, ela não se realizava, exceto a partir do ano de 2017. A fala pode denunciar também que a formação não se estende para todos os atores da saúde, ficando restrita aos membros componentes do GTI-M, lembrando que a profissional, além de fazer parte de uma eSF, compõe a gestão do programa.

Para sustentar nossas proposições sobre esse assunto, reportarmo-nos aos dispositivos legais do PSE e averiguamos que as ações do programa se assentam em três componentes. O componente III é direcionado para a formação dos gestores e das equipes de educação e saúde que atuam no PSE, como “[...] um compromisso das três esferas de governo e [que] deve ser trabalhado de maneira contínua e permanente” (BRASIL, 2018, p. 27). São várias as estratégias utilizadas para atender as demandas dos profissionais, dentre as quais merecem destaque nesse momento: Formação do Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI), Formação de profissionais da educação e saúde nos temas relativos ao Programa Saúde na Escola; Formação permanente pela Rede Universidade Aberta do Brasil. Trata-se de estratégias de formação por meio de oficinas, ensino à distância, formação continuada e permanente para professores, gestores e profissionais da Estratégia Saúde da Família que atuam no Programa Saúde na Escola (PSE) (BRASIL, 2015).

No esteio dessa discussão é importante considerar que a formação promove o desenvolvimento profissional, no sentido de possibilitar sensibilização e reflexões mais conscientes sobre a realidade vivenciada; promove ainda um olhar perscrutador sobre sua

atividade, gerando movimentos de transformação da realidade (FERNANDES, 2017). Por isso, nos posicionamos que a formação pode proporcionar condições para que todos os agentes tenham clareza do que é o programa, das responsabilidades de cada ator, do que é preciso mudar e melhorar.

A este respeito Correia (2017, p. 62) diz que

torna-se imprescindível o investimento no componente III do PSE para uma oferta mais condizente e contínua de formação aos profissionais da saúde e da educação que proporcione a reflexão nestes atores da importância do seu papel como agente transformador e coadjuvante no desenvolvimento de protagonistas escolares, e a constante instrumentalização de temáticas que gerem práticas educativas contextualizadas e aprimoradas para a comunidade escolar. Além disso, a integralidade da assistência à saúde escolar precisa ser garantida com a participação efetiva dos gestores municipais na formulação e implementação de políticas públicas que apoiem a promoção da saúde na escola.

Assim, apesar de a formação no âmbito do PSE ser uma atribuição municipal, estadual e federal do setor educação e saúde, infelizmente nas condições da realidade em tela se apresenta frágil e necessitando de uma atenção maior, para proporcionar espaços de formação, tanto para os atores que estão na ponta do sistema (executores), como para os gestores da educação e da saúde (secretários de saúde e de educação, prefeito), incluindo aqueles que compõem o GTI-M, pois é possível inferir que, por exemplo, os descompassos que atravessaram o processo de nomeação dos representantes do GTI-M, como anteriormente abordado, estão relacionados com o desconhecimento pelos gestores do que é, o que faz e qual a importância desse grupo de trabalho para a gestão do PSE.

As contradições são sempre sociais e históricas e estão colocadas na realidade objetiva (inclusive nas políticas públicas), onde são gestadas. Os sujeitos, no seu cotidiano as vivem como reprodução. Assim, as situações relatadas expressam uma contradição social, uma vez que, apesar dos marcos legais do PSE anunciarem a necessidade de formação para os atores do PSE, o município em questão está desvalorizando essa prática. Portanto, como melhorar os indicadores e as metas locais se os próprios atores do PSE desconhecem as diretrizes e as finalidades do programa?

Entretanto, somente capacitação não irá resolver os descompassos; vários elementos determinam o processo de implantação e execução de uma política pública. Percebemos a realidade de forma contraditória, a qual está num contínuo movimento dialético e sempre em transformação.

Para sustentar nosso entendimento, reportamo-nos ao estudo de Correia (2017), que constata o pouco envolvimento dos profissionais e certo descontentamento quanto à execução das atividades do programa, mesmo com o fornecimento de explicações e com a realização de reuniões de sensibilização dos profissionais da eSF para realização das ações do PSE.

Por fim, os relatos da agente apresentam elementos que nos permitiram avançar para o desvelamento de possíveis mediações que permeiam as condições objetivas do PSE e que são objeto de interpretação subjetiva pela profissional. Ou seja, são condições objetivas do processo de atribuição de significação a essa atividade, necessárias à compreensão da dimensão subjetiva do PSE.

6.1.2 Núcleo 2: Tecendo caminhos para a intersetorialidade; mas a sobrecarga de atividades, como fica?

Os pressupostos teóricos da Psicologia Sócio-Histórica aqui assumidos nos conduzem a esse movimento de captação da complexidade da estrutura organizacional da política intersetorial, a fim de elaborarmos importantes mediações para a apreensão das significações da agente de saúde sobre o PSE. Para tanto, o Núcleo Tecendo Caminhos para a Intersetorialidade, mas a sobrecarga de atividades como fica? é resultado da articulação entre indicadores sobre as nuances das atividades realizadas por meio do PSE nas escolas e sua via intersetorial a partir de elementos presentes na fala da agente.

A partir da articulação dos indicadores, foi possível identificar quais são as atividades executadas pela agente e analisar como se dá o trabalho intersetorial entre o setor da saúde e da educação. Verificamos como a agente significa as atividades propostas pelo PSE dentro de uma objetividade atravessada por alguns entraves e pautada pela intersetorialidade. Nesse sentido, os indicadores são: Atividades de educação em saúde nas escolas do município: a atuação da estratégia saúde da família; O olhar para a comunicação entre a saúde e a escola: livre e sem resistência; A comunicação entre as instituições de educação e saúde: a sobrecarga de atividades.

Ainda que em nossa análise anterior, Núcleo 1, tenhamos chamado atenção para os descompassos da organização do programa, isto não nos permite concluir a inexistência de planejamento ou pelo menos iniciativa, por parte de alguns dos atores envolvidos. Percebemos que as falas recorrentemente fazem referência ao planejamento de ações entre os setores de saúde e da escola. Fica evidente que o planejamento é uma das ferramentas

utilizadas pela profissional para a execução de suas atividades, tanto enquanto GTI como eSF, conforme mostram abaixo alguns dos relatos:

[...] o governo lança, este ano vamos ter tais ações, não são muitas, em média três a quatro ações, e aí é tentar desenvolver durante o ano. Ele não te dá, assim, como te falei, um prazo, estipula. Mas de fevereiro a julho, será que você não consegue **pesar [antropometria] uma sala por semana ou algo assim? É você enquanto estratégia se organizar** [...]

Quando a gente começa a trabalhar mais cedo por uma **estratégia e planejamento**, você não trabalha tanto, você trabalha menos. Você consegue resolver as coisas. Na medida que a **gente vai caminhando**, a gente vai resolvendo sem tumultuar.

O planejamento é necessário para a implementação da política pública intersetorial, uma vez que cada etapa poderá conduzir ou não ao fracasso da política. No caso específico do PSE, o planejamento conjunto é um dos itens preconizados e aparece com destaque nos manuais, como podemos constatar em um dos seus manuais: “A proposta de coordenação do PSE por meio dos Grupos de Trabalho Intersetoriais é centrada na gestão compartilhada, numa construção em que tanto o planejamento quanto a execução das ações são realizados, coletivamente, de forma a atender às necessidades e demandas locais (BRASIL 2011, p. 9).

Ainda, para Oliveira (2006), a atividade de planejamento no que se refere às políticas públicas tem que ser vista como um processo, e não como um produto técnico somente. Sua importância ocorre principalmente na implementação, pois esta etapa conduzirá ou não aos resultados finais das políticas, programas ou projetos.

Apesar dos temas do PSE serem definidos verticalmente pelo Ministério da Saúde e pelo MEC, a profissional parece considerar importante que os profissionais executores se organizem tanto como eSF quanto como instituição escolar, no intuito de não perder prazos e/ou prejudicar as ações dentro da unidade de saúde.

Avançando um pouco mais é possível sustentarmos, mediante as conexões entre as falas da enfermeira, que o processo de implantação do PSE nesta realidade está relacionado a uma prática de reorganização das ações cotidianas dos profissionais envolvidos, uma vez que as ações pactuadas pelo município são acrescentadas à rotina de trabalho dos profissionais, pois o programa elenca sistematicamente 12 ações que devem ser planejadas e desenvolvidas pelos profissionais da Saúde e Educação para os educandos das escolas pactuadas. É o que ela destaca: “Então no começo do ano a gente tem que começar a se organizar com a escola, pois a escola também tem as atividades e seus afazeres”.

Embora não manifestada explicitamente, acreditamos que a existência da sobrecarga de atividades na realidade pesquisada é uma das determinações objetivas constituinte das significações da agente, conforme ela relata:

[...] geralmente a gente fica no primário, muito dentro daquilo que é pautado pelo programa, porque primeiro que a meta tem que cumprir, segundo porque eu vejo que **a escola também tem muitas coisas que eles realizam, as datas comemorativas** [...] então fica **com aquela pressão, sabe**, a gente tem que se organizar: tal dia tem isto, tal dia aquilo, tem uma reunião.

A este respeito devemos salientar que a Atenção Básica é a porta de entrada do usuário no sistema público de saúde e que tem a eSF como prioridade para sua organização. Neste ambiente, é constante a alta demanda de atendimento espontâneo, atividades programadas, bem como alcance de metas de produção fixadas pela gestão. Apropriamo-nos de uma citação presente em Santos, Soares e Campos (2007, p. 779), que sintetiza o que queremos ponderar sobre a organização do trabalho na ATB:

desafio de cumprir as metas, participar das reuniões e ao mesmo tempo atender os imprevistos, que vão desde demandas por respostas a problemas que extrapolam os programas previstos para os usuários, até demandas administrativas que muitas vezes extrapolam as funções previamente estipuladas.

Nessa perspectiva, nos posicionamos que existe uma sobrecarga importante de trabalho na Atenção Básica, em especial ao profissional enfermeiro, pois desempenha papel relevante como coordenador de vários programas, atendimento a demanda espontânea da unidade, além do trabalho específico da eSF. Para reforçar essa ideia, Caçador *et. al* (2015), ao pesquisarem os desafios dos enfermeiros na atenção básica, postulam que

uma das características marcantes do cotidiano é a sobrecarga de trabalho, que decorre da necessidade de oferecer respostas às demandas relacionadas ao funcionamento do centro de saúde e à população e, ainda, às metas estabelecidas, pactuações e indicadores. Compete também ao enfermeiro introduzir práticas voltadas para a promoção da saúde e prevenção de agravos, identificando riscos na comunidade e neles intervindo.

Dada a alta demanda por serviços públicos de saúde, existe um acúmulo de atividades, e, conseqüentemente sobrecarga de trabalho aos profissionais da Atenção Básica, o que leva à necessidade de desenvolverem, no processo de trabalho, estratégias de planejamento de ações

para a organização do cuidado na Atenção Básica; no que se refere ao PSE, essa sobrecarga pode estar relacionada a desorganização municipal.

Em meio às falas da agente — que, apesar de serem expressões singulares, mantêm uma relação dialética com a realidade social —, alguns elementos analisados nos oferecem pistas para apreender suas significações quanto às atividades realizadas. As significações constituídas parecem ser mobilizadas por sentimentos de compromisso e responsabilidade profissional e por um olhar que ultrapassa o executar da ação; ou seja, é perceptível que o empenho não está relacionado somente ao alcance de metas numéricas, sendo para ela necessário que as ações repercutam em qualidade e promoção da saúde, efetivamente. Vejamos alguns trechos que demonstram isso:

O que temos para fazer, em média, são 12 ações; o que é imediato, pois algumas ações devem ser lançadas até junho no sistema, no eSUS. Antes era em outra plataforma da educação, hoje é no eSus, então **tem coisas que a gente tem uma data para cumprir, outras não**. A gente pode cumprir até o final, até o ano que vem, janeiro ou fevereiro, que encerra os dois anos, o biênio. **Mas a gente gosta de cumprir dentro do ano.**

Quando a gente foi fazer a atualização do cartão, a gente só deu uma declaração para quem estava com o cartão em dia, **fizemos um trabalho diferenciado**. Então, a gente só verificou os cartões dentro de uma sala e deu a declaração e as observações, se a criança tinha ou não de vir na unidade de saúde fazer a vacina. Este ano a gente levou a **vacina na escola porque a gente percebeu que a procura posterior foi pequena em relação** a essa declaração, mesmo a gente declarando que a criança precisava vir, não houve essa procura [...].

[...] Na programação que é a campanha geo-helmintíase nós fizemos uma palestrinha com as crianças sobre os vermes. **Então não é só chegar e dar a medicação, ele tem que saber porque ele está tomando aquele comprimido, o que vai fazer, para ele valorizar o comprimido e a ação.**

Também nos parece que a profissional está ciente dos prazos e do rol de atividades a desempenhar, além de caracterizar tais atividades como “fácil”, pois são temáticas de saúde: “[...] eu acho fácil de executar as ações propostas, que está dentro do que é a saúde”. A nosso ver, essa significação é decorrente do tempo de atuação no programa, pela percepção que as ações entrelaçam com suas práticas enquanto enfermeira e pela compreensão que as finalidades do programa repercutem diretamente no seu processo de trabalho. Vejamos isso de forma mais explícita nesta fala: “[...] agora na campanha de vacina a gente não teve grandes dificuldades porque muita coisa já estava em dia, pouca coisa que tivemos que fazer, entendeu? Quando a gente começa a trabalhar mais cedo por uma estratégia e planejamento, você não trabalha tanto, você trabalha menos.” Neste trecho a profissional usa o exemplo da

campanha de vacina que se tornou mais tranquila de realizar devido às ações anteriores do programa.

Como já apontado, segundo seu arcabouço teórico, o PSE objetiva contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação pela ênfase em ações de prevenção, promoção e atenção à saúde, considerando os princípios e as diretrizes do SUS a partir da articulação atenção básica em saúde e rede pública de ensino. Assim, é pautado que as ações de promoção da saúde, executadas no programa, devam se conectar ao processo de trabalho dos profissionais da ATB, como revelado na fala da profissional, o que percebemos como uma significação positiva que a profissional constitui do programa.

No esteio de toda a discussão realizada por nós, o PSE se constitui numa possibilidade anunciada (e até romantizada) de fortalecimento da integração entre os setores educação e saúde, tendo como produto um trabalho intersetorial, conforme advogado pelos documentos nacionais e internacionais sobre a promoção da saúde. “A intenção é que essa integração ocorra entre as eSF e as escolas do território de adscrição dessas equipes, atendendo às diversas demandas da comunidade escolar, na perspectiva da atenção integral [...]” (GOMES, 2012, p. 11). Há o intuito também de gerar corresponsabilização entre estes setores, habituados a trabalhar isoladamente.

A intersetorialidade marca o discurso nacional que envolve a realidade objetiva do PSE e, por conseguinte, deve ser considerada no trato de sua dimensão subjetiva. Logo, é pertinente que, no processo de atribuição de sentido a este programa, nos debruçemos na tentativa de realizar abstrações que considerem o fator intersetorial. Tais abstrações, produzidas no diálogo com a teoria, são as mediações necessárias para a explicação do fenômeno em sua concreticidade.

Frente a isso, trazemos neste momento outros excertos da fala que nos revelam como se dá a relação da equipe de saúde e o ambiente escolar: sem resistência e com apoio da escola. Há um planejamento antecedendo as ações na escola, que utiliza o espaço da reunião de pais como estratégia para estabelecer vínculo e informar aos familiares sobre as ações do programa:

Eu nunca encontrei resistência não (refere-se ao trabalho com a escola). É lógico que a gente chega, este é meu primeiro ano aqui, então a gente chega e se apresenta: “— Eu sou [nome], enfermeira da Estratégia Saúde da Família vou **precisar do seu apoio este ano**. Geralmente é a direção ou a supervisão que nos auxilia.

No início do ano, é o nosso **planejamento de estratégia de saúde na primeira reunião dos pais da gente participar**, porque aí primeiro que você não vai fazer o pai vir outro dia só para te ouvir e você já vai aproveitar todos os informes da escola e pedir ao pai: este ano vamos ter esta e esta **atividade, nós vamos precisar do apoio de vocês para realizar**.

Então, no começo do ano, a gente tem que **começar a se organizar com a escola, pois a escola também tem as atividades e seus afazeres**. A gente sempre senta com a orientadora ou supervisora da escola [...]

Percebemos pela fala da profissional que a comunicação entre os setores estava ocorrendo mediante a iniciativa da profissional no intuito de instigar o diálogo necessário para que as ações fossem produzidas conjuntamente na fase de planejamento das ações. O que nos permite indagar se há reuniões subsequentes para a continuidade das discussões sobre as atividades de saúde ou se os contatos são apenas pontuais, no início do ano. Em momento algum a profissional revela elementos que apontem a iniciativa da escola para as ações, o que ao descortinar, evidencia a supremacia do setor saúde frente às ações de saúde na escola.

O aspecto intersetorial, conforme preconizado para uma atenção integral do educando, requer que, no processo de implementação e execução os objetivos, as estratégias e atividades sejam consideradas e compartilhadas, produzindo corresponsabilidades. Logo, no corpo das narrativas apresentadas pela enfermeira, que significam a comunicação entre saúde e educação, lançaremos luz sobre dois aspectos principalmente: o primeiro está presente nos trechos “[...] vou precisar do seu apoio este ano, geralmente é a direção ou a supervisão que nos auxilia” e “A gente tem que se organizar, a escola abre as portas e a gente se organiza mediante a escola [...]”. Entendemos que a escola apoia as ações da saúde como se elas não fizessem parte da realidade escolar. Parece-nos que impera uma cisão, como uma soma de tarefas e não um compartilhamento de saberes e práticas, afastando-se dos caminhos da intersetorialidade. Posteriormente, outro trecho da narrativa demonstra que a agente de saúde não tem clareza do papel da escola na gestão intersetorial, indicando uma contradição, pois ora coloca a escola como apenas “apoiadora”, como se não fosse intersetorial, ora como que há um compartilhamento de responsabilidade e diálogo presente, como podemos ver neste trecho: “[...] no começo do ano a gente tem que começar a se organizar com a escola”.

A questão que mais nos chama atenção nesta abordagem é o olhar da profissional sobre o setor da educação, pois a educação está inserida nesse processo, não como “mera apoiadora”, que “só abre as portas”; o programa não é competência exclusiva do setor de saúde, mas resultado de uma ação conjunta, ou seja, intersetorial. Recorremos, então, aos marcos legais do PSE para sustentar nossa argumentação: “O PSE constitui-se uma estratégia

que procura fomentar uma gestão coletiva das ações de saúde e educação a partir da participação de profissionais da saúde, educação, dos educandos e da comunidade, no território onde convivem” (BRASIL, 2015, p. 17). Ainda, nesse sentido, não verificamos nas falas relatos do desenvolvimento de ações por iniciativas ou demanda dos alunos e familiares, e sim apenas que a reunião de pais foi utilizada para informes sobre o PSE, o que aponta para um elemento a ser inserido no tocante ao desafio de promover um movimento participativo de promoção da saúde na escola.

Nos termos apresentados pelos manuais, a articulação entre a rede de ensino e a de saúde implica “[...] numa construção em que tanto o planejamento quanto a execução das ações são realizados, coletivamente, de forma a atender às necessidades e demandas locais. As decisões são compartilhadas por meio de análises e avaliações construídas intersetorialmente” (BRASIL, 2015, p. 9). Por isso, temos que este compartilhamento de responsabilidade ultrapassa o abrir das portas; abarca também o planejamento e o diálogo constante entre os setores, para um olhar integral sobre as ações e o alcance de efeitos sinérgicos.

Ressaltamos ainda que outro trecho da fala leva ao entendimento de que as temáticas a serem trabalhadas não são discutidas previamente pelo GTI-M com a escola, na fase de adesão: “A gente chama o diretor, o orientador, ou o supervisor, um dos três para estar presente, porque às vezes um pode, e outro, não. Dentro da reunião, é traçado **tudo que foi solicitado** para aquele ano”. É oportuno questionar se de fato não está ocorrendo uma imposição de ações, pois em nenhum momento há a sinalização de que os temas foram debatidos entre os setores ou que estão inseridos no Projeto Político-Pedagógico da escola. Reiteramos que previamente à adesão ao programa é orientado aos municípios que os temas sejam discutidos intersetorialmente e que se tenha em consideração alguns critérios, relacionados a fatores como: zonas de maior vulnerabilidade social, cobertura das equipes de saúde e do setor educação dessas comunidades e condições de saúde dos alunos (BRASIL, 2015). Em tese, os gestores (GTI-M), a partir da discussão intersetorial, possuem maiores condições de definir, no momento da adesão ao programa, quais ações são mais importantes em cada escola.

A adesão ao PSE significa o compromisso em planejar intersetorialmente a realização de 12 (doze) ações com os educandos, que já fazem parte do PSE, dentro ou fora da escola, considerando indicadores de saúde e de educação, especialmente, os que refletem o acesso e permanência na escola, o adoecimento e morte, a violência, a gravidez na adolescência, o uso de

álcool e outras drogas, as ocorrências policiais na escola ou envolvendo educando devidamente matriculado (MS, 2018, p. 8).

Com isto pretendemos apontar a existência de uma possível lacuna na gestão intersetorial no município em questão, que contradiz as diretrizes nacionais do programa e que coloca em xeque as finalidades das ações. Se a pactuação da escola e as ações destinadas a ela não são previamente planejadas, podemos sinalizar para a realização de ações pontuais que necessariamente não estão relacionadas com a demanda/necessidade da instituição escolar. Ou seja, não se levam em conta as especificidades de cada território. A este respeito, Figueiredo (2008) expõe que as intervenções da saúde têm compreendido intervenções pontuais, a respeito de conteúdos afeitos a questões nosológicas do momento e não se inserem nem estão correlacionadas no currículo de formação dos alunos, como uma abordagem transversal e interdisciplinar, conforme preconizam as Diretrizes Curriculares Nacionais Gerais da educação Básica, razão pela qual não proporcionam mudanças comportamentais significativas para uma vida mais saudável.

Embora o discurso apresentado pela profissional contenha princípios e elementos de natureza harmoniosa entre saúde e educação, não podemos generalizar, há que se considerarem as características de cada eSF e cada ambiente escolar. Enfim, é significativo perceber que a concepção intersetorial expressa não está completamente desviada da proposta ministerial. Quando se analisam as experiências relatadas, parece que a premissa intersetorial ainda não foi completamente compreendida e inserida na promoção da saúde na esfera do programa, mas que ainda prevalece o discurso, pois não se efetiva como ação que resulte em articulação entre esses dois campos. Enfim, algumas questões que emergiram destes excertos revelam sentidos constituídos sobre o PSE: o achar fácil as ações e vê-las como contribuições para seu processo de trabalho na eSF; a relação harmoniosa com a escola.

6.1.3 Núcleo 3: A contraditória relação entre frustração, impotência e o gostar do PSE

Nos núcleos anteriores analisamos como as condições objetivas do PSE são significadas por pela agente e como o elemento intersetorial se efetiva em sua prática. Ao transitar pelas falas dela, ficou perceptível que ela compreende o PSE como um programa de prevenção sinérgico ao seu trabalho na Atenção Básica. Também foi possível verificar que suas significações oscilam entre o gostar e sentir-se frustrada e impotente diante da realização das atividades.

Neste Núcleo estão reunidos os seguintes indicadores: A importância do PSE e as críticas à política; PSE: o sentimento de impotência do profissional; PSE: o sentir-se bem com os resultados; PSE: entre o gostar e a frustração.

Neste agrupamento, obtivemos posicionamentos explícitos que revelam a importância que a enfermeira atribui ao PSE para sua prática profissional, desde uma possibilidade de vínculo entre Atenção Básica e crianças até estratégia que ultrapassa os muros da escola, como um “sinalizador” para a realização de ações de prevenção, conforme podemos evidenciar nas seguintes falas:

O Programa saúde na escola é **uma forma de prevenir**, vem como um **suporte para gente prevenir algumas questões** que podem vir a ocorrer. [...] **prevenir ou nos orientar** em relação ao que devemos fazer na escola, [...] ele vem **para nos instigar a fazer realmente**, entendeu? Porque são ações de certa forma cotidianas que deveriam ser feitas sem que precisássemos, mas ela vem e **nos lembra**; olha, este ano vamos falar sobre isto? Acho que é bom dar uma pincelada ali naquele assunto, acho que vem só mesmo a **acrescentar**.

Dê muita importância para os alunos [sobre as atividades do PSE], para a comunidade está inserida dentro, **para família**.

Então, é **a única oportunidade** que eu estou tendo. Por mais que seja uma sala tumultuada com 60 crianças, mas você está vendo, você obtém algumas questões até comportamentais. Tem professor que chama gente depois lá fora, para falar de determinado aluno de situação até de vulnerabilidade [...] Então é **muito importante porque é o único contato** que eu tenho com essa criança, além dos agentes, que eles trazem muitas coisas das crianças, mas é a escola que me **proporciona este contato mais direto** com a criança.

No Brasil, seguindo uma tendência internacional, a questão da prevenção ganha notoriedade na política de saúde. A atenção primária é voltada para a promoção da saúde e prevenção de agravos. Assim, o PSE é instituído com a pretensão de articular a atenção básica em saúde e as escolas públicas, no intuito de cumprir a função social de promover as ações de saúde em diferentes espaços sociais, para além dos serviços de saúde, e propor atividades no âmbito de promoção, de prevenção e de atenção à saúde preparando os educandos para o enfrentamento das vulnerabilidades que possam comprometer seu desenvolvimento (BRASIL, 2015).

No campo da promoção da saúde, alguns autores discutem que a articulação entre a saúde e a educação tem o objetivo, a partir de intervenção governamental capitalista, de tornar o Estado mais produtivo e lucrativo, de modo a tornar o educando mais saudável, ativo e útil para o progresso e para o desenvolvimento econômico e social do País. Numa lógica

neoliberal, a oferta de políticas de saúde não se estende para todos, sobretudo para grupos escolares mais vulneráveis, como no caso do PSE. Nas palavras de Cargnin (2015, p.89),

estabelece-se uma ação compensatória do Estado pelo fato de este deslocar-se de um direito de toda a população brasileira para prioritariamente destinar a saúde de uma parte da população mais vulnerável, ou seja, as escolas da rede pública localizadas nas zonas de maior vulnerabilidade.

O PSE, na sua prática discursiva, é considerado como um espaço de promoção à saúde e que possui o compromisso com a produção de autonomia e de autocuidado do escolar, “[...] estimulando-o à autonomia, ao exercício dos direitos e deveres, às habilidades com opção por atitudes mais saudáveis e ao controle das suas condições de saúde e qualidade de vida” (BRASIL, 2015, p. 25). Em nosso entendimento suas ações encobrem o intuito de tornar o sujeito responsável por sua saúde, de torná-lo mais saudável e conseqüentemente mais produtivo ao sistema e gerar menos gastos futuramente ao Estado. Cargnin (2015, p. 92) amplia esse entendimento ao referir que, por meio do PSE,

os educandos são estimulados a assumir para si a necessidade de conduzir suas condutas e as dos outros conjuntamente com o Estado. Devem saber se autogovernar, devem ser capazes de gerir suas vidas de forma independente da possibilidade de provimento que o Estado futuramente possa disponibilizar.

Outro ponto importante a ser considerado e que amplia esta discussão em torno das significações do PSE, conforme evidenciado num dos trechos da fala, é o alcance além dos muros da escola pelas ações do PSE, em que ela fala como o Programa é importante para a comunidade e a família. A profissional compreende que as ações por ela executadas irradiam para além dos limites da escola, impactando a comunidade e os familiares dos educandos.

De fato, quando analisamos os documentos normativos do Programa, a questão da repercussão das ações é um dos itens que recorrentemente é referido, inclusive em uma das suas diretrizes: “Articular as ações do Sistema Único de Saúde (SUS) às ações das redes de educação pública de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos educandos e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis” (BRASIL, 2015, p. 7). O mesmo documento, ao tratar do envolvimento de pais e responsáveis na avaliação clínica, deixa explícito: “[...] parceria agrega o cuidador no olhar atento a possíveis sinais e sintomas de doenças e pode trazer **mudanças importantes e efetivas nos hábitos familiares**, como a alimentação, **impactando na comunidade como um**

todo (p. 16)” (sem negrito no original). Logo, a proposta de mudança de comportamento e de cuidado com a própria saúde apreendida pelo PSE se estende à família e à comunidade do entorno do educando. Essas reflexões acerca do PSE ajudam-nos a compreender o contexto (suas bases materiais) de atribuição de sentido, pois é dentro desse enfoque que as significações da profissional sobre o PSE se constituem. Ou seja, o PSE é entendido como uma estratégia inserida na escola, mas com impactos extramuros.

É importante explicitar ao leitor que as colocações que fizemos sobre o PSE, enquanto uma estratégia neoliberal, não anula totalmente a nosso ver suas potencialidades, enquanto um programa que visa à prevenção e à promoção à saúde, e por conseguinte, diminuir a ocorrências de agravos à saúde. Em sua fala, a enfermeira exemplifica em vários momentos a contribuição que o programa proporciona para sua prática profissional, como uma estratégia que vem a “acrescentar”. O que queremos ressaltar é que as produções subjetivas da profissional sobre o PSE estão atreladas às relações concretas objetivas de sua capacidade individual de registrar as experiências vividas, em um movimento dialético de subjetividade-objetividade.

Avançando ainda mais nesse movimento de análise e interpretação das falas para entendermos a constituição do particular na relação com a totalidade, chama-nos atenção nas narrativas a questão do vínculo ponderado pela profissional: “

[...] O infante até o juvenil não aparece aqui numa consulta para um diálogo, então essas atividades extramuro, nas escolas, é que é que vão me dar um **feedback da criança**, como ela está. [...] então, é **a única oportunidade** que eu estou tendo por mais que seja uma sala tumultuada com 60 crianças, mas você está vendo, você obtém algumas questões até comportamentais. [...] é o **único contato que eu tenho com essa criança**, além dos agentes, que eles trazem muitas coisas das crianças, mas é a escola que **me proporciona este contato mais direto com a criança**”.

Fica perceptível que a profissional tem o programa como o elemento que estabelece uma relação de vínculo entre a enfermeira e as crianças. Sinalizamos que a proximidade entre os dois setores, no que se refere a esse público, não estava estabelecida antes das ações do PSE. Então, questionamos: se não houvesse o PSE, este público seria atendido de que forma?

Percebemos, então, que a importância que a enfermeira atribui ao PSE decorre do seu entendimento sobre o programa, quanto aos vínculos proporcionados e ao público atendido. Essas ponderações realizadas pela profissional são, portanto, trechos de uma fala que carregam muitos elementos de sentido e que foram se gestando a partir da vivência histórica (simbólica e emocional) da enfermeira na atividade profissional. Nesse sentido, sua prática

profissional é mediada por condições não apenas objetivas, mas também subjetivas. Logo, a profissional significa o PSE como um programa que possibilita o contato mais direto entre a atenção básica e o público infanto-juvenil.

Para apoiar o nosso esforço de análise e interpretação, destacamos, ainda, uma fala da enfermeira, que evidencia como ela se sente ao desempenhar as atividades do programa: “**Bem, bem.** O bom é ver o resultado, ver ele vindo realmente, daí eu **me sinto bem**”. Neste trecho, parece-nos que os resultados das ações funcionam como geradores de sentimento, como que motivadores pelos quais está realizando as atividades do PSE. Sabemos que o PSE, enquanto uma demanda presente na Atenção Básica à Saúde, está inserido obrigatoriamente no cotidiano dos profissionais. No entanto, para Aguiar *et al.* (2009), a necessidade não dá uma direção clara à atividade do sujeito, ela apenas o mobiliza. A direção da atividade do sujeito, para atender as suas necessidades, ocorre no momento em que ele significa algo do mundo social como o motivo da sua ação.

Apesar de a agente de saúde narrar experiências e aspectos positivos do programa e afirmar que gosta dele, observamos que a contradição está presente em sua fala, pois alguns trechos estão carregados por sentimento de impotência e de frustração, que minam significações positivas sobre o PSE, como neste trecho:

Só que às vezes é **um pouco frustrante** quando só você quer ir fazer; as agentes de saúde eu não tenho que reclamar, mas, assim, médico e auxiliar não falam a mesma língua, **não estão na mesma empolgação que você.** Entendeu?

É um **desafio, eu acho, para gente**, porque a gente não dá conta de fazer tudo sozinha, a gente precisa de apoio, de ajuda. Para mim, assim, **é um pouco triste de ver que não vai obter esse apoio**, a gente luta, luta, mas [silêncio]...

Ao analisar os excertos acima, podemos inferir alguns aspectos. Primeiramente, a profissional sente-se frustrada por não conseguir apoio da equipe médica e dos técnicos de enfermagem para a realização das atividades, e isso acaba por deixá-la triste e também se converter em prejuízo, pois como ela mesma afirma, “[...] a gente não dá conta de fazer tudo sozinha, a gente precisa de apoio”. Entendemos que a frustração mencionada pela profissional se deve também ao fato de não conseguir executar as ações e por entendê-las como importantes para os educandos: “Eu acho que todos os pontos que estão abordados são muito importantes”. A esta frustração por sentir-se sozinha está agregada a problemática da falta de capacitação e a desorganização do PSE em âmbito local, como já denunciado nesta escrita.

Além do sentimento de tristeza, a enfermeira revela outras emoções que vão na contramão do reconhecimento assertivo que faz do programa, expressando-se incomodada e impotente, por exemplo, com a ausência de profissionais especialistas para saúde ocular e a falta de recursos financeiros para custear os óculos para os alunos:

Encontramos muitas crianças com dificuldade visual. Inclusive, algumas até conversando sentadas comigo, disseram que já tinha ido ao médico, mas não tinha como comprar os óculos. **Isso acaba com a gente**, nesse momento parece que o **nosso serviço não tem sentido: para quê que eu estou fazendo essa verificação? Mas está bom, a gente tem que fazer!** E orientar os pais da necessidade para o bom desenvolvimento dessa criança, né?

[...] eu tenho dúvidas que ele atenda [referindo-se aos objetivos], mas eu espero que sim. Algumas vezes a gente se vê em dificuldade por não alcançar a meta, a resolução. Então **se eu não alcanço a resolução, eu não alcancei o objetivo proposto pelo Programa**. Ele é muito bom, muito lindo, só que eu aqui sozinha eu **não consigo resolver tudo**. Eu preciso de outros parceiros. Eu identifico: e depois, o que fazer com essa criança?

Percebemos que a forma como a profissional significa as ações do PSE está carregado por afetos, evidenciados principalmente neste trecho “[...] Isso acaba com a gente”. Se, por um lado, ela sabe das finalidades de suas ações, da potencialidade de resolução de problemas, por outro se vê pressionada pela ausência de suporte para que suas ações tenham resolutividade real. Observamos o seu sentimento de impotência e empatia diante do sofrimento alheio, que lhe faz observar a ausência de sentido de seu fazer para o outro a quem oferece seu serviço. De algum modo, sente a dor do outro, em um sofrimento ético-político (SAWAIA, 2006), o qual é fruto da exclusão social, da desigualdade e da injustiça social: este sentimento “[...] revela a tonalidade ética da vivência cotidiana da desigualdade social, da negação imposta socialmente às possibilidades da maioria apropriar-se da produção material, cultural e social de sua época, de se movimentar no espaço público e de expressar desejo e afeto (SAWAIA, 2018, p. 106)”. No caso da agente, o sofrimento está associado às condições objetivas do programa, à vivência em sua atividade profissional, de ordem social excludente, que abrange os alunos. Logo, o sentir-se impotente em algumas situações, como nas ações de saúde ocular, revela o seu compromisso e empenho, ao mesmo tempo que denuncia os descompassos das condições objetivas (material, financeira, humana) do PSE.

A condição descrita pela profissional sobre suas ações não terem sentido, em alguns momentos, pela falta de resolutividade, sinalizam para um possível sofrimento ético na atividade profissional.

Consideramos que as falas da enfermeira evidenciam que suas significações acerca do PSE vêm sendo produzidas a partir de inúmeras mediações, de um conjunto de determinantes apresentados “[...] de forma complexa e contraditória, tensionado pelo afetivo e pelo simbólico e sempre apropriado parcialmente pelo sujeito” (AGUIAR, 2006, p.19). Ou seja, tendo em vista que objetivamos apreender a dimensão subjetiva do PSE, procuramos atentarmos para as significações (sentidos/significados), pois essas não se apresentam de forma linear como resposta a perguntas, mas mediadas por aspectos que precisam ser aprofundados para conhecimento de sua gênese e processo de constituição. Para tanto, os núcleos de significação nos permitiram, por meio das expressões, revelar a subjetividade social, na medida em que também revelam aspectos da realidade em que o indivíduo se encontra.

6.2 ANÁLISE DOS NÚCLEOS DE SIGNIFICAÇÃO DO AGENTE DA EDUCAÇÃO

Esta subseção abrange a análise dos Núcleos de Significação relativos à entrevista com o agente de educação, quanto à execução do Programa Saúde na Escola (PSE), conforme o quadro 3.

6.2.1 Núcleo 4: Olhar sobre as condições objetivas do PSE em meio aos entraves da (des)informação

Este Núcleo também se apresenta como fundamental para a análise que objetivamos, visto que trata das condições objetivas do PSE à luz da particularidade de um profissional da educação, que está à frente das ações do PSE em uma escola rural municipal. Durante este processo, observamos que as falas carregadas de significação convergiram para sentidos que revelam a precariedade no repasse de informações como o elemento principal, “desencadeador” de descompassos na execução das ações do PSE na realidade de uma escola específica. Os indicadores que compuseram o Núcleo estão articulados por conteúdos temáticos relacionados à insuficiência de capacitações, à atuação isolada e pontual da escola nas ações e à desinformação sobre o funcionamento e diretrizes do PSE vividos/significados pelo agente educador. Os indicadores são: a capacitação existe, mas é insuficiente: “assim, o básico”; A presença/ausência do setor saúde nas ações do PSE; A (des)informação sobre os recursos financeiros; O papel da escola e da saúde no âmbito do PSE: isso é intersetorialidade?

O agente, enquanto profissional responsável pelo PSE na escola em que atua, não

recebeu as informações adequadas e pertinentes para se apropriar das diretrizes e princípios que regem o programa. Sem dúvida, a insuficiência de informações repercutiu negativamente no desenvolvimento das ações do PSE na escola e está atrelada às significações expressas por esse profissional. Para sustentar o que afirmamos, vejamos as seguintes falas:

Só **algumas informações superficiais**, só a responsável na SEMECE, que é [nome], passou as informações que **nós temos que executar essas ações e dentro do prazo do decorrer do ano e preparar um relatório e enviá-lo** com todos da escola, direção, vice-direção; ela fez essa informação desta forma para os supervisores e orientadores que eu participei da mesma reunião [...].

Em fevereiro que eu **comecei a receber informação, assim, o básico**. Daí, começamos a executar as ações. Então, comecei **a receber as informações básicas** para a gente poder trabalhar as ações das escolas. No entanto, **algumas informações ficaram pendentes** [...].

A partir dessas falas fica evidente que a capacitação oferecida aos profissionais está aquém do necessário, pois não oportunizou suficientemente informações sobre como executar e sobre o registro das ações; não definiu quais os agentes envolvidos, os papéis de cada um — escola e saúde —, o trabalho intersetorial, a responsabilidade das equipes de saúde de cada escola e o registro das ações. O profissional ressalta, ainda, que, durante uma das capacitações, ocorrida possivelmente no início do ano de 2018, foi informado que os agentes escolares seriam os responsáveis por executar as ações, mas não foi mencionada a corresponsabilidade do setor saúde. Em síntese, é o que se observa neste trecho: “Aquela do início do ano **não foi suficiente, essa deixou a desejar** [sobre as capacitações]. Deixou a gente como se fôssemos executar, então faltou informação [...]”. Sobre essa constatação é oportuno destacar a dissonância com o proposto nos documentos oficiais:

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 educação. O programa prevê a responsabilidade dos ministérios em subsidiar a formulação das propostas de educação permanente dos profissionais de saúde e da educação básica para implementação das ações do PSE. [...] A parceria entre educação e saúde desenvolve estruturas de formação e materiais didático-pedagógicos que atendem às necessidades de implantação das ações (BRASIL, 2011, p.18).

Sabemos que os marcos legais são os guias orientadores de uma política pública; assim, espaços educativos e informativos ofertados aos envolvidos na implantação de uma Política Pública são condições indispensáveis para sua operacionalização efetiva,

cumprimento de metas e alcance dos objetivos, bem como a frequente atualização dos profissionais. Logo, a situação significada a partir da fala do agente deixa explícito sua pouca intimidade com o processo de funcionamento do PSE e a precariedade de uma formação específica; ou seja, revela insuficiência no processo de capacitação. Essa constatação que, a nosso ver, é de extrema pertinência, pois supomos que quem está à frente do programa, ainda, não tem se apropriado do conhecimento adequado para ocupar a função. Além disso, o repasse de informações equivocadas aos profissionais provocou entraves e descompassos na execução das ações, como veremos no decorrer dessa escrita.

Em paralelo ao contexto da desinformação, o profissional denuncia o atraso no envio do calendário das atividades, vejamos:

[...] nós recebemos agora em pleno mês de setembro, dia 28, **o calendário que deveríamos ter recebido no início do ano**, com cada equipe responsável. Esses temas foram falados e nós anotamos, **não foram recebidos por escrito memorando** ou uma lista de temas, e aí, depois que nós anotamos e começamos a executar, e as mesmas ações que anotamos vieram para a gente executar.

Acreditamos que a situação apresentada sinaliza, também, para a falta de planejamento e organização da gestão do PSE, ou seja, do GTI-M, e lança luz sobre outro elemento: a ausência de participação dos agentes escolares na definição dos temas a serem trabalhados nas escolas.

A publicação da Portaria nº 1.055, de 25 de abril de 2017, gerou uma reestruturação do desenvolvimento do PSE nos municípios brasileiros, e uma das mudanças foi referente ao ciclo de adesão. O Art. 6º do documento diz que “[...] a adesão ao PSE, pelos estados, Distrito Federal e municípios, terá duração de vinte e quatro meses, com abertura para ajustes das informações e do Termo de Compromisso após doze meses do início da respectiva vigência” (BRASIL, 2017). Até então, o ciclo de adesão era de um ano; a partir de abril de 2017 passou a ter a duração de dois anos. O município pactua as doze ações e outras, se quiser incluir, para serem desenvolvidas em cada ano do ciclo.

A Portaria n. 2.706, de 18 de outubro de 2017, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017b), lista os municípios que finalizaram a adesão ao PSE e faz a menção de que em 30 de junho de 2017 foi finalizado o período de adesão ao Programa Saúde na Escola para o ciclo 2017/2018. Logo, desde o segundo semestre de 2017, o município estava aderido. Entretanto, conforme a fala do educador, a programação do ciclo 2017/2018 foi realizada somente a partir de abril de 2018. Conforme o Manual Técnico de Adesão e Desenvolvimento das Ações do

Programa Saúde na Escola, “[...] a adesão ao PSE significa o compromisso em planejar intersetorialmente a realização de 12 (doze) ações com os educandos, que já fazem parte do PSE, dentro ou fora da escola, considerando indicadores de saúde e de educação [...]” (BRASIL, 2018, p. 8).

Se no momento da adesão ao Programa são selecionadas as escolas contempladas pelas ações do PSE e definidas as temáticas a serem executadas, então, desde o segundo semestre de 2017, já estavam afirmadas a participação destas escolas no PSE e as ações a serem executadas. Por conseguinte, o repasse do calendário das temáticas e das equipes de saúde somente em setembro de 2018 revelam a ausência ou a precariedade de comunicação e planejamento entre o GTI-M e os setores da saúde e educação.

Ainda sobre planejamento, quando lançamos luz à participação do setor educação na definição dos temas, estamos considerando que a escola em questão não participou deste processo. A situação se deu na contramão das diretrizes do programa e evidencia uma postura passiva da escola, pois as temáticas a serem trabalhadas foram definidas sem levar em conta as prioridades, informações de saúde, educação e assistência social, localmente, principalmente por ser escola rural. O documento orientador de monitoramento corrobora o planejamento intersetorial, pois se entende que o planejamento “[...] deve apontar qual o conjunto de ações a ser realizado em cada escola, considerando os níveis de ensino e indicadores como: evasão escolar, violência (dentro e fora da escola), motivos da baixa frequência, se a escola é prioritária na adesão ao PSE, as doenças prevalentes [...]” (BRASIL, 2018, p. 9). Para aumentar os resultados favoráveis à saúde dos educandos, os profissionais de saúde responsáveis pela escola, e os profissionais de educação da escola, com o GTI-M, podem definir o leque de ações a ser desenvolvido, tendo em vista a ação de combate ao Aedes, por exemplo, que é exigência para todas as escolas aderidas, os indicadores locais, o que parece não ter sido seguido na realidade estudada.

Situação semelhante foi averiguada no estudo de Santos (2017), que, ao analisar aspectos sobre a participação da escola no planejamento dos temas e prioridades no PSE, verificou também que a escola não participa deste processo. Para o autor, as ações de saúde escolar devem ser baseadas em diagnósticos locais, com investigação de demandas e temas pertinentes à comunidade escolar, aos escolares e à comunidade, de maneira mais ampla, pois, “[...] do contrário, essas ações podem implicar em intervenções pontuais, sobre conteúdos afeitos a questões nosológicas do momento e atividades preventivas, de cunho meramente informativo e coercitivo” (p. 71).

Outro elemento que está intrinsecamente relacionado à superficialidade das informações foi o desconhecimento sobre a participação da equipe da saúde na execução das atividades na escola. Por consequência, as ações foram executadas somente pelos agentes escolares. A constatação é incompatível com os marcos legais do Programa, principalmente no que se refere à intersetorialidade. Vejamos o dito em algumas falas:

[...] a pessoa responsável na Secretaria, para isso, passou as informações que **a gente deveria executar as ações, os relatórios deveriam ser feitos e encaminhados** e ela mandaria para Porto Velho [sede do GTI Estadual], **mas, jamais, ela especificou** que deveria ser acompanhada [ações] por um profissional da Saúde.

É bom e complicado ao mesmo tempo, porque são 12 ações pactuadas, então elas têm que ser executadas. O ano passado eu **fiquei um pouco perdido porque só foi orientado que tinha que executar, mas na realidade tem que ter o grupo de trabalho, né?** O grupo de trabalho da saúde envolvido com isso, e a escola tem que ceder o espaço, e os alunos apoiar e dar suporte. No entanto, **o grupo da saúde [é] que tem que estar presente, fazendo trabalho. Então foi bastante prejudicado.**

[...] eu questioneei a questão da saúde por a gente fazer essa parte, meu Deus, como? **E só agora chegou a informação para a gente** [...] que precisa estar sendo acompanhado pelo profissional de saúde escalado para aquela escola, todas as ações, e na realidade **não é escola exatamente que executa essa ação** [...].

É manifesta nos marcos legais do Programa a prerrogativa do trabalho intersetorial entre saúde e educação, desde o planejamento até a execução das ações: “[...] as temáticas a serem trabalhadas pelo PSE devem ser debatidas em sala de aula pelos professores, assessorados/orientados pelo pessoal da saúde ou diretamente por profissionais de saúde previamente agendados e com o apoio dos professores” (BRASIL, 2011, p. 13). O profissional aponta em sua fala que “ficou perdido” diante da informação da tarefa do executor. Apreendemos como significação o descontentamento do agente diante da precariedade do vínculo entre escola e eSF, especialmente diante da “surpresa” sobre suas atribuições no Programa.

Tal situação, ao que parece, não é exclusiva da realidade escolar deste educador, pois em outra narrativa há o apontamento da falta de apoio também em outras escolas:

A equipe da saúde **não oferece** apoio, nem para [nome da escola] nem para as outras escolas, porque tem um calendário por cada setor, e a gente observa que os palestrantes que foram fazer as palestras são profissionais da própria educação ou profissionais afins, que tinha domínio, **então o profissional da saúde não estava presente**. Portanto, **não há interação, não há esse apoio,**

e até então a gente não cobrava, eu praticamente não ia atrás [...].

Diante de tal situação, salientamos que a execução das ações dentro da escola, por meio de parcerias, não sucumbe a presença do profissional da eSF no contexto do PSE. Além disso, corrobora novamente o nosso entendimento de que faltou formação inicial aos profissionais das duas áreas, realizada por pessoas capacitadas e pautada nas diretrizes do Programa. A articulação das equipes de atenção básica com os profissionais de educação é prerrogativa básica, de modo a possibilitar a sustentabilidade das ações, sem prejuízo às competências próprias de cada área, bem como de suas estratégias de atuação técnica por excelência.

Diante da ausência do envolvimento dos profissionais da saúde, outro ponto negativo que emergiu, segundo a fala do profissional, foi a ausência de registro das ações no sistema. Vejamos:

Para que **essa ação ter validade**, dentro do sistema Federal, **ela teria que estar registrada** [...]. No entanto, **essa informação não chegou para a gente**. [...] **ações foram executadas e não foram registradas** no sistema com o INEP da escola, então praticamente o que nós executamos serviu apenas para a comunidade e para os alunos, mas a escola ficou devendo para o governo federal, **não está como executado**. Simplesmente foi executado uma ação. Esta o profissional da área veio, que foi a desverminação, aí essa acredito que ela lançou no sistema. Só que ela não solicitou da gente o INEP da Escola para registrar [...].

Os pontos positivos são as ações executadas. Os pontos negativos foram **a falta de informação do profissional** que está só para executar essa função lá, para que ocorresse tudo belezinha; e outro ponto negativo que eu acho, também, é o município está devendo ao governo federal a informação dessa execução, **porque o profissional da saúde não estava assistindo**, eu acho um ponto negativo também, houve esse desencontro.

Notamos que ele dá um peso negativo à ausência de registros, pois as ações foram executadas, porém não foram lançadas, como se a escola não tivesse realizado nenhuma atividade. Está previsto no art. 11 da Portaria n. 1.055 (BRASIL, 2017a) que “[...] o registro das informações sobre as atividades desenvolvidas no PSE será efetuado e atualizado no sistema de informação da Atenção Básica pelos profissionais da saúde ou pelos gestores responsáveis pelo Programa no âmbito do Distrito Federal e dos municípios”. Logo, cada município deve ter profissionais da saúde com a função de registrar e enviar os dados pelo sistema das ações desenvolvidas por cada escola, sob o prejuízo de não receber o incentivo financeiro. O monitoramento das ações é feito ao final de cada ano do ciclo, em que uma

comissão interministerial constituída intersetorialmente entre Saúde e Educação Federal informa o balanço do monitoramento realizado a partir das informações registradas e enviadas no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB).

Ainda, cabe destacar que todas as ações (doze) elencadas pelo Programa devem ser realizadas; no entanto, não necessariamente em todas as escolas do município. O município que não registrar nenhuma ação do PSE ou que registrar apenas um tipo de ação permanecerá aderido ao ciclo, porém não fará jus ao incentivo financeiro no ano seguinte. Pela Portaria nº 2.706 (BRASIL, 2017b), que habilita os municípios ao recebimento do teto de recursos financeiros pactuados em Termo de Compromisso para o ciclo 2017/2018, o município estudado consta como um dos contemplados financeiramente. No entanto, segundo o agente, o município não fez o registro das ações, possivelmente não recebeu o incentivo financeiro do segundo ano do ciclo do PSE (2018), o que sem dúvida gera o descrédito do Programa por quem está executando as atividades e sentimentos negativos, como veremos posteriormente no segundo Núcleo de Significação.

Ainda no viés da discussão sobre o repasse de recurso financeiro ao município, nos chama atenção que o agente da educação desconhece tal fato, como ilustrado na fala a seguir:

[...] eu **achava que não tinha recurso próprio** para isso lá na Secretaria de Saúde, e aí **por falta de informação**, porque às vezes a gente, por não estar lá encabeçando, a gente não sabe. Quem está encabeçando tem essa informação, **poderiam ter informado para a gente**: “— Vocês busquem porque tem recurso, ninguém vai estar indo lá de graça.”

As falas do profissional revelam explicitamente o desconhecimento sobre a existência de incentivos financeiros aos municípios aderidos ao PSE e uma certa indignação por não ter sido repassada tal informação anteriormente. O fato se agrava com as condições precárias nas quais as ações são executadas:

As ações aqui na escola **a gente não recebe recursos**, no entanto a gente como pedagogo **sempre dá aquele jeitinho** brasileiro de não gastar, busca outro colega de trabalho [...]. Os custos são mínimos; quando é na hora de apresentar um teatro de fantoche, a gente pega TNT, faz um cercado, **a gente usa os recursos da escola mesmo**, microfone e caixa de som da escola mesmo, e o espaço da escola, apesar de ser ruim para nossa escola, que não é tão aconchegante, por ser pessoas simples, a nossa comunidade é simples, **todo mundo fica satisfeito**.

O profissional denuncia alguns obstáculos que dificultam a execução das ações, a escassez de recursos financeiros e as condições de infraestrutura da escola. Para ele a escassez

de recursos financeiros não se constitui em um fator limitante para sua atuação no Programa, pois é contornada com a utilização de estratégias, “o jeitinho brasileiro”. No entanto, cabe problematizar, ainda que brevemente, que as condições de infraestrutura da escola e a indisponibilidade de materiais de apoio podem ser fatores limitantes para os processos de ensino e de aprendizagem, e que essa “satisfação” dos alunos pode traduzir o pouco acesso a outras estratégias pedagógicas. Compartilhamos com Satyro e Soares (2007) que a deficiência de infraestrutura nas escolas pode influenciar significativamente a qualidade da educação. A inexistência de bibliotecas, de ambientes para a prática esportiva e de laboratórios, a ausência de livros didáticos, de materiais pedagógicos e de leitura, além das limitações e inadequações de estrutura predial são fatores que influenciam diretamente no desempenho dos alunos.

Também nos chama atenção o fato de ele pontuar em sua fala que a aceitação da realidade imposta se deve à condição das pessoas, por serem “simples”, no sentido de “pouco exigentes”, provavelmente. Infelizmente presenciamos uma tendência dominante, no País, em considerar as pessoas que vivem na zona rural como parte atrasada e fora de lugar (CALDART, 2004). Consequentemente as escolas do meio rural tendem a sofrer essa marginalização, como se a geografia fosse o fator regulador da qualidade da educação, e os alunos destas escolas não tivessem o mesmo direito à educação como os alunos que moram nas cidades.

No imaginário da sociedade, ainda é presente a dicotomia entre escola do campo e da cidade. A escola do campo ainda prevalece com a “[...] imagem da escolinha das primeiras letras, aquela escolinha sem infraestrutura, que cai ou não cai, onde possui uma professora que quase não sabe ler, onde ensina alguém a saber quase nada” (BONANN, 2015, p. 10). Assim, para além de concepções e práticas preconceituosas, o aluno da escola do campo também tem o direito ao saber, ao conhecimento, à cultura produzida socialmente e todo o aparato pedagógico que contribua para a qualidade do ensino ofertado.

Ao que nos parece, uma reunião que ocorreu no mês de setembro de 2018 representou uma importante mudança na compreensão da dinâmica do agente acerca do PSE, inclusive sobre o papel da equipe de saúde nas escolas, ou seja, elemento de peso para apreendermos o movimento de significação da realidade pelo sujeito:

[...] **Só agora chegou a informação para a gente**, o pessoal do Estado responsável por isso vieram para dar uma palestra na sexta-feira, que eu não fui, mas mandei um representante, pois eu não poderia ir. A pessoa que me representou me passou **que precisa estar sendo acompanhado pelo profissional de saúde escalado para aquela escola para realizar as ações, e na realidade não é escola exatamente que executa essa ação**. A gente

acaba fazendo um trabalho que alguém recebe lá por isso, porque vem recurso, e o profissional escalado às vezes recebe por produção daquela ação que ele vai executar. Inclusive **tem recurso do município, que eu não sabia, que é para trabalhar obesidade. Eu não sei como é aplicado, nem qual é a maneira que deve ser feito com esse dinheiro**, até inclusive essa semana ainda eu quero ir lá com a pessoa responsável na SEMECE para sentar para ver esse recurso, qual o destino dele e qual a função, pois temos alguns alunos com tendência obesa [...].

O profissional, por várias vezes durante a entrevista, se remete a essa reunião como esclarecedora de vários pontos do Programa, que estavam enublados, como se existisse para ele “um PSE antes da reunião e um PSE depois da reunião”. A partir do mencionado na fala acima, como em outras já discutidas, interpretamos que a integração entre profissionais da saúde e da educação, tão presente nos documentos, na prática estava ausente até aquele momento. Todavia, apesar da constatação representar a existência de descompassos, a fala do profissional carrega significados que sinalizam para possíveis rupturas e um movimento de mudança e superação de equívocos do Programa local, conforme expressam os trechos abaixo:

[...] a gente vai acompanhar, fazer realmente o que é para **escola fazer: dar apoio e ceder o espaço para saúde**. Aí, aglomerou mais pessoas, é mais fácil da Saúde fazer o trabalho preventivo [...].

[...] a escola **cede o espaço, cede os alunos, organiza e o profissional executa, porque a saúde é feito pela saúde, a educação é feita pela educação**, a educação não pode fazer saúde, porque aí a gente está abrangendo uma área que não é de domínio da gente.

Nós temos essa rotina: **acompanhar e verificar** o que já foi feito, **fazer os relatórios** que precisam ser executados, **tirar fotos nas ações** para se comprovar através dos relatórios. E aí, eu **passo o que cabe ser comprovado** pelos relatórios. O pessoal da **Saúde está envolvida na execução**, eu tiro foto, faço relatório, **conto quantos participaram** e eles passam estas **informações para o sistema da saúde** para conhecer, e também nós temos que **informar esta parte para o técnico responsável na SEMECE**, a quantidade e a ação que foi desenvolvida [...].

A parceria intersetorial, como um dispositivo do PSE, surge nas significações produzidas pelo educador de forma contraditória, pois ainda que o profissional fale em planejamento conjunto, na prática entende que a educação só cede o espaço, e que o setor da saúde é o responsável pelas atividades executadas.

Parece não observar que se trata de educação em saúde e, portanto, há um imbricamento entre saúde e educação. A escola não vê a rede básica de saúde como parceira

para o trabalho educativo e nem para a assistência às crianças e suas famílias. Apesar de serem instituições de cunho educativo, cada uma com suas especificidades, mas se funcionassem de forma articulada, com certeza seriam mais efetivas, principalmente no atendimento às pessoas mais vulneráveis .

Em outro momento, após a reunião com o GTI-E, a questão do planejamento conjunto ganhou notoriedade. Apesar de a área de saúde ser mencionada como executora das ações do Programa, há a indicação de um planejamento conjunto, aspectos que convergem à proposta intersetorial, como podemos averiguar explicitamente nesse trecho da entrevista:

Para o ano que vem a gente não deverá planejar essas ações e executar. A gente deve dialogar com o representante da escola na saúde e ele juntamente com a gente vamos planejar as datas e os temas, ação a ser trabalhada, e **a gente organiza o espaço e as pessoas para que eles executem as ações.**

Para Junqueira (2000, p. 42), a intersetorialidade pressupõe a “[...] articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar efeito sinérgico em situações complexas visando o desenvolvimento social, superando a exclusão social”. Constitui uma nova forma de planejar, executar e monitorar, ou seja, nova concepção sobre o atuar nas práticas e na cultura das organizações públicas.

Assim, por meio da intersetorialidade, o PSE objetiva provocar mudanças no fazer saúde e educação, com um modelo de atenção à saúde escolar que compartilha demandas observadas pelos agentes de educação. Entendemos, pela fala o educador, que a ausência de assistência em saúde na educação não decorre da falta de propostas, mas sim por falta de apoio de outras áreas, como da saúde.

A partir do esforço de ultrapassarmos a aparência do discurso em busca de revelarmos possíveis mediações que constituem a dimensão subjetiva, inferimos que o desafio central que se apresenta no modelo intersetorial desta realidade local é a superação da fragmentação, tanto no planejamento como nas responsabilidades pelos impactos das ações, pois falta reciprocidade e sinergismo entre saúde e educação. No entanto, é inequívoco que o discurso do agente revela um movimento de significação que diz respeito às mudanças de significado e de sentido, e estes são expressões de um constante movimento do pensamento, que está por trás do não dito ou expresso por palavras.

Segundo a visão sócio-histórica, a realidade objetiva está em constante transformação, há sempre movimentos contraditórios de várias dimensões de superação entre o velho e o

novo para resultar em transformações. A compreensão da historicidade dos processos que constituem o sujeito e os fenômenos sociais está na base da constituição da subjetividade. Ou seja, as características da dimensão subjetiva da realidade têm suas raízes em mediações históricas e sociais. É exatamente a partir do movimento de transformação constante e dialético entre o objetivo e o subjetivo que nosso pensamento e nosso modo de agir passam por mudanças. O processo de significação é marcado por uma processualidade constante. Do mesmo modo acontece com o sentido do PSE para o agente da educação participante desta pesquisa.

6.2.2 Núcleo 5: A contradição entre o “peso” e as positivities das ações

Este Núcleo é constituído pelos seguintes indicadores: A diversidade de atividades da escola *versus* a falta de planejamento das ações: “fica muito pesado”, “se eu tivesse mais tempo”, “você tem Ns coisas programadas para ser atendidas”; Sentimento de culpa e falha diante da desinformação; A relação afetiva com o PSE: a motivação que vem dos resultados; A relação afetiva com o PSE: o gostar, o sentir-se útil e o jeitinho brasileiro; A relação afetiva com o PSE: sentimentos que reverberam da experiência docente.

Este Núcleo tem o objetivo de articular as significações do profissional referentes ao “peso” das ações para o cotidiano escolar e contraditoriamente a importância e o “gostar” das ações. Para Aguiar e Ozella (2001, p. 231), os núcleos “[...] devem expressar os pontos centrais e fundamentais que trazem implicações para o sujeito, que o envolvam emocionalmente, que revelem as suas determinações constitutivas”.

Assim, narrativas que compõem esse Núcleo não devem ser consideradas isoladas, mas atreladas com os conteúdos do primeiro Núcleo, pois a partir das condições objetivas, que compõem a trilha das particularidades históricas e sociais e sua relação dialética com o sujeito, podemos nos aproximar e teorizar as significações expressas por ele. Logo, queremos explorar nesse momento que devemos considerar a indissociabilidade entre objetivo e subjetivo e entre afetivo e cognitivo, ou seja, a contradição presente entre as manifestações afetivas (sentimentos e emoções) na relação dialética do homem com o social e a história.

O estudo da dimensão subjetiva da realidade está atravessado pela afetividade. Para Vigostki (2001, p. 16), “[...] a separação entre a parte intelectual da nossa consciência e a sua parte afetiva e volitiva é um dos defeitos radicais de toda psicologia tradicional”. Sobre isso, um dos primeiros elementos a ser destacado é que, durante a narrativa, o profissional deixa explícito o “peso” das atividades do Programa na dinâmica da escola. A diversidade de coisas

já programadas e a falta de tempo diante das atribuições do agente educacional deixa-o com um sentimento de culpa por não ter buscado mais informações sobre o funcionamento do Programa:

Então às vezes essa semana que foi colocada para as ações **você tem as coisas programadas para ser atendidas, fica um pouco desconfortável na vida da escola, da pedagogia em si**. No nosso caso, ficou um pouco desconfortável, nos anseios de execução dos planos de trabalho **que você faz desde janeiro e fevereiro**, e o Programa Saúde na Escola só vem fazer a programação das datas **a partir de abril. Aí é doído!** Pois deveria ser iniciado também em conjunção, no início de fevereiro.

Se eu tivesse mais tempo para destinar a esta ação, teria maior disponibilidade para pesquisar, e haveria sim uma possibilidade de melhora nas ações, como esse ano nós executamos; **se tivesse a disponibilidade de mais tempo** para ação, poderia ter saído até melhor.

Eu por mais que eu gosto de me informar, na **escola é muito serviço** a parte toda de documentação, de estruturação da escola, como PPP, Regimento. E nossos projetos e **ações ficaram tudo por minha conta**, então, e ainda tem o dia a dia, **fica muito pesado**, e eu não busquei por minha conta, **isso foi uma falha minha**.

Nos trechos acima, temos exemplos de palavras que contêm significações que evocam discussões sobre a função da escola e seu excesso de atividades, a falta de planejamento das ações e as múltiplas atribuições dos profissionais da educação. Quanto ao primeiro aspecto, compartilhamos com Vigostki o entendimento de que a escola tem importante contribuição social no sentido de disponibilizar às futuras gerações o conhecimento produzido historicamente:

A educação deve desempenhar o papel central na transformação do homem, nesta estrada de formação social consciente de gerações novas, a educação deve ser a base para alteração do tipo humano histórico. As novas gerações e suas novas formas de educação representam a rota principal que a história seguirá para criar o novo tipo de homem (VYGOTSKY, 2004, p. 9).

A necessidade de transmissão e de acesso ao conhecimento permitiu que, ao longo da história, a escola ganhasse *status* de uma das instituições mais importantes dentro da sociedade (MIRANDA, 2017), variando de função conforme a época, e hoje responde a uma demanda imposta, ainda que enevoada, pela classe dominante. Para subsidiar o que queremos defender, recorreremos a Saviani, para o qual a instituição escolar possui o papel de socializar o saber acumulado historicamente, ou seja, levar “[...] ao saber elaborado, e não ao conhecimento espontâneo; ao saber sistematizado e não ao saber fragmentado; à cultura

erudita e não à cultura popular” (SAVIANI, 2000, p. 19).

Neste sentido, é notório que as significações da fala do agente apontam para o sufocamento do espaço escolar diante das inúmeras atribuições. Sobre isso, aproximamo-nos da ideia de Alves (2006, p. 230) de que, na escola, há “[...] um cabedal de funções sociais que a sociedade vem incorporando ao estabelecimento escolar e que este, desprovido das condições adequadas, tem começado a realizar precariamente”. Na atualidade a escola tem sido considerada uma instituição onde se deve trabalhar com variáveis como saúde, alimentação, direitos, etc., tendo em vista o desenvolvimento pleno do cidadão.

Podemos inferir que a expressão apresentada pelo educador— “Ns coisas e aí fica pesado” — reflete o contexto das políticas educacionais atualmente no Brasil. Em nome da globalização e da ideologia neoliberal, organismos internacionais passaram a ditar os rumos das políticas econômicas e sociais dos países em desenvolvimento, incorrendo em grandes alterações na função da escola e na sobrecarga de atribuições aos profissionais (REIS; SOUZA, 2015). Portanto, pela lógica neoliberal, o PSE se apresenta como uma atividade e estratégia para atuar no social, pois “[...] privilegia a dimensão educativa do cuidado à saúde, do cuidado de si, do outro e do ambiente” (BRASIL, 2013, p. 9).

Para o Programa Saúde na Escola, o âmbito escolar é visto como um espaço privilegiado para prover ações e serviços ao escolar.

[...] a escola tem uma importante relação com a família dos alunos e desempenha papel de destaque na comunidade. Por isso, ela pode ser uma grande referência e influenciar práticas políticas, atitudes de alunos, professores, outros profissionais de educação e de saúde e seus familiares. Devido a todos esses fatores, o setor Educação é um aliado importante para o setor Saúde [...] (BRASIL, 2007, p. 35).

Apesar de compartilharmos esse entendimento, pensamos a escola enquanto instituição que deve ter a função social de promover a apropriação de conhecimentos a partir do saber sistematizado e relacionamos a posição que ocupa na sociedade capitalista atual. Vemos que há inversão da função da escola para servir às demandas do modo de produção vigente. Ora, se o PSE, como já abordado por nós, faz parte do rol de estratégias neoliberais, a sua finalidade, mesmo que escamoteada, é de servir ao capital. Logo, a aproximação saúde e educação é uma estratégia de minimização de riscos para os indivíduos, tornando-os mais produtivos e competitivos nos “novos tempos”.

Para a discussão que estamos fazendo, é importante lembrar que, frente à incorporação de programas na escola, existe uma política educacional influenciada por fatores

socioeconômicos, políticos e culturais, que exigirá das instituições uma gama de atividades pedagógicas, administrativas, financeiras, materiais e de recursos humanos (CARGNIN, 2015). A escola, em seu compromisso com o ensino, age na formação para a cidadania, na responsabilidade social, na prevenção de riscos e nas práticas assistencialistas, atrelada ao pensamento político, econômico e social do tempo atual.

[...] os educandos deparam-se com outros personagens (pedagogos, médicos, enfermeiros, psicólogos, entre outros profissionais), possuidores de diferentes/outros saberes (discursos), que irão mobilizá-los com novos conhecimentos, na maioria das vezes, conforme o Estado determina. Essas outras relações de *saber* e *poder* que vêm conjuntamente com esses profissionais conduzem, dirigem, condicionam a conformação de novos comportamentos para que futuramente se tornem mais produtivos (CARGINI, 2015, p. 105).

Enfim, o que queremos problematizar e ressaltar é que, diante de um contexto no qual desembocam na escola inúmeros programas, ações e atribuições, devido à lógica do capitalismo, a configuração de um espaço de apropriação do conhecimento historicamente acumulado pode ficar secundarizada e impactar em prejuízo da qualidade do ensino, no acesso ao conhecimento elaborado e na sobrecarga de trabalho dos profissionais em prol de interesses neoliberais. Entretanto, entendemos que essa discussão, por ser complexa e extensa, deve ser aprofundada em outra ocasião. O que nos cabe, então, é afirmar que tais aspectos do plano objetivo devem ser apreendidos como elementos constitutivos da dimensão subjetiva da política pública em análise.

Paralelamente à diversidade de atividades na escola, o profissional também menciona a falta de planejamento das ações do Programa como um elemento desconfortável no cotidiano da escola. Para ele, o planejamento das ações do PSE e das datas das ações deveria ser realizado com o plano de trabalho da escola em fevereiro de cada ano, mas é disponibilizado só em abril. Essas considerações nos levam a afirmar que a escola não participa deste planejamento, as ações do Programa não estão inseridas no PPP; está ocorrendo um atraso evidente entre o momento da pactuação do Programa e o planejamento intersetorial das ações.

Ainda que essas considerações sobre os impasses na execução do Programa possam parecer simplificadas, acreditamos que nos oferecem elementos para afirmar que são geradores de significação e determinam os sentidos atribuídos à política e configurados a partir da relação contraditória entre experiências simbólicas e emocionais. Na perspectiva de que o sentido não é linear, vemos que ele não passa dos aspectos do mundo externo ao pensamento. Para González Rey (2004, p. 50), “[...] o sentido articula de forma específica o

mundo psicológico historicamente configurado do sujeito com a experiência de um evento atual”.

Valendo-nos dos pressupostos teóricos da Psicologia Sócio-Histórica, podemos dizer, então, que a relação do agente da educação com o PSE não é linear, mas contraditória e dialeticamente determinada, marcada por múltiplas tensões objetivas e subjetivas. Nessa perspectiva, mesmo que alguns trechos da fala evidenciem certo descontentamento com o Programa, em outros o agente educacional dá pistas de significações positivas, em que se mostra empolgado e comprometido com as ações e motivado com os resultados:

É bom, é gratificante [...]. Uma das questões que a gente discutiu bastante no debate foi a questão dos embutidos, dos enlatados, dos engarrafados, principalmente do refrigerante, da margarina, o nível de toxicidade que têm e **aí as crianças ficaram muito interessado nessa parte**. [...] quando a gente passou estas informações para os meninos, todas as comemorações que tinha na escola eles queriam trazer refrigerante, e esse ano já foi proibido de trazer pela nutricionista, **daí essa informação caiu bem, eles pararam de questionar por que não trazer?** Hoje eles trazem o litro, a garrafa pet, com o suco.

À tarde, com os alunos, fizemos debate, **foi maravilhoso o debate**, porque não foi gente de fora que veio, eu mesmo preparei com o meu conhecimento sobre nutrição [...] **achei que foi uma coisa maravilhosa** [...] as brincadeiras do fantoche chamou atenção maravilhosamente dos alunos **foi muito bom**. Então, assim, **o resultado para as pessoas foram ótimos**; agora, o resultado para o sistema, para sustentar o sistema lá em cima, foi negativo.

Eles veem assim: **eles participam, vejo que eles estão bem inteirados do assunto**. [...] sobre as ações no resultado das ações, a gente vê positiva porque, por exemplo, sobre a dengue: quando o pessoal da saúde vem, eles fazem uma atividade mais diversificada, mais voltada à diversão, só para lembrar, porque as crianças já dão opinião, eles já falam do mosquito [...] e o profissional só escuta. **Então, a gente vê o retorno. De todas as atividades desenvolvidas, eles estão integrados, antenados, participam** [...].

Essas falas que revelam um pouco da dinâmica das ações nos ajudam a apreender o movimento de significação do sujeito sobre o PSE; no entanto, reconhecemos que o pensamento não é traduzido totalmente em palavras. Mesmo partindo do significado das palavras ditas, concebemos que é necessário apreender o que está por trás dessas palavras (as motivações, as tensões, sentimentos), ou seja, as possíveis mediações que constituem a sua dimensão subjetiva, ou seja, a singularização das formas objetivas. Assim, podemos dizer que os motivos que impulsionam a ação do profissional e que são constituintes da atuação no Programa estão concatenados também com os resultados das atividades, o retorno e a

participação dos alunos nas ações desenvolvidas. cremos então que, no caminho de análise do pensamento, precisamos apreender os motivos e os afetos que estão por trás do discurso consciente. Segundo Vygotsky,

[...] para compreender a fala de outrem não basta entender as suas palavras — temos que compreender o seu pensamento. Mas nem mesmo isso é suficiente — também é preciso que conheçamos a sua motivação. Nenhuma análise psicológica de um enunciado estará completa antes de se ter atingido esse plano (VYGOTSKY, 2000, p. 130).

Nesta perspectiva, Aguiar *et al.* (2009) destacam que é em diferentes espaços sociais de atuação do sujeito que os motivos são constituídos e passam a ser geradores de sentido. A direção da atividade do sujeito para atender as suas necessidades ocorre quando fenômenos do mundo social são significados pelo sujeito, como o motivo da sua ação

Ressaltamos, então, que “[...] os motivos são elementos subjetivos profundamente implicados pela microgênese do sujeito, pela singularidade que o constitui na relação com o mundo; implicados, enfim, pela história da mediação afetiva dos sujeitos” (AGUIAR; SOARES, 2008, p. 227). Logo, destacamos, ainda, algumas falas do profissional, que evidenciam como ele se sente ao desempenhar as atividades do Programa, reiterando, assim, que a dimensão afetiva é fundamental no processo da produção de sentidos e significados (significação):

Eu gosto de trabalhar no PSE, é bom, porque você se sente bem quando você é útil, e aí a gente acaba se sentindo um pouco útil nessa parte.

As ações aqui na escola **a gente não recebe recursos**, no entanto a gente como pedagogo **sempre dá aquele jeitinho** brasileiro de não gastar, busca outro colega de trabalho [...]. Os custos são mínimos; quando é na hora de apresentar um teatro de fantoche, a gente pega TNT, faz um cercado, **a gente usa os recursos da escola mesmo**, microfone e caixa de som da escola mesmo, e o espaço da escola. Apesar de ser ruim para nossa escola, que não é tão aconchegante, por ser pessoas simples, a nossa comunidade é simples, **todo mundo fica satisfeito.**

Eu já trabalhei com alfabetização; quando você alfabetizar uma criança, que a criança começa a juntar as letras, eu não sei se a criança se sente mais feliz ou você. É assim que eu **me sentia feliz, me emocionava muito**. Isso aí que me faz continuar, não posso mais ficar em sala, **mas a gente procura fazer o trabalho da gente com carinho e com amor.**

Neste momento, mais uma vez resgatamos a nossa concepção de que os aspectos afetivos e cognitivos estão entrelaçados na vida concreta dos sujeitos. Compartilhamos o

entendimento de que a afetividade é um conceito amplo, pois engloba as emoções (de origem biológica) e os sentimentos (de origem psicológica), envolvendo vivências e formas de expressão mais complexas, desenvolvendo-se com a apropriação, pelo indivíduo, dos processos simbólicos da cultura, que vão possibilitar sua representação (LEITE, 2012). Nesta perspectiva, frisamos que é ao longo da história, na dialética entre objetividade e subjetividade, que a vivência afetiva e a vivência cognitiva do sujeito se imbricam para a constituição de sentidos. De forma mais precisa, “[...] os sentidos não são respostas fáceis, imediatas, mas são históricos” (AGUIAR *et al.*, 2009, p. 63), com valor afetivo e intelectual.

Fica evidente, na fala, que o profissional gosta e sente-se bem por desenvolver as atividades, como alguém útil. O sentir-se feliz está relacionado com fazer algo que deixe o outro feliz e ao mesmo tempo com perspectiva de utilidade. Nem mesmo a escassez de recursos financeiros impede que as ações sejam executadas, traduzindo empenho do profissional, “jeitinho brasileiro”. As considerações nos parecem suficientes para sinalizar que o “sentir-se útil” é um dos motivos que direcionam as ações no Programa, bem como é algo que satisfaz o agente e é um potente gerador de sentido.

O profissional trouxe à tona questões pedagógicas vivenciadas como professor em sala de aula, relacionando-as ao PSE, o que nos faz compreender que as significações produzidas acerca da experiência docente estão articuladas com as significação (sentidos/significados) constituídos sobre o Programa, como neste trecho: “[...] me sentia feliz, me emocionava muito. Isso aí que me faz continuar [...]”. Parece-nos que as falas supracitadas estão carregadas de conteúdos de sentido constituídos a partir da vivência social e histórica enquanto professor na atividade de alfabetização.

Portanto, num esforço analítico para identificarmos elementos significados pelo sujeito para o PSE, não podemos deixar de considerar que condições concretas vividas pelo agente enquanto professor o vinculam afetivamente ao PSE e se constitui como outro motivo impulsionador das ações do agente. Assim, em hipótese alguma podemos negar que toda vivência do sujeito é parte social constitutiva de si, do seu modo de pensar e sentir, ou seja, que é mediadora da sua subjetividade. Conforme colocado por Gonçalves e Bock (2009), a relação entre sujeito individual e os fenômenos sociais é marcada pela dinamicidade, em que os planos subjetivo e objetivo estão em constante interação, um constitui o outro, negando-o, afirmando-o, complementando-o. A partir desse movimento dialético é que entendemos a dimensão subjetiva do PSE como a interpretação e/ou construções subjetivas dadas ao Programa a partir de experiência e das condições materiais.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS: UMA POSSÍVEL E BREVE ARTICULAÇÃO INTERNÚCLEOS

Encaminhando para o final desta escrita, sentimos a satisfação da tarefa cumprida. Todavia, temos a clareza que a discussão sobre o tema não está esgotada, sendo uma empreitada de uma vida inteira. Com certeza, mediante a trajetória desta pesquisa, pudemos repensar e ampliar o entendimento sobre o Programa Saúde na Escola (PSE), a constituição de sentidos e significados e a noção de dimensão subjetiva, a partir de Vigostki e dos pressupostos da Psicologia Sócio-Histórica, concentramo-nos sobre as percepções subjetivas de desenvolvimento do Programa, envolvendo os campos de saúde e educação numa perspectiva de intersectorialidade.

Os fundamentos teóricos e metodológicos empregados nos possibilitaram conceber o homem como síntese de múltiplas determinações, constituído numa relação dialética com o ambiente e o meio sociocultural, sendo, ao mesmo tempo, único, singular e histórico. Destacamos que, apesar da sua singularidade, o homem carrega a totalidade social e a expressa por meio do pensar, agir e dos sentimentos. Tais pressupostos oportunizaram que trilhássemos um percurso pelo qual rompemos com simples descrição das falas dos agentes e avançamos para o desvelamento de mediações sociais e históricas, bem como de apreensão de significações produzidas pelos agentes da educação e da saúde, sabendo-se que as significações constituem a dimensão subjetiva do PSE.

Feitas tais considerações, a partir de agora, realizaremos a construção dos Internúcleos, com o intuito de realizar uma articulação totalizante das sínteses contidas nos Núcleos de Significação de cada sujeito e de aprofundar o objetivo proposto nesta pesquisa, que consistiu em nos aproximar, por meio da construção de Núcleos de Significação, da dimensão subjetiva do PSE, ao descrever pré-indicadores e sintetizá-los em indicadores sob a perspectiva da compreensão/apreensão das significações acerca de tal programa constituídas por um agente que atua na Secretaria de Saúde e outro que atua em uma escola municipal. Embora o estudo se concentre apenas sobre uma realidade de um município, apresentamos uma série de problemáticas e de perspectivas semelhantes às encontradas em outros locais, conforme comprovam os autores que embasaram as abordagens.

Aguiar e Ozella (2006, p. 243) afirmam que neste procedimento “[...] uma nova realidade surge, mais complexa, integrada, reveladora das contradições, movimento esse fundamental para a apreensão da constituição dos sentidos”. Trouxemos à tona e ao mesmo

tempo articulamos alguns aspectos que, ao terem sido significados pelos sujeitos, apresentam elementos históricos, contraditórios e particulares do modo de pensar, sentir e atuar — aspectos que atravessaram vários Núcleos de Significação, inclusive, e que nos aproximam das significações constituídas acerca do PSE.

Identificamos significações a respeito das condições objetivas do Programa (organização, planejamento e funcionamento), que permitiram nos aproximar do desvelamento das mediações e dos sentidos constituídos sobre o PSE pelos agentes, tendo em vista a relação dialética objetividade e subjetividade. A intersetorialidade, por exemplo, que deveria ser uma base de sustentação do PSE, apresentou-se de forma frágil em um momento e contraditória em outro, ao atravessar os Núcleos de Significação constituídos a partir das expressões da agente de saúde e do agente educacional. Apontamos significações que divergem entre os agentes. Enquanto o agente da educação relata que a intersetorialidade não está presente, a profissional sinaliza em sua fala que a atuação intersetorial existe:

[A equipe da saúde] **não oferece** apoio, nem para [nome da escola] nem para as outras escolas [...]” (agente da educação).

Então no começo do ano a gente tem que começar a se organizar com a escola, pois a escola também tem as atividades e seus afazeres. **A gente sempre senta com a orientadora ou supervisora da escola [...]**” (agente da saúde).

Observamos que para o educador há a falta conhecimento sobre o PSE quanto ao planejamento e execução das ações, que devem ser feitos intersetorialmente entre as áreas de educação e saúde. As capacitações para o Programa transpareceram insuficientes, inadequadas ou mal aproveitadas, em vista do entendimento de que era de responsabilidade de um só setor planejar e executar as ações, conforme os apontamentos do agente escolar. Entendemos que ele demonstrou uma significação de descontentamento e de “surpresa” diante da atribuição de planejamento conjunto recomendada pelo Programa e destacada durante a entrevista.

No entanto, no decorrer da análise, nos deparamos com um movimento de mudança de significação a este respeito: o agente relatou que houve a oferta de uma capacitação pela esfera estadual e que proporcionou maior entendimento para ele sobre como funciona o PSE, sobretudo por meio do trabalho intersetorial.

Dessa forma, ousamos inferir que a ausência de atuação intersetorial, revelada pelo educador, decorre do desconhecimento das diretrizes do Programa pelos gestores locais das

Secretarias de Saúde e de Educação no GTI-M, pois são eles os responsáveis por “[...] subsidiar a formulação das propostas de educação permanente dos profissionais de saúde e da educação básica para implementação das ações do PSE” (BRASIL, 2011, p. 11).

Com essa consideração estamos sinalizando que na trama das mediações, a desinformação se destacou com um dos elementos desencadeadores de vários impasses presentes na realidade local, bem como atravessou o processo de constituição de sentidos, ou seja, desvelamo-la como uma das principais mediações que constituíram as significações do profissional de educação. A desinformação acarretou, por exemplo, a ausência do setor saúde nas ações do Programa, na escola; a sobrecarga de atividades do agente; a ausência de registro das ações no sistema e, por consequência, o não repasse dos recursos financeiros.

No movimento de análise das falas do agente ficou explícito que o desconhecimento sobre a existência de incentivos financeiros aos municípios aderidos ao PSE gerou significações de indignação, pois há lamento do agente educacional, quando mencionou que a escassez de recursos financeiros e a falta de infraestrutura adequada dificultam a execução das ações. Entretanto, para ele essa condição não impede que as ações sejam realizadas, pois utiliza o que classifica como “jeitinho brasileiro”, que são adaptações de processos, sistemas e materiais para o atendimento a demandas, embora sem atingir os resultados no nível e da forma mais adequada.

No que se refere às significações da enfermeira, que atua no universo de proposição da Secretaria de Saúde, compreendemos que a trajetória longa de vivências com o PSE, desde a primeira pactuação do município com o governo Federal, oportunizou maior familiaridade sobre o processo de ação intersetorial. A agente de saúde fez referência ao planejamento intersetorial de ações entre a saúde e a escola, evidenciando que é uma das ferramentas que utiliza para a execução de suas atividades tanto enquanto membro de GTI-M como de eSF. No entanto, é oportuno destacar que, quando se analisa as experiências relatadas, a concepção intersetorial da agente não contempla, ainda, todas as premissas da proposta ministerial. Apreendemos que suas significações expressam a facilidade das ações, ao vê-las como contribuições para seu processo de trabalho na eSF e uma relação harmoniosa entre saúde e educação. Esta conformação não se caracteriza na fala do agente de educação.

Observamos então, em atendimento ao primeiro objetivo específico, que o histórico de envolvimento e participação dos profissionais de saúde e educação, sob a perspectiva dos agentes de referência, é marcado pela insuficiência de informação e distanciamento entre as unidades de atuação (escola e unidade de saúde), ainda que haja contradições de discursos entre os dois agentes.

Ainda, nas significações constituídas pela profissional, a ausência de recursos foi considerada como entrave para sua atuação profissional, causadora de sofrimento, pois está articulada à falta de resolutividade dos problemas de saúde identificados por ela. Interpretamos que a servidora, mesmo diante dos impasses da estrutura organizacional local do PSE, sente-se mobilizada em “colocar o programa para funcionar”, ela encontra motivos, ou seja, significa a importância da política, que a mobiliza e dirige as suas ações em direção ao alcance das metas pactuadas e à satisfação de suas necessidades individuais e historicamente constituídas. Atingimos, com essa análise, o segundo objetivo específico proposto: analisar as avaliações dos profissionais sobre o PSE, a implementação do Programa e as ações a ele vinculadas.

Neste esforço de apreender a complexidade dos motivos direcionadores das ações, deparamo-nos com aspectos afetivos relacionados à profissão, extraídos das falas dos agentes entrevistados. A enfermeira, por exemplo, relata ser “apaixonada” pela área que atua. Os profissionais afirmam gostar da profissão e ter comprometimento com o trabalho, ao ponto de ocorrer até mesmo uma quase abnegação, conforme se observa nesta fala do agente educacional:

Eu gosto de trabalhar no PSE, é bom, porque você se sente bem quando você é útil, e aí a gente acaba se sentindo um pouco útil nessa parte [...] As ações aqui na escola, **a gente não recebe recursos**, no entanto a gente como pedagogo **sempre dá aquele jeitinho** brasileiro de não gastar, busca outro colega de trabalho [...]. Os custos são mínimos; quando é na hora de apresentar um teatro de fantoche, a gente pega TNT, faz um cercado [...].

Os resultados das ações funcionam então como geradores de sentido para os profissionais, como motivadores pelos quais estão realizando as atividades do PSE. Também é notório que algumas de suas significações são contraditórias. Ao mesmo tempo em que a enfermeira, por exemplo, sente-se frustrada e impotente por não conseguir dar resolutividade a demandas identificadas no PSE, ela gosta do Programa, e o significa como bom, lindo e importante, como fonte de vínculo entre Atenção Básica e a promoção da saúde das crianças.

Consideramos também que a dimensão da afetividade esteve presente nas significações constituídas pelo educador. O profissional gosta, sente-se bem e útil por desenvolver as atividades do PSE. Os resultados das atividades, o retorno e a participação dos alunos nas atividades funcionam como motivos que impulsionam a ação do profissional no Programa. Interpretamos que as significações reveladas também estão carregadas de conteúdos decorrentes da experiência enquanto professor das séries iniciais, relembremos:

“[...] eu me sentia feliz, me emocionava muito. Isso aí que me faz continuar, não posso mais ficar em sala, mas a gente procura fazer o trabalho da gente com carinho e com amor [...]”. Neste cenário, conseguimos apontar e analisar as implicações da participação dos profissionais no Programa, quanto as suas rotinas e modo de trabalho.

Dessa forma podemos inferir que as divergências, respeitada a singularidade de cada sujeito concreto, sinalizam para um descompasso do Programa em nível municipal. O aspecto intersetorial, tão preconizado pelos marcos legais do PSE, ainda não está totalmente consolidado. De certo modo, o descompasso intersetorial apresentado nas falas do agente da educação é gerador de preocupação e abre precedentes para questionarmos, portanto, sobre a viabilidade do processo de implantação deste Programa em outras localidades do Estado de Rondônia.

Entendemos que, a partir do momento em que o profissional torna-se executor de uma Política Pública, como o PSE, deve ser capacitado e receber informações pertinentes a sua função. Pelo acesso e compreensão das informações, o sujeito pode ter clareza do que é o Programa, das suas responsabilidades, do que é preciso mudar e melhorar, além de significar elementos que se tornam mobilizadores da sua ação.

Também é oportuno ressaltar que percebemos que as ações do Programa são trabalhadas de forma pontual e isolada, dentro de uma lógica de cumprimento de metas pactuadas, mas com um antagonismo entre o real e o que é preconizado. As intervenções não estão inseridas dentro de uma abordagem transversal, cujos temas e processos também estejam presentes no Projeto Político-Pedagógico da escola e demais instrumentos de planejamento para a promoção da saúde na escola e da educação em saúde, envolvendo os profissionais de cada área.

Nesse sentido, entendemos que a fragilidade do Programa. Infelizmente a avaliação e acompanhamento do PSE realizada pelo Ministério da Saúde se limita a quantificar os indivíduos atendidos e as ações, verificando se elas foram executadas ou não. E a qualidade dessas ações? A contribuição dessas ações para educação em saúde ainda não é critério de avaliação.

Mesmo não sendo o foco deste trabalho, a nosso ver, diante do conhecimento produzido podemos questionar será que as propostas do PSE de contribuir para a formação de cidadãos críticos e informados; proporcionar o empoderamento e autonomia dos escolares para o autocuidado e levem a adoção de hábitos saudáveis, estão sendo exitosas na realidade desse município?

As experiências investigadas demonstram a necessidade de melhor execução do PSE, tanto na fase de planejamento quanto na de execução, pois nem mesmo a compreensão dos pressupostos da política foram efetivamente apreendidos pelos sujeitos da pesquisa, o agente da educação, por exemplo, desconhecia o trabalho intersetorial e seu papel dentro das atribuições do Programa.

Para o melhor alcance do PSE, tanto no município focado quanto em demais regiões em que deve ser executado, sugerimos uma capacitação mais objetiva e específica dos profissionais, inclusive envolvendo oficinas de planejamento conjunto tendo por base os manuais de referência, como ponto de partida; como mediação, sugerimos a criação de redes de trabalho para debates e auxílio mútuo, que poderiam resultar, por exemplo, em workshops de análise do trabalho feito; para maior envolvimento de profissionais e estudantes, seriam interessantes ações lúdicas, como mostras de desenhos, elaboração de livrinhos ilustrados, dentre várias outras possibilidades; para aprimoramento do trabalho, todas estas ações devem sempre contar com participação das duas áreas envolvidas, seja dos profissionais de saúde em apoio às propostas de ensino, quanto dos profissionais da educação (docentes, gestores) nas práticas dos profissionais de saúde, de modo que não haja mais separação, e sim uma ação única e compartilhada de saúde em educação e educação em saúde.

Enfim, buscamos apreender a Dimensão Subjetiva do PSE tendo como ponto de partida as significações constituídas pelos agentes, elaboradas na relação objetividade/subjetividade.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, W. M. J. Consciência e atividade: categorias fundamentais da Psicologia Sócio-Histórica. In: BOCK, A. M. B. (Org.) **Perspectiva Sócio-Histórica: uma perspectiva crítica em psicologia**. São Paulo: Cortez, 2015, p. 117-135.
- AGUIAR, W. M. J. de; SOARES, J. R. A formação de uma professora do ensino fundamental: contribuições da Psicologia Sócio-Histórica. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 12, n. 1, p. 221-234, 2008.
- AGUIAR, W. M. J. et al. Reflexões sobre sentido e significado. In: BOCK, A. M. B.; GONÇALVES, M. G. M. **A dimensão subjetiva da realidade: uma leitura sócio-histórica**. São Paulo: Cortez, 2009. p. 54-72.
- AGUIAR, W. M. J.; OZELLA, S. Apreensão dos sentidos: aprimorando a proposta dos núcleos de significação. **Rev. Bras. Estud. Pedagog.**, Brasília, v. 94, n. 236, p. 299-322, abr. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S21766812013000100015&lng=en&nrm=iso. Acesso em 14 mar. 2018.
- AGUIAR, W. M. J.; SOARES, J. R.; MACHADO, V. C. Núcleos de significação: uma proposta metodológica em constante movimento. In: Congresso Nacional de Educação EDUCERE, 12, 2015, [s. l.]. **Anais [...]**. Disponível em: http://educere.bruc.com.br/arquivo/pdf2015/20260_10577.pdf. Acesso em 14 out. 2018.
- AGUIAR, W. M. J.; OZELLA, S. Núcleos de significação como instrumento para a apreensão da constituição dos sentidos. **Psicol. Cienc. Prof.**, Brasília, v. 26, n. 2, p. 222-245, jun. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932006000200006&script=sciabstract&lng=pt>. Acesso em 14 mar. 2018.
- AITA, E. B.; FACCI, M. G. D. Subjetividade: uma análise pautada na Psicologia histórico-cultural. **Psicol. rev.**, Belo Horizonte, v. 17, n. 1, p. 32-47, abr. 2011. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682011000100005. Acesso em 14 nov. 2018.
- ALVES, G. L. **A produção da escola pública contemporânea**. 4. ed., Campinas, SP: Autores Associados, 2006.
- ARANHA, M. I. A. (Org.). **Direito sanitário e saúde pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direito_san_v1.pdf. Acesso em: 16 de nov. de 2018.
- ASBAHR, F. S. F. **Sentido pessoal e Projeto político pedagógico: análise da atividade pedagógica a partir da psicologia histórico-cultural**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) — Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.
- ASBAHR, F. S. F. **“Por que aprender isso, professora?” Sentido pessoal e atividade de estudo na Psicologia Histórico-Cultural**. 2011. 220 f. Tese (Doutorado em Psicologia) — Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011. Disponível em: [www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde-24032011/tese FlaviaAsbahr.pdf](http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde-24032011/tese%20FlaviaAsbahr.pdf). Acesso em: 2 abr. 2018.

ASBAHR, Flávia S. F. Sentido pessoal, significado social e atividade de estudo: uma revisão teórica. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 18, n. 2, 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/pee/v18n2/1413-8557-pee-18-02-0265.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2018.

BARRETTO, R. F. **Saúde na escola: análise dos conhecimentos e práticas sobre saúde escolar dos professores da rede municipal de Fortaleza**. 2008. 163 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) — Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2008.

BERNARDES, L. H. G. **Subjetividade: um objeto para uma psicologia comprometida com o social**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

BERNARDI, A. P. *et al.* Intersetorialidade, um desafio de gestão em Saúde Pública. **Sau&TransfSoc**, v. 1, n. 1, p. 137-142, 2010. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265319560020>. Acesso em 12 out. 2018.

BOCK, A. M. B.; GONÇALVES, M. G. M. A dimensão subjetiva dos fenômenos sociais. In: **A dimensão subjetiva da realidade: uma leitura sócio-histórica**. São Paulo: Cortez, 2009.

BOCK, A. M. B. A psicologia Sócio-Histórica: uma perspectiva crítica em Psicologia. In: BOCK, A. M. B. (Org.) **Perspectiva sócio-histórica na formação em psicologia**. São Paulo: Cortez, 2015, p. 21-46.

BOGDAN, R.; BIKLEN, S. Nove questões frequentes sobre investigação qualitativa. In: Nome dos Autores. **Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos**. Porto — Portugal: Porto Editora, 1994. p. 63-74.

BÖNMANN, P. A. **Realidades das escolas do campo: um olhar crítico sobre espaços físicos, descasos, construção de políticas públicas e proposta pedagógica**. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Pedagogia) — Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul — UNIJUI, Departamento de Humanidades e Educação, 2015. Disponível em: <http://bibliodigital.unijui.edu.br:8080/xmlui/handle/123456789/3624>. Acesso em 26 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Educação. **Parâmetros curriculares nacionais: introdução aos parâmetros curriculares nacionais / Secretaria de Educação Fundamental**. Brasília: MEC/SEF, 1997. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/livro01.pdf>. Acesso em 20 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde: relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto Promoção da Saúde**. As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf. Acesso em: 15 de nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Direito sanitário e saúde pública**. Márcio Iorio Aranha (Org.). Brasília: MS, 2003. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direito_san_v1.pdf. Acesso em: 16 de nov. de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648 de 28 de março de 2006.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica Brasília, 2006. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 10 de julho de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Escolas Promotoras da saúde:** experiências do Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/escolas_promotoras_saude_experiencias_brasil_p1.pdf . Acesso em: 1 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Saúde na Escola.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_24.pdf. Acesso em: 2 de nov. de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011:** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: MS, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 11 jan. 2018.

BRASIL. 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: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466,** de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em 2 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. **Manual instrutivo, Programa Saúde na Escola.** Brasília: MS, MEC, 2013. Disponível em: http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/19_06_2013_16.21.18.880166244cb983df2c85e0bcc746a73b.pdf>. Acesso em: 27 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.446/GM, de 11 de novembro de 2014:** redefina a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Brasília: MS, 2014. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html. Acesso em: 2 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno do gestor do PSE.** Brasília: MS, MEC, 2015. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_gestor_pse.pdf>. Acesso em: 2 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica:** informações sobre as ações e programas do Departamento de Atenção Básica. Brasília: MS, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. **Programa Saúde na Escola.** Brasília: MS, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. **Atenção Básica:** Documento orientador — indicadores e padrões de avaliação (PSE ciclo 2017/2018). Brasília: MS/MEC, 2017a. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/portaldab/pse.php>. Acesso em: 2 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. **Portaria Interministerial n. 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. Brasília: MS, 2017a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/pri1055_26_04_2017.html. Acesso em: 20 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. **Portaria Interministerial n. 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. Brasília: MS, 2017b. Disponível em: <http://www.cosemsrn.org.br/wp-content/uploads/2017/10/portaria2706-rn-2.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2019.

BRASIL. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília: Presidência, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 20 nov. 2018.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 6.286 de 5 de dezembro de 2007.** Institui o Programa Saúde na Escola — PSE, e dá outras providências. Brasília: Presidência, 2007b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm. Acesso em: 10 jul. 2017.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990:** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Presidência, 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 20 nov. 2018.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990:** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Presidência, 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Acesso em: 20 nov. 2018.

BRASIL. Presidência da República. **Lei 9.394:** estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília: Presidência, 1996.

BUJES, M. I. E. Descaminhos. In: COSTA, Marisa Vorraber (Org.). **Caminhos Investigativos II:** outros modos de pensar e fazer pesquisa em educação. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

CAÇADOR, B. S. et al. Ser enfermeiro na estratégia de saúde da família: desafios e possibilidades. **REME rev. min. Enferm;** v.19, n. 3, p. :620-626, jul.-set. 2015.

CALDART, R. S. Por uma educação do campo: traços de uma identidade em construção. In:

ARROYO, M. G.; CALDART, R. S.; MOLINA, M. C. (Org.). **Por uma educação do campo**. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 147-158.

CARGNIN, M. T. **Programa saúde na escola: uma estratégia de governamento**. 2015. 191 f. Tese (Doutorado em Educação) — Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Educação, São Leopoldo, RS, 2015.

CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART, J. et al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis, Vozes, 2008.

CORREIA, I. S. da S. **O processo de trabalho do enfermeiro no programa saúde na escola**. 2017. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) — Universidade Federal de Sergipe, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Sergipe, 2017.

CORTIZO, M. del C. Democracia, Política Social e Luta Hegemônica. **Revista de Políticas Públicas**, v. 19, n. 2, p. 445-453, 2015. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=321143695008>. Acesso em: 10 out. 2018.

COUTO, J. C. D. **Descontinuidade das políticas públicas em educação: ações políticas e alternância de poder**. 2017. 401p. Tese (Doutorado em Educação). Escola de Comunicação, Educação e Humanidades da Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo, 2017.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. **Cad. Saúde Pública [online]**. Vol.15, n.4, 1999, p. 701-709.

DAVIDOV, V. V. **La enseñanza escolar y el desarrollo psíquico: investigación teórica y experimental**. Trad. Marta Shuare Moscú: Editorial Progreso, 1988.

DUARTE, N. Formação do indivíduo, consciência e alienação: o ser humano na psicologia de A. N. Leontiev. **Cad. Cedes**, Campinas, v. 24, n. 62, p. 44-63, abril 2004. Disponível em: <http://www.cedes.unicamp.br>. Acesso em: 1 mai. 2018.

DUARTE, ROSÁLIA. Entrevistas em pesquisas qualitativas. **Educ. rev.**, Curitiba, n. 24, p. 213-225, dez. 2004b.

FALEIROS, V. P. **A política social do estado capitalista: as funções da previdência e assistências sociais**. São Paulo: Cortez, 1980.

FALEIROS, V. P. **O que é política social**. 5. ed. São Paulo: Brasiliense, 1991.

FARIA, F. H. P. et al. Percepções de profissionais de saúde da família e de educação sobre a Promoção da Saúde no ambiente escolar. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 16, n. 2, abr/jun de 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15170>. Acesso em: 23/01/2019.

FERNANDES, SEBASTIÃO. **As significações de coordenadores pedagógicos da rede SESI-SP sobre a sua atuação no processo de construção do projeto formativo de sua unidade escolar**. 2017, 117 f. Dissertação (Mestrado em Educação: Formação de Formadores) – PUC-SP, 2017.

FIGUEIREDO, I. M. Z. **Desenvolvimento, globalização e políticas sociais: um exame das**

determinações contextuais dos projetos de reforma da educação e da saúde brasileiras da última década. 2006. 264 p. Tese (Doutorado em Educação) — Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação, Campinas, SP. Disponível em: <http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/252731>. Acesso em: 6 nov. 2018.

FLEURY-TEIXEIRA, P. *et al.* Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 13, n. supl. 2, p. 2115-22, 2008.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FREITAS, M. F. Q. Intervenção psicossocial e compromisso: desafios às políticas públicas. *In*: JACÓ-VILELA, A. M.; SATO, L., (orgs.). **Diálogos em psicologia social** [online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2012. 482 p. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em: 16 set. 2018.

FURTADO, ODAIR. O psiquismo e a subjetividade social. *In*: **Psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica em psicologia**, 2015, p. 93-116.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1999.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed., São Paulo: Atlas, 2002.

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de administração de empresas**, v. 35, n. 2, p. 57-63, 1995.

GOMES, L. C. **O desafio da intersectorialidade: a experiência do Programa Saúde na Escola (PSE) em Manguinhos, no Município do Rio de Janeiro**. 2012. 173 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) — Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

GONÇALVES, M. da G. M. A contribuição da psicologia sócio-histórica para a elaboração de políticas públicas. *In*: **Psicologia e o compromisso social**. São Paulo: Cortez, 2003, p. 277-293, 2003.

GONÇALVES, M. G. M. **Psicologia, subjetividade e políticas públicas**. São Paulo: Editora Cortez, 2010.

HEIDMANN, I. T. S. B. *et al.* Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto Contexto Enferm.**, v. 15, n. 2, p. 352-8, 2006.

HÖFLING, E. de M. Estado e políticas (públicas) sociais. **Cadernos Cedes, FALTAM DADOS AQUI**. 2001.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. **Cidades/Informações estatísticas**, 2018 (online). Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/>. Acesso em: 18 nov. 2018.

JUNQUEIRA, L. A. P. Intersetorialidade, transectorialidade e redes sociais na saúde. **Rev. Adm. Pública**, v. 34, n. esp., p.35-45, 2000.

KAHHALE, E. M. P.; ROSA, E. Z. A construção de um saber crítico em psicologia. *In*: BOCK, A. M. B.; GONÇALVES, M. G. M. (Orgs.). **A dimensão subjetiva da realidade: uma leitura sócio-histórica**. São Paulo: Cortez, 2009.

LEITE, S. A. S. Afetividade nas práticas pedagógicas. **Temas em Psicologia**, v. 20, n. 2, p. 355-368, 2012. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/5137/513751440006.pdf>. Acesso em: 20 set. 2019.

LEONTIEV, A. N. **Actividad, conciencia y personalidad**. Buenos Aires, EdicionesCienciasdelHombre, 1978.

LEONTIEV, A. N. **O desenvolvimento do psiquismo**. 2 ed. São Paulo: Centauro, 2004.

LOMBARDI, F. Sociedade, Estado e Políticas Sociais: algumas interpretações teóricas. **Educere et Educare**, v. 5, n. 9, 2010.

LOPES, B; AMARAL, J. N.; CALDAS, R. W. **Políticas públicas: conceitos e práticas**. Belo Horizonte: Sebrae/MG, 2008. Disponível em: <http://www.mp.ce.gov.br/nespeciais/promulher/manuais/MANUAL%20DE%20POLITICAS%20P%20C%20ABLICAS.pdf>. Acesso em: 12 set. 2018.

LUCCHESI, P. T. R. **Políticas Públicas em Saúde Pública**. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2002.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. Métodos de coleta de dados: observação, entrevista e análise documental. *In: Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU, 1996, p. 23-44.

MANZINI, E. J. Entrevista semi-estruturada: análise de objetivos e de roteiros. *In: Seminário Internacional Sobre Pesquisa E Estudos Qualitativos*, 2, 2004, Bauru. A pesquisa qualitativa em debate. **Anais [...]**. Bauru: USC, 2004. CD-ROM. 10 p.

MARTINS, L. M. A natureza histórico-social da personalidade. **Caderno Cedes**, Campinas, v. 24, n.62, p. 82-99, abr. 2004. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-32622004000100006>. Acesso em: 10 jun. 2018.

MARTINS, L. M. **O desenvolvimento do psiquismo e a educação escolar: contribuições à luz da Psicologia Histórico-Cultural e da Pedagogia Histórico-Crítica**. Campinas, SP.: Autores Associados, 2015.

MEDEIROS, L. M. R. de P. **A gestão do programa saúde na escola no município de Natal/RN: um estudo de caso**. 2015. 79 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) — Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Natal, RN: UFRN, 2015.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed., São Paulo: Hucitec, 2008.

MIRANDA, M. A. **Significações de alunos do ensino médio sobre a contribuição dessa etapa na constituição de perspectivas de futuro profissional: um estudo da dimensão subjetiva dos processos de escolarização**. 2017. 170 f. Dissertação (Mestrado em Educação: Psicologia da Educação) - Programa de Estudos Pós-Graduados em Educação: Psicologia da Educação, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2017.

MOLON, S. N. **Subjetividade e Constituição do Sujeito em Vygotsky**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

MONCORVO FILHO, A. **Histórico da proteção à infância no Brasil — 1500 a 1922**. 2. ed., Rio de Janeiro: Departamento da Criança no Brasil, 1927.

MOYSÉS, S. J.; MOYSÉS, S. T.; KREMPEL, M. C. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, p. 627-641, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2004.v9n3/627-641/>. Acesso em: 1 nov. 2018.

NEWMAN, F.; HOLZMAN, L. **Lev Vygotsky: o cientista revolucionário**. São Paulo: Loyola, 1993.

OLIVEIRA, J. A. P. Desafios do planejamento em políticas públicas: diferentes visões e práticas. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 2, p. 273-287, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122006000200006&lng=en&nrm=iso. Acesso em 14 Nov. 2018

PASTORINI, A. **A categoria "questão social" em debate**. São Paulo: Cortez, 2004.

PAULILO, Maria Ângela Silveira. A pesquisa qualitativa e a história de vida. **Serviço social em Revista**, v. 2, n. 2, p. 135-148, 1999.

PAULO NETTO, J. **Capitalismo monopolista e serviço social**. São Paulo, Cortez, 1992.

PAULO NETTO, J. O Materialismo Histórico como instrumento de análise das políticas sociais. In: NOGUEIRA, Francis Mary Guimarães (Org.). **Estado e Políticas Sociais no Brasil**. — Cascavel: Edunioeste, 2003. p. 11-28.

PINO, A. **A questão da significação: perspectiva sociocultural**. Campinas: FEA/UNICAMP, temas em Neurologia, v. 4, 1995.

QUEIROZ, M. I. P. **Variações sobre a técnica do gravador no registro da informação viva**. 2. ed., São Paulo. CERVE/FFLCH/USP, 1983.

REY, F.G. **O social na psicologia e a psicologia social: a emergência do sujeito**. Petrópolis: Vozes, 2004

REIS, M. I. A.; SOUZA, M. B. As prescrições dos organismos internacionais e seus impactos no trabalho docente. In: Jornada Internacional de Políticas Públicas (7), 2015. **Anais [...]**. São Luis, 2015. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo13/as-prescricoes-dos-organismos-internacionais-e-seus-impactos-no-trabalho-docente.pdf> . Acesso em: 20 set. 2019.

RUA, M. G. **Para aprender políticas públicas**. Brasília, DF: IGEPP, 2018

SANTOS, L.F.S. **As ações do Programa Saúde na Escola na perspectiva dos profissionais da saúde e da educação**. 2017. Dissertação (Mestrado em Saúde e Comunidade) – Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2017.

SANTOS, V. C.; SOARES, C. B.; CAMPOS, C. M. S. A relação trabalho-saúde de enfermeiros do PSF no município de São Paulo. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. spe, p. 777-781, dez. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-

62342007000500006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: o 13 nov. 2018.

SATYRO, N.; SOARES, S. **A infraestrutura das escolas brasileiras de ensino fundamental**: um estudo com base nos censos escolares de 1997 a 2005. Brasília: IPEA, 2007.

SAVIANI, D. **Pedagogia Histórico-Crítica**: primeiras aproximações. 7 ed., Campinas, SP: Autores Associados, 2000.

SAVIANI, D. Perspectiva marxiana do problema subjetividade-intersubjetividade. *In*: Duarte, N. (Org.). **Crítica ao fetichismo da individualidade**. Campinas: Autores Associados, 2004.

SAWAIA, B. B. Espinosa: o precursor da ética e da educação ambiental com base nas paixões humanas. *In*: I. C. M. Carvalho, M. Grün, & R. Trajber (Orgs.). **Pensar o ambiente**: bases filosóficas para a educação ambiental (pp. 76-89, Coleção Educação para Todos). Brasília: Edições MEC/UNESCO, 2006.

SAWAIA, B., Albuquerque, R., Busarello, F. **Afeto & comum**: reflexões sobre a práxis psicossocial. São Paulo: Alexa Cultural, 2018.

SCHMIDT, J. P. Para entender as políticas públicas: aspectos conceituais e metodológicos. *In*: REIS, J. R.; LEAL, R. G. (Orgs.). **Direitos sociais e políticas públicas**: desafios contemporâneos. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2008. p. 2307-2333. Disponível em: http://www.mp.go.gov.br/portalweb/hp/10/docs/para_entender_as_politicas_publicas_-_aspectos_conceituais_e_metodologicos.pdf. Acesso em: 23 set. 2018.

SÍCOLI, J. L.; NASCIMENTO, P. R. Health promotion: concepts, principles and practices, *Interface*. **Comunic, Saúde, Educ**, v. 7, n. 12, p. 91-112, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v7n12/v7n12a07.pdf>. Acesso em: 8 dez. 2018.

SILVA, C. S. **Promoção da saúde na escola: modelos teóricos e desafios da intersectorialidade no Município do Rio de Janeiro**. 2010. 198 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2010.

SILVA, F. G. da. Subjetividade, individualidade, personalidade e identidade: concepções a partir da psicologia histórico-cultural. **Psicologia da Educação**, São Paulo, 28, p. 169-195, 1º sem. de 2009.

SILVA, L. R. C. da *et al.* Pesquisa documental: alternativa investigativa na formação docente. *In*: **Congresso Nacional de Educação**, 2009. p. 4554-4566.

SILVA, R. B.; CARVALHAES, F. F. de. Psicologia e políticas públicas: impasses e reinvenções. **Psicologia & Sociedade**, v. 28, n. 2, p. 247-256, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822016000200247&script=sci_abstract&tlng=es. Acesso em: 18 out. 2018.

SPINELLI, M. E. **Programa Saúde na Escola**: o “novo” desafio da intersectorialidade entre saúde e educação. 2015. 192 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) — Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2015.

SPINK, P. Continuidade e descontinuidade em organizações públicas: um paradoxo democrático. **Cadernos Fundap**, São Paulo, Ano 7, n. 13, p. 57-65, abr. 1987.

URNAU, L. C. **Juventude e arte**: os sentidos da mediação artística para jovens participantes de projetos sociais. 2008. Dissertação (Mestrado em Psicologia) — Curso de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

VALADÃO, M. M. **Saúde na Escola**: um campo em busca de espaço na agenda intersetorial. 2004. 139 f. Tese (Doutorado em Serviço de Saúde) — Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública. São Paulo, 2004. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-12022007-152151/publico/tese_marina.pdf. Acesso em: 17 out. 2018.

VIEIRA, M. E. M. **Programa Saúde na Escola**: a intersetorialidade em movimento. 2013. 94 f. Dissertação (Mestrado em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde) — Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

VIEIRA, E. **Democracia e política social**. São Paulo: Cortez, 1992.

VIGOTSKI, L. S. Pensamiento e lenguaje. In *Obras escogidas*. vol. 2, p. 9-349,. Madrid: Visor. 1993.

VIGOTSKI, L. S. **A construção do pensamento e da linguagem**. Tradução de Paulo Bezerra. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

VIGOTSKI, L. S. **A construção do pensamento e da linguagem**. São Paulo: Martins Fontes, 2009.

WANDERLEY, M. B. Refletindo sobre a noção de exclusão. In: SAWAIA; B. (Org.). **As Artimanhas da Exclusão**: Análise Psicossocial e Ética da Desigualdade Social. Petrópolis: Vozes, 2014.

WHO. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. In: **Organización Panamericana de La Salud. Promoción de la salud**: uma antologia. Washington: OPAS, 1996. p. 367-72.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Ottawa charter for health promotion**. Geneve: WHO, 1986.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 2. ed., Porto Alegre: Bookman, 2001.

ZAGO, N. A entrevista e seu processo de construção: reflexões com base na experiência prática de pesquisa. In. ZAGO, N.; CARVALHO, M. P. E.; VILELA, R. A. T. (Orgs.). **Itinerários de pesquisa**: perspectivas qualitativas na sociologia da educação. Rio de Janeiro: DP&A, 2003. p. 287-309.

APÊNDICE A — TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar como voluntário/a da pesquisa intitulada “Programa Saúde na Escola: Significações de Agentes de um município Amazônico”, cujo objetivo é, em linhas gerais, analisar a dimensão subjetiva do PSE, por meio das significações constituídas por profissionais da saúde e da educação em um município Amazônico.

Sua colaboração se dará por meio de entrevistas gravadas em áudio. Lembramos que as informações coletadas serão sigilosas e utilizadas apenas para fins acadêmicos e científicos, de modo que seu nome não será divulgado. Ao fim da pesquisa, as gravações serão destruídas.

Sua participação é voluntária; portanto, não receberá nem efetuará qualquer tipo de pagamento por ela, assim como poderá se retirar da pesquisa em qualquer momento que considerar oportuno, sem qualquer prejuízo, bastando apenas comunicar à pesquisadora.

As possibilidades de risco na pesquisa são mínimas, passíveis de serem controladas, podendo estar relacionadas às questões psicológicas. No entanto, a pesquisadora adotará os procedimentos que obedecem aos critérios de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, conforme resolução nº 466 do Conselho Nacional de Saúde (2012), buscando controlar os riscos que acima foram mencionados.

Sendo assim, informo que qualquer prejuízo existente em função da pesquisa pode ser comunicado à pesquisadora e ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Fundação Universidade Federal de Rondônia (UNIR), que é o setor responsável pelo acompanhamento das investigações pelos/as pesquisadores que a ela estão vinculados. A indenização, no caso de danos causados pela participação na pesquisa, é de responsabilidade da pesquisadora responsável.

Informo os contatos para esclarecimentos de dúvida ou comunicado de qualquer natureza:

a) **Pesquisadora Responsável:** Rosiele Pinho Gonzaga da Silva, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia (MAPSI) da Fundação Universidade Federal de Rondônia (Unir); telefone: (69) 9235-8966;

b) **Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Universidade Federal de Rondônia,** localizado no *Campus* José Ribeiro Filho da Unir, BR 364, Km 9,5, Bloco 2 C, Sala 214, Porto Velho/RO; horário de funcionamento: segunda a sexta, das 8 às 12 h; telefone: (69) 2181-2111; e-mail: nusau@unir.br, CAEE: 306181714.3.0000.5300.

Após os devidos esclarecimentos, solicito seu consentimento, de modo que permita a participação na pesquisa. O presente Termo será assinado em duas vias e uma delas ficará com o/a participante da pesquisa.

Rosiele Pinho Gonzaga da Silva

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, RG _____, abaixo assinado/a, declaro que fui anteriormente informado/a pelo pesquisador acerca dos objetivos da pesquisa intitulada “Programa Saúde Na Escola: Significações de Agentes de um Município Amazônico”. Estou ciente de que o meu nome será preservado, meus dados serão mantidos em caráter confidencial e que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo algum, bastando apenas comunicar à pesquisadora. Declaro que conheço os riscos e os benefícios e que recebi uma cópia deste Termo de Consentimento. Autorizo a realização da pesquisa e a divulgação dos dados obtidos para fins acadêmicos e científicos, de acordo com os princípios éticos.

_____, ____ de _____ de 2019

Assinatura do (a) participante da pesquisa

APÊNDICE B — TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO DE EDUCAÇÃO

Ao Secretário Municipal de Educação

Eu, Rosiele Pinho Gonzaga da Silva, aluna do Programa de Pós-Graduação em Psicologia — Mestrado Acadêmico em Psicologia da Fundação Universidade Federal de Rondônia (UNIR), orientada pela Professora Doutora Lilian Caroline Urnau, venho através desta, solicitar a autorização para a realização da pesquisa intitulada “**Programa Saúde na Escola: Significações de Agentes de um município Amazônico**”.

A pesquisa tem como objetivo analisar a dimensão subjetiva do PSE, por meio das significações constituídas por profissionais da saúde e da educação em um município Amazônico. A coleta de dados será realizada por meio da realização de entrevistas semiestruturadas, que serão individuais, com profissionais da saúde e da educação atuantes no PSE em horário combinado com os mesmos e que não traga prejuízos ao seu trabalho. A participação será voluntária e, as entrevistas somente serão realizadas se houver a concordância deles. Aos que concordarem participar da pesquisa será entregue um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para ciência e autorização, ressaltando que em nenhum momento deverão aparecer quaisquer informações que possam revelar suas identidades.

Informo, também, que a pesquisa será efetuada dentro dos preceitos éticos da ciência e em conformidade com a legislação brasileira vigente para tal questão que é a resolução 466/2012 e a resolução nº 510 de 7/4/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Informo também que os nomes dos participantes são confidenciais e asseguro sigilo absoluto. O início da coleta de dados somente ocorrerá após a análise e a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Núcleo de Saúde da Universidade Federal de Rondônia — UNIR. Os resultados desta pesquisa serão utilizados para fins científicos, ou seja, apresentações e publicações.

Na oportunidade, comprometo-me ao final da pesquisa retornar e apresentar um relatório com os resultados da pesquisa. Na oportunidade, coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Caso concorde com esta proposta solicito que assine a autorização abaixo.

Sem mais, despeço-me, agradecendo sua colaboração.

Cordialmente,

Rosiele Pinho Gonzaga da Silva COREN 250/470 Fone: (69) 9235-8966

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, Secretário Municipal de Educação, estou ciente da pesquisa a ser desenvolvida pela mestrande Rosiele Pinho Gonzaga da Silva e dos procedimentos de coleta de dados, não restando quaisquer dúvidas a respeito da pesquisa. Desse modo, autorizo a pesquisadora a realizar a pesquisa, conforme os termos acima mencionados.

_____, ____/____/____

Assinatura

APÊNDICE C — TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO DE SAÚDE

À Secretária Municipal de Saúde

Eu, Rosiele Pinho Gonzaga da Silva, aluna do Programa de Pós-Graduação em Psicologia — Mestrado Acadêmico em Psicologia da Fundação Universidade Federal de Rondônia (UNIR), orientada pela Professora Doutora Lilian Caroline Urnau, venho através desta, solicitar a autorização para a realização da pesquisa intitulada “**Programa Saúde na Escola: Significações de Agentes de um município Amazônico**”.

A pesquisa tem como objetivo analisar a organização e o funcionamento do PSE no estado de Rondônia, de forma a compreender a articulação entre as redes estadual e municipal e a participação dos representantes dos GTIs.

A coleta de dados será realizada por meio de observação não participante nas reuniões do GTI-E, acesso nas atas das reuniões do grupo de trabalho e realização de entrevistas semiestruturadas, que serão individuais, com os profissionais da saúde e da educação atuantes no PSE em horário combinado com os mesmos e que não traga prejuízos ao seu trabalho. A participação será voluntária e as entrevistas somente serão realizadas se houver a concordância deles. Aos que concordarem participar da pesquisa será entregue um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para ciência e autorização, ressaltando que em nenhum momento deverão aparecer quaisquer informações que possam revelar suas identidades.

Informo, também, que a pesquisa será efetuada dentro dos preceitos éticos da ciência e em conformidade com a legislação brasileira vigente para tal questão que é a resolução 466/2012 e a resolução nº 510 de 7/4/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Informo também que os nomes dos participantes são confidenciais e asseguro sigilo absoluto. O início da coleta de dados somente ocorrerá após a análise e a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Núcleo de Saúde da Universidade Federal de Rondônia — UNIR. Os resultados desta pesquisa serão utilizados para fins científicos, ou seja, apresentações e publicações.

Na oportunidade, comprometo-me ao final da pesquisa retornar e apresentar um relatório com os resultados da pesquisa. Na oportunidade, coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Caso concorde com esta proposta solicito que assine a autorização abaixo.

Sem mais, despeço-me, agradecendo sua colaboração.

Cordialmente,

Rosiele Pinho Gonzaga da Silva COREN 250/470 Fone: (69) 9235-8966

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, Secretária Municipal de Saúde, estou ciente da pesquisa a ser desenvolvida pela mestranda Rosiele Pinho Gonzaga da Silva e dos procedimentos de coleta de dados, não restando quaisquer dúvidas a respeito da pesquisa. Desse modo, autorizo a pesquisadora a realizar a pesquisa, conforme os termos acima mencionados.

_____, ____/____/____

Assinatura

**APÊNDICE D — ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA INDIVIDUAL
DIRECIONADA PARA OS AGENTES DA SAÚDE E EDUCAÇÃO**

1 IDENTIFICAÇÃO

Data ___/___/___
Local _____
Horário de Início___:___ horário de término___:_____
Nome _____
Idade_____ Sexo _____
Nível de escolaridade/ocupação _____
Há quanto tempo você atua no Programa Saúde na Escola? _____ (em meses)

2 QUESTÕES SOBRE O PSE

- 1) Conte-me sobre sua inserção no Programa de Saúde na Escola (Foi designado/a por meio de Portaria? Foi indicado/a? Teve escolha? Você que procurou?)
- 2) Conte-me o que você sabe sobre a história do processo de implantação do Programa de Saúde na Escola no município.
- 3) Você recebeu alguma capacitação/treinamento para realizar atividades no PSE? Achou que foi suficiente? Por quê? Que contribuições/importância você atribui à formação continuada (se a recebeu) para a realização de seu trabalho?
- 4) Quais atividades você desempenha no PSE?
- 5) Como é atuar no PSE? Como você se sente desempenhando as atividades do Programa?
- 6) Como você avalia o funcionamento do PSE no município? Quais seus pontos positivos e negativos? Que sugestões têm?
- 7) Você participa do planejamento e da realização das atividades nas escolas? Conte-me sobre essas atividades. Como as avalia? Como se sente ao desempenhá-las?
- 8) Fale-me sobre suas condições de trabalho no PSE. Existem obstáculos para realizar as atividades? Se sim, como lida com eles?
- 9) O que é o PSE para você?
- 10) Sente que a Escola/Unidade de Saúde fornece apoio para que você realize seu trabalho? Existe alguma atividade que você gostaria de realizar e não consegue ou não pode? Por quê?

**APÊNDICE C — RELAÇÃO DE PRÉ-INDICADORES POR INDICADOR E
NÚCLEO DE SIGNIFICAÇÃO**

1 NÚCLEOS DE SIGNIFICAÇÃO DA AGENTE DE SAÚDE

Núcleo 1 — As (precárias) condições objetivas do PSE e o comprometimento pessoal da profissional

INDICADORES	PRÉ-INDICADORES
1 As nuances da composição e do funcionamento do GTI-M	<p>1.1 Na primeira vez com a secretária [municipal] ela me abordou se eu queria [fazer parte do GTI-M] e eu aceitei. Já na segunda vez não me solicitaram. Numa reunião que tivemos na SEMECE no início do ano, nós verificamos que as pessoas que estavam nomeadas para tal função não tinham perfil, segundo, no caso da [nome], nem estava mais no município já algum tempo, tinha sido desligada.</p> <p>1.2 Geralmente é através de uma reunião, após o planejamento das ações [refere-se à comunicação entre GTI-M e profissionais]. É feita uma reunião para traçar as metas, os objetivos, o que vamos fazer este ano, e as orientações através de memorandos para dizer o que está sendo firmado ali, como se fosse uma pactuação, para cumprir.</p> <p>1.3 Pelo menos a gente [GTI-M] chama o diretor, o orientador, ou o supervisor, um dos três para estar presente, porque às vezes um pode e outro não. Dentro da reunião é traçado tudo que foi solicitado para aquele ano. E aí então, a escola geralmente adquire um hábito de fazer relatório, todas as ações ela faz relatório com fotos, com o desenvolvimento do que foi feito, e envia para a SEMECE e SEDUC [...].</p>
2 A (Des)organização da gestão do PSE em oposição à busca em desenvolver as atividades	<p>2.1 [...] sabendo disso, da importância do programa dentro do município, a gente se juntou, não falo só eu, mas eu, [nome das profissionais], para tentar desenvolver as ações, para melhorar, porque em 2017 nós não vimos as ações sendo desenvolvidas, entendeu? Nós [enfermeiros] não tivemos conhecimento e aí a gente se uniu.</p> <p>2.2 Sim, desde a primeira vez que foi para implantar, [nome], no caso me chamou, a gente conversou e assumimos, vamos fazer. E agora, como falei, ficamos quatro anos da gestão; quando trocou a administração [da Prefeitura], que retiraram nosso nome, mas nomearam e nós não ficamos sabendo, e só foi no ano passado, ou melhor, no início deste ano 2018, que reunimos e vimos quem estava nomeado, compreendeu? Que eles nem estavam sabendo o que. Por quê? Uma que nem estava aqui, daí eu e a [nome], que já nos conhecíamos desenvolvendo as ações, nos juntamos novamente para ver se colocávamos [enfermeiros] este ano para funcionar, apesar do que não obtivemos tanto êxito assim, não.”</p> <p>2.3 Olha, o nosso município está péssimo em relação à informação, talvez ele até realizou as ações, mas o que a gente tem obtido nos indicadores é que ninguém lançou praticamente as ações; não lançando, para o governo a gente continua sem fazer, pois não adianta realizar e não lançar.</p>

Continuação do Núcleo 1

INDICADORES	PRÉ-INDICADORES
2 A (Des)organização da gestão do PSE em oposição à busca em desenvolver as atividades	2.4 [...] se perdeu um pouco deste contato [do GTI-M], estratégia e escola. E este ano que tentamos retomar, mas nem todas as estratégias e as escolas conseguiram fazer; para outro ano precisamos repensar e fortalecer isto que não foi muito bom este ano. Porque eles [agentes da saúde e educação] não conseguiram mesmo entrosamento que precisa ter para desenvolver as ações e para que elas sejam lançadas no sistema.
3 A falta de compreensão sobre o programa e a capacitação profissional	<p>3.1 Então, para mim, hoje, o município como ponto fraco seria buscar talvez informar mais e melhor; novos enfermeiros chegaram para esta nova gestão e talvez fazer um treinamento, uma capacitação interna para que cada um consiga informar e melhorar este indicador.</p> <p>3.2 Temos todas as escolas cobertas pela estratégia, então eu vejo isto como um ponto forte, toda estratégia tem sua equipe completa e toda escola tem sua equipe completa. Então profissionais nós temos, nós temos que, talvez, melhorar essa condição desse profissional, de fazer entender a importância do programa, visualizando os resultados lá na frente, entendeu?</p> <p>3.3 Não, mas não foi por falta de capacitações, não. Houve inclusive uma este ano, não me lembro se foi em junho, eu não pude na data ir. Foi quase uma semana, não foi por falta deles terem oferecido, mas porque na data eu não pude ir, não me lembro o motivo. A única pessoa que foi do grupo é a [nome]. Não me lembro de terem oferecido [sobre anos anteriores], talvez até tenha tido, mas na saúde não. Este ano veio convite, ofício falando dos dias, eu não fui porque não pude. Mas os anos anteriores não.</p>

Núcleo 2 — Tecendo caminhos para a intersetorialidade, mas a sobrecarga de atividades como fica?

INDICADORES	PRÉ-INDICADORES
<p>4 Atividades de educação em saúde nas escolas do município: a estratégia saúde da família</p>	<p>4.1 Desde o princípio, quando a gente faz a antropometria, até as palestras, quando a gente foi falar sobre as verminoses antes de dar o Albendazol. Na programação, que é a campanha geohelmintíase (sic), nós fizemos uma palestrinha com as crianças sobre os vermes. Então, não é só chegar e dar a medicação, ele tem que saber porque ele está tomando aquele comprimido, o que vai fazer, para ele valorizar o comprimido e a ação.</p> <p>4.2 Quando a gente foi fazer a atualização do cartão [de vacinação], a gente só deu uma declaração para quem estava com o cartão em dia, fizemos um trabalho diferenciado. Então, a gente só verificou os cartões dentro de uma sala e deu a declaração e as observações, se a criança tinha ou não de vir na unidade de saúde fazer a vacina. Este ano a gente levou a vacina na escola porque a gente percebeu que a procura posterior foi pequena em relação a essa declaração. Mesmo a gente declarando que a criança precisava vir, não ouve essa procura [...].</p> <p>4.3 O que temos para fazer, em média, são 12 ações; o que é imediato, pois algumas ações devem ser lançadas até junho no sistema, no eSUS. Antes era em outra plataforma da educação, hoje é no eSus, então tem coisas que a gente tem uma data para cumprir; outras; não. A gente pode cumprir até o final, até o ano que vem, janeiro ou fevereiro, que encerra os dois anos, o biênio. Mas a gente gosta de cumprir dentro do ano.</p> <p>4.4 A gente [do GTI-M] se reúne, planeja para que as ações sejam executadas, a gente verifica a questão das habilidades porque nem todos têm determinadas habilidades a quem vamos recorrer pedindo ajuda, algum profissional ou entidade que nos possa ajudar. Porque às vezes a gente realizando determinada atividade aquilo vai ter um resultado [...].</p> <p>4.5 [...] o governo lança, este ano vamos ter tais ações, não são muitas, em média três a quatro ações, e aí é tentar desenvolver durante o ano. Ele não te dá assim, como te falei, um prazo, estipula. Mas de fevereiro a julho, será que você não consegue pesar [antropometria] uma sala por semana ou algo assim? É você enquanto estratégia se organizar. [...]. Mas eu acho fácil de executar as ações propostas, que está dentro do que é a saúde, mas é só um norte, para a cada ano a gente buscar determinada (silêncio).</p>
<p>5 A comunicação entre as instituições de educação e saúde: a sobrecarga de atividades</p>	<p>5.1 [...] geralmente a gente fica no primário muito dentro daquilo que é pautado pelo programa, porque primeiro que a meta tem que cumprir, segundo porque eu vejo que a escola também tem muitas coisas que eles realizam, as datas comemorativas [...] então fica com aquela pressão, sabe, a gente tem que se organizar, tal dia tem isto, tal dia aquilo, tem uma reunião.</p>
<p>6 O olhar para comunicação entre a saúde e a escola — livre e sem resistência</p>	<p>6.1 A gente tem que se organizar, a escola abre as portas e a gente se organiza mediante a escola. Não vou lá no dia de prova, exemplo, mas a gente se organizando com antecedência eu acho que dá. Claro que eu posso ter imprevistos, também, posso não poder ir naquele dia, mas a gente vai se adequando, se ajustando para as atividades que eu acho que são importantes e muito pertinentes para nós, enquanto saúde.</p> <p>6.2 Eu nunca encontrei resistência não [refere-se ao trabalho com a escola]. É lógico que a gente chega, este é meu primeiro ano aqui, então a gente chega e se apresenta: ‘— Eu sou [nome], enfermeira da Estratégia Saúde da Família, vou precisar do seu apoio este ano’. Geralmente é a direção ou a supervisão que nos</p>

	<p>auxilia.</p> <p>6.3 Então no começo do ano a gente tem que começar a se organizar com a escola, pois a escola também tem as atividades e seus afazeres. A gente sempre senta com a orientadora ou supervisora da escola [...].</p> <p>6.4 [...] No início do ano é o nosso planejamento de estratégia de saúde; na primeira reunião dos pais, a gente participa, porque aí primeiro que você não vai fazer o pai vir outro dia só para te ouvir e você já vai aproveitar todos os informes da escola e informar ao pai: este ano vamos ter esta e esta atividade, nós vamos precisar do apoio de vocês para realizar.</p>
--	--

Núcleo 3 — A contraditória relação entre frustração, impotência e o gostar do PSE

INDICADORES	PRÉ-INDICADORES
7 A importância do PSE e as críticas à política	<p>7.1 O Programa saúde na escola é uma forma de prevenir, vem como um suporte para gente prevenir algumas questões que podem vir a ocorrer. [...] prevenir ou nos orientar em relação ao que devemos fazer na escola [...] ele vem para nos instigar a fazer realmente, entendeu? Porque são ações de certa forma cotidianas que deveriam ser feitas sem que precisássemos, mas ela vem e nos lembra: “— Olha, este ano vamos falar sobre isto? Acho que é bom dar uma pincelada ali naquele assunto”. Acho que vem só mesmo a acrescentar.</p> <p>7.2 [...] agora na campanha de vacina a gente não teve grandes dificuldades porque muita coisa já estava em dia, pouca coisa que tivemos que fazer, entendeu? Quando a gente começa a trabalhar mais cedo por uma estratégia e planejamento, você não trabalha tanto, você trabalha menos. Você consegue resolver as coisas. Na medida que a gente vai caminhando, a gente vai resolvendo sem tumultuar.</p> <p>7.3 [As atividades do PSE são] de muita importância para os alunos, para a comunidade que está inserida dentro, para família. Então, para a estratégia da família, o aluno, que de uma certa forma, em consulta aqui só me aparece gestantes, o hipertenso, o diabético, o idoso e o puerpério, a criança e o bebê... O infante até o juvenil não aparece aqui numa consulta para um diálogo, então essas atividades extramuro, nas escolas, é que é que vão me dar um feedback da criança, como ela está.</p> <p>7.4 Então, é a única oportunidade que eu estou tendo; por mais que seja uma sala tumultuada, com 60 crianças, mas você está vendo, você obtém algumas questões até comportamentais, tem professor que chama a gente depois lá fora, para falar de determinado aluno, de situação até de vulnerabilidade [...] Então é muito importante porque é o único contato que eu tenho com essa criança, além dos agentes, que eles trazem muitas coisas das crianças, mas é a escola que me proporciona este contato mais direto com a criança.</p> <p>7.5 Eu acho que todos os pontos que estão abordados são muito importantes. Eu acho que temos que estruturar melhor para dar uma resolução aos problemas encontrados, porque é muito frustrante você encontrar problemas e não encontrar meios para sanar aqueles problemas, como é o caso da saúde ocular.</p>
8 PSE: o sentimento de impotência do profissional	<p>8.1 Encontramos muitas crianças com dificuldade visual; inclusive, algumas até conversando sentadas comigo disseram que já tinha ido ao médico, mas não tinha como comprar os óculos. Isso acaba com a gente, nesse momento parece que o nosso serviço não tem sentido, para quê que eu estou fazendo essa verificação? Mas está bom, gente tem que fazer! E orientar os pais da necessidade para o bom desenvolvimento dessa criança, né?</p> <p>8.2 É um desafio eu acho para gente, porque a gente não dá conta de fazer tudo sozinha, a gente precisa de apoio, de ajuda. Para mim, assim, é um pouco triste de ver que não vai obter esse apoio, a gente luta, luta, mas... [silêncio].</p> <p>8.3 [...] eu tenho dúvidas que ele atenda [referindo-se aos objetivos], mas eu espero que sim. Algumas vezes a gente se vê em dificuldade por não alcançar a meta, a resolução. Então se eu não alcanço a resolução, eu não alcancei o objetivo proposto pelo programa. Ele é muito bom, muito lindo, só que eu aqui sozinha eu não consigo resolver tudo. Eu preciso de outros parceiros. Eu identifico, e depois, o que fazer com essa criança?</p>

Continuação do Núcleo 3

INDICADORES	PRÉ-INDICADORES
9 PSE: o sentir-se bem com os resultados	9.1 [Se sente] Bem, bem. O bom é ver o resultado, ver ele vindo realmente, daí eu me sinto bem.
10 Entre o gostar e a frustração	10.1 Eu gosto, eu gosto. Só que às vezes é um pouco frustrante quando só você quer ir fazer; as agentes de saúde eu não tenho que reclamar, mas, assim, médico e auxiliar não falam a mesma língua, não estão na mesma empolgação que você. Entendeu?

2 NÚCLEOS DE SIGNIFICAÇÃO DO AGENTE EDUCACIONAL

Núcleo 4 — Olhar sobre as condições objetivas do PSE em meio aos entraves da (des)informação

INDICADORES	PRÉ-INDICADORES
1 A capacitação existe, mas é insuficiente: “assim, o básico”.	<p>1.1 Só algumas informações superficiais, só a responsável na SEMECE, que é a [nome], passou as informações que nós temos que executar essas ações e dentro do prazo do decorrer do ano, e preparar um relatório e enviar com todos da escola, direção, vice-direção.</p> <p>1.2 Aquela do início do ano não foi suficiente, essa deixou a desejar [sobre as capacitações]. Deixou a gente como se fôssemos executar, então faltou essa informação [...].</p> <p>1.3 Em fevereiro que eu comecei a receber informação, assim, o básico. Daí, começamos a executar as ações. Então, comecei a receber as informações básicas para a gente poder trabalhar as ações das escolas.</p> <p>1.4 No entanto, algumas informações ficaram pendentes. Nós executamos ações na escola, fizemos relatórios e enviamos para Secretaria, inclusive com fotos. No entanto, para que essa ação ter validade, dentro do sistema Federal ela teria que estar registrada, os relatórios enviado pelo sistema, registrado pelo profissional de saúde destinado a acompanhar as ações dessa escola, de acordo com a programação feita, o calendário feito pelo secretário de saúde e pelo secretário de educação juntos, e, no entanto, essa informação não chegou para a gente.</p> <p>1.5 [...] nós recebemos agora em pleno mês de setembro, dia 28, o calendário que deveríamos ter recebido no início do ano, com cada equipe responsável. Esses temas foram falados e nós anotamos, não foram recebidos por escrito, memorando ou uma lista de temas, e aí, depois que nós anotamos e começamos a executar, as mesmas ações que anotamos vieram para a gente executar.</p>

Continuação do Núcleo 4

INDICADORES	PRÉ-INDICADORES
<p>2 Entraves a partir da (des)informação no âmbito do PSE: a presença/ausência do setor saúde nas ações do PSE</p>	<p>2.1 [...] a pessoa responsável na Secretaria, para isso, passou as informações que a gente deveria executar as ações, os relatórios deveriam ser feitos e encaminhados e ela mandaria para Porto Velho, mas jamais ela especificou que deveria ser acompanhada [as ações] por um profissional da Saúde.</p> <p>2.2 Os pontos positivos são as ações executadas; os pontos negativos foram a falta de informação do profissional que está só para executar essa função lá, para que ocorresse tudo belezinha; e outro ponto negativo que eu acho, também, é o município está devendo ao governo federal a informação dessa execução, porque o profissional da saúde não estava assistindo, eu acho um ponto negativo também, houve esse desencontro.</p> <p>2.3 É bom e complicado ao mesmo tempo, porque são 12 ações pactuadas, então elas têm que ser executadas. O ano passado eu fiquei um pouco perdido porque só foi orientado que tinha que executar, mas na realidade tem que ter o grupo de trabalho, né? O grupo de trabalho da saúde envolvido com isso, e a escola tem que ceder o espaço, e os alunos, apoiar e dar suporte. No entanto, o grupo da saúde [é] que tem que estar presente, fazendo trabalho. Então foi bastante prejudicado.</p> <p>2.4 Para essa ação ter validade, dentro do sistema Federal, ela teria que estar registrada [...]. No entanto, essa informação não chegou para a gente. [...] ações foram executadas e não foram registradas no sistema com o INEP da escola, então praticamente o que nós executamos serviu apenas para a comunidade e para os alunos, mas a escola ficou devendo para o governo federal; não está como executado. Simplesmente foi executado uma ação; esta, o profissional da área veio, que foi a desverminação. Aí essa acredito que ela lançou no sistema. Só que ela não solicitou da gente o INEP da Escola para registrar.</p> <p>2.5 [...] eu questionei a questão da saúde por a gente fazer essa parte, meu Deus, como? e só agora chegou a informação para gente [...] que precisa estar sendo acompanhado pelo profissional de saúde escalado para aquela escola... todas as ações e na realidade não é escola exatamente que executa essa ação [...].</p> <p>2.6 Saber a gente sabia, só que não houve essa comunicação que a gente deveria procurar a unidade de saúde para que ela viesse; e eles também foram destinados para cá e só mandaram assim a questão da desverminação, mas ele seria obrigatório a vir.</p> <p>2.7 [A equipe da saúde] não oferece apoio, nem para [nome da escola] nem para as outras escolas, porque tem um calendário por cada setor, e a gente observa que os palestrantes que foram fazer as palestras são profissionais da própria educação ou profissionais afins, que tinha domínio, então o profissional da saúde não estava presente. Portanto, não há interação, não há esse apoio, e até então a gente não cobrava, eu praticamente não ia atrás [...].</p>

Continuação do Núcleo 4

INDICADORES	PRÉ-INDICADORES
<p>3 Sobre o papel da escola e da saúde no âmbito do PSE: isso é intersetorialidade?</p>	<p>3.1 [...] a gente vai acompanhar fazer realmente o que é para escola fazer: dar apoio e ceder o espaço para saúde. Aí, aglomerou mais pessoas, é mais fácil da Saúde fazer o trabalho preventivo [...].</p> <p>3.2 Para o ano que vem, a gente não deverá planejar essas ações e executar. A gente deve dialogar com o representante da escola na saúde, e ele, juntamente com a gente, vamos planejar as datas e os temas da ação a ser trabalhada, e a gente organiza o espaço e as pessoas para que eles executem as ações.</p> <p>3.3 [...] a escola cede o espaço, cede os alunos, organiza, e o profissional executa, porque a saúde é feito pela saúde, a educação é feita por educação, a educação não pode fazer saúde, porque aí a gente está abrangendo uma área que não é de domínio da gente.</p> <p>3.4 Nós temos essa rotina: acompanhar e verificar o que já foi feito, fazer os relatórios que precisam ser executados, tirar fotos nas ações para se comprovar através dos relatórios. E aí eu passo o que cabe ser comprovado pelos relatórios. O pessoal da Saúde está envolvida na execução, eu tiro foto, faço relatório, conto quantos participaram, e eles passam estas informações para o sistema da saúde para conhecer; e também nós temos que informar esta parte para o técnico responsável na SEMECE, a quantidade e a ação que foi desenvolvida [...].</p>
<p>4 A (des)informação sobre os recursos financeiros</p>	<p>4.1 Inclusive, tem recurso do município, que eu não sabia, que é para trabalhar obesidade. Eu não sei como é aplicado, nem qual é a maneira que deve ser feito com esse dinheiro [...].</p> <p>4.2 [...] eu achava que não tinha recurso próprio para isso lá na Secretaria de Saúde, e aí, por falta de informação porque às vezes a gente, por não estar lá encabeçando, a gente não sabe. Quem está encabeçando tem essa informação, poderiam ter informado para a gente: “— Vocês busquem porque tem recurso”. Ninguém vai estar indo lá de graça.</p>

Núcleo 5 — A contradição entre o “peso” e as positivities das ações

INDICADORES	PRÉ-INDICADORES
5 A diversidade de atividades da escola versus a falta de planejamento das ações: “fica muito pesado”, “se eu tivesse mais tempo”, “você tem Ns coisas programadas para ser atendidas”	<p>5.1 Então às vezes essa semana que foi colocada para as ações você tem as coisas programadas para ser atendidas, fica um pouco desconfortável na vida da escola, da pedagogia em si. No nosso caso ficou um pouco desconfortável, nos anseios de execução nos planos de trabalho que você faz desde janeiro e fevereiro, e o Programa Saúde na Escola só vem fazer a programação das datas a partir de abril, aí é doído! Pois deveria ser iniciado também em conjunção, no início de fevereiro?</p> <p>5.2 Eu, por mais que eu gosto de me informar, na escola é muito serviço; a parte toda de documentação, de estruturação da escola, como PPP, Regimento e nossos projetos e ações ficaram tudo por minha conta, então, e ainda tem o dia a dia, fica muito pesado, e eu não busquei por minha conta, isso foi uma falha minha.</p> <p>5.3 Se eu tivesse mais tempo para destinar a esta ação, teria maior disponibilidade para pesquisar, e haveria sim uma possibilidade de melhora nas ações; como esse ano nós executamos, se tivesse a disponibilidade de mais tempo para ação, poderia ter saído até melhor.</p>
6 Sentimento de culpa e falha diante da desinformação	<p>6.1 Eu, por mais que eu gosto de me informar, na escola é muito serviço; a parte toda de documentação, de estruturação da escola, como PPP, Regimento e nossos projetos e ações ficaram tudo por minha conta, então, e ainda tem o dia a dia, fica muito pesado, e eu não busquei por minha conta, isso foi uma falha minha.</p>
7 A relação afetiva com o PSE: a motivação que vem dos resultados	<p>7.1 É bom, é gratificante [...]. Uma das questões que a gente discutiu bastante no debate foi a questão dos embutidos, dos enlatados, dos engarrafados, principalmente do refrigerante, da margarina, o nível de toxicidade que têm; e aí as crianças ficaram muito interessado nessa parte. [...] quando a gente passou estas informações para os meninos, todas as comemorações que tinha na escola, eles queriam trazer refrigerante, e esse ano já foi proibido de trazer pela nutricionista, daí essa informação caiu bem, eles pararam de questionar por que não trazer. Hoje eles trazem o litro, a garrafa pet, com o suco.</p> <p>7.2 A gente executou as ações de combate à violência, [...] trouxemos palestrante para fazer palestras, e não valeu de nada, mas só valeu uma coisa: eu tenho certeza que nossas crianças não vão esquecer, como o dia que eu trabalhei a questão da obesidade; nós trabalhamos com fantoches aqui.</p> <p>7.3 À tarde, com os alunos, fizemos debate; foi maravilhoso o debate, porque não foi gente de fora que veio, eu mesmo preparei com o meu conhecimento sobre nutrição, [...] achei que foi uma coisa maravilhosa [...] as brincadeiras (sic) do fantoche chamou atenção maravilhosamente dos alunos, foi muito bom. Então, assim, o resultado para as pessoas foram ótimo, agora o resultado para o sistema, para sustentar o sistema lá em cima, foi negativo.</p> <p>7.4 Eles veem assim: eles participam, vejo que eles estão bem inteirados do assunto. [...] sobre as ações no resultado das ações, a gente vê positiva porque, por exemplo, sobre a dengue: quando o pessoal da saúde vem, eles fazem uma atividade mais diversificada, mais voltada à diversão, só para relembrar, porque as crianças já dão opinião, eles já falam do mosquito [...] e o profissional só escuta. Então, a gente vê o retorno. De todas as atividades desenvolvidas, eles estão integrados antenados, participam [...].</p>

Continuação do Núcleo 5

INDICADORES	PRÉ-INDICADORES
7 A relação afetiva com o PSE: a motivação que vem dos resultados	7.5 O programa saúde na escola é um programa que vem a prevenir , ele é um programa para prevenir , para preparar a população para que haja uma conscientização para que no futuro as pessoas se alimentem saudavelmente, e que venha ocorrer menos doença [...] porque a pessoa que tem conhecimento, que tem domínio, que tem propriedade do conhecimento, ele usa em benefício do seu próprio ser.
8 A relação afetiva com o PSE — o gostar, o sentir-se útil e o jeitinho brasileiro	8.1 Eu gosto de trabalhar no PSE, é bom , porque você se sente bem quando você é útil , e aí a gente acaba se sentindo um pouco útil nessa parte. 8.1 As ações aqui na escola, a gente não recebe recursos , no entanto a gente como pedagogo sempre dá aquele jeitinho brasileiro de não gastar, busca outro colega de trabalho [...]. Os custos são mínimos; quando é na hora de apresentar um teatro de fantoche, a gente pega TNT, faz um cercado, a gente usa os recursos da escola mesmo , microfone e caixa de som da escola mesmo; e o espaço da escola, apesar de ser ruim para nossa escola, que não é tão aconchegante; por ser pessoas simples, a nossa comunidade é simples, todo mundo fica satisfeito.
9 A relação afetiva com o PSE: sentimentos que reverberam da experiência docente	9.1 Eu já trabalhei com alfabetização. Quando você alfabetiza uma criança, que a criança começa a juntar as letras, eu não sei se a criança se sente mais feliz ou você. É assim que eu me sentia feliz, me emocionava muito . Isso aí que me faz continuar, não posso mais ficar em sala, mas a gente procura fazer o trabalho da gente com carinho e com amor.

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
RONDÔNIA - UNIR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: GESTÃO E PARTICIPAÇÃO EM UM MUNICÍPIO DE RONDÔNIA

Pesquisador: rosieli pinho gonzaga da silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 87364918.3.0000.5300

Instituição Proponente: Universidade Federal de Rondônia - UNIR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.689.233

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa do Departamento de Psicologia do Programa Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia, intitulado PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: GESTÃO E PARTICIPAÇÃO EM UM MUNICÍPIO DE RONDÔNIA.

Objetivo da Pesquisa:

Investigar os significados e sentidos do Programa de Saúde na Escola (PSE) para profissionais da saúde e da educação e integrantes do Grupo de Trabalhos Intersetoriais (GTI-M) envolvidos com esta política pública em um município Amazônico.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

As possibilidades de risco na pesquisa são mínimas, passíveis de serem controladas, podendo estar relacionadas às questões psicológicas. No entanto a pesquisadora adotará os procedimentos que obedecem aos critérios de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, conforme resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, buscando controlar os riscos que acima foram mencionados.

Benefícios:

Acrescentar elementos aos agentes que permitam entender que subjetividades diferentes são constituintes dos fenômenos sociais, reforçando que subjetividades permeiam o processo social

Endereço: Avenida Presidente Dutra, 2965 campus José R.

Bairro: Centro

CEP: 78.000-000

UF: RO

Município: PORTO VELHO

Telefone: (69)1182-2111

E-mail: cepunir@yahoo.com.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
RONDÔNIA - UNIR



Continuação do Parecer: 2.689.233

de implantação de políticas públicas, e que podem influenciar a efetivação de seus objetivos. Colaboração para implementar transformações a partir da construção de elementos teóricos na formação e no cotidiano dos profissionais que atuam no programa .

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A proposta do estudo é investigar os significados e sentidos do PSE para Profissionais da saúde e da educação e representantes do GTI-M envolvidos com esta política pública em um município Amazônico; investigar a história de participação e o envolvimento dos profissionais que atuam no PSE do município; analisar as avaliações destes profissionais sobre o PSE, sua implementação e as ações a ele vinculadas no município; Compreender os afetos implicados à participação dos profissionais no programa e às ações por eles desenvolvidas. No processo de análise, as unidades das falas produzidas pelos participantes serão reunidas em eixos temáticos e, posteriormente, integradas às referências teórico/conceituais constituindo a redação final da pesquisa. Atentar para o envolvimento e participação dos atores sociais responsáveis pela gestão e implementação das ações do PSE, é chamar a atenção para o fato de que tais elementos são condição sine qua non da implementação do programa, expressa nos documentos legais e normativos, o que indica a necessidade de estudos que olhem para estes sujeitos envolvidos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou os seguintes termos exigidos pela Resolução 466/12 CSN.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1095741.pdf	04/05/2018 00:57:33		Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto_assinada.pdf	04/05/2018 00:39:43	rosieli pinho gonzaga da silva	Aceito
Outros	sobre_pendencia_documental_emitid	03/05/2018	rosieli pinho	Aceito

Endereço: Avenida Presidente Dutra, 2965 campus José R.

Bairro: Centro **CEP:** 78.000-000

UF: RO **Município:** PORTO VELHO

Telefone: (69)1182-2111

E-mail: cepunir@yahoo.com.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
RONDÔNIA - UNIR



Continuação do Parecer: 2.689.233

Outros	a_cep.pdf	12:06:33	gonzaga da silva	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao_pesquisa.PDF	23/03/2018 10:49:40	rosieli pinho gonzaga da silva	Aceito
Outros	roteiro_entrevistas_semiestruturadas.pdf	23/03/2018 10:48:40	rosieli pinho gonzaga da silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_de_consentimento_livre_e_esclarecido.pdf	23/03/2018 10:41:46	rosieli pinho gonzaga da silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa_cep.pdf	23/03/2018 10:40:43	rosieli pinho gonzaga da silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO VELHO, 04 de Junho de 2018

Assinado por:
Edson dos Santos Farias
(Coordenador)

Endereço: Avenida Presidente Dutra, 2965 campus José R.

Bairro: Centro **CEP:** 78.000-000

UF: RO **Município:** PORTO VELHO

Telefone: (69)1182-2111

E-mail: cepunir@yahoo.com.br